

# Hälsosamtal för att uppnå livsstilsförändring

Med fokus på motiverande samtal mellan  
sjuksköterska och patient

FÖRFATTARE	Emma Fransson Therese Bengtsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå i omvårdnad HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Nabi Fatahi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## Förord

*V*i vill tacka vår engagerade handledare Annika Janson Fagring för allt stöd och motivation under vårt uppsatsskrivande. Du har varit guld värd.

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

Johann Wolfgang Von Goethe

Titel:	Hälsosamtal för att uppnå livsstilsförändring
Titel:	Health consultation to achieve lifestyle change
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/ kurs/ kurskod:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad på grundnivå/ 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	33
Författare:	Emma Fransson, Therese Bengtsson
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Nabi Fatahi

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Patientfölsamhet har en betydelsefull roll för att få en effektiv behandling. Motiverande samtal kan användas för att få patienten att hitta sin egen motivation för att uppnå livsstilsförändring samt fölsamhet till behandling. Genom en hälsosammare kost tillsammans med rökstopp och ökad fysisk aktivitet skulle 80 % av alla fall av hjärtsjukdom, 90 % av diabetessjukdom och 30 % av all cancersjukdom, kunna förebyggas. **Syfte:** Att belysa hur sjuksköterskan, genom hälsosamtal med fokus på motiverande samtal, kan motivera och stödja patienten till en livsstilsförändring. **Metod:** En litteraturöversikt gjordes där 13 artiklar valdes ut för analys. **Resultat:** Hälsosamtal med inriktning på motiverande samtal visade sig ha positiva effekter på motivationen till att genomgå en livsstilsförändring och fölsamheten för att följa behandlingsrekommendationerna. Motiverande samtal upplevdes positivt och förmedlade en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Såväl svårigheter som möjligheter identifierades med metoden. **Diskussion:** Att visa empati, använda öppna frågor och reflektivt lyssnande identifierades som viktiga egenskaper i samtalet mellan patient och sjuksköterska. Att stödja patienten att tro på sig själv och sin egen förmåga till förändring var den främsta faktorn som gjorde patienten redo för att genomgå en livsstilsförändring. Motiverande samtal var en metod som ställer krav på sjuksköterskan och träning i metoden behövs. Det finns flera organisatoriska svårigheter som kan försvåra ett bra samtal. **Slutsats:** Ett bra hälsosamtal inriktat på motiverande samtal kan innebära ökad motivation hos patienten för att genomföra en livsstilsförändring och det kan öka fölsamheten för behandlingsrekommendationerna med en bättre livskvalitet som resultat.

**Nyckelord:** Motiverande samtal, patient, sjuksköterska, upplevelse, möjligheter, svårigheter, livsstilsfaktorer, livsstilsförändring, hälsosamtal.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
<b>Motiverande samtal och hälsosamtal</b>	<b>1</b>
Utmärkande drag inom motiverande samtal	2
Fyra allmänna principer inom motiverande samtal	2
<b>Empowerment</b>	<b>3</b>
<b>Traditionell metod av hälsosamtal</b>	<b>3</b>
<b>Patientföljsamhet</b>	<b>3</b>
<b>Att främja hälsa</b>	<b>4</b>
<b>Livsstil och folksjukdomar</b>	<b>4</b>
Hjärt- och kärlsjukdomar och Diabetes	4
<i>Hypertoni</i>	5
<i>Diabetes</i>	5
<i>Sjukdomsmarkörerna kommer sent</i>	5
Övervikt och fetma	6
Cancersjukdom	6
Kostens betydelse för folkhälsan	6
Fysisk aktivitet och folkhälsa	7
Tobaksrökning och folkhälsa	7
Alkohol och folkhälsa	8
<b>Problemformulering</b>	<b>8</b>
<b>Syfte</b>	<b>8</b>
<b>Frågeställning</b>	<b>9</b>
<b>Metod</b>	<b>9</b>
<b>Design</b>	<b>9</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>9</b>
Urvalskriterier för informationskällan	9
Val av sökord	10
Val av vetenskapliga artiklar för resultatdelen	10
<b>Kvalitetsbedömning</b>	<b>11</b>
<b>Analys</b>	<b>11</b>
<b>Etiskt ställningstagande</b>	<b>11</b>
<b>Resultat</b>	<b>12</b>
<b>Resultatöversikt</b>	<b>12</b>
<b>Ett framgångsrikt upplägg av hälsosamtal</b>	<b>13</b>
<b>Det motiverande samtalet</b>	<b>13</b>
Strategier i motiverande samtal för att öka motivation till en livsstilsförändring	13
Möjligheter med motiverande samtal	14
Patientens upplevelse av motiverande samtal	15
Sjuksköterskans upplevelse av motiverande samtal	16
<b>Viktiga faktorer i ett hälsosamtal</b>	<b>17</b>
Att skapa en relation	17

