

Att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring

- Sjuksköterskans upplevelse och hälsoeffekter hos patienten

FÖRFATTARE	Petra Brembeck
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete – Grundnivå, 15 hp HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Chatarina Löfqvist

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Tack till Annika Janson Fagring för god, givande och underhållande handledning.
Varje samtal har varit motiverande!

Titel (svensk):	Att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring
Titel (engelsk):	– Sjuksköterskans upplevelse och hälsoeffekter hos patienten To support patients with chronic diseases to a positive health behaviour change - The nurse's experience and health effects in the patient
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete - Grundnivå, 15 hp, OMO5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Petra Brembeck
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Chatarina Löfqvist

SAMMANFATTNING

Kroniska sjukdomar orsakar sex av tio dödsfall världen över. Många av riskfaktorerna för flera kroniska sjukdomar - såsom rökning, övervikt och fetma, dålig kosthållning och fysisk inaktivitet - är livsstilsrelaterade och påverkbara. Flera av riskfaktorerna kan förebyggas eller förhindras med en positiv hälsobeteendeförändring, men det traditionella sättet att inom sjukvården ge råd till patienterna är ofta ineffektivt och resulterar sällan i någon bestående beteendeförändring. Syftet med denna litteraturbaserade översikt var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring, samt att beskriva vilka hälsoeffekter sjuksköterskans stöd kan få för patienten. Resultatet visade att arbetet med hälsopromotion upplevdes som berikande och utvecklande, när tid och resurser fanns avsatta, samt att brist på tid och sviktande stöd från ledningen var de största hindren mot ett hälsofrämjande arbetssätt. Hälsofrämjande arbete i form av motiverande samtal och coaching visade sig ge flera olika positiva hälsoeffekter hos patienter med kronisk sjukdom, vissa av fysiologiskt mätbar karaktär, andra självskattade. Sammanfattningsvis upplevdes hälsopromotion som ett värdefullt verktyg för sjuksköterskan och det hälsofrämjande arbetet gav flera olika positiva hälsoeffekter hos patienten, men den verkliga utmaningen upplevdes framför allt ligga i att integrera ett hälsofrämjande arbetssätt inom sjukvården.

Sökord: *Health promotion, behavioral change, nursing, coaching, motivational interviewing*

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
HÄLSA OCH HÄLSOPROMOTION	1
MOTIVERANDE SAMTAL	2
EMPOWERMENT	2
INFORMATIONSVRKYTG	3
KRONISK SJUKDOM	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
VALD METOD	4
DATAINSAMLING	4
DATAANALYS	4
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	6
RESULTAT	6
SJUKSKÖTERS KANS UPPLEVELSE	6
Möjligheter	7
<i>Användbar metod</i>	7
<i>Att göra patienten medveten</i>	7
<i>Vårdrelation</i>	8
<i>Berikande och utvecklande</i>	8
Hinder	8
<i>Anpassning till nytt tanke sätt</i>	8
<i>Frustrerande och utmanande</i>	9
<i>Brist på kunskap och tid</i>	9
<i>Organisation</i>	10
HÄLSOEFFEKTER HOS PATIENTEN	10
Motiverande samtal	10
Coaching	13
Informationsverktyg	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
Etisk diskussion	16
RESULTATDISKUSSION	16
Sjuksköterskans upplevelse	16
Hälsoeffekter hos patienten	18
Informationsverktyg	19
Slutsats	19
REFERENSER	21
BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION	24

INTRODUKTION

INLEDNING

En av de största utmaningarna som sjukvården står inför idag är att förbättra hälsan hos de miljoner människor världen över som lever med kroniska sjukdomar (1). Livsstilsrelaterade hälsoproblem orsakar minst en tredjedel av alla sjukdomsfall i Europa, Nordamerika och Asien (2). Många av riskfaktorerna för flera kroniska sjukdomar, såsom rökning, högt blodtryck, högt kolesterol, övervikt, fetma, dålig kosthållning och fysisk inaktivitet, är påverkbara (3). Flertalet av riskfaktorerna kan förebyggas eller förhindras med en positiv hälsobeteendeförändring, men det traditionella sättet att inom sjukvården ge råd till patienterna är ofta ineffektivt och resulterar sällan i någon bestående beteendeförändring (4). Sjuksköterskor som träffar patienter kontinuerligt har möjlighet att bygga upp långvariga relationer till patienten. Sjuksköterskan kan då få en viktig roll i att stödja patienter till en positiv hälsobeteendeförändring, vilket på sikt kan leda till inte bara en förbättrad hälsostatus utan också en fördröjd eller förhindrad utveckling av kronisk sjukdom (3).

HÄLSA OCH HÄLSOPROMOTION

”Hälsa” definieras enligt WHO:s konstitutionstext 1948 som ”ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom” (5). Vid ”First International Conference on Health Promotion” som WHO höll i Ottawa 1986, beslöts det att hälso- och sjukvården ska arbeta riktat för att främja en god hälsa. Enligt konferensen definieras hälsopromotion som ”en process som möjliggör för människor att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan” (6). Där finns också de fyra teman som begreppet hälsopromotion vilar på beskrivna (7). Det första är att hälsa ska ses som en resurs för människor i det dagliga livet och fokus ska ligga på att främja hälsa. Det andra temat är delaktighet – alla människor ska ges lika möjligheter att nå god hälsa och för detta krävs att människor måste bli delaktiga och få möjlighet att påverka faktorer som har betydelse för hälsan. Det tredje temat handlar om att det är arenan, eller sammanhanget som människan befinner sig i, som är skapar förutsättningarna, d.v.s. att det är både människan själv och hennes omgivning som påverkar hälsan. Det sista temat är hälsopedagogik; att ge människor kunskap om hälsa och vad som är bra respektive dåligt för den enskilda individens hälsa (7).

Hälsopromotion handlar alltså om att främja hälsa, både hos den enskilda individen och i samhället i stort (7). Grundtanken är att stärka människors möjligheter att själva styra över de faktorer som påverkar deras hälsa och att hjälpa människor att förstå de positiva effekter som en beteendeförändring har för hälsan. Hälsopromotion används ibland både om ohälsöförebyggande åtgärder (prevention) och hälsofrämjande insatser. Ohälsöförebyggande åtgärder utgår dock från riskfaktorer för ohälsa (patogena faktorer) medan hälsofrämjande insatser utgår från riskfaktorer för hälsa (salutogena faktorer). Ordet ”hälsofrämjande” har använts alltmer i Sverige sedan mitten av 1990-talet, medan ”hälsopromotion” har en något nyare användning (7).

MOTIVERANDE SAMTAL

En metod inom de hälsofrämjande åtgärderna för att stödja patienter till att ändra sitt hälsobeteende, är motiverande samtal (MI – Motivational Interviewing) (8).

MI är en relativt ny metod inom omvårdnad och den står i kontrast till sjuksköterskans mer traditionella och auktoritära roll som rådgivare. Enkelt uttryckt är MI en teknik för att hjälpa patienten att förstå och vilja göra något åt sina nuvarande eller potentiella problem. Patienten ska själv uttrycka sina värderingar och mål och ska sedan stimuleras till beteendeförändring. Motivationen till förändring ska komma inifrån patienten själv och inte vara påtvingad utifrån. Viljan att förändras sällan inte ett rakt spår, utan är en fluktuerande process som kräver interpersonell interaktion. Ambivalens och förnekelse uppkommer ofta längs vägen och en av sjuksköterskans roller är då att klargöra patientens mål och fördelarna som kommer med det. Att om och om igen få patienten att tro på sig själv och sin egen förmåga att genomföra beteendeförändringen är en väsentlig del (9). MI är en patientcentrerad kommunikationsteknik där patientens autonomi hela tiden ska respekteras och där patientens egna mål och värderingar hela tiden ska vara i centrum (4). Syftet med MI är en förändring hos den patient som sökt eller behöver hjälp och MI är den metod som används. MI handlar främst om att en förändring ska ske, inte hur eller varför. MI ska öka motivationen hos patienten inför de val han eller hon står inför (9).

”Motiverande samtal innebär att noggrant och omsorgsfullt, med respekt för individens autonomi, använda lyssnarteknik, samtalsverktyg och sammansatta strategier så att de på ett ändamålsenligt sätt hjälper personen att ta ställning till och sätta igång, genomföra och upprätthålla förändring” (9). MI bygger på fyra grundprinciper: 1) Visa empati - att använda ett reflekterande lyssnande för att förstå patientens synsätt kring ett beteende och att uttrycka empati, 2) Utveckla diskrepans – att resonera kring vilka personliga mål patienten har kontra vilka beteenden patienten har idag, 3) Följa med i motstånd – att acceptera patientens ambivalens/motvilja till förändring som en naturlig del av processen och att ge patienten ny information och nya perspektiv, 4) Uppmuntra till autonom förändring - att hjälpa patienten att tro på sig själv och på sin egen förmåga att förändra de självvalda beteendena (10). Inom MI används fem kommunikationstekniker: bekräftelse, öppna frågor, ett reflekterande lyssnande, att sammanfatta och att initiera diskussion om förändring (10).

EMPOWERMENT

Ofta dyker begreppet ”empowerment” (på svenska ofta översatt som egenmakt) upp i samband med hälsopromotion och MI, för att beskriva att den enskilda människan ska ges tillgångar och möjligheter för att kunna hantera sin egen hälsa (7). Empowerment anses ofta vara essentiell för det hälsofrämjande arbetet (11). Empowerment syftar, kort sagt, till att ge människor möjlighet att ta makten över sitt eget liv (12). Patient-empowerment innefattar att bygga en relation mellan sjuksköterska och patient för att ge patienten möjlighet att utveckla kunskap, färdigheter och förmåga att hantera olika situationer som kan uppstå och att göra val, samt till att medvetandegöra patienten. Som ett resultat blir patienten mer aktiv i beslutsfattandet rörande sin egen vård och hälsa. Patient-empowerment bygger på en process som kräver aktivt deltagande av patienten och en jämställd relation mellan patient och sjuksköterska, där fokus ska ligga på att

möjliggöra för patienten att öka kontrollen över sin egen hälsa. Jämställdhet, tillgänglighet och självbestämmande är några av grundstolparna i empowermentprocessen. Under processen bör framförhållningen vara respektfull, positiv och stödjande, för att möjliggöra utvecklingen av kunskap, färdigheter och patientkontroll (12). MI kan ses som en form av patient-empowerment, då MI syftar till att hjälpa patienterna att själva få kontroll över och ta ansvar för sin egen livsstil (11). Om patienten ges kunskap om riskfaktorer för kronisk sjukdom och möjlighet att själva påverka dessa riskfaktorer skulle således utvecklingen av kronisk sjukdom kunna fördröjas eller förhindras.

