Beteckning: _____

HÖGSKOLAN
I GÄVLE

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Till vilka patientgrupper använder sjuksköterskor motiverande samtal och vad är samtalsmetodens beskrivna resultat?
En litteraturstudie

Lovisa Henningsson
Lotta Holmström
Augusti 2009

Examensarbete, 15 hp
Omvårdnadsvetenskap, C-nivå

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Examinator: Bernice Skytt
Handledare: Kjerstin Larsson

Abstract

The aim of this study was to describe *to what* patient groups nurses are using the counseling approach motivational interviewing (MI) and to present the *described result* of the approach. The method was a literature review. Scientific articles were searched from the databases CINAHL and PubMed (MedLine) and the key words used were motivational interviewing and nurse*. The result showed that nurses are using MI to many different patient groups like smokers, patients needing life style changes, alcoholics, HIV-patients and other patient groups. The results of MI were generally found to be positive, however a few studies presented no, unclear or a varied result of an MI-intervention. The conclusion of this literature review is that MI can be a valuable method in everyday nursing and not only as a treatment for alcohol abuse, for which the method originally was developed. The MI principles can be related to typical human behavior as the counseling approach is based on an individual choice *if* and *how* life changes are wanted. This is decisive if changes are implemented and maintained.

Keywords: Motivational interviewing, nurses and nursing

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva *till vilka* patientgrupper sjuksköterskor använder samtalsmetoden motiverande samtal (MI) samt att presentera samtalsmetodens *beskrivna resultat*. Metoden som användes var en systematisk litteraturstudie. Materialet samlades in från databaserna CINAHL och Pubmed (MedLine) och sökorden som användes var: motivational interviewing and nurse*. Resultatet visade att sjuksköterskor använder sig av MI till flertalet patientgrupper såsom till rökare, patienter i behov av livsstilsförändring, alkoholmissbrukare, HIV-patienter samt till andra patientgrupper. Resultatet av MI var övervägande positivt, några artiklar redovisade dock negativt, oklart eller varierat resultat av MI-intervention. Slutsatsen av denna litteraturstudie är att MI kan vara en värdefull metod i traditionell omvårdnad och inte bara i behandling av missbruksproblematik, vilket metoden ursprungligen utvecklades för. MI:s principer kan relateras till typiskt mänskligt beteende då samtalsmetoden baseras på att det individuella valet *om* och *hur* livsstilsförändringar är önskat. Detta är avgörande för om förändringen genomförs och upprätthålls.

Nyckelord: Motiverande samtal, sjuksköterskor och omvårdnad

Innehållsförteckning

1. Introduktion 1
1.1 Motiverande samtal 2
1.2 Problemformulering 4
1.3 Syfte 5
1.4 Frågeställningar 5

2. Metod 6
2.1 Design 6
2.2 Databaser 6
2.3 Sökord och sökstrategi 6
2.4 Urvalskriterier 7
2.5. Dataanalys 7
2.6 Forskningsetiska överväganden 8

3. Resultat 9
3. 1 Valda källor 9
3. 2 Valda källors resultat 13
3.2.1 Patientgrupper där sjuksköterskor använder motiverande samtal 13
3.2.2 Det beskrivna resultatet av motiverande samtal 14

4. Diskussion 17
4.1 Huvudresultat 18
4.2 Resultatdiskussion 18
4.3 Metoddiskussion 20
4.4 Allmän diskussion 22

Referenser 24
Bilaga 1
Bilaga 2

1. Introduktion

Mycket av dagens ohälsa går att förebygga med livsstilsförändringar. Livsstilsförändringar kan betecknas som ett behov av att förändra sitt levnadssätt till följd av kronisk sjukdom eller ökad risk för att utveckla sjukdom. Detta p.g.a. påvisade riskfaktorer såsom olämplig kosthållning, fysisk inaktivitet eller högt blodtryck (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Många människor som upplever ohälsa kontaktar sjukvården för att få medicinsk behandling för sitt tillstånd, men kan ha svårt att se sitt eget ansvar för hur den egna livsstilen påverkar hälsosituationen. De överlämnar istället ansvaret för förbättring av sitt tillstånd till sjukvården. Hur sjukvårdspersonal ska hantera denna inställning, ses ofta som ett problem (Rollnick, Miller & Butler, 2008).

I hälso- och sjukvårdslagen framgår det att i sjuksköterskans yrkesroll ingår det inte bara att ge människor vård utan även att förebygga ohälsa (SFS, 1982:763). Sjuksköterskan bemöter också många åkommor genom att rekommendera livsstilsförändringar. En effektiv samtalsmetod ökar framgången (Gance-Cleveland, 2007). Det kan dock vara ett problem för sjuksköterskan att få patienten att tillgodogöra sig information och genomföra livsstilsförändring. Ett exempel på detta kan vara att trots att motion är väldokumenterat hälsofrämjande, får inte många kvinnor tillräckligt med fysik aktivitet. Vetskapen om hälsofördelarna med motion var inte tillräcklig motivation för att förändra beteendet (Perry & Bennett, 2006).

Det finns olika sätt för sjuksköterskan att närma sig patienten för att bidra med hälsofrämjande information. En variant är patientutbildning. En patientutbildningsmetod är coaching, som uppmuntrar patienten att själv vara delaktig i beteendeförändringen (Fahey et al., 2008). I användandet av begreppet coaching kan förändringsteori vara en fördel att känna till. Två faktorer kan vara avgörande för beteendeförändring. Dessa faktorer är dels den vikt som individen lägger vid att förändra sitt beteende, dels den egna tilltron till sin förmåga att förändas. Transteoretisk modell (TTM) beskriver beteendeförändring som en följd av en persons förberedelse, hur redo personen är samt motivationen för att förändra ett beteende (Prochaska & DiClemente, 1983). Förändringsberedskap delas in i olika stadium som kortfattat och förenklat går ut på att först vara omedveten om sitt behov av förändring för att sedan övergå till att börja tänka på förändring. Det tredje steget är att aktivt förbereda förändring,

därefter aktivt engagera sig och genomföra förändring och slutligen upprätthålla förändringen. De individer som inte lyckas upprätthålla förändringen återvänder till det gamla beteendet. Enligt TTM ska sjukvårdspersonal vara medvetna om patientens förändringsbenägenhet och sedan finna ett lämpligt sätt att närma sig denna (Prochaska & DiClemente, 1983).

Om hänsyn tas till när patienten är som mest mottaglig för information, kan det bidra till en mer sannolik förändring. Inte bara hur samtalet utformas ska tas i beaktande utan också tidpunkten för *när* samtalet äger rum, samt om det är effektivt för att förändra patientens beteende. Att ge råd och utbilda vid den mest lämpliga tidpunkten kan öka patientens förståelse och leda till att de bättre tillgodogör sig informationen (Fahey et al., 2008). Det finns även fler studier som belyste att sjuksköterskan borde ta reda på i vilket förändringsstadium som patienten befinner sig i innan de ägnar sig åt patientutbildning (Karalis & Wiesen, 2007).

1.1 Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) utvecklades ursprungligen för att användas inom missbruksvård där metoder som uppläxning, argumentation och varning inte visat sig hjälpa för att motivera patienterna att ändra sin livsstil (Rollnick, Miller & Butler, 2008).