Att förmedla information _____	17
Att undervisa _____	18
Att arbeta patientcentrerat _____	18
Att ge positiv feedback _____	19
Behov av kunskap och kompetens hos sjuksköterskan _____	19
Patientens upplevelse av hälsosamtal _____	19
<b>Svårigheter med hälsosamtal inriktade på motiverande samtal _____</b>	<b>20</b>
Tid och prioritering _____	20
Organisatoriska svårigheter _____	20
Brist på teamarbete _____	21
<b>Diskussion _____</b>	<b>21</b>
<b>Metoddiskussion _____</b>	<b>21</b>
Ett framgångsrikt upplägg av hälsosamtal _____	22
Det motiverande samtalet _____	23
<i>Strategier i motiverande samtal för att öka motivation _____</i>	<i>24</i>
<i>Patientens upplevelse av motiverande samtal _____</i>	<i>25</i>
<i>Sjuksköterskans upplevelse av motiverande samtal _____</i>	<i>26</i>
Viktiga faktorer i ett hälsosamtal _____	26
<i>Att förmedla kunskap och ge råd _____</i>	<i>26</i>
<i>Att skapa en relation med patienten _____</i>	<i>27</i>
Svårigheter med hälsosamtal inriktade på motiverande samtal _____	28
<b>Slutsats _____</b>	<b>30</b>
<b>Referenser _____</b>	<b>31</b>
<b>Bilagor _____</b>	<b>1</b>
<b>Bilaga 1 - Artikelsökning _____</b>	<b>1</b>
<b>Bilaga 2 - Artikelmatris _____</b>	<b>2</b>
<b>Bilaga 3 - Modell för förändring _____</b>	<b>7</b>

## **Inledning**

I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för Legitimerad Sjuksköterska beskrivs att sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Sjuksköterskan ska också ha förmågan att motivera patienten till att genomföra livsstilsförändring samt motivera patienten till följsamhet i behandlingen (1). Att ha dessa kompetenser som sjuksköterska kan vara ett viktigt redskap i att bemöta patienter som behöver förändra sin livsstil. Under utbildningens gång har vi fått en inblick i hur sjuksköterskan arbetar kring livsstilsförändring. Vi har följt sjuksköterskor som haft såväl bättre som sämre samtal med patienten. Dessa erfarenheter har bidragit till ett ökat intresse för samtal kring livsstilsförändring.

Låg patientföljsamhet är idag ett stort problem inom hälso- och sjukvården där enbart 50 % beräknas följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och råd, och i många fall är följsamheten lägre än så (2). Enligt WHO (2003) har hälso- och sjukvårdspersonalen en viktig roll i att främja patientföljsamhet. Ändå har relativt lite forskning gjorts för att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdssystemet påverkar patientföljsamheten. Motivation som leder till hållbar patientföljsamhet är idag ett av de svåraste elementen för hälso- och sjukvården att tillhandahålla långsiktigt. Bristande patientföljsamhet är av de främsta anledningarna till att patienten inte får en optimal behandling. Det orsakar medicinska och psykosociala komplikationer av sjukdomar, försämrar patientens livskvalitet och slösar med hälso- och sjukvårdens resurser. En bra relation mellan sjuksköterska och patient anses vara en faktor som ökar patientföljsamheten (2). Därför vill vi undersöka hur hälsosamtal med inriktning på motiverande samtal, mellan sjuksköterska och patient, kan öka patientföljsamheten. I den blivande professionen som sjuksköterska är vår förhoppning att kunna vägleda patienter i rätt riktning mot uppsatta mål för att uppnå en hälsofrämjande livsstilsförändring.

## **Bakgrund**

### **Motiverande samtal och hälsosamtal**

Bergstrand (2004) beskriver hälsosamtal som en samtalsmetod mellan sjuksköterska och patient för att skapa förutsättningar för en livsstilsförändring hos patienten (3). Motivational Interviewing (MI), är en metod som användes redan år 1983 i syftet att hjälpa människor med ohållbara alkoholvanor, där patientens motivation ofta var den största faktorn till att komma ur livsstilsmönstret. Efter 1990-talet kom metoden även att användas vid kroniska sjukdomar eftersom motivationen även där är en viktig faktor för att skapa en livsstilsförändring. MI bygger på att få patienterna att hitta sin egen motivation och redskap för att uppnå en förändring (4). Motiverande samtal definieras som en klientcentrerad/ personcentrerad -och styrande metod i syfte att öka personens inre motivation för förändring genom att lösa och utforska ambivalens. Ambivalens beskrivs som att personer ofta känner på två sätt inför en förändring (5). Det är vanligt att patienter har något som kallas motivationskonflikt som innebär att personen ifråga både vill genomgå en livsstilsförändring samtidigt som det kan råda en tveksamhet (4).

## Utmärkande drag inom motiverande samtal

Miller, Rollnick & Butler (2009) förklarar att det finns tre drag inom motiverande samtal, att metoden är samarbetsinriktad, framkallande och att det ska råda respekt för patientens autonomi. Att metoden är *samarbetsinriktad* innebär att det ska råda ett partnerskap mellan patient och rådgivare. Det ska vara en jämn maktfördelning i såväl samtal som vid beslutstagande. *Framkallande drag* syftar till att försöka sätta sig in i patientens liv och se till hennes eller hans resurser för att skapa en förändring. En viktig del är att förstå personens drömmar, värderingar och egna mål. Det gäller att försöka se de ting som patienten värnar om allra mest och koppla det med en eventuell livsstilsförändring. Att kunna se saken ur patientens synvinkel kan möjliggöra det för sjuksköterskan att framkalla patientens egna argument och vilja för en livsstilsförändring. Den sista aspekten som beskriver ”andan” i motiverande samtal är att det ska *råda respekt över patientens autonomi*. Det innebär att ha respekt för personens åsikter och beslutstagande (4). Miller & Rollnick (2010) beskriver att patienten alltid har en frihet i samtalet som innebär att ta emot rådgivningen eller att avstå från hjälpen. Målet är att viljan att förändra kommer från patienten själv istället för att det ska vara påtvingat från andra håll (5).