INFORMATIONSVRKTYG

Ett sätt att förmedla den information som ligger till grund för att patienten ska kunna erhålla tillräckliga kunskaper och färdigheter för att kunna ta kontroll över och ansvar för sin egen hälsa är genom webbaserade råd och applikationer. Att söka information på internet har blivit allt vanligare och är nu en del av många människors vardag. Bara i USA använder 137 miljoner amerikaner internet för att söka hälsorelaterad information (13). Tidigare resultat visar att det fortfarande är svårt för sjukvårdspersonal att nå ut till vissa grupper av individer med kronisk sjukdom, såsom överviktiga och obesa, för att kunna erbjuda dessa interventioner i form av t.ex. viktkontroll och här kan internetbaserade program få en viktig roll (13). Webbaserade program erbjuder en lättillgänglig strategi som samtidigt kan behandla ett stort antal individer. Preliminära studier visar på att internetbaserade interventioner kan vara ett effektivt verktyg för att underlätta viktnedgång hos överviktiga och obesa individer och detta är ett forskningsområde som är snabbt växande. Kostnadseffektiva interventioner som bidrar till en positiv beteendeförändring efterfrågas ständigt (14). Grundat på det stora användningsområdet kan evidensbaserade internetinterventioner få en viktig roll i förmedla kunskap, motivation och stöd till individer som vill ändra sitt hälsobeteende (13).

KRONISK SJUKDOM

Kronisk sjukdom är en benämning på ett långvarigt och ihållande sjukdomstillstånd med långsam progress (15). Grunden till många av de kroniska sjukdomarna ligger ofta i livsstilsrelaterade hälsoproblem, såsom övervikt, högt blodtryck, högt kolesterol och problem orsakade av tobaks- och alkoholanvändning. Universellt sett är kronisk sjukdom den främsta dödsorsaken och står för 63 procent av alla dödsfall. Under 2008 dog 63 miljoner människor av kronisk sjukdom och nio miljoner var under 60 år (15). Exempel på vanliga kroniska sjukdomar är hjärt- och kärlsjukdom, övervikt, fetma, kroniska andningssjukdomar och diabetes (15). I Sverige är en tredjedel av alla kvinnor och hälften av alla män i åldrarna 16-84 år överviktiga (BMI, Body Mass Index, $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) och 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen är rökare (16). Sjuttio procent av minskningen i fysisk förmåga hos äldre har sitt ursprung i påverkbara livsstilsfaktorer såsom rökning, dålig kosthållning, fysisk inaktivitet m.m. (17). En förändring av dessa hälsobeteenden skulle kunna förebygga eller fördröja utvecklingen av kroniska sjukdomar (18).

PROBLEMFÖRMULERING

Mot bakgrund av att hälsopromotion både är ett globalt mål (6) och ett svenskt folkhälsomål (16), är det förvånande att det finns förhållandevis få studier som belyser sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med hälsopromotion. Kronisk ohälsa är ett stort och globalt problem och hälsofrämjande arbete kan minska både sjukdom, lidande och död hos patienten. Denna uppsats vill belysa både sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med hälsopromotion hos patienter med kronisk sjukdom men också de "health outcomes" (hälsoeffekter, förf. övers.) som sjuksköterskans stöd faktiskt kan ge hos patienten.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring, samt att beskriva vilka hälsoeffekter sjuksköterskans stöd kan få för patienten.

METOD

VALD METOD

Metoden som uppsatsen är utformad efter är litteraturbaserad och enligt Fribergs modell (20). Uppsatsen är uppbyggd som en litteraturöversikt för att ha möjlighet att ge en översikt över det aktuella kunskapsläget inom det valda problemområdet (20).

DATAINSAMLING

Litteratursökning efter relevanta artiklar inom problemområdet gjordes först i databasen CINAHL och därefter i databasen PubMed, då dessa databaser innehåller mycket forskningsresultat inom omvårdnadsområdet. Till en början var tanken att studera hur sjuksköterskan arbetar som coach inom det hälsofrämjande området, varför sökordet Coaching användes, men efterhand ändrades syftet något. Sökorden Health promotion, Behavioral change och Nursing användes eftersom tanken var att studera just sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med hälsopromotion för att stödja patienter till en beteendeförändring. Då det visade sig att motiverande samtal var ett återkommande tema i de artiklar som framkom vid sökningarna lades sökordet Motivational Interviewing till. För en översikt över resultatet från litteratursökningen, se **Tabell 1**. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades för att kunna studera olika aspekter av det valda problemområdet, både sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienten och de faktiska effekter som detta stöd gav hos patienten.

DATAANALYS

Efter genomläsning av varje artikels titel valdes de artiklar som var mest relevanta för problemområdet ut. Sammanfattningen till dessa artiklar lästes sedan och de artiklar som var mest relevanta för syftet valdes för att ingå i artikelgranskningen. Artiklarna ansågs relevanta om de antingen studerade sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring eller om de studerade de hälsoeffekter som sjuksköterskans stöd medförde hos patienten. Dessutom gjordes sekundärsökningar enligt Friberg (20) varefter en artikel (21) från referenslistan till en reviewartikel som uppkom vid sökning (1) inkluderades i uppsatsen. Vid

Tabell 1. Översikt över resultatet från litteratursökningen till uppsatsen.

Databas	Sökord	Sökdatum	Antal artiklar	Lästa abstract	Använda artiklar* (referensnummer)
CINAHL	Health promotion Behavioral change Nursing	2013-08-28, 2013-08-30	13	5	(28)
CINAHL	Health promotion Behavioral change Coaching	2013-08-28, 2013-08-30	4	1	(28)
CINAHL	Health promotion Motivational interviewing Nursing	2013-08-30	39	12	(25, 27, 28)
PubMed	Health promotion Nursing Coaching	2013-08-28, 2013-08-30	24	5	(28, 31)
PubMed	Behavioral change Nursing Coaching	2013-08-30 2013-08-30	25	8	(28, 30, 31)
PubMed	Health promotion Behavioral change Motivational interviewing Nursing	2013-08-30	19	5	(28, 29)

*Dessutom inkluderades fyra artiklar i artikelgranskningen via sekundärsökningar (referensnummer 21-24; se ovan i text).

sekundärsökningarna inkluderades också tre artiklar (22-24) från referenslistan till en av de granskade artiklarna (25), vilka bedömdes vara relevanta för det aktuella problemområdet. Totalt lästes och granskades 10 artiklar, vilka alla var peer reviewed (se **Bilaga 1**). Artiklar granskades enligt de protokoll för kvalitetsbedömning som Willman et al. presenterar (26). Kvantitativa artiklar bedömdes enligt bedömningsformuläret ”Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, RCT & CCT” (26).

Bedömningen grundade sig på hur väl forskningsmetod och patientkaraktistika var beskrivna, om inklusions- och exklusionskriterier var beskrivna, beskrivning av eventuell intervention, beskrivning av primära och sekundära utfall, hur väl urvalsförfarandet var beskrivet, beskrivning av bortfall och bortfallsanalys, statistisk modell och etiskt resonemang samt hur väl huvudfynden var beskrivna. Kvalitativa artiklar granskades enligt bedömningsformuläret ”Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod” (26). Bedömningen av de kvalitativa artiklarna grundade sig på hur tydligt studien var beskriven, med syfte och patientkaraktistika, om det fanns ett etiskt resonemang, om urval och metod var tydligt beskrivna, om resultatet var logiskt och om det fanns en datamättnad, hur väl resultatet redovisades och hur väl huvudfynden var beskrivna. Artikelgranskningen finns redovisad i artikelpresentationen (**Bilaga 1**).

Inklusionskriterier: Alla artiklar som framkom i databaserna CINAHL och PubMed vid de ovan nämnda sökorden, som var publicerade år 2000 eller senare och som var peer reviewed inkluderades.

Exklusionskriterier: Artiklar som inte var skrivna på engelska och som inte fanns elektroniskt i fulltext exkluderades, liksom reviewartiklar. De artiklar som, efter genomläsning av sammanfattningen, inte visade sig vara relevanta för syftet exkluderades också.

Vid granskningen av artiklarna växte olika teman fram, som var gemensamma för flera av artiklarna. I de kvalitativa artiklarna, vilka behandlade sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom, framkom möjligheter och hinder som två olika teman. Dessa kunde ytterligare delas in i användbar metod, att göra patienten medveten, vårdrelation samt berikande och utvecklande (möjligheter) respektive anpassning till nytt tankesätt, frustrerande och utmanande, brist på kunskap och tid samt organisation (hinder). I de kvantitativa artiklarna, vilka behandlade de hälsoeffekter som sjuksköterskans stöd kunde medföra hos patienten, framkom MI och coaching som teman. Dessutom växte informationsverktyg fram som ett fristående tema.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Alla granskade artiklar hade forskningsetiska resonemang, såsom att deltagandet var frivilligt och att deltagarna lovades konfidentialitet. De flesta av artiklarna uppgav också att deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studien, att deltagarna gav skriftligt samtycket till studien samt att studien hade blivit godkänd av en etisk nämnd.

RESULTAT

Denna litteraturöversikt syftade dels till att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring och dels till att beskriva vilka hälsoeffekter sjuksköterskans stöd kan få för patienten. Resultatredovisningen är uppdelad efter dessa två syften. Dessutom tillkommer informationsverktyg som en separat underrubrik.

SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSE

Under granskningen av artiklarna växte två huvudsakliga teman fram, vilka kunde beskriva sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter till en beteendeförändring: möjligheter respektive hinder. Studiernas resultat är uppdelade under respektive underrubrik. Sammanfattningsvis upplevdes MI som en användbar metod för hälsopromotion och metoden gav patienterna en ökad medvetenhet om sina beteendeförändringar. Arbetet med MI och hälsopromotion upplevdes som berikande och utvecklande, när tid och resurser fanns avsatta, men just brist på tid och sviktande stöd från ledningen var de största hindren mot ett hälsofrämjande arbetssätt. Även svårigheterna i att anpassa sig till det nya tankesätt som MI innebar framkom som ett hinder, liksom att hitta balans mellan olika arbetsuppgifter. Essentiellt för att arbetet med MI skulle fungera på ett tillfredsställande sätt var också att tid och resurser fanns avsatta för träning och handledning.

Möjligheter

Användbar metod

Brobeck et al. beskrev i sin artikel primärvårdssjuksköterskors upplevelse av att använda MI som en metod för hälsopromotion (25). Tjugo sjuksköterskor ingick i studien och alla hade arbetat med MI i tre till tio år. Alla sjuksköterskor hade patienter med livsstilsrelaterade problem, såsom problem med alkohol, vikt eller rökning. Den övergripande slutsatsen i Brobeck et al.'s studie var att sjuksköterskorna upplevde att MI var ett värdefullt verktyg för primärvårdssjuksköterskor. MI beskrevs som användbart. Sjuksköterskorna poängterade att MI kunde användas på flera sätt; de kunde använda MI fullt ut eller bara delar av metoden, de kunde använda den i både långa och korta dialoger, inklusive möten som inte var planerade (25).

Casey har studerat sjuksköterskors upplevelse och erfarenheter av att arbeta med hälsopromotion på Irland (23). I studien ingick åtta sjuksköterskor, vilka alla arbetade på en akutvårdsavdelning. Sjuksköterskorna observerades under sitt arbete och därefter följde enskilda semistrukturerade intervjuer. Hälften av sjuksköterskorna i Caseys studie uppgav att de tyckte att hälsopromotion var värdefullt både för vårdens ekonomi och dess organisation, eftersom ett hälsofrämjande arbetssätt ansågs minska patienternas ohälsa och därmed frigöra sjukhusets resurser. De faktorer som ansågs underlätta ett hälsofrämjande arbetssätt var att ha möjlighet att bygga en relation till patienterna, att ha möjlighet att få mer träning och utbildning i hälsopromotion, ökade resurser i form av mer personal, informationsblad att dela ut, samt stöd från ledningen (23).

Att göra patienten medveten

Brobeck et al. visade att sjuksköterskorna upplevde att MI gav patienterna en ökad medvetenhet om sina livsstilsförändringar (25). Sjuksköterskorna konkluderade att det var mer effektivt för patienten att komma till sin egen slutsats om vilken beteendeförändring han eller hon ville genomföra, än om sjuksköterskan gav patienten ett liknande råd. Genom att använda MI kunde patienten själv bli medveten om en lösning på eventuella livsstilsrelaterade problem. Ingen av sjuksköterskorna uttryckte några negativa åsikter om att arbeta med MI som en del av hälsopromotion. Arbetet med MI gjorde att sjuksköterskorna var mer förstående gentemot sina patienter och visade dem mer respekt än tidigare (25). Även Casey lyfte fram att hälsopromotion upplevdes som värdefullt för patientens hälsa, då det ansågs innebära en ökad patientautonomi och påskynda tillfrisknandet (23).

Vårdrelation

Brobeck et al.'s studie visade på den vårdrelation som följde med att arbeta med MI (25). Arbetet med MI innebar att sjuksköterskan kunde hålla sig mer i bakgrunden och att patienten var den mest centrala personen. Patienten blev själv en aktiv del i sin egen förändring. Sjuksköterskans viktigaste del var att hjälpa patienten att förstå sina egna problem; patienten skulle sen själv sätta sina egna mål utan att sjuksköterskan kom med några råd eller kritiserade patientens val (25).

Lindhe Söderlund et al. har undersökt primärvårdssjuksköterskors upplevelse av att lära sig och sedan arbeta med MI (27). I studien ingick 20 primärvårdssjuksköterskor som arbetat dagligen med MI i ett år. I studien beskrevs förmågan att på samma gång vara en aktiv och passiv lyssnare. Detta ansågs av sjuksköterskorna som en av kärnfaktorerna för att kunna arbeta med MI på ett tillfredsställande sätt. Att vara en uppmärksam lyssnare utan att samtidigt komma med egna inlägg (27). I Jerdén et al.'s studie ingick 12 sjuksköterskor, vilka alla arbetade inom primärvården (22). Fokus låg på sjuksköterskans professionella roll samt attityder till att arbeta med hälsopromotion och sjukdomsprevention. Jerdén et al. beskrev sambandet mellan sjuksköterskerelaterade och patientrelaterade intressen (22). Sjuksköterskorna beskrev det som att nästan alla möten med patienter innehöll en liten del hälsopromotion, att det nästan var oundvikligt.

Sjuksköterskornas upplevelse av sin egen hälsa och livsstil hade betydelse för attityden till hälsopromotion. De sjuksköterskor som ansåg att de själva hade en god hälsa och en "hälsosam livsstil" var också de som var mest positivt inställda till att arbeta med hälsofrämjande frågor (22).

Berikande och utvecklande

Både Brobeck et al. och Jerdén et al. konstaterade att arbetet med MI upplevdes som berikande (22, 25). Det var stimulerande att se patienten nöjd och att dialogen hade varit effektiv och hade bidragit till att patienten hade fått en bättre förståelse för sitt livsstilsrelaterade problem. Att arbeta med MI upplevdes också som utvecklande – MI var ett värdefullt verktyg i arbetet och gjorde att sjuksköterskorna kände sig mer bekväma och därmed själva upplevde att de gjorde ett bättre jobb. MI uppfattades som en effektiv metod för att arbeta med hälsopromotion i jämförelse med tidigare använda metoder, eftersom patienten själv kände sig motiverad att genomföra livsstilsförändringar (25). Essentiellt för att lära sig arbetet med MI var att det fanns en nära koppling mellan teori och praktik. Kunskaperna som sjuksköterskorna fick med sig under inläringen behövde samtidigt integreras i det kliniska arbetet för att inläringen skulle vara effektiv (27).

Hinder

Anpassning till nytt arbetssätt

Brobeck et al. visade att sjuksköterskorna upplevde det som utmanande och att arbeta med MI; det krävde mycket träning och möjlighet att praktisera metoden och det krävde ett genuint intresse och en vilja att verkligen arbeta med MI (25). För att MI skulle upplevas som effektivt måste sjuksköterskan visa förståelse och respekt för patienten under hela dialogen och MI processen måste få ta sin tid. Det upplevdes ibland som svårt att inte bara informera patienterna utan också motivera dem (25). Precis som Brobeck et al. visade Lindhe Söderlund et al. att sjuksköterskorna upplevde det som svårt att anpassa sig till det nya tankesätt och den nya relation till patienterna som det innebar att arbeta med MI (27). De upplevde att det gamla, mer auktoritära, arbetssättet var djupt rotat. Många av grundtankarna med MI, som att lyssna på patienten utan att avbryta för att komma med goda råd, att ställa öppna frågor och att ge utrymme för patientens egna reflektioner, stod i kontrast till det mer traditionella arbetssätt som de var vana vid (27).

Casey visade i sin studie att flera av sjuksköterskorna inte hade någon egentlig uppfattning om vad arbetet med hälsopromotion innebar, utan satte det som synonymt med ett vårdande arbete. Ett hälsofrämjande arbetssätt ansågs främst innebära att uppmuntra och utbilda patienter (23). Både Lindhe Söderlund et al. och Jerdén et al. konstaterade, precis som Brobeck et al., att arbetet inom hälsopromotion upplevdes som utmanande (22, 25, 27). Sjuksköterskorna i Jerdéns et al.'s studie beskrev det hälsofrämjande arbetet som stundtals dränerande på känslor; att arbetet med hälsopromotion krävde både ett tidsmässigt och ett känslomässigt engagemang i patienten, för att kunna skapa ett emotionellt band till patienten att sedan utgå från (22).

Frustrerande och utmanande

Jerdén et al. diskuterade patientens ansvar och det delade ansvaret mellan patient och sjuksköterska (22). Patientens hälsa ansågs av sjuksköterskorna vara både patientens och sjuksköterskans ansvar. När det gällde det sjukdomsorienterade arbetet upplevde sjuksköterskorna oftast att det hade skett ett framsteg från ett möte till nästa, men med det hälsofrämjande arbetet var varken framstegen eller feedbacken från patienterna lika tydliga och detta kunde upplevas som frustrerande (22). Sjuksköterskorna i Lindhe Söderlund et al.'s studie upplevde det också som en stor utmaning att använda sig av MI som teknik i mötet med patienter som inte ville ta ansvar för sina egna hälsoproblem (27). På ett liknande sätt beskrev Casey det (23). Hälften av sjuksköterskorna uppgav att det var patientens fysiska tillstånd och vilja att samarbeta som avgjorde om sjuksköterskorna valde att arbeta på ett hälsofrämjande sätt. Även patientens ålder spelade in (23).

