

examensarbete

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot distriktssköterska
Omvårdnad, avancerad nivå

Motiverande samtal
enligt MI-metoderna
- användbarhet och begränsningar

Författare

Åsa Rozijan

Handledare

Lars Axelsson

Examinator

Ingemar Andersson

Motiverande samtal enligt MI-metoderna användbarhet och begränsningar

Författare: Åsa Rozijan

Handledare: Lars Axelsson

Litteraturstudie

Datum 2010-03-19

Sammanfattning

Bakgrund: Anledningen till att människor söker sig till sjukvården beror ofta på deras hälsobeteende. De behöver göra en förändring, men vad är det som får människor att göra förändringar? **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva på vilka sätt motiverande samtal (MI) varit en användbar metod för att främja livsstilsförändringar. **Metod:** Studien utfördes som en allmän litteraturstudie. Åtta empiriska studier ingick. Sammankopplingar gjordes med tre teorier som MI bygger på Bems självuppfattningsteori, Roger´s teori om ”non-directive counselling” samt ”The transteoretical model of behavior change”. **Resultat:** Sjuksköterskans användbarhet bestod i att använda sig av MI:s tekniker genom att lyssna aktivt, ställa öppna frågor samt att uppmuntra patienten till ett eget ansvar. Begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv var svårigheter med nytt tänkande. Utvidgad utbildning och handledning i MI var viktigt vid implementeringen i verksamheterna. De studier som ingick visade i de flesta fall inte att MI som metod skulle vara effektivare än annan typ av rådgivning. **Slutsats:** I MI samtalet är det viktigt att sätta patienten i fokus, att hjälpa patienten att hitta motivationen samt självförtroende att genomföra förändringar. Vid implementeringen av MI är det viktigt med utbildning och handledning samt att praktik och teori går hand i hand.

Nyckelord: Motiverande samtal, livsstilsförändringar.

Motivational interviewing according to the methods of motivational interviewing, barriers and usability.

Author: Åsa Rozijan

Supervisor: Lars Axelsson

Literature review

Date 20100319

Abstract

Background: The reason of people visiting health care centers often depends on their health behavior. They often need to make a change. **The aim of the study:** The aim of the study was to describe in which way motivational interviewing has been successful to make lifestyle changes. **Method:** The study was carried out as a literature review. Associations were made with three of the theories which motivational interviewing is based upon: Bem's "Self perception theory", Roger's "Non-directive counseling theory" and "The transtheoretical model of behavior change". **Result:** The nurse made use of the MI techniques by actively listening, asking open questions and encouraging the patients to take their own responsibility. The limitations, from the nurse's point of view were problems with the new way of thinking. Extended training and coaching in MI were important for the implementation activities. The studies included showed in most cases that MI as a method wasn't more effective than any other type of counseling. **Conclusion:** In MI it's crucial to put the focus on the patient, to help the patient find the motivation and confidence to make changes. For the implementation of MI it is important to include education, practice and coaching sessions.

Keywords: Motivational Interviewing, lifestyle changes.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Livsstilsförändringar	5
Motiverande samtal.....	7
SYFTE	10
METOD	10
Design	10
Urval.....	10
Datainsamling	10
Genomförande och analys.....	11
Etiskt genomförande	11
RESULTAT	12
Användbarhet ur sjuksköterskans perspektiv	12
Aktivt lyssnade	12
Att ställa öppna frågor	13
Uppmuntra till eget ansvar	14
Begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv.....	15
Svårigheter med nytt tänkande	15
Implementering.....	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion.....	21
Användbarhet	22
Begränsning.....	23
Implementering.....	24
Slutsats.....	25
REFERENSER	27
Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning	
Bilaga 2 Artikelöversikt, Bilaga 3 Översikt över MI-metoder	

BAKGRUND

Anledningen till att patienter söker sig till sjukvården är ofta en konsekvens av deras hälsobeteende som i många fall kan förebyggas. Även om patienter känner smärta och/eller andra symtom kan det vara en utmaning för patienten att göra de nödvändiga förändringarna. Vid hälsorådgivning försöker sjuksköterskan att främja förändring för att på så sätt förhindra uppkomst av sjukdom och symtom (Miller, 2004). Enligt regeringens folkhälsoproposition (2007/2008) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att upplysa om metoder för att arbeta preventivt, undvika sjukdom och skada. Regeringen anser att hälso- och sjukvården skall stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet genom att prioritera aktiviteter som ger de största hälsovinster (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Vad är det som får människor att göra förändringar? Om en patient gör en förändring och hur stor förändringen blir beror till stor del på deras egen motivation (Miller & Rollnick, 2001). Många patienter i Aminoff & Kjellgrens studie (2001) uttryckte att det var svårt att göra livsstilsförändringar och några var inte alls motiverade att göra det. Sjuksköterskorna spenderade mycket tid med att förklara eller att fråga patienter vad som hindrade dem i att verkställa livsstilsförändringar. Enligt Miller & Rollnick (2001) har det stor betydelse hur sjuksköterskan kommunicerar för att kunna främja livsstilsförändringar hos patienter. Rollnick och Miller ger rådet att fokusera på vad patienten vill förändra istället för att fokusera på vad patienten inte vill förändra (a.a).

”Om du behandlar en individ som den han är, kommer han att förbli den han är men om du behandlar honom som om han vore den han borde och kunde vara kommer han att bli den han kunde och borde vara.”

Johann Wolfgang von Goethe (Miller & Rollnick, 2001 sid. 17)

Livsstilsförändringar

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) orsakar ohälsosam livsstil 80 procent av hjärt- och kärlsjukdomarna, 90 procent av all åldersdiabetes och 30 procent av all cancer (WHO, 2007). En studie som gjorts under tio år, i elva europeiska länder, visar att 60 procent av dödligheten

bland de äldre, 70-90 år, orsakas av ohälsosamma vanor såsom rökning, brist på motion, ohälsosamma kostvanor och riskbruk av alkohol. En uppskattning som gjorts utifrån denna studie är att om ohälsosamma matvanor, stillasittande och rökning skulle elimineras skulle 80 procent av hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och typ 2 diabetes, samt 40 procent av cancer kunna förebyggas (Knoops et al., 2004)

De största folkhälsosjukdomarna i Sverige, som nämndes i utredningen om hälsa på lika villkor (SOU 2000:91), var hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancer, skador, infektionssjukdomar, allergi, rörelseorganens sjukdomar samt psykisk ohälsa (a.a). Enligt regeringens folkhälsoproposition (2007/2008) var det hjärt-kärlsjukdomar, neuro-psykiatriska sjukdomar och cancer (maligna tumörer) som svarade för drygt 60 procent av den svenska sjukdomsbördan uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years). Den största bördan bland män var hjärt- och kärlsjukdomar med 26 procent av sjukdomsbördan, sen kom neuro-psykiatriska sjukdomar med 19 procent och cancer med 17 procent. Bland kvinnor var neuro-psykiatriska sjukdomar den största delen med 24 procent av bördan, näst störst var hjärt- och kärlsjukdomar med 21 procent och cancer med 19 procent. Diabetes och luftvägssjukdomar såsom kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) var även betydelsefulla både när det gällde dödlighet och funktionsnedsättning (a.a).

Livsstilsförändringar som kan påverka riskfaktorer för framtida sjukdomar positivt är bland annat ökad fysisk aktivitet, viktminskning, kostförändring, stresshantering, rök- och tobaksstopp samt minskning av eventuellt högt alkoholintag (Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2007). Omvårdanden av patienten skall bygga på samstämmighet och patienten skall få individualiserad information om sitt hälsotillstånd och möjligheter till behandling (Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 1982).

En studie av Drevenhorn, Håkansson och Petersson (2001) visade att patienter som besöker sjuksköterskan får rådgivning som främst är uppbyggd kring fakta och råd gällande sjukdomar och farmakologisk behandling. Sjuksköterskorna behöver enligt Drevenhorn et al. (2001) utbildning i och information om icke farmakologiska behandlingar för att kunna praktisera hälsorådgivning i vården. Studien visade att ju längre tid sjuksköterskorna hade

varit yrkesverksamma i primärvården ju mer troligt var det att de använde sig av hälsorådgivning (Drevenhorn et al., 2001).

I distriktssköterskans uppgifter ingår bland annat att försöka förstå individens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv. Införandet av hälsofrämjande metoder och rutiner är nödvändiga för att kunna erbjuda patienter insatser som kan främja och behålla deras hälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en metod för att underlätta för en individ att förändra ett beteende, en patientcentrerad rådgivning och ett försök att hjälpa patienten att lösa sina motsträviga känslor för att motiveras till förändring av ett eller flera beteenden (Rollnick & Miller, 1995). Till att börja med användes MI främst inom beroendevården (Miller & Rollnick, 2001). Numera används MI enligt Holm Ivarsson (Fossum, 2007) främst inom livsstilsområdet för att öka patientens motivation att förändra beteende.