## Fyra allmänna principer inom motiverande samtal

Miller & Rollnick, (2010) beskriver fyra principer som ingår i motiverande samtal (5).

*Visa empati:* Inom motiverande samtal är begreppet empati en given faktor. Lyssnaren ska använda sig av acceptans som innebär att lyssnaren ska förstå patientens känslor utan att skuldbelägga, kritisera eller döma. Patientens ska känna sig respekterad och känna tillit till sin rådgivare. Att ha ett empatiskt förhållningssätt som rådgivare ska vara en självklar grundpelare från början till slut i syftet att uppnå en livsstilsförändring (5).

*Utveckla diskrepans:* Denna princip bygger på att patienten ska förstå situationen som han eller hon befinner sig i och vad dagens livsstil kan få för konsekvenser ur ett långsiktigt perspektiv. Ytterligare en viktig aspekt är att patienten ska förstå vad som kan förbättras och uppnås genom en livsstilsförändring. Inom motiverande samtal innebär det att man försöker få patienten att identifiera sina egna mål (5).

*Rulla med motstånd:* Innebär att rådgivaren frågar patienten om problem och lösningar. Tanken med motiverande samtal är inte att rådgivaren ensam ska komma fram till lösningar för att patienten ska uppnå livsstilsförändring. Målet är att patienten själv ska hitta lösning och strategi för att uppnå en förändring (5).

*Stöd självkompetens:* Den fjärde principen innefattar att försöka få patienten att tro på sig själv och att se till de styrkor som patienten har. Att uppmuntra till förändring är en viktig del i rådgivarens roll (5).

## Empowerment

Korp (2004) definierar empowerment som egenmakt, vilket syftar till att individen ska öka sitt inflytande över sin egen hälsa (6). Motiverande samtal är en metod som handlar om empowerment, riktad mot att hjälpa patienter att själva få kontroll över och hantera sin livsstil. Empowerment är en vägledande princip inom motiverande samtal som innebär att patienten får känna egen makt över sitt liv. Sjuksköterskan ska hjälpa patienterna att utforska hur de själva kan skapa en förändring i sitt hälsotillstånd (4). Det krävs att sjuksköterskan etablerar ett samarbete mellan sig själv och patienten, för att utveckla patientens kunskaper, skickligheter och möjligheter till att handskas med de olika situationerna i en livsstilsförändring, samt för att patienten ska kunna fatta ett beslut. Resultatet blir att patienten deltar mer aktivt i besluten kring sin egen vård. Genom stöd från sjuksköterskan kan patienten gradvis få kontroll över sin egen hälsa (6).

## Traditionell metod av hälsosamtal

Hälso- och sjukvårdspersonal tränas traditionellt i ett instruerande sätt att kommunicera med patienter där sjuksköterskan säger till patienten vad som behövs göras på ett auktoritärt sätt. Denna metod är lämplig i vissa situationer men bör inte vara den enda metod som används för att samtala med patienter. När en beteendeförändring behövs är det viktigt att aktivera patientens inre motivation, energi och engagemang. Motiverande samtal är till skillnad från traditionella metoder en patientcentrerad, instruerande metod för att förstärka inre motivation till förändring och gör patienten ansvarig för sin hälsa (5).

## Patientföljsamhet

WHO:s definition av *Adherence* valdes för att förklara begreppet patientföljsamhet. WHO (2003) definierar *Adherence* som:

*”The extent to which a person’s behavior – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider”.* – WHO 2003 (2).

En svårighet med begreppet patientföljsamhet är att det oftast används i syftet att bestämma till vilken grad patienter följer hälso- och sjukvårdspersonalens instruktioner, men termen instruktion antyder att patienten är en passiv, medgörlig mottagare av expertens råd, till skillnad från en aktiv samarbetspartner i en behandlingsprocess. I det engelska språket har begreppet *Adherence* valts istället för begreppet *Compliance* eftersom *Adherence* kräver patientens godkännande av behandlingsrekommendationerna (2).

God patientföljsamhet är nödvändigt för att uppnå ett bra resultat av behandlingsplanen. Patientföljsamhet är ett stort problem inom hälso- och sjukvården där enbart 50 % av patienterna generellt sett beräknas följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och råd. I många fall är patientföljsamheten sämre än så. Det finns starka bevis för att personer med sjukdomar så som diabetes, cancer, hypertoni och fetma har svårt att följa överenskomna behandlingsplaner vilket ökar risken för att behandlingsplanen ska misslyckas. Bristande



patientföljsamhet syns i alla situationer där egenvård krävs och är den främsta anledningen till att patienten inte får en optimal behandling. Det orsakar medicinska och psykosociala komplikationer av sjukdomen, försämrar patientens livskvalitet och slösar med hälso- och sjukvårdens resurser (2).