Brist på kunskap och tid

Casey lyfte fram svårigheten i att arbeta med hälsopromotion då sjuksköterskorna inte ansåg att de hade tillräckligt mycket utbildning i att arbeta på ett hälsofrämjande arbetssätt (23). Precis som i Lindhe Söderlund et al.'s artikel (27) så framkom att sjuksköterskorna önskade få möjlighet att träna sig i arbetet med hälsopromotion för att kunna arbeta med det på ett tillfredsställande sätt. Det framkom även att sjuksköterskorna hade uppskattat om det, i likhet med Lindhe Söderlund et al.'s studie (27), hade arbetat en sjuksköterska som var specialiserad inom hälsopromotion på avdelningen, för att ha möjlighet att få stöd från denna (23). Sjuksköterskorna i Brobeck et al.'s studie poängterade att arbetet krävde mycket tid och att vara öppen för att lära av sina egna misstag (25). Även Lindhe Söderlund et al. konstaterade att det krävdes mycket tid och engagemang både för att lära sig och sedermera arbeta med MI (27). För det första krävdes det omfattande träning och handledning under själva inlärningsprocessen. Sjuksköterskorna upplevde under denna period att stödet de fick från sina handledare, vilka också arbetade med MI och med vilka de kunde diskutera frågor som dök upp, som mycket betydelsefullt (27). Tid verkar vara ett centralt tema när det gäller sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med hälsopromotion. Även Jerdén et al. visade i sin studie att sjuksköterskan inom primärvården strävade efter att få balans mellan sina olika arbetsuppgifter och att det ofta var just arbetet med hälsopromotion som blev lidande när tiden inte räckte till (22). Samma sak framkom även i Caseys studie. Flera av sjuksköterskorna uppgav där att de arbetade med hälsofrämjande arbete först om det blev tid över (23).

Organisation

Ett av de teman Jerdén et al. fann i sin studie var att arbeta både ensam och som en del av ett team (22). Sjuksköterskorna upplevde att det fanns både för- och nackdelar med denna dualism. De upplevde att de som medarbetare var del av en stor organisation där den övergripande synen var att hälsopromotion var underordnat mer sjukdomsorienterat arbete. När sjuksköterskornas och ledningens attityder gentemot hälsopromotion stämde överens flöt arbetet smärtfritt. Men när sjuksköterskorna upplevde det som att ledningen ansåg att arbetet med hälsopromotion var lågprioriterat, trots att det hälsofrämjande arbetet låg i sjuksköterskornas eget intresse, underordnade de sig ledningen och ägnade sig åt mer sjukdomsorienterat arbete och praktiska arbetsuppgifter om tiden var knapp. I sådana lägen sade sig sjuksköterskorna ha uppskattat att ha nära arbetskollaboratörer att diskutera sin arbetssituation med, för att lättare hitta en struktur i arbetet (22). Organisationen och vårdrutinerna beskrevs även i Caseys artikel som ett hinder (23). De rådande rutinerna ansågs så fast rotade och dominerande, och tiden prioriterades till att hinna med de strikt styrda rutinerna, att det inte alltid fanns utrymme för ett hälsofrämjande arbetssätt. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att det saknades kontinuitet i vården. Vidare uppgav sjuksköterskorna en tung arbetsbörda och för få personal som ett hinder för att arbeta med hälsopromotion. Ytterligare en faktor som försvårade det hälsofrämjande arbetet var brist på empowerment. Sjuksköterskorna upplevde stundtals att deras arbete inte blev respekterat i relation till läkarnas arbete; att läkarna ibland undervärderade sjuksköterskornas perspektiv och erfarenheter (23).

Mot bakgrund av att inläringen av och arbetet med MI ansågs som tidskrävande konkluderade både Lindhe Söderlund et al., Jerdén et al. och Casey att den verkliga utmaningen inte främst ligger i att utbilda hälsopersonal utan att integrera MI som teknik i hela vårdssystemet (22, 23, 27).

HÄLSOEFFEKTER HOS PATIENTEN

Vid granskningen av artiklarna framkom flera olika hälsoeffekter hos patienterna. Vissa grundade sig delvis på MI och andra på coaching. Resultatdelen delas in under dessa olika teman. Sammanfattningsvis visade sig hälsofrämjande arbete i form av motiverande samtal och coaching ge flera olika positiva hälsoeffekter hos patienter med kronisk sjukdom, vissa av fysiologiskt mätbar karaktär, andra självskattade. För en överblick över resultaten, se **Tabell 2**.

Motiverande samtal

Bennett et al. har fokuserat på de hälsoeffekter som MI kan medföra hos patienter med kronisk sjukdom (28). Etthundraelva primärvårdspatienter, som alla var 60 år eller äldre och vilka alla hade kronisk sjukdom (diabetes, lungsjukdom, hjärtsjukdom, artrit eller neuromuskulär sjukdom), randomiserades till två grupper. Patienterna i den ena gruppen (kontrollgruppen) fortsatte att besöka sjuksköterskan inom primärvården precis som tidigare och fick samma vård som tidigare. Patienterna i den andra gruppen (interventionsgruppen) fick själva välja ett beteende som de ville förändra. Dessa patienter fick sedan enskilt träffa en sjuksköterska som arbetade enligt MI-metoden och under de följande sex månaderna hade de kontakt med sjuksköterskan via telefon och e-mail. Nio olika variabler studerades, men inte beteendeförändringarna i sig. Bennett et al.

Tabell 2. Översikt över resultaten från de kvantitativa artiklarna.

Artikel (ref. nr.)	Patientgrupp	Intervention	Signifikanta utfall
Bennett et al. (28)	Kronisk sjukdom	MI	Hälsostress↓ Sjukdomspåverkan↓ Inverkan på det sociala livet↓, intressen↓, hushållsgöromål↓
Brodie et al. (24)	Kronisk hjärtsjukdom	MI	Energiförbrukning↑ Typ och nivå av fysisk aktivitet↑
Brodie at al. (29)	Kronisk hjärtsjukdom	MI	Begränsning i fysisk förmåga↓, socialt liv↓ Hälsostatus↑ Livskvalitet↑
Vale et al. (30)	Hjärtsjukdom	Coaching	Total kolesterol↓ Intag av lipidsänkande läkemedel↑ LDL↓, Vikt↓, BMI↓, totalt fett↓, oro↓, andfåddhet↓, bröstsmärta↓, generell hälsa↑, humör↑
Whittemore et al. (21)	Diabetes typ 2	Coaching	Kosthantering↑ Diabetesrelaterad stress↓ Integration av diabetes i vardagen↑ Nöjdhet med behandlingen↑

↓Interventionsgruppen uppvisade/upplevde en signifikant *minskning* jämfört med kontrollgruppen

↑Interventionsgruppen uppvisade/upplevde en signifikant *ökning* jämfört med kontrollgruppen

kunde konstatera att de hälsoeffekter som skiljde sig signifikant mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen efter sex månader var hälsostress och sjukdomspåverkan. Patienter som hade haft kontakt med en sjuksköterska och fått MI upplevde signifikant mindre oro och frustration över sin egen hälsa och de upplevde inte heller att sjukdomen och dess behandlingar påverkade livet som helhet lika mycket som kontrollgruppen. Några andra signifikanta skillnader mellan grupperna kunde inte konstateras. När de ”yngsta äldre” (60-74 år) i interventionsgruppen jämfördes med de ”yngsta äldre” i kontrollgruppen visade det sig att det dessutom fanns en signifikant skillnad i hur mycket 60-74-åringarna i interventionsgruppen tyckte att deras sjukdom

begränsade dem i deras sociala liv, intressen och hushållsgöromål jämfört med kontrollgruppen, där interventionsgruppen upplevde en betydligt mindre inverkan. Bennett et al. resonerade kring att ett studieupplägg där alla patienter vill göra samma typ av beteendeförändring och där alla patienter får samma upplägg på samtalen (antal samtal, längd på samtalen m.m.) skulle kunna ge ännu fler statistiskt signifikanta resultat, men forskarna konkluderade ändå att MI mellan sjuksköterska och patient är en användbar metod när det gäller beteendeförändringar hos äldre (28).

Även Brodie et al. har studerat MI's effekt hos patienter med kronisk hjärtsjukdom (24). I denna studie rörde det sig om MI som en metod för att främja fysisk aktivitet i denna patientgrupp. 60 patienter med kronisk hjärtsjukdom randomiserades antingen till en kontrollgrupp som fick information om ett "traditionellt" träningsprogram av en sjuksköterska specialiserad inom hjärtsjukvård, till en interventionsgrupp som fick delta i MI och där stort fokus låg på att främja fysisk aktivitet eller till en blandad grupp som både fick information om ett "traditionellt" träningsprogram och MI. Alla patienter i både interventionsgruppen och den blandade gruppen hade åtta MI-samtal vardera. Alla patienter var 65 år eller äldre och studien pågick under fem månader. Det primära utfallet som mättes var fysisk aktivitet (kcal/kg/dag), med ett sexminuters gångtest som ett sekundärt utfall. Efter fem månader uppvisade både interventionsgruppen och den blandade gruppen en signifikant ökning i energiförbrukning jämfört med baseline, vilket visade sig bero på att de hade ökat både nivå och typ av fysisk aktivitet. Grupperna hade minskat sitt stillasittande, till skillnad mot kontrollgruppen, de hade en större ökning i energiförbrukning vid promenader jämfört med kontrollgruppen och till skillnad mot kontrollgruppen gick de också mer i trappor än vid baseline. Energiförbrukningen för kontrollgruppen minskade något under motsvarande tidsperiod, dock ej signifikant. Vid sexminuters gångtest fem månader efter baseline gick alla tre grupper signifikant längre sträckor jämfört med baseline. Forskarna konkluderade att med avseende på typ och nivå av fysisk aktivitet så gav MI ett bättre utfall än traditionell behandling (24).

Brodie et al. har även inom ovan nämnda studie på hjärtsjuka patienter med MI som intervention studerat hälsoeffekter ur annat perspektiv (29). Syftet var då att undersöka om det fanns ett positivt samband mellan patienter som fått MI och en ökad livskvalitet, samt om patienter som fått MI var mer redo att genomgå en beteendeförändring och öka sin fysiska aktivitetsnivå. Studieupplägget är detsamma som i ovan nämnda artikel av Brodie (24): patienterna randomiserades antingen till en kontrollgrupp som fick standardvård samt blev rådgivna till att delta i ett träningsprogram, till en MI-grupp med fokus på fysisk aktivitet eller till en blandad grupp som fick både standardvård och MI. Livskvalitet mättes dels med ett frågeformulär om hälsorelaterad livskvalitet och dels med ett frågeformulär om hur mycket hjärtsjukdomen påverkade vardagen. Färdighet att genomgå en beteendeförändring med inriktning mot fysisk aktivitet angavs på en skala. Efter fem månader uppgav de patienter som fått MI samtal att de i signifikant mindre utsträckning upplevde att de var begränsade av sin fysiska förmåga, jämfört med kontrollgruppen. Patienterna i både MI-gruppen och den blandade gruppen uppgav även i signifikant mindre utsträckning att deras sociala liv var begränsat och de upplevde också en signifikant större förbättring i hälsostatus, jämfört med kontrollgruppen. Vidare upplevde patienterna i alla grupper i mindre utsträckning att sjukdomen påverkade deras

livskvalitet efter fem månader, men skillnaden mellan den blandade gruppen och kontrollgruppen var signifikant, där den blandade gruppen uppgav minst inverkan. Efter fem månader sågs också en trend mot att en större andel av patienterna var motiverade och redo att genomgå en beteendeförändring mot ökad fysisk aktivitet. Författarna konkluderade att MI är en effektiv metod för att öka livskvaliteten hos äldre, hjärtsjuka patienter (29).