Rollnick och Miller uttrycker att det finns tre viktiga färdigheter för att bana väg för förändring: *tydlig empati, värme och äkthet* (Miller & Rollnick, 2001). Dessa tre färdigheter bygger på Rogers teori om ”non-directive counselling” (Prochaska, 2008). Rogers och hans studenter utvecklade och testade en klientcentrerad rådgivning där empati, värme och äkthet från rådgivarna gjorde att patienten genomförde förändringar på egen hand. Sjuksköterskans roll är att underlätta och tillgodose en behaglig miljö för patienten, snarare än att styra och ställa patienten mot tillfrisknande. I interventioner uppmuntrar sjuksköterskan patienten att diskutera sina erfarenheter och uttrycka sina känslor. Sjuksköterskan återspeglar emotionellt viktiga uttalanden till patienten. Avsikten är att låta patienten komma på lösningar på sina problem genom att undersöka egna känslor. Patienten kan på så sätt själva avgöra på vilket sätt de behöver förändras (a.a).

Den andra teorin som MI bygger på Daryl Bems självuppfattningsteori, är en förklaring till hur människor går i försvar inför förändring. Även om de från början känner motsträvighet inför en förändring så kan de genom att prata om och diskutera kring problemet uppnå förändringsbenägenhet. Rogers hävdade att terapeuten skall följa patienten oavsett var samtalet lutar åt utan att leda eller hindra processen. Rogers förklarade att de båda teorierna

hör samman genom att förändringar väcks när människor blir uppmuntrade till att prata om sina nuvarande upplevelser utan att bli bemötta på fördömande sätt (Miller, 2004).

Terapeutiska tekniker såsom att lyssna reflektivt gör att människor är mer villiga att prata öppet och på djupet om sina personliga erfarenheter (a.a).

En annan teori som Miller & Rollnick (2004) inspirerades av var Rokeachs forskning kring mänskliga värden och värdesystem. Rokeachs beskriver att värderingar i huvudsak har fyra funktioner: är vägvisare för handlingar, åsikter och attityder samt planeringsunderlag för beslut av olika slag. Värderingar fungerar som drivkrafter för beteende genom att skapa motivation. De är också självkänslans grundpelare. När vi följer våra värderingar mår vi bra, när magkänslan känns rätt då handlar vi enligt våra övertygelser (a.a).

Motiverande samtal används ofta i kombination med ”The transtheoretical model of behavioral change”, (TTM) som baseras på förändringsmotivation. TTM, som utvecklades av Prochaska och DiClemente, är bakgrunden till att förstå hur människor förändrar sitt beteende och är en av teorierna bakom MI (Berg-Smith, Brown & Van Horn, 1999). De olika faserna i TTM är: *före begrundan, begrundan, beslut/förberedelse, handling, stabilisering*.

Rådgivningen skräddarsys utefter patientens förändringsmotivation (Prochaska et al., 1994).

Före begrundan: I detta stadiet har patienten ingen tanke på att inom den närmsta framtiden genomföra förändring (ungefär sex månader).

Begrundan: Patienten har nu en tanke på att göra förändring någon gång den närmsta tiden (ofta inom sex månader).

Beslut/förberedelse: Nu har patienten starka tankar på att göra förändring i den närmsta framtiden (ofta inom de närmaste 30 dagarna).

Handling: Förändringen har redan gjorts men förändringen är ny och vaksamhet är nödvändig.

Stabilisering: Vanan är etablerad men minskning i vaksamhet kan leda till bakslag. Rutiner blir tråkiga och förstärkning är nödvändig (Reed et al., 1997).

Det finns ett stadium som benämns som återfall som beskriver återgång till problembeteendet efter det att förändringen genomförts. Återfall kan ske i samtliga faser då patienten går tillbaka i processen ett eller flera steg eller ända till start, en del patienter ger upp förändringen (Barth & Näsholm, 2008).

Till att börja med användes MI som en enskild intervention för att främja hälsosamma beteendeförändringar. Det som har visat sig mest effektivt är relativt korta MI sessioner 1-4 gånger enligt Miller (2004). Motivationshöjande samtal enligt MI-metoderna kan även ges som korta enskilda samtal för att uppnå förändringar. MI kan också ges i kombination med andra interventioner och benämns då AMI (adaption of motivational interviewing). Motivationshöjande samtal i kombination med individuell återkoppling omnämns i litteraturen som MET (motivational enhancement therapy) (SBU, 2009). Kortversioner såsom brief negotiation och andra adapted (anpassad) MI kan vara användbara för att komma igång med den motiverande processen för att skapa nya vanor (Emmons & Rollnick, 2001).

I Durans sammanställning (2003), vars syfte var att delge ett praktiskt tillvägagångssätt för att genom motiverade samtal få patienten att förändra livsstilsfaktorer, nämns att traditionell hälsorådgivning ofta är ineffektiv när det gäller att motivera till och att behålla livsstilsförändringar. Expertkunskap i motiverande hälsorådgivning är nödvändigt för att effektivisera hälsofrämjande arbete (a.a). Det ingår i distriktssköterskans kompetensområde att ha fördjupade kunskaper i och fördjupad förståelse för de stödjande och/eller motiverande samtal vilka kan behövas vid råd om livsstilsförändringar (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Många människor drabbas av olika sjukdomar som beror på deras livsstil (Sargeant et al., 2008), distriktssköterskans förebyggande arbete är därför viktigt. Distriktssköterskan behöver kunskaper i att motivera patienten för att främja livsstilsförändringar. MI är en användbar metod för att åstadkomma livsstilsförändringar, vilket grundar sig på diskussioner mellan distriktssköterska och patient

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva på vilka sätt MI fungerat för att främja livsstilsförändringar ur ett sjuksköterskeperspektiv.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med ett systematiskt arbetssätt enligt Forsberg & Wengström, (2008). En litteraturstudie är en sammanställning av den kunskap som finns inom ett forskningsområde (Polit & Beck, 2008).

Urval

Artiklar som inkluderades svarade mot syftet och baserades på empiriska studier i vetenskapliga originalartiklar. Dessutom skulle artiklarna behandla sjuksköterskors och specialistsjuksköterskors försök att främja livsstils förändringar. I början var tanken att litteraturstudien skulle beröra MI som metod att främja livsstilsförändringar i preventivt syfte men på grund av brist på material fick detta inklusionskriterium tas bort. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades för att få bredd på materialet. Artiklarna var publicerade mellan 2000-2010, med tillgängliga abstract och peer-reviewed. Exklusionskriterium var artiklar som inte berörde livsstilsförändringar om andra yrkeskategorier än sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor genomförde MI-samtalen.

Datainsamling

Sökord identifierades och sedan gjordes en provsökning i databaserna Cinahl, PubMed och Psycinfo, vilka anses som relevanta för området omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2008). Vid provsökningen fanns det rikligt med material. Sökorden som användes vid artikelsökning till studien var Motivational Interveiwing, Health* samt Life*, primary care, primary health, nursing, prevention, promotion, primary och intervention. Sökning av artiklarna gjordes på ett systematiskt sätt i databaserna Cinahl, Pub Med , PsykInfo, ERIC, Science Direkt och Academic Search Elite, Elin@skane. Booska operatorm "AND" användes för att kombinera de olika sökorden samt trunkering för att bredda sökningen (Bilaga I). I de första sökningarna letades enbart efter artiklar som gällde primärprevention så där kan relevanta artiklar missats.

Genomförande och analys

Tillvägagångssättet för studien följer flödesschemat som beskrivs i Polit och Beck (2008). Utifrån artiklarnas titlar gjordes en första bedömning om de var av intresse för studien. Artiklarnas abstract granskades och de artiklar som verkade svara mot syftet beställdes eller skrevs ut, detta var sammanlagt 40 stycken artiklar. Sju artiklar härifrån matchade syftet och inkluderades i resultatet. I övriga artiklar var det hälsocoacher, hälsorådgivare, forskare, läkare, terapeuter eller odefinierad vårdpersonal som utförde de motiverande samtalen. En artikel hittades manuellt genom att läsa referenslistor. Åtta artiklar användes totalt till resultatet. Artiklarna organiserades efter likheter och skillnader. Då kom det fram att fem var ur ett sjuksköterskeperspektiv och tre beskrev användandet av MI och resultatet för patienterna. Artiklarna lästes förutsättningslöst ett flertal gånger och samtidigt gjordes anteckningar (Forsberg & Wengström 2008). En sammanställning av varje artikels resultat gjordes för att kunna urskilja likheter och skillnader i artiklarna, därefter organiserades anteckningarna. Följande tre huvudteman och underteman kom fram:

Användbarhet ur sjuksköterskans perspektiv:

- Aktivt lyssnande
- Att ställa öppna frågor
- Uppmuntra till eget ansvar

Begränsningar ut sjuksköterskans perspektiv:

- Svårigheter med nytt tänkande
- Implementering

Etiskt genomförande

Innan en allmän litteraturstudie genomförs bör etiska övervägande göras (Forsberg & Wengström, 2003). Studierna som ingick skulle vara genomförda på ett etiskt försvarbart sätt. Artiklarna i resultatet granskades genom granskningsmallarna från Forsberg och Wengström (2003) vilket gav en säkrare granskning av artiklarna. I första hand valdes artiklar som var granskade av etisk kommitté eller där de etiska övervägandena fanns beskrivna. Polit & Beck (2008) menar att forskare måste ta hänsyn till de riktlinjer och etiska regler som finns för att skydda studiedeltagarnas rättigheter. För att så långt som möjligt försöka utföra studien på ett etiskt korrekt sätt uteslöts inte resultat av olika uppfattning, vilket gjorde att även

motsägelsefulla fynd togs med i studien. Studiens resultat redovisas utan att färgas av författarens tolkning och förförståelse (Forsberg & Wengström, 2003).