MI är en samtalsmetod som fokuserar på patienten och syftar till att förstärka patientens attityd till att själv förändra sitt beteende. MI går ut på att patienten skall finna sin *egen* motivation till förändring. Metoden är ett samarbete mellan sjuksköterska och patient, där sjuksköterskans roll är att uppmuntra till en hälsofrämjande livsstil. Patienten ska bli medveten om sina problem, för att sedan kunna få en positiv attityd till att ta tag i dessa och kunna förändra sitt beteende (Lakerveld et al., 2008; Rollnick, Miller & Butler, 2008). MI grundas på en människosyn som ser till människans förutsättningar att fatta beslut och göra egna val (Barth & Näsholm, 2006).

MI består av olika steg. Det första steget är att upprätta en relation med patienten och arbeta fram en planering som sedan utgås ifrån. Där kommer det också fram till vad huvudproblemet är, vad som ska pratas om och vart koncentrationen ska ligga. Det kan vara en eller flera saker som patienten uppmuntras att komma fram till själv. Detta gör att metoden blir mera

strukturerad och effektiv. En bedömning görs av det nuvarande beteendet och en motiverande diskussion genomförs för att se om patienten vill förändra sitt beteende. Fokus i denna diskussion ska vara att *summera* det patienten säger, *lyssna* och *reflektera*, ställa *öppna frågor*, visa *respekt* och *empati*, *uppmuntra till självförändring* samt *väga för och nackdelar* med det nuvarande beteendet. Tillsammans med patienten diskuteras det fram vad som ska förändras, samt låter patienten sätta sina egna ord på de mål som ska uppnås. Små delmål efter vägen kan vara bra, så att lite betas av i taget (Jansink et al., 2009; Gance-Cleveland, 2007).

För den som håller i MI-samtalet kan det sammanfattningsvis sägas att MI handlar om guidning och innefattar fyra principer. Dessa är: att stå emot viljan att rätta patienten, att förstå/utröna hur motiverad patienten är, att lyssna på patienten samt att stärka patienten och uppmuntra patientens eget deltagande. En bra MI-guide frågar, informerar och lyssnar (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Samtalet ska alltid ha sin utgångspunkt i patientens egna uppfattningar och tankar (Barth & Näsholm, 2006). Det är viktigt att ha en icke-fördömande relation till patienten. Hälsoutbildning som fokuserar på direkt övertalning leder ofta till en defensiv respons från patienten. Målet är istället att tillåta denne att vara *ambivalent* till sina problem och förändring, samt ge patienten utrymme till egna initiativ. Individen har själv ansvar för sitt liv och de beslut som fattas. Valet ska därför vara fritt till huruvida patienten vill förändras eller inte. Patientens autonomi och ställningstaganden ska alltid respekteras. Ibland är patienten inte redo för förändring och detta ska sjuksköterskan acceptera. Patienten kommer att hamna i olika steg på väg mot förändring. Första steget är att inse betydelsen av förändring. Andra steget är hur mogen patienten är att förändras. Det sista steget är att ha tillräckligt med självförtroende för att kunna förändras (Gance-Cleveland, 2007; Barth & Näsholm, 2006).

MI är som sagt beroende av att patienten själv är motiverad att göra en förändring. Ibland är en konkret förändring inte möjlig. Det kan då räcka med att så ett frö hos patienten, att få denne att börja reflektera över sig själv och sin situation. Har patienten börjat reflektera över sin situation, kan sjuksköterskan hjälpa till att utveckla dessa tankar (Barth & Näsholm, 2006).

1.2 Problemformulering

Livsstilsförändringar kan förbättra många människors hälsa och sjuksköterskor möter dagligen i sitt arbete patienter som skulle kunna vara hjälpta av att förändra sin livsstil. Trots att det enligt hälso- och sjukvårdslagen ligger i sjukvårdspersonalens ansvarsområde att förebygga ohälsa (SFS, 1982:763) kan det vara problematiskt hur detta förändringsbehov bäst ska bemötas.

Rådgivningsmetoder som inkluderar konfrontation och övertalning har ofta visat sig ha en motsatt effekt. En vanlig reaktion för människan blir att försvara sig och sina handlingar (Gance-Cleveland, 2007). Att kritisera en annan människas sätt att leva kan upplevas som ett intrång i dess integritetszon, och därmed göra att personen i fråga känner sig kränkt (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). En vanlig försvarsmekanism är då att sätta sig emot det sjuksköterskan, i detta fall, säger. Detta kan resultera i att samtalet vilket hade som syfte att uppmuntra till livsstilsförändring får motsatt effekt.

MI har visat sig vara en effektiv samtalsmetod i missbruksvård och innehåller varken konfrontation eller övertalning (Jansink et al., 2009). MI tar hänsyn till människans autonomi, som säger att det ska finnas förtroende och respekt för hennes egen kapacitet att välja vad som är bäst för henne (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Det betyder också att även om en människa inte vill förändras eller är redo att förändras, så ska detta accepteras (Gance-Cleveland, 2007). Att försöka så ett frö hos patienten och få dem att själva komma fram till att de behöver förändra sin livsstil, har visat sig vara ett mer effektivt utgångsläge (Barth & Näsholm, 2006). En litteraturstudie som undersökte användandet och resultatet av MI skulle därför ha varit intressant. Sjuksköterskor kan i sitt yrkesutövande ha nytta av att känna till metoder som kan främja hälsa och förebygga ohälsa.

1.3 Syfte

Syftet med föreliggande studie var att beskriva till vilka patientgrupper sjuksköterskor använder *motiverande samtal* i sitt yrkesutövande, samt presentera samtalsmetodens beskrivna resultat.

1.4 Frågeställningar

- Till vilka patientgrupper använder sjuksköterskor *motiverande samtal*?
- Vad är det beskrivna resultatet av *motiverande samtal*?

2. Metod

2.1 Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2003).

2.2 Databaser

Litteratursökningen gjordes i databaserna MedLine/PubMed samt CINAHL.

2.3 Sökord och sökstrategi

Litteratursökningar gemomfördes under november 2008 samt februari- april 2009. Sökord som användes var ”motivational interviewing” samt ”motivational interviewing AND nurse”. Sökningen presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord, antal träffar samt urval

Databaser	**Sökord**	**Antal träffar**	**Genomlästa abstrakt**	**Urval 1**	**Urval 2**
CINAHL	Motivational Interviewing	479	10	6	2
MedLine/PubMed	Motivational Interviewing	715	12	5	1
CINAHL	Motivational Interviewing AND nurse	44	10	6	4
MedLine/PubMed	Motivational Interviewing AND nurse	80	45	25	8

2.4 Urvalskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga, utförda i Europa, Nordamerika eller Australien, vara från år 1999-2009 samt vara skrivna på engelska eller svenska. De skulle även vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Detta innebar att de skulle beröra hur sjuksköterskor använde MI i kontakten med olika patientgrupper, samt vad MI-interventionen gav för resultat. Artiklarna skulle även ha varit metodologiskt bedömda som av hög eller medelhög kvalitet. Artiklar som exkluderades efter det första urvalet var de som inte visade sig motsvara föreliggande studies syfte och frågeställningar. Detta kunde röra sig om att det vid en djupare genomläsning visades inte bara vara sjuksköterskor som var delaktiga i MI-interventionen, eller att artiklarna berörde andra situationer där sjuksköterskor använde sig av MI än patientrelaterade. Även artiklar som behandlade hur sjuksköterskor lärde sig MI förekom, samt artiklar där det utvärderade resultatet av MI inte kunde fastställas. Artiklar som vid genomläsning omgående bedömdes vara av låg kvalitet exkluderades också ur studien.