Coaching

I Vale et al.'s studie ingick 792 patienter med hjärtsjukdom (30). Patienterna randomiserades antingen till en grupp som fick traditionell vård (kontrollgrupp) eller en grupp som fick traditionell vård plus coaching av en sjuksköterska eller dietist (coachgrupp). Coachningen var enligt programmet COACH (Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health); ett program utformat av Vale själv (30). Coachningen syftade till att hjälpa patienterna att själva känna till, uppnå och bibehålla målnivåerna för sina riskfaktorer gällande hjärtsjukdom. Det primära utfallet var om det hade skett någon förändring i total kolesterol under de sex månaderna som studien pågick och om resultatet skiljde sig åt mellan grupperna. Under studiens gång hade patienterna i coachgruppen personlig kontakt via telefon eller mail med sin sjuksköterska/dietist vid fem tillfällen. Vale et al. kunde visa att båda grupperna hade minskat sina nivåer av total kolesterol sedan baseline, men coachgruppen hade signifikant lägre nivåer av total kolesterol jämfört med kontrollgruppen. Dessutom var det signifikant fler patienter i coach-gruppen som tog sina lipidsänkande läkemedel efter sex månader jämfört med kontrollgruppen och coachgruppens patienter hade också signifikant lägre nivåer av LDL (low density lipoproteins) efter sex månader. Däremot skiljde sig inte grupperna åt när det gällde HDL (high density lipoproteins). Coach-gruppen uppvisade också en signifikant större nedgång i vikt, BMI, intag av både totalt fett och mättat fett och hade dessutom betydligt lägre nivåer av oro (30).

Färre patienter i coachgruppen rapporterade andfåddhet och bröstsmärta efter sex månader, jämfört med kontrollgruppen och fler patienter i coachgruppen rapporterade bättre generell hälsa och bättre humör efter sex månader. Däremot skiljde sig inte grupperna åt när det gällde fasteglukos, rökning eller nedstämdhet. Vale et al. spekulerade i att den positiva effekten som coachingen gav troligtvis berodde delvis på bättre följsamhet till de nutritionsråd som coacherna gav och delvis på bättre följsamhet till medicineringen. Vidare spekulerade författarna i att de positiva resultaten på längre sikt skulle kunna medföra minskningar i både stroke och total mortalitet (30).

Whittemore et al. har studerat coachingens effekt hos en annan patientgrupp med kronisk sjukdom; kvinnor med diabetes typ 2 (21). Femtiotre kvinnor i åldrarna 30-70 år randomiserades antingen till en interventionsgrupp som fick sjuksköterskeledd coaching eller till en kontrollgrupp som fick standardvård. Coachingen hade både utbildningsmässiga, beteendemässiga och affektiva inslag. Studien pågick under sex månader och under denna period fick kvinnorna i interventionsgruppen träffa sjuksköterskan för fem individuella coachsamtal, varefter de fick två uppföljande telefonsamtal och därefter ett sista coachsamtal. Data samlades in rörande demografiska uppgifter, fysiologiska mätvärden (HbA1c och BMI), "self-management" (hantering av

kost och fysisk aktivitet), psykosocial data (diabetesrelaterad stress och hur väl kvinnorna upplevde att diabetesen var integrerad i vardagen) och dessutom tillfrågades kvinnorna hur nöjda de var med sin behandling. Data samlades in vid baseline, efter tre månader och efter sex månader. Efter sex månader hade kvinnorna i interventionsgruppen signifikant bättre kosthantering (d.v.s kostintaget stämde bättre överens de riktlinjer som fanns), de upplevde mindre diabetesrelaterad stress och de upplevde att diabetesen var bättre integrerad i vardagen ($P < 0.03$). Nivåerna av HbA1c hade minskat i båda grupperna tre månader efter interventionsstart, men skillnaden mellan grupperna var inte signifikant. Någon signifikant skillnad i BMI eller i hantering av fysisk aktivitet sågs inte. Kvinnorna i interventionsgruppen upplevde sig däremot signifikant mer nöjda med sin behandling jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen ($P < 0.01$) (21).

INFORMATIONSVERTYK

Vid granskningen av artiklarna framkom att ett par av artiklarna lade stor tyngdvikt på i vilken form informationen förmedlades till patienterna; vilka tekniska verktyg som användes.

I Jerdén et al.'s studie var ett viktigt fokus arbetet med och erfarenheterna av att arbeta med "a patient-held health record" (hälsojournal, förf. övers.), kallad "Min bok om hälsa", vilken hade utvecklats i Dalarna med syfte att uppmuntra patienterna att intressera sig för, ta ansvar för och förbättra sin egen hälsa (22). Sjuksköterskorna i Jerdén et al.'s studie beskrev att då det ingick i deras arbetsuppgifter att arbeta med "Min bok om hälsa", rättfärdigade detta för dem att arbeta med hälsofrämjande frågor (22). Detta upplevdes som en slags bekräftelse på arbete som sjuksköterskorna redan sedan tidigare hade utfört. Att sjuksköterskorna kunde utgå från och hänvisa till "Min bok om hälsa" gjorde också att det kändes lättare att ta upp känsliga frågor med patienterna (22). Detta kan jämföras med att det i Caseys studie framkom att om det hade funnits möjlighet att lämna ut informationsblad ansågs detta ha underlättat arbetet med hälsopromotion (23).

När det gällde arbetet med "Min bok om hälsa" framkom förslag om att justera den så att den kunde uppdateras med patientens senaste hälsostatus och därmed lättare användas som en grund att utgå från i diskussioner om hälsofrämjande frågor med patienterna. Författarna konkluderade att deras studie ger stöd för att hälsojournaler är användbara inom primärvården och kan underlätta arbetet med hälsopromotion för både sjuksköterska och patient (22).

Stephens et al. har studerat en modern applikation av hälsofrämjande arbete (31). Med den allt mer ökande användningen av internet och smartphones bland alla ålderskategorier i åtanke, har de studerat web- och smartphonebaserade program som ska hjälpa den enskilda individen att ha kontroll över kaloriintag, vikt osv. Studien är baserad på att webbaserade råd och applikationer har visat sig ha många fördelar för både patienter och vårdgivare (31). Programmen är ofta användarvänliga och kan ge support i realtid till patienter som står inför svåra och utmanade uppgifter. De är dessutom ofta gratis eller går att köpa/ladda ner till en låg kostnad. Dock är det viktigt att sjuksköterskan eller vårdgivaren går igenom programmen innan de rekommenderas för att försäkra sig om programmets tillförlitlighet. Stephens beskrev några program som

ursprungligen är riktade till den amerikanska marknaden. The American Heart Association erbjuder ett gratis internetbaserat 12-veckorsprogram kallat BetterU. Programmet är ett nutritions- och motionsprogram med fokus på en bättre hälsa för hjärtat. Websidan innehåller hälsosamma recept, dagliga tips rörande fysisk aktivitet och nutrition, ett forum för att få kontakt med andra användare, en tidskrift m.m. (31).

”Lose it!” är ett annat program som erbjuder både en smartphone applikation och en webbaserad version (31). Med hjälp av programmet kan patienten göra kalori- och nutritionsberäkningar, få tillgång till en kostdatabas, hålla koll på sin fysiska aktivitetsnivå och dessutom få kontakt med andra som delar samma mål och som kan stödja och uppmuntra varandra. Vidare nämnde Stephens et al. ytterligare tre program med liknande syften; the Calorie Tracker by Livestrong, DailyBurn samt Weight Watchers websida. Stephens et al. uppmuntrade sjuksköterskor som arbetar förebyggande mot hjärt- och kärlsjukdom att fråga patienter och deras familjer om de använder sig av websidor och smartphoneapplikationer som syftar till att reducera riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom, då många patienter kanske inte känner till dessa program eller saknar kunskap för att använda dem. Sjuksköterskan kan rekommendera tillförlitliga program och visa patienten hur dessa ska användas. Det är viktigt att sjuksköterskan kan rekommendera lämpliga program för den enskilde individen, med tanke på vilka mål rörande kost och fysisk aktivitet just den individen har, tillsammans med råd om hur näringsrekommendationerna ska uppnås (31).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Hälsopromotion som begrepp har använts relativt länge, även om just MI som metod är förhållandevis ny inom omvårdnad. En sökning i databaserna på enbart health promotion eller health promotion och behavioral change gav därför så många träffar att det var svårt att få översikt över artiklarna. När sökordet nursing lades till blev antalet artiklar betydligt mer överkomligt. Då det sedan visade sig att MI var ett ofta förekommande begrepp i sammanfattningen hos de sökta artiklarna lades dessutom motivational interviewing till som sökord. Sammantaget gjorde detta att antalet träffar blev i den storleksordningen att det var möjligt att först läsa igenom titel på alla artiklar som sökningen visade och därefter läsa igenom sammanfattningen på de artiklar som var mest relevanta för problemområdet. Endast artiklar som fanns publicerade elektroniskt i fulltext inkluderades och det gjorde att flera artiklar som verkade vara av intresse fick exkluderas. Flera av artiklarna som framkom vid sökningarna visade sig vara reviewartiklar, vilket gjorde att de inte kunde inkluderas i artikelgranskningen. Naturligtvis är det möjligt att vissa väsentliga artiklar har missats, men flera av artiklarna som granskades var refererade till flera gånger. Flera av artiklarna (21, 28, 30) fanns dessutom refererade i en nyligen publicerad reviewartikel inom området (1). Sökordet nursing gjorde att sjuksköterskan kom i fokus och sjuksköterskans roll var väsentlig i både delsyftena; både för att beskriva sjuksköterskans upplevelse men också för att beskriva de hälsoeffekter som sjuksköterskans stöd kunde medföra hos patienten. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades, för att täcka syftet. Detta medförde förvisso att färre artiklar inom varje delsyfte inkluderades i artikelgranskningen, men det

gjorde också att uppsatsen fick mer bredd och kunde belysa olika aspekter av det stöd som sjuksköterskan ger till patienten för att hjälpa patienten till en positiv hälsobeteendeförändring. Resultatdelen kan upplevas som något lång, men för att inte ta texten ur sitt sammanhang kändes det viktigt att ge en kort presentation av studiedesignen till respektive studie.