RESULTAT

Att använda sig av motiverande samtal visade sig innebära användbarhet men också begränsningar. Resultatet visas översiktligt i tabell I.

Tabell I. En beskrivning av huvudteman och underteman som ingår i resultatet.

Huvudtema	Användbarhet ur sjuksköterskans perspektiv	Begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv
Undertema	Aktivt lyssnande	Svårigheter med nytt tänkande
	Att ställa öppna frågor	Implementering
	Uppmuntra till eget ansvar	

Användbarhet ur sjuksköterskans perspektiv kan bestå av aktivt lyssnande, att ställa öppna frågor samt att uppmuntra till eget ansvar.

Begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv kan vara svårigheter med att lära sig tänka på ett nytt sätt och problem i samband med implementering av MI i verksamheten.

Användbarhet ur sjuksköterskans perspektiv

Aktivt lyssnade

Ett aktivt istället för ett passivt lyssnande var en av de viktigaste teknikerna i MI (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 & Shinitzky & Kub, 2001).

“You have to show that you are interested in what the patient is saying. It doesn't work if you're preoccupied with other things. And it's not good

enough just sit there and go “mmm” now and then. They have to see that you are really active even though you’re sort of passive. (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 sid. 106).

Det var viktigt att sjuksköterskan kunde vara tyst och lyssna uppmärksamt på patienten för att på så sätt visa sitt intresse. Att försöka att inte ge efter för vanan att ge råd. Sjuksköterskorna berättade att de fick mer återkoppling från patienterna om de kunde vara tysta och lyssna istället för att ge förslag (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

Sjuksköterskan visade ett genuint intresse genom att återberätta det som patientens tidigare berättade om sin livshistoria och delgav på så sätt patienten sitt aktiva lyssnande. När sjuksköterskan var väl förtrogen med MI-teknikerna och använde dem tillsammans som ovan, visade sjuksköterskan kännedom om patientens liv och kunde på detta sätt ge patienten ökad motivering i förändringsprocessen (a.a).

Att ställa öppna frågor

Genom att ställa öppna frågor lät sjuksköterskan patienten förklara utifrån sitt eget perspektiv och på så sätt kände sig patienten bekräftad (Shinitzky & Kub, 2001). En av sjuksköterskans första uppgifter i mötet med patienten var att undersöka deras förändringsbenägenhet (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008). Aktivt lyssnande i kombination med öppna frågor och en presentation av flera olika lösningar utan anklagelser förde förändringsprocessen framåt (Söderlund et al., 2008). När patienten dessutom använde sig av ordet vi, visade patienten att en ömsesidig diskussion hade ägt rum snarare än en traditionell rådgivning från sjuksköterskan, genom diskussion kunde sjuksköterskan hjälpa patienten till självhjälp (Shinitzky & Kub, 2001). Patienten gick framåt i förändringsprocessen när sjuksköterskan använde sig av MI teknikerna och visade empati och stöd istället för att fokusera på det negativa och skuldbelägga samt genom att sjuksköterskan uppmuntrade patienten. Att diskutera för- och nackdelar med nuvarande beteende var ett sätt för sjuksköterskan att få inflytande och kännedom om patientens tankar och känslor (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 & Shinitzky & Kub, 2001). Genom konsten att motivera kan sjuksköterskan påverka patienten och vilket kan göra att patienten förändrar sin livsstil (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

Uppmuntra till eget ansvar

Sjuksköterskorna uttryckte att patienterna behövde få förståelse för att det är de själva som är ansvariga för sina liv (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 & Söderlund et al., 2008). I Söderlund et al. studie (2008) tyckte sjuksköterskorna att MI var den mest lämpliga metoden för att uppmuntra patienterna till eget ansvar.

”Earlier we informed and informed and listen and informed again, but now we try to encourage the patient to re-think instead”
(Söderlund et al., 2008, sid. 5)

Ansaret ligger på personens egna axlar, att reflektera över och sätta ord på sina tankar istället för att följa sjuksköterskans anvisningar och förslag. MI sågs av sjuksköterskorna som speciellt fördelaktig för att ta tag i allvarliga problem såsom anorexi (a.a).

”It’s a relief to be able to ask the question in this method”
(Söderlund et al., 2008, sid, 5)

Även vid känsliga problem såsom övervikt och fetma ansågs MI vara en bra metod. Att sjuksköterskorna kände till fördelarna med MI teknikerna och tog till sig av MI:s tankar var en kritisk faktor för att dra nytta av användning av MI när det gällde rådgivning till överviktiga barn och barn med fetma (a.a).

”If you have a motivated parent it is much easier to conduct a motivational interviewing with the child” (Söderlund et al., 2008, sid.5).

I Söderlund et al. studie (2007) där MI användes i arbetet med barn och deras föräldrar, kom det fram faktorer som var viktiga: samarbetet mellan barn och föräldrar, samt att föräldrar och barn var medvetna om och kände till problemen med övervikt och fetma. Sjuksköterskorna i studien uttryckte att de trodde att MI skulle vara mer effektivt i arbete med barn med fetma än överviktiga barn eftersom sjuksköterskorna hade föreställningar om att dessa föräldrar var mer insatta i problematiken kring fetma än vad föräldrarna med överviktiga var insatta i

problematiken med övervikt (a.a). Sjuksköterskorna i Caseys studie (2007) kunde se att MI teknikerna var användbara på flera andra patientgrupper. Även om sjuksköterskorna i studien var erfarna tyckte de att MI var en potentiellt effektiv problemlösare (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

Att sjuksköterskorna utvecklade en relation med patienten såg de själva som en underlättande faktor (Casey, 2007 & Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008). Då kunde sjuksköterskorna se att en del av patienter inte var redo för det egna ansvaret att göra förändringar just nu och att andra patienter hade blivit tillräckligt påverkade just för tillfället. Dessutom kunde över hälften av sjuksköterskorna se att de hade fått patienterna att tänka till och ta eget ansvar (Casey, 2007). Sjuksköterskorna kände att de ”hjälpde” patienterna mer efter utbildningen och att de bemötte sina patienter på ett annorlunda sätt. De berättade också att de hade bättre tålamod och gjorde mer omfattande försök att uppmuntra patienten att göra livsstilsförändringar (Casey, 2007).

Begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv

Svårigheter med nytt tänkande

Det fanns svårigheter med att tänka på det nya sättet, med att få till effektiv kommunikation med patienter som var ovilliga att acceptera ansvar för sin egen hälsa. Det var en viktig faktor att patienten insåg sitt eget ansvar för att sjuksköterskorna skulle kunna praktisera MI på ett förtjänstfullt sätt (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

Sjuksköterskorna uttryckte problem med att omprogrammera sig och implementera de nya rådgivningsteknikerna, som var ett nytt sätt att uttrycka sig med hänsyn till sjuksköterskans roll och relation till patienten. Om sjuksköterskan valde att inte använda sig av de kommunikationsteorier som de lärt sig för att förbättra rådgivningen fick patienten sämre förutsättningar att göra livsstilsförändringar. De uttryckte att de var väldigt inrotade i sina traditionella rådgivningstekniker, som de tyckte skilde sig mycket från MI-teknikens rådgivning (a.a).

*“We didn’t listen much before, observed one of the nurses. Instead, we used to bombard people with advice, which was something we had been taught to do”
(Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008, s. 106)*

När sjuksköterskan pratade till istället för med patienten och använde sig av uttalanden som var fyllda med fördömande engagerade sig inte patienten i lösningen utan svarade istället med motstånd och konfrontation. Det var väldigt viktigt att sjuksköterskan var väl insatt i MI-teknikerna annars kunde frågorna leda till att patienterna kände sig anklagade (Shinitzky & Kub, 2001). I bland kan en patient sitta där och säga ”ja mmm ja” och då kan sjuksköterskan tro att personen förstått vad som sagts, vilket patienten kanske inte alls gjort (Söderlund et al., 2008).