2.5. Dataanalys

Samtliga 15 artiklar lästes, granskades kritiskt och sammanfattades av båda föreliggande studies författare. Artiklarna granskades metodologiskt med hjälp av granskningsmallar för kvalitativa artiklar (Bilaga 1) och kvantitativa artiklar (Bilaga 2) utvecklade av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

Granskningsmallarna bestod av 24 metodologiska frågor för kvantitativa artiklar, och 18 frågor för kvalitativa artiklar. För varje positivt svar per fråga räknades 1 poäng, och för varje nekande eller tveksamt svar gavs 0 poäng. Maxpoängen för kvantitativa artiklar var därmed 24 poäng medan maxpoängen var 18 för kvalitativa. Poängsumman omräknades sedan till en procentsats där artiklar som hade en kvalitet på 100-80% bedömdes vara av klass III (hög kvalitet), artiklar med en procentberäkning på 79-60% bedömdes vara av klass II (medel kvalitet) och artiklar med en procentberäkning under 60% bedömdes vara av klass I (låg kvalitet) (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Inga artiklar som bedömdes vara av låg kvalitet ingick i föreliggande studie.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Materialet som användes granskades forskningsetiskt, vilket innebar att författarna kontrollerade att materialet följde riktlinjerna för forskningsetiska aspekter (Helsingforsdeklarationen, 1996). Allt material hämtades från vetenskapliga tidskrifter där forskningsetiska aspekter redan ska ha granskats av en forskningsetisk kommitté för att artikeln ska få publiceras. Under författarnas egen granskning av artiklarna har ett etiskt förhållningssätt använts genom att alla resultat presenterats oavsett om det varit till fördel eller nackdel för studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2003).

3. Resultat

Resultatet presenteras genom en tabell med översikt av valda artiklar (tabell 2), i löpande text samt en tabell med översikt av valda källors syfte och resultat (tabell 3).

3. 1 Valda källor

Tabell 2, Översikt av valda artiklar

Författare Titel Publ.år.	**Design**	**Undersöknin gsgrupp**	**Data-insamlingsmetod**	**Datananalys metod**	**Kvalitet**
Alwyn et al. The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme -2004	Pragmatisk randomiserad Kvantitativ ansats	19 alkoholmissbrukare.	- Form 90 family of instruments - Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) - Alcohol Problems Questionnaire (APQ) - Social Satisfaction Scale - Self Esteem questionnaire.	- Variansanalys -Ickepara-metriska tester - Oberoende *t*-test.	Medel
Beckham Motivational interviewing with hazardous drinkers -2007	Randomiserad Kvantitativ ansats	29 patienter i riskzonen för alkohol-missbruk.	1.Alkoholkonsumtionsdata m.h.a. sexveckors alkohol kvantitet/frekvens GGT-blodprov 2. Alkoholkonsumtions data (se ovan) GGT-blodprov Demografisk data samt annan data.	- Wilcoxon signed rankstest.	Medel
Bennett et al. Healthy aging demonstration project: nurse coaching for behavior change in older adults -2005	Experimentell Kvantitativ ansats	111 äldre vuxna med diagnostiserad kronisk sjukdom som diabetes, lungsjukdom, hjärtsjukdom, artrit eller neuromuskulär sjukdom.	- MI-coaching via personliga möten, telefon och/eller mailkontakt. - Hälsostatus mättes genom en enkät.	- Deskriptiv statistik - ANCOVA.	Hög
Borrelli et al.	Experimentell	273 rökare med ohälsa.	Nikotinberoende testades med	Logistisk regression.	Hög

Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking) -2005	Kvantitativ ansats		- ”Fagerstrom-test” samt ett utandningstest, livskvalitet mättes med SF12, ”the 11-item Mini-Mental State Examination för mental status, sociodemografiska data.		
Brodie Inoue et al. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure -2005	Experimentell Kvantitativ ansats	60 stycken äldre med kronisk hjärtsjukdom.	Risken för kranskärls sjukdom mättes genom att undersöka risk för hypertoni, diabetes och rökning med b.la Ejektions fraktion, Severity of CHF samt labtest. Sjukhusvistelse och medicinering undersöktes. Fysisk aktivitet mättes med 3- dagars fysisk aktivitetsdagbok samt ”6-minute walk test”, frågeformulär uttryckt i enheter som kcal/kg/dag. Demografiska data.	- Skewness - kurtosis - Kolmogorov test - ANOVA - Kruskal-wallis test - Chi-2-test - Pearsons correlation.	Hög
Cook et al. Telephone counseling to improve osteoporosis treatment adherence: an effectiveness study in community practice settings -2007	Ickerandomiserad Kvantitativ ansats	402 patienter som behandlades mot eller fick förebyggande behandling mot osteoporos.	Demografisk data, data från apotek om utskrivna recept, telefonintervjuer.	- Chi-2-test - Intent-to-treat metodologi - Kvalitativa analyser.	Hög
DiIorio et al. A telephone-based self-management program for people with epilepsy -2009	Deskriptiv Kvantitativ ansats	22 vuxna med epilepsi.	MEMS-cap, AGAS medicinsk självrapportertings skala, Epilepsy self manegement scale, Self-efficacy scale, Outcome expectancy scale, vetskap om epilepsi mättes med “EKQ”-frågeformulär.	- Komparativ analysmetod - Oberoende *t*-test	Hög
DiIorio et al. Using motivational interviewing to	Randomiserad kontrollerad studie	247 HIV-smittade på en HIV-mottagning.	- MEMS-cap - Självskattnings-formulär - Intervjuer.	- *t*-test - Chi-2 test.	Hög

promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study -2008	Kvantitativ ansats				
DiIorio et al. Using Motivational Interviewing to Promote Adherence to Antiretroviral Medications: A Pilot Study -2003	Randomiserad kontrollerad studie Kvantitativ ansats	20 vuxna med HIV.	UCSF Adherence-formulär, frågor om missade doser senaste dagarna, The Antiretroviral General Adherence Scale, andra följsamhetsmätningar Deltagarutvärdering.	- *t*-test - Hedges and Olkins unbiased effect size - Chi-2 test.	Medel
Dunphy-Suplee The Importance of Providing Smoking Relapse Counseling During the Postpartum Hospitalization -2005	Randomiserad kontrollerad studie Kvantitativ ansats	62 gravida kvinnor.	-Smoking Relapse Prevention Questionnaire -Urinprov - Revised Smoking Relapse Prevention Questionnaire.	- *t*-test - Chi-2 test - Intent-to-treat.	Hög
Lindhe Söderlund et al. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children -2008	Explorativ Kvalitativ ansats	11 barnsjuksköterskor.	Ostrukturerad intervju om upplevelserna kring MI-samtal.	- Kvalitativ analys, intervjuerna transkriberades, kategoriserades och granskades.	Medel
Pbert et al. A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial -2006	Randomiserad kontrollerad studie Kvantitativ ansats	71 gymnasie-skolor.	Frågeformulär om rökning och rökvanor.	- *t*-test - Fisher's exact test.	Hög
Robinson et al. Transforming clinical practice amongst community	Longitudinell Kvalitativ ansats	21 sjuksköterskor på 4 hälsocentraler.	Kvalitativa data insamlades genom videoinspelningar från 26 feedback-möten och	- Deskriptiv statistik.	Medel

