



Namn: Anna Gudmarsdotter & Charlotte Falk

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT2014

Grundnivå

Handledare: Lars Andersson

Examinator: Gail Dunberger

**Sjuksköterskans arbete med motiverande samtal vid  
livsstilsförändringar.  
En litteraturöversikt**

**Working with motivational interviewing in relation to lifestyle  
changes- the nurse's experiences.  
A literature review**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Livsstilsrelaterad ohälsa är ett stort samhällsproblem både i Sverige och i övriga världen. Sjukvården står inför en stor utmaning att komma till rätta med de sjukdomar och det lidande som orsakas av en ohälsosam livsstil. Sjuksköterskor har en viktig roll i mötet och behandlingen av patienter som lider av livsstilsrelaterad ohälsa. Motiverande samtal är en klinisk praktiserad och erkänd metod för att hjälpa människor att ändra sitt beteende.

**Syfte:** Att belysa sjuksköterskans användning och erfarenhet av motiverande samtal i praktiken med patienter som är i behov av livsstilsförändring.

**Metod:** Metoden som använts är litteraturoversikt. Tio vetenskapliga artiklar har granskats och använts för att besvara syftet.

**Resultat:** I resultatet framkom två huvudteman. Det första temat, *hur MI används*, beskriver vikten av utbildning och hur utbildning i MI står i relation till det kliniska användandet samt i vilken utsträckning MI-metoden används. Det andra temat, *erfarenheter*, beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med MI.

**Diskussion:** Diskussionen fördes utifrån Rosemarie Rizzo Parses teori om Human becoming och relevant litteratur.

**Nyckelord:** Motiverande samtal, omvårdnad, livsstilsförändringar.

## Abstract

**Background:** Lifestyle related disorders are a big problem for the community both in Sweden and in the rest of world. The healthcare systems are facing a huge challenge to handle diseases that can result from an unhealthy lifestyle. Nurses have an important role in the meeting and treatment of patients that are suffering from lifestyle related diseases. Motivational interviewing is a used and acknowledged method to help people change their behavior.

**Aim:** To highlight nurses use and experience of motivational interviewing in clinical practice with patients in need of a life style change.

**Method:** The method that was used was a literature review. Ten scientific articles were examined and used in order to answer the aim.

**Results:** In the result, two themes were found. The first, *how MI is used*, gave a picture of the importance of education and how the education and use of MI is correlated. It also describes how much and which parts of MI techniques were used. The second theme, *experience*, describes how nurses experienced their work with MI.

**Discussions:** The result was discussed using the theory 'Human becoming' by Rosemarie Rizzo Parse and relevant literature.

**Keywords:** Motivational interviewing, nursing, life style changes.

# Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>2 BAKGRUND .....</b>	<b>6</b>
2.1 HÄLSA .....	6
2.2 LIVSSTIL & LIVSSTILSRELATERAD OHÄLSA .....	7
2.2.1. Att ändra livsstil.....	7
2.2.2 Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete .....	8
2.3 KOMMUNIKATION .....	8
2.4 EN SAMTALSMETOD FÖR FÖRÄNDRING .....	9
2.4.1 Motiverande samtal (MI) .....	9
2.4.2 Hur kompetens i MI utvärderas.....	10
2.4.3 Stages of Change .....	11
2.4.4 Motiverande samtal - en framgångsrik metod?.....	11
2.4.5 Patienters upplevelser av motiverande samtal.....	12
2.5 PROBLEMFÖRMULERING .....	12
<b>3 SYFTE .....</b>	<b>12</b>
<b>4 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT .....</b>	<b>12</b>
4.1 HUMAN BECOMING .....	12
4.2 VÅRDANDE.....	13
<b>5 METOD .....</b>	<b>14</b>
5.1 DATAINSAMLING OCH URVAL.....	14
5.2 ANALYS .....	15
5.3 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	15
<b>6 RESULTAT .....</b>	<b>16</b>
6.1 HUR MI ANVÄNDS .....	16
6.1.1 Sjuksköterskors utbildning i MI.....	16
6.1.2 Sjuksköterskors kliniska tillämpning av MI .....	17
6.2 SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER AV MI .....	18
6.2.1 Möjligheter i arbetet med livsstilsförändringar.....	19
6.2.2 Hinder .....	20
<b>7 DISKUSSION .....</b>	<b>21</b>
7.1 METODDISKUSSION .....	21

7.2 RESULTATDISKUSSION .....	22
7.2.1 <i>Utbildning</i> .....	22
7.2.2 <i>Personcentrerad vård</i> .....	24
7.2.3 <i>MI i sjukvården</i> .....	26
7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER .....	27
7.5 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	27
<b>8 SLUTSATS</b> .....	<b>28</b>
<b>9 REFERENSFÖRTECKNING</b> .....	<b>29</b>
<b>BILAGA 1. SÖKMATRIS</b> .....	<b>34</b>
<b>BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT</b> .....	<b>36</b>

## 1 Inledning

Att främja hälsa är en av grundbultarna i sjuksköterskans arbete och oavsett avdelning, vårdinrättning eller arbetsplats är livsstilsrelaterad ohälsa något vi som blivande sjuksköterskor kommer att möta. Många gånger är patienter kunniga och väl medvetna om risker med vissa beteenden och vanor, ändå är detta svårt att komma till rätta med. Sjuksköterskan har en nyckelroll i mötet med patienter och sköter ofta vårdkontakten polikliniskt. Som blivande sjuksköterskor behöver vi förståelse och verktyg för att kunna bemöta och hantera problematiken kring ohälsa relaterat till livsstil. Vi upplever att patienterna många gånger hamnar mellan stolarna och lämnas ensamma med denna typ av problematik. Hur arbetar sjuksköterskan effektivt under de korta vårdtider som idag ofta är rådande i sjukvården? Motiverande samtal (MI, eng. *Motivational Interviewing*) är en metod för att hjälpa patienter vid livsstilsförändring. Under vår sjuksköterskeutbildning har metoden nämnts i korthet och vi ville nu fördjupa oss. Vi var intresserade av sjuksköterskans kliniska användande av motiverande samtal med patienter i behov av livsstilsförändring.

## 2 Bakgrund

Nedan presenteras och beskrivs relevanta begrepp och ämnen för litteraturöversikten; livsstil, hälsa, ohälsa, dess följder och sjuksköterskans förväntade roll i arbetet med detta. Vidare ges en beskrivning av metoden MI.

### 2.1 Hälsa

Hälsa är en subjektiv upplevelse (Dahlberg & Segesten, 2011). Begreppet hälsa är mångdimensionellt och svårt att greppa just eftersom det är en subjektiv upplevelse att ha, eller att inte ha hälsa. Exempelvis kan en människa som är svårt sjuk i cancer och i många andras ögon inte har hälsan i behåll rent kroppsligt, fortfarande uppleva hälsa och välbefinnande. Välbefinnande kan vara mycket mer än dugliga muskler och ben. Vårdvetenskapen ser på hälsa som något större än enbart den fysiska kroppen. Den existentiella hälsan är också en del av en människas hälsa och välbefinnande. Enligt ett humanistiskt perspektiv är hälsa inte enbart frånvaro av sjukdom vilket är fallet i det biomedicinska synsättet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

## 2.2 Livsstil & livsstilsrelaterad ohälsa

Livsstil är en människas vanor och beteende (Svensson & Hallberg, 2010). I Nationalencyklopedin (2014) definieras livsstil som det beteendemönster en människa har format och bestämt av värderingar, egenskaper och motiv. Idag vet man med säkerhet att en sund livsstil och god hälsa i de allra flesta fall inte är en tillfällighet (Svensson & Hallberg, 2010). Likaså leder en ohälsosam livsstil generellt förr eller senare till ohälsa av något slag (Egger, Binns & Rössner, 2014).

Socialstyrelsen (2011) beskriver ohälsosamma levnadsvanor som användning av tobak, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Sjukvården fokuserar inte i tillräckligt stor utsträckning på frågor om levnadsvanor för att kunna fånga upp de människor som är i behov av stöd och hjälp i förändringen av sin livsstil. För att förstå vidden av livsstilsrelaterad ohälsa kan nämnas att enligt World Health Organisation (2011) är 80 % av alla kranskärslsjukdomar och strokeinsjuknanden direkt relaterade till ohälsosamma levnadsvanor. Det framgår av Socialstyrelsens riktlinjer (2011) att det finns ett behov hos den svenska befolkningen att komma till rätta med ohälsosamma livsstilar. Trots det stora antalet vårdtillfällen som krävs för att ta hand om livsstilsrelaterad ohälsa finns för lite kunskap och för lite utrymme för att ta upp detta vid mötet med patienter. Svensk sjukvård har idag för få medarbetare med den kunskap som krävs för att omsätta Socialstyrelsens riktlinjer i praxis. Det krävs att hälso- och sjukvården redan nu vidareutbildar nuvarande personal och på sikt bör man se över om det ska ingå i bland annat sjuksköterskeutbildningen.

### 2.2.1. Att ändra livsstil

Det är få i dagens samhälle som inte vet att rökning är skadligt för hälsan (Arborelius, 1994). Ändå fortsätter människor att röka trots kunskapen om riskerna. Detta exempel visar att det inte är informationsbrist som är den svaga länken i hur människor väljer att leva. Att öka kunskapen kring en ohälsosam livsstil är en del i arbetet med att förändra attityder men räcker inte till ett förändrat beteende. Till exempel är valet och vanan att röka starkt kopplat till emotionella faktorer. Denna aspekt försvårar motivation av beteendeförändring och enbart upplysning om rökningens skadeverkan är otillräcklig. Vidare menar Arborelius (1994) att skrämselfpropaganda heller inte är rätt väg att gå då patienter snarare är mindre benägna att ta till sig sådan information än upplysande information om livsstilens påverkan på kroppen. Patientens egen upplevelse av hälsa,

hälsotillstånd, livsstil och dess påverkan är alla delar som sjukvårdspersonal måste ta reda på för att kunna anpassa vården individuellt och ta reda på om det finns kunskapsluckor som behöver fyllas.