I en av artiklarna som handlade om barn med fetma och övervikt var det en av sjuksköterskorna som tyckte att feta barn var hälsosamma barn och hävdade att MI eller andra interventioner inte alls behövdes. I samma artikel hade sjuksköterskorna föreställningar om att föräldrarnas förnekande och ambivalens i samband med att deras barn var överviktiga eller hade fetma blev till ett hinder för dem att använda MI. Även om föräldrarna var medvetna om problemet med övervikt eller fetma var det inte säkert att de var villiga eller motiverade till att ta tag i barnens viktproblem. Det fanns också de föräldrar som inte accepterat att övervikten, och fetman var deras ansvar (Söderlund et al., 2008).

Implementering

Den utvidgade utbildningen och handledningen som sjuksköterskorna fick sågs som en kritisk aspekt för effektivt lärande och implementering av MI tekniker (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008, Koelewijn-van Loon et al., 2009 & Casey, 2007). För att inte återgå till gamla invanda mönster och börja tänka som tidigare behövdes stöd och visat förtroende från andra medarbetare. Att ha någon som var insatt i ämnet att diskutera erfarenheter av implementering och användandet av MI med tyckte sjuksköterskorna var viktigt. Sjuksköterskorna uttryckte att ju mer de förstod av principerna ju mer uppskattade de MI-teknikerna.

Tidsbrist och tung arbetsbelastning sågs av sjuksköterskorna som ett hinder för implementering. Beroende på hur sjukvården var organiserad med t ex snabba omflyttningar

på grund av utskrivning och förflyttningar kände sjuksköterskorna att det fanns en brist på kontinuitet. Då kände sjuksköterskorna att de inte hade någon kontroll över vad som hände med råden som de kommit fram till tillsammans med patienterna (a.a).

I Runkel et al. studie (2000) där sjuksköterskorna genomgått en utbildning i MI för att förbättra tillfredsställelsen och självförtroendet hos sig själva för att på så sätt öka sannolikheten för en bättre hälsa hos patienten, framkom det att sjuksköterskorna kände ett ökat självförtroende i att arbeta med beteendeförändringar efter implementering av den nya rådgivningsmetoden (a.a).

Tre studier belyser resultatet av MI som metod för att främja specifika livsstilsförändringar. I en studie (Koelewijn-van Loon et al., 2009) fanns inte någon signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen (a.a). Det framkom däremot en del förbättringar i interventionsgruppen, i interventionsgruppen fanns det ett lägre intag av fett och en högre andel av patienter som följde de nationella rekommendationerna av grönsaksintag. Det fanns också skillnader i mängden fysisk aktivitet även om den var liten. I Bastiaens et al. studie (2009) var beteendeförändringarna blygsamma, studien (a.a) visade små konkreta förändringar i dieten hos patienterna som ersatte ohälsosamma snacks och godis med frukt eller yoghurt, reducerade antalet glas öl, shoppade till fots, hoppade av bussen en hållplats tidigare och promenerade för att köpa tidningen. Studien (a.a) fick positiv respons av deltagarna och svarade på behov som fanns hos patienterna (a.a). I en tredje studie (Borrelli et al., 2005) där MI implementerades för att försöka förmå patienter att försöka sluta röka utförde sjuksköterskor i hemsjukvården rökavvänjningsrådgivning med hjälp av MI eller Standard Care. Till att börja med hade en del patienter inte ens en tanke på att sluta röka, men var trots det villiga att ta emot rådgivning från sjuksköterskorna. Studien (a.a) visade att rökavvänjnings rådgivning i hemsjukvården är ett passande och effektivt sätt att få patienter att försöka sluta röka. MI rådgivning visade sig fungera bättre än Standard Care. De som hade fått MI rådgivning var mer benägna att genomföra en förändring, de gjorde fler försök att sluta röka och hade även större minskning i antalet rökta cigaretter (a.a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien genomfördes som en litteraturgranskning för att sammanställa redan genomförda empiriska studier till ny kunskap (Polit & Beck, 2008). Med hjälp av detta arbetssätt kan en överblick över ett visst forskningsområde skapas (Friberg, 2006). Syftet med studien var att beskriva på vilka sätt MI varit användbart för sjuksköterskan för att främja livsstilsförändringar. Arbetet inleddes med att söka information i litteratur för att få en inblick i vad motiverande samtal innebar. Därefter gjordes en provsökning i olika databaser för att undersöka om det fanns ett underlag inom detta ämne, vilket det verkade göra. Syftet har under arbetets gång omformulerats vilket resulterat i nya sökord och nya sökvägar.

De inklusionskriterier som användes för att begränsa urvalet av artiklar var att de skulle vara kvalitativa eller kvantitativa, vetenskapligt granskade, publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2000-2010, vara etiskt godkända och svara på syftet. Genom att inte ha artiklar äldre än 10 år i studien så baserades studien på aktuell forskning inom området.

Exklusionskriterier var artiklar som inte berörde livsstilsförändringar, från början var syftet att studien skulle behandla enbart primär prevention gällande livsstilsförändringar men brist på material gjorde att kriterierna efterhand fick ändras och syftet omformuleras vilket resulterade i nya sökvägar och sökord. Andra yrkeskategorier än sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor uteslöts också. Det fanns många studier som berörde läkare, terapeuter, hälsorådgivare, hälsocoacher, primärvårdsspecialister och rådgivare där det inte specificerades vilken yrkeskategori det rörde sig om. Även studier där forskarna genomförde MI samtalen sorterades bort.

Sökningar gjordes i databaser som ansågs som relevanta för ämnet och dessa var: Academic Search Elite, Cinahl, Elin@skane, Eric, Pub Med, Psyc INFO och Science Direkt. Det finns alltid en risk för ofullständig sökning. De olika sökorden har kombinerats på samma sätt i alla databaserna för att minska risken att missa relevanta studier. Flera av artiklarna förekom dock i flera databaser vilket gav en antydning om att problemet ringats in. Urval gjordes endast av artiklar skrivna på engelska. Tre artiklar på tyska fanns också med i sökningen på grund av språksvårigheter valdes artiklarna bort. Eftersom artiklarna är skrivna på engelska har artiklarna analyserats flera gånger för att undvika misstolkningar och för att minimera risken

har fler olika lexikon använts för översättning. En första sortering av funna artiklar gjordes genom att läsa titlarna vilket kan ha gjort att någon väsentlig studie valts bort. Därefter lästes abstract och artiklar som verkade svara mot syftet skrevs ut och beställdes. I de flesta artiklar som valdes bort från de 40 ursprungliga var det andra än sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som utförde MI samtalen. Det blev sju artiklar kvar till resultatet. Även en manuell sökning gjorde i referenslistor, där återfanns en artikel. Sammanlagt åtta artiklar hittades till resultatet. För att studien skulle blivit mer tillförlitlig borde fler vetenskapliga studier ha inkluderats.

En av studierna var gjord på Irland (Casey, 2007), en i Belgien (Bastiaens et al., 2009) två i Sverige (Söderlund et al., 2008 & Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2009), två i Canada (Shinitzky & Kub, 2001 & Koelewijn-van Loon et al., 2009) och två i USA (Runkel, 2000 & Borrelli et al., 2005). Om det har någon betydelse för studiens resultat är oklart. Att finna studier som byggde enbart på MI som metod för att främja förändring av livsstil var svårt (se bilaga 3). Fem artiklar var skrivna ur ett sjuksköterskeperspektiv och tre beskrev studier där sjuksköterskorna använt sig av MI och hur patienterna påverkades. Studiernas mål var att påverka följande parametrar BMI och HbA1c i en studie av Bastiaens et al. (2009). I Borrelli et al. (2005) studie (2005) försökte sjuksköterskorna påverka benägenheten att vilja sluta röka samt minskning av antal cigaretter. I studien av Koelewijn-van Loon et al. (2009) undersöktes effekten av att involvera patienter i sjuksköterskeledda kardiovaskulära riskbedömningar och se om detta kunde påverka risken för att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar (a.a).

Författarnas ursprungliga uppfattning om MI var att det skulle vara en förberedelse för fortsatt behandling, för att höja motivationen och följsamheten i behandlingen. I början var de inte meningen att MI skulle vara en isolerad metod. Enligt grundarna till MI, Miller och Rollnick, är motiverande samtal förenliga med andra metoder. Det vanligast sättet att använda MI var att använda det som ett förspel till andra konsultationer, det kunde vara speciellt användbart i sammanhang där tiden för konsultation var begränsad (Miller & Rollnick, 2001). Av de artiklar som ingår i studien var det endast en artikel (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008) som använde enbart MI som metod för att främja livsstilsförändringar (bilaga 3).

Artiklarna som valdes ut lästes ett flertal gånger för att få en överblick av innehållet. Därefter analyserades artiklarnas likheter och skillnader och sammanställdes. Fem av artiklarna är av god kvalitet. I en av artiklarna saknas urvalskriterier och metodologiska brister och bias är inte nämnda (Shinitzky & Kub, 2001). I en annan artikel är inte undersökningsgruppen beskriven (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008), i den sista artikeln är designen och dataanalysen bristfällig, det finns metodologiska brister och det saknas en beskrivning på risk för bias (Runkel et al., 2000). Artikelns inkluderas ändå eftersom brist på material fanns. Det är logiskt att tro att detta inte påverkat resultat i nämnvärd omfattning eftersom artikeln inte var omfattningsrik i resultatdelen.