nurses: Mentoring for COPD patients self-management -2008			demografiska data genom enkät.		
Tappin et al. A pilot study to establish a randomized trial methodology to test the efficacy of a behavioural intervention -2000	Deskriptiv Kvalitativ ansats	100 gravida själv-rapporterade rökare.	- MI-baserade intervjuer i hemmet - Strukturerade intervjuer om rökvanor via telefon - Blodprov för att fastställa nikotinhalten i blodet.	- *t*-test - Fisher exact test - Chi 2 test - Mann-Whitney test.	Hög
Wilhelm et al. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding -2005	Explorativ Kvantitativ ansats	73 ammande kvinnor.	- Frågeformulär med demografiska fakta och obstetrikhistoria. - The Breastfeeding Self-efficacy scale. - Mammornas avsikt att fortsätta amma mättes med en enkät.	- *t*-test - Mann-Whitney U tests - Chi-2 test.	Hög

3. 2 Valda källors resultat

3.2.1 Patientgrupper där sjuksköterskor använder motiverande samtal

Rökare

Den mest representerade patientgruppen i de granskade artiklarna var rökare, vilka var undersökningsgruppen i fyra av artiklarna. Två av dessa handlade om gravida rökare. Den ena fokuserade på att med hjälp av MI-intervention förhindra att rökande kvinnor som gjort ett uppehåll med rökningen under graviditeten, återföll i rökning efter förlossningen (Dunphy-Suplee, 2005). Den andra artikeln berörde hur man med hjälp av MI ville uppmuntra gravida rökare att sluta röka under graviditeten (Tappin et al., 2000). De två övriga artiklarna behandlade hur sjuksköterskor som arbetade i hemsjukvård kunde ha hjälp av MI för att motivera sina rökande patienter med dålig hälsa att sluta röka (Borrelli et al., 2005) samt hur skolsjuksköterskor använde sig av MI för att hjälpa rökande skolungdomar som ville sluta röka, att kontrollera deras abstinensnivåer (Pbert et al., 2006).

Patientgrupper där livsstilsförändringar är aktuella

MI användes även för att uppnå livsstilsförändringar, vilket tre artiklar handlade om. Dessa tre artiklar behandlade hur MI skulle kunna hjälpa äldre sjuka att förändra sin livsstil och förbättra sin hälsostatus (Bennett et al., 2005), hur MI användes som samtalsmetod till överviktiga och feta barn (Lindhe Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2008) och hur MI var en del i att uppmuntra patienter med kronisk hjärtsjukdom till ökad fysisk aktivitet (Brodie & Inoue, 2005).

Alkoholmissbrukare/patienter med riskbruk av alkohol

MI i samband med alkoholavgiftning eller riskbruk av alkohol behandlades i två av artiklarna. I dessa utvärderades hur en MI-intervention kunde påverka alkoholavgiftning i hemmiljö (Alwyn, Hodgson & Phillips, 2004) samt hur individer med riskbruk av alkohol kunde minska sin alkoholkonsumtion med hjälp av MI (Beckham, 2007).

HIV-patienter

MI-intervention till patienter med diagnostiserad HIV förekom i två av artiklarna (DiIorio et al., 2008; DiIorio et al., 2003). I båda dessa användes MI för att öka och/eller utvärdera följsamheten av bromsmedicin efter att patienterna i experimentgruppen genomgått en intervention baserad på MI.

Övriga patientgrupper

De övriga artiklarna beskrev hur MI användes för att öka medicinföljsamheten hos osteoporospatienter (Cook, Emiliozzi & McCabe, 2007) hur MI användes i ett program där sjuksköterskor agerar mentorer för att öka självkontrollen hos KOL-patienter (Robinson et al., 2008), hur MI användes för att utvärdera effekten av självhjälpsprogram hos epileptiker (DiIorio, Reisinger, Yeager & McCarty, 2009) samt hur MI användes för att öka amningstiden hos mammor (Wilhelm, Flanders Stepans, Hertzog, Callahan Rodehorst & Gardner, 2005).

3.2.2 Det beskrivna resultatet av motiverande samtal

Goda resultat av MI-intervention

Då ett MI-inriktat förhållningssätt antogs till KOL-patienter förändrades sjuksköterskornas arbetssätt med KOL-patienterna i en ny övergripande positiv riktning (Robinson et al., 2008). Även följsamheten till medicinintag hos osteoporospatienter efter MI-intervention visade sig betydligt högre än hos kontrollgruppen (Cook et al., 2007). Samma resultat redovisades då MI använts till en population av riskbrukare av alkohol där deltagarna minskade sin alkoholkonsumtion och deras levervärden förbättrades (Beckham, 2007). Efter alkoholavgiftning i hemmiljö med en psykologisk intervention där MI var en del, uppvisade deltagarna positiva förändringar i alkoholkonsumtion, dagar av abstinens, social tillfredställelse, självkänsla och alkoholrelaterade problem. Interventionen var även kostnadseffektiv (Alwyn et al., 2004). I ett självhjälpsprogram för epileptiker genererade MI ett positivt resultat då de flesta av deltagarna var nöjda med metoden. Deltagarna i experimentgruppen var även mer positiva till att ta sin medicin än deltagarna i kontrollgruppen (DiIorio et al., 2009). Användandet av MI för att hjälpa studenter att sluta

röka gav ett positivt resultat då de i experimentgruppen efter tre månader hade sex ggr större chans att sluta röka än de i kontrollgruppen (Pbert et al., 2006).
MI-intervention för att hjälpa rökare med dålig hälsa i hemsjukvård visade gott resultat, då flera av deltagarna var mer positivt inställda till att sluta röka samt rökte betydligt färre cigaretter per dag jämfört med de i kontrollgruppen (Borrelli et al., 2005). MI-intervention för att öka den fysiska aktiviteten hos hjärtsjuka gav ett positivt resultat då de i experimentgruppen uppvisade ökad aktivitetsnivå (Brodie & Inoue, 2005).