Hur sjuksköterskor ser på patientens eget ansvar vid livsstilsförändringar och de dilemman som kan uppstå vid ohälsosam livsstil belystes av Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela och Patja (2007). Det framkom att sjuksköterskorna ansåg att patienterna själva måste acceptera att de har ett ansvar för hur de valt att leva sitt liv och dess konsekvenser. Deras egen vilja att förändra lyfts fram som en av de viktigaste aspekterna för en lyckad behandling och att sjuksköterskans uppgift var att hjälpa patienterna till en livsstilsförändring. En majoritet ansåg att de hade bristande kunskap om hälsorådgivning och samtal kring livsstilsrelaterad ohälsa.

### 2.2.2 Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) ska sjuksköterskor *"Ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer"* och *"Ha förmåga att identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård"*. I sjuksköterskans arbete ingår bland annat ett hälsofrämjande arbete relaterat till en ohälsosam livsstil. Sjuksköterskan har en stödjande funktion till patienter som är i behov av livsstilsförändringar. Forskning visar att det finns grundläggande hinder såsom brist på utbildning och färdigheter i hälsofrämjande rådgivning (Casey, 2007a). Även faktorer relaterade till sjukvårdsorganisationen, exempelvis bristande uppföljning av patienter försvårade arbetet. Hög arbetsbörda och tidsbrist var andra uppenbara hinder för att arbeta hälsofrämjande.

## 2.3 Kommunikation

Kommunikation som omvårdnadsåtgärd i form av stödjande, vägledande, informerande och undervisande samtal ingår i kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). Kommunikation och samtal med patienter och anhöriga är en viktig del i sjuksköterskans arbete (Baggens & Sandén, 2009). En god kommunikation och en god samverkan mellan sjuksköterska och patient och/eller anhörig kan upplevas som ett stort stöd och en viktig del i den process en patient och/eller anhörig är inne i. Sjuksköterskans egna moraliska ramar bör åsidosättas för att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt så att patientens integritet respekteras. Att undvika att



hamna i ett paternalistiskt förhållande, det vill säga att sjuksköterskor tror de vet bättre än patienten, är ytterligare en viktig del i kommunikationen. Sjuksköterskan har med största sannolikhet större kunskap om hälsa och ohälsa än sina patienter, men för att en patient ska kunna uppleva delaktighet, egenmakt i situationen och därmed ha inverkan på sitt eget liv krävs att sjuksköterskan går in i mötet med inställningen att syftet är en samverkan mellan hen själv och patienten. Patientens kunskap och erfarenheter blir avstampet för fortsatt arbete i en gemensam plan mot ett mål som patienten i dialog med sjuksköterskan kommit fram till.

Brister i eftervården och i den information som gavs till personer som drabbats av hjärt-kärlsjukdom och genomgått ballongsprängning visade att endast 25 % av de tillfrågade patienterna i studien hade uppfattat att en livsstilsförändring var nödvändig, resterande 75 % trodde att de var fullt friska efter den behandling de fått och att de därefter kunde fortsätta leva som tidigare (Perk, Burell, Carlsson, Hambraeus, Johansson & Lisspers, 2014). Studien visade också att vid uppföljningssamtal och ytterligare information om vikten av livsstilsförändring ökade förståelsen hos patienterna.

## 2.4 En samtalsmetod för förändring

Vid rådgivning och behandling av livsstilsrelaterade faktorer finns en samtalsmetod utvecklad av psykologerna Miller och Rollnick (2013) under 1980-talet i syfte att öka motivation och därmed att underlätta förändringsprocesser. Denna metod kallas *motiverande samtal* (MI, eng. *Motivational Interviewing*). Metoden utvecklades ursprungligen för att hjälpa och behandla personer med alkoholmissbrukarproblematik (Socialstyrelsen, 2014). Grundbultarna i metoden är att utgå från var patienten befinner sig och att stärka personens förmåga och tro till förändring. MI utgörs av fyra processer; engagerande, fokuserande, framkallande och planerande (Miller & Rollnick, 2013).

### 2.4.1 Motiverande samtal (MI)

I den första delen, *engagerande*, skapas en anknytning och allians mellan den professionella och patienten för att kunna samarbeta till en förändring (Miller & Rollnick). I denna fas ligger fokus på att patienteten ska bli aktiv och engagerad i sin situation. Ett positivt engagemang kännetecknas av en förtroendefull och ömsesidig relation med respekt för varandras expertiskunskap.

Aktivt lyssnande är ytterligare en grundbult där tystnad och icke-verbala uttryck är av stor vikt (Miller & Rollnick, 2013). Reflektivt lyssnande är en färdighet och innebär att

rådgivaren svarar talaren med ett påstående. Reflektioner kan vara olika djupa: enkla och komplexa. I den andra processen *fokuserande* är syftet att skapa en strategisk riktning i samtalet för att kunna fortsätta arbetet. För att närma sig fokuserande finns det inom rådgivning tre olika stilar; att styra, att vägleda och att följa. *Framkallande* innebär att klientens egen motivation till förändring lockas fram och stärks. Ett sätt att framkalla förändringsprat är att ställa öppna frågor. Frågor om önskan, förmåga, skäl och behov kan locka fram det som författarna kallar förändringsprat. Det viktiga som rådgivare är att nyfiket lyssna till patientens motivation till förändring. Att bekräfta, ställa öppna frågor, göra reflektioner och summera, är fyra sätt att svara på förändringsprat.

Ambivalens är konflikten mellan flera motivationer (Miller & Rollnick, 2013). Genom att uttrycka argumenten för förändring kan patienten själv sätta ord på vad denne själv behöver förändra. Ambivalensen speglar en blandning av förändringsprat och samtal om status quo (aktuellt tillstånd) vilket är helt normalt. För förändring krävs att patienten har självtillit, vilket bland annat kan ske genom att personens styrkor och resurser framhålls och bekräftas. Oftast sker förändring när en person upplever en stor skillnad mellan mål, värderingar och status quo.

Den sista processen *planerande* utgörs av konkret planering av åtgärder för förändring (Miller & Rollnick). I det här skedet bör patienten vara redo och rådgivaren ska inte gå före patientens beredskap. Det är en process från varför till hur och när. Förenklat kan de olika genomgångna processerna beskrivas på följande vis; engagera- ska vi resa tillsammans? Fokusera- vart bär resan? Framkallande- varför? Och planering- hur och när?

#### 2.4.2 Hur kompetens i MI utvärderas

MI är inte en manualbaserad behandlingsmetod och därför går det inte att mäta troheten i behandlingen genom att räkna upp vilka obligatoriska moment som under ett MI-samtal genomförs (Norman, 2014). Istället görs en mätning av behandlarens kompetens i MI och det kan ske genom observation. Från ljudinspelningar kodar den som observerar yttranden från behandlaren genom ett etablerat mätinstrument. För att kunna utvärdera MI finns olika kodningsinstrument. Motivational Interviewing Treatment Integrity coding system (MITI) är ett av instrumenten som fokuserar på rådgivarens svar (Miller & Rollnick, 2013). Svaren ställs i relation till MI för att dokumenterar hur väl de stämmer överens. Andra instrument är mer komplexa och utvärderar både rådgivarens och klientens svar, såsom Motivational Interviewing Skills Code (MISC).

Instrumentet Behaviour change counselling index (BECCI) utvecklades ursprungligen i syfte att mäta Behaviour Change Counselling (BEC) vilket är en anpassning och enklare form av MI (Lane, Huws-Thomas, Hood, Rollnick, Edwards & Robling, 2005; The Behaviour Change Counselling Index, 2002). Användning av kodningssystem kräver träning för att tillförlitligheten och reliabiliteten av kodaren ska upprätthållas (Miller & Rollnick, 2013). Det finns ett internationellt nätverk inom MI som fungerar som ett kunskapscentrum: Motivational Interviewing Network of Trainers, förkortas MINT (<http://www.motivationalinterviewing.org/>; Norman, 2014). Syftet är att upprätthålla en enhetlig och god kvalitet av MI inom klinik, utbildning och forskning (Norman, 2014).

### 2.4.3 Stages of Change

Stages of change även kallad transteoretisk förändringsmodell (TTM) är en teoretisk modell utformad av Prochaska och DiClementes (1983) som beskriver olika stadier i förändringsprocessen av personers beteende. Stadierna delas upp i fem; precontemplation, contemplation, preparation, action och maintenance. I det sista och femte stadiet arbetar man aktivt på att upprätthålla förändringen. Miller & Rollnick (2013) hävdar att MI och TTM inte är samma sak, men att de är kompatibla och komplementära. MI handlar om att kunna identifiera och hjälpa personen oberoende av vilket stadie denne befinner sig i.

### 2.4.4 Motiverande samtal - en framgångsrik metod?

Sveriges beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014) ger en nyanserad bild av MI. De granskade en översikt av studier från 2013 som utvärderade MIs effekter för att förändra beteende gällande kostvanor och fysisk aktivitet. SBU menar att det finns för lite evidens avseende MIs effekter jämfört med alternativa behandlingsmetoder. Effekten är i vissa avseenden ovisst. I en annan rapport (SBU, 2001) framkom att MI har positiva effekter bland personer som har en riskfylld alkoholkonsumtion.

Vidare visar närmare tusen vetenskapliga artiklar i sina respektive resultat att MI är en effektiv metod för att förändra beteende som hade kunnat leda till ohälsa (Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010; Lai, Cahill, Qin & Tang, 2010; Hetteima, Steele & Miller, 2005). Framförallt finns det stort stöd i forskningen som visar på att MI som tillägg till annan behandlingsmetod har effekt för att öka följsamhet till behandling och resultatet av den (Hetteima et al., 2005; Miller & Rollnick, 2013). Studier visar att MI är en framgångsrik metod att använda vid samtal som rör känsliga ämnen och gör att patienter får ett ökat engagemang (Holm Ivarsson, 2013).