Analysmetoder som använts i studierna är: tre med statistisk analys (Borrelli et al., 2005, Koelewijn-van Loon et al., 2009 & Bastiaens et al., 2009) varav två med logistisk regressionsmetod (Borrelli et al., 2005 & Koelewijn-van Loon et al., 2009) som analysmetod, två med tematisk analys (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 & Söderlund et al., 2008) en fallstudie där en analys gjordes med hjälp av MI och TTM utifrån logisk grund (Shinitzky & Kub, 2001), en med kvalitativ dataanalys baserad på Miles & Hubermans arbete (Casey, 2007). Alla utom en studie (Runkel et al., 2000) verkade ha en väl beskriven analysmetod vilket kan ses som en styrka i studien.

I tre av de fem kvalitativa artiklarna var det intervjuer som var datainsamlingsmetod (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008, Casey, 2007 & Söderlund et al., 2008). Intervjuer används för att undersökningspersonen skall tillåtas berätta sin historia med egna ord (Forsberg och Wengström, 2003). En artikel byggde på ett fall som analyserades utifrån MI och TTM och där både effektiva och mindre effektiva exempel på att använda sig av metoderna kom fram (Shinitzky & Kub, 2001). Fallstudier används för att undersöka komplexa förhållanden i enskilda fall, för att på så sätt låta läsaren ta del av ett speciellt problem eller en speciell fråga och utifrån det få en bild eller förståelse för detta (Wengström och Forsberg, 2003). I Studien av Runkel et al. (2000) var datainsamlingsmetoden bristfälligt beskriven. I Söderlund, Nilsen & Kristenssons studie (2008) var det sjuksköterskor som intervjuades, i semistrukturerade intervjuer, för att identifiera huvudfaktorer i läroprocessen i och implementeringen av MI. Där använde forskarna sig av en intervjuguide som byggde på vad tidigare forskning visat vara viktig för inläring och praktiserande av MI.

Sjuksköterskorna som blev intervjuade hade använt sig av MI i sitt arbete i ungefär ett års tid (a.a). I studien av Casey et al. (2007) var det sju specialistsjuksköterskor som genomgick utbildning i MI och TTM där det efter två månader gjordes enskilda intervjuer med sjuksköterskorna med hjälp av en intervjuguide (a.a). I studien av Söderlund et al.(2008) där intervjuer var datainsamlingsmetod, byggde på fem sjuksköterskor inom BVC och sex sjuksköterskor i skolhälsovården som fick utbildning i MI. De använde sig av MI i sex månader i sitt rutinarbete med bland annat överviktigt barn och barn med fetma. De kvantitativa artiklarnas datainsamlingsmetoder bestod av övervakning och inspelning av behandlingar, frågeformulär, intervjuer, självrapportering och BMI-mätning (a.a).

Artiklarna som ingick i studien skulle vara genomförda på etiskt försvarbart sätt. De flesta studierna var godkända av etisk kommitté, i två framgick det inte om de var godkända (Runkel et al., 2000 & Bastiaens, 2009). Deltagarnas anonymitet skulle säkras i studierna, det var endast en som redovisade hur (Koelewijn-van Loon et al., 2008). I en av studierna fick deltagarna betalt för att medverka vid uppföljningar (Borreli et al., 2005). Eftersom Wengström och Forsbergs (2003) granskningsmallarna inte har någon poängsättning, uppstod problem med att bedöma vilka som var av god respektive sämre kvalitet. För att artikeln skulle anses vara av god kvalitet skulle samtliga kriterier vara uppfyllda, i övriga fall stod bara vad som saknades i artikeln utan någon bedömning av kvalitén på artikeln. Någon annan bedömningsmall med klarare riktlinjer för kvalitén på artikeln kunde använts.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva på vilka sätt MI varit användbart för att främja livsstilsförändringar. Det visade sig finnas både användbarhet och begränsningar ur sjuksköterskans perspektiv. MI kan vara en användbar metod för att uppmuntra patienten till ett eget ansvar genom att distriktssköterskan lyssnar aktivt och ställer öppna frågor. En begränsning när det gäller att använda sig av MI metoderna är att försöka föra MI-samtal med patienter som inte vill göra beteendeförändringar. En annan begränsning är att sjuksköterskorna tyckte att det var svårt med det nya sättet att tänka, att ta till sig de nya teknikerna.

Användbarhet

Distriktssköterskan kan använda MI-metoderna för att uppmuntra patienten till eget ansvar för att på så sätt få patienten att förstå att det är de själva som är ansvariga för sina liv (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008 & Shinitzky & Kub, 2001). Enligt Rogers teori ”non direct counselling” kan distriktssköterskan genom att uppmuntra patienten att diskutera sina egna erfarenheter och uttrycka sina åsikter få patienten till att själv komma fram till vilka förändringar de behöver göra och hur de skall kunna genomföra förändringarna (Prochaska, 2008).

I en studie av Sargeant et al. (2008) framkom att läkare, genom att använda sig av sina nya kunskaper i MI-teknikerna, fått ökad förståelse för patientens perspektiv och i gengäld visade patienten mer respons och engagemang. MI gör att förhållandet mellan patienten och läkaren blir mindre direkt och mer samarbetsfokuserat och riktat på förändring (a.a). Precis som Roger förklarar i ”non direct counselling” så bör rådgivaren inte styra och ställa utan försöka underlätta och tillgodose en behaglig miljö för patienten (Prochaska, 2008) En förbättrad kommunikation kan göra att patienten bättre förstår hur viktigt det är med förändring. I gengäld ökar det både engagemanget hos patienten och förståelsen för det egna ansvaret, på så sätt kan patienten få hjälp att uppnå förändring (a.a).

Dumlen (2002) beskriver att MI är en form av patient empowerment, baserad på att patienten har kontroll över beslut gällande livsstilsförändringar som påverkar deras välmående. Empowermentprocessen beskrivs som upptäckten och utvecklingen av en människas inneboende förmåga att ta ansvar för sitt eget liv (a.a). Det visade sig i Tylors studie (2008) att patienterna fick ökat självförtroende på grund av det patientcentrerade arbetssättet. På så sätt hade patienten klarat av att göra sina förändringar (a.a). I Rogers forskning utarbetades principerna: ett aktivt lyssnande och tron på att möjligheten att lära sig saker finns när patienten känner självförtroende till och litar på sin egen förmåga att kunna lära sig (Rogers, 1959; Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

Den primära grunden i MI är uppbyggd kring Rogers forskning kring ”non direct counselling”. Teorin bygger på empati, värme och äkthet. De tre färdigheterna gör att patienten genomför förändringar på egen hand. Distriktssköterskan har här en underlättande

roll (a.a). MI:s kännetecken är att om inte patienten själv ser att de behöver förändras kommer heller inte någon beständig förändring att äga rum, det är patienten som bestämmer när och om de skall förändras. Distriktssköterskans roll är att hjälpa patienter, se att de själva får kontroll över sina liv (Prochaska, 2008).

Teknikerna i MI kan också vara ett sätt att få distriktssköterskor att känna tillfredsställelse över sitt arbete genom att de inte längre känner att det är deras ansvar att patienterna gör livsstilsförändringar. Det ingår i distriktssköterskans kompetens att ha förmågan att stärka patienten till en god hälsa och att använda tekniker som stärker patientens förmåga att ta beslut samt att skapa relationer som stödjer patientens autonomi och delaktighet (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskans uppgift är att leda patienten till förändring, eller kanske rent av att inse att den här patienten inte är redo för förändring i nuläget. Eller som en av läkarna i Seargent et al. (2008) studie uttrycker det:

”I feel more at ease with this kind of approach and I am a lot less judging of myself because of that, into terms of my ability to bring about changes in their lives, so you know, I can go to sleep a lot easier than I did before... Yeah, it’s been a big relief for me because the responsibility’s not on my shoulders”
(Sargeant et al., 2008 Sid. 189)

Begränsning

Att konfrontera patienten leder ofta till att patienten svarar med motstånd. Om patienten börjar argumentera bör distriktssköterskan ändra på sitt försök och se motståndet som en signal på att det är fel strategi för just denna patient. Det kan också vara så att patienten är omedveten om att ett problem existerar eller skyller på omgivningsfaktorer. Det är då slöseri med tid att försöka övertyga patienten att upprätta en handlingsplan eftersom patienten inte tycker att ett problem existerar (Kumm et al., 2002). Bem förklarar i sin självuppfattningsteori hur vi som människor går i försvar inför förändring (Miller, 2009). För att få patienten vidare i förändringsprocessen behöver distriktssköterskan undvika att fortsätta argumentera, detta leder till fortsatt motstånd hos patienten (Kumm et al., 2002 & Miller, 2009). Som distriktssköterska kan man i sådan här fall visa på för- och nackdelar med nuvarande beteende och för- och nackdelar med att förändra ett beteende. Genom att patienten får prata om sina tankar och känslor utan fördömande kan det leda till att patienterna blir mer villiga till att

prata om sina personliga erfarenheter (Miller, 2009). Genom att uppmuntra till att prata om nuvarande upplevelser utan att bli bemöta på ett fördömande sätt så kopplas Rogers och Bems teorier tillsammans (Miller, 2004)

I Sargeant et al. studie (2008) där läkarna känt sig frustrerade över patienter som verkade vara motsträviga inför förändringar, beskrivs hur läkarna efter utbildning i MI tycker att de nya teknikerna hjälpt dem att förändra sitt perspektiv med att jobba med patienter och livsstilsfrågor. Läkarna tyckte att de var mycket mindre fördömande nu än tidigare eftersom läkarnas förmåga att bidra till patienternas förändring hade ökat. Studien (a.a) visade också att patienterna verkade uppskatta de nya försöken. En del patienter uttryckte att det aldrig tidigare varit någon som frågat efter deras åsikt (a.a)

Att distriktssköterskan pratar till, istället för med patienten, kan antas ge reaktioner som att patienten känner sig konfronterad. Det kan upplevas som ett av problemen i kommunikationen med patienten. Miller (2009) föreslår att istället för att försöka övertyga patienten till förändring, skulle rådgivningen vara mycket effektivare om sjuksköterskan försökte få patienterna att argumentera för förändring själv (Emmons & Rollnick, 2000). Att fokusera på saker som patienten kan tänka sig att förändra i stället för det som patienten inte vill förändra. Inse att det inte är en bra tidpunkt för förändring hos just denna patient, att nöja sig med att eventuellt ha fått patienten att börja tänka på förändring. Det ingår i distriktssköterskans kompetens att kunna se individens utbildningsbehov och kunna anpassa lärandet efter individen (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan behöver vara medveten om vad som kan göras för att främja förändring men även vara medvetanden om att kan det finns behov av att backa tillbaka om patienten inte är redo för förändring.

Implementering

Utvidgad utbildning och handledning visade sig vara viktiga faktorer vid implementering av MI. Dessutom kom det fram att det var viktigt att praktik och teori gick hand i hand (Söderlund, Nielsen & Kristensson, 2008 & Söderlund et al., 2008). I studien av Söderlund, Nilsen & Kristensson et al. (2008) fick sjuksköterskorna 28 timmars utbildning plus fyra återträffar under en sex månaders period för att diskutera arbetet med MI. De ingick även i en referensgrupp där det fanns ett antal andra som utövade MI och även utbildare att vända sig

till (a.a). I en annan studie fick sjuksköterskorna MI utbildning i två dagar plus fyra uppföljningar under ett halvårs tid där de diskuterade problem, gav varandra återkoppling och pratade kring svåra rådgivningssituationer (a.a)

Sjuksköterskorna som deltog i Bastiaens et al. (2009) studie fick fyra dagars utbildning i MI och patientterapi, hur stor del av utbildningen som behandlade MI framgår inte (a.a).

I Koelewijn-van Loon et al. (2009) studie fick sjuksköterskorna som använde sig av MI i sina interventioner sju timmars utbildning i MI (a.a). I Borreli et al. (2005) studie fick sjuksköterskorna kontinuerliga möten under studiens gång där teknikerna diskuterade för att förhindra att sjuksköterskorna gick tillbaka till gamla vanor gällande rådgivning. I två av ovanstående tre studier (Bastiaens et al., 2009 & Koelewijn-van Loon et al. 2009) blev resultatet av MI rådgivningen att patienterna inte gjorde några större förändringar, när de fick MI rådgivning jämfört med andra metoder, på de parametrar som mättes. Däremot kom det fram andra små konkreta livsstilsförändringar. Borreli et al. (2005) studie visade att de deltagare som fick rådgivning med hjälp av MI-teknikerna fick ett bättre resultat av de givna parametrarna som skulle mätas än de som fick annan rådgivning (a.a).

Det kan antas finnas ett samband mellan hur välutbildade distriktssköterskorna är i MI teknikerna och resultatet av MI-samtalen. En rimlig tolkning är att långtidsträning är viktigt för att få sjuksköterskorna att arbeta enligt MI-principerna. Naturligtvis finns det andra faktorer som påverkar såsom stöd från arbetskamrater, stöd från ledning och hur MI-samtalen utformas. Det kan även anses rimligt att avsätta tid för utbildning och handledning, för att förbättra sjuksköterskornas teknik, så att de får en rimlig möjlighet att lära sig en ny kommunikationsteknik.

Slutsats

I MI samtalen är det av största vikt att sätta patienten i centrum. Det är patienten själv som är experten och den som kan göra förändringarna. Distriktssköterskor kan hjälpa patienten att hitta motivationen och självförtroendet att genomföra livsstilsförändringar för att på så sätt främja patientens hälsa. Samtidigt är det viktigt att distriktssköterskan kan inse när patienten inte är redo för förändring och undvika att anklaga patienten vilket leder till konfrontation och för inte patienten vidare i förändringsprocessen. Det är också viktigt med implementering av

nya kommunikationstekniker, utbildning och handledning är av största vikt för att distriktssköterskan skall kunna ta till sig nya saker.

Det finns begränsad forskning kring MI-samtal som utförs av distriktssköterskor eller sjuksköterskor för att främja livsstilsförändringar. MI samtal är ett sätt att aktivera patienternas egen motivation till förändring. Distriktssköterskor skall arbeta med att främja hälsa och använda tekniker som stärker patientens beslutsfattande och makt enligt kompetensbeskrivning för distriktssjuksköterskor (2008). Hur patienten upplever MI-samtalen som metod när de utförs av sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor är ett annat intressant perspektiv att bedriva forskning kring. MI samtalen kan vara ett sätt att motivera patienten till förändring, men det är viktigt att komma ihåg att MI inte är en universalmetod utan att alltid anpassa rågivning utifrån patientens behov och situationen.

REFERENSER

Artiklar märkta med * ingår i resultatet.

Aminoff UB & Kjellgren K (2001). The nurse – a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35:4, ss. 528-589.

Barth, T & Näslund, C (2006). *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

*Bastiaens, H, Sunaert, P, Wens J, Bernard S, Lutgarde J, Nobels F, Snauweart B & Van Royen P (2009). Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Primary Care Diabetes*, vol.3:2, ss.103-109.

Berg-Smith VJ, Stevens KM, Brown L, Van Horn N, Gernhofer S & Peters, E (1999). A brief MI to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, vol. 14, ss. 399-410.

* Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G & Abrams D (2005). Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine*, vol. 41, ss. 815-821.

*Casey, D. (2007) Using action research to change health-promoting practice. *Journal Compilation*, vol. 9, ss.7-13.

Distriktssköterskeförbundet. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Tillgänglig:
<http://www.distriktssköterska.se/> [läst 2009-03-29].

Drevenhorn E, Håkansson A & Petersson K (2001). Counseling Hypertensive Patients. *Clinical Nursing Research*, vol. 10:4, ss. 369-386.

Dumlen AM & Benzing JM (2002). Health promotion effects off the physican-patient encounter. *Physiology, Health and Medicine*, vol. 7, ss. 289-300.

Duran, L (2003). Motivating Health: Strategies for the Nurse Practioner. Clinical Practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 15:5, ss. 200-205.

Emmons KM & Rollnick S (2001). Motivational Interviewing in Health Care Settings. *Opportunities and Limitations*, vol. 20:1, ss. 68-74.

Folkhälsoinstitutet (2010) [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>> [2010-02-15]

Forsberg C & Wengström Y (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur

Holm Ivarsson, B (2007). Motiverande samtal. I Fossum, B (red.). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*, ss. 199-230. Lund: Studentlitteratur.

Knoops K, de Groof L, Kromnout D, Moreivas-Varela O, Menotti A & van Staveren W, (2004). *Mediterranean diet, lifestyle factors and 10-year mortality in elderly European men and woman*, *JAMA*, vol. 292, ss. 1433-1439.

*Koelewijn-van Loon M , Van der Weijden T, Van Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Seveens JL, Wensing M, Elwyn G & Grol R (2009). Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trail. *Research*, vol.181:12, ss. E267-E274.

Kumm S, Hicks V, Shupe S & Hagemaster J (2002). *Dimension of Critical Care Nursing*, vol. 21:2, ss. 72-77.

Miller W & Rollnick S (2001). *Motiverande samtal: Hur man hjälper människor att bli "villiga kunniga och redo" att genomföra förändringar som förbättrar kvaliteten i deras liv*. Norrköping: Kriminalvårdens förlag.

Miller W (2004). Motivational Interviewing in Service to Health Promotion. *American journal of health promotion*, vol. 18:A1-A10, ss. 1-11.

Polit D & Beck C (2008). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8 th edition. London: Lippincott Williams & Wilkins.

Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, Burden V, Perrin N, Leo M, Falherty-Robb M & Prochaska JM. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, vol. 46:3, ss. 226-31.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Tokowski W, 1994. Stage of change and decisional balance for 12 problem behaviors, *Health Psychological*, vol. 13:1, ss. 39-46.

Reed GR, Veliccer WF, Prochaska JO, Rossi JS & Marcus BH (1997). What makes a good staging, algorithm: examples from regular exercise. *American Journal Helath Promotion*, vol. 12:1, ss. 57-66.

Regeringen (2008). Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik , [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.regeringen.se/download/2ee01484.pdf?major=1&minor=100978&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment >[2010-02-26]

Rogers C, (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S (Ed), *Psychology: The Study of Science, Formulations of the Persons and the Social Context*, vol. 3, ss. 184-256.

Rollnick, S & Miller W (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 23:4, ss. 325-334.

*Runkel C, Osterholm A, Hoban R, McAdam E & Tull R, (2000). Brief Negotiation Program for Promoting Behavior Change: The Kaiser Permanente Approach to Continuing Professional Development. *Education for Health*, vol 13:3, ss. 377-386.

Sargeant, J, Valli, M, Ferrier, S & Heather, M (2008). Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Medical Teacher*, vol. 30:2, ss. 185-191.

*Shinitzky, H & Kub, J. (2001). The Art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing*, vol.183, ss 178-185.

SOU 2000:91 Utredningen om Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (2000). [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/download/f8487356.pdf?major=1&minor=2822&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment > [2010-02-26]

Statens beredning för medicinsk utvärdering - SBU (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck: En systematisk litteraturöversikt*. Uppdatering av rapporten. Måttligt förhöjt blodtryck (2004). Nr: 170, vol: 1. Stockholm: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care.

*Söderlund, L, Nilsen P & Kristensson M. (2008). Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counseling experiences. *Health Education Journal*, vol. 67:2, ss. 102-109.

*Söderlund L, Nordqvist C, Angbratt M & Nilsen P (2008). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research Advance Access*, vol. 7, ss. 2-8.

Tyler, O D (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 20, ss. 194-203.

WHO. (2007). *Working for health: an introduction to the World Health Organization*.

Tillgänglig: <http://www.who.int/about/brochure_en.pdf> [läst 2010-02-12].

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i Databasen Academic Search Elite

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2009-12-16	Motivational	Interviewing	Life*	14	I samtliga sökscheman gäller exklusion om artikeln ej svarat på syftet, hittats i annan databas eller om det är en reviewartikel Se även inklusions- och exklusionskriterier i metodavsnittet.	0
2009-12-16	Motivational	Interviewing	Health*	104		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing		9		1st. Nr 7
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Care		13		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Health		0		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		28		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promotion		15		1 st. Nr 2
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary		28		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention	Life*	17		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Life*		31		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning Cinahl

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2009-06-09	Interviewing	Motivational	Health*	82		3 st. Nr 1, 3 och 6
2009-12-06	Interviewing	Motivational	Health*	28		0
2009-06-09	Interviewing	Motivational	Life*	7		0
2009-12-06	Interviewing	Motivational	Life*	29		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing		13		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Care		20		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Health		2		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		33		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promotion		33		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary		43		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention	Life*	20		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Life*		45		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i databasen ERIC

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2009-06-08	Motivational	Interviewing	Health*	32		0
2009-12-09	Motivational	Interviewing	Health*	1		0
2009-06-08	Motivational	Interviewing	Life*	2		0
2009-12-09	Motivational	Interviewing	Life*	1		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing		1		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Care		1		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Health		2		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		40		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promotion		4		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary		4		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention		30		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Life*		2		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i databasen Pub Med

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2010-01-15	Motivational	Interviewing	Life*	2		0
2010-01-15	Motivational	Interviewing	Health*	24		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing	Lifestyle changes	18		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Care		69		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Health		4		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		101		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promotion		34		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary	Lifestyle changes	7		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention		8		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Lifestyle change		29		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i Psyc INFO

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2009-06-09	Motivational	Interviewing	Health*	400		0
2009-12-16	Motivational	Interviewing	Life*	71		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing		8		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary care		32		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary health		3		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		66		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promotion		13		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary		61		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention	Life*	27		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Life*		56		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i databasen Science Direkt

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2009-12-16	Motivational interviewing	Lifestyle		17		0
2009-12-16	Motivational Interviewing	Health*		83		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Nursing		7		1 st. Nr 4
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Care		27		1 st. Nr 8
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary Health		18		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Prevention		29		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Promoting		14		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Primary		44		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Intervention		174		0
2010-02-10	Motivational Interviewing	Life*		37		0

Sökschema för datorbaserad litteratursökning i databasen Elin@skane

2010-02-17	Motivational Interviewing	Health*		139		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Life*		51		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Nursing		15		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Primary Care		23		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Primary Health		2		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Prevention		39		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Promotion		12		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Primary		57		0
2010-02-17	Motivational Interviewing	Intervention	Life*	33		0

Bilaga 2

Artikelöversikt

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
1. Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses training and counseling experiences	Söderlund LL, Nilsen P, & Kristensson M. 2008, Sverige.	Syftet med artikeln var att identifiera huvudfaktorer i läroprocessen av och i implementeringen av motiverande samtal (MI).	20 Sjuksköterskor deltog i studien de rekryterades från 10 vårdcentraler i Östergötland. Som utbildats i MI total 28h per sjuksköterska plus att de hade fyra uppföljningsmöte under en 6 månaders period. De hade dessutom utfört ca 50 rådgivningar med den nya tekniken på ett år. Förutom detta ingick de i en referensgrupp med forskare och andra som utövade MI. De hade använt sig av MI tillsammans med en hälsoprofil som baserades på ”Habo modellens hälsokurva” i sitt dagliga arbete i ungefär ett år. Datainsamlingen gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Intervjuguiden som användes baserades på slutsatser som tidigare forskning identifierat som viktig för effektiv träning och praktiserande av MI .	Intervjuerna analyserades och olika teman växte fram, utifrån faktorer som de intervjuade tyckte var viktiga för att lära sig och praktisera MI.	Det kom fram fem faktorer för ett framgångsrikt lärande och implementering av MI . -längre. utbildning och handledning -nära koppling mellan teori och praktik. omprogrammering till nya tekniker -aktiv men passiv lyssnare - svårigheter med att kommunicera med patienter som inte vill ta ansvar för sin egen hälsa.	Granskning enligt Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Beskrivning av undersökningsgruppen (ålder, kön, socialstatus samt annan relevant demografisk bakgrund) saknas.

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
2. Using action research to change health-promoting practice	Casey D. 2007. Irland.	Syftet var sporra till en förändring av sjuksköterskearbetet så att sjuksköterskorna var mer villiga att ge hälsoutbildning till sina patienter. Samt att förbättra det hälsoförebyggande arbetet på sina kliniker.	Strategiskt urval bestående av sju specialistsjuksköterskor. I fas I gjordes en fallstudie för att undersöka rådgivning av sjuksköterskor som jobbar på sjukhus. Sju sjuksköterskor ingick Huvudproblemet visade sig vara att sjuksköterskor som jobbade på en akut avdelningen saknade hälsorådgivnings utbildning Fas två innehöll hälso- och rådgivnings utbildning för de sjuksköterskor som ingick i fas I.	Man använde sig av Actionresearch (En genomförbarhetsstudie:”gör en förändring och se vad som händer”) som datainsamling i fas I där kom saknaden av utbildning i hälsorådgivning fram. Specialistsjuksköterskorna gick en utbildning i TTM och MI. Två månader efteråt gjordes det semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskorna med hjälp av en intervjuguide. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ner ordagrant. En kvalitativ dataanalys som baserades på Miles och Huber användes att analysen. Analysen av datainsamlingen resulterade i tre teman: implementering av nya metoder, hinder för förändring, faktorer som underlättar metodförändring .	De flesta sjuksköterskor blev mer medvetna om hälsoutbildning och hälsofrämjande arbete och klarade av att implementera den nya tekniken som de lärt sig och sätta igång förändringsarbete på kliniken.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Följer checklistan. God kvalitet.