Inget, oklart eller varierat resultat av MI-intervention

Användandet av MI för att uppmuntra gravida kvinnor att sluta röka visade att de allra flesta deltagarna var nöjda med metoden MI-samtal. I övrigt uppvisades inga signifikanta skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp (Tappin et al., 2000). För att främja livsstilsförändring hos äldre vuxna användes MI, och det visade sig att interventionsmetoden var effektiv i den mån att de äldre uppvisade minde sjukdom och mindre stressrelaterad ohälsa.
Artikelförfattarna menade dock att det är osäkert om detta i sig leder till livsstilsförändringar (Bennett et al., 2005). I den ena artikeln om MI-intervention för att öka följsamheten till medicinering hos HIV-patienter uppvisades inga statistiskt signifikanta skillnader mellan kontroll- och experimentgrupp (DiIorio et al., 2008). Den andra studien visade att det under uppföljningens sista vecka fanns statistiskt signifikanta skillnader med avseende på intagna medicindoser, men i övrigt framkom inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna (DiIorio et al., 2003). Att använda sig av MI som samtalsmetod till överviktiga barn gav ett blandat resultat där en del av sjuksköterskorna uppgav att det i själva verket var föräldrarna till barnen som behövde rådgivning medan några av sjuksköterskorna ansåg att MI var en bra metod för att ta sig an problemet. De tyckte också att det var positivt att använda sig av MI då patienten själv kan bestämma om den vill förändras eller inte. Säger patienten nej redan från första början menade sjuksköterskorna att man inte behövde lägga för mycket resurser på en patient som inte är redo för förändring (Lindhe Söderlund et al., 2008). MI-intervention för att minska återfallsrisken i rökning efter förlossning, resulterade inte i någon signifikant skillnad mellan undersökningsgrupperna (Dunphy-Suplee, 2005). Inte heller då MI användes för att öka amningstiden till sex månader framkom några signifikanta skillnader mellan kontrollgrupp och experimentgrupp (Wilhelm et al., 2005).

Tabell 3, Översikt över syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
Alwyn et al. -2004	Att undersöka om en psykologisk intervention under avgiftning i hemmiljö ökar effektiviteten av avgiftningen.	Efter 3 och 12 månader hade interventionen gett positiva förändringar i alkoholkonsumtion, dagar av abstinens, social tillfredställelse, självkänsla och alkoholrelaterade problem. Interventionen var även kostnadseffektiv.
Beckham -2007	Att testa effektiviteten av MI i en population av riskdrickare.	Deltagarna minskade sin alkoholkonsumtion efter interventionen. Även levervärden förbättrades.
Bennett et al. -2005	Att undersöka möjligheten av MI-inriktad sjuksköterskerådgivning via telefon och e-post samt att utvärdera förändringar i hälsostatus hos vuxna som tagit emot sjuksköterskerådgivning till skillnad från en kontrollgrupp.	Interventionsgruppen visade signifikant skillnad i mindre sjukdom samt mindre stressrelaterad ohälsa än kontrollgruppen. Det är dock inte säkert att dessa skillnader resulterar i beteendeförändringar. Försökspersonerna visade tillfredställelse med att ta emot sjuksköterskans rådgivning via telefon eller email.
Borrelli et al. -2005	Att göra en hypotesprövning om att interventionsgruppen blir motiverade och får som mål att sluta röka med hjälp av MI.	Interventionsgruppen visade mera potential till att sluta röka än kontrollgruppen, och det var en signifikant minskning hos interventionsgruppen i antal rökta cigaretter per dag, efter 12 månaders uppföljning.
Brodie Inoue -2005	Att under en 5 månaders period jämföra två olika metoder för att öka fysisk aktivitet: ett traditionellt träningsprogram samt ett baserat på MI.	Gruppen som fick MI samt gruppen som fick båda behandlingarna visade en ökad fysisk aktivitet, medan gruppen med traditionell omvårdnad inte uppvisade någon ökning. Alla grupperna ökade sträckan på deras ”gå-6 minuter- test” .
DiIorio et al. -2009	Att utvärdera möjligheten och acceptansen av ett telefonbaserat epilepsi självbehandlingsprogram samt att utvärdera efterföljande beteende.	De flesta deltagarna rapporterade att de var nöjda med metoden då de tyckte att den var praktisk, samt uppskattade att någon ”brydde sig” om deras tillstånd. Deltagarna i interventionsgruppen visade b.l.a en mer positiv inställning till att ta sin medicin än deltagarna i kontrollgruppen.
DiIorio et al. -2008	Att testa en intervention som stödjer följsamheten till förskrivna bromsmediciner hos främst låginkomsttagande män och kvinnor med HIV.	Interventionen gav inga statistiskt signifikanta skillnader mellan kontroll- och experimentgrupp med avseende på medicinföljsamhet.
Dilorio et al. -2003	Det fanns två syften med studien: Att samla preliminär data på resultatet av ett test av interventionen, samt att utvärdera bedömnings- och interventionsproceduren.	Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan grupperna bortsett från att en mindre procent av de i interventionsgruppen under den sista veckan rapporterat att de missat att ta sina mediciner, jämfört med dem i kontrollgruppen.
Dunphy-Suplee -2005	Att under postpartumperioden bestämma a) den mest lämpliga tidpunkten för att närma sig rökningsåterfall b) anledningarna till varför kvinnorna får återfall i rökning c) skillnaderna i rökningsåterfall hos kvinnor som mottagit en rådgivningsintervention i den omedelbara postpartumperioden jämfört med dem som inte fått det, och d) skillnader i den	Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de två grupperna i avseende på rökningsåterfall.

	självrapporterade tobaksanvändningen jämfört med urinanalys.	
Lindhe Söderlund et al. -2008	Att identifiera hinder och förenkla sjuksköterskors användning av MI som rådgivning till överviktiga barn/barn med fetma mellan 5-7 år, tillsammans med deras föräldrar.	Vissa av sjuksköterskorna saknade en förmåga att se problemet bland barnen och dess övervikt. Flera tyckte inte att det fanns något problem och att barnens övervikt var något naturligt som skulle jämna ut sig med åldern. På grund av denna obeslutsamhet var det svårt för sjuksköterskorna att i samtal med barn och föräldrar ta upp problemet om övervikt. Flera menade att problemet började hos föräldrarna själva, barn som är överviktiga har ofta överviktiga föräldrar och att man istället skulle börja med MI till dem, att det var för svårt att utföra MI till deras barn. Och andra sidan tyckte några att det var skönt att använda sig av MI då patienterna själva bestämmer om de vill ändra sig eller inte. De tyckte även att det var skönt att patienten får tänka själv och själv komma fram till sitt problem istället för att sjuksköterskan ska behöva säga det rakt ut.
Pbert et al. -2006	Att utvärdera effekten av skolsköterskeledda sluta-röka samtal för att förbättra abstinensvärden hos unga vuxna som är intresserade av att sluta röka.	Studenter i interventionsgruppen hade efter 6 veckor 8 gånger större odds till att sluta röka än de i kontrollgruppen. Efter 3 månader var oddsen 6 gånger större att sluta röka i interventionsgruppen än i kontrollgruppen.
Robinson et al. -2008	Att rapportera resultatet från de första 12 månaderna av Pathways Home for respiratory illness-projektet, vilket undersöker processen av deltagande som mentor i ett projekt som utmanar community health nurses (CHN) kliniska praktik och uppmuntrar förändring till en mer philosophy of primary health care (PHC)- stil.	Sjuksköterskornas övergång till en mer PHC-stil kännetecknades av: 1.Ändra uppfattningen av KOL. 2.Rekonstruera den traditionella KOL-praxisen. 3.Problem med promotandet av ”själv-hjälp” till KOL-patienter. 4.Problem vid antagandet av en samarbetsinställning till främjandet av självhjälp. 5.Förändringen i praktiken.
Tappin et al. -2000	Att undersöka om förebyggande hembaserade MI samtal av specialistutbildade barnmorskor kan hjälpa gravida rökare att dra ner på sin rökning.	Deltagarna visade sig i de allra flesta fall vara nöjda med MI-samtal som metod. I övrigt uppvisades inga statistiskt relevanta skillnader.
Wilhelm et al. -2005	Syftet var att kartlägga möjligheten av att använda MI för att motivera mammor att öka sin avsikt att amma minst 6 månader samt att göra amningen mera effektiv.	Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader i amningslängd mellan kontroll- och experimentgrupp.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visade att sjuksköterskor använder MI till flertalet patientgrupper såsom till rökare, patienter i behov av livsstilsförändring, alkoholmissbrukare, HIV-patienter samt till andra patientgrupper så som epileptiker, osteoporospatienter, KOL-patienter och nyblivna mammor. Resultatet av MI var övervägande positivt, några artiklar redovisade dock inget, oklart eller varierat resultat av MI-intervention.

4.2 Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva till vilka patientgrupper sjuksköterskor använder *motiverande samtal* i sitt yrkesutövande, samt presentera samtalsmetodens beskrivna resultat.

Då fyra av artiklarna handlade om MI och rökning samt två stycken handlade om patienter med ett riskbruk av alkohol, går det kanske att se att MI ursprungligen utvecklades för att användas i missbruksvård. Det var sjukvårdare som själva upplyste utvecklarna av MI att denna metod även skulle kunna vara användbar i sjukvård, då de i sin yrkesroll dagligen mötte människor som skulle vara hjälpta av en livsstilsförändring (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Föreliggande studie kan spegla hur MI numera används av sjuksköterskor till flertalet olika patientgrupper och i olika situationer, men fortfarande i stor utsträckning används till patienter med beroendeproblematik. MI utvecklades då dess principer upptäcktes vara ett effektivt medel i bemötandet av missbrukande människor som var ambivalenta till förändring. MI visade sig dock senare vara effektivt till långt fler patientgrupper då skaparna av metoden menar att ambivalens är en del av att vara mänsklig (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Detta demonstreras även i föreliggande studie genom att MI visade sig användas till betydligt fler patientgrupper än till missbrukare, samt till människor i alla åldrar. MI: s utformning kan därför vara lämplig till många olika sorters patientgrupper och inte bara till missbrukare.

Den transteoretiska modellen (TTM) vilken MI:s principer kan relateras till, beskriver (kortfattat och förenklat) hur en person först går från att vara omedveten om sitt förändringsbehov till att senare aktivt agera för att genomföra och behålla en förändring (Prochaska & DiClemente, 1983). Att förändringsförmågan ligger hos individen själv och är

baserat på vilket förändringsstadium denne befinner sig i, är principer som kan tänkas vara korrekta antaganden gällande de flesta människor som är i behov av en livsstilsförändring. Detta är beslut som individen själv måste komma fram till för att resultat ska uppnås och kunna upprätthållas. Sjuksköterskor kan inte motivera patienter att förändra sin livsstil om de inte själva vill det (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Idén bakom MI att möta patienten på dess egen nivå där denne själv har ansvaret för sin förändring kan vara en anledning till varför MI är effektivt. I föreliggande studie granskades artiklar där sjuksköterskor använde MI till flera olika patientgrupper och med flera olika syften. Att metoden går att använda till så vitt skilda patientgrupper kan bero på att den fokuserar på den individuella *förändringsbenägenheten* och inte på problemet i sig. Det är alltså inte rökning, följsamhet till medicinering osv. som är det egentliga problemet utan *hur* individen själv förhåller sig till detta problem. Metoden kan kanske sägas gå ut på att bistå patienten när denne själv kommer fram till att/om denne vill förändras, och inte att servera några färdiga lösningar eller komma med skrämselpropaganda. Patienten ansvarar själv för förändringen vilket innebär att sjuksköterskor inte ska lägga alltför mycket resurser på att försöka övertyga patienter att förändra sin livsstil om de inte själva visar intresse för det. I denna studie framkom att sjuksköterskor därför var nöjda med MI som samtalsmetod. Detta överensstämmer med tidigare forskning där det visats på att det är viktigt att sjuksköterskor tar reda på patientens förändringsbenägenhet innan de ägnar sig åt patientutbildning. En mottaglig patient ger större förändringsbenägenhet (Fahey et al., 2008), vilket gör MI-metoden praktiskt tillämpbar.

Faris, Cavell, Fishburne och Britton (2009) menar att det finns flertalet studier som visar *att* MI fungerar men inte *hur* metoden gör det. De menar att MI:s bevisade effektivitet kan förklaras med att metoden fokuserar på att mobilisera klientens (patientens) inneboende resurser för motivation, lärande, kreativitet, problemlösning och målmedveten aktivitet. De relaterar detta till begreppet ”client agency” som innebär kapaciteten att själv aktivt influera riktningen av psykoterapi. Det kan sägas innebära patientens egna aktiva roll i förändringsprocessen som MI innebär. Dessa tankegångar kan associeras med diskussionen ovan, om varför MI fungerar till flertalet patientgrupper.

Fem av artiklarna redovisade inget, oklart eller varierat resultat. Flera av dessa artiklar visade dock på positiva tendenser efter MI-intervention men dessa var inte statistiskt signifikanta. I några av artiklarna var delar av resultatet inte statistiskt signifikant medan andra delar kunde visa ett positivt resultat av MI. Författarna till föreliggande studie tror att detta kan bero på

brister i artiklarnas metod, så som t.ex. för stort bortfall eller att MI inte användes på rätt sätt. För få deltagare eller för kort tidsperiod av MI-intervention kan ha varit en annan orsak.

Vad gäller de granskade artiklarnas metodologiska kvalitet bedömdes de utifrån dess design, urvalsmetod, bortfall, mätinstrumentets reliabilitet/validitet osv. Dessa bedömdes av författarna utifrån granskningsmallar utvecklade av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). En granskningsmall var för kvalitativa artiklar och en var för kvantitativa artiklar. Då det i urvalsprocessen skedde både ett första och ett andra urval var de artiklar som slutligen granskades av hög eller medelhög kvalitet. Detta då de artiklar som vid en första genomläsning inte bedömdes hålla en tillräcklig vetenskaplig kvalitet inte gick vidare till det andra urvalet. Det innebar att ingen av artiklarna som kvalitetsgranskades under det andra urvalet bedömdes vara av så låg kvalitet att de uteslöts ur studien. 16 artiklar bedömdes ha tillräckligt god kvalitet för att ingå i studien. En artikel av dessa exkluderades senare då MI var en så liten del att det var osäkert huruvida MI:s effektivitet påverkat resultatet alls. I föreliggande studie ingick slutligen 15 artiklar, varav 12 stycken hade en kvantitativ ansats samt tre stycken en kvalitativ ansats. Av dessa bedömdes fem stycken vara av medelhög kvalitet och tio stycken bedömdes vara av hög kvalitet. Att artiklarna kvalitetsgranskats torde stärka denna studies resultat, då det baserats på artiklar vars vetenskapliga kvalitet kan anses vara trovärdiga och starka.

4.3 Metoddiskussion

Litteratursökningen skedde genom MedLine vilket är den största databasen för vetenskapliga artiklar inom hälso- och sjukvård, samt Cinahl vilket är en stor men något yngre databas. Dessa databaser kan sannolikt anses vara tillräckliga för att finna det vetenskapliga materialet till föreliggande studie.

Det kan vara en fördel om de sökord som ska användas i sökningen finns i databasernas theasurus då det kan underlätta att finna relevant och mer specifikt material (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Det i föreliggande studie avgörande sökordet ”motivational interviewing” fanns inte i aktuella databasers thesaurus och det fanns heller ingen annan term med samma betydelse. Detta gjorde att sökningen blev väldigt vid trots att den egentligen inte berörde ett stort ämne. Sökorden kombinerades med hjälp av de booelska söktermerna och gav slutligen tillräckligt många artiklar av hög vetenskaplig kvalitet för att studien kunde

genomföras. Publiceringsbias, snedvridet urval undveks genom att söka artiklar från fler än en databas (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Några av inklusionskriterierna för att artiklarna skulle få ingå i föreliggande studie var att de skulle vara från Europa, Nordamerika eller Australien, detta för att få länder med så liknande kultur som det skandinaviska med i studien, då det blir lättare att relatera dessa till varandra. Författarna valde därför att utesluta flera artiklar som kom ifrån t.ex. Asien. Artiklarna skulle även vara från år 1999-2009, då ännu äldre artiklar om MI helt enkelt inte längre är aktuella samt att MI inte behandlades i forskning i samma utsträckning tidigare. Från början var önskemålet att inte ha med artiklar äldre än fem år, för att få ett så aktuellt resultat som möjligt. Då det visade sig finnas alldeles för få artiklar inom den aktuella tidsperioden fick äldre artiklar inkluderas. Artiklarna skulle också vara skrivna på engelska eller svenska, då författarna inte behärskar andra språk. Ovanstående kriterier drog därför ner antalet potentiella artiklar något.

Dataanalys och kvalitetsvärdering skedde genom att båda författarna till föreliggande studie läste och granskade samtliga artiklar. Med hjälp av granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar utvecklade av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) bedömdes artiklarna som av hög eller medelhög kvalitet. Med hjälp av granskningsmallarna beräknades en poängsats ut, som slutligen gjordes om till procent och avgjorde om artikeln var av låg, medelhög eller hög kvalitet. Detta möjliggjorde ett säkerställande av att artiklarnas metodologiska kvalitet var tillräcklig. De granskningsmallar som användes, valdes för att beprövade granskningsmallar kan antas vara enkla att använda sig av och samtidigt ge en trovärdig bedömning. Mallen har övergripande, heltäckande och strukturerade frågor som enkelt går att använda.

En styrka med att som metodval välja litteraturstudie är att resultatet baseras på flera genomförda vetenskapliga studier, vilket ger ett övergripande och sammanfattande resultat. Det skänker alltså en bred överblick över det aktuella ämnesområdet. Det går också att se sammanhang och tendenser genom sammanfattandet av artiklarnas resultat. Resultatet i föreliggande studie visade dock inte på ett enbart effektivt resultat av MI, vilket gör det svårt att generalisera med så pass få artiklar till grund.

Begränsningar med föreliggande studie kan vara att det fanns få artiklar tillgängliga som svarade mot studiens syfte och frågeställningar, - med den höga kvaliteten som önskades. Uppsatsen hade med fördel kunnat baseras på ett större antal artiklar om det funnits tillgängligt. I en sökning på bara ”motivational interviewing” kommer det upp ett mycket stort urval av artiklar, men få av dessa berörde sjuksköterskor varvid artiklarna inte inkluderades i föreliggande studie. I sökning på ”motivational interviewing” och ”nurse” blev resultatet mera specifikt, men inte särskilt stort.

Då litteraturstudie antas som metodval behövs en sökstrategi för att finna material (artiklar) till studien som ska genomföras. Författarna identifierar beroende på den aktuella frågeställningen vissa sökord som ska hjälpa dem att genomföra sökningen och finna det material de vill ha. En optimal litteratursökning ska ha hög specificitet och hög sensitivitet vilket innebär att fånga in de flesta relevanta referenserna samt utesluta de icke relevanta (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). I föreliggande studie visade det sig något problematiskt att nå hög specificitet och sensivitet genom sökningen då MI och hur det används av sjuksköterskor är ett smalt område.

En nackdel med de valda granskningsmallarna till föreliggande studie kan vara att alla frågor i mallarna bedömdes på samma sätt, med 1 poäng eller 0 poäng. Vissa frågor kan tyckas vara viktigare än andra, och borde därför ha flera poäng. En del artiklar kan därför ha fått en relativt hög bedömning i granskningen, trots att det fattades en eller flera viktiga delar. Det är möjligt att en annan granskningsmall hade lett fram till en annan kvalitet på artiklarna. Det går heller inte att komma ifrån att granskningen av artiklar i slutändan ändå utförs av författarna själva vilket innebär att den blir något subjektiv. I föreliggande studie förstärktes objektiviteten genom att båda författarna läste och granskade samtliga artiklar för att jämföra och diskutera bedömningarna.

4.4 Allmän diskussion

Rollnick, Miller och Butler (2008) beskriver hur sjukvården ofta möter människor som skulle vara hjälpta av livsstilsförändringar, men att sjukvårdspersonal många gånger upplever att de inte har tillräcklig utbildning för ändamålet. Då hälsoutbildning och hälsofrämjande arbete är en viktig del av sjuksköterskans yrkesroll är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap och verktyg att hantera detta problem (Casey, 2007). I föreliggande litteraturstudie framgick att

sjuksköterskor upplever sig nöjda med MI som samtalsmetod. Detta bekräftas av tidigare studier som visar att sjuksköterskor som utbildats i MI har ökat självförtroende att möta patienter, och att deras MI-samtal med patienterna har goda resultat (Linde Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008).

I föreliggande litteraturstudie har det även framkommit att patienter är nöjda med MI som metod och ser positivt på att få känna sig delaktig och ta egna initiativ, vilket stämmer överens med tidigare forskningsresultat (bl. a. Gance-Cleveland, 2007).
Det har också framkommit att MI överlag verkar vara en god samtalsmetod för att möta diverse hälsoproblem. Det betyder dock inte att MI är den enkla lösningen på alla stora och allvarliga hälsoproblem som finns i dagens samhälle. Att få bukt med människors hälsa är ett komplext problem som är en stor utmaning för dem som arbetar inom vården, där det inte alltid finns någon enkel lösning.

Slutsatsen av denna litteraturstudie är att MI kan vara en värdefull metod i traditionell omvårdnad som är väl värd att prova till fler patientgrupper och i olika situationer. Principerna för MI kan relateras till typiskt mänskligt beteende då samtalsmetoden baseras på att det individuella valet *om* och *hur* livsstilsförändringar är önskat. Detta är avgörande för om förändringen genomförs och upprätthålls. Det kan ofta vara problematiskt att tala med människor om deras livsstil och privata problem, det är ingen lätt sak att som sjuksköterska närma sig patienter i samtal om dessa områden. Då man vet att vissa metoder fungerar bättre än andra kan det vara värt att lägga fokus på dessa, exempelvis genom att utbilda och motivera sjuksköterskor som sedan i sin tur ska göra detta med sina patienter. I det långa loppet eftersträvas en så effektiv vård som möjligt, god hälsa och så friska patienter som möjligt. Författarna till föreliggande studie tror att användandet av MI kan vara ett steg i denna riktning. Vi anser även att principerna för MI är ett bra grundläggande sätt att tänka som sjuksköterska, i bemötandet av patienter. Att det är något sjuksköterskor inom alla yrkesområden kan ha i åtanke i bemötandet av patienter överlag och inte bara i samtal om livsstilsförändringar.
Vidare forskning skulle dock behövas inom perspektivet sjuksköterska - patient, som använder sig av MI, för att bredda kunskapen om dess användbarhet.

Referenser

*Alwyn, T., John, B., Hodgson, R.J. & Phillips C.J., (2004). The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol & Alcoholism*, doi:10.1093/alcalc/agh092

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

*Beckham, N., (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practioners,* 19, 103-110.

*Bennett, J.A., Perrin, N.A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flaherty-Robb, M., Joseph, C., Butterworth, S. & Potempa, K., (2005). Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in nursing & health,* 28, 187-197.

*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,* 41, 815-821.

*Brodie, D.A. & Inoue, A., (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing,* 50(5), 518-527.

Casey, D., (2007). Using action research to change health-promoting practice. *Nursing and Health Sciences*, 9, 5-13.

*Cook, P., Emiliozzi, S. & McCabe, M., (2007). Telephone counseling to improve osteoporosis treatment adherence: a effectiveness study in community practice settings. *American Journal of Medical Quality,*. 22(6), 445-456.

*DiIorio, C., Reisinger, E., Yeager, K. & McCarty, F., (2009). A telephone-based self-manegement program for people with epilepsy. *Epilepsy & behavior*, 14, 232-236.

*DiIorio, C., McCarty, F., Resnicow, M., McDonnell Holstad, J., Soet, J., Yeager, K., Sharma, S.M., Morisky D.E. & Lundberg, B., (2008). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a randomized controlled study. *AIDS Care*, 20(3), 273-283.

*DiIorio, C., Resnicow, K., McDonnell, M., Soet, J., McCarty, F. & Yeager, K., (2003). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a pilot study. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 52-56.

*Dunphy Surplee, P., (2005). The importance of providing smoking relapse counselling during the postpartum hospitalization. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*/*JOGNN*, 6, 703-12.

Fahey, K., Rao, S., Douglas, M., Thomas, M., Elliott, J. & Miaskowski, C., (2008). Nurse coaching to explore and modify patient attitudinal barriers interfering with effective cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 233-240.

Faris, A., Cavell, A., Fishburne, J. & Britton, P., (2009). Examining Motivational Interviewing From a Client Agency Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65(0), 1-16

Forsberg, C. & Wengström, Y., (2003). Att göra systematiska litteraturstudier. Natur och kultur, Stockholm

Gance-Cleveland, B., (2007). Motivational interviewing: Improving patient education. *Journal of Pediatric Health Care*, 21, 81-88.

Jansink, R., Braspenning, J., Van der Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G. & Grol. R., (2009). Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-projekt): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Services Research*, 9(19), doi:10.1186/1472-6963-9-19

Karalis, M.& Weisen, K., (2007). Motivational interviewing. *Nephrology Nursing Journal*, 34(3), 336-338.

Kristoffersen, NJ., Nortvedt, F. & Skaug, EA. (red), (2005). *Grundläggande omvårdnad 3.* Liber, Stockholm

Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., Van Tulder, M., Van Oppen, P., Dekker. J. & Nijpels, G., (2008). Primaryprevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders,* 8(6), doi: 10.1186/1472-6823-8-6

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

*Lindhe Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P., (2008). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 3, 442-9.

*Pbert, L., Osganian, S., Gorak, D., Druker, S., Reed, G., O'Neill, K. & Sheetz, A., (2006). A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 43, 312-320.

Perry, C. & Bennett, J., (2006). Heart disease prevention in women: promoting exercise. *Journal of the American Acedemy of Nurse Practioners,* 18, 568-573.

Prochaska, J. O. & DiClemente,C.C., (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 5, 390-395.

*Robinson, A., Courtney-Pratt, H., Lea, M., Cameron-Tucker, H., Turner, P., Cummings, E., Wood-Baker, R. & Haydn Walters, E., (2008). Transforming clinical practice among community nurses: mentoring for COPD patient self-management. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing.* 17, 370-379.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C., (2008). *Motivational Interviewing in Health Care. Helping patients change behaviour.* The Guilford Press, New York.

Socialstyrelsen, (1982:763).Hälso- och sjukvårdslagen (hämtad 2009-08-13). Tillgänglig från http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763

*Tappin, D., Lumsden, MA., McIntyre, D., Mckay, C., Gilmour, H., Webber, R., Cowan, S., Crawford, F. & Currie, F., (2000). A pilot study to establish a randomized trial methodology to test the efficacy of a behavioural intervention. *Health education research,* 15(4), 491-502.

*Wilhelm, S., Flanders Stepans, M.B., Hertzog, M., Callahan Rodehorst, K. & Gardner, P., (2005). Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*/*JOGNN* , 35(3), 340-348.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C., (2006). *Evidensbaserad Omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur, Lund.

World Medical Association Declaration of Helsinki (cited 2009-08-12). Tillgänglig från http://www.karolinska.se/sv/Forskning/Forsokspersoner---undersidor/Helsingforsdeklarationen/

* De artiklar som ingår i litteraturstudien.

Bilaga1. Kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien
Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
Patientkarakteristiska Antal
Ålder
Man/Kvinna
Är kontexten presenterad? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
Etiskt resonemang? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____

Urval
- Relevant? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Strategiskt? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____

Metod för
- Urvalsförfarande tydligt beskrivet?Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Datainsamling tydligt beskriven? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Analys tydligt beskriven? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____

Giltighet
- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Råder datamättnad? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Råder analysmättnad? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____

Kommunicerbarhet
- Redovisas resultatet klart – tydligt? Ja____ Nej_____ Vet ej_____
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____
- Genereras teori? Ja_____ Nej_____ Vet ej_____

Huvudfynd
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet (mest andel ja)
Bra_____ Medel_____ Dålig_____

Bilaga 2 Kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien
Forskningsmetod RCT_____ CCT(Ej randomiserad)_____
Multicenter, antal center_____
Kontrollgrupp/er_____
Patientkarakteristiska Antal
Ålder
Man/Kvinna

Kriterier för exkludering
Adekvata exklusioner Ja_____ Nej_____
Intervention

Vad avsåg studien att studera?
Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått ?

Urvalsförfarandet beskrivet?
Representativt urval? Ja_____ Nej_____
Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja_____ Nej_____
Likvärdiga grupper vid start Ja_____ Nej_____
Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja_____ Nej_____
Blindning av patienter? Ja_____ Nej_____
Blindning av vårdare? Ja_____ Nej_____
Blindning av forskare? Ja_____ Nej_____

Bortfall
Bortfallsanalysen beskriven?Ja_____ Nej_____
Bortfallsstorleken beskriven?Ja_____ Nej_____
Adekvat statistisk metod? Ja_____ Nej_____
Etiskt resonemang? Ja_____ Nej_____

Hur tillförlitligt är resultatet?
Är instrumenten valida? Ja_____ Nej_____
Är instrumenten reliabla? Ja_____ Nej_____
Är resultatet generaliserbart? Ja_____ Nej_____
Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet (mest andel ja)
Bra_____ Medel_____ Dålig_____