### 2.4.5 Patienters upplevelser av motiverande samtal

Hur patienter upplever motiverande samtal i syfte att åstadkomma livsstilsförändring har Brobeck, Odencrants, Bergh och Hildingh (2014) undersökt i sin studie. Patienter upplever att sjuksköterskorna som arbetade med motiverande samtal tog sig tid, var närvarande och lyssnade på vad patienterna berättade. Detta resulterade i att patienterna upplevde att de var respektfullt bemötta och självbestämmande i sina beslut. Tillit och förtroende var en viktig del i relationen mellan sjuksköterska och patient, detta underlättade vägen mot en livsstilsförändring.

## 2.5 Problemformulering

Livsstilsrelaterad ohälsa är en stor och komplex utmaning för sjukvården.

Livsstilsrelaterade sjukdomar skapar stort lidande hos personer det drabbar (Socialstyrelsen, 2011). Trots detta kvarstår det faktum att sjukvården inte kan stävja eller hantera sjukdomar som uppstår till följd av en ohälsosam livsstil. Motiverande samtal är en erkänd metod för att hjälpa patienter att ändra beteenden relaterade till en ohälsosam livsstil. Författarna ställde sig frågan om det är en bra metod för sjuksköterskor att använda som en omvårdnadsåtgärd när patienter är i behov av livsstilsförändringar och hur väl det passar in i vårdandet. Författarna ville därför belysa hur sjuksköterskor arbetar hälsofrämjande med hjälp av MI.

## 3 Syfte

Att belysa sjuksköterskans användning och erfarenhet av motiverande samtal i praktiken med patienter som är i behov av livsstilsförändring.

## 4 Teoretisk utgångspunkt

### 4.1 Human becoming

Genom ett vårdande sammanhang där patienten är med och påverkar sin situation kan hälsa och välbefinnande utvecklas (Dahlberg & Segersten, 2010). Rosemarie Rizzo Parse ser människan som en skapare av sin hälsa och mening i livet (Parse, 1998; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Hon ser på sjuksköterskan och sjuksköterskerollen som en stödjande pelare i patientens process att skapa hälsa och mening. Sjuksköterskan

ska inte bestämma villkoren i denna process. Sjuksköterskan har enligt Parse en viktig uppgift att *gå bredvid*, förklara, inge hopp och på så vis vägleda patienten över hinder och genom prövningar. Teorin utgår från att vårdandet handlar om att bidra till att patienter upplever livskvalité och hälsa, oavsett samhällets syn på livskvalité och hälsa.

I sin teori *Human becoming* har hon formulerat tre teman; mening, rytmicitet och transcendens (Parse, 1998; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Utifrån dessa har hon utvecklat tre principer; den första principen beskriver Parse är att strukturera mening för patienten. Det handlar om att med hjälp av språket uttrycka värden och föreställningar. Vilken innebörd en människa tillskriver en situation är denne fri att välja och val sker även omedvetet. En persons upplevda verklighet skapas av föreställningar och hur saker och ting uppfattas. En del av detta är medvetet och reflekterat medan annat är omedvetet och som Parse kallar det pre-reflektivt. Hur mening struktureras hör ihop med hur människor värderar sina erfarenheter. De val människor gör styrs av dessa värderade erfarenheter. Föreställningar och värden uttrycks genom språk och handling.

Rytmicitet, den andra principen i teorin, berör olika paradoxer såsom att uppenbara-dölja, förena-separera och gestaltas genom olika relationsmönster (Parse, 1998; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Dessa paradoxer bör inte ses som motsatser, utan som en enhet där människan befinner sig i. Variationerna som kommer ur det paradoxala såsom att både uppenbara och dölja, bidrar till rytmiciteten. För sjuksköterskans del innebär det att vara med i den kamp patienten går mot sin egen ambivalens: att stanna kvar eller gå vidare, att genom variationerna gå längs vägen mot förändring.

Den tredje och sista principen handlar om transcendens vilket betyder att gemensamt gå över gränser i syfte att nå nya möjligheter (Parse, 1998; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Energi är ett av begreppen i transcendensen och handlar om människans vilja att röra sig i riktning mot framtiden och nya utmaningar. Det andra begreppet, nyskapande, handlar om att bygga upp sig själv genom att vara som alla andra eller att vara annorlunda, att vara följsam eller att gå sin egen väg. Oavsett vad människan väljer sker en omgestaltning och ett nytt jag skapas.

## **4.2 Vårdande**

Begreppet vårdande är ett av de fyra konsensusbegreppen som vårdvetenskapen vilar på (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Grunden i vårdandet är att förebygga eller minska lidande och skapa möjligheter för att patienter ska uppleva

välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdandet bör fokusera på att patienter ska uppleva sig stärkta i sin hälsosituation. Oavsett sjukdomsbild ska vårdandet sträva efter att frambringa välbefinnande hos den unika individen. Vårdvetenskapen fyller en viktig uppgift i att hjälpa patienter att själva hitta mening och känna delaktighet när hälsan sviktar. Det är inte enbart av betydelse för att patienter ska känna sig sedda och respekterade utan också av betydelse för att de ska kunna återfå stabilitet i livet och kunna leva på ett sätt som är meningsfullt.

Att som vårdpersonal ta reda på vad som är meningsfullt och hur patienten upplever sin situation gör att man också kan vårda hela människan (Dahlberg & Segesten). Som sjuksköterska krävs att man med en öppenhet, nyfikenhet, uthållighet och lust går in i mötet med patienten för att försöka förstå dennes perspektiv. Det handlar om att kunna stödja till ett eget förhållningssätt som bygger på ansvar för den egna hälsan. Det är en fin balansgång att göra patienten lagom delaktig i sin egen vård med alla dess valmöjligheter, alternativ och konsekvenser. Det finns en risk att antingen ta över för mycket och därigenom göra patienten till en passiv åskådare till sin egen situation eller att vara allt för avvaktande och icke-stödande och därigenom få patienten att känna sig ensam och övergiven.

## **5 Metod**

En litteraturoversikt genomfördes för att undersöka det nuvarande kunskapsläget inom ett område som rör vårdvetenskap (Friberg, 2012a). Litteratur sammanställdes för att skapa en överblick över det aktuella ämnesområdet och nya problemområden för vidare forskning belystes.

### **5.1 Datainsamling och urval**

Sökandet efter artiklar har skett i databaserna Cinahl plus with full text och PubMed. De sökord som har använts och kombinerats är; Motivational interviewing, Life style, Life Style Change, Health, Health promotion, Nurse, Nursing Care, Nursing Role, Nurse-Patient Relations. De sökord i Cinahl och PubMed som finns som headings respektive mesh-termer har använts i kombination med fria sökord. Att använda ämnesord (headnings respektive mesh-termer) ger en specialiserad sökning med ofta specifika träffar inom det valda området (Östlundh, 2012). Att kombinera ämnesordsökningar med fritextsökningar kan vara ett bra sätt att vidga och utöka en sökning för att få fler träffar.

Författarna har laborerat med ämnesordsökningar i kombination med fritext för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar. Genom att söka på Motivational Interviewing som headings på CINAHL kom knappt 1300 artiklar upp. Detta var då utan begränsningar gällande sjuksköterskans ansvarsområde och livsstilsförändringar som båda är relevanta i relation till syftet. Begränsningar i sökningen var vetenskapliga artiklar publicerade från år 2000 för att sammanställa den senaste forskningen, att artiklarna var peer-reviewed, skrivna på engelska och hade abstract. Artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext beställdes via biblioteket.

Vid urvalet lästes först titlar och sedan abstrakten. Sökmatrix presenteras i bilaga 1. Kritisk granskning av artiklar skedde enligt Fribergs (2012a) föreslagna mall på granskning av kvalitativa respektive kvantitativa studier.

## **5.2 Analys**

De valda artiklarna har lästs flera gånger och var för sig av författarna. Detta för att få en uppfattning av helhet och sammanhang, vilket enligt Friberg (2012a) är en del av analysprocessen. Därefter har skillnader och likheter urskilts i metod, analys, syfte och resultat. Båda författarna gjorde egna sammanfattningar av de genomgångna studierna och sedan diskuterades dessa för att minska risken för misstolkningar och för att försäkra sig om att författarna hade uppfattat studierna på likartat sätt. Genomgången av studierna sammanfattades i teman och underrubriker som presenteras i författarnas resultat. Detta för att ta reda på vad analysen av studierna lett fram till för att besvara litteraturstudiens syfte. Som en avslutning har författarna presenterat ett förslag till hur den verksamma sjuksköterskan ska kunna ta till vara på den kunskap som sammanställts och därefter gett förslag till fortsatt forskning.

## **5.3 Forskningsetiska överväganden**

I granskningen av vetenskapliga studier har hänsyn tagits till huruvida forskningsetiska överväganden skett eller inte. Forskningsetik grundar sig i att människor som deltar i studier ska behålla integritet och autonomi (Kjellström, 2012). Balansen mellan forskarnas intresse och nytta för samhället kan stå i konflikt med respekt för deltagarnas rättigheter och integritet. I International Council of Nursing (2014), den etiska koden för sjuksköterskor, finns riktlinjer för forskning på etiska grunder, däribland att deltagarna har rätt till information, självbestämmande, möjlighet att kunna avbryta medverkan samt att information behandlas konfidentiellt. Litteraturstudiens författare har haft ambitionen

att endast inkludera artiklar som är etiskt granskade. Dock är flera artiklar som ingår i litteraturöversikten inte etiskt granskade, trots detta har författarna valt, med vetskapen om att detta är en svaghet i översikten, att ta med dessa då de besvarar syftet. Författarna till denna litteraturöversikt har med medvetenhet och kritiskt tänkande lagt deras förförståelse åt sidan för att resultatet inte skulle påverkas.