Eftersom MI och liknande samtalsmetoder inte har använts så länge inom omvårdnad fanns ännu inte så många artiklar publicerade med fokus på sjuksköterskans roll i eller upplevelse av att stödja patienten. Detta begränsade urvalet något. Tre av fyra av de studier som fokuserade på sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienten var utförda i Sverige (22, 25, 27). Naturligtvis kan upplevelsen hos sjuksköterskor i andra länder vara annorlunda och detta hade varit intressant att studera. MI som teknik borde däremot inte skilja sig avsevärt åt mellan länderna. Ingen av studierna som fokuserade på hälsoeffekter hos patienterna var utförda i Sverige. Detta berodde på att de använda sökorden inte resulterade i några träffar på studier utförda i Sverige som inkluderade denna uppsats syften. Det hade varit intressant att studera om hälsoeffekter skiljer sig åt hos patienter som lever i Sverige jämfört med de patienter som ingick i de granskade artiklarna. Ett annat studieupplägg hade kunnat vara att enbart fokusera på sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring, eller t.o.m. vara så specifik att endast MI var i fokus, alternativt att bara fokusera på en specifik patientgrupp med kronisk sjukdom, t.ex. hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes typ 2. Dock kändes helheten, att få med båda aspekterna, som det mest intressanta upplägget.

Etisk diskussion

Alla granskade artiklar upplevdes som välstrukturerade och tydligt uppbyggda, vilket underlättade för att fånga upp det som artiklarna uppfattades vilja visa. Resultatdelen till samtliga artiklar var uppbyggda med underrubriker och varje underrubrik har lästs och analyserats vid ett flertal tillfällen så att ingen information ska ha råkat förbises. De teman som framkom i de kvalitativa artiklarna har till viss del återanvänts i denna uppsats, så att inga tolkningsmissförstånd ska ha kunnat uppstå. Kontexten till respektive artikel var väl synliggjord i respektive artikels introduktion och återanknöts sedan till artikelns diskussion, vilket förtydligade den röda tråden och respektive artikels syfte.

RESULTATDISKUSSION

Sjuksköterskans upplevelse

Flera gemensamma teman gick att finna när det gäller sjuksköterskans upplevelse av att stödja patienter med kronisk sjukdom till en positiv hälsobeteendeförändring. Ett återkommande tema var tid, eller snarare brist på tid. För det första krävdes tid och omfattande träning för att lära sig att arbeta med hälsopromotion och MI, vilket både Lindhe Söderlund et al. och Casey visade (23, 27). Det upplevdes också stundtals som tidskrävande att arbeta med MI (25). I Caseys studie framkom att en del av sjuksköterskorna inte hade någon egentlig uppfattning om vad ett hälsofrämjande arbetssätt innebar och tidigare forskning har visat att motstånd mot att arbeta med hälsopromotion ofta har sin grund i just okunskap om eller liten erfarenhet av

hälsopromotion (23). Bristande kunskap om innebörden av hälsopromotion hos sjuksköterskorna själva gör det svårt för sjuksköterskorna att kunna ge patienterna den kunskap och de färdigheter som är nödvändiga för empowerment och för att patienterna ska kunna ta kontroll över sin egen hälsa, vilket också visats i tidigare studier (32).

Det framkom i flera av studierna att arbetet med hälsopromotion/MI inte upplevdes som prioriterat från ledningen. Det var ett stort problem, vilket både Jerdén et al. och Casey visade, att det hälsofrämjande arbetet ansågs lågprioriterat och underordnat mer sjukdomsorienterat arbete. Det upplevdes som svårt att hitta en balans i arbetet, en balans mellan de olika arbetssätt som "traditionell vård" och arbetet med hälsopromotion/MI innebar, och det var då oftast det hälsofrämjande arbetet som blev bortprioriterat när tiden var knapp (22, 23). Liknande resultat har visats i tidigare studier (33, 34). Båda studierna fann att brist på tid var en barriär mot ett hälsofrämjande arbete. Twinn et al. visade också, precis som denna litteraturöversikt, att hälsopromotion lades till som något extra i arbetet först när det "riktiga arbetet" var gjort, om det då fanns någon tid över (33), medan Thomson et al., i likhet med denna litteraturöversikt, visade på betydelsen av stöd från ledningen för att sjuksköterskorna ska kunna arbeta på ett hälsofrämjande sätt (34). Casey fann att brist på empowerment var ett hinder i det hälsofrämjande arbetet; att sjuksköterskorna stundtals upplevde att deras erfarenheter och perspektiv blev nedvärderat av läkarna (23). Precis som Mitcheson et al. har visat i tidigare forskning (11), konstaterade Casey att om sjuksköterskorna inte själva upplever att deras professionella autonomi blir respekterad är det svårt att förvänta sig att sjuksköterskorna ska kunna stödja patienterna i empowermentprocessen. Då empowerment är en förutsättning för hälsopromotion och MI är det viktigt att tid och utrymme finns avsatt för att bygga den relation som krävs mellan sjuksköterska och patient och som ligger till grund för empowermentprocessen. Casey, Lindhe Söderlund et al. och Jerdén et al. konstaterade också alla att för att hälsopromotion och MI ska kunna bli en del av sjuksköterskans arbete, i praktiken och inte bara i teorin, så krävs ett ändrat förhållningssätt från ledningen och att det hälsofrämjande arbetet blir bättre integrerat i vården (22, 23, 27).

Möjligheterna som arbetet med hälsopromotion och MI medförde upplevdes som flera. I Brobeck et al.'s studie framkom MI's användbarhet. Sjuksköterskorna upplevde att de kunde använda sig av MI i både korta och långa möten och även i oplanerade möten (25). Ruback et al. och Hetteima et al. har också i tidigare forskning visat att MI är effektivt även vid korta möten, t.o.m. så korta som 15 minuter (4, 35). MI har visat sig vara effektivt redan efter ett enda möte, men sannolikheten att patienten faktiskt ändrar sitt beteende ökar med antalet MI-möten (4, 35). Arbetet med hälsopromotion och motiverande samtal upplevdes som berikande, stimulerande och utvecklande (22, 25). Det var stimulerande att se patienten nöjd och det var utvecklande för sjuksköterskan själv med ett nytt arbetssätt. Dessutom uppfattades MI som en effektiv arbetsmetod, då det gjorde patienten motiverad till att genomföra hälsomässiga beteendeförändringar (25). Målet med empowerment är just att ge patienten verktyg för att ta kontroll över sitt eget liv och sin egen hälsa, genom att möjliggöra en utveckling av kunskap, färdigheter och patientkontroll. Först då kan patienten bli en mer aktiv del av sin egen vård och sin egen hälsa och först då blir MI-processen effektiv (12). Med tillräckliga kunskaper och

färdigheter, och med styrkt tillit till sig själv och sin egen förmåga, ges patienten möjligheter att själv i längsta möjliga mån kunna kontrollera och hantera riskfaktorer och förhindra eller fördröja sjukdomsutveckling och därmed förbättra sin egen hälsa.

Ett hinder som framkom i arbetet med hälsopromotion var att det upplevdes som utmanande att arbeta på ett hälsofrämjande arbetssätt, att det stundtals krävdes mer av sjuksköterskan än det mer traditionella, sjukdomsorienterade arbetssättet. I Jerdén et al.'s studie beskrevs arbetet med MI som stundtals dränerande på känslor (22). Det upplevdes också som svårt att arbeta med det nya tankesätt som både hälsopromotion och MI innebar, något både Brobeck et al., Lindhe Söderlund et al. och Casey visade (23, 25, 27). Svårigheten att arbeta med patienter som inte är motiverade till en beteendeförändring nämndes vid flera tillfällen. Lindhe Söderlund et al. beskrev utmaningen i att arbeta med MI i mötet med patienter som inte vill ta ansvar för sin egen hälsa (27), Jerdén et al. beskrev frustrationen i att inte kunna se några framsteg från ett möte till nästa (22) och i Caseys studie framkom att sjuksköterskorna arbetade hälsofrämjande främst med de patienter som själva visade en vilja till förändring (23). Det är intressant att det hälsofrämjande arbetet upplevdes vara utmanande och utmattande men på samma gång berikande och stimulerande. En slutsats kan vara att när tid finns avsatt för hälsopromotion/MI upplevs det hälsofrämjande arbetet som berikande och utvecklande; det stärker sjuksköterskan i sin yrkesroll, men när tiden inte finns blir arbetsbelastningen stundtals för stor. Det krävs en strukturell förändring och en insikt från ledningen i att det hälsofrämjande arbetet kan medföra positiva effekter för både sjuksköterskor och patienter. Det är också viktigt att tid finns avsatt för både inläring av och arbetet med hälsofrämjande frågor, så att kopplingen mellan teori och praktik blir tydlig. Dunn har dessutom visat att MI är en kostnadseffektiv metod jämfört med mer traditionella metoder (36).