## **Att främja hälsa**

International council of Nurses (ICN) kom år 1953 fram till den första etiska koden för sjuksköterskor (7). ICN:s etiska kod innefattar fyra ansvarområden. Sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (7). WHO (1946) definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av svaghet eller sjukdom. Den första internationella konferensen för hälsopromotion resulterade i ett dokument vid namn *the Ottawa Charter for Health Promotion in 1986*. Alla personer ska ges lika möjligheter och resurser för att erhålla en hög nivå av hälsa. För att uppnå målen om en god hälsa för alla krävs en stödjande omgivning, tillgång till information, kunskap och möjligheten till att fatta hälsosamma beslut (8). Socialstyrelsen uppmärksammar i sin kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska att sjuksköterskan ska ha förmågan att tillvarata det friska hos patienten. Sjuksköterskan behöver ge stöd och vägledning i dialog med patienten för att möjliggöra en optimal delaktighet i vården samt kunna identifiera patientens möjligheter och resurser till egenvård. Dialogen ska genomföras på ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt (1).

## **Livsstil och folksjukdomar**

Jämfört med förr i tiden har vi idag en ökad tillgänglighet av mat, mer energitäta livsmedel och en stillasittande livsstil vilket har genererat en ny typ av sjukdomar, välfärdssjukdomar. Detta orsakar idag många av våra folksjukdomar (9). En folksjukdom definieras som en sjukdom som drabbar minst 1 % av befolkningen (10). En persons livsstil har stora effekter på hälsan. Livsstilsrelaterade hälsoproblem orsakar minst en tredjedel av det totala sjukdomspanoramata i Europa (11). De flesta dödsfall i Sverige beror på två folksjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Den största delen av dessa sjukdomsfall går dock att förebygga genom livsstilsförändringar (10). Enligt WHO (2003) kan 80 % av alla fall av hjärtsjukdom, 90 % av diabetessjukdom och 30 % av all cancersjukdom, förebyggas genom en hälsosammare kost tillsammans med rökstopp och ökad fysisk aktivitet (2). För att begränsa vår uppsats kommer vi därför att behandla dessa tre stora sjukdomsgrupper i bakgrunden och se hur de kan påverkas av en livsstilsförändring.

## **Hjärt- och kärlsjukdomar och Diabetes**

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken hos den svenska befolkningen sett till alla åldrar. Ungefär 42 % av de personer som avlider i Sverige gör det till följd av hjärt- och kärlsjukdomar (10).

## *Hypertoni*

Högt blodtryck är en av de första markörerna för en hjärt- och kärlsjukdom (10). Det har uppskattats att 40 % av alla hjärtinfarkter och stroke beror av högt blodtryck (2). Hypertoni ökar risken för ischemisk hjärtsjukdom med tre till fyra gånger och ökar risken att drabbas av all hjärt- och kärlsjukdom med två till tre gånger. Risken för stroke ökar med åtta gånger för de personer som lider av hypertoni. Klinisk forskning visar att behandling av hypertoni kan minska risken för stroke med 30-43 % och risken för hjärtinfarkt med 15 %. Behandlingen är också effektiv för att minska risken för övriga hjärt- och kärlsjukdomar, demens och njursjukdom. Trots att det finns många effektiva behandlingar tillgängliga uppnår mindre än 25 % av de personer som behandlas för hypertoni ett optimalt blodtryck. Bristande patientföljsamhet identifieras som den främsta anledningen till detta. Av alla patienter som behandlas för hypertoni avslutar hälften av patienterna behandlingen inom ett år efter att diagnosen ställts. Hos de som fortsätter behandlingen är det vanligt att den inte följs korrekt. Konsekvensen av bristande patientföljsamhet blir att ungefär 75 % av de patienter som diagnostiserats med hypertoni inte uppnår ett optimalt blodtryck. I många länder är dåligt kontrollerat blodtryck en stor ekonomisk börda (2).

## *Diabetes*

Ungefär 150 miljoner människor världen över lider idag av en diabetessjukdom. År 2025 beräknas denna siffra vara den dubbla. Denna ökning beror till största delen på en ohälsosam diet, fetma, en stillasittande livsstil och en högre livslängd (2). I Sverige är idag ungefär 365 000 personer drabbade, av dessa har 85- 90 % diabetes typ 2 som är livsstilsrelaterad (10). I västvärlden är diabetes den sjunde vanligaste orsaken till dödsfall och den främsta anledningen till amputationer, njursjukdom och blindhet bland personer i åldrarna 18-65 år (2).

Bristande patientföljsamhet för rekommenderad egenvård är den främsta anledningen till att komplikationer av sjukdomen uppstår. Konsekvensen av bristande patientföljsamhet är ett dåligt hälsoutfall för den drabbade och stora kostnader för hälso- och sjukvården. De totala kostnaderna för personer med dåligt kontrollerad diabetessjukdom är sex till åtta gånger högre än för de personer som har god kontroll på sin sjukdom. Detta är resurser som hade kunnat användas mer effektivt (2). I primärvården i Sverige får idag bara 50 % av diabetikerna accepterade blodsockernivåer, enbart 40 % får god kontroll på blodfetter och endast 30 % får god kontroll på blodtrycket (10). Med ökad följsamhet för hälso- och sjukvårdspersonalens rekommendationer kan mycket resurser sparas (2).