## 6 Resultat

Författarnas resultat presenteras i två huvudteman. Det första temat är *Hur MI används* och har två underteman; *Utbildning* och *Klinisk tillämpning*. Det andra huvudtemat är *Erfarenheter* med två underteman; *Möjligheter* samt *Hinder*.

### 6.1 Hur MI används

I temat presenteras utbildningens betydelse för användning av MI och komplexiteten att lära sig och praktisera metoden.

#### 6.1.1 Sjuksköterskors utbildning i MI

Utbildning var en grundförutsättning för att kunna använda sig av MI i mötet med patienter som är i behov av livsstilsförändringar och utbildningen är även avgörande för i vilken utsträckning MI används i praktiken (van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2011; Östlund, Wadensten, Häggström & Kristofferzon, 2014). I studien av Van Eijk-Hustings et al. (2011) framkom att sjuksköterskorna tiden efter utbildning var präglade av MI och fortsatte använda metoden i arbetet med patienter sjuka i diabetes i större utsträckning under den uppföljning som skedde. Sjuksköterskorna hade också utvecklat en förmåga att identifiera var i förändringsfasen patienten befann sig. Dock krävdes fortbildning för att i den dagliga verksamheten kunna använda sig av mer avancerade färdigheter och tekniker, såsom att arbeta med patientens motvilja, locka fram förändringsprat samt att ge mer komplexa reflektioner. För att använda MI ansågs ett par dagars utbildning i kommunikation baserat på MI inte vara tillräckligt för sjuksköterskor som arbetade på en KOL-klinik där patienter uppmuntrades sluta röka (Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson och Klang, 2012).

Östlund et al. (2013) undersökte i vilken utsträckning 980 distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor använde sig av MI med patienter som behövde förbättra sina



livsstilsrelaterade hälsovanor. Resultatet visade att 57 % praktiserade metoden, av dem saknade 15 % utbildning. Av de som använde sig av MI var det endast 26 % som fått feedback och uppföljning och 15 % som fått handledning. Hur färdigheter inom MI förbättrats när sjuksköterskor genomgått utbildning undersöktes av Jansink, Braspenning, Laurant, Keizer, Elwyn och Van der Weijden (2013). Sjuksköterskorna var verksamma inom allmänmedicin och arbetade med patienter med diabetes. Det framkom att av de undersökta färdigheterna hade endast 2 av 24 förbättrats efter 14 månaders uppföljning. Dessa var att sjuksköterskan öppnade upp för att patienten själv skulle samtala om beteendeförändring och att sjuksköterskan i större utsträckning utvärderade patientens självförtroende när det kom till att förändra sin livsstil.

För att sjuksköterskor skulle kunna använda sig av MI ansågs behovet av långsiktig uppföljning, stöttning och fortsatt utbildning nödvändig (Brobeck, Bergh, Odenocrants & Hildingh, 2011; Casey, 2007b; Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008; Van Eijk-Hustings et al., 2011). Sjuksköterskor verksamma i primär- och diabetesvård rekommenderade fortsatt utbildning efter grundutbildning (Brobeck et al., 2011; Van Eijk-Hustings et al., 2011). Återkoppling på användning av MI samt tillräckligt med tid för att lära sig teknikerna upplevdes stimulerande (Van Eijk-Hustings et al., 2011). Detta förstärktes av Söderlund et al. (2008) som gav exempel på att det var av stor vikt att teori och praktik var nära korrelerade för att på ett effektivt sätt öva och lära sig färdigheter i MI. Genom parallella övningstillfällen och rådgivningssamtal i klinisk praxis skedde successivt en förbättring av deras färdigheter. En sjuksköterska upplevde det svårt till en början, men med mycket övning förbättrades tekniken så att man kunde lära sig detaljerna i MI-metoden. Ju mer av grunderna i metoden som förstods, desto mer uppskattades den.

### 6.1.2 Sjuksköterskors kliniska tillämpning av MI

Noordman, van der Lee, Nielen, Van der Weiden och Van Dulmen (2012) rapporterade att sjuksköterskan i livsstilsförändringssamtalen i primärvården ofta lät patienten välja ämne, men att sjuksköterskan sällan frågade patienten huruvida denne var villig att tala om sitt beteende. Dessutom visade sjuksköterskorna bristande förmåga att ställa frågor rörande varför och hur en patient ska ändra beteende. De använde sig inte av empatiska påståenden vid tillfällen då patienten pratade om beteendeförändring. Sjuksköterskan försökte förstå vad patienten vet och vill veta, men ofta lades ett otillräckligt fokus på

patientens egna styrkor vid beteendeförändring. Enligt det mätinstrument vilket användes i studien, BECCI, ska sjuksköterskan eller den som leder rådgivningen inte tala mer än 50 % av tiden. I 18 % av de studerade samtalen pratade sjuksköterskan mer än patienten. Att sjuksköterskorna pratade mer än patienterna framkom även i studien av Efraimsson et al. (2012) där så var fallet i fler än hälften av samtalen. Sjuksköterskorna som arbetade med MI använde sällan delarna som ingår i MI-metoden. De lade mycket tid på att förse patienten med information snarare än att stödja motivation till förändring. Allt för ofta ställdes slutna frågor istället för öppna och enkla reflektioner skedde istället för mer komplexa. Sällan öppnade sjuksköterskan möjligheten för att samarbeta och stödja autonomi och att visa empati som är inom ramen för MI. Detta styrktes av Van Eijk-Hustings et al. (2011) som också menar att enklare reflektioner gjordes oftare än komplexa, men i motsats till tidigare nämnd studie ställde sjuksköterskorna öppna frågor.

Sjuksköterskor verksamma inom primärvården i Noordman, Koopmans, Korevaar, van der Weijden och van Dulmens (2013b) studie använde MI i rådgivningssamtal till viss del. Följande delar av MI enligt BECCI efterföljdes: regelbundet förseddes patienter med information som var relaterat till patientens tankar och bekymmer och sjuksköterskan uppmuntrade patienter att samtala om aktuellt beteende. De visade även på känslighet att tala om andra problem som patienten tog upp. En annan studie visade att sjuksköterskor använde sig av betydligt mer MI-färdigheter om rådgivningen fick ta längre tid och när mer tid spenderades för att diskutera livsstilsfaktorer (Jansink et al., 2013). De flesta av sjuksköterskorna i studien av Casey (2007b) tyckte att flera korta och upprepanande samtal runt fem till tio minuter var att föredra medan några tyckte att mer tid krävdes. Sjuksköterskorna arbetade på akutsjukvårdsavdelningar.

Sjuksköterskor, verksamma inom primärvården, använde MI framförallt när patienterna var i de tidiga stegen av förändring, det vill säga antingen när patienterna inte helt övervägt ändra sitt beteende eller när de allvarligt börjar överväga en förändring (Noordman, de Vet, van der Weijden & van Dulmen, 2013a). I de senare stadierna i processen då förändring skedde och när patienter försökte behålla förändring, fick patienterna inte tillräckligt med stöd i form av MI.

## **6.2 Sjuksköterskors erfarenheter av MI**

I följande tema presenteras sjuksköterskors erfarenhet av att använda MI.

### 6.2.1 Möjligheter i arbetet med livsstilsförändringar

MI ansågs vara användbart i det dagliga arbetet med livsstilsrelaterad ohälsa och sjuksköterskorna upplevde ett lugn vid rådgivande samtal (Van Eijk-Hustings et al., 2011). Sjuksköterskorna uppgav även att MI gav struktur åt samtalet (Brobeck et al., 2011; Van Eijk-Hustings et al., 2011).

Med hjälp av MI upplevde flera av sjuksköterskorna att de i samtalet kunde hålla sig i bakgrunden (Brobeck et al., 2011) och de blev mer medvetna om vad patienterna sade och berättade (Casey, 2007b). En av sjuksköterskorna i studien av Söderlund et al. (2008) medgav att hon tidigare i rådgivning inte lyssnat tillräckligt mycket på patienterna utan i stället levererat råd på löpande band. Flera upplevde att färdigheterna i MI, såsom att lyssna på patienten utan avbrott för att ge råd, ställa öppna frågor och tillåta patientens egen reflektion, stod i kontrast till det traditionella arbetssättet. Brobeck et al. (2011) framkom med ett liknande fynd, sjuksköterskorna medgav att metoden var ett nytt sätt att tänka, vilket upplevdes utvecklande. Detta tydliggjorde även deras hälsofrämjande roll, vilket ledde till att de fick en känsla av trygghet och att de gjorde ett bättre arbete. Efter genomgången utbildning upplevde sjuksköterskorna att de gjorde mer för patienterna och närmade sig dem på ett annat sätt (Casey, 2007b).

Sjuksköterskorna upplevde att genom att arbeta med MI blev patienterna mer motiverade till förändring (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2013). Arbetssättet upplevdes som berikande och det var stimulerande när de tillsammans med patienterna kunde se positiva resultat (Brobeck et al., 2011). De upplevde att MI stimulerade patienter att bli motiverade och att ta steg i rätt riktning samt klargjorde förändringsstrategier för patienterna själva. Metoden ansågs hjälpa patienter att bli involverad i sin egen förändring och att lösningar och beslut kring livsstilsförändringar finns inom dem själva (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2013).