Hälsoeffekter hos patienten

De kvantitativa artiklarna visade på flera positiva hälsoeffekter efter behandling med MI och coaching hos patienter med olika kroniska sjukdomar. Brodie et al. och Vale et al. (24, 29, 30) studerade effekten av MI respektive coaching hos patienter med hjärtsjukdom. Brodie et al. kunde visa att äldre hjärtsjuka patienter som genomgått MI-samtal hade en större ökning i energiförbrukning och en större ökning i nivå och typ av fysisk aktivitet, jämfört med kontrollgruppen (24). Brodie et al. fann även, i en annan artikel baserad på samma studiepopulation, att patienter som fått MI samtal i mindre utsträckning upplevde att deras sjukdom begränsade dem fysiskt eller socialt och patienterna upplevde också en större förbättring i hälsostatus, jämfört med kontrollgruppen (29). Vale et al. kunde påvisa en effekt både på fysiologisk mätbara faktorer (lägre nivåer av kolesterol och LDL, minskning i vikt och BMI) samt på självskattade faktorer (minskad bröstsmärta, ökad generell hälsa, bättre humör) hos patienter som fått coachsamtal (30). Whittemore et al., som studerade effekten av sjuksköterskeledd coaching i en annan patientgrupp med kronisk sjukdom (diabetes typ 2) såg också en effekt på självskattade faktorer (bättre kosthantering, mindre diabetesrelaterad stress, bättre integration av sjukdomen i vardagen), men däremot ingen fysiologisk effekt på HbA1c (21). Bennett et al. fokuserade på effekten av MI samtal hos äldre med kronisk sjukdom. Resultatet visade att de patienter som fått MI samtal i mindre

utsträckning upplevde att deras sjukdom begränsade dem i vardagen, de upplevde mindre stress över sin sjukdom och de upplevde i mindre utsträckning att deras sjukdom begränsade dem i det sociala livet (28). MI eller coaching har inte i någon av de granskade studierna visat sig ha några negativa eller motsägelsefulla konsekvenser hos patienterna.

Liknande resultat som i denna litteraturöversikt har setts i tidigare forskning. Rubak et al. visade i en metaanalys av randomiserade kontrollerade studier att MI gav bättre effekt än traditionell rådgivning i ca 75 procent av studierna (4). MI hade en signifikant effekt på BMI, totalt blodkolesterol, systoliskt blodtryck och alkoholkoncentration i blodet. Däremot sågs, i likhet med Whittemore et al.'s studie (21), ingen signifikant effekt på HbA1c och inte heller på antal cigaretter/dag. Ingen av studierna visade på att MI hade någon negativ effekt. MI visade sig ha en likvärdig effekt på fysiologiska och psykologiska sjukdomstillstånd, med en signifikant klinisk effekt i 72 procent respektive 75 procent av studierna. Även i denna litteraturöversikt framkom att MI och coaching hade effekt både på fysiologiskt mätbara faktorer och på självskattade faktorer. Rubak et al. konstaterar, i likhet med Vale et al. (30), att de positiva effekterna av MI oftast är en kombination av bättre följsamhet av patientens medicinering och de positiva hälsoeffekter som beteendeförändringen innebär (4).

Informationsverktyg

Jerdén et al. lade stort fokus på arbetet med hälsojournaler i sin studie. Författarna konstaterade att hälsojournalerna innebar en effektiv arbetsmetod som dessutom rättfärdigade för sjuksköterskorna att arbeta med hälsopromotion och att arbetet med hälsojournaler därmed kunde gynna både patienter och sjuksköterskor (22).

Stephens har studerat webbaserade råd/applikationer med inriktning mot kostintag, fysisk aktivitet o. dyl. och med tanke på den ständigt ökade användningen av internet och smartphones borde användningsområdet vara stort (31). Som Stephens poängterade är programmen ofta användarvänliga, billiga eller t.o.m. gratis och har dessutom den fördelen att de kan ge stöd i realtid. Stephens poängterade dock mycket riktigt att det är viktigt att sjuksköterskan kan rekommendera tillförlitliga program som lämpar sig för den enskilde individen, så att personcentreringen inte blir förbisedd (31).

Slutsats

Sjuksköterskor inom primärvården blir ofta engagerade i patienternas livsstilsproblem, då de ofta träffar patienterna vid upprepade tillfällen. Primärvården kan därför vara en bra arena för hälsopromotion, och MI och coaching kan vara bra metoder inom hälsopromotion. MI är ett värdefullt verktyg som upplevs som berikande och användbart samtidigt som det klargör sjuksköterskans roll inom de hälsoförebyggande åtgärderna. Grunderna i MI stämmer dessutom bra överens med omvårdandes grundtankar om patientautonomi, hälsopromotion och personcentrerad vård.

Det är förvånande att det finns så få studier om sjuksköterskors arbete med hälsopromotion i Sverige, med tanke på att det hälsofrämjande arbetet både är ett globalt mål och ett svenskt mål. Tidsbrist nämndes i flera studier som en svårighet i det

hälsofrämjande arbetet och studierna ger insikt i det faktum att patientvård generellt tar tid. Det borde inte vara ett ouppnåeligt mål att skapa en balans mellan de olika arbetsuppgifterna som hälsopromotion och mer sjukdomsorienterat arbete innebär. Flera av studierna visade också på att arbetet med hälsopromotion måste vara sanktionerat uppifrån för att sjuksköterskorna ska ges möjlighet att arbeta med hälsofrämjande frågor på ett tillfredsställande sätt. Det räcker inte med att bara utveckla metoder för att arbeta med hälsopromotion - hälsopromotion måste få stöd både från ledningen och ges utrymme i systemet för att fungera. Vidare forskning behövs dels för att studera om de hälsoeffekter som kan uppnås inom arbetet med hälsopromotion skiljer sig åt inom den svenska sjukvården jämfört med andra länder, men också för att ytterligare studera de hinder som finns för sjuksköterskor i arbetet med hälsopromotion. Ett viktigt fokus att belysa är hur det hälsofrämjande arbetet kan integreras i sjukvården och hur tid kan avsättas för sjuksköterskor i det hälsofrämjande arbetet, så att det sjukdomsorienterade arbetet och det hälsofrämjande arbetet kan gå hand i hand.

REFERENSER

1. Vincent AE, Sanchez Birkhead AC. Evaluation of the effectiveness of nurse coaching in improving health outcomes in chronic conditions. *Holistic Nursing Practise*, 2013; 27(3):148-161.
2. WHO. *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting health life*. Geneva: World Health Organisation, 2002.
3. van Nes M, Sawatzky J-A V. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2010; 22:654-660.
4. Rubak S, Sandbaek A, Laurantzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2005 apr; 55:305-312.
5. WHO [internet]. Constitution of the World Health Organisation. Citerad 24 okt 2013. Tillgänglig från: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
6. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organisation, 1986.
7. Hanson A. *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB, 2004.
8. Scott G. Motivational interviewing 1: Background, principles and application in healthcare. *Nursing Times*, 2010; 106(34):21-22.
9. Barth T, Näsholm C. *Motiverande samtal –MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur AB, 2006.
10. Miller NH. Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2010; 25(3):247-251.
11. Mitcheson J, Cowley S. Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 2003; 40:413-426.
12. Falk-Rafael, AR. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *ANS Advances in Nursing Science*, 2001; 24:1-16.
13. An JY, Hayman LL, Park YS, Dusaj TK, Ayres CG. Web-based weight management programs for children and adolescents: a systematic review of

- randomized controlled trial studies. *ANS Advances in Nursing Science*, 2009; 32(3):222-240.
14. Neve M, Morgan PJ, Jones PR, Collins CE. Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 2009; 11:306-321.
 15. WHO [internet]. Health topics – chronic diseases. Citerad 24 okt 20. Tillgänglig från: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
 16. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
 17. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging war on modern chronic diseases: Primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology*, 2000; 88:774-787.
 18. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003; 71:843-861.
 19. Mål för folkhälsan. Sveriges regering, Sverige, 2003.
 20. Friberg F. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur AB, 2012.
 21. Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Sullivan A, Grey M. A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 2004; 5:795-804.
 22. Jerdén L, Hillervik, C, Hansson A-C, Flacking R, Weinehall. Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2006; 20:448-454.
 23. Casey D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 1039-1049.
 24. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 50(5):518-527.
 25. Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary health care nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20:3322-3330.

26. Wilman A, Stoltz P, Bahtsevani C . Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur AB, 2011.
27. Lindhe Söderlund L, Nilsen P, Kristensson M. Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 2008; 67(2):102-109.
28. Bennett JA, Perrin NA, Hanson G, Bennett D, Gaynor W, Flaherty-Robb M, Joseph C, Butterworth S, Potempa K, Healthy aging demonstration: Nurse Coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing and Health*, 2005; 28:187-197.
29. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45:489-500.
30. Vale MJ, Jelink MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, Ho BP, Newman RW, McNeil JJ. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH). *Archives of Internal Medicine*, 2003; 163(22):2775-2783.
31. Stephens J, Allen JK, Himmelfarb CR. "Smart" coaching to promote physical activity, diet change and cardiovascular health. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 26(4):282-284.
32. Cohen B. Barriers to population-focused health promotion: the experience of public health nurses in the province of Manitoba. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2006; 38:52-67.
33. Twinn S, Diana L. The practice of health education in acute care settings in Hong Kong: an exploratory study of the contribution of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 29:79-87.
34. Thomson P, Kohli H. Health promotion training needs analysis: an integral role for clinical nurses in Lanarkshire, Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 26:507-514.
35. Hettema J, Steel J, Miller WR. Motivational interviewing. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 2005; 1:91-111.
36. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 2001; 98:1725-1742.

BILAGA 1: ARTIKELPRESENTATION

Referensnr: 25
Titel: Primary health care nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice
Författare: Brobeck E, Bergh H, Odencrants, Hildingh C
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing, 2011; 20:3322-3330.
Land: Sverige
Syfte: Att beskriva primärvårdssjuksköterskors upplevelser av motiverande samtal som en metod för hälsopromotion
Metod: Kvalitativ innehållsanalys
Urval: 20 primärvårdssjuksköterskor som arbetar aktivt med motiverande samtal
Resultat: Motiverande samtal som en metod för hälsopromotion upplevdes som en krävande, berikande och användbar metod som dessutom tydliggjorde sjuksköterskans roll och främjade vårdrelationen.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på beskrivning av studien, kontext, urval, metod, etiskt resonemang, giltighet, kommunikerbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög.

