



”Det är ditt liv, hur vill du att det ska vara?”

Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande
samtal

Warda Hasan, Hanna Herne och Jenny Nilsson

Omvårdnad 15hp

Halmstad 2015-05-19

”Det är ditt liv, hur vill du att det ska vara?”

Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal

Författare: Warda Hasan
 Hanna Herne
 Jenny Nilsson

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Halmstad 2015-05-07

Titel	”Det är ditt liv, hur vill du att det ska vara” – Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal
Författare	Warda Hasan, Hanna Herne, Jenny Nilsson
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle
Handledare	Annelie Lindholm, Universitetsadjunkt, Fil. Mag
Examinator	Elisabeth Brobeck, Universitetslektor
Tid	Vårterminen 2015
Sidantal	20
Nyckelord	Erfarenheter, Levnadsvanor, Motiverande samtal, Omvårdnad, Sjuksköterskor

Sammanfattning

Ohälsosamma levnadsvanor definieras som otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol, tobaksbruk och ohälsosamma matvanor. Dessa ohälsosamma levnadsvanor är vanliga och kan leda till välevnadssjukdomar. Motiverande samtal är en rådgivningsform som kan användas vid förändringar av levnadsvanor. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att använda motiverande samtal för att hjälpa patienter att förändra sina levnadsvanor. En litteraturstudie gjordes med 15 vetenskapliga artiklar. Innehållsanalys enligt Forsberg och Wengström gjordes för att analysera resultatartiklarnas innehåll. Resultatet visar att förutsättningarna för att genomföra ett motiverande samtal är många, bland annat spelar erfarenhet, utbildning och miljön en stor roll. Motiverande samtal anses vara en metod som sätter patienterna i centrum. Sjuksköterskornas roll inom motiverande samtal är att skapa motivation hos patienterna och hjälpa de se behovet av en förändring av levnadsvanor. De flesta sjuksköterskorna har positiva erfarenheter av motiverande samtal, men det finns också de som har negativa erfarenheter. Eftersom studier visar att både effektiviteten och erfarenheterna av motiverande samtal är olika behövs mer forskning inom ämnet. Det behövs utbildning inom motiverande samtal för att kunna tillämpa metoden på bästa sätt. Mer resurser behövs till hälsofrämjande arbete för att minska problemet med ohälsosamma levnadsvanor.

Title	”It is your life, how would you like it to be” – Nurses experiences of motivational interviewing
Author	Warda Hasan, Hanna Herne, Jenny Nilsson
Department	School of Social and Health Sciences
Supervisor	Annelie Lindholm, Lecturer, MN
Examiner	Elisabeth Brobeck, Senior Lecturer
Period	Spring 2015
Pages	20
Key words	Experiences, Lifestyle, Motivational interviewing, Nurses, Nursing

Abstract

Unhealthy lifestyles is defined as inadequate physical activity, hazardous use of alcohol, tobacco use and unhealthy eating habits. These unhealthy lifestyles are common and can lead to lifestyle diseases. A method that can be used for counselling lifestyle changes is motivational interviewing. The aim of this literature study was to describe nurse’s experiences of using motivational interviewing to help patients to change their lifestyles. A literature study was conducted with 15 research articles. A content analysis according to Forsberg and Wengström was used to analyze the content in the articles that was included in the results. The result shows that the conditions for using motivational interviewing are many, including experience, education and environment. Motivational interviewing is considered to be a method that is patient-centered. Nurses’ role in motivational interviewing is to motivate the patients and help he or she see the need for a lifestyle change. Most of the nurses have positive experiences of motivational interviewing, but there are negative experiences as well. Since studies shows that both the efficiency and the experiences of motivational interviewing is various there is a need for more research on the subject. There is a need for education in motivational interviewing in order to apply the method in the correct way. More resources is required for health promotion in order to reduce the problem of unhealthy lifestyles.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Levnadsvanor	1
Förändring av levnadsvanor	3
Teori om egenvårdsbalans och sjuksköterskans roll	4
Motiverande samtal.....	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling.....	6
Databearbetning	7
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	8
Samtalets förutsättningar	8
MI främjar personcentrerad vård	9
Sjuksköterskans förhållningssätt	10
Positiva och negativa erfarenheter av MI.....	11
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Konklusion och implikation	18

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Levnadsvanor har stor inverkan på hälsan (Holm Ivarsson, 2014). Ohälsosamma levnadsvanor definieras som otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol, tobaksbruk och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2012a). Under 2013 hade 1,9 miljoner människor ohälsosamma matvanor och 2,7 miljoner var inte tillräckligt aktiva i Sverige (Holm Ivarsson, 2014). Antalet människor som hade en riskkonsumtion av alkohol var 1,2 miljoner och 840 000 var dagligrökare. Ohälsosamma levnadsvanor kan leda till vällevnadssjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, cancer, kroniska luftvägssjukdomar och typ II diabetes. År 2012 orsakade vällevnadssjukdomar 68 procent av alla dödsfall i världen (World Health Organisation, 2014a). I Sverige stod vällevnadssjukdomar för 90 procent av alla dödsfall år 2012 (World Health Organisation, 2014b). Vällevnadssjukdomar går att förebygga genom förändring av levnadsvanor (Holm Ivarsson, 2014). För att förändra levnadsvanor kan hälso- och sjukvården stödja genom olika former av rådgivning (Socialstyrelsen, 2012b). En rådgivningsform kan vara motiverande samtal (MI).

För sjuksköterskor är hälsofrämjande omvårdnad en stor del av professionen. Med hjälp av hälsoutbildning då sjuksköterskorna informerar och försöker påverka patienternas levnadsvanor och beteende kan hälsan främjas (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Av de personer som diskuterar förändring av levnadsvanor med hälso- och sjukvårdspersonal har 39,2 procent förändrat levnadsvanorna (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2013). När förändring av levnadsvanor ska göras kan MI användas. MI fokuserar på personen som ska genomföra en förändring av levnadsvanorna och på den personens motivation och åtagande (Miller & Rollnick, 2013). I ett MI-samtal kan patienterna, med hjälp av sjuksköterskorna ta kontroll över sin förändring (Tingström, 2009). Forskning visar att MI används i liten utsträckning idag (Soontag, Wiesner, Fahrenkrog, Renneberg, Braun & Heintze, 2010; Jasink, Braspenning, Laurant, Keizer, Elwyn, van der Weijden & Grol, 2013). MI används mest när patienterna inte känner sig beredda eller är ambivalenta för en förändring av levnadsvanorna (Noordman, de Vet, van der Weijden & van Dulmen, 2013).

Bakgrund

Levnadsvanor

Redan i barndomen kan ett barn påverkas av sina föräldrars levnadsvanor och ta med sig dessa till vuxenlivet (Kostenius & Lindqvist, 2007). Levnadsvanorna kan också påverkas av vad som sker i livet och hur tillvaron ser ut, till exempel om personen stressar, levnadsförhållanden och psykosociala omständigheter (Holm Ivarsson, 2014). Olika kriser i livet, som en närståendes död eller sjukdom, kan påverka en individ. Alla har inte förutsättningarna eller tillräcklig kunskap för att hantera kriser

och det kan leda till ohälsosamma levnadsvanor (Cullberg, 2006). Att göra en förändring av levnadsvanor är svårt och många personer försöker på egen hand utan att lyckas (Rosengren, 2012). Vägen till en förändring kan bestå av inledande framsteg, men också av återfall. För att göra en förändring krävs det att personen själv har en vilja och beslutsamhet (Brobeck, Odenocrants, Bergh & Hildingh, 2014).

De två främsta anledningarna till att inte vilja vara fysiskt aktiv är tidsbrist och orkeslöshet (Kostenius & Lindqvist, 2007). Fysisk aktivitet har mer betydelse för hälsan än vad matvanorna har (Lee, Blair & Jackson, 1999). En person som är fysiskt inaktiv och har ett normalt Body Mass Index (BMI) har större chans att råka ut för ohälsa än en person som är fysiskt aktiv och överviktig. Fysisk inaktivitet kan bland annat orsaka vällevnadssjukdomar så som hjärt-kärlsjukdomar, typ II diabetes, övervikt och fetma, cancer och psykisk ohälsa samt frakturer och fall (Socialstyrelsen, 2012b). Fysisk aktivitet ger många fördelar som till exempel minskad risk för vällevnadssjukdomar (Holm Ivarsson, 2014) samt förstärks immunförsvaret och därmed minskar risken för infektioner (Kostenius & Lindqvist, 2007). Andra fördelar är bättre självbild och självförtroende, minskad stress och avslappning (ibid.).

Det är allmänt känt att tobak har negativa effekter på hälsan (von Bothmer, 2010). Ändå är det många som använder tobak. Rökning kan i längden leda till hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar samt olika cancerformer, vilket kan i sin tur leda till en kortare livstid (Socialstyrelsen, 2012b). Förutom att tobak skadar personen själv kan också personer runt omkring skadas genom passiv rökning (von Bothmer, 2010). Anledningar till att börja röka är relaterade till personlighetsdrag, den sociala omgivningen och samhällseliga aspekter, som massmedia. Nikotinet i tobaken skapar ett beroende och startar hjärnans belöningssystem. När personen inte får nikotin kan abstinens skapas, vilket visar sig som till exempel ilska, ängslan, koncentrationssvårigheter och fysiska symtom. Ett rökstopp kan förbättra hälsan avsevärt och risken för lungcancer halveras 10 år efter rökstoppet. Redan 5 år efter rökstopp är det lika stor risk att drabbas av en hjärtinfarkt som för en person som aldrig rökt. Inom tre dygn har risken för hjärtinfarkt minskat, lukt- och smaksinnet förbättrats och lungkapaciteten ökat (ibid.).

Ohälsosamma matvanor definieras som hög mängd transfetter och stort intag av kött, socker och salt (Holm Ivarsson, 2014). Transfetter finns naturligt i små mängder i mejeriprodukter och köttprodukter, främst nöt- och lammkött (Livsmedelsverket, 2015). Transfetter påverkar kroppen genom att High-Density Lipoprotein (HDL) minskas och att Low-Density Lipoprotein (LDL) höjs (Johansson, 2014). Stora mängder kött ökar risken för många sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och cancersjukdomar. Salt påverkar blodvolymen i kroppen. För mycket salt kan leda till större blodvolym och högt blodtryck som följd. Tillsatt socker har negativ effekt på hälsan eftersom livsmedel som innehåller mycket tillsatt socker är näringsfattiga då de har hög energitäthet. Livsmedelsverket (2012b) har gjort en studie som visar på att de

med högre inkomst som var fysiskt aktiva oftast har bättre matvanor. De som var överviktiga, rökte och hade ett tungt arbete hade sämre matvanor. Matvanorna kan också påverkas av en persons känslor, maten kan bli en ersättning för något annat (Kostenius & Lindqvist, 2007). Enligt Nordiska näringsrekommendationer (Livsmedelsverket, 2012a) innebär hälsosamma matvanor att äta grönsaker, frukt och bär, fisk och skaldjur, nötter, spannmålsprodukter av fullkorn, oljebaserade matfetter och magra mejeriprodukter. Genom hälsosamma matvanor minskar risken för välevnadssjukdomar (ibid.).

Överkonsumtion av alkohol definieras som mer än fjorton standardglas (till exempel 33 cl starköl) i veckan för män och mer än nio standardglas för kvinnor (Socialstyrelsen, 2012b). Risker med ett högt genomsnittligt alkoholintag kan vara cancer, sjukdomar i lever och bukspottskörtel, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes (Holm Ivarsson, 2014). Ett annat riskbruk är intensivkonsumtion, vilket innebär ett intag av fem eller fler standardglas för män och fyra eller fler standardglas för kvinnor vid samma tillfälle (Socialstyrelsen, 2012b). Ett riskbruk av alkohol kan dessutom leda till missbruk eller beroende (Holm Ivarsson, 2014).

Förändring av levnadsvanor

Människor söker sig till hälso- och sjukvården på grund av många olika symtom (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014a). Ifall symtomen har ett samband med levnadsvanor är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att ge kunskap om detta och erbjuda stöd till förändring av levnadsvanor. En av sjuksköterskans huvuduppgifter att främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014b). När sjuksköterskor möter patienter i vardagen har hen chansen att utföra hälsofrämjande vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Hälsa betyder olika för olika individer, därför är det viktigt att ta hänsyn till individens livsvärld inom hälsofrämjande vård. Patienterna kan själva bestämma vad hälsa innebär för dem. Genom att sjuksköterskorna har en positiv attityd och uppmuntrar patienterna till att tro på sig själva och sina styrkor får patienterna själva bestämma över sin egen hälsa och hopp skapas om en lyckad förändring av levnadsvanor (Svedberg, Jormfeldt, & Arvidsson, 2003; Clark, Stuijbergen, Gottlieb, Voelmeck, Darby & Delville, 2006).

Förändringar av levnadsvanor motiveras av sjukdom och sociala faktorer (Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005; Hansen, Landstad, Hellzén & Svebak, 2010). De sociala faktorerna kan vara närstående som oroar sig och ger stöd (Kärner et al., 2005). Andra anledningar till förändring av levnadsvanor kan vara signaler från kroppen, som smärta, krav från hälso- och sjukvården och rädsla för ohälsa och död. Det är viktigt att ha en känsla av kontroll över sitt eget liv (ibid.).

Teori om egenvårdsbalans och sjuksköterskans roll

När sjuksköterskor träffar patienter i syfte att motivera till förändring av levnadsvanor kan MI tillämpas och därigenom stödja patienters egenvård. Dorothea Orem är en omvårdnadsteoretiker som har utvecklat teorin om egenvårdsbalans, Self-Care Deficit Theory of Nursing (Selanders, Schmieding & Hartweg, 1995). Enligt Orem är egenvård aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Egenvård kan vara både inlärt och medvetet. Orem anser att alla människor har motivation och förmåga till egenvård, däremot är det inte alla som skaffar sig den kunskap eller utför de handlingar som behövs. Människor kan behöva hjälp med sin egenvård om de drabbas av begränsningar, till exempel en olyckshändelse, sjukdom samt inre eller yttre faktorer. En inre faktor kan vara åldern hos individen. Med åldern ökar egenvårdsbegränsningar och individen blir då i stort behov av omvårdnad. Yttre faktorer kan vara särskilda livshändelser, exempelvis att en familjemedlem oväntat går bort. En individ kan efter en sådan omständighet bli ur stånd till att klara av sina mänskliga behov (ibid.).

För att främja välbefinnande och egenvård hos andra nämner Orem fem hjälpmetoder: handla eller utföra för en annan person, vägleda en annan person, stödja en annan person fysiskt eller psykiskt, skapa en utvecklande miljö, samt undervisa en annan person (Selanders et al., 1995). Det finns grundläggande styrande faktorer som innefattar personens ålder, genus, utvecklingsstatus, hälsostatus, sociokulturell miljö, hälso- och sjukvårdsfaktorer, familjefaktorer, livsstil, miljöfaktorer och socialt nätverk som sjuksköterskorna ska ta hänsyn till eftersom de påverkar patienternas egenvård (ibid.).

Motiverande samtal

På 1980-talet utvecklade psykologen William R. Miller MI-metoden i samband med sitt arbete med alkoholberoende patienter (Miller & Rollnick, 2013). Psykologen och professorn i hälso- och sjukvårdskommunikation Stephen Rollnick anslöt senare i utvecklandet. Inom MI står patienterna i centrum och ska själva komma fram till varför, hur och när en förändring av levnadsvanor ska ske. Ett MI-samtal består av fyra delar. När en patient först kommer till MI-samtalet skapas ett *engagemang*, samarbete och relation hos patienten och dess sjuksköterska. Därefter *fokuserar* patienten och sjuksköterskan på det som patienten vill förändra. Den tredje delen består av ett *framkallande*, sjuksköterskan och patienten försöker plocka fram motivationen hos patienten. Sist läggs en *plan* upp för hur förändringen ska fortsätta samt utvecklas patientens motivation till förändring (ibid.).

Inom MI-metoden anses det att människor har lösningarna på problemen i sina egna liv inom sig (Miller, Rollnick & Butler, 2009). Därför ska sjuksköterskor inom MI ha förmågan att lyssna, känna empati, lämna utrymme för patienter att hitta sina egna

svar och lösningar och samarbeta med patienterna så att en väg till förändring kan uppstå. Miller och Rollnick (2013) beskriver olika specifika tekniker som sjuksköterskor inom MI ska använda sig av. Dessa tekniker är bekräfta, öppna frågor, reflektivt lyssnande, summering. Sjuksköterskorna ska använda bekräftelse genom att respektera och visa aktning till patienterna samt belysa patienternas styrkor, förmågor och framsteg. Öppna frågor åstadkommer motivation hos patienterna genom att det frambringar reflektion och utveckling. Det hjälper även sjuksköterskorna att hitta det som patienterna vill förändra och hur förändringen ska gå till. Reflektivt lyssnande innebär att sjuksköterskorna formulerar antagande om vad patienterna har sagt under samtalet och patienterna får återberättat sina tankar och känslor med någon annans ord, vilket ger djupare förståelse. Genom reflektivt lyssnande fortsätter patienterna att tala, tänka efter och att utforska. I slutet av ett samtal summerar sjuksköterskorna reflektioner som patienterna tagit upp. Patienterna får då bekräftat att sjuksköterskorna har lyssnat noggrant och värdesätter det som dem har sagt (ibid.). Patienterna får också chansen att höra sitt förändringsprat en tredje gång (Miller & Rollnick, 2010). Dessa tekniker används för att framkalla förändringsprat hos patienterna (Miller och Rollnick, 2013). Förändringsprat innebär att patienterna och sjuksköterskorna framkallar patienternas anledningar och fördelar med en förändring av levnadsvanor (Miller och Rollnick, 2010). Sjuksköterskorna kan också ge råd och information om patienterna uttrycker ett behov av det och ger tillåtelse till det (Miller & Rollnick, 2013). Det är dock inte teknikerna som skapar ett bra MI-samtal, den viktigaste komponenten är MI-andan. MI-andan innebär den inre känslan och tanken sjuksköterskorna har när de använder sig av MI (ibid.).

Brobeck et al. (2014) skriver om patienters erfarenheter av MI där patienterna beskriver vad som är viktigt för dem när de möter en sjuksköterska för samtal. Det är viktigt att sjuksköterskor förstår patienters tankar om förändring av levnadsvanor och vad som är bäst för patienterna. Sjuksköterskorna bör vara närvarande och ta sig tid till att lyssna på patienterna utan att föreläsa. Sjuksköterskorna bör ge stöd, tillfredsställelse och bekräftelse. Det är viktigt att sjuksköterskorna bryr sig och accepterar patienterna trots deras problem (ibid.). Eftersom det är patienterna som själva bestämmer över sina förändring är det viktigt att sjuksköterskorna alltid ber om tillåtelse att samtala om förändringen (Holm Ivarsson, 2014).

Problemformulering

I dagens samhälle är ohälsosamma levnadsvanor ett vanligt förekommande problem som leder till många sjukdomar. Genom att hitta personer som har ohälsosamma levnadsvanor tidigt och motivera dessa att förändra sitt beteende kan sjukdomar förebyggas. Idag fokuserar hälso- och sjukvården på att vården ska vara personcentrerad och patienterna ska få vara delaktiga i sin egen vård. MI är en metod som är i linje med detta och kan därför användas i sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Uppfattningarna av MI är olika. Det finns inte bara fördelar med MI utan också nackdelar. Denna litteraturstudie vill undersöka både det positiva och negativa

med metoden för att ta reda på om det är en optimal metod för förändringar av levnadsvanor. Genom att studera sjuksköterskors erfarenheter av hur MI kan hjälpa patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor erhålls kunskap som kan vara viktig i hälsofrämjande arbete.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att använda Motiverande samtal för att hjälpa patienter att förändra sina levnadsvanor.

Metod

Metoden var en litteraturstudie där resultatartiklarna analyserades med innehållsanalys enligt Forsberg och Wengström (2013).

Datainsamling

Datainsamlingen började med en inledande osystematisk sökning (Friberg, 2012) i Summon med syfte att undersöka vad som redan fanns inom området och hur forskningen såg ut. Därefter bestämdes sökord utifrån syftet med litteraturstudien. Sökorden som användes var *motivational interviewing* (motiverande samtal), *lifestyle* (levnadsvanor), *life style* (livsstil), *nurse* (sjuksköterska), *care* (omvårdnad), *experiences of nurses* (sjuksköterskors erfarenheter), *physical activity* (fysisk aktivitet), *alcohol* (alkohol), *diet* (kost), *smoking* (rökning) och *experiences* (erfarenheter). Sökorden valdes eftersom dessa ansåg bäst kunna avspegla sjuksköterskans erfarenheter av MI vid förändring av levnadsvanor. Med hjälp av sökorden gjordes en systematisk litteratursökning för att identifiera relevanta artiklar utifrån studiens syfte (Friberg, 2012) Trunkering användes vid *motivational interview**, *life styl**, *lifestyle** och *nurs** för att fånga upp olika variationer på orden. De boolska sökoperatörer som användes var AND och OR för att tydliggöra vilket samband sökorden hade till varandra (Friberg, 2012). Alla sökorden är presenterade i bilaga A.

Inklusions- och exklusionskriterier användes för att avgränsa antalet artiklar till de som var relevanta för syftet (Friberg, 2012). Inklusionskriterier för denna litteraturstudie var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, publicerade efter år 2005 och vara vetenskapliga artiklar eftersom de skulle vara relevanta idag och handla om forskning. Artiklarna skulle också handla om MI, sjuksköterskors erfarenheter och levnadsvanor för att artiklarna skulle svara till litteraturstudiens syfte. Exklusionskriterier var artiklar som handlar om effektiviteten av motiverande samtal, då dessa inte belyste sjuksköterskornas erfarenheter. Andra språk än engelska exkluderades.

Databaser som användes var CINAHL, PubMed, PsycInfo och Academic Search Elite eftersom dessa passade bäst in på litteraturstudiens ämne. CINAHL och PubMed är främst inriktade på omvårdnad och medicin. Dessa valdes eftersom litteraturstudien är omvårdnadsbaserad. PsycInfo är mest inriktad på psykologi. Databasen ansågs vara relevant för litteraturstudien då MI-metoden ursprungligen började användas inom psykologin. Academic Search Elite innehåller många ämnesområden, bland annat hälsovetenskap och psykologi, vilka var relevanta för litteraturstudien. I PubMed användes Medical Subject Headings (MeSH) för sökordet *motivational interviewing* vid en sökning för att få relevanta träffar. Fler sökningar med ämnesord har gjorts, men då dessa inte resulterade i några relevanta träffar valdes fritextsökningar istället. Alla olika sökkombinationer finns beskrivna i sökhistoriken i bilaga B. Sökningar som inte resulterade i några nya granskade artiklar är inte inkluderade i sökhistoriken. De artiklar som står inom parentes i sökhistoriken är sådana abstrakt som har lästs i tidigare sökningar.

Antal abstrakt som lästes var 86 varav 25 artiklar valdes ut till granskning. Granskningen skedde enligt Forsberg och Wengströms bedömningsmallar (2013). Av dessa sållades 10 artiklar bort då de inte stämde överens med syftet. I resultatet inkluderas slutligen 15 artiklar. Med hjälp av bedömningsmallarna granskades artiklarnas vetenskapliga kvalitet och delades in i antingen hög, medel eller låg kvalitet.

Databearbetning

Databearbetningen gjordes enligt Forsbergs och Wengströms (2013) innehållsanalys. Artiklarna lästes igenom flera gånger enskilt för att få en förståelse för innehållet samtidigt som det viktigaste innehållet markerades. Det markerade innehållet jämfördes sedan tillsammans och diskuterades. Det viktigaste innehållet översattes till svenska och kodades. Koder med liknande innehåll bildade därefter kategorier: *Samtalets förutsättningar*, *MI främjar personcentrerad vård*, *Sjuksköterskans förhållningssätt* och *Positiva och negativa erfarenheter av MI*. Artiklarna sammanfattades sedan under de olika kategorierna.

Artikelöversikter sammanställdes tillsammans för att förtydliga och sammanfatta artiklarnas innehåll. Artikelöversikterna redovisas i bilaga C.

Forskningsetiska överväganden

Vid alla vetenskapliga studier är det viktigt att ta hänsyn till forskningsetik, framförallt är det av betydelse för att skydda personerna som medverkar i forskningen (Vetenskapsrådet, 2011). En etikprövningsnämnd avgör om forskningen får utföras (SFS 2003:460). Vid forskning krävs information och samtycke från deltagarna och får bara godkännas om respekt för människovärdet och mänskliga rättigheter visas

(SFS 2003:460). Om resultatet av forskningen kan erhållas på annat sätt där deltagarna utsätts för mindre risker godkänns inte forskningen. Riskerna med forskningen ska uppvägas av nyttan och hänsyn till personuppgiftslagen ska tas.

När en litteraturstudie görs är det viktigt med etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2013). Det som är av betydelse i en litteraturstudie är urvalet av vetenskapliga artiklar och presentation av resultat. Av de 15 artiklar som ingår i denna litteraturstudies resultat tog 11 stycken upp etiska aspekter. En av dessa har inte fått etiskt godkännande eftersom det inte behövdes.

Nyttan med resultatartiklarna var att hälsoprofessioner som arbetar med hälsofrämjande vård får en utbildning och kunskap om en ny metod som kan hjälpa deras arbete. Det kan i längden hjälpa patienter att motiveras till förändring av levnadsvanor. Med hjälp av resultatartiklarna kommer både fördelar och nackdelar med MI fram. Riskerna var att vissa av studierna utförde korta utbildningar och kort uppföljningstid, vilket kan ge en felaktig syn på MI. Detta kan ge patienterna en rådgivning som inte ger nytta.

Resultat

Samtalets förutsättningar

Sjuksköterskorna tog upp erfarenheter av förutsättningar för ett lyckat MI-samtal. Det var viktigt att vara intresserad och motiverad till att arbeta med MI (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011). Att inte ha ett intresse för metoden gjorde att sjuksköterskorna föll tillbaka till tidigare arbetssätt. MI stämde överens med de normer, värderingar och arbetssätt som sjuksköterskorna hade sedan tidigare, vilket underlättade för dem (Höstgaard Bonde, Bentsen & Lykke Hindhede, 2014). Det krävdes ett förtroende för metoden (Lakerveld, Bot, Chinapaw, van Tulder, Kingo & Nijpels, 2012; Östlund, Wadensten, Häggström & Kristofferzon, 2013). Ifall sjuksköterskorna upplevde osäkerhet eller rädsla för att använda MI var det lättare att överge metoden (Östlund et al., 2013; Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2014). Erfarenhet skapade mod, självsäkerhet och sjuksköterskorna var mindre oroliga för att möta motsträviga patienter (Brobeck et al., 2011; Hörnsten, Lindahl, Persson & Edvardsson, 2012). En studie visade att erfarenhet och kunskap gjorde det lättare att ta upp känsliga ämnen och det underlättade en ledig, spontan och personlig dialog (Hörnsten et al., 2012). En annan studie menade att erfarenhet även gjorde det lättare att använda MI, samt skapade en känsla av trygghet och att samtalet fick även en ny dimension genom att patienterna blev motiverade och inte bara informerade (Brobeck et al., 2011). Brist på kunskap var hinder för ett MI-samtal (Östlund et al., 2013) Sjuksköterskorna uppgav att de ibland glömde använda MI eftersom de också arbetade med andra motiverande metoder.

Flera av studierna tog upp sjuksköterskornas erfarenheter av utbildning i MI (Lindhe Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008a; Nesbitt, Murray & Mensink, 2011; Österlund Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson & Klang, 2011; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Enligt sjuksköterskorna krävdes det frivillighet, ett intresse, öppenhet för att lära sig och att våga använda metoden för att kunna lära sig MI (Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna upplevde att utbildning i MI ledde till ökad empati och MI-anda (van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2009). Träning i MI ansågs nödvändigt för att kunna tillämpa metoden (Brobeck et al., 2011). Sjuksköterskorna ansåg det viktigt att analysera hur de applicerade metoden och att träna ofta. Sjuksköterskorna erfor dock att MI var svårt att lära sig (Lindhe Söderlund et al., 2008a; Östlund et al., 2014). Detta kunde bero på att förhållningssättet i MI inte var överensstämmande med de metoder som sjuksköterskorna var vana vid (Lindhe Söderlund et al., 2008a). Inlärd beteenden som sjuksköterskorna hade sedan tidigare tog tid och var svåra att ändra, vilket de också trodde försvårade inläring av MI (Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna såg MI som ett livslångt lärande. En studie visade att efter att ha genomgått utbildning i MI ställde sjuksköterskorna mer öppna frågor samt använde mer bekräftande, sammanfattning och reflektioner, medan förhållningssättet att ge råd utan tillåtelse minskade (Nesbitt et al., 2011). En annan studie visar dock att sjuksköterskorna talar mest, ställer stängda frågor och gör enkla reflektioner även efter utbildning i MI (Österlund Efraimsson et al., 2011).

Flera av sjuksköterskorna upplevde att miljön var viktigt för MI-samtalet (Hörnsten et al., 2012; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Om rätt miljö inte fanns tillgängligt blev det svårt att tillämpa MI (Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Användandet av MI påverkades av arbetsplatsens förhållanden (Östlund et al., 2013). Enligt sjuksköterskorna borde arbetsplatsen vara öppen, inspirerande, stöttande och feedback ska ges samt att det ska finnas en samstämmighet om hur MI ska användas (Östlund et al., 2014). På en arbetsplats där ledningen inte var intresserade av MI var det svårare att tillämpa metoden (ibid.).

MI främjar personcentrerad vård

Sjuksköterskorna menade att genom MI fick patienterna själv bestämma om en förändring av levnadsvanor behövdes och om patienterna fick hitta sina egna lösningar på problemen blev dialogen personcentrerad och patienterna blev aktiva i sin egen vård (Brobeck et al., 2011; Hörnsten et al., 2012; Miller & Beech, 2008; van Eijk-Hustings et al., 2009; Östlund et al., 2013). På så sätt tillvaratogs patienternas kunskap och förutsättningar (Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna menade att sammanfattning, förklaring och öppna frågor som tillät patienterna att reflektera och där det centrala var patienternas liv och bekymmer gjorde MI personcentrerat (Codern-Bové et al., 2014). För att patienterna skulle hitta en egen lösning ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att patienterna kände sig entusiastiska och inte

tvingade till en förändring av levnadsvanor, vilket kunde uppnås om hen blev hörd och förstörd av sjuksköterskorna (Östlund et al., 2014).

Enligt sjuksköterskor lade MI fokus på patienternas autonomi (Miller & Beech, 2008). Patienterna skulle inte behöva försvara sig själva eller känna sig kränkta (Brobeck et al., 2011). För att respektera patienternas autonomi sade sjuksköterskorna att det var viktigt att acceptera ett nej, inse att hen inte kunde tvinga patienterna till att bli motiverade och respektera patienternas åsikter (Höstgaard Bonde et al., 2014). Det var viktigt att dialogen var individualiserad enligt sjuksköterskorna (Hörnsten et al., 2012). Sjuksköterskorna ansåg att ansvaret låg på patienterna att bestämma över och genomgå en förändring av levnadsvanor, men skulden läggs inte på patienterna (Hörnsten et al., 2012; Höstgaard Bonde et al., 2014; Lindhe Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2008b).

Trots att många sjuksköterskor upplevde att MI underlättade ett personcentrerat förhållningssätt så fanns det även studier som pekade på att vissa aspekter av MI gjorde en personcentrering svårt (Codern-Bové et al., 2014; Höstgaard Bonde et al., 2014; Lindhe Söderlund et al., 2008a; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Ett hinder för MI-samtalet var patienter som inte tog ansvar för sin egen hälsa enligt sjuksköterskorna (Lindhe Söderlund et al., 2008a). Patienter som inte tog till sig information som gavs och egentligen inte ville göra en förändring upplevdes också som hinder (Lindhe Söderlund et al., 2008b; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg också att förtidigt betona vikten av en förändring av levnadsvanor och att inte sätta sig in i problemet förhindrade utveckling av reflektionsprocessen (Codern-Bové et al., 2014).

Sjuksköterskans förhållningssätt

Sjuksköterskorna menade att deras roll i en MI-rådgivning var att skapa motivation hos patienterna (Östlund et al., 2014). För att det skulle vara möjligt att skapa motivation tyckte de att de skulle vara aktiva lyssnare, men också kunna ta kontroll över dialogen om patienterna svävade ut från problemet för mycket (Hörnsten et al., 2012). Sjuksköterskorna skulle också vara en passiv lyssnare genom att vara tysta och lyssna noga (Lindhe Söderlund et al., 2008a; Östlund et al., 2014). Sjuksköterskornas erfarenhet av MI var att de skulle ställa öppna frågor, lyssna reflektivt och sätta patienten i fokus (Höstgaard Bonde et al., 2014; Östlund et al., 2014).

Sjuksköterskorna kunde också ställa direkta frågor, vilket innebar att patienterna fick berätta om fördelar och nackdelar med sin nuvarande situation och en framtida situation då förändringen av levnadsvanan var genomförd (Höstgaard Bonde et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg också att förstärka det positiva (Hörnsten et al., 2012; Höstgaard Bonde et al., 2014) och fråga om tillåtelse för att ge råd var förhållningssätt som var viktigt att ta hänsyn till (Höstgaard Bonde et al., 2014; Lindhe Söderlund et al., 2008a). Dessutom var tålmodighet en viktig egenskap för sjuksköterskorna (Lindhe

Söderlund et al., 2008a). Förändringen skulle få ta sin tid och det var viktigt att sjuksköterskorna behöll kontakt med patienterna en tid efter att förändringen var genomförd (Brobeck et al., 2011).

Sjuksköterskorna upplevde att MI hjälpte dem att se vem som var redo att förändras (Östlund et al., 2014). De hade även en viktig roll i att hjälpa patienterna att identifiera behovet av förändring av levnadsvanor, detta kunde göras genom att patienterna beskrev sina vanor under en dag (Hörnsten et al., 2012). När patienterna hade flera problem som krävde en förändring uppmanade sjuksköterskorna att lägga energi på ett problem åt gången. Sjuksköterskorna ansåg också att det hjälpte att råda patienterna att ta små steg i taget eftersom stora förändringar oftast var omöjliga att uppnå snabbt och patienterna förlorade då motivationen. När sjuksköterskorna mötte patienter som var svåra att motivera valde de ibland att skrämja patienterna med risker som kunde uppstå vid den levnadsvana patienterna hade, detta för att de skulle förstå vikten av deras ohälsosamma levnadsvana. När sjuksköterskorna inte lyckades motivera patienterna kände de sig frustrerade och de slutade använda MI med de patienterna (ibid.).

Positiva och negativa erfarenheter av MI

Flera sjuksköterskors erfarenhet av MI var att det var en effektiv metod vid förändringar av levnadsvanor (Brobeck et al., 2011; Lakerveld et al., 2012; Lindhe Söderlund et al., 2008b). Metoden upplevdes vara en nödvändig kommunikationsteknik (Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg att metoden var rolig, användbar, nyttig, empatisk, anspråkslös, icke fördomsfull och inte tillrättavisande samt motiverande och väckte intresse (Östlund et al., 2013). De tyckte också att MI var respektfull, värdefull, tog fram empatin hos de själva och en positiv miljö skapades (Östlund et al., 2014). Patienterna blev dessutom mer öppna för sina problem. Vissa sjuksköterskor menade att MI var en bra metod för att ta upp känsliga ämnen (Lindhe Söderlund et al., 2008b). De ämnen som var lättast att prata om, enligt sjuksköterskorna, var alkohol och rökning (Hörnsten et al., 2012). En studie visade att sjuksköterskorna samtalade mest om fysisk aktivitet och matvanor vid en rutinrådgivning följt av rökning och alkohol (Noordman, Koopmans, Korevaar, van der Weijden & van Dulmen, 2012). En annan studie visade att MI-rådgivning användes mest av sjuksköterskorna vid övervikt, användning av tobak, hypertoni och hos patienter som hade för låg fysisk aktivitet (Östlund et al., 2013).

Sjuksköterskorna erfor att både de själva och patienterna kunde utveckla förmågor och motivation med hjälp av MI (Östlund et al., 2014). Enligt sjuksköterskorna kunde patienterna ta första steget i att komma till insikt om behovet av förändring av levnadsvanor, även hos de som inte ville genomgå en förändring (Brobeck et al., 2011). Sjuksköterskorna menade att hos vissa patienter skapades den motivation som behövdes för att göra en förändring av levnadsvanor och hos andra patienter skapades

en grund för förändring i framtiden (Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg att det var givande och stimulerande att se patienter motiveras och lyckas samt följa patienternas väg till förändring (Brobeck et al., 2011). De ansåg också att MI var utvecklande eftersom det gav nya sätt att tänka på. MI var en mångsidig metod som kunde användas i många delar av sjuksköterskornas arbete. Genom MI blev sjuksköterskorna medvetna om sin roll som hälsofrämjare och patienterna blev medveten om behovet av en förändring av levnadsvanor (ibid.). Sjuksköterskorna upplevde att hela ansvaret inte låg hos dem och det underlättade deras arbete med att motivera patienten (Östlund et al., 2014).

Sjuksköterskorna upplevde att MI skapade en jämlikhet mellan sjuksköterskorna och patienterna (Hörnsten et al., 2012; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna menade att patienterna blev experterna eftersom de fick bestämma över sin förändring av levnadsvanan. Patienterna hamnade inte i underläge om sjuksköterskorna inte tog över samtalen. Flera sjuksköterskor erfor att jämlikhet ledde till en god vårdrelation (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2014). Dessutom förbättrades samarbetet och samtalen blev strukturerade och avslappnade (Brobeck et al., 2011; van Eijk-Hustings et al., 2009). Sjuksköterskorna menade att ifall de var vänliga och välkomnande skapades en tilltro och ärlighet mellan dem själva och patienterna (Hörnsten et al., 2012). Tilltron stärktes om sjuksköterskorna var respektfulla, förstående, sympatiska, tog ett steg tillbaka och lyssnade på patienterna (Brobeck et al., 2011). För att uppnå jämlikhet och tilltro menade sjuksköterskorna att patienterna skulle frivilligt vilja genomgå MI (Hörnsten et al., 2012).

Flera av sjuksköterskorna såg nackdelar med MI (Brobeck et al., 2011; Miller & Beech, 2008; Östlund et al., 2013). De upplevde metoden som ansträngd och tillgjord, vilket inte passade dem (Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Nackdelarna gjorde att sjuksköterskorna lätt gick tillbaka till tidigare kommunikationstekniker vid hög arbetsbelastning eller trötthet (van Eijk-Hustings et al., 2009). Andra faktorer som gjorde MI utmanande att använda var brist på vilja, att det var svårt att göra komplexa reflektioner och det var utmanande att bara lyssna på patienten (Östlund et al., 2013). Sjuksköterskorna tyckte att deras beteende var passivt under ett MI-samtal, metoden var begränsad och patienterna fick inte tillräckligt med information (Miller & Beech, 2008). Metoden ansågs svår att tillämpa eftersom det var utmanande att inge motivation och få patienterna att inse vikten av en förändring (Brobeck et al., 2011; Whittemore, Melkus, Wagner, Dziura, Northrup & Grey, 2008; Östlund et al., 2013). Ibland krävde patienterna information och råd och ibland krävde hälsotillståndet mycket information, vilket var utmanande i en MI-rådgivning (Östlund et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg att det fanns ett dilemma mellan förhållningssättet i MI och sjuksköterskeprofessionen (Höstgaard Bonde et al., 2014). När sjuksköterskorna identifierade en ohälsosam levnadsvana hos en patient som inte ser samma problem ska sjuksköterskorna enligt MI tillvarata patientens autonomi och acceptera patientens beslut. Det kunde hindra vårdandet av en sjuk patient. I vissa av

dessa fall övergav sjuksköterskorna MI och försökte övertyga patienten (ibid.). Sjuksköterskorna upplevde att tidsbrist var ett hinder för MI, då metoden ansågs vara tidskrävande (Brobeck et al., 2011; Hörnsten et al., 2012; Miller & Beech, 2008; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Den vetenskapliga kvaliteten i en litteraturstudie kan fastställas med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Henricson, 2012). När trovärdighet säkerställs ska författarna till litteraturstudien verifiera att kunskapen som litteraturstudien tillför är rimlig och att resultatet är giltigt. Pålitlighet innebär att beskriva författarnas förförståelse och den utrustning som använts samt vem som har gjort vad i processen. Bekräftelsebarhet innefattar beskrivning om metoden i litteraturstudien. Överförbarhet innebär att resultatet kan föras över till andra människor och situationer förutom de som ingått i litteraturstudien (ibid.).

Sökorden som valdes ökar trovärdigheten eftersom de är relevanta för litteraturstudiens syfte (Henricson, 2012). En svaghet kan vara att samma sökord inte användes i alla databaser. Efterhand sökningarna gjordes uppstod nya potentiella sökord som användes och eftersom många dubletter förekom i de sista sökningarna ansågs resultatet av sökningarna mättat. Därför gjordes inte samma sökning i alla databaser. I den första systematiska litteratursökningen användes ordet *care*, detta ord exkluderades i den fortsatta sökningen eftersom ordet inte gav några väsentliga träffar och det var inte relevant till litteraturstudiens syfte. Det kan också ses som en svaghet att nästan enbart fritextsökningar gjordes eftersom det inte begränsade sökningarna. Ämnesordsökningar gjordes, men då det endast gav få träffar och exkluderade relevanta vetenskapliga artiklar ersattes det med fritextsökningar.

Inklusionskriterierna som valdes ökar trovärdigheten eftersom de var relevanta för syftet som var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter samt handlade om MI och levnadsvanor (Henricson, 2012). Genom att välja vetenskapliga artiklar som publicerats inom de senaste tio åren genererade resultaten av sökningarna i ny forskning. En av exklusionskriterierna var effektiviteten av MI. Detta gjordes eftersom många av de vetenskapliga artiklarna som dök upp i den första sökningen handlade om effekten av MI och dessa var inte relevanta för litteraturstudiens syfte.

De artiklar som valdes ut blev granskade med hjälp av Forsberg och Wengströms bedömningsmallar (2013). Artiklarna graderades till hög, medel eller låg kvalitet. Av de 15 artiklar som valdes ut till resultatet bedömdes 9 stycken ha hög kvalitet, 1 hög/medel, 3 medel och 2 medel/låg. De två resultatartiklar som bedömdes till medel/låg kvalitet valdes till resultatet trots sin låga kvalitet eftersom de ansågs

trovärdiga på grund av citat i den ena resultatartikeln och generaliserbarhet i den andra (Henricson, 2012). Dessutom diskuteras trovärdighet och reliabilitet i den ena resultatartikeln. Den låga kvaliteten berodde på otydlig metod. Det kan ses som en styrka för trovärdigheten att majoriteten av resultatartiklarna bedömdes ha hög kvalitet. Av resultatartiklarna använde sig 8 av kvalitativ metod, 5 av kvantitativ metod och 2 av mixad metod. Genom att ha med artiklar med olika metoder, men majoriteten kvalitativa ökar trovärdigheten i studien. Detta eftersom syftet med litteraturstudien var att beskriva erfarenheter och det framgår bäst i artiklar med kvalitativ metod. I vissa av resultatartiklarna framkom hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter, endast sjuksköterskors erfarenheter valdes då ut till litteraturstudiens resultat, vilket ökar pålitligheten. Det kan vara en svaghet att levnadsvanorna inte är så framträdande i resultatet, men har en stor del i bakgrunden. Alla resultatartiklarna har handlat om antingen levnadsvanorna i allmänhet eller om en av levnadsvanorna. Fokus i litteraturstudien syfte ligger på erfarenheter av MI och därför har det en större plats i resultatet.

Sju av resultatartiklarna är från Sverige, vilket gör litteraturstudiens resultat överförbart till svenska förhållanden (Henricson, 2012). Av de artiklar som kom från Sverige var alla utom en av hög kvalitet. Resultaten i artiklarna ansågs som användbara eftersom de var innehållsrika samt framkom både nackdelar och fördelar med MI. Vid den systematiska litteratursökning var det framför allt artiklar från Sverige och Nederländerna som hittades. Detta kan tyda på att MI har använts i större utsträckning i dessa länder. Överförbarheten till andra länders sjukvård minskar dock genom att de flesta resultatartiklarna kommer från Sverige och blir då svårt att överföra till andra länder. Dessutom inriktar resultatet sig på levnadsvanor, vilket kan göra det svårt att överföra till andra sammanhang som inte innefattar levnadsvanor. Detta eftersom erfarenheter av att använda MI med personer som har andra problem än ohälsosamma levnadsvanor kan se annorlunda ut.

Innehållsanalys valdes för att bearbeta resultatartiklarna eftersom denna metod ansågs kunna skapa ett systematiskt resultat. Innehållsanalys används vid kvalitativ forskning (Forsberg & Wengström, 2013). Eftersom denna litteraturstudies syfte var att beskriva erfarenheter och majoriteten av resultatartiklarna var av kvalitativ metod ansågs innehållsanalys vara relevant. Det kan ses som en styrka för pålitligheten och bekräftelsebarheten att resultatartiklarna lästes enskilt och sedan diskuterades och analyserades tillsammans eftersom författarna till litteraturstudien då kom överens om det väsentliga i resultatartiklarna (Henricson, 2012). Databearbetningen anses tydlig och enkel att följa och göra om eftersom den innehåller få, men tydliga steg. Genom att både datainsamlingen och databearbetningen är lätt att följa ökar bekräftelsebarheten i litteraturstudien.

Resultatdiskussion

Uppfattningarna om MI är olika när det kommer till hur väl MI stämmer överens med tidigare förhållningssätt (Höstgaard Bonde et al., 2014; Lindhe Söderlund et al., 2008a) och effektiviteten av utbildning (Nesbitt et al., 2011; Österlund Efraimsson et al., 2011). Det finns motsägelsefulla åsikter om huruvida MI kräver utbildning eller inte. Enligt Brobeck et al. (2011) kräver MI utbildning, medan Holm Ivarsson (2012) menar att utbildningen inte är ett måste. Med tanke på att många av resultatartiklarna tar upp utbildning i MI och de många krav som metoden ställer på sjuksköterskorna anses utbildning väsentligt för att kunna tillämpa metoden på bästa sätt. Enligt Motivational Interviewing Network of Trainers Nordic (2011) bör en utbildning inom MI bestå av inläring av färdigheter samt handledning och återkoppling till MI-samtal som sjuksköterskorna själva har utfört. Grundutbildning i MI rekommenderas pågå i 2-4 heldagar. MI tillämpas inom många olika områden och användningen ökar (Folkhälsomyndigheten, 2015). För att bibehålla en god kvalitet på MI krävs rätt utbildning, en plan för att kunna genomföra metoden och kontinuerligt utförande av metoden. Ju mer användandet av MI ökar, desto fler sätt att tillämpa metoden tillkommer (ibid.). Ett gemensamt verktyg för alla som tillämpar metoden kan behövas för att bibehålla kvaliteten på MI. Verktöget kan hjälpa sjuksköterskorna att tillämpa MI på ett troget sätt. Verktöget kan vara ett formulär med MI:s förhållningssätt som sjuksköterskorna kan följa. Formuläret kan innehålla exempel på öppna frågor och fraser som sjuksköterskorna kan använda under samtalet. Draycott och Dabbs (1998) föreslog att en balansräkning ska fyllas i av patienterna där de argumenterar för anledningar till att göra eller inte göra en förändring av levnadsvanor och nuvarande situation. Vid samtalet används balansräkningen som ett verktyg för diskussion. På detta sätt kan även sjuksköterskorna få en tydlig bild över vad samtalet ska handla om. Genom att patienterna fyller i en balansräkning i början av varje samtal kan patienternas utveckling och nuvarande situation ses tydligt.

Många sjuksköterskor upplever att tidsbrist är ett hinder för att utföra MI (Brobeck et al., 2011; Hörnsten et al., 2012; Miller & Beech, 2008; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). Inom vården råder tidsbrist och det blir ofta det hälsofrämjande arbete som blir lidande (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). Utifrån detta kan en slutsats dras om att hälso- och sjukvården behöver förändras så att mer tid och personal finns till hälsofrämjande arbete för att det ska bli möjligt att använda MI i sin helhet. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är vanligt förekommande (Holm Ivarsson, 2014) krävs det mer resurser till hälsofrämjande arbete för att inte vällevnadssjukdomar ska bli en belastning för hälso- och sjukvården längre fram. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska slutenvården avlastas genom att patienter som inte är i behov av sjukhusens resurser och kompetens ska få hjälp av primärvården, däribland förebyggande vård. Förebyggande arbete kan förekomma i alla möten i vården genom råd och information, men mer avancerade rådgivningsmetoder kan vara svårt att hinna med för sjuksköterskorna i slutenvården och primärvården som den ser ut idag. Ett

alternativ för att förbättra det hälsofrämjande arbetet är livsstilsomfattningar, som finns i många av Sveriges regioner. Till livsstilsomfattningar kan människor som vill genomgå en förändring av levnadsvanor söka sig för att få hjälp (Region Skåne, 2015). Hälso- och sjukvårdspersonal skulle kunna rekommendera patienter som vill ha en djupare och tidskrävande rådgivning till livsstilsomfattningar. Detta för att minska belastningen inom slutenvården och det ges mer tid till hälsofrämjande arbete för de som arbetar på en livsstilsomfattning. Sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården har liten möjlighet att lära sig och tillämpa flera rådgivningsmetoder på grund av tidsbrist. Sjuksköterskor på en livsstilsomfattning ska vara specialiserade på levnadsvanor och förändring av levnadsvanor samt ha djupare utbildning inom olika rådgivningsmetoder. De kan då anpassa rådgivningen efter patienternas vilja och behov.

Enligt Orem finns motivation och förmåga till egenvård hos alla människor (Selanders et al., 1995). Det finns patienter som inte vill göra en förändring (Hörnsten et al., 2012) eller är motvilliga och har inte kunskap till egenvård (Selanders et al., 1995). Eftersom sjuksköterskorna har en omvårdnadskapacitet är det deras uppgift att försöka motivera patienter och de kan då ta hjälp av MI (ibid.). Orem's teori om egenvårdsbalans fungerar bra tillsammans med MI eftersom sjuksköterskor inom MI ska vägleda och stötta patienterna samt skapa en miljö som tillåter reflektion och utveckling (Brobeck et al., 2011; Hörnsten et al., 2012; Selanders et al., 1995). Orem's tankar sprids inom vården genom att sjuksköterskorna ska se till hela människan ur ett holistiskt perspektiv. Detta är speciellt viktigt för sjuksköterskors profession eftersom omvårdnad handlar inte bara om att vårda patienters fysiska problem, utan också de problem som inte är synliga. Dessutom används de hjälpmetoder Orem beskriver flitigt i vården. Detta genom att hälso- och sjukvården strävar efter att vägleda, stötta, undervisa och skapa en miljö som tillåter förbättring samt i de fall då patienterna inte klarar sig själva utföra egenvård för patienterna.

När en förändring av levnadsvanor ska göras är det viktigt att patienterna får vara delaktig i sin vård och stå i centrum. Eftersom ingen kan göra en förändring av levnadsvanor åt patienterna krävs det vilja och beslutsamhet från patienternas sida (Brobeck et al., 2014). Bara för att det är självklart för sjuksköterskorna att en levnadsförändring behöver göras betyder det inte att patienterna ser det på samma sätt eftersom alla har olika livsvärldar och därmed olika syn på hälsan (Berg & Sarvimäki, 2003; Dahlberg, 2014). Sjuksköterskorna har ibland svårt att acceptera att patienterna inte vill göra en förändring av levnadsvanor (Codern-Bové et al., 2014; Höstgaard Bonde et al., 2014; Lindhe Söderlund et al., 2008a; Östlund et al., 2013; Östlund et al., 2014). MI är en metod där patienterna alltid ska stå i centrum eftersom det är patienterna själva som bestämmer över sin förändring av levnadsvanan. MI kan vara svårt att använda eftersom att acceptera ett nej från patienter som verkligen behöver hjälp inte stämmer överens med vissa delar av sjuksköterskornas profession. Det ingår i sjuksköterskors profession att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och

återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014b) och det blir därför naturligt för sjuksköterskorna att följa dessa istället för att vara trogen till MI. Vad är viktigast för sjuksköterskorna, att gå patienter till mötes eller att ge patienter den vården som de behöver? Om patienterna har kunskap om sin situation och är medveten om vad deras beslut kan leda till ska sjuksköterskorna acceptera ett nej. I de fall då patienterna inte vill göra en förändring av levnadsvanor och det beror på okunskap eller oförståelse ska sjuksköterskorna försöka ge personanpassad rådgivning, vilket kanske kan ändra patienternas inställning. Om patienterna fortfarande inte är intresserade får sjuksköterskorna acceptera detta. Det finns patienter som är väl insatta i sina ohälsosamma levnadsvanor och vad de kan leda till, men där till exempel rökning eller alkohol är så stor del av livet att en förändring av levnadsvanor är otänkbar. I dessa fall står livskvalitet i första hand och sjuksköterskorna bör gå ifrån MI och acceptera ett nej. Detta förekommer inom alla delar av hälso- och sjukvården. Enligt självbestämmandeprincipen har alla människor rätt till att bestämma över sitt eget liv och handlingar samt vilken information hen ska få av hälso- och sjukvården (Statens medicinsk-etiska råd, u.å.). Detta innebär också att personerna själv får bestämma om en behandling ska genomföras eller inte. Med tanke på detta kan sjuksköterskorna inte göra mer än att informera om patienterna tillåter det och om patienterna inte vill ta emot hjälp får sjuksköterskorna ta ett steg tillbaka.

MI kan användas i hälsofrämjande arbete då metoden underlättar för sjuksköterskorna att hitta de personer som är redo för en förändring av levnadsvanor (Östlund et al., 2014) och hjälpa patienterna att få förståelse om behovet av en förändring av levnadsvanor (Brobeck et al., 2011). För att undvika ohälsosamma levnadsvanor eller utveckling av vällevnadssjukdomar är det viktigt att sjuksköterskorna kan fånga upp dessa människor innan det är för sent. Genom att hälso- och sjukvården samarbetar med andra verksamheter i samhället, till exempel med skola och arbetslivet, kan ohälsosamma levnadsvanor förebyggas och människor som har ohälsosamma levnadsvanor kan fångas upp och få hjälp (Socialstyrelsen, 2012a). Till exempel kan det finnas stationer på köpcentrum, torg eller andra offentliga platser där människor kan få mäta sitt blodtryck och få sitt P-glukos kontrollerat. Kontrollerna kan göras av studenter inom hälso- och sjukvården som då samtidigt får erfarenhet och träning. Beroende på resultaten kan sedan studenterna rekommendera personerna till en vårdcentral eller livsstilmottagning. Det är framför allt primärvården som jobbar hälsofrämjande, men hela sjukvården behöver vara delaktig för att förbättra det hälsofrämjande arbetet (Socialstyrelsen, 2012a). För att detta ska bli möjligt behövs hjälp från politiker och chefer för att skapa nya vårdprogram, se till att rätt kompetens finns tillgänglig och införa nya arbetssätt (ibid.).

Studier visar att effektiviteten av MI är varierande. Det finns studier som visar fördelar och de som visar nackdelar med metoden (Beckman, 2005; Koelewijn-van Loon, van der Weijden, Ronda, van Steenkiste, Winkens, Elwyn & Grol, 2009; Mujika, Forbes, Canga, de Irala, Serrano, Gascó & Edwards, 2013). I en granskning

som Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014) har gjort av en systematisk översikt från Joanna Briggs Institute framkommer det att evidensen för MI:s effektivitet inte är tillräcklig. Denna granskning innefattar två studier som visar att MI är effektiv, en studie som påvisar negativ effekt och inga signifikanta skillnader påvisas i två studier. I denna litteraturstudie framkommer det att majoriteten av sjuksköterskorna har positiva erfarenheter av MI men några har också negativa erfarenheter av metoden. Vid förändring av levnadsvanor anses MI vara en bra metod (Brobeck et al., 2011; Lakerveld et al., 2012; Lindhe Söderlund et al., 2008b). Dock är det många sjuksköterskor som också tycker den är svår att tillämpa (Brobeck et al., 2011; Whittemore et al., 2008; Östlund et al., 2013). MI kan behöva kombineras med andra metoder för att bli mer användbar. En metod som kan kombineras med MI är Kognitiv Beteendeterapi (KBT) (Socialstyrelsen, 2012a). Flera studier visar på att denna kombination är effektiv inom olika områden (Parsons, Rosof, Punzalan & Di Maria, 2005; Riper, Andersson, Hunter, De Wit, Berking & Cuijpers, 2014). För ett givande samtal krävs det att båda parter uttrycker åsikter, utväxlar ord och erfarenheter (Wiklund Gustin, 2012). Inom MI upplever sjuksköterskorna sin roll som passiv, vilket gör att de känner sig otillräckliga (Miller & Beech, 2008). Inom KBT är sjuksköterskorna mer aktiva genom att patienterna och sjuksköterskorna är lika delaktiga i mötet (Wiklund Gustin, 2012). Sjuksköterskorna ska hjälpa patienterna att hitta vägar till förändring. Genom att ha KBT som grund och ta in delar av MI kan sjuksköterskornas roll bli mer tillfredsställande för både patienter och sjuksköterskor. Sjuksköterskorna blir mer aktiva och patienterna kan känna ett engagemang från sjuksköterskornas sida. Slutsats kan dras att enbart MI passar kanske inte alla patienter och kan då kombineras eller ersättas med andra metoder.

Så som hälso- och sjukvården ser ut idag med både brist på tid och personal kan avancerade rådgivningstekniker, däribland MI, vara svårt att tillämpa. För att det ska bli möjligt krävs det, som tidigare nämnt, mer tid, personal och möjligtvis fler livsstilsmottagningar.

Konklusion och implikation

Av litteraturstudiens resultat framkom det att ett MI-samtal kräver många förutsättningar. Sjuksköterskorna anser att erfarenhet, utbildning, miljö, tid och patienterna är avgörande för att kunna tillämpa MI på ett bra sätt. En grundlig utbildning inom MI är betydelsefullt, men många av sjuksköterskorna har bara fått korta utbildningar. Sjuksköterskorna anser i ett MI-samtal hamnar patienternas åsikter och vilja alltid i fokus, vilket främjar personcentrerad vård. Metoden är en bra metod för hälsofrämjande arbete, men på grund av tidsbrist kan den ibland vara svår att tillämpa. Sjuksköterskorna har många riktlinjer som de ska förhålla sig till inom MI som ska hjälpa dem att motivera patienter till förändring av levnadsvanor. Det finns inte bara många positiva erfarenheter av MI utan också många negativa erfarenheter. Sjuksköterskorna anser att MI inte kan användas i alla situationer.

Mycket forskning finns om effektiviteten av MI. Det behövs dock mer forskning om erfarenheter av metoden, framförallt erfarenheter från sjuksköterskor som gått en grundutbildning inom metoden och arbetat med MI en längre tid. Detta för att få en bättre bild av hur metoden används av de som är erfarna och använder den kontinuerligt i sitt arbete. MI kan med fördel användas inom hälso- och sjukvården, särskilt i hälsofrämjande arbete. Det krävs dock att sjuksköterskorna får utbildning och tid till att tillämpa metoden. I sjuksköterskeutbildningen ingår en kort introduktion av MI, men inte tillräckligt för att kunna tillämpa MI i det kommande arbetet. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor är vanligt förekommande kan det behövas mer utbildning inom rådgivningsmetoder för hälsofrämjande arbete i sjuksköterskeutbildningen och även i arbetslivet.

Referenser

- Beckman, N. (2005). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 103-110.
doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00200.x
- Berg, G. V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 384-391.
- *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, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2013). Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 118-125. doi: 10.1111/scs.1213.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BioMed Central Nursing*, 13(13). doi: 10.1186/1472-6955-13-13.
- Clark, A. P., Stuijbergen, A., Gottlieb, N. H., Voelmeck, W., Darby, D., & Delville, C. (2006). Health promotion in heart failure – a paradigm shift. *Holistic Nursing Practice*, 20(2), 73-79.
- *Codern-Bové, N., Pujol-Ribera, E., Pla, M., González-Bonilla, J., Granollers, S., Ballvé, J. L., ...ISTAPS Study Group. (2014). Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BioMed Central Public Health*, 14(1225). doi: 10.1186/1471-2458-14-1225.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Draycott, S., & Dabbs, A. (1998). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 355-364.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Kvalitetssäkring*. Hämtad 2015-04-13, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/motiverande-samtal/kvalitetssakring/>

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O., & Svebak, S. (2010). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 484-490. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2012). *Motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia förlag.
- Holm Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur och Kultur.
- *Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2012). Strategies in health-promoting dialogues: primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 235-244. doi: 10.1111/scs.12045.
- *Höstgaard Bonde, A., Bensten, P., & Lykke Hindhede, A. (2014). School Nurses Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, 30(6) 448-455. doi: 10.1177/1059840514521240
- 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. *BioMed Central Family Practice*, 14(44).
- Johansson, U. (2014). *Näring och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Koelewijn-van Loon, M. S., van der Weijden, T., Ronda, G., van Steenkiste, B., Winkens, B., Elwyn, G., & Grol, R. (2009). Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: A cluster-randomized controlled trial in primary care. *Preventive Medicine*, 50, 35-44. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.11.007.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2007). *Hälsovägledning: från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.

- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, *51*(3), 261-275.
- *Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L., & Nijpels, G. (2012). Process Evaluation of a Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular Diseases in Primary Care. *Health Promotion Practice*, *13*(5), 696-706.
- Lee, C. D., Blair, S. N., & Jackson, A. S. (1999). Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *69*, 373-380.
- Lindberg, M., & Wilhelmsson, S. (2005). "Vem bryr sig?". *Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete - ett svårprioriterat uppdrag och en outyttjad resurs* (FoUrnalen, 2005:3). Stockholm: Familjemedicinska institutet.
- *Lindhe Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008a). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses training and counselling experiences. *Health Education Journal*, *67*(2), 102-109. doi:10.1177/0017896908089389.
- *Lindhe Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2008b). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, *24*(3), 442-449. doi: 10.1093/her/cyn039.
- Livsmedelsverket. (2012a). *Nordiska näringsrekommendationer 2012: rekommendationer om näring och fysisk aktivitet* [Broschyr]. Uppsala: Livsmedelsverket. Hämtad från <http://www.slv.se/upload/dokument/mat/Nordiska%20näringsrekommendationer%202012.pdf>.
- Livsmedelsverket. (2012b). *Riksmaten – 2010-2011: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige* [Broschyr]. Uppsala: Livsmedelsverket. Hämtad från http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/matvaneundersokningar/riksmaten_2010_20111.pdf?id=3588.
- Livsmedelsverket. (2015). *Transfett*. Hämtad 2015-04-14, från <http://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/fett/transfett/>.
- *Miller, S. T., & Beech, B. M. (2008). Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education and Counseling*, *76*(2009), 279-282. doi:10.1016/j.pec.2008.12.022.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård – att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Motivational Interviewing Network of Trainers Nordic (2011). *Innehåll och omfattning i MI kurser*. Hämtad 2015-04-20, från <http://www.motiverandesamtal.org/node/1893>.
- Mujika, A., Forbes, A., Canga, N., de Irala, J., Serrano, I., Gascó, P., & Edwards, M. (2013). Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1074-1082.
- *Nesbitt, B. J., Murray, D. A., & Mensink, A. R. (2011). Teaching motivational interviewing to nurse practitioner students: A pilot study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(2014), 131-135. doi: 10.1002/2327-6924.12041.
- *Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J. C., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2012). Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Family Practice - The International Journal for Research in Primary Care*, 30, 332-340. doi: 10.1093/fampra/cms077.
- Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine*, 87, 60-67.
- Parsons, J. T., Rosof, E., Punzalan, J. C., & Di Maria, L. (2005). Integration of Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy to Improve HIV Medication Adherence and Reduce Substance Use Among HIV-Positive Men and Women: Results of a Pilot Project. *AIDS Patient Care and STDs* 19(1), 31-39. doi: 10.1089/apc.2005.19.31.
- Region Skåne. (2015). *Livsstilsrådgivning*. Hämtad 2015-04-13, från https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Vardcentraler/Varavardcentraler/Helsingborg/Helsingborg---Ramlosa_ny/Livsstilsrådgivning/.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., & Berking, M. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural

therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction* 109(3), 394-406. doi: 10.1111/add.12441.

Rosengren, D. B. (2012). *Motiverande samtal – MI: en praktisk handledning*. Lund: Studentlitteratur.

Selanders, L. C., Schmieding, N. J., & Hartweg, D. L. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen. (2012a). *Så kan sjukvården förebygga sjukdom – en inspirationsskrift för beslutsfattare i hälso- och sjukvården* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18786/2012-8-3.pdf>.

Socialstyrelsen. (2012b). *Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor: så kan hälso- och sjukvården stödja dig att ändra ohälsosamma levnadsvanor* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18789/2012-8-4.pdf>.

Sonntag, U., Wiesner, J., Fahrenkrog, S., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2010). Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient Education and Counseling*, 87, 62-66. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.026.

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. (2014). *Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor*. Hämtad 2015-04-13, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/#sbusgranskningav>.

Statens medicinsk-etiska råd. (u.å.). *Autonomi*. Hämtad 2015-04-20, från <http://www.smer.se/etik/autonomi/>.

Svedberg, P., Jormfeldt, H., & Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing: a qualitative study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 10(4), 448-456.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

- Svensk sjuksköterskeförening. (2014a). *Levnadsvanor*. Hämtad 2015-03-11, från <http://www.swenurse.se/Levnadsvanor/>.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.
- Tingström, P. (2009). Information och utveckling. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 65-92). Lund: Studentlitteratur.
- *Van Eijk-Hustings, Y. J.L., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J.M. (2009). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84, 10-15. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.016.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Von Bothmer, M. (2010) Tobak dödar – vem bryr sig? I L. R-M. Hallberg (Red.), *Hälsa & Livsstil: forskning och praktiska tillämpningar* (241-259). Lund: Studentlitteratur.
- *Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V., & Grey, M. (2009). Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care. *Nursing Research*, 58(1), 2-12.
- Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet: om meningsskapande i gemenskap*. Lund: studentlitteratur.
- World Health Organization. (2014a). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Schweiz: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014b). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Schweiz: World Health Organization.
- Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2284-2294. doi: 10.1111/jocn.12509
- *Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, xxx(2014), 1-8.
- *Österlund Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B.

(2011). 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

*Artiklar som ingår i resultatet

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	CINAHL	PubMed	PsycInfo	Academic Search Elite
Motiverande samtal	Motivational interview* (fritext), Motivational interviewing (fritext)	Motivational interviewing (MeSH), Motivational interviewing (fritext)	Motivational interview* (fritext)	Motivational interview* (fritext)
Levnadsvanor	Lifestyle (fritext)	Lifestyle (fritext)	Lifestyle* (fritext)	Lifestyle* (fritext)
Livsstil	Life styl* (fritext)			
Sjuksköterska	Nurs* (fritext), nurses (fritext)	Nurs* (fritext), nurses (fritext)	Nurses (fritext)	Nurses (fritext)
Omvårdnad	Care (fritext)			
Sjuksköterskors erfarenheter	Experiences of nurses (fritext)			
Fysisk aktivitet	Physical activity (fritext)	Physical activity (fritext)		
Alkohol	Alcohol (fritext)	Alcohol (fritext)		
Kost	Diet (fritext)	Diet (fritext)		
Rökning	Smoking (fritext)	Smoking (fritext)		
Erfarenheter		Experiences (fritext)		

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatörer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
17/3	CINAHL	Motivational interviewing (fritext) AND smoking (fritext) AND nurses (fritext). Limits: English language, Research article. Published: 2005-2015	17	7(2)	2	1
17/3	PubMed	Motivational interviewing (fritext) AND nurses (fritext) AND smoking (fritext). Limits: English language. Published: 2005-2015	37	6(5)	1	1
17/3	PubMed	Motivational interviewing (fritext) AND nurses (fritext) AND experiences (fritext). Limits: English language. Published: 2005- 2015	8	3(3)	2	2
17/3	PsycInfo	Motivational interview* (fritext) AND nurses (fritext) AND lifestyle* (fritext). Limits: English language. Published: 2005-2015	26	9(6)	2	2
17/3	Academic Search Elite	Motivational interview* (fritext) AND nurses (fritext) AND lifestyle* (fritext). Limits: English language. Published: 2005-2015	39	7(13)	1	1
16/3	CINAHL	Motivational interview* (fritext) AND experiences of nurses (fritext). Limits: English language, Research article. Published: 2005- 2015	4	2(1)	2	1
16/3	CINAHL	Motivational interviewing (fritext) AND nurses (fritext) AND physical activity (fritext). Limits: English language, Research article Published: 2005-2015	12	6(2)	2	2
12/3	CINAHL	Life styl* (fritext) AND motivational interviewing (fritext) Limits: English language, Research Article. Published: 2005-2015	67	15(6)	2	1
12/3	PubMed	(MeSH-term ”Motivational interviewing”) AND lifestyle (fritext) AND nurs* (fritext). Limits: English language. Published: 2005-2015	10	5(3)	1	0
5/3	CINAHL	Motivational interview* (fritext) AND lifestyle (fritext) AND nurs* (fritext) OR care (fritext) Published: 2005-2015	81	26	10	4
			301	86	25	15

Tabell 3: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Syftet var att beskriva primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av att använda MI som metod för hälsofrämjande arbete.
Metod: Design	Kvalitativ metod Kvalitativ innehållsanalys
Urval	20 primärvårdssjuksköterskor som använde sig av MI-metoden i sitt arbete valdes ut genom ett strategiskt urval. Alla var kvinnor och hade mellan 12 och 40 års erfarenhet av sjuksköterskeyrket. De hade använts sig av MI i 3-10 år.
Datainsamling	Intervjuer med var och en av sjuksköterskorna.
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.
Bortfall	24 sjuksköterskor bjöds in att delta i studien varav 4 sjuksköterskor inte kunde delta.
Slutsats	Sjuksköterskor upplevde MI-metoden som krävande eftersom det behövdes professionell erfarenhet, träning och möjlighet att få öva på metoden, intresse, respekt, förståelse och tid. De tyckte att metoden var berikande som gav dem stimulans, utveckling och de ansåg att metoden var effektiv. Sjuksköterskorna ansåg att MI-metoden var användbar då den kunde användas på många olika sätt och vara flexibel, de kunde använda delar av metoden. Patienterna blev medvetna om deras levnadsvanor, sjuksköterskorna blev medvetna om deras roller när det gällde hälsofrämjande arbete och det klargjorde förändringsstrategier för patienterna. Till sist sa sjuksköterskorna att patienten kunde påverka sin situation utan några krav från sjuksköterskan, vilket skapade en bättre relation som byggde på tillit, ömsesidighet och tolerans.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 2

Referens	Codern-Bové, N., Pujol-Ribera, E., Pla, M., González-Bonilla, J., Granollers, S., Ballvé, J. L., ... ISTAPS Study Group. (2014). Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. <i>BMC Public Health</i> , 14(1225). doi: 10.1186/1471-2458-14-1225.
Land Databas	Spanien PubMed
Syfte	Syftet var att använda Samtalsanalys (Conversational Analysis) för att öka förståelsen för processen i motiverande samtal utförd av läkare och sjuksköterskor i primärvården för att motivera sina patienter att sluta röka.
Metod: Design	Kvalitativ Kvalitativ innehållsanalys
Urval	4 läkare och en sjuksköterska valdes från Smoking Habits in Primary Health Care Project (ISTAPS studien). De var 3 kvinnor och 2 män som alla hade mer än 10 års erfarenhet. 9 patienter valdes ut genom ett maximalt varierat urval från ISTAPS studien.
Datainsamling	Videoinspelning av MI-sessioner
Dataanalys	Innehållsanalys gjordes av interventionens handlingsprotokoll och samtalsanalys gjordes för att analysera semantiskt innehåll, effekten av interaktion och konsekvenser av sekvenser som motsvarade studiens syfte.
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Hälso- och sjukvårdspersonalen använde sig alla av de tre faserna bedömning, reflektion och sammanfattning. Alla MI-sessioner ledde till reflektioner om rökning som gjorde att patienten fick en aktiv roll. Upprepning, förklaringar och öppna frågor ledde till en interaktion mellan patient och rådgivare som lät patienten reflektera kring sin situation. Vid svåra situationer gick hälso- och sjukvårdspersonalen automatiskt över till ISTAPS-protokollet eller andra metoder istället för att använda MI. Att göra en förtidig betoning och brist på utveckling av problemet hindrade reflektionsprocessen. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste acceptera patientens förklaringar till att inte vilja sluta röka. Det var viktigt att både patienten och rådgivaren var överens om att det fanns ett problem.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 3

Referens	Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2012). Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28, 235-244. doi: 10.1111/scs.12045.
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Syftet var att beskriva dialogstrategier om hälsa och livsstil som används av primärvårdssjuksköterskor i Västerbotten Intervention Program. De specifika frågorna var 1) hur primärvårdssjuksköterskor kommunicerade behoven av livsstilsförändring och 2) hur de patienter som var motvilliga närmades.
Metod: Design	Kvalitativ metod Kvalitativ innehållsanalys
Urval	10 primärvårdssjuksköterskor valdes ut genom ett strategiskt urval.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer genomfördes.
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.
Bortfall	Inget bortfall
Slutsats	Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att anpassa sig efter patienten och låta patienten ta beslut, men ibland behövde de bestämma riktningen på samtalet. Det var viktigt att patienten frivilligt ville ha en dialog, sjuksköterskan var vänlig och välkommande för att skapa ärlighet och tillit. Patienterna skulle hitta deras egna lösningar. Ibland valde sjuksköterskorna att ändå skrämna sina patienter ifall de inte förstod betydelsen av förändring. Sjuksköterskorna beskrev MI som en hörnsten för en långsiktig livsstilsförändring. När det gällde patienter som var svårmotiverade förespråkade sjuksköterskan små steg i taget. Sjuksköterskorna tyckte att alkohol och rökning var lättare att diskutera medan övervikt var jobbigt.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 4

Referens	Höstgaard Bonde, A., Bensten, P., & Lykke Hindhede, A. (2014). School Nurses Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. <i>The Journal of School Nursing</i> , 30(6) 448-455. doi: 10.1177/1059840514521240
Land Databas	Danmark Cinahl
Syfte	Att utforska hur skolsköterskor använde och upplevde motiverande samtal i rådgivningsmöten med överviktiga (men inte med fetma) barn och deras föräldrar i daglig verksamhet.
Metod: Design	Kvalitativ Fallstudie
Urval	Ändamålsenligt urval med 12 skolsköterskor. Alla var kvinnor och hade i medelvärde 13 års erfarenhet.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades och lästes flera gånger för att få fram deltagarnas egen förståelse. Data gjordes till meningsenheter, kategoriserades och tolkades.
Bortfall	Inte redovisat.
Slutsats	Sjuksköterskorna använde sig av öppna frågor, reflektivt lyssnande, instruerande frågor, fråga om tillåtelse, positivt stöd, tillvarata patientens autonomi. Sjuksköterskorna tyckte att MI var överensstämmande med deras normer, värderingar och metoder som de använt sedan tidigare. Dilemman som sjuksköterskorna upplevde var om patienten inte såg sin övervikt som ett problem, att tillvara patientens autonomi samtidigt som de hade ansvar att främja patientens hälsa. Enligt sjuksköterskorna hamnade ansvaret att förändras på patienten vid användning av MI.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 5

Referens	Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L., & Nijpels, G. (2012). Process Evaluation of a Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular Diseases in Primary Care. <i>Health Promotion Practice, 13</i> (5), 696-706.
Land Databas	Nederländerna PsycInfo
Syfte	Syftet var att systematiskt utvärdera programmets (en intervention för livsstilsförändring) räckvidd, effektivt, införandet och genomförbarheten.
Metod: Design	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie
Urval	308 personer randomiserades till en kontrollgrupp och 314 till en interventionsgrupp. 8 sjuksköterskor utförde programmet.
Datainsamling	Determinants of Lifestyle Behavior Questionnaire användes för att samla in attityder, subjektiva normer, uppfattad beteendekontroll och avsikter med livsstilsförändringen. Motivational Interviewing Treatment Integrity skala och Motivational Interviewing Skill Code användes för att utvärdera MI-färdigheter och dimensioner. Olika Likert-skalor har använts. Rådgivningstillfällena videoinspelades.
Dataanalys	Analys gjordes med SPSS 15.0
Bortfall	8193 inbjöds till studien, 3587 svarade och 622 av dessa ingick i studien. Vid sista uppföljningen var det 248 deltagare i kontrollgruppen och 242 i interventionsgruppen.
Slutsats	Sjuksköterskorna ansåg att MI var en effektiv metod för att stötta patienter i en beteendeförändringsprocess. De kände sig säkra med att använda metoden.
Vetenskaplig kvalitet	Medel

Artikel 6

Referens	Lindhe Söderlund, L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses training and counselling experiences. <i>Health Education Journal</i> , 67(2), 102-109. doi:10.1177/0017896908089389
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Att utforska 20 sjuksköterskors träning- och rådgivnings erfarenheter, med avsikt att identifiera de viktigaste aspekterna i lärandeprocessen och användandet av färdigheter i Motiverande samtal(MI) med anslutning till protokoll.
Metod: Design	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer
Urval	20 sjuksköterskor valdes ut genom ett strategiskt urval
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer med sjuksköterskorna.
Dataanalys	Analysen av de transkriberade intervjuerna började med en öppen kodning. Intervjuerna lästes och etiketter utsågs till olika teman.
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Sjuksköterskorna upplevde att många delar av MI var motsats till vad tidigare hade lärt sig. Som att lyssna på patienten utan att avbryta för att ge råd eller instruktioner, ställa öppna frågor och ge plats åt patienten. Sjuksköterskorna ansåg att det vara viktigt att kunna vara en aktivt men ändå passiv lyssnare, vara uppmärksam på patienten, visa tålmod och att inte ge råd utan tillåtelse. Ett hinder för effektiv kommunikation var patienter som inte ville ta ansvar för sin hälsa.
Vetenskaplig kvalitet	Medel/Låg

Artikel 7

Referens	Lindhe Söderlund, L., Nordqvist, C., Angratt, M., & Nilsen, P. (2008). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. <i>Health Education Research</i> , 24(3), 442-449. doi: 10.1093/her/cyn039.
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Syftet var att identifiera barriärer och det som underlättar när sjuksköterskor använder motiverande samtal (MI) vid rådgivning av överviktiga barn och barn med fetma i åldrarna 5-7 år, ackompanjerade av sina föräldrar.
Metod: Design	Kvalitativ Ej angivet
Urval	5 BVC sjuksköterskor och 6 skolsjuksköterskor valdes ur genom ändamålsenligt urval. Alla sjuksköterskor var kvinnor och majoriteten var i medelåldern.
Datainsamling	Fokusintervjuer med öppna frågor.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades och kodades. Sedan kategoriserades koderna och citat valdes ut som svarade mot syftet.
Bortfall	1 sjuksköterska kunde inte delta i intervjuerna på grund av sjukdom.
Slutsats	Sjuksköterskorna ansåg att en barriär var att patient låtsades lyssna på sjuksköterskan, men övervägde inte att göra en förändring eller förstod egentligen inte informationen. Sjuksköterskorna tyckte att MI var en effektiv problemlösning när det gällde att ta upp känsliga ämnen. Istället för att sjuksköterskan skulle tala om för patienten vad som behövde göras låg ansvaret på patienten att reflektera. Det var lättare att jobba med patienter som led av fetma än de som var överviktiga eftersom det var lättare att se problemet.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 8

Referens	Miller, S. T., & Beech, B. M. (2008). Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. <i>Patient Education and Counseling</i> , 76(2009), 279-282. doi:10.1016/j.pec.2008.12.022.
Land Databas	USA Cinahl
Syfte	Syftet var att utvärdera sjuksköterskor på landsbygden erfarenheter och uppfattningar av MI vid rådgivning av fysiska aktivitet, innan MI utbildning.
Metod: Design	Kvalitativ metod. Kvalitativ innehållsanalys
Urval	33 sjuksköterskor från vårdcentraler på landsbygden valdes ut genom strategiskt urval.
Datainsamling	Fokusgrupper genomfördes.
Dataanalys	Innehållsanalys genom Atlas.ti och kodning.
Bortfall	Inte redovisat
Slutsats	Sjuksköterskorna uppfattade både fördelar och nackdelar med MI. De ansåg att det negativa med MI var att rådgivaren uppträdde passivt, det var för tidskrävande och för begränsat. De tyckte att MI var en positiv kommunikationsteknik och det fanns en mottaglighet hos både rådgivaren och patienten. Andra fördelar var att det blev en avslappnad miljö, patienterna var involverade och patienternas autonomi betonades.
Vetenskaplig kvalitet	Hög/Medel

Artikel 9

Referens	Nesbitt, B. J., Murray, D. A., & Mensink, A. R. (2011). Teaching motivational interviewing to nurse practioner students: A pilot study. <i>Journal of the American Association of Nurse Practitioners</i> , 26(2014), 131-135. doi: 10.1002/2327-6924.12041.
Land Databas	USA Academic Search Elite
Syfte	Syftet var att undersöka resultaten av en kort utbildningsmodul innehållande rådgivningsfärdigheter förenligt med motiverande samtal (MI) för sjuksköterskestudenter på doktorandnivå.
Metod: Design	Kvantitativ Kvasi-experimentell design med endast en grupp
Urval	Bekvämlighetsurval med 14 studenter varav 1 var man och 13 var kvinnor. Medelåldern var 33 år.
Datainsamling	Insamlingen gjordes genom tester före och efter utbildningen, videoinspelning och en uppföljningsenkät.
Dataanalys	Kodning gjordes på berättelserna och videoinspelningarna. T-test gjordes för att jämföra data från testerna före och efter utbildningen.
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	Sjuksköterskorna upplevde att MI var användbart och att de använde MI i sin kliniska praktik. Testet efter utbildningen visade att sjuksköterskorna använde mer öppna frågor, bekräftelse, reflektioner och sammanfattning samt mindre rådgivning utan tillstånd.
Vetenskaplig kvalitet	Medel/låg

Artikel 10

Referens	Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J. C., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2012). Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. <i>Family Practice - The International Journal for Research in Primary Care</i> , 30, 332-340. doi: 10.1093/fampra/cms077.
Land Databas	Nederländerna Cinahl
Syfte	Syftet var att undersöka hur allmänläkare och sjuksköterskor utför livsstilsrådgivning under rutinrådgivningar, avseende nivån av skraddarsydd information och råd och deras tillämpning av MI.
Metod: Design	Kvantitativ Ej angivet
Urval	40 allmänläkare valdes genom slumpmässigt urval. 19 sjuksköterskor valdes ut genom ett snöbollsurval samt vårdcentral kontaktade forskarna om medverkan i studien.
Datainsamling	Videoinspelning gjordes under rådgivningar. Rådgivning som handlade om levnadsvanor valdes ut för analys.
Dataanalys	Videoinspelningen kodades med Observer software. Behaviour Change Counselling Index användes för att koda MI-färdigheterna. Ett protokoll om självutvecklande livsstilsbeteende användes för att gradera volymen och nivån av livsstilsrådgivningen. 4 element utvecklades för att analysera interaktion om patient livsstilsbeteende. Observationsprotokoll användes för att bedöma kommunikation om läkemedel, initiativ och längd. Deskriptiv analys gjordes med Stata 11.
Bortfall	Externt bortfall på 44 % hos allmänläkarna. Externt bortfall hos sjuksköterskorna var 1 sjuksköterska.
Slutsats	Sjuksköterskor diskuterade mest fysisk aktivitet, matvanor, rökning och alkohol med sina patienter, men de använde MI bara till viss del. Studien visade att sjuksköterskor mest gav allmän information, men råden var skraddarsydda.
Vetenskaplig kvalitet	Medel

Artikel 11

Referens	Van Eijk-Hustings, Y. J.L., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J.M. (2009). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. <i>Patient Education and Counseling</i> , 84, 10-15. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.016.
Land Databas	Nederländerna Cinahl
Syfte	Syftet var att undersöka uppfattningen av MI hos hälso- och sjukvårdspersonal i den dagliga vården av patienter med diabetes.
Metod: Design	Kvantitativ, deskriptiv. Experimentell design. Randomiserad kontrollerad studie.
Urval	4 sjuksköterskor, 8 diabetessjuksköterskor och 8 dietister deltog studien. Ett bekvämlighetsurval gjordes. De randomiserades i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp.
Datainsamling	Uppfattningen av MI mättes genom Motivational Interviewing Treatment Integrity Scale (MITI) och ett subjektivt frågeformulär. Semi-strukturerade fokusgrupps-intervjuer utfördes där hälso- och sjukvårdspersonalen diskuterade erfarenheter, barriärer och tillämpning av MI.
Dataanalys	Data analyserades med SPSS 15.0. Deskriptiv analys. Fokusintervjuer transkriberades och analyserades.
Bortfall	Externt bortfall var 15 av hälso- och sjukvårdspersonalen som inte ville delta. Internt bortfall är inte beskrivet.
Slutsats	Resultatet visade att empatin och MI-andan ökade i interventionsgruppen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg att MI var genomförbart. De upplevde struktur och mer avslappnade samtal. Vid mycket arbete eller trötthet återgick personalen till tidigare tekniker. De ansåg att det behövdes mycket tid för att använda MI.
Vetenskaplig kvalitet	Medel

Artikel 12

Referens	Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V., & Grey, M. (2009). Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care. <i>Nursing Research</i> , 58(1), 2-12.
Land Databas	USA PsycInfo
Syfte	Syftet var testa omvandlingen av ett diabetesförebyggande program (DPP) anpassat speciellt till sjuksköterskor att använda i primärsjukvården. Specifika syften var 1) anpassa DPP till primärsjukvården i samarbete med sjuksköterskorna; 2) utvärdera räckvidden, genomförandet och den preliminära effekten av ett 6-månaders livsstilsprogram inom primärsjukvården för vuxna med risk för diabetes på ett kliniskt, beteende och psykosocialt plan samt tillfredsställelsen med resultatet jämfört med de som fått standardiserad vård; 3) utvärdera effekten av en femprocentig viktnedgång på ett kliniskt, beteende och psykosocialt plan.
Metod: Design	Mixad metod Prospektiv tvärsnittsstudie, pilot studie.
Urval	Bekvämlighetsurval av fyra vårdcentraler. Deltagarna delades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp med två vårdcentraler var genom ett randomiserat klusterurval. Sjuksköterskorna rekryterade 58 vuxna med risk för diabetes genom ett bekvämlighetsurval.
Datainsamling	För att mäta patienternas tillfredsställelse med DPP användes en skala anpassad från the Diabetes Treatment Satisfaction Survey. Sjuksköterskornas åsikter om genomförbarheten mättes genom blanketter. Sjuksköterskorna intervjuades om genomförbarheten.
Dataanalys	Data knappades in i databaserna Microsoft Access eller Excel via ett Teleform system. Räckvidd och genomförbarhet analyserades med deskriptiv statistik och innehållsanalys. Patienternas tillfredsställelse analyserades med t-test.
Bortfall	Patienternas externa bortfall var 43. I interventionsgruppen var det 7 stycken som drog sig ur och ingen drog sig ur från kontrollgruppen. Sjuksköterskornas bortfall presenteras inte.
Slutsats	Sjuksköterskorna ansåg att MI var det svåraste från DPP att genomföra. De tyckte det var svårt att ingjuta motivation att förändras hos patienterna. Det var också svårt att hjälpa patienterna att se att deras beteende inte stämde överens med deras värderingar och mål.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 13

Referens	Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, 2284-2294. doi: 10.1111/jocn.12509
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Syftet var att undersöka i vilken utsträckning distriktsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor har träning i motiverande samtal, i vilken utsträckning de använder det och vilka förutsättningar de har för att använda det; att jämföra distriktsjuksköterskors och allmänsjuksköterskors, samt jämföra användare och icke-användare av MI; och att undersöka möjliga relationer mellan användandet av MI och träningsvariabler, övervakning och feedback av MI och förutsättningar för det.
Metod: Design	Kvantitativ Tvärsnittsstudie
Urval	Totalundersökning som inkluderade 673 distriktsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor som arbetade i primärvården i 3 län.
Datainsamling	Frågeformulär som innehöll frågor om bakgrundvariabler, träning och användning av MI och förkunskap.
Dataanalys	IBM SPSS statistics 20 användes vid analys. Deskriptiv statistik beskrevs med medelvärde och standardavvikelse. Till statistisk analys användes student t-test, chi-square test och fisher's exact test. Till logisk regression användes samt spearman's rank correlations coefficient och eta coefficient.
Bortfall	Det externa bortfallet var 307 stycken. Internt bortfall redovisas ej.
Slutsats	Sjuksköterskorna använde MI mest för att hjälpa patienter med viktproblem, tobaksanvändning, högt blodtryck och för att öka fysisk aktivitet. Många hade förtroende för MI, men hinder som fanns var tidsbrist och kunskapsbrist. Sjuksköterskorna tyckte att MI hjälpte patienten att själv ta beslut och hitta lösningen på livsstilsförändringen. Sjuksköterskorna tyckte att det fanns många fördelar med MI, men också några nackdelar som att det var svårt att använda och tog tid.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 14

Referens	Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. <i>Nurse Education in Practice</i> ,xxx(2014), 1-8.
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Syftet med studien var att beskriva upplevelser av motiverande samtal bland sjuksköterskor i primärvården som är utbildade i metoden.
Metod: Design	Kvalitativ Kvalitativ deskriptiv design
Urval	20 primärvårdssjuksköterskor valdes ut genom ett ändamålsenligt urval. 19 var kvinnor och 1 man. Medelåldern var 51 år.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer.
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.
Bortfall	Ej angivit
Slutsats	Sjuksköterskorna beskriver motiverande samtal som att det öppnade upp för nya möjligheter att utveckla förmågor och motivation. De sjuksköterskor som inte använde MI kände osäkerhet och rädsla för att inte använda MI på rätt sätt. De tyckte också att metoden kändes onaturlig, påtvingad och tidskrävande. De ansåg att MI var svårt att lära sig. Användare av MI menade att det krävdes en vilja och tid för MI. Det krävdes en öppenhet på arbetsplatsen. Alla sjuksköterskorna tyckte att MI lockade fram patientens drivkraft och hjälpte patienten att vara öppna om sitt problem. MI var en respektfull och värdefull metod som gjorde att sjuksköterskorna hamnade på samma nivå som patienten.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

Artikel 1

Referens	Österlund Efraimsson, E., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., & Klang, B. (2011). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(4), 767-782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Syftet var att beskriva i vilken utsträckning sjuksköterskor, med några dagars utbildning i MI-baserad kommunikation, använder MI i rökavvänjningskommunikation på sjuksköterskeledda COPD-kliniker i primärvården.
Metod: Design	Mixad metod Prospektiv observationsstudie
Urval	6 kvinnliga sjuksköterskor och 13 patienter som rökte. Sjuksköterskorna gjorde ett bekvämlighetsurval för att välja ut patienter.
Datainsamling	Videoinspelade konsultationer. Frågeformulär innehållande demografisk bakgrundsdata och rökvanor.
Dataanalys	Motivational Interviewing Treatment Integrity för att analysera rökavvänjningskommunikationen. Likertskala användes för att fånga intrycken av rökavvänjningen. Beteendekoder utvecklades av ofta yttra uttalanden. Sammanfattningspoäng för att bestämma MI-kompetensen. Samtalstiden mellan sjuksköterska och patient mättes. Statistiken analyserades med SPSS 17.0.
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Sjuksköterskorna ställde inte öppna frågor, gjorde bara enkla reflektioner och gav information. Sjuksköterskorna visade sällan empati, samarbetade sällan med patienten och stöttade sällan patientens autonomi.
Vetenskaplig kvalitet	Hög

BILAGA D

Warda Hasan

Hanna Herne

Jenny Nilsson



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se