Metoden uppfattades vara användbar för att främja patienters medvetenhet om livsstilsförändring och vara vägledande i vårdrelationen (Brobeck et al., 2011). Det fanns upplevelser av att samarbetet mellan sjuksköterskor och patienter förbättrades och att deras initiativförmåga ökade (Van Eijk-Hustings et al., 2011). Intervjuade sjuksköterskor tyckte metoden väckte patientens intresse, skapade motivation och hjälpte sjuksköterska och patient att komma på samma nivå i relationen (Östlund et al., 2013). För att skapa tillit i relationen mellan sjuksköterskan och patienten var det av vikt att sjuksköterskan

lyssnade uppmärksamt till vad patienten ville förändra och hur det skulle uppnås (Brobeck et al., 2011). Patienten skulle inte behöva försvara sig eller känna sig stött. Det framkom att MI är ett nödvändigt och hjälpande redskap som främjar kommunikation (Östlund et al., 2013). Metoden ansågs vara inkännande, anspråkslös, icke-dömande och icke-tillrättavisande (Brobeck et al., 2011). När en livsstilsförändring inte lyckades och återfall skedde sågs upplevelsen som en erfarenhet och något som patienten kunde lära sig av. Flera av deltagarna betonade professionell erfarenhet som en underlättande faktor för att kunna applicera metoden i arbetet. För att kunna använda MI ansågs det av stor vikt att vara genuint intresserad av metoden.

I en annan studie (Casey, 2007b) återfanns sjuksköterskors erfarenheter av att kunna uppskatta när patienten var eller inte var redo för förändring av ohälsosam livsstil. Hälften berättade att de var medvetna om att de genom användning av MI förebyggde ohälsa. Med hjälp av MI togs tillfällen i akt att samtala om hälsa och ge utbildning i hälsa, dock hade en del av sjuksköterskorna gjort avvägningen att i vissa fall inte ta upp ämnet om patienter varit för sjuka. Med användning av MI upplevde deltagarna att de fått mer kunskap och en ökad medvetenhet kring tillfällen för att ge hälsouppllysning. Majoriteten uppgav att det var en nyckelfaktor att ha skapat en relation med patienten innan ämnet om hälsa och förändrad livsstil behandlades.

### 6.2.2 Hinder

En utmaning med att använda och följa MI var att kunna vara både en aktiv och passiv lyssnare (Söderlund et al., 2008). Det framkom att det var viktigt att vara tyst och lyssna uppmärksamt för att visa på tålamod och motstå behovet av att ge råd. Sjuksköterskorna medgav svårigheter att omsätta nya MI-kunskaper i arbetsrutinerna eftersom de upplevde att MI skiljde sig från sjuksköterskans traditionella arbetssätt. Utmaningen bestod inte i att metoden i sig själv var svår utan det faktum att lära om till ett nytt arbetssätt och detta ansågs som en potentiell barriär för att kunna använda MI. Sjuksköterskorna arbetade i primärvården och var delaktiga i ett forskningsprojekt kallat liv-stress-hälsa i vilket relationen mellan socioekonomiska hälsfaktorer och psykologiska faktorer undersöktes bland patienter. Ett hinder som framkom i användandet av MI var svårigheten att uppnå effektiv kommunikation med patienter som var ovilliga att ta ansvar för sin egen hälsa. Patienters ovilja var anledningar och/eller hinder till att MI inte användes (Östlund et al., 2013).

Brist på tid var en enskild stor faktor som hindrade sjuksköterskor att arbeta med MI (Van Eijk-Hustings et al., 2011; Östlund et al., 2014; Casey, 2007b). MI upplevdes tidskrävande och en arbetsmetod som kräver långsiktigt arbete (Brobeck et al., 2011). Förutom tidsbrist framkom brist på kunskap som ytterligare hinder för att använda sig av MI (Östlund et al., 2013) men även hög arbetsbelastning framkom som ett problem (Van Eijk-Hustings et al., 2010; Casey, 2007b). Trötthet var en annan faktor som gjorde att sjuksköterskorna återgick till gamla arbetssätt (Van Eijk-Hustings et al., 2011). Bland några av deltagarna fanns åsikten att MI inte passar alla, att det är svårt att använda och att det känns konstlat och tillgjort (Östlund et al., 2013). Brist på kontinuitet framkom som ytterligare ett hinder som berodde på att patienter antingen hade korta vårdtider eller att de flyttades till annan avdelning (Casey, 2007b). Andra orsaker var att sjuksköterskor ofta var knutna till avdelningssektion snarare än till patienter, vilket gjorde att det svårt för sjuksköterskorna att följa upp resultatet av rådgivningen.

## 7 Diskussion

I metodavsnittet sker ett resonemang kring arbetets metod, urval och analys (Friberg, 2012b). Vidare diskuteras litteraturstudiens resultat utifrån Parses teori om Human becoming och relevant vetenskaplig litteratur. Författarna har valt att presentera resultatdiskussionen i tre delar; *Utbildning, Personcentrerad vård* och *MI i sjukvården*.

### 7.1 Metoddiskussion

Författarna har i litteraturöversikten använt vetenskapliga artiklar funna vid databaserna CINAHL plus with full text och PubMed. Det ger litteraturöversikten en ökad trovärdighet att flera databaser användes (Henricson, 2012). Sökningar efter relevanta artiklar gjordes även i Medline och Nursing & Allied Health Source men med ett sökresultat som inte gav nya artiklar som gick att använda i resultatet. Ord som *Nursing, Nurse, Nursing role, Nurses, Life style change, Life style, Health promotion* och *Motivational interviewing* användes i olika kombinationer, som headings i databasen CINAHL och som mesh-term i PubMed. De användes också som fritextsökningar med förhoppning om att få fram en bra grund att arbeta med (Henricson, 2012). Det fanns för få artiklar endast rörande erfarenheter av att arbeta med MI eller att ha fått MI som metod vid behandling vid livsstilsförändring och det fanns även för få artiklar som rörde endast användandet av MI. För att få fram ett underlag fick artiklar rörande flera olika aspekter

av MI och sjuksköterskans arbete användas. Aspekter såsom erfarenheter och i vilken utsträckning metoden använts inkluderades för att belysa studiens syfte. Det kan ses som en svaghet, men det faktum att det finns få studier rörande allmänsjuksköterskans erfarenheter och användande av MI är ett resultat i sig.

Sekundära sökningar utfördes, genom att valda artiklars referenslistor studerades för att kunna finna ytterligare relevanta referenser (Östlundh, 2012). Genom denna metod gjordes försök att finna ytterligare material av relevans, dock inkluderades inga studier men däremot påträffades redan utvalda.

MI finns i en anpassad form (Lane et al., 2005; The Behaviour Change Counselling Index, 2002) vilket först stod klart för författarna under arbetets gång. I litteratur om MI var det inte tydligt att det finns olika varianter. En del av artiklarna har rört en anpassad variant av MI, BECCI. Det kan således vara svårt att göra en jämförelse mellan de olika studiernas resultat och detta kan ses som en begränsning i litteraturöversiktens trovärdighet.

Området visade sig vara relativt utforskat ur en allmänsjuksköterskas perspektiv varpå en kombination av både kvalitativa och kvantitativa studier ansågs ge den bästa överblicken för att kunna besvara uppsatsens syfte. Till resultatet valdes tre kvalitativa studier och sex kvantitativa och en studie som var av båda karaktärerna. Studierna som inkluderats är alla utförda i länder med likartad sjukvårdsstandard vilket möjliggör jämförelser, likheter och olikheter (Henricson, 2012). Vid granskningen av artiklarna har båda läst samtliga var för sig och sedan fört diskussion, vilket stärker reliabiliteten.

## **7.2 Resultatdiskussion**

### **7.2.1 Utbildning**

Genom utbildning fick sjuksköterskorna verktyg för att låta patienten styra samtalet och att vara tysta för att patienten skulle sätta ord på sina tankar och känslor. För att kunna fortsätta använda MI krävdes fortlöpande handledning, vilket även grundarna av metoden (Miller & Rollnick, 2014) hävdar är viktigt. För att lära sig MI gör de jämförelsen med en pilot som ska lära sig flyga. Först sker det i teorin, sedan får piloten flyga med handledning för att slutligen flyga själv. Miller och Rollnick beskriver processen att lära sig MI som ingalunda en rak väg för att sedan bli fulländad, utan en ständig rörelse sker i lärandet genom handledning och praxis. De menar att om sjuksköterskor går på enstaka

workshops i grupp ökar deras medvetenhet kring att MI finns, men att det knappast leder till att de blir duktiga på att utföra MI.

För att lära sig MI krävs möjlighet till träning under en längre tid med handledning (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004; Forsberg, Forsberg, Lindqvist & Helgason, 2010). Färdigheter som utvecklats genom utbildningsworkshop gick förlorade om det inte skedde några uppföljande workshops, vilket Schwalbe, Oh och Zweben (2014) konkluderar i sin meta-analysstudie. Nivån på efterföljande utbildning och handledning för att kunna behålla MI-färdigheter var blygsam. För att upprätthålla effekterna av en sexmånaders utbildningsperiod var det tillräckligt med cirka tre till fyra handledningstillfällen om minst fem timmar sammanlagt, över en sexmånadersperiod. I de studier som inte inkluderade återkoppling och/eller träning fann man att MI-färdigheterna förlorades under en sexmånadersuppföljning, medan uppföljande workshops och träning ledde till att de upprätthölls. Att MI tar tid att lära sig påvisades även i en studie av Forsberg, Ernst och Farbring (2011) utförd utanför sjukvårdskontexter, där personal i kriminalvården fått fem dagars workshop, utbildning och övningar i MI. Detta hade inte heller gett effekter i jämförelse med de anställda som inte fått den utbildningen. Effekter påvisades först när de med utbildningen fått kamrathandledning, dock inte i nivå av kompetens som forskarna väntat sig och som de antog behövs för att det ska ge effekter och påverka klienterna. Ovanstående studier bekräftar delvis vad som framkommit i resultatet gällande behovet av fortsatt utbildning som förutsättning för kompetens och användning av MI. I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) nämns MI som ett konkret alternativ när behovet av kvalificerad rådgivning finns. Vidare trycker socialstyrelsen (2011) på att personal behöver vara utbildad i den metod de använder när denna form av rådgivning utförs.