## *Sjukdomsmarkörerna kommer sent*

De största biologiska riskmarkörerna för hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2 diabetes är höga blodfetter, högt blodsocker, högt blodtryck och övervikt som leder till bukfetma. Dessa riskmarkörer är till stor del livsstilsbetingade. Hälften av alla personer som lider av högt blodtryck och högt blodsocker är inte medvetna om det, eftersom symtomen inte kommer förrän sjukdomarna är långt framskridna och åderförkalkning samt andra skador på blodkärlen redan har uppstått. Därför är tidigt insatt hälsoarbete av stor vikt för att förhindra att skador på

blodkärlen uppstår. Många gånger behöver resurser sättas in redan innan personen får symtom av sin sjukdom (10).

### **Övervikt och fetma**

Under de senaste 20 åren har andelen personer med övervikt eller fetma ökat i Sverige. Ökningen är större bland män än bland kvinnor och idag är hälften av alla män och en tredjedel av alla kvinnor i åldrarna 16-84 år överviktiga eller feta. Överviktiga personer har en ökad risk för att drabbas av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Övervikt leder till stigande blodtryck, högre blodfetter och störd blodsockerreglering, vilket påskyndar åderförkalkningen. Personer med fetma har i genomsnitt sex till sju års kortare livslängd jämfört med normalviktiga. Risken för att drabbas av diabetes är fem till tio gånger högre bland personer med fetma än hos normalviktiga och risken för att drabbas av en hjärt- och kärlsjukdom är två till tre gånger högre. Bukfetma utgör den största risken (10).

### **Cancersjukdom**

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken sedd över hela Sveriges befolkning, men cancersjukdom är den vanligaste dödsorsaken för personer i åldrarna 16 till 84 år. År 2011 fick ungefär 60 000 personer i Sverige besked om en cancerdiagnos. Samma år avled ungefär 23 000 personer i cancer (10).

Rökning är den största riskfaktorn för att drabbas av lungcancer som är den cancersjukdom som är näst vanligast i Sverige. Det är också den cancerform som ger upphov till flest dödsfall. Patienter med lungcancer har en dålig prognos, enbart 50 % beräknas överleva ett år efter diagnosen ställts. Efter fem år lever enbart 20 % av de som diagnostiserades med lungcancer (10). Fetma är en annan riskfaktor för att drabbas av cancer. Då främst i matstrupe, ändtarm, bröst, bukspottkörtel, njurar och livmoderslemhinnan, 10 % av alla som dör av cancer hos icke-rökare kan relateras till fetma (10). Majoriteten av alla patienter med cancer lider av ett avancerat stadie av sjukdomen, som innebär smärtor, oftast tillsammans med andra symtom och är inte mottagliga för en kurativ behandling (2).

### **Kostens betydelse för folkhälsan**

Eftersom tillgången på mat förr i tiden var ojämn och ofta bristfällig har vi idag en tendens att äta mer än vi behöver (9). Människan har genom tiden utvecklat ett bra skydd mot att minska i vikt vilket har varit gynnsamt för överlevnaden. Vi har hungerkänsla och minskad ämnesomsättning vid svält. Dock har vi inget skydd mot viktuppgång. Mättnadssignalerna är svagare än hungersignalerna och ämnesomsättningen ökar inte när vi har ätit för mycket (10). Människan har en bristande förmåga att registrera när hon fått i sig en lagom mängd energi. Däremot finns en god förmåga att registrera när vi fått i oss en lagom mängd volym. Fiberrika livsmedel som frukt, grönsaker och fullkornsprodukter, binder vatten och ger då maten en stor volym i förhållande till sitt energiinnehåll. Mättnaden inträffar då innan energiintaget blivit för stort. Kost som tillför mycket energi och lite näring i förhållande till sin volym t.ex. fett, socker och vitt mjöl ökar risken för fetma och hjärt- och kärlsjukdomar. En lämplig balans mellan kolhydrater och fett i kombination med högt fiberintag bidrar till att minska risken för övervikt (10).

Frukt och grönt samt annan mat som innehåller kostfibrer minskar risken för cancer i bland annat mag-tarmkanalen, prostata och lungor. Forskare uppskattar att en ökning av konsumtionen av frukt och grönsaker till i genomsnitt 400 gram per dag skulle kunna minska förekomsten av cancer med 20 % i Sverige (12). Högt saltintag ökar risken för högt blodtryck och därmed risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Det ökar också risken för cancer i magen eftersom det påverkar magens slemhinnor negativt. Vi äter idag dubbelt så mycket salt som den rekommenderade mängden (10).

### **Fysisk aktivitet och folkhälsa**

Regelbunden fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på vår hälsa. Fysisk aktivitet motverkar utvecklingen av högt blodtryck, samt sänker blodtrycket hos de personer som redan lider av hypertoni. Fysisk aktivitet motverkar även utvecklingen av typ-2-diabetes och sänker blodsockernivån hos de som redan insjuknat. Personer som är fysisk inaktiva har dubbelt så stor risk att insjukna i en hjärt- och kärlsjukdom än fysiskt aktiva. De positiva hälsoeffekterna som uppnås av fysisk aktivitet beror delvis på att övervikt motverkas men långvarigt stillasittande är skadligt för hälsan oavsett viktpåverkan. De personer som är tillräckligt fysiskt aktiva har en minskad risk med 40-50 % att få cancer i tjocktarmen jämfört med stillasittande personer. Detta eftersom fysisk aktivitet ökar passagen i tarmen så att cancerogena ämnen inte stannar kvar. Forskning visar på att det är bättre att vara överviktig och fysiskt aktiv än att vara normalviktig och fysiskt inaktiv. Stillasittande i sig, oavsett nivån av fysisk aktivitet efter skolan/arbetet, påverkar ämnesomsättningen negativt med risk för metabola störningar. De flesta av Sveriges vuxna befolkning, från 16 år och uppåt, har i dagens samhälle ett stillasittande arbete. En tredjedel av dessa är dessutom helt stillasittande på sin fritid (10).

### **Tobaksrökning och folkhälsa**

Tobaksrökning är den största ensamt bidragande faktorn till ohälsa, 70-90 % av all lungcancer, 56-80 % av kroniskt obstruktiva lungsjukdomar och 22 % av hjärt- och kärlsjukdomar beror på tobaksrökning. Cigarettrökning är fortfarande den främsta anledningen till sjukdom och en förtidig död världen över. Varje år orsakar tobaksanvändning fem miljoner dödsfall i världen. I Sverige röker ungefär en miljon människor varje dag och 30 % av befolkningen röker regelbundet. Hälften av alla rökare beräknas dö i förtid till följd av sin rökning (2).

Rökning ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar bland annat genom att blodtrycket ökar, syresättningen minskar, åderförkalkning påskyndas och risken för blodproppar ökar (10). Tobaksrök orsakar inflammationer i och skador på blodkärlen och är även cancerframkallande. De vanligaste cancersjukdomarna som helt eller delvis orsakas av rökning är cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottkörtel, njurar, urinblåsa och lever. Flera av dessa tobaksrelaterade cancersjukdomar hör till de mest svårbehandlade och dödliga. De negativa effekterna som fås av rökning kommer först flera år senare, från det att en person börjat röka tar det omkring 20-40 år för lungcancer att utvecklas. Det kan därför vara svårt att motivera till rökstopp. Att sluta röka minskar dock omedelbart risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Risken för lungcancer minskar

också men mycket långsammare. Först efter ungefär fem år av rökstopp börjar risken för lungcancer att minska. Efter 20 års rökstopp är risken för lungcancer nästan lika liten som för en person som aldrig har rökt (10). Patientföljsamheten till åtgärder som hjälper personen att sluta röka är trots detta låg, under 40 % av de personer som sökt hjälp från hälso- och sjukvården kommer till antirökssessionerna (2).

## **Alkohol och folkhälsa**

Alkohol är den femte största riskfaktorn bakom det globala sjukdomspanoramats (10). Alkohol ökar risken för högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar och besvär från mag-tarmkanalen. Alkohol ökar också risken för cancer i munhåla, svalg, struphuvud, strupe, ändtarm och bröst eftersom flera metaboliter när alkohol bryts ner är cancerframkallande (11). Risken för alkoholrelaterade sjukdomar ökar med mängden intagen alkohol. All berusningsdrickande är förenat med hälsorisker (10).

## **Problemformulering**

Det epidemiologiska skiftet av sjukdomspanoramats som skett under de senaste 50 åren från akuta till kroniska sjukdomar innebär att det snabba mötet med patienten inte längre är en adekvat modell för att omhänderta behoven hos dagens befolkning (2). Hälso- och sjukvården har på 2000-talet fått en ny uppgift som innebär att omhänderta patienten genom hela livet. För de flesta kroniska sjukdomar är en livsstilsförändring av stor vikt (4). Patientföljsamhet har här en betydelsefull roll för att uppnå en effektiv behandling. Forskning visar på att en förbättring av patientföljsamheten kan ha större inverkan på folkhälsan än vad utvecklingen av läkemedel kan ha. Utan ett system som innehåller faktorer som främjar patientföljsamhet kommer även utvecklingar i biomedicinsk teknologi att misslyckas med att nå sin fulla potential för att reducera förekomsten av sjukdom. Tillgång till läkemedel och råd är nödvändig men tillgången är i sig otillräcklig för att lösa problemet. Om hälso- och sjukvården kan vara mer effektiv för att främja patientföljsamhet i egenvårdsbehandling skulle den mänskliga, sociala och ekonomiska vinsten vara enorm (2). Enligt WHO (2003) är en god kommunikationsförmåga samt god skicklighet i aktivt lyssnande något som leder till en bättre patientföljsamhet. Trots detta får hälso- och sjukvårdspersonal lite träning i hur de ska samtala med patienter (2). Motiverande samtal är en metod som kan användas för att få patienten att finna sin egen motivation för att genomföra en livsstilsförändring (4). Hälsorådgivande samtal mellan sjuksköterska och patient har inte studerats i någon större utsträckning (3). Därför ville vi undersöka hur hälsosamtal mellan sjuksköterska och patient med inriktning på motiverande samtal kan förbättra patientföljsamheten för att uppnå en livsstilsförändring.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att belysa hur sjuksköterskan, genom hälsosamtal med fokus på motiverande samtal, kan motivera och stödja patienten till en livsstilsförändring.

## Frågeställning

För att svara på syftet sattes tre frågeställningar upp.

- Hur upplever sjuksköterskan motiverande samtal?
- Hur upplever patienten motiverande samtal?
- Vilka möjligheter respektive svårigheter finns det med hälsosamtal?

## Metod

Arbetet påbörjades genom en identifiering och avgränsning av det område som skulle studeras. Utifrån syftet valdes sedan vilken design arbetet skulle ha. Därefter påbörjades en litteratursökning där artiklar hittades för analys och sammanställning av resultatdelen.

## Design

Med stöd av Friberg (13) valdes en litteraturöversikt som metod eftersom ämnet ansågs vara intressant ur både kvantitativa och kvalitativa utgångspunkter. En översikt över kunskapsläget inom hälsosamtal med inriktning på motiverande samtal var intressant för studien. De vårdhandlingar som utförs ska ha grund i evidensbaserad forskning. Inom områden där forskningen inte är tillräcklig får sjuksköterskan förlita sig på beprövad erfarenhet. Det yttersta motivet för evidensbaserad vård är en god och säker vård för den enskilde patienten. Att ge evidensbaserad vård/omvårdnad beskrivs som att i varje vårdhandling utgå från de för dagen bästa bevisen för att handlingen ska ge bästa möjliga resultat (14). I den kvantitativa forskningen söktes evidens för att hälsosamtal med motiverande samtal är en effektiv metod för att motivera patienten och förbättra patientföljsamheten. I den kvalitativa forskningen söktes förståelse för patientens och sjuksköterskans upplevelse av motiverande samtal och hälsosamtal för att få fram vilka faktorer som fungerar bra och vad som kan förbättras.

## Datainsamling

### Urvalskriterier för informationskällan

Tre databaser valdes ut för sökningen. Dessa var Cinahl, som valdes i första hand eftersom det är en omvårdnadsdatabas. PubMed som är en medicinsk databas valdes för att komplettera sökningen vilket även Scopus, som är en naturvetenskaplig, medicinsk, samhällsvetenskaplig och humanistisk databas gjorde. Kunskap samlades in om hur sökningar i dessa databaser går till och innan sökningen påbörjades skaffades även en bred kunskapsgrund i ämnesområdet genom granskning av facklitteratur, rapporter och offentliga dokument. Detta för att senare kunna bearbeta litteraturen i sökningen mer effektivt. Kunskapen användes också för att utforma bakgrunden i arbetet.

## **Val av sökord**

Med stöd från Östlundh (15) inleddes sökningen med en utformning av sökord utifrån studiens syfte och frågeställningar. Eftersom de valda databaserna var baserade på det engelska språket, användes Svensk MeSH som hjälp för att formulera sökorden i en engelskspråkig term som passade ämnesordlistan i de valda databaserna. Därefter utfördes en första sökning på sökordet "Motivational interviewing" i samtliga databaser. Detta gav en träfflista som var för stor för analys varför en boolesk sökteknik därefter användes. Det passade också studien eftersom sambandet mellan olika sökord behövde undersökas. Operatorm som valdes var därför ordet AND, för Cinahl och Scopus. En operator var inte nödvändigt i PubMed. Ett hjälpmedel i form av ett dokument skapades för att införa sökprocessen i. Här dokumenterades information om valda artiklar i form av informationskällor, sökord, avgränsningar, antal träffar, antal valda artiklar och datum för sökningen. Parallellt med detta fördes anteckningar över avgränsningar, sökningar med sämre resultat, experimentering med sökfälten och sökorden och dess olika resultat, reflektioner kring urvalet samt värderingar av sökresultatet (se bilaga 1). Synonymer till sökorden och en del nya sökord hittades under sökningens gång genom granskning av valda artiklars ämnesord och referenslistor. En sekundärsökning utfördes och en artikel valdes ut härifrån (26). Sökorden behövde inte ändras eller anpassas för de olika databaserna.

## **Val av vetenskapliga artiklar för resultatdelen**

Med Stöd av Östlundh (15) begränsades sökningen för att sortera bort artiklar som inte hörde till intresseområdet. Sökningen avgränsades så att alla artiklar var peer reviewed, för att enbart söka efter artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Redaktör-, nyhets-, och reviewartiklar bland flera sorterades bort genom en begränsning av dokumenttypen till en research artikel eller klinisk prövning i Cinahl och PubMed, samt genom manuell granskning av träfflistan. I Scopus var enbart begränsningen av dokumenttypen till en artikel möjlig, vilken utfördes. Sökresultaten skulle också ha tillgängliga abstract för en bedömning av artiklarnas innehåll. Eftersom vetenskapligt material är en färskvara enligt Östlundh (15) var det intressant att studera den senaste forskningen, därför utfördes även en avgränsning i tid från år 2000 och framåt. Tidsbegränsningen tillät träffar om relativt nya artiklar samtidigt som tillräckligt mycket forskning i ämnet fanns för att kunna sammanställa resultatet.

Träfflistorna analyserades först utifrån artiklarnas titel och för de artiklar vars titel ansågs kunna passa studiens syfte, samt var skrivna på engelska, lästes abstract igenom. Utifrån abstracten valdes artiklar som lästes i fulltext och de artiklar som svarade på syftet valdes slutligen ut för en kvalitetsgranskning. De studier som ansågs ha tillräckligt god kvalitet valdes slutligen ut för att ingå i analysen. Anledningen till att sökorden byttes ut eller alternerades allt eftersom, och till att flera databaser valdes, var för att området var svårt att avgränsa och få forskningsartiklar hittades som svarade mot syftet. För att inte utesluta relevanta studier utfördes en noggrann kombination av sökord och inga ytterligare begränsningar. De flesta av de valda artiklarna fanns tillgängliga i fulltext. De som inte fanns gick att lokalisera genom att söka på titel, författare, tidskriften och årtal i andra databaser.

## **Kvalitetsbedömning**

Enligt Friberg (16) är en granskning av de valda artiklarnas kvalitet nödvändig, annars blir det oklart vad analysen grundas på (16). Om texten passade syftet och om kvaliteten ansågs vara tillräckligt god valdes artikeln ut för analys, övriga artiklar exkluderades från analysen. En granskning av artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån Friberg (13-14,17) och efter Willman, Stoltz & Bathsevani (18). Fokus lades på randomiseringen för de kvantitativa studierna, bortfallsanalys, hur väl studiens syfte och problem var formulerat och om det var relevant för artikeln, urvalets antal och avgränsning samt hur väl metoden var beskriven och analysen utförd.

## **Analys**

Med stöd från Friberg (13) lästes de artiklar som valts ut för att ingå i analysen igenom i sin helhet för att skapa en förståelse av studiernas innehåll och sammanhang. Artiklarna sammanfattades sedan i en översiktstabell avseende likheter och skillnader i teoretiska utgångspunkter, metodologiska och analytiska tillvägagångssätt samt efter syfte, resultat och diskussion (se bilaga 2). En längre sammanfattning skrevs också för varje artikel. Detta för att säkerställa att all väsentlig information har uppfattats och dokumenterats. Nästa stadiet av analysen bestod av att finna likheter respektive skillnader i studiernas resultat för att göra en allmän översikt. I detta steg identifierades gemensamma teman som användes som grund för resultatet.

## **Etiskt ställningstagande**

Av de för analysen valda artiklarna hade sju godkänts av en forskningsnämnd (19-21,23,26,29-30). I en artikel hade forskarna övervägt etiska frågor men det framgick inte ifall de hade ansökt om ett etiskt godkännande (27). För resterande fem artiklar hade inte etiska frågor diskuterats (22,24-26,28). Samtliga artiklar har dock hämtats i databaser där artiklarna är kvalitetskontrollerade genom en granskningsprocedur av fackkunniga personer enligt Östlundh (15). Med detta motiveras ändå valet av dessa artiklar som inkluderades eftersom de stämde överens med studiens syfte.



# Resultat

## Resultatöversikt

Under analysen av insamlad data framkom fyra teman och fjorton subteman enligt följande:

### Ett framgångsrikt upplägg av hälsosamtal

#### Det motiverande samtalet

- *Strategier i motiverande samtal för att öka motivation*
- *Möjligheter med motiverande samtal*
- *Patientens upplevelse av motiverande samtal*
- *Motiverande samtal ställer krav på sjuksköterskan*

#### Viktiga faktorer i ett hälsosamtal

- *Att skapa en relation*
- *Att förmedla information*
- *Att undervisa*
- *Att arbeta patientcentrerat*
- *Att ge positiv feedback*
- *Behov av kunskap och kompetens hos sjuksköterskan*
- *Patientens upplevelse av hälsosamtal*

#### Svårigheter med hälsosamtal inriktade på motiverande samtal

- *Tid och prioritering*
- *Organisatoriska svårigheter*
- *Brist på teamarbete*

## Ett framgångsrikt upplägg av hälsosamtal

Flera studier visar att tydlig och adekvat given information är en faktor som motiverar patienter till att förbättra sina hälsovanor gällande fysisk aktivitet, kost och rökning (19-21). Dock visar flertalet studier också på en annan viktig faktor, det är viktigt att patienten är motiverad till att genomföra en livsstilsförändring innan han eller hon blir mottaglig för information och rådgivning från sjuksköterskan (20,22-25). Brobeck et.al (23) visar att det är lönlöst att ge patienterna råd angående något som de själva inte har insett att de vill förändra (23). Att inta en auktoritär, undervisande roll och komma med pragmatiska lösningar innan patienten är redo för en förändring har visat sig ha negativ effekt (24). Det är patienten själv som måste välja sin framtid (20). Därför bör det första steget i ett hälsosamtal inte vara att ge patienten information och råd om livsstilsförändringar, utan istället vara att motivera dem till att vilja genomföra förändringen. Hälsosamtalet kan därför med fördel inledas med ett motiverande samtal (20,23-24).

## Det motiverande samtalet

### Strategier i motiverande samtal för att öka motivation till en livsstilsförändring

*Visa empati:* Riegel et