Referensnr: 22
Titel: Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and patient-held health record
Författare: Jerdén L, Hillervik C, Hansson A-C, Weinehall L
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2006; 20:448-454.
Land: Sverige
Syfte: Att beskriva primärvårdssjuksköterskors upplevelse av att arbeta med hälsopromotion, samt med patient-held health record (hälsojournaler) som ett verktyg inom det hälsofrämjande arbetet, i Sverige
Metod: Kvalitativ innehållsanalys och grounded theory
Urval: 12 sjuksköterskor som arbetade inom primärvården i Dalarna, Sverige
Resultat: Sjuksköterskornas upplevelse av det hälsofrämjande arbetet kunde delas in i tre teman: a) att arbeta ensam och som en del av ett team, b) sjuksköterskerelaterade och patientrelaterade intressen och c) patientens ansvar och delat ansvar mellan patient och sjuksköterska.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på beskrivning av studien, kontext, urval, metod, etiskt resonemang, giltighet, kommunikerbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög.

Referensnr: 23
Titel: Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion
Författare: Casey D
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing, 2007; 16: 1039-1049

Land: Irland
Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelse och förståelse av att arbeta med hälsopromotion inom akutsjukvård
Metod: Kvalitativ dataanalys
Urval: 8 sjuksköterskor på en akutvårdsavdelning
Resultat: Arbetet med hälsopromotion var begränsat, beroende på faktorer som tidsbrist, dålig organisation, brist på träning av att arbeta med hälsopromotion, tung arbetsbörda och varierande intresse hos patienterna. Dessutom fanns ingen riktig förståelse för vad arbetet med hälsopromotion innebar.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på beskrivning av studien, kontext, urval, metod, giltighet, etiskt resonemang, kommunikerbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög.

Referensnr: 27
Titel: Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences
Författare: Lindhe Söderlund L, Nilsen P, Kristersson M
Tidskrift: Health Education Journal, 2008; 67(2):102-109.
Land: Sverige
Syfte: Att beskriva primärvårdssjuksköterskors upplevelse av att lära sig och arbeta med motiverande samtal samt att identifiera nyckelfaktorer under inläringen av och arbetet med motiverande samtal
Metod: Semistrukturerade intervjuer följt av open coding
Urval: 10 primärvårdssjuksköterskor, vilka arbetat aktivt med motiverande samtal under ca ett års tid
Resultat: Omfattande träning och nära koppling mellan teori och praktik var två nyckelfaktorer för effektiv inläring av motiverande samtal. Dock kunde det upplevas som svårt att anpassa sig till det nya tankesättet.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på beskrivning av studien, kontext, urval, metod, etiskt resonemang, giltighet, kommunikerbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög.

Referensnr: 28
Titel: Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behavior change in Older Adults
Författare: Bennett JA, Perrin NA, hanson G, Bennett D, Gaynor WG, Flaherty-Robb M, Joseph C, Butterworth S, Potempa K
Tidskrift: Research in Nursing & Health, 2005; 28:187-197.
Land: USA
Syfte: Att undersöka sjuksköterskeledda motiverande samtal som en metod för att främja en hälsosam beteendeförändring hos äldre

- Metod:** Randomiserad kontrollerad studie
- Urval:** 111 individer som var 60 år eller äldre och vilka hade minst en av fem angivna kroniska sjukdomar randomiserades antingen till en coachinggrupp ledd av sjuksköterskor (66 st) eller till en kontrollgrupp som fick standardvård (45 st). Nio variabler studerades: generell hälsa, energi, hur mycket patienterna upplevde att deras hälsa innebar sociala begränsningar, oro/frustration över sin egen hälsa, hur mycket patienterna upplevde att sjukdomen och dess behandling påverkade patienternas liv, funktionsnedsättning för att utföra vardagliga sysslor, smärta, andfåddhet samt deskriptiva variabler.
- Resultat:** Sex månader efter baseline upplevde coachgruppen signifikant lägre hälsostress och sjukdomspåverkan jämfört med kontrollgruppen.
- Kvalitetsgranskning:** Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på forskningsmetod, patientkaraktäristika, inklusions- och exklusionskriterier, intervention, primära och sekundära utfall, urval, bortfall, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög
- Referensnr:** 24
- Titel:** Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure
- Författare:** Brodie DA, Inoue A
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing, 2005; 50(5):518-527.
- Land:** Storbritannien
- Syfte:** Att studera två olika metoder för att öka den fysiska aktivitetsnivån hos individer med kronisk hjärtsjukdom under en femmånadersperiod; ett traditionellt träningsprogram och en metod baserad på motiverande samtal
- Metod:** Randomiserad kontrollerad studie
- Urval:** 60 patienter med hjärtsjukdom, alla 65 år eller äldre, randomiserades till en av tre grupper: ett traditionellt träningsprogram, en interventionsgrupp som fick motiverande samtal eller en kombinerad grupp som fick både träningsprogram och motiverande samtal. Det primära utfallet var energiförbrukning vid fysisk aktivitet (kcal/kg/dag).
- Resultat:** Efter fem månader rapporterade både interventionsgruppen och den kombinerade gruppen en signifikant ökning i nivå och typ av fysisk aktivitet, jämfört med kontrollgruppen.
- Kvalitetsgranskning:** Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på forskningsmetod, patientkaraktäristika, inklusions- och exklusionskriterier, intervention, primära och sekundära utfall, urval, bortfall, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög

Referensnr: 29
Titel: Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial
Författare: Brodie DA, Inoue A, Shaw DG
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies, 2008; 45:489-500.
Land: Storbritannien
Syfte: Att studera om en fysisk aktivitetsintervention, baserad på motiverande samtal, kan öka livskvaliteten hos individer med kronisk hjärtsjukdom fem månader efter baseline, jämfört med traditionell behandling
Metod: Randomiserad kontrollerad studie
Urval: 60 patienter med kronisk hjärtsjukdom randomiserades till antingen en kontrollgrupp med traditionell behandling, en grupp med motiverande samtal eller en kombinerad grupp med både traditionell behandling och motiverande samtal. Det primära utfallet var att studera om det fanns ett positivt samband mellan MI och en ökad upplevd livskvalitet.
Resultat: Patienter som genomgått MI upplevde i signifikant mindre utsträckning att deras fysiska förmåga begränsade dem, att deras sociala liv blev begränsat och de upplevde också i signifikant större utsträckning att deras hälsostaus var förbättrad, jämfört med kontrollgruppen.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på forskningsmetod, patientkaraktäristika, inklusions- och exklusionskriterier, intervention, primära och sekundära utfall, urval, bortfall, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög

Referensnr: 30
Titel: Coaching patients on achieving cardiovascular health
Författare: Vale MJ, Jelink MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, Ho, BP, Newman RW, McNeil JJ
Tidskrift: Archives of Internal Medicine, 2003; 163(22):2775-2783.
Land: Australien
Syfte: Att undersöka om sjuksköterskor/dietister utan förskrivningsrätt kunde coacha patienter med hjärtsjukdom (coronary heart disease) att, tillsammans med sina läkare, arbeta för att nå sina målnivåer för kolesterol och andra riskfaktorer
Metod: Randomiserad kontrollerad studie
Urval: 792 patienter med hjärtsjukdom från sex olika sjukhus randomiserades antingen till en grupp som fick standardvård plus COACH-programmet eller till en grupp med enbart standardvård. Det primära utfallet var kolesterolnivåer. Sekundära utfall rörde andra riskfaktorer för hjärtsjukdom.
Resultat: Patienterna från COACH-gruppen hade en signifikant större minskning i sina nivåer av total kolesterol sex månader efter baseline jämfört med kontrollgruppen. Dessutom hade patienterna från COACH-gruppen även

gjort förbättringar gällande de flesta andra riskfaktorer för hjärtsjukdom sex månader efter baseline.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på forskningsmetod, patientkaraktäristika, inklusions- och exklusionskriterier, intervention, primära och sekundära utfall, urval, bortfall, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög

Referensnr: 21

Titel: A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes

Författare: Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Sullivan A, Grey M

Tidskrift: The Diabetes Educator, 2004; 5:795-804

Land: USA

Syfte: Att undersöka effektiviteten hos en sexmånaders coachingintervention ledd av sjuksköterskor, som erbjöds kvinnor med typ 2 diabetes efter genomgången diabetesutbildning

Metod: Randomiserad kontrollerad studie

Urval: 53 kvinnor randomiserades antingen till en interventionsgrupp med sjuksköterskeledd coaching eller till en kontrollgrupp med standardvård

Resultat: Sex månader från baseline hade interventionsgruppen bättre kosthantering mindre diabetesrelaterad stress, bättre integration av diabetes i vardagen och de var mer nöjda med den vård de fick, jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på forskningsmetod, patientkaraktäristika, inklusions- och exklusionskriterier, intervention, primära och sekundära utfall, urval, bortfall, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som hög

Referensnr: 31

Titel: "Smart" coaching to promote physical activity, diet change and cardiovascular health

Författare: Stephens J, Allen JK, Dennison Himmelfarb CR

Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing, 2011; 26(4):282-284.

Land: USA

Syfte: Att beskriva några av de program/applikationer som finns på internet/smartphones, vars ändamål var att främja fysisk aktivitet, kostförändring och/eller kardiovaskulär hälsa

Metod: Jämförande studie

Urval: Fem olika internet/smartphonebaserade program/applikationer beskrivs

Resultat: Fem web- och/eller smartphonebaserade program och dess användningsområden för individer med hjärt- och kärlsjukdom redovisades, såsom möjlighet att få översikt över kaloriintag och fysisk

aktivitetsnivå samt att få tillgång till recept och tips och råd inom nutrition och fysisk aktivitet.

Kvalitetsgranskning:

Artikeln är kvalitetsgranskad med avseende på beskrivning av studien, kontext, urval, metod, etiskt resonemang, giltighet, kommunicerbarhet samt huvudfynd och sammanfattningsvis bedömdes artikelns kvalitet som medelhög.