Resultatet framhåller att trots utbildning var sjuksköterskorna inte tillfredsställda när det gällde utbildningens omfattning och utfallet av utbildningen var också undermålig i flera av studierna. Den nordiska sektionen av det internationella nätverket inom MI, MINT (2014) menar att grundutbildningen bör vara två-fyra dagar. En mer avancerad utbildning kan inte tidsbestämmas utan är en process som måste tillåtas ta tid. Likt MINT Nordic menar Miller och Rollnick (2014) att det inte finns ett bestämt antal utbildningstimmar som krävs för att lära sig MI. De ställer sig frågan hur lång tid det krävs att lära sig spela ett musikinstrument och likt MI beror allt på ambition, förmåga, syfte och mål. Det pågår forskning hur man bäst lär sig MI, ännu är okunskapen

stor och otillräcklig kring hur lång utbildningen bör vara samt vilka utbildningsmoment som bör ingå (Madson, Loignon & Lane, 2009).

### 7.2.2 Personcentrerad vård

I Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskrivs personcentrerad vård som att se till personens egen upplevelse och känsla om den ohälsa som uppstått. Det är med utgångspunkt i personens tankar som vidare arbete mot hälsa ska komma. Ohälsa kan ses som ett hot mot det egna jaget och ett avstånd och ambivalens kan uppstå mellan den man är och den man vill och kan vara. Vård handlar om att utifrån patientens känsla, upplevelse, tankar och förhoppningar kring en situation kunna stödja till val och förändringar men också att respektera de val som patienten gör, oavsett om det utifrån sett inte ser ut att gynna patientens hälsotillstånd. MI beskrivs (Brobeck citerad i Rudenstam, 2014) som "*patientcentrerat i sin natur*". Att utgå från patientens ord och lyssna till vad patienten faktiskt säger och hela tiden undersöka om man som sjuksköterska förstått patienten rätt menar Brobeck (refererad i Rudenstam, 2014) är grunden i MI.

Författarna till denna litteraturoversikt anser att Parse's teori Human becoming och MI har utgångspunkt i människan, patienten (Miller & Rollnick, 2013; Parse, 1998). En personcentrerad vård där patientens tankar är i fokus och där råd och lösningar inte levereras direkt är andan i båda teorierna. I resultatet framkom att MI hjälper patienten att själv reflektera, komma med egna lösningar och beslut. Sjuksköterskan ska involvera patienten och inte vara dömande utan ta reda på vad patienten själv vill och tycker. Detta är alla delar av en holistisk personcentrerad vård som i resultatet visade sig inte vara helt lätt att efterfölja.

Egger, Coutts och Litt (2014) menar att patienter som genomför stora förändringar utan misslyckande inte är att förvänta utan större eller mindre återfall är att räkna med. Det krävs att patienten är motiverad inifrån och att det finns en vilja och styrka att agera. I resultatet framkom att sjuksköterskorna upplevde att genom MI blev patienterna mer motiverade till förändring och att förändringen kom från dem själva. För att de ska röra sig från nuet till målet kan sjukvården vara behjälpliga genom göra en plan och stödja till att vidmakthålla de förändringar som görs (Egger, Coutts och Litt, 2014). Att inte lyckas med en livsstilsförändring behöver inte ses som ett misslyckande. Som det framgår i resultatet kan patienterna lära sig någonting positivt ur erfarenheten av att misslyckas.



Vissa av studierna i denna litteraturöversikt visade att efter genomgången utbildning i MI använde sjuksköterskor sig av vissa delar i metoden, som att ställa öppna frågor, öppna upp för att patienten själv skulle prata om sitt beteende och låta dem själva reflektera över sin situation. Det handlar om att som sjuksköterska vara en aktiv men ändå passiv medaktör. Detta kan förstås utifrån Parse (1998) teori där hon beskriver det första temat om att skapa mening i situationen patienten befinner sig i. Här behöver patienten själv skapa struktur genom att uttrycka tankar om vad som är av värde för sig själv. Parse menar att varje människa är ansvarig för sin hälsa och att ge sitt liv mening. När en människa blir sjuk eller känner ohälsa är det inte sjuksköterskans uppgift att lösa alla problem som uppstår. Istället ska sjuksköterskan stödja patienten i de skeende av förändring som sker eller måste ske och skapa förutsättningar för att personens hälsosituation ska bli så förståelig och klar som möjligt. På likande sätt menar författarna att MI-metoden är uppbyggd. Människor låter sig hellre övertygas av anledningar de själva kommit underfund med än om någon annan ger anledningar till dem (Miller & Rollnick, 2013). Detta sammanfattar andan i MI och skulle också enligt författarna kunna handla om hur Parse menar att man kan hjälpa en patient belysa mening och föra denne framåt i processen. Genom att ge patienten makt att själv göra val, ökar också chansen till förändring. När en människa får tillsagt vad hen ska göra eller när valen begränsas går hen lättare i försvarsställning därför att friheten förminskas.

Enligt Parse (1998) är rytmiciteten den del där patienten är i rörelse mellan olika variationer och olika stadier. Sjuksköterskans del i detta stadie handlar om att våga och vilja vara med patienten i dennes resa framåt. Det handlar om att röra sig mellan olika paradoxer, där sjuksköterskan hjälper till att belysa eller dölja, separera eller föra ihop, gå framåt eller bakåt för att patienten slutligen ska kunna finna sin plats och riktning. Hur ser patientens motivation till förändring ut? Är hen redo att ändra ohälsosamma vanor och beteende eller är viljan att stanna kvar i samma situation starkare? Wiklund Gustin och Lindwall (2012) menade med hänvisning till Bunting att Parse teori handlar om att ha mod och vilja att kunna närvara och gå med patienten där denne befinner sig. Författarnas resultat belyser MI i förhållande till vårdrelationen, hur metoden kan vara vägledande och skapa en god vårdrelation. Att bygga en god vårdrelation anser Miller & Rollnick (2013) vara en av de fyra grundläggande delarna i MI: engagerande. I relationen är tillit och empati mycket betydelsefullt därför att det är grunden till det ömsesidiga samband mellan patient och rådgivare som krävs i MI.

En studie i resultatet (Noordman et al., 2013) undersökte i vilket stadiet av förändringsprocessen MI användes. Där framkom att det framförallt skedde när patienterna var i de tidiga stadierna av processen. Dessa stadier kunde liknas med den meningsskapande processen (Parse, 1998). Vidare i resultatet framkom att MI är en metod som hjälper patienter att ta steg i rätt riktning och skapar motivation till förändring. Detta kan förstås med Parse (1998) beskrivning av transcendens: en vilja att förändra och ta steg framåt, där ett nyskapande av jaget sker vilket ska nå nya möjligheter.

Rytmiciteten och transcendensen såsom det förstås i Parses teori (1998) kan liknas med den ambivalens och det avstånd mellan den man är och den man vill vara, vilket ohälsa kan skapa. En del av MI är att patienten får upp ögonen på var den befinner sig och var den skulle vilja vara (Miller & Rollnick, 2013). Detta kan liknas vid den meningsskapande processen (Parse, 1998). Det är av vikt att patienten får sätta ord på sina egna tankar för att klargöra sin egen situation. Detta ger patienten perspektiv på vad som är viktigt här och nu för att kunna hitta mål att röra sig mot i överskridandet, transcendensen. I resultatet framkom att innan genomgången utbildning i MI hade en sjuksköterska gett *råd på löpande band*. Efter utbildning var sjuksköterskorna mer medvetna om vad patienterna sade och lyssnade på vad de verkligen hade att säga.

Att belysa mening, synkronisera rytmer och mobilisera transcendensen (Parse, 1998), det vill säga att röra sig från en punkt till en annan både tankemässigt och sedan rent praktiskt anser författarna till denna litteraturstudie liknar de fyra processerna i MI (Miller & Rollnick, 2013); engagerande, fokuserande, framkallande och planerande.

### 7.2.3 MI i sjukvården

MI är en komplex arbetsmetod och det krävs stort engagemang och satsning från både sjukvården som organisation, arbetsgivare och enskilda sjuksköterskor för att den ska implementeras. Det ser av resultatet ut att ofta vara en lång väg från att läsa om metoden till att verkligen omsätta den i praxis. Författarna hade inte insett hur komplext MI är att lära sig. I grundutbildningen för sjuksköterskeprogrammet nämns MI som en metod för att främja hälsa hos individen, men frågan är om det inte krävs en tids klinisk erfarenhet innan inläring av MI kan bli aktuellt. I resultatet framkom också att med längre yrkeserfarenhet var det lättare att använda MI samt att det användes i större utsträckning av dem. Brist på tid var enligt resultatet ett återkommande hinder för att utöva MI. Det framkom inte i resultatets studier hur lång tid samtalen

varade, men Brobeck citerad i Rudenstam (2014) menar att metoden även kan användas vid kortare livsstilssamtal, vilket även stärks av Socialstyrelsen (2014). I två av årets utgivna nummer från Svensk sjuksköterskeförenings tidskrift (Andersson, 2014; Rudenstam, 2014) har artiklar berört sjuksköterskans samtal om levnadsvanor och förändrad livsstil, där bland annat MI nämns som en av metoderna. Litteraturöversiktens författare menar att detta betonar den utmaning och det behov som finns i sjukvården kring livsstilsrelaterad ohälsa.

#### **7.4 Kliniska implikationer**

Resultatet synliggör omfattningen av MI som metod, både att lära sig och utföra den och att upprätthålla kunskapen. Detta är betydelsefullt för den enskilda sjuksköterskan och/eller en hel vårdverksamhet som överväger eller har valt att satsa på MI som metod för att stödja personer som är i behov av livsstilsförändringar. Sjuksköterskor som genomgår utbildning behöver avsatt tid för utbildning, fortbildning och framförallt tid att genomföra MI-samtalen. Författarna är inte helt övertygade om att MI är något som ska ingå i sjuksköterskans arbetsområde. Möjligtvis är det aktuellt för sjuksköterskor med en tids yrkeserfarenhet. Om det trots allt ska ingå bör en bättre och mer strukturerad form av utbildningen ske för att det ska vara en effektiv och fungerande metod, både för sjuksköterskan som ska utöva metoden och för patienten som ska ta emot behandlingen.