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
3. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children.	Söderlund L, Nordqvist C, Angbratt M & Nilsson P, 2008, Sverige.	Syftet är att identifiera hinder och underlättande faktorer för sjuksköterskor s implementering av MI. När de skall ge råd till överviktiga barn och barn med fetma och deras föräldrar. Barnen är mellan fem och sju år gamla.	Fem sjuksköterskor på barnvårdcentraler och sex stycken sjuksköterskor inom skolhälsovården, fick en tvådagars utbildning i MI . Sedan utövade de MI i sex månader i sitt rutinarbete genom rådgivning till överviktiga och barn med fetma som var mellan 5 och 7 år gamla på hälsokontroller. Sjuksköterskorna använde sig även av BMI och internationell standarddefinition för övervikt och fetma.	Barnen hade vanligtvis sina föräldrar med sig vid hälsokontrollerna. Sjuksköterskorna hade fyra uppföljnings tillfällen under en sex månaders period där de diskuterade sina problem och fick feedback på hur de kunde hantera svåra rådgivningssituationer. Efter att de sex månaderna gått gjordes uppföljningsintervjuer med de elva sjuksköterskorna. Intervjuerna gjordes med hjälp av en intervjuguide. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och kodades och kategoriserades med syftet att identifiera hinder och underlättande av att använda MI.	Att sjuksköterskorna kunde ta till sig MI var en av de underlättande faktorerna. MI sågs som en effektiv problemlösare av känsliga problem såsom fetma hos barn och övervikt. Föräldrar som var samarbetsvilliga och medvetna om hälsoproblemen var en annan underlättande faktor. Viktiga hinder var sjuksköterskornas okunskap i att övervikt och fetma hos barn ger hälsoproblem. Ambivalens bland sjuksköterskor som visste att det kunde vara ett problem men inte var motiverade att göra något och föräldrar som var omotiverade att ta tag i problemen sågs också som hinder.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Följer checklistan. God kvalitet

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
4. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking)	Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G & Abrams D. 2005, USA.	Forskarna antog en hypotes att, interventioner med ME som har som mål att patienten skall känna motivation att sluta röka skulle fungera bättre än en intervention baserad på AHCP, Standard Care.	98 stycken sjuksköterskor genomförde rökavvänjningsutbildning på 273 patienter. Data insamlingen bestod i övervakning och inspelning av behandlingarna. Efter avslutade behandling samt 2, 6 och 12 månader efter behandlingens slut gjordes patientintervjuer . Då mättes motivation att sluta röka genom att patienten fyllde i ett formulär, även graden av självförtroende och patientens mentala status mättes med hjälp av frågeformulär. De sociodemografiska uppgifterna och rökhistoriken mättes med hjälp av självrapporter från patienterna. Sjuksköterskan dokumenterade dessutom hur mycket tid som användes vid samtalen.	98 stycken sjuksköterskor inom hemsjukvården blev slumpmässigt tilldelade en av två olika rökavvänjningsbehandlingar. De olika metoderna var ME (Motivational Interviewing + Carbone Monoxide Feedback) samt Standard Care (AHCP – Guidelines for smoking cessation) som de genomförde på 273 patienter. Analysen gjordes i form av en logistisk regressionsmetod.	De patienter som fick rökavvänjningsutbildning som innehöll ME gjorde fler försök att sluta röka än de som fick Standard Care rökavvänjningsutbildning. De som ingick i ME hade större minskning av antal röka cigaretter per dag.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvantitativa artiklar. Följer checklistan. God kvalitet.

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
5. Brief Negotiation Program for Promoting Behavior Change: The Kaiser Permanente Approach to Continuing Professional Development.	Runkel C, Osterholm A, Hoban R, McAdam MS, & Tull R. 2000, USA.	Att förbättra tillfredsställelsen och självförtroendet hos professionella hälsovårdare i rådgivning gällande beteende förändringar för att öka sannolikheten att patientens hälsa blir bättre.	Över 1000 läkare, sjuksköterskor, hälsorådgivare, sjukgymnaster, psykiatriker och medicinska assistenter deltog i Brief Negotiation utbildningen.	De deltog i någon av de tre olika utbildningarna. Endags program, tvådagars program eller ett team program. Endags program bestod 6 h utbildning framförallt för läkare och sjuksköterskor i teori och praktik. Två dagars programmet innehåller dessutom rollspel och fallstudier. Team programmet bestod tre utbildnings-tillfällen á 6 h.	Deltagarna kände större självförtroende i att arbeta med beteende förändringar efter genomförd utbildning.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Design bristfällig. Undersökningsgrupp bristfälligt beskriven. Datainsamling bristfällig, dataanalys bristfällig. Metodologiska brister och risk för diabas saknas.
6. The art of Motivating Behavior Change: The use of motivational interviewing to promote health	Shinitzky, H & Kub, J. 2001, Canada.	Syftet är att integrera teori och praktik genom att beskriva MI och TTM som kan användas för att motivera till beteendeförändringar.	Ett fall där en patient följs på vägen mot förändring. Där MI och TTM:s principer analyseras utifrån fallet.	Artikeln är uppbyggd på ett fall som analyseras och utifrån analys ges både effektiva och mindre effektiva exempel.	Ett hypotetiskt fall visar värdet av att sjuksköterskor tar till sig modellen och att den effektiva intervjutekniken möjliggör positiva förändringar av hälsobeteende.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Urvalskriterier saknas. Metodologiska brister och bias diskuteras ej.

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
7. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial.	Koelewijn-van Loon S, Van Loon K, Van der Weijden T, Van Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens JL, Wensing M, Elwyn G & Grol R. 2009, Canada.	Syftet var att undersöka effekten av att involvera patienter i sjuksköterskeledda kardiovaskulära riskbedömningar av livsstilsförändringar och kardiovaskulära risker.	24 kliniker deltog i studien med sammanlagt 615 patienter. 13 kliniker ingick i interventionsgrupper och 11 kliniker ingick i kontrollgruppen. Patienterna som ingick fick ett frågeformulär före interventionen. Ett uppföljningsfrågeformulär skickades till patientens hemadress efter ett års tid.	Interventionen innehöll sjuksköterskeledda kardiovaskulära riskbedömningar som inkluderade, riskkommunikation, ett beslutsunderlag och anpassad MI. Två personliga interventioner å 15-20 minuter och en 10 minuters telefonkonsultation ingick i interventionsgruppen. I kontrollgruppen ingick en minimal sjuksköterskeledd intervention. Analysen genomfördes som en flerstegs regressionsanalys.	Det fanns ingen signifikant skillnad mellan interventionerna och kontrollgrupperna. Effekten av interventionen på konsumtion av grönsaker och fysisk aktivitet var liten och en del skillnader sågs endast i små grupper. I undersökningsgruppen som fick ME samtalsvisades en liten förbättring i form av lägre intag av fett och högre konsumtion av grönsaker. Forskarna hittade ingen effekt mellan grupperna i kardiovaskulär 10-års risk.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvantitativa artiklar. Följer checklistan. God kvalitet

Titel	Författare, år, land	Syfte	Urval/Data samling	Genomförande/Analys	Resultat	Kvalitet
8. Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise.	Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, Snauwaert B & van Royen P, 2009, Belgien.	Att utveckla och implementera ett egenvårds utbildnings program i grupp för patienter med typ 2 diabetes i primärvård i kommunalregi.	En pilot studie med 44 deltagare . Som träffades vid sex olika tillfällen. Deltagarna hade diabetes 2 och fick insulin mindre än 2 ggr per dag . Patienterna rekommenderade att delta av läkare eller sökte sig på egen hand till grupperna (5 olika). Före programmet 12 och 18 månader efter utbildningsprogrammet fyllde patienterna i tre olika frågeformulär gällande kost, fysisk aktivitet och känslomässig status. Vid varje tillfälle gjordes även en BMI mätning.	I utbildningsprogrammet som genomfördes använde sjuksköterskorna målsättning, plan för att nå målet och MI för att främja beteende förändringar och som motivationshöjande teknik. Det fullständiga programmet bestod av två timmars sessioner varannan vecka vid fem tillfällen. Utbildaren var en diabetes sjuksköterska, med en fyra dagas utbildning i terapeutisk patientutbildning och MI, som hade assistans av en dietist och en psykolog vid ett antal tillfällen. Vid alla sessioner fördes anteckningar som sedan diskuterades i en expertgrupp. Analys av data-insamligen skedde enligt SPSS 14.0.	BMI minskade inom en tolv månaders period och även efter 18 månader. Hb A1c hade också minskat efter 12 månader. Efter 18 månader var resultatet av minskat Hb A1c bara delvis gällande. Små konkreta förändringar hos patienten såg i kost intag och fysiskaktivitet.	Granskad enligt Wengströms checklista för kvantitativa artiklar. Följer checklistan. God kvalitet.

Bilaga 3

Översikt över de olika MI-metoderna samt eventuella andra metoder som ingår i studierna.

MI-metod	Antal artiklar	Ytterligare metoder i studien
MI	3	1 studie med Internationell standard för definition för övervikt och fetma + BMI. En där MI samtalen kombinerades med en hälsoprofil som baserades på Habomodellen. En tredje studie som även inkluderade målsättning och en plan för att nå målet.
MI+TTM	2	En där Action research användes för att utveckla ett utbildningsprogram
Brief negotiation (en form av anpassad MI)	1	
ME (anpassad MI)	1	Inklusive Carbone Monoxide feedback, ett sätta att mäta abstinens och risk för sjukdomar relaterade till rökning.
Anpassad MI	1	Kardiovaskulära riskbedömningar.