

Hälsosamtal-

baserade på motiverande samtal som
stöd för livsstilsförändringar

FÖRFATTARE
KURS

Farideh Jam
Examensarbete 1
OM 5120
VT 2010

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

15 högskolepoäng
Bodil Augustsson
Eva Brink

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Om jag vill lyckas med att
föra en människa
mot ett bestämt mål,
måste jag först finna henne
där hon är
och börja just där.
Den som inte kan det, lurar sig själv
när hon tror, att hon kan hjälpa andra.*

*För att hjälpa någon måste
jag visserligen förstå mer,
än vad hon gör,
men först och främst förstå,
vad hon förstår.
om jag inte kan det,
så hjälper det inte, att jag kan och vet mer.*

*Vill jag ändå visa, hur mycket jag kan,
beror det på att jag är fåfång och högmodig
och egentligen vill bli beundrad av den andre
istället för att hjälpa honom*

*All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet
inför den jag vill hjälpa,
och därför måste jag förstå,
att detta med att hjälpa
inte är att vilja härska
utan att vilja tjäna.*

*Kan jag inte detta
så kan jag inte heller hjälpa någon.*

SÖREN KIRKEGAARD (1813-1855)

Titel :	Hälsosamtal baserade på motiverande samtal som stöd för livsstilsförändringar
English title:	Health talk based on motivational interviewing in lifestyle changes
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Kurs:	OM 5120
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Farideh Jam
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinerande lärare:	Eva Brink

SAMMANFATTNING

Distriktsjuksköterskan träffar kontinuerligt patienter som är intresserade av livsstilsförändringar för att må bättre och förebygga sjukdom. Genom ett hälsosamtal om levnadsvanor till exempel tobaksrökning, fysisk inaktivitet, osunda matvanor och hög alkoholkonsumtion utgår man från individens egen motivation till förändring för bättre hälsa. Metoden i samtalet kallas för motivational interviewing (MI). Tidigare forskningar visar att MI är en metod som motiverar patientens inre vilja till förändring och är effektivare jämfört med traditionell rådgivning. Att kunna skapa en bra miljö och relation under samtalet och att ha förståelse om patientens egen hälsokänedom har stor betydelse för en effektiv livsstilsförändring. Den omvårdnadsteoretiska grund som detta fördjupningsarbete baseras på är Katie Erikssons vårdprocessteori som belyser relationens betydelse och självvårdsbegrepp som lyfter upp patientens egenansvar. Syftet med detta fördjupningsarbete var att belysa hur sjuksköterskan i hälsosamtalet kan använda sig av MI-metoden för att underlätta livsstilsförändringar hos patienten. Elva vetenskapliga artiklar har granskats beträffande vilken effekt MI hade i hälsosamtalen och vilken roll sjuksköterskan hade samt hur patientens egenansvar påverkade livsstilsförändringar. Resultatet visar att motiverande samtal med stöd av MI-metoden underlättar livsstilsförändringar och förstärker patientens inre kraft till förändring. MI kan tillämpas i olika vårdrelationer och i preventionsarbeten, vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, rökavvänjning, alkoholmissbruk och cancervård. MI metoden är anpassningsbar eftersom det kan genomföras via telefon, enskilt eller i gruppsamtal. Dessutom har det visat sig att de interventionerna vilka pågår under en längre tid ger ett bättre resultat på lång sikt. Ytterligare forskning om MI metoden och patientens egen vilja till förändring behövs för att utveckla området. Erikssons teorier om hälsobegrepp, relationens betydelse och patientens egenansvar framhäver MI-metodens principer, vilket kan stärka sjuksköterskans professionella arbetsmetod i livsstilsförändringar.

Sökord: Nursing, motivational interviewing, lifestyle, behavior change, health education.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsobegreppet	2
Vad är motivation	3
Hälsosamtal om levnadsvanor	3
Motiverande samtal - en samtalsmetod	4
Ett MI-samtal kan sammanfattas i fem faser	5
Relationens betydelse vid hälsosamtal	5
Omvårdnadsteoretisk anknytning:	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	6
Dataanalys	8
RESULTAT	9
Hur sjuksköterska använder MI för att underlätta livsstilsförändringar i ett hälsosamtal	9
Sjuksköterskans förhållningssätt till hälsosamtal	10
Patientens inre kraft till livsstilsförändring	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	12
REFERENSER	15
BILAGA 1	
ARTIKELSAMMANSTÄLLNING	

INTRODUKTION

INLEDNING

Hälso- och sjukvårdspersonal är väl medvetna om att en förändrad livsstil minskar riskerna väsentligt för att drabbas av diabetes, stroke och hjärt- och kärlsjukdomar. Att använda olika arbetsmetoder för att upplysa och stödja patienterna inom primärvården till hälsofrämjande och förebyggande insatser har diskuterats länge. Under min verksamhets tid som distriktssköterska har jag träffat patienter som är intresserade av livsstilsförändringar för att må bättre. I en av mina arbetsmetoder, som jag av egen erfarenhet kallar för hälsosamtal, försöker jag lägga vikt på enkla, men viktiga faktorer som går att förändra. Detta innebär till exempel förändringar i patientens kost och motion, åtgärder vilka är sjukdomsförebyggande.

Hälsosamtal om levnadsvanor som tobaksrökning, fysisk inaktivitet, negativ stress, osunda matvanor och hög alkoholkonsumtion är en metod där man utgår från individens egen motivation och vilja till förändring för bättre hälsa. Jag har också upplevt att hälsosamtal om levnadsvanor kan vara ett känsligt samtalsämne för en del patienter. Att kunna skapa en bra miljö och relation till patienten för att erhålla resultat har visat sig vara ett viktigt moment för mig.

Jag kommer i detta arbete fördjupa mig i hur sjuksköterskan kan genomföra ett framgångsrikt hälsosamtal med stöd av motiverande samtal.

BAKGRUND

En viktig del av sjuksköterskans arbete för att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande är att motivera patienterna till livsstilsförändring (1). Det är därför av stor betydelse att sjuksköterskan använder sig av en bra metod som kan främja patientens motivation till förändring. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (2), skall sjuksköterskan arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (2). Sjuksköterskan har traditionellt haft en rådgivande roll där patienten har varit passivt lyssnande. Studier visar att en metod för att ge information och råd som motiverar patientens inre vilja till förändring är mer effektiv än traditionell rådgivning (3). Det finns en specifik samtalsmetodik som är utarbetad av Miller och Rollnick (4) som ofta benämns som motiverande samtal - Motivational interviewing (MI).

Idag informerar och undervisar sjuksköterskan om hälsorisker kanske utan att försöka förstå var patienter befinner sig i motivation och kunskap. Ytterligare begrepp som är relevanta för att få en bättre förståelse om vad som händer under ett hälsosamtal mellan patient och sjuksköterska är: *hälsa, motivation och relation*.

Hälsobegreppet

Hälsa är ett begrepp som har definierats på många olika sätt och svaret har varierat under olika tidsperioder och hos olika författare (5).

Enligt världshälsoorganisationens (WHO) (6) definition från 1946, är hälsa *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och social välbefinnande, och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp”*(6). Qvarsell (7) kritiserar denna definition som alltför idealistisk. Han menar att det finns få människor som kan uppleva ett liv i ett fullständig välbefinnande och det skulle menas att alla människor har någon form av ohälsa.

Hälsa är ett positivt laddat begrepp som människan har strävat efter i alla tider. Hälsa beskrivs från det holistiska synsättet när en människa har full hälsa, om hon har förmåga att realisera alla sina vitala mål som en nödvändig del för att en person skall kunna uppnå ett tillstånd av minimalt tillfredsställelse. En människa har någon grad av ohälsa om det finns något vitalt mål som hon inte kan realisera. Hon har en sjukdom om hon hyser något kroppsligt eller mentalt problem som tenderar att sänka hennes hälsotillstånd. Det biologiska synsättet innebär att människan är vid hälsa när hennes kropp och psyke fungerar i enlighet med det artypiska mönstret. Det synsättet innebär att hälsa är ett tillstånd med frånvaro av sjukdom (8).

Nordenfelt (5) beskriver också att redan läkaren Galenos (129-ca 200 e Kr) hade en holistisk syn på hälsa. Galenos definierade hälsa som *”ett tillstånd i vilket vi varken lider ont eller är förhindrade från det dagliga livets funktioner”* (5, s. 81). En definition som denna är inte sjukdomsrelaterad utan handlingsrelaterad. Qvarsell (7) ger ytterligare en förklaring av begreppet hälsa. Han menar att hälsa är ett begrepp som människor använt sig av när de velat beskriva drömmen om ett gott liv. Hälsa är synonymt med lycka, harmoni och skönhet (7). Eriksson (9) menar att människan *”är”* hälsa. Vi kan inte *”ge”* hälsa åt en annan människa men vi kan stödja människan i att vara hälsa. Att *”vara hälsa”* innebär att vara hel eller integrerad. Att vara människa innebär att vara en helhet av kropp, själ och ande. Hälsan utgör ett dynamiskt tillstånd och inom individen pågår ständigt olika hälsoprocesser, med andra ord sundhets-, friskhets- och välbefinnandeprocesser. Att vara hälsa innebär att individen i sitt eget sammanhang, tillsammans med sina nära (familj, vänner), anser, leker och lär sig själv, det vill säga utför en form av *”naturlig vård”*. Optimal *”naturlig vård”* innebär att individen genom egna handlingar, i samspel med nära och kära, kan hos sig själv skapa kroppsligt välbehag, tillit, tillfredsställelse och utvecklas mot en högre integrationsnivå (9).

Eriksson (10) menar att patienterna upplever och känner tecken på ohälsa på olika sätt. Individens upplevelse av sig själv som sjuk eller frisk är beroende av flera olika faktorer. Upplevelsen av ohälsa kan framkallas av faktiska symptom, som även kan registreras objektivt. Samtidigt kan dock exempelvis en dödssjuk människa uppleva välbefinnande på samma sätt som patienter vilka inte visar några objektiva tecken på sjukdom ändå kan uppleva ohälsa. Den sistnämnda kategorin av personer är ofta de som upprepade gånger söker sig till sjukhus och mottagningar på grund av subjektiva symtom som inte kan

påvisas objektivt. Eriksson anser att det är viktigt att kunna komma åt orsaken till känslan av ohälsa och på så sätt kunna bryta den onda cirkeln (10).

Vad är motivation

Inom psykologin menar man att motivation är en handlingsorsak; det vill säga de energi- och riktningsgivande krafterna bakom ett visst beteende (11). Det kan även definieras som faktorer hos individen som väcker, formar och riktar beteendet mot olika mål (12). Motivation är den medvetna eller omedvetna viljan att uppnå en förändring eller ett mål (13).

Den mänskliga tillvaron är full av påfrestningar, motgångar, krav, konflikter och olika slags problem som måste lösas. Vad är det som gör att en del av oss klarar även svåra påfrestningar med hälsan i bibehåll och kanske till och med växer och vidareutvecklas av det medan andra blir sjuka? De salutogena, det vill säga hälsobringande faktorernas ursprung om vad det är som gör att människor blir och förblir friska, har Aaron Antonovsky (14) beskrivit genom (Känsla Av SAMmanhang) KASAM. Sett ur ett praktiskt perspektiv kan Antonovskys (14) teoretiska salutogena syn ligga till grund för bidragandet av motivation till livsstilsförändringar.

Antonovsky menar att en individ aldrig är helt frisk eller sjuk utan att vi hela tiden rör oss mellan de två delarna frisk och sjuk. Antonovsky anser att det är graden KASAM som ligger till grund för var vi befinner oss mellan dessa delar. Antonovsky definierar KASAM i tre delkomponenter: en grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför individen är förutsägbart, begripligt och strukturerat (begriplighet) och de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet). I hälsofrämjande åtgärder fokuseras det på att främja det friska hos individen (salutogent perspektiv), i motsats till att förebygga ohälsa (14). Ifall individen kan känna meningsfullhet med livsstilsförändringen kan det således öka motivationen för detta.

Hälsosamtal om levnadsvanor

Bergstrand (15) beskriver i sin avhandling att genomförandet av ett hälsosamtal är en metod för att skapa förutsättningar för förändring av levnadsvanor hos patienten. Patienten kan ha sina egna uppfattningar om vad hälsa innebär och hur livet önskas se ut. Här betonas att existentiella frågor kan väckas i dessa samtal. Sjuksköterskan kan ha svårt att ändra patientens invanda beteenden och levnadsvanor.

Adelwärd och Sachs (16) menar att hälsosamtalen kan röra känsliga ämnen som kost, alkohol, rök och motionsvanor. Dessa samtal kan riskera att patientens integritet hotas samt även skapa skuld känslor. Utförande av hälsosamtalet om hälsorisker skall inte skapa någon oro hos patienten. Att sjuksköterskan skapar en personlig relation med patienten och balanserar detta med sin professionella hållning är av yttersta vikt. Detta orsakar att en förtroendefull relation kan skapas samt att patienten tar informationen på allvar och själv kan genomföra en förändring av levnadsvanor (16).

Motiverande samtal - en samtalsmetod

Adelswärd och Sachs (16) hänvisar till William, Quill, Deci, och Ryan som utvecklat *the Three Questions*-modellen vilken främjar patientens inre motivation och självbestämmande vid hälsosamtal. Den behandlar tre olika aspekter hos patienten, nämligen kunskap, motivation och självbestämmande. Den första frågan handlar om patientens kunskaper; huruvida patienten vet om sambandet mellan rökning och hälsorisker. Ifall patienten inte vet får han/hon information om det, men om patienten har kunskap om det går man vidare till nästa fråga: Är du redo att sluta röka? Frågan ställs på ett respekterande och stödjande sätt utan att döma patienten. Om patienten är redo kommer en plan diskuteras och byggas för att kunna realisera målen. Om patienten svarar nej ställs en fråga om vad som kan motivera patienten till att sluta röka. Den här typen av fråga ställs för att kunna hjälpa patienten att reflektera över personliga skäl till att sluta röka och jämföra det mot de personliga fördelarna med att röka.

Författaren anser att om patienten inte ser några personliga skäl till att sluta röka accepterar sjuksköterskan detta. Patienten får kontakta sjuksköterskan om detta beslut förändras (16).

En annan specifik samtalsmetodik som stimulerar patientens inre kraft till förändring är Motivational Interviewing (MI) som är utarbetad av Miller och Rollnick (4). MI används i första hand för att främja beteendeförändring hos patienterna med missbruk. Under de senaste åren har den dock använts för att underlätta livsstilsförändringar inom primärvården (17). MI är en patientcentrerad metod där samtalet utgår från patientens uppfattningar, tankar och upplevelser och begränsas av de ramar han sätter. Vissa tänker aldrig förändra beteendemönstret när de blir påtvingade. Somliga kan ha önskat förändring utan att aktivt arbeta med det, medan andra kan ha försökt förändra sitt beteende aktivt under många år utan framgång (4).

Samtalet skall inte vara fördömande eller nedbrytande. Man försöker göra patienten mer medveten om problem som kan uppstå, vilka konsekvenser och risker som beteendet för med sig (4). När patienten kan föreställa sig en bättre framtid ökas motivationen. Enligt Miller (4) och Barth (17) har motiverande samtal större effekt än traditionell rådgivning (att ge information och råd) .

MI används som en samtalsmetod och ett förhållningssätt med syfte att uppnå ökad motivation till beteendeförändring. Det skiljer sig från det rådgivande samtalet som är en förutsättning för patientcentrerad vård vid en viss sjukdom, till exempel diabetes, och som är den sedvanliga medicinska vården som utgår från patientens specifika behov (18). Barth och Näsholm (17) betonar också att klientbaserande samtal bygger på en människosyn som utgår från att personen inom sig har förutsättningar att fatta egna beslut och göra egna val.

Till skillnad från rådgivande samtal är motiverande samtal fokuserat på patientens egen motivation till beteendeförändring. MI bygger på fyra principer: visa empati, uttrycka ambivalens, stärka patientens tilltro till sin egen kompetens och minimera motståndet (17). Motiverande samtal är en metod där patienten har mer ansvar för sin

beteendeförändring och behandlaren är som en konsult (17). Metoden i det motiverande samtalet stämmer överens med hälso- och sjukvårdslagen vilken bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet för att tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling (2).

Ett MI-samtal kan sammanfattas i fem faser:

1. En kontakt och relationsskapande fas. Vikt måste läggas på att erbjuda patienten en trygg och bekväm miljö för att patienten ska kunna acceptera förändringar.
2. En neutralt utforskande fas. Denna fas kräver ett objektiva utforskande om patientens tanke om samtalet för att skapa en gemensam plattform som bas för förändring.
3. En perspektivutvidgande fas. I denna fas måste sociala faktorer vägas in för att sammanställa andras perspektiv på situationen. Begrepp som diskrepans, ambivalens och motstånd är centrala i denna fas.
4. En motivationsbyggande fas. I denna fas ska patientens motivation till förändring utforskas och ligga till grund för framtida beslut och förändring.
5. En besluts- och förpliktelsefas: Denna fas är till för att begrunda patientens besluttande och hjälpa till att stärka och bekräfta beslut. Detta ökar sannolikheten för en lyckad förändring som slutförs (17).

Relationens betydelse vid hälsosamtal

Bergstrand (15) beskriver i sin avhandling relationens betydelse för hälsosamtalet. Hon menar att en god relation till patienten krävs för att sjuksköterskan skall få tillgång till viktig information inför hälsosamtalet. För att patienten skall kunna dela med sig ibland känsliga uppgifter behövs en förtroendefull relation skapats. Patienten skall känna sig till mods att komma tillbaka till flera samtal när kommunikationen sker på varsamt sätt. Bergstrand menar att sjuksköterskan försöker lära känna patienten och integrera en god relation i samtalets början som en strategi som sjuksköterskan använder sig av för att underlätta och fortsätta samtalet (15). Eriksson (10) betonar att vårdprocessen som inte grundas sig på en relation har reducerats till utförandet av en rad uppgifter. Att ha en god relation till patienten är betydelsefullt för alla samtal inom hälso- och sjukvården (10).

Bergstrand (15) visar att bemötandet av samtalet bygger upp en relation till vårdtagaren som sedan underhålls och byggs upp under samtalet gång av olika samspelsunderlättande strategier som kommunikativ varsamhet samt humor, skämt och skratt. För att avdramatisera och distansera i känsliga samtal kan humor, skämt och skratt underlätta samspelet mellan parterna, skruva ner förväntningarna och lätta upp stämningen (15).

Omvårdnadsteoretisk anknytning:

Eriksson (10) betraktar vården som en process, ett dynamisk skeende, där samspelet mellan patient och vårdare är det centrala, och där de uppgifter som utförs i vårdprocessen bestäms utifrån patientens behov av vård. Kärnan i vårdprocessen utgörs av patient-vårdrelationen. Det är relationen vilken utgör grunden för de verkliga

hälsoprocesserna hos patienten. Det är ett möte som sker med hela människan. Det är i denna grundläggande relation som patienten får kraft att vara delaktig i vårdprocessen (10).

Eriksson (10) beskriver att vårdprocessen är en interaktiv process. Vårdaren och patienten är dels i interaktion med varandra i vårdprocessens olika faser, dels i interaktion med den omgivande världen. Interaktionen innebär att människan försöker bemästra aktuella villkor i tillvaron (10).

Vårdprocessen sker här och nu och innehållet skall formars från de resurser, möjligheter etc. som finns i den aktuella situationen. Eriksson betonar att produkten eller det övergripande syftet inte primärt styr processen. Vårdandets grundidé innebär att patienterna skall ha det väl här och nu. Processen inbegriper ”produkten” människans hälsa i det avseende att vårdaren vill patientens väl. Det viktigaste för framtiden är nuet. Att vårda är att gå bredvid, att visa vägen framåt men inte bestämma takten eller målet, att våga stanna upp och möta hela människan (10).

Eriksson (10) beskriver att självvård inte är annorlunda än övrig vård. Det handlar mest om ansvarsfördelning mellan patient och vårdare. Självvården förutsätter en ingående kännedom om egna resurser, psykiska och fysiska, samt om de resurser man har i sin omgivning. Under goda förhållanden utvecklar organismen förmåga till självvård. Detta sker genom mognad och inläring. Det är vårdarens uppgift att genom påverkningsprocesserna ge patienten kännedom om resurserna. Sjuksköterskan skall alltså vårda patienten på ett sätt som visar denne de olika vägarna till målet (= hälsa) i stället för att försöka bära honom till målet (10).

Det hör till vårdarens uppgifter att kompensera och avhjälpa brister i självvården. Självvården innebär inte att patienten lämnas ensam. Att tillgodose de grundläggande behoven innebär också att tillfredställa kontaktbehoven (10).

I litteraturgenomgången kom det fram att relationen mellan sjuksköterska och patient är av betydelse (5). Även Erikssons självvårdsbegrepp lyfter upp patientens egenansvar och vårdarens sätt att tillfredställa behoven till förändring (6). Dessa är några komponenter i MI som är av vikt och kan underlätta livsstilsförändringar hos patienten.

SYFTE

Syftet med detta fördjupningsarbete i omvårdnad var att belysa hur sjuksköterskan i hälsosamtalen kan använda motiverande samtal för att underlätta livsstilsförändringar hos patienten.

METOD

Fördjupningsstudien genomfördes som en litteraturöversikt baserad på 11 vetenskapliga artiklar.

Datainsamling

Artiklarna som användes i arbetet söktes i databaserna PubMed och CINAHL. I PubMed användes sökordet *motivational interviewing* som kombinerades med *nursing*. För att

kunna begränsa den breda sökningen användes *behavior change* och *lifestyle* med tanke på syftets innehåll. Inklusionskriterier i PubMed var att artiklarna skulle vara på engelska, svenska och gälla män och kvinnor. I databasen CINAHL genomfördes sökningen med fler kombinationer av sökord som *motivational interviewing*, *health education* och *nursing*. Artiklarna begränsades till Peer reviewed, research och som var publicerade under åren 2000-2010. De valda artiklarnas publiceringsdatum var mellan 2006-2010. Artiklarna vilka var kvantitativa studier var genomförda i USA (20,22-25,27,29), Nya Zeeland (21) och Nederländerna (26). En artikel var en kvalitativ studie som var genomförd i Sverige (30). För en tydligare presentation av artikelsökningen se tabell 1.

Tabell 1. **Presentation av artikelsökning.**

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda artiklar
100124	Pubmed	Nursing AND Motivational interviewing	Humans, English, Swedish, Nursing journal 2000-2005	52	7	Två: Nr 20, 21
100124	Pubmed	Motivational interviewing AND Lifestyle	Humans, English, Swedish	49	1	En: Nr 26
100314	Pubmed	Nursing AND Motivational interviewing AND Behavior change	Humans, English, Swedish Nursing journal Randomizerad Controlled	16	3	Tre: Nr 23, 24, 27
100207	Cinahl	Nursing AND Motivational interviewing	Peer reviewed, research article, English Year 2000-2009	41	4	Tre: Nr 25, 29, 30

100220	Cinahl	Motivational interviewing AND Health education	Peer reviewed Research article	22	2	En: Nr 22
100220	Cinahl	Nursing AND Motivational interviewing AND Health education	Peer reviewed Research article,English Year 2000-2009	2	1	En: Nr 28

Dataanalys

Inledningsvis lästes artiklarnas titlar, därefter abstrakt, och om det stämde överens med syftet valdes artikeln för ytterligare granskning. Sammanlagt 18 artiklar valdes för granskning med stöd av checklista från kursens studiehandledning (19). Samtliga sju review-artiklar valdes bort. Övriga artiklar ansågs passande till arbetets syfte och innehåll. Först lästes varje artikel induktivt, förutsättningslöst läst för att få en bild av artiklarnas innehåll. Därefter bearbetades varje artikel utifrån syftet och framträdde tre olika kategorier: Hur sjuksköterskan använder MI för att underlätta livsstilsförändringar i ett hälsosamtal, sjuksköterskans förhållningssätt till hälsosamtal och patienternas inre kraft till livsstilsförändring som redovisas i resultaten. För en tydligare presentation av artiklarnas innehåll, se bilaga 1.

RESULTAT

Hur sjuksköterska använder MI för att underlätta livsstilsförändringar i ett hälsosamtal

Flera studier visade att Motiverande samtal (MI) resulterade i ökad fysisk aktivitet (20-26) samt förbättrad kosthållning hos patienterna (20,22-26). Flera patienter ändrade sin diet med mindre kalori- och fettintag (20,25,26) och fler åt mer grönsaker och frukt (22,26). Det kunde även ses att ökad fysisk aktivitet genom gradvis ökning med ett slutmål om minst 150 min/vecka samt egenkontroll från dagböcker med självrapportering av olika form av aktiviteter planerades i MI-gruppen jämfört med kontrollgrupperna (22).

Patienterna fick föra dagbok över sitt intag av fett, antal frukt och grönsaker samt fysiska aktiviteters form och längd. I flera studier har laboratoriers parametrar varit ett utvärderings instrument att mäta resultat, bland annat kontroll av kolesterol, blodtryck, vikt, längd, BMI, HbA1c, alkohol och nikotinanalys (20-28).

I en studie från Nya Zeeland undersöktes huruvida MI kunde hjälpa canceröverlevare till att öka sin fysiska aktivitet. Det visade sig att personerna i behandlingsgruppen var mer inaktiva i början av studien jämfört med personer i kontrollgruppen, men efter genomgång med hjälp av MI samt telefonuppföljningar under ett halvår fick de ökade kunskaper om sin fysiska aktivitet och kunskaper om ökad aktivitet och dess effekt för att minska tröttheten (21).

I en studie från USA visade sig MI ha positiv effekt hos kraftigt överviktiga kvinnor, som gick ner mer i vikt vid 6 och 12 månaders uppföljning jämför med kontrollgruppen av kvinnor kunde bibehålla lägre vikt under längre tid vilket forskarna tror att MI har stött en egen motivation till förändring (22).

Användning av MI-metoden vid hälsosamtal med personer med alkoholmissbruk visades förändra försökspersonernas dryckesvanor till mindre drickande, enligt en studie från USA. Resultaten visade att kontrollgruppen minskade sitt alkoholintag från 4,37 till 3,77 drinkar om dagen medan experimentgruppen minskade sitt alkoholintag från 4,65 till 1,95 (27).

I en ettårig studie i Nederländerna påvisades ingen effekt av MI för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Interventionsgruppen fick motiverande samtal i livsstilsförändring för att minska riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa samtal genomfördes i två träffar om 20 minuter för varje träff och en telefonuppföljning på tio minuter. Sjuksköterskorna gjorde en bedömning utifrån en 10-årig kardiovaskulär mortalitetsrisk enligt riktlinjerna. Studien visade något förbättrade resultat angående alkohol-, kost- och motionsvanor, dock hade detta ingen effekt på den 10-åriga mortalitetsrisken. Författarna spekulerade i att bristen på skillnad mellan intervention- och kontrollgrupp kunde bero på att det saknades tillräckligt stor skillnad i samtalen. Kontrollgruppen leddes av mycket erfarna sjuksköterskor med tidigare erfarenhet inom

MI-samtal och som ville ge den bästa vården. Detta orsakade enligt författarna en risk att intervention- och kontrollgruppen fick olika typer av MI-samtal, och därmed borde kontrollgruppen ses som en egen interventionsgrupp. I studiens slutsats framkommer det att författarna önskar fler studier för att kunna påvisa sjuksköterskans roll för livsstilsförändring med stöd av MI (26).

I en studie som genomfördes för att motivera gravida kvinnor till att sluta röka och minska återfallen visade MI en blygsam effekt i försöksgruppen jämfört med kontrollgruppen, där 52 % av kvinnorna hade återfallit i rökning inom andra veckan efter förlossningen. Dock ansågs att MI bör erbjudas precis efter förlossningen till nyblivna mammor med rökningshistoria då det visades kunna ha en positiv effekt (29).

Forskning stödjer användningen av korta samtal på ett par minuter som visat sig vara lika effektiva som längre, timmeslånga samtal hos många personer (27,29) men insatsen måste vara långsiktig och fortgå under en längre tidsperiod för kvarstående effekt (22,29).

Sjuksköterskans förhållningssätt till hälsosamtal

I flera studier har utbildning och handledning för sjuksköterskorna visat sig vara viktiga faktorer för ett framgångsrikt lärande och tillämpning av MI i hälsosamtal (20,22-26,28-30).

För patienter som inte vill bli tillsagda vad de ska göra, till exempel ”du måste sluta dricka”, kan användning av MI minska motståndet och optimera förändring för att hjälpa patienter som var omotiverade att skapa motivation (23). En strategi för MI är fokus på ett sätt att vara med människor, ”andan i motiverande samtal”, och på så vis förbereda förändring (20,27).

Sjuksköterskor i en av studierna betonade att MI-metoden är nytänkande i rådgivningsarbetet. Dessa sjuksköterskor var vana med den auktoritära strategin att tala om för patienter hur de ska ändra sin livsstil, medan patientcentrerad rådgivning bygger på patientens egen ansvar och motivation. Faktorer som betonades som viktiga för vårdgivarna att framtona var empati, värme, omtänksamhet och sympati, liksom förmågan att skapa förtroende och stärka patienternas engagemang i deras egen hälsoförändring (27,30).

Några av författarna var sjuksköterskor och nurse practitioners ”NPs” som var utbildade i olika medicinska områden och bland annat var hälsorådgivare för livsstilsförändringar (20,23-27). Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att använda MI inom vården och upplevdes som mycket ivriga att delta i studien och var mycket motiverade över att förbättra kvalitén i vården (30).

I flera studier visade det sig att sjuksköterskorna ofta utövade metoden tillsammans med andra yrkeskategorier (20, 23-25, 28,29). Andra yrkeskategorier som utövade MI i studierna var även psykologer (22), socialarbetare (27) och kuratorer (21).

I flertalet studier varierade MI-utbildningens längd, vilken vårdgivarna genomgått. I vissa fall fick personal medverka i två dagars workshop, medan andra redan var verksamma som terapeuter i hälsosamtal (20-25,27-29). De svenska sjuksköterskorna i en av studierna fick både teoretisk utbildning och ett års klinisk erfarenhet av att använda MI-metoden vid hälsosamtal innan studien påbörjades (30).

I en av studierna ansågs MI inte ha någon effekt då intervention- och kontrollgruppen uppvisade liknande resultat. Dock framgick det att sjuksköterskorna i kontrollgruppen hade sedan tidigare utbildning inom MI, varför bristen på skillnad kunde bero på detta då det fanns en risk att patienterna inom kontrollgruppen hade fått motiverande samtal. (26).

Att kunna anpassa det nya tänkandet med MI:s rådgivningsmetod i kontrast till den auktoritära expertstrategi som sjuksköterskorna var vana vid har visat att MI-tekniken varit mer effektiv (30). Viktiga faktorer för framgångsrikt lärande och tillämpning av MI var omfattande utbildning och nära integration av utbildning och praktik ansågs vara en avgörande faktor för effektiv inläring av MI. Ett hinder för tillfredsställande inläring av färdigheter i MI- rådgivning var svårigheten att anpassa sig till nya sätt att tänka som behövs när sjuksköterskan tränar den här tekniken, eftersom det är i kontrast till den auktoritära expertstrategin som sjuksköterskorna var vana vid. En annan svårighet var att uppnå en effektiv kommunikation med patienter som var ovilliga att ta ansvar för sin egen hälsa. Slutsatsen var att effektiv inläring och tillämpning av MI färdigheter med iakttagande av protokoll är förenat med många problem, som kräver en avsevärd tid och ansträngning för att öva, liksom antagandet av en ny anda när det gäller vårdgivare och relationer med patienterna (30).

Patientens inre kraft till livsstilsförändring

Patienternas egna ansvar och valfrihet i förhållande till att dricka mindre alkohol beskrivs i en amerikansk studie vilken studerat patienternas känslor inför förändringen av alkoholvanor. Att respektera patienten genom att be om tillstånd att diskutera frågan om alkohol i samtalet gav patienten möjlighet till självreflektion och utforskning av dryckesmönster, vilket ledde till att drickandet minskade efter sex veckors behandling med MI-metoden (27).

Patienternas egna ansvar, värderingar och skäl till att ändra sin livsstil påverkade resultatet i studierna i positiv riktning, likväl som patienternas tilltro till sin egna förmåga, "self-efficacy". Att öka den fysiska aktiviteten hos canceröverlevare för att minska deras trötthet (21), samt att poängtera vikten av screening av kolonrektalcancer (28) ledde till ökad förståelse för möjligheterna att själv påverka sin livsstil och hälsa. Deltagarnas motivation grundade sig på förtroende, beredskap eller sinnestämning till att förbli hälsosamma (29).

De flesta studierna visade att skriftliga informations- och undervisningsmaterial vilka delgavs patienterna i hälsosamtal ökade deras inre kraft till förändring (20-26).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med detta fördjupningsarbete var att belysa hur sjuksköterskan i hälsosamtalet kan använda MI för att underlätta livsstilsförändringar hos patienter. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL och PubMed. Redan från början visade det sig att det skulle bli svårt att begränsa antalet artiklar till studier som var relevanta för det här arbetet, då antalet träffar till en början var mycket högt. En begränsning av sökningen med användning av ”motivational interviewing” i olika kombinationer med sökorden ”lifestyle”, ”behaviour change” och ”health education” gav färre men mer specifika träffar. Några av artiklarna (20,25,27,28) förekom i fler än en databas vilket kan ses som en fördel då detta visade att sökområdet hade ringats in.

Sammanlagt granskades 18 artiklar utifrån studiehandledningens checklista (19). Litteraturöversikter (review) saknade syfte och metod och valdes därmed bort i resultatgranskningen. Samtliga studier som granskades i resultat är kvantitativa studier utom en studie (30) som är en kvalitativ studie. Artiklar som valdes var peer-reviewed, då detta stärker artiklarnas trovärdighet och kvalitet. Studierna 20-29 var etiskt granskade och godkända av specifika etiska kommittéer. Den enda av de använda studierna som saknade etiskt godkännande var artikeln från Linköping (30) som var riktad mot hur personalen utövade metoden och inte på hur patienterna reagerade på behandlingen. Att artiklarna var både peer-reviewed samt etiskt granskade och godkända ger dem ökad tyngd och bör garantera hög kvalitet, något jag såg som en förutsättning för att hålla en hög nivå på detta fördjupningsarbete.

Att jag inledningsvis läste artiklarna induktivt hade både för- och nackdelar. Det hjälpte mig att inte missa artiklar som kunde vara av värde, dock var det mycket tidskrävande. I efterhand har jag kommit fram till att det hade gått att effektivisera min metod. Jag borde redan från början ha använt ännu fler sökord för att begränsa mina sökresultat och på så vis hitta mer specifika artiklar. Senare hade jag kunnat bredda mina sökningar för att få ett större spann av artiklar att granska. Detta hade förmodligen varit mer tidseffektivt.

En styrka har varit att i samtliga studier har författarna använt sig av MI vilken är en metod utarbetad av Miller och Rollnick (4) med syfte att påverka patientens inre kraft att förändra sin livsstil.

En svårighet med denna litteraturstudie var att arbetet gjordes ensamt och möjligheterna att kunna bolla tankarna med någon annan med samma problemområde var begränsade.

Resultatdiskussion

I studierna visades att MI kan tillämpas i olika vårdrelationer och i preventionsarbeten, som vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, rökavvänjning, alkoholmissbruk och cancervård (20-29). Hälsosamtal baserade på MI-metoden förstärker sjuksköterskans roll och kompetens att kunna främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande genom att motivera patienterna till livsstilsförändring. Det motiverande samtalet är av

värde för distriktssköterskor och sjuksköterskor som dagligen möter patienter som önskar hjälp för till exempel kostvanor, ökad fysisk aktivitet och rökavvänjning.

MI-metoden är anpassningsbar då den kan genomföras via telefon, enskilt eller i gruppssamtal. MI i grupp utfördes i flera studier (22-24, 26,27). I studierna 22-24 är det kvinnor som deltar i gruppaktiviteterna. Någon slutsats om att kvinnor är bättre lämpade för gruppssamtal går inte att dra och ytterligare forskning skulle behövas för att visa ifall det finns en genusskillnad. Av egen erfarenhet är gruppaktiviteter inom primärvården mer effektiva och kostnadseffektivare då fler patienter behandlas samtidigt och patienterna sporras av varandra att göra bättre ifrån sig. När det gäller diabetesvården rekommenderas inte motivationshöjande samtal . Här är det viktigt att skilja MI från det rådgivande samtalet, som är en förutsättning för patientcentrerad vård vid diabetes. I de utvärderingar som behandlat motivationshöjande samtal inom diabetesvården har ingen effekt på patientens glukoskontroll eller livskvalitet kunnat påvisas. Motiverande samtal bör därför inte användas inom diabetesvården förrän det finns evidens för dess effektivitet (18). Ytterligare fördjupning inom detta ämne är befogat för att urskilja huruvida det föreligger någon skillnad i resultaten av MI-samtal ifall det genomförs enskilt, i gruppssamtal eller genom telefonsamtal inom diabetesvården.

Det är intressant att forska vidare om sambandet mellan diabetes och livsstilsförändring med MI-metoden men det tillhör inte denna fördjupningsstudie. Telefonbaserad MI-metod har däremot kritiserats av terapeuterna som då de följde ett skraddarsytt formulär och därför inte hade möjlighet att anpassa sig till olika situationer (20).

Eftersom studiernas längd varierar, från två veckor till 18 månader, kan det ha påverkat de olika resultaten. Enligt vissa studier (22, 29) erhöles ett bättre resultat ifall insatsen pågick långsiktigt. Detta öppnar dock upp för ett problem ur ett kostnadsperspektiv då det krävs mer resurser för uppföljning och fortsatt rådgivning. Dock kan samtalen modifieras och vara kortare, trots att de löper under en längre tid, vilket även ger långsiktiga resultat (22, 29). Som distriktssköterska i primärvården träffar man redan patienterna kontinuerligt under en längre tid, varför kortare MI-samtal om livsstilsfrågor skulle kunna fungera effektivt ur ett tids- och därmed även kostnadsperspektiv.

MI-metoden i hälsosamtal bygger på en människosyn som utgår från att personen inom sig har förutsättningar att fatta egna beslut och göra egna val. Erikssons (10) hälsobegreppsteori beskriver att patienternas upplevelse av ohälsa skiljer mellan olika människor. Att svårt sjuka och döende människor kan uppleva välbefinnande och att friska människor kan uppleva ohälsa. Detta stämmer väl överens med flertalet studier (21,27-29) där det framkommit att motiverade människor underlättar livsstilsförändringar medan omotiverade har svårt för livsstilsförändringar.

Patientens tilltro till sig egen förmåga – self-efficacy – är grundläggande för patientens vilja att ändra sin livsstil. Detta överensstämmer med Antonovskys (14) teoretiskt lagda salutogena synsätt att främjandet av hälsa är att föredra istället för en fokusering på ohälsan. MI-metoden kan vara en metod för att förstå denna känsla av sammanhang som

kan ge patienten motivation till livsstilsförändring samt ge patienten en större upplevelse av välbefinnande.

Då det finns olika syn på begreppet hälsa vore det intressant att undersöka patienternas uppfattning om detta vid tillämpningen av MI och dess resultat. Tyvärr har dock forskarna ej diskuterat patientens egen uppfattning av begreppet hälsa, och inte heller har patienternas uppfattning om sin hälsosituation framkommit.

I en av studierna (30) diskuteras problemet kring patienterna ovilja till förändring. Sjuksköterskorna som genomförde MI-samtalen uppfattade att vissa patienters ovilja var för stark för att kunna skapa en livsstilsförändring. Erikssons (10) självvårds begrepp påpekar att det är patientens egna fysiska och psykiska resurser som ska ligga till grund för en förändring. För att kunna genomföra en livsstilsförändring får vi försöka hjälpa patienten att minska motståndet (4, 17) samt försöka skapa en förtroenderelation med patienten (15). Det är patientens egenansvar och sjuksköterskans sätt att tillfredställa behoven till förändring som är av vikt och kan underlätta livsstilsförändringar hos patienten.

Relationen och samspelet mellan sjuksköterska och patient utgör grunden för en hälsoprocess hos patienten för att genomföra en livsstilsförändring. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten genom att visa vägen till livsstilsförändring och inte styra honom (10,15). Detta kan vi uppnå genom samtal där vi inte oroar patienten, inte ger skuld känslor samt minimerar risken för att ge auktoritär rådgivning (30). Dessa faktorer lyfts fram i två av studierna (27,28) där relationen mellan sjuksköterska och patient diskuteras för att underlätta livsstilsförändring.

Den stora bristen i studierna var att det inte framkommer hur utförandet av MI gått till och heller hur patienterna upplevde samtalen vilket försvårar förståelsen för relationens betydelse i samtalet. En förklaring kan vara att MI-metoden under senare år har börjat användas inom fler och fler vårdområden och att forskarna därför är mer intresserade av effekten än själva genomförandet av MI-samtal. Detta trots att relationen mellan patient och sjuksköterska samt hur patienten uppfattar samtalet, är av stor betydelse för utfallet av MI-samtalet, enligt Barth och Näsholm (17). Det skulle behövas mer forskning inom detta område för att fastställa relationens betydelse mellan sjuksköterska och patient inför en livsstilsförändring.

I en av studiernas (30) slutsats diskuteras att hälsosamtal om levnadsvanor är ett känsligt samtalsområde för patienterna. Sjuksköterskornas nya tankesätt att be om lov att få informera och minimera den auktoritära rådgivningen i hälsosamtal kan minska motståndet och underlätta livsstilsförändringar hos patienterna.

Denna litteraturstudie gav mig mer förståelse om MI-metoden, vilket jag med stor sannolikhet kan ha användning av i framtida hälsosamtal om livsstilsförändringar i mitt arbete. Jag har kommit fram till att i dagens vård med tidsbrist i patientmöten kan tre korta men viktiga frågor ligga till grund för en livsstilsförändring: hur viktig förändringen är för patienten, hur säker patienten är på att denne vill göra en förändring och vad patienten är beredd att göra för att nå sin förändring.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
2. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm; Riksdagen.
3. Forsberg L. Motiverande samtal bättre än råd. Läkartidningen 2006;103(42): 3178-80.
4. Miller W. R. & Rollnic S. Motiverande Samtal. (2:a uppl.). Norrköping; Kriminalvårdens förlag; 2003. (Originaltitel: Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: The Guilford Press; 2002)
5. Nordenfelt L. Livskvalitet och hälsa - teori och kritik. Falköping: Almqvist och Wiksell; 1991.
6. WHO:s stiftelseurkund. Health for all by the year 2000. Stiftelseurkunden, Alma Ata; 1946.
7. Qvarsell R. Vårdarens idéhistoria. Helsingborg: Carlssons bokförlag; 1991.
8. Nordenfelt L. Hälsa och värde. Stockholm: Bokförlaget Thales; 1991.
9. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Liber AB;1997.
10. Eriksson K. Vårdprocessen. Göteborg: Liber AB;1995.
11. Nationalencyklopedin. (Tillgänglig 2010-04-02); Hämtad från: <http://www.ne.se/motivation>
12. Peimers P. & Ahlgren L. Bonniers lexikon. 13:e uppl. Stockholm: 1996.
13. Egidius, H. Natur & Kulturs psykologilexikon. (4:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
14. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
15. Bergstrand M. Hälsorådgivande samtal, kommunikativa strategier i samspel mellan distriktssköterska och patient (Dissertation). Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen; 2000.

16. Adelswärd, V. & Sachs, L. A nurse in preventive dilemmas of health information talks. *Scand J Caring Sci.* 1996; 10(1),45-52.
17. Barth, T & Näsholm, C. *Motiverande samtal-MI.* Lund: Studentlitteratur; 2006.
18. SBU. Patientutbildning vid diabetes. En systematisk litteraturoversikt. (SBU-rapport nr 195). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009.
19. Riktlinjer Examensarbete I, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet, Göteborg: 2008.
20. Jensen L, Leeman-Castillo B, Coronel S, Perry D, Blez C, Kapral C, Kranz M. Impact of a nurse telephone intervention among high- cardiovascular-risk, health fair participants. *J Cardiovasc Nurs.* 2009; 24(6):447-453.
21. Bennett J, Lyons K, Winters-Stone K, Nail L, Scherer S. Motivational Interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors. *Nurs Res.* 2007; 56(1):18-27.
22. Smith D, Dilillo V, Bursac Z, Gore S, Greene P. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007; 30(5):1081-87.
23. Beckie TM. A behavior change intervention for woman in cardiac rehabilitation. *J Cardiovasc Nurs.* 2006; 21(2):146-153.
24. Beckie TM, Beckstead JW. Predicting cardiac rehabilitation attendance in a gender-tailored randomized clinical trial. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* In press 2010.
25. Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Norhrup V, Grey M. Translating the diabetes prevention program to primary care. *Nurs Res.* 2009; 58(1):2-12.
26. Koelewijn loon M, Weijden T, Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens J, Wensing M, Elwyn G, Grol R. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinic: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ.* 2009; 181(12):267-274.
27. Nancy Beckham. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006; 19(2007):103-1110.

28. Wahab S, Menon U, Szalacha L. Motivational interviewing and colorectal cancer screening: A peek from the inside out. *Patient Educ Couns.* 2008; 72: 210-217.
29. Suplee PD. The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(6)703-12.
30. Söderlund LL, Nilsen P, Kristensson M. Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counselling experience. *Health Educ J.* 2008; 67(2):102-9.

BILAGA 1

ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

Referensnr: 20

Författare: Jensen L, Leeman-Castillo B, Coronel S, Perry D, Blez C, Kapral C, Kranz M

Titel: Impact of a Nurse telephone Intervention Among High- Cardiovascular-Risk, Health Fair Participants.

Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing; 2009; 24(6): 447-453.

År: 2009

Land: USA

Syfte: Syftet med studien var att beskriva patienterna i kardiovaskulära riskgrupper och deras benägenhet att söka vård och påverka den vård dom får efter telefonbaserad MI-samtal ledd av sjuksköterska.

Metod: 529 av 4489 personer som fyllde i enkäten interaktiv Framingham riskbedömning (Framingham heart study) ansågs ligga i riskgruppen för att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar. Dessa 529 personer fick en månad senare samtal från sjuksköterska där deras riskfaktorer bekräftades, MI-samtal användes, samt behovet av återbesök utvärderades. Vården som dessa patienter fick från primärvården innan interventionen utvärderades och jämfördes med den efter.

Urval: Rekrytering från Hälsomässan

Referenser: 28 stycken

Resultat: Totalt 447 personer kontaktades och utgjorde grund för den slutliga analysen. 59% av dessa hade redan regelbunden kontakt med sjukvården och 86% av dessa pratade om kardiovaskulära sjukdomar under sina besök. Efter interventionen fick 41% kardioprotektiv medicinering gentemot 20% innan interventionen, och 96% pratade om "hjärthälsa" under sitt besök gentemot 76%. Cirka 78% diskuterade kost och/eller motion. Av 27 rökare diskuterade endast en rökstopp. Resultaten visade att de personer som fick kontakt med sjuksköterskan med MI-metoden ökade sin kunskap och möjlighet att söka vård och gjorde aktiva val för att minska riskfaktorer. Dessa fynd antyder att sjuksköterskeledd intervention för personer i kardiovaskulära riskgrupper kan öka deras medvetenhet samt hjälpa vårdgivare att använda riskreducerande strategier.

Referensnr: 21

Författare: Bennett J, Lyons K, Winters-Stone K, Nail L, Scherer S.

Titel: Motivational Interviewing to Increase Physical Activity in Long-Term cancer survivors

Tidskrift: Nursing Research; 2007; 56(1): 18-27

År: 2007

Land: New Zealand

Syfte: Syftet med studien (kontrollerad randomiserad studie) var att undersöka huruvida MI kunde hjälpa cancer-överlevare att öka sin medverkan i fysisk aktivitet.

Metod: Deltagarna fick först ett telefonsamtal för att sedan få komma på besök. Deltagarna blev uppdelade i två grupper, en kontroll- och en interventionsgrupp. Interventionsgruppen fick genomföra ett MI-samtal med kurator om ca 30 minuter som sedan följdes upp med ett telefonsamtal om ca 20 minuter efter två veckor, efter två månader samt efter fyra och en halv månader. Efter tre respektive sex månader fick deltagarna komma på återbesök för att utvärderas. Deltagarna i kontrollgruppen fick två telefonsamtal, efter två respektive fyra och en halv månader, utan tillämpning av MI.

Urval: Deltagarna rekryterades med hjälp av reklam. De fick medverka om de var över 18 år, haft cancer och avslutat sista behandlingen senast sex månader innan de gick med, kände sig trötta, understimulerade och önskade öka sin fysiska aktivitet. Av 176 intresserade inkluderades 56 personer som uppfyllde inklusionskriterierna.

Referenser: 47

Resultat: Man såg att deltagarna som fick genomgå MI ökade sin fysiska aktivitet. Slutsatsen är att MI kan öka den egna fysiska aktiviteten hos cancer-överlevare.

Referensnr: 22

Författare: Smith D, Dilillo V, Bursac Z, Gore S, Greene P.

Titel: Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes

Tidskrift: Diabetes Care 30:1081-1087, 2007

År: 2007

Land: USA

Syfte: Att undersöka om MI hade god effekt på viktminskning vid gruppbaserad beteendeterapi hos överviktiga kvinnor med typ två-diabetes.

Metod: En kvantitativ interventionstudie genomfördes där 217 personer ingick i studien varav 109 stycken fick MI. Under 18 månader träffades grupperna varje vecka första sexmånadersperioden, varannan vecka andra sexmånadersperioden och en gång i månaden sista sex månaderna. I varje grupp deltog ca 14 personer. Deltagarna fick anteckna kost- och motionsdagbok som diskuterades på varje möte.

Urval: Överviktiga kvinnor med typ två-diabetes som generellt var friska som kunde promenera som motion skulle delta i 18 månaders viktprogram i grupp. De kontaktades via klinik/brev eller genom läkaren. Uteslutningskriterierna var insulinbehandling, graviditet, nylig viktne gång eller allvariga funktionshinder som kunde förhindra deltagande.

Referenser: 44 stycken

Resultat: Kvinnor som ingick i gruppen med motiverande samtal hade gått ner i vikt efter sex och 18 månader. Jämfört med kontrollgruppen sågs återfall i viktuppgång först efter tolv månader medan kontrollgruppen påbörjade viktökning efter sex månader. Vita kvinnor gick ner mer i vikt och kunde bibehålla lägre vikt under längre tid jämför med afroamerikanska kvinnor. Slutsatsen är att motiverande samtal kan vara ett nödvändigt komplement till betendemässiga fetmabehandling för kvinnor med typ två-diabetes, även om fördelarna inte kunde upprätthållas bland afro-amerikanska kvinnor.

Referensnr: 23**Författare:** Beckie T**Titel:** A Behavior Change Intervention for Woman in Cardiac Rehabilitation**Tidskrift:** Journal of Cardiovascular Nursing; 2006; 21(2): 146-153**År:** 2006**land:** USA**Syfte:** Att beskriva en teoribaserad beteendeförändringsintervention för kvinnor i behov av hjärtrehabilitering.**Metod:** Kvinnor med kranskärslsjukdom erbjöds att delta i ett kvinnobaserat hjärtrehabiliteringsprogram baserad på den Transteoretiska modellen och MI. Hjärtsjuka kvinnor bedömdes utifrån sina faser av förändring och träffade hjärt-kärlsjuksköterskan som var utbildad i livsstilsförändringar. Det var åtta deltagare i varje grupp. Programmets innehåll bestod av tre delrapporter som gjordes efter noll, tre och nio månader för tre livsstilsområden: hälsosam kost, fysisk aktivitet och stresshantering. Varje rapport är indelad i fem avsnitt som handlar om viljan till förändring, fördelar och nackdelar, att ge information till deltagarnas användning av förändringsprocesser, att ge feedback på hur beteendeförändringen går och sista avsnittet består av strategier för man kan fortsätta sin beteendeförändring.**Urval:** Personer med kranskärslsjukdomar testades under en tolvveckorsperiod i en kontrollerad randomiserad studie.**Referenser:** 69**Resultat:** Metodens förväntade resultat är att främja en positiv och varaktig beteendeförändring hos dessa kvinnor.**Referensnr: 24****Författare:** Beckie TM, Beckstead JVV**Titel:** Predicting Cardiac Rehabilitation Attendance in a Gender-Tailored Randomized Clinical Trial.**Tidskrift:** Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and prevention**År:** 2010 (Artikeln är under publicering).**Land:** USA**Syfte:** Att beskriva en teoribaserad beteendeförändringsintervention för kvinnor i behov av hjärtrehabilitering.**Metod:** Kvinnor med kranskärslsjukdom erbjöds att delta i ett kvinnobaserat hjärtrehabiliteringsprogram baserad på den Transteoretiska modellen och MI. Hjärtsjuka kvinnor bedömdes utifrån sina faser av förändring och träffade hjärt-kärlsjuksköterskan som var utbildad i livsstilsförändringar. Det var åtta deltagare i varje grupp. Programmets innehåll bestod av tre delrapporter som gjordes efter noll, tre och nio månader för tre livsstilsområden: hälsosam kost, fysisk aktivitet och stresshantering. Varje rapport är indelad i fem avsnitt som handlar om viljan till förändring, fördelar och nackdelar, att ge information till deltagarnas användning av förändringsprocesser, att ge feedback på hur beteendeförändringen går och sista avsnittet består av strategier för man kan fortsätta sin beteendeförändring.

Urval: 252 kvinnor med kranskärslsjukdomar testades under en tolvveckors-period i en kontrollerad randomiserad studie

Referenser: 70

Resultat: Resultatet är att närvaron var högre i gruppen med deltagare som fick MI-samtal i sin hjärt-kärl rehabilitering jämfört med kvinnor som fick sedvanlig hjärt-kärlrehabilitering och att vidare forskning i ämnet är befogat.

Referensnr: 25

Författare: Whittemore R. Melkus G. wagner J. Dziura J, Norhrup V. Grey M.

Titel: Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care.

Tidskrift: Nursing Research Nursing; 2009; 58(1): 2-12

År: 2009

Land: USA

Syfte: Att undersöka genomförande och effekt av ett sex månader långt livsstilsprogram i primärvården för vuxna med risk för typ två-diabetes via sjuksköterska (NP) besök.

Metod: Två av fyra NP-områden fick använda sig av ett förbättrat standardiserat vårdprogram genomfört av samtal med en sjuksköterska på 20-30 minuter och dietistbesök på 45 minuter. De två andra NP-områdena fick ett livsstilsprogram, alltså ökad standardvård i sex sjuksköterskebesök och ytterligare fem telefonsamtal över sex månader. Besökstiderna varade i cirka tre timmar per person och en timme för uppföljning och stödsamtal per telefon. All data: vikt, midjemått, glukosbelastning, lipider, kost, motion och depressiva symtom samlades vid baslinjen, tre månader samt sex månader förutom laboratedata som samlades vid baslinje och vid sex månader.

Urval: Rekrytering av 58 vuxna personer med hög risk för typ två-diabetes. 31 personer ingick i interventionen och 27 personer i kontrollgruppen. Inklusionskriterierna var 21 år eller äldre, medicinskt stabila, hade risk för IGT (nedsatt glukostolerans), metabolt syndrom eller typ två-diabetes, och engelsktalande. Uteslutningskriterier var tablettbehandling med Metformin.

Referenser: 42 stycken

Resultat: De som lämnade studien var yngre med högt BMI och låga LDL-nivåer men det övriga deltagandet var högt. Överviktiga kvinnor med måttligt låg inkomst var i majoritet. Det fanns fler svarta deltagare i behandlingsgruppen i motsats till fler spansktalande deltagare i kontrollgruppen. Den genomsnittliga längden på programmet var 9,3 månader.

Alla sjuksköterskorna (NP) rapporterade att den mest utmanande aspekten av protokollet var att genomföra motiverande samtal. Svårigheter med att bygga upp motivation till förändring och att hjälpa deltagarna att se att deras beteende var oförentligt med deras personliga värderingar och mål, trots att sjuksköterskorna arbetat för att förbättra sina färdigheter inför den långa studien. Upprepade åtgärdsanalyser visade signifikanta trender eller förbättringar i båda grupperna i kost- och motionsbeteende. Men deltagare i livsstilsprogrammet visade bättre kolesterolvärde (HDL) och motionsbeteende jämfört med den förbättrade standardbehandlingen hos de andra deltagarna. 25% av deltagarna i livsstilsprogrammet nådde behandlingsmålen för viktnedgång, jämfört med 5% av standardbehandlingens deltagare.

Referensnr: 26

Författare: Koelewijn loon M, Weijden T, Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens J, Wensing M, Elwyn G, Grol R.

Titel: Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinic: a cluster randomized controlled trial.

Tidskrift: Canadian Medical Association; 2009; 181(12): 267-274

År: 2009

Land: Nederländerna

Syfte: Minskar risken för kardiovaskulära sjukdomar med sjuksköterskeledda livsstilsförändringssamtal?

Metod: Interventionsgruppen som leddes av sjuksköterskan fick motiverande samtal för livsstilsförändring för att minska riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar i två träffar om 20 minuter för varje träff och en telefonuppföljning om 10 minuter, medan kontrollgruppen fick mindre information om riskerna.

Urval: 615 patienter från 24 primärvårdsområden deltog i studien.

Referenser: 44 stycken

Resultat: Studien visade ingen skillnad mellan de två modellerna i förbättrad livsstilsförändring eller minskad risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar de kommande tio åren.

Referensnr: 27

Författare: Nancy Beckham

Titel: Motivational interviewing with hazardous drinkers

Tidskrift: Journal of the American of Nurse Practitioners 19 (2007) 103-110

År: 2006

Land: USA

Syfte: Syftet med studien var att utvärdera effekten av motiverande samtal i en grupp låginkomsttagare med skadliga alkoholvanor.

Metod: Experimentgruppen fick genomföra ett motiverande samtal med sjuksköterska, vilket kontrollgruppen inte fick. Efter sex veckor utvärderades alkoholbruket i båda grupperna.

Urval: Urvalet skedde genom att patienter inom primärvården fick fylla i enkäten "AUDIT" och de som placerades i riskgruppen rekryterades till studien. 26 personer randomiserades i en kontroll- och en experimentgrupp.

Referenser: 29 stycken

Resultat: Resultatet visade att kontrollgruppen minskade sitt alkoholintag från 4.37 till 3.77 drinkar om dagen medan experimentgruppen minskade sitt alkoholintag från 4.65 till 1.95 drinkar. Slutsatsen är att även om det kan ha funnits andra orsaker till denna förändring i experimentgruppen på grund av det låga urvalet bör MI ses som ett framgångsrikt verktyg för att bemöta patienter i denna grupp.

Referensnr: 28**Författare:** Wahab S, Menon U, Szalacha L.**Titel:** Motivational interviewing and colorectal cancer screening: A peek from the inside out.**Tidskrift:** Patient Education and Counseling 72 (2008) 210-217**År:** 2008**Land:** USA**Syfte:** Att bedöma effekten av telefonbaserad MI för att öka kolorektalcancerscreeningen i jämförelse med vanlig vård.**Metod:** Denna artikel fokuserade på design, utbildning och genomförande av motivational interviewing (MI) i en longitudinell randomiserad studie där effekten av två separata interventioner för att öka kolorektalscreening utvärderades i jämförelse med vanlig vård. För att förbättra effektivitet samt kompetens i genomförande av motiverande samtal utvecklades en skriven guide anpassad för telefonbaserad MI.**Urval:** 524 av primärvårdens patienter randomiserades till studien och lottades till tre grupper. Grupp ett: Sedvanlig omsorgskontroll. Grupp två: Skraddarsydd hälsorådgivning. Grupp tre: Motiverande samtalsrådgivning.**Referenser:** 33 stycken**Resultat:** I senare intervjuer konstaterades det att 20,5% av deltagarna hade haft kolorektalscreening och ytterligare 19,75% hade planerat screeningstest och nästan hälften av deltagarna, 43%, antydde att telefonsamtalet hjälpte dem att överkomma anledningar de haft för att inte göra screeningstest. Handledning och träning i MI är viktiga för att öka trovärdigheten av MI som behandlingsmetod. Användandet av en guide för att genomföra MI visade sig dock ibland vara snarare en distraktion än ett hjälpmedel för hälsoundervisning. MI kan även anpassas till olika hälsofrämjande scenarion.**Referensnr: 29****Författare:** Suplee Patricia Dunphy**Titel:** The Importance of Providing Smoking Relapse Counseling During the Postpartum Hospitalization.**Tidskrift:** Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing; 2005 Nov; 34(6): 703-712**År:** 2005**Land:** USA**Syfte:** Att få inblick i tidpunkten för och skälen till rökning återfall efter förlossning samt skillnader i återfallsfrekvens hos kvinnor som får MI precis efter förlossningen jämfört med de som inte får det, och skillnaderna i egenrapportering om nikotinbruk jämfört med nikotinanalys.**Metod:** Gravida kvinnor, innan och efter förlossningen, som deltog i rökavvänjningsprogrammet fyllde i frågeformulär och lämnade urintest. Efter datainsamling delade sjuksköterskan in gravida kvinnor i två grupper precis innan förlossning

. Kontrollgruppen fick den vanliga förbyggande rådgivningen för att minska röningsåterfallen och försöksgruppen fick ytterligare 10–20 minuters motiverande samtal.

Urval: 62 gravida kvinnor rekryterades från Medicinkliniken och två mödravårdscentraler. Kriterierna var att kvinnorna skulle vara mellan 14 och 45 år, själva rapporterat att de slutat röka under graviditeten, få mödravård, vara inskrivna på sjukhuset och vara engelsktalande. Kvinnor med misslyckad graviditet exkluderades från studien.

Referenser: 36 stycken

Resultat: Det fanns en positiv effekt, om än blygsam, hos kvinnorna i försöksgruppen som avstått från rökning jämfört med de i kontrollgruppen, men 52% av kvinnorna fick återfall andra veckan efter förlossningen. Vila, avkoppling och depression var de viktigaste faktorerna för återfall. På grund av den höga förekomsten av återfall under de första två veckorna efter förlossningen, är det absolut nödvändigt att sjuksköterskorna ger MI till kvinnorna efter förlossningen på sjukhuset. En kortvarig MI fungerar med vissa patienter, men viktigare är sinnesstämning eller hur motiverade de gravida kvinnorna är att förbli rökfria. Ytterligare resultat från studien visade 39% avvikelse mellan självrapportering av tobaksbruket och nikotinanalis under graviditeten och en 27% avvikelse efter förlossningen.

Referensnr: 30

Författare: Söderlund LL, Nilsen P, Kristensson M

Titel: Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counselling experience

Tidskrift: Health Education Journal; 2008 Jun; 67(2): 102-109

År: 2008

land:Sweden

Syfte: Att undersöka vidareutbildning och rådgivningserfarenheter hos 20 sjuksköterskor

Metod: Intrvjuer med sjuksköterskor som i cirka ett år arbetat med intervjuguidebaserat MI.

Urval: 20 sjuksköterskor rekryterades från 10 vårdcentraler.

Referenser: 24 stycken

Resultat: Intervjuerna visade flera viktiga faktorer för framgångsrikt lärande och tillämpning av MI. Omfattande utbildning och nära integration av utbildning och praktik sågs som avgörande aspekter för effektiv inläring av MI-färdigheter. Ett hinder för tillfredsställande inläring av MI-rådgivningsfärdigheter var svårigheten att anpassa sig till nya sätt att tänka vilket behövs när sjuksköterskan tränar denna teknik, eftersom den står i kontrast till den auktoritära expertstrategi som sjuksköterskorna var vana vid. En annan svårighet var att uppnå en effektiv kommunikation med patienter som var ovilliga att ta ansvar för sin egen hälsa. Slutsatsen var att effektiv inläring och tillämpning av MI-färdigheter med iakttagande av protokoll är förenat med många problem, som kräver

en avsevärd tid och ansträngning för att öva på, liksom antagandet av en ny anda när det gäller vårdgivare och relationer med patienterna.