#### **7.5 Förslag till fortsatt forskning**

Genomgående i litteraturöversikten resultat framgick att sjuksköterskor trots utbildning hade svårt att implementera MI i vårdverksamheten. MI användes till en viss del, men frågan är om det är tillräckligt för att ge effekt hos patienterna vilka metoden är till för. Rapporter från SBU (2001; 2014) talar för att MI både har och inte har effekt. Författarna ställer sig frågan om det kan finnas ett samband mellan icke-effekt och otillräcklig kompetens? Det skulle vara intressant med ytterligare forskning kring MIs behandlingstrohet, detta för att kunna få tydligare indikationer på MIs effekter. Hur sker uppföljning och kvalitetssäkring för sjuksköterskor som arbetar med MI? Hur kan kvalitén på MI-utbildningen kontrolleras? Vad är det mest effektiva sättet att lära sig MI på?

## 8 Slutsats

Sjuksköterskan ska arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Metoden MI har efter genomgång av litteraturöversiktens artiklar trots sin stora potential antytts vara ett svårt arbetssätt att implementera i verksamheten. Sjuksköterskor får inte det stöd och den uppföljning som behövs för att kunna utföra MI på ett optimalt sätt. Ska vårdverksamheten satsa på MI krävs att sjuksköterskor får möjlighet till uppföljning och att det finns tid avsatt för att utföra MI. Bland de sjuksköterskor som använt MI upplevdes det ge struktur och ett lugn i det stödjande samtalet och de ansåg att med hjälp av MI blev patienterna mer motiverade till förändring och involverade i sin egen förändring.

## 9 Referensförteckning

\*= artiklar som använts i resultatet

- Andersson, M. (2014). Specialistsjukvård satsar på samtal levnadssamtal. *Omvårdnadsmagasinet*, (5), s. 18-19.
- Arborelius, E. (1994). *Varför gör dom inte som vi säger?: Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor*. Göteborg Visby: Upjohn Books-on-Demand.
- Baggens, C., & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 202-234). Lund: Studentlitteratur.
- \* Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23/24), 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 1-14. doi:10.1186/1472-6955-13-13
- Casey, D. (2007a). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1039-1049. doi:10.1111/j.13652702.2007.01640.x
- \*Casey, D. (2007b). Using action research to change health-promoting practice. *Nursing & Health Sciences*, 9(1), 5-13.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 767-782. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Egger, G., Binns, A., & Rössner, S. (2014). Introduktion. I S, Rössne., G, Egger., & A, Binns (Red.). *Levnadsvanor - en klinisk handbok* s. 31-37. Lund: Studentlitteratur.
- Egger, G., Coutts, R., & Litt, J. (2014). Allt du har velat veta om motivation. I S, Rössne., G, Egger., & A, Binns (Red.). *Levnadsvanor - en klinisk handbok* s. 63-74. Lund: Studentlitteratur.

- Forsberg, L., Ernst, D., & Farbring, C. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 21(3), 177-188. doi:10.1002/cbm.792
- Forsberg, L., Forsberg, L., Lindqvist, H., & Helgason, A. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 5(1),8. doi:10.1186/1747-597X-5-8
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.81- 94). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. s. 472-479. Lund: Studentlitteratur.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, (1), 91-111. Hämtad från databasen PubMed.
- Holm Ivarsson, B. (2013). Motiverande samtal, MI. I B. Fossum (Red.). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. (s. 223-254). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nursing. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev. utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249. Hämtad från databasen CINHALL with Full Text.
- \*Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., van der Weijden, T., & Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice*, 14(1), 44-52. doi:10.1186/1471-2296-14-44
- Kjellström, S. (2012) Forskningsetik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Lai, D., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1), doi:10.1002/14651858.CD006936.pub2

- Lane, C., Huws-Thomas, M., Hood, K., Rollnick, S., Edwards, K., & Robling, M. (2005). Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the Behavior Change Counseling Index (BECCI). *Patient Education & Counseling*, 56, (2), 166-173. Hämtad från databasen CINHAL with Full Text.
- Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.  
doi:10.1177/1049731509347850
- Madson, M., Loignon, A., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: a systematic review. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.  
doi:10.1016/j.jsat.2008.05.005
- Miller, W. R & Rollnick, S. (2013) *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & kultur.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6): 1050-1062. Hämtad från databasen PubMed.
- MINT Nordic. (2014). *Rekommendationer om innehåll i MI-utbildningar av olika längd och med olika gruppstorlekar*. Hämtad 30 oktober 2014, från MINT Nordic, <http://www.motiverandesamtal.org/node/1893>
- Nationalencyklopedin. *Livsstil*. Hämtad 11 september, 2014, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/>
- \*Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013a). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine*, 8760-67. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.019
- \*Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013b). Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Family Practice*, 30(3), 332-340.  
doi:10.1093/fampra/cms077
- \*Noordman, J., van der Lee, I., Nielen, M., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S. (2012). Do trained practice nurses apply motivational interviewing techniques in primary care consultations? *Journal of Clinical Medicine Research*, 4(6):393-401. doi: 10.4021/jocmr1120w
- Norman, Å. (2014). Motiverande samtal. I L. Kwak (Red.). *Evidensbaserat folkhälsoarbete* (s. 143-161). Lund: Studentlitteratur.
- Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought - A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks: Sage.

- Perk, J., Burell, G., Carlsson, R., Hambræus, K., Johansson, P., & Lisspers, J. (2014). Allvarliga brister i rådgivning till koronarsjuka patienter efter ballongvidgning. Hämtad 21 oktober 2014, från *Läkartidningen*, <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2014/10/Allvarliga-brister-i-radgivning-till-koronarsjuka-patienter-efter-ballongvidgning/>
- Prochaska, JO. & DiClementes, CC. (1983). Stages and processes of self-change of smokin: towards an intergrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:390-395. Hämtad från databasen PubMed.
- Rudenstam, C. (2014). Samtal kan förändra patientens livsstil. *Omvårdnadsmagasinet*, (3), s. 10-13.
- SBU. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/alkohol\\_2001/sammanf.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/alkohol_2001/sammanf.pdf)
- SBU. (2014) *Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor*. Hämtad 21 oktober 2014, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/>
- Schwalbe, C. S., Oh, H. Y., & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8), 1287-1294. doi:10.1111/add.12558
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/20\\_11-11-11.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/20_11-11-11.pdf)
- Socialstyrelsen. (2014). Hämtad 22 september 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010) *Personcentrerad vård*. Från [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.Personcentrerad.vard\\_web.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.Personcentrerad.vard_web.pdf)



Svensson, O., & Hallberg, L. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalité. I L. Hallberg (Red.). *Hälsa & livsstil – forskning och praktiska tillämpningar* (s. 35-51). Lund: Studentlitteratur.

\*Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67(2), 102-109. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

The Behaviour Change Counselling Index. (2002). Från <http://motivationalinterview.net/library/BECCIManual.pdf>

\*van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education & Counseling*, 84(1), 10-15  
doi:10.1016/j.pec.2010.06.016

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

World Health Organization. (2011). Cardiovascular diseases (CVDs). Hämtad 3 september 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

\*Östlund, A., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M. (2014). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2284-2294.  
doi:10.1111/jocn.12509

Östlundh, L. (2012). Informationssökning, I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL	Heading: Motivational interviewing AND Health promotion Fritext: Nursing	23	Peer-reviewed Språk: Engelska Abstract tillgängligt	5	3	Östlund, A., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M. (2014). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 23(15/16), 2284-2294. doi:10.1111/jocn.12509  Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.  Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experience.
CINAHL	Heading: Nursing role Fritext: motivational interviewing	53	Peer-reviewed	4	2	van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands.
CINAHL	Heading: Motivational interviewing Fritext: nurse	95	Peer-reviewed	4	1	Efrainsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics.
PUBMED	Fritext: Motivational interviewing AND Life style change	66	English Abstract tillgängligt År: 2004-2014	7	2	Noordman, J., van der Lee, I., Nielen, M., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S. (2012). Do trained practice nurses apply motivational interviewing techniques in primary care consultations?
PUBMED	Mesh term: Health promotion Fritext: motivational	176	Humans English Abstract tillgängligt	12	3	Casey, D. (2007) Using action research to change health-promoting practice.

	interviewing					
PUBMED	Mesh term: Life style AND Motivational interviewing.	18	English Abstract tillgängligt År: 2000-2014	3	2	Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J C., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S. (2013b). Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role.  Noordman, J., De Vet, E., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S. (2013a). Motivational interviewing within the different stages of change: Analys of pracitce nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle.
PUBMED	Mesh: Motivational interviewing AND Nurses	2		1	1	Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Glyn, E., Van der Weijden, T. & Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial.

## Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C.	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.	2011, Sverige, Journal of clinical nursing.	Att beskriva hur sjuksköterskor i primärvården erfarit MI som metod i hälsofrämjande arbete.	Urval: 20 sjuksköterskor  Datainsamling: Kvalitativa intervjuer  Analys: Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.	Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde MI som en krävande, berikande och användbar metod i ett hälsofrämjande arbetet som främjar medvetenhet och vägledning i vårdrelationen.
Casey, D.	Using action research to change health-promoting practice.	2007, Ireland, Nursing and Health sciences.	Att anstifta en förändring i omvårdnadsarbete så att sjuksköterskor skulle åta sig hälsouppllysning med patienter och att de skulle förbättra hälsofrämjande aspekter i arbetet efter att deltagit i en workshop.	Urval: 7 sjuksköterskor  Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer 2 månader efter workshop.  Analys: Kvalitativ dataanalys enligt Miles och Huberman (1994).	Tre huvudteman framkom; Implementering av nya färdigheter, hinder för att förändra arbetet och faktorer som underlättar förändring i arbetet.  Merparten sjuksköterskor blev mer medvetna om hälsoutbildning och hälsofrämjande arbete samt var kapabla och sporrade till att införliva nyvunna färdigheter i praxis.
Efrainsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B.	Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics.	2012, Sverige Journal of advanced nursing.	Att beskriva i vilken utsträckning sjuksköterskor med några dagars utbildning i MI använde sig av den kunskapen i arbetet med "sluta-röka"-grupper för personer som led av kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).	Urval: 6 sjuksköterskor varav 4 specialist inom folkhälsa. Alla 6 sjuksköterskor hade utbildning inom KOL på universitetsnivå, i snitt 4 dagars utbildning.  Datainsamling: 26 videoinspelade samtal mellan sjuksköterskor och patienter. 13 patienter blev filmade vid två tillfällen.  Analys:	I den typ av omvårdnadsåtgärd som beskrivs i denna studie, rådgivande samtal vid rökstopp, användes sällan öppna frågor, komplexa reflektioner, samverkan eller stödjande av autonomi. Trots några dagars utbildning använde inte sjuksköterskorna MI. Fyra dagars utbildning var för kort och mer kommunikationsträning bör ingå i sjuksköterskeutbildningen, både på grund- och avancerad nivå.

				The Motivational interviewing Treatment Integrity (MITI) användes för analys av videoinspelningarna. En fem-poäng psykometrisk skala, så kallad Likert-scale användes för att bedöma följsamheten till MI och skapa en uppfattning av rådgivningen.	
Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Glyn, E., Van der Weijden, T. & Grol, R.	Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial.	2013, Nederländerna, BMC family practice.	Att jämföra färdigheter i MI bland utbildade och icke utbildade sjuksköterskor i en uppföljning 12 månader efter en intervention.	<p>Urval: 65 sjuksköterskor, varav; 30 fick utbildning. 35 var i en kontrollgrupp som blev erbjuden utbildning efter interventionen.</p> <p>Datansamling: Videoinspelning av patientmöte gällande livsstilsförändringar. Varje sjuksköterska skulle spela in fem patientmöten var.</p> <p>Analys: Intra-klass korrelations koefficient användes för att de två domarnas bedömningar skulle överensstämma. Cronbachs alpha användes för The Behaviour Change Counselling Index (BECCI)-listan. Effekten av utbildning på MI-färdigheter analyserades med hjälp av flernivåregression.</p>	<p>Efter ett år kunde man se att sjuksköterskor i utbildningsgruppen hade förbättrat 2 av 24 färdigheter som används i MI.</p> <p>Genom de två förbättrade färdigheterna förbättrades; tid för diskussion om livsstil och patientens beredskap för förändring av livsstil, vilket påverkades positivt genom användandet av MI.</p>
Noordman, J., De Vet, E., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S.	Motivational interviewing within the different stages of	2013, Nederländerna, Social science & Medicine.	Utforska huruvida sjuksköterskor applicerar MI och allmänna kommunikationsfärdigheter i	<p>Urval: 19 sjuksköterskor</p> <p>Datansamling:</p>	Sjuksköterskor applicerade MI framförallt när patienter var i de tre första stadierna av förändringsprocessens (Stages of change, TTM) fem.

	change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle.		patienters olika faser i förändringsprocessen med fokus på beteendeförändringar relaterat till ohälsosam livsstil.	<p>Videoinspelning</p> <p>Analys: Chi2 test för kategoriska variabla, Anova för kontinuerliga variablar. Pearson korrelationskoefficient användes för att undersöka relation mellan alla kommunikationspunkter. Flernivåregression och logistikregression analyserades för att bestämma föreningen mellan MAAS-globala poäng &amp; BECCI.</p>	
Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J C., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S.	Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role.	2013, Nederländerna, Family practice.	Att undersöka hur läkare och sjuksköterskor diskuterar patienters livsstilsbeteende i form av skraddarsydd information och rådgivning och deras användning av motiverande samtal i praktiken.	<p>Urval: 40 läkare 19 sjuksköterskor</p> <p>Datainsamling: Videoinspelning av samtal mellan läkare eller sjuksköterska och en patient där livsstil och livsstilsrelaterad ohälsa diskuterades.</p> <p>Analys: Två domare använde BECCI för att koda videoinspelningarna.</p>	Information om livsstilsförändring gavs ofta i allmänna ordalag både av läkare och sjuksköterskor. Å andra sidan gavs råd om rökning mer anpassat till patienten. Sjuksköterskor som hade utbildning i MI använde sig av metoden i viss utsträckning, medan läkare sällan använde sig av metoden.
Noordman, J., van der Lee, I., Nielen, M., Van der Weijden, T. & Van Dulmen, S.	Do trained practice nurses apply motivational interviewing techniques in primary care consultations?	2012, Nederländerna, Journal of clinical medicine research	Undersöka om sjuksköterskor använder sig av motiverande samtal vid rådgivning i primärvård och i vilken utsträckning sjuksköterskor anpassar sina färdigheter i MI i arbetet med primär och sekundär prevention.	<p>Urval: 13 sjuksköterskor med utbildning i MI.</p> <p>Datainsamling: Videoinspelningar av rådgivningstillfällen. Totalt 117 inspelningar.</p> <p>Analys:</p>	<p>Det framgick att sjuksköterskan använde tekniker för motiverande samtal i viss utsträckning.</p> <p>Väsentliga skillnader kunde påvisas mellan de olika delarna som utgör grunden för motiverande samtal.</p> <p>Ingen skillnad av betydelse i användandet av MI i primär eller sekundär prevention</p>

				För att jämföra patienternas ”karakteristiska” i de två preventionsgrupperna användes t-test och chi-square test. Flernivåregressionsanalys gjordes med ett skärningspunktvärde för att bestämma poäng på de fyra delarna i BECCI.	kunde utläsas.
Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M.	Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences.	2008, Sverige, Health Education Journal.	Att identifiera viktiga delar i processen att lära sig och att genomföra motiverande samtal hos sjuksköterskor som genomgick utbildning i MI.	Urval: 20 sjuksköterskor från 10 olika primärvårdsenheter.  Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer inspelades sedan transkriberade.  Analys: Öppen kodning av de transkriberade intervjuerna. Intervjuerna lästes och kategoriserades i olika teman.	Olika faktorer identifierades som påverkade hur framgångsrik inläring och användandet av MI skedde.  Omfattande träning, integrering av teori och praktik ansågs vara avgörande aspekter för att effektivt kunna lära sig färdigheter i MI.  Barriärer för att lära sig MI var svårigheter att anpassa sig till nya sätt att tänka när man använde sig av tekniken eftersom MI skiljer sig från det vanliga sättet som sjuksköterskor arbetar på En annan svårighet var att uppnå en verklig effekt av kommunikation med patienter som var ovilliga att acceptera ansvar för sin egen hälsa.
van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H.	Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands.	2011, Nederländerna, Patient Education and Counseling.	Att undersöka uppfattningen av MI i det dagliga vårdarbetet bland sjukvårdspersonal i en vårdintervention för patienter med diabetes i en region i Nederländerna.	Urval: En interventionsgrupp bestående av: 2 sjuksköterskor 4 diabetessjuksköterskor 4 dietister En kontrollgrupp: 2 sjuksköterskor 4 diabetessjuksköterskor 4 dietister  Datainsamling: MITI och frågeformulär.	MI präglade interventionsgruppen direkt efter utbildning och användes i större utsträckning under uppföljning. De minst komplicerade delarna av MI-tekniken användes mest. Interventionsgruppen uttryckte behov av fortsatt utbildning och träning för att kunna använda de mer komplicerade delarna av MI.

				<p>Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper, inspelade och transkriberade.</p> <p>Analys: Utifrån transkriberingen, fastställdes teman vilka verifierades genom diskussion av innehåll, vilket skedde bland medlemmar i projektgruppen som deltagit i intervjuerna. Användandet av MI analyserades med hjälp av deskriptiva analyser.</p>	
Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E. & Kristofferzon, M-L.	District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings	2014, Sverige, Journal of clinical nursing.	Att undersöka i vilken utsträckning distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor har utbildning i MI och i vilket utsträckning använder det samt vilka grundförutsättningar de har för att använda det; jämförelser mellan distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor; att undersöka förhållanden mellan användning av MI och faktorer kopplade till utbildning i metoden.	<p>Urval: 980 distriktssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor.</p> <p>Datainsamling: Ett frågeformulär baserat på självskattning bestående av 27 frågor uppdelade i tre ämnesområden.</p> <p>Analys: För att se skillnader mellan allmänsjuksköterskor och distriktssjuksköterskor samt brukare och icke-brukare av MI användes Student's <i>t</i>-test för kontinuerliga variabler och chi-square tests för kategoriska variabler. Fisher's exakta test användes när en eller fler av de förväntade värdena var &lt;5. Logistisk regressionsanalys användes för att testa skillnader mellan brukare och icke-brukare av MI för att identifiera vilka faktorer som</p>	I resultatet redovisades att 59 % av deltagarna hade utbildning i MI. Totalt använde sig 57 % av metoden, 15 % av sjuksköterskorna som använde sig av MI hade ingen specifik träning. Faktorer som var associerade med användandet av MI var; utbildning och kunskap om MI, omständigheter för att kunna bruka metoden, tid och frånvaro av andra hinder.



				oberoende associerades med användning av MI. Spearman's korrelationskoefficient och etakoefficient användes för att testa korrelationen. För att analysera fritext svar och kommentarer till varje fråga strukturerades efter likheter och räknades därefter ihop.	
--	--	--	--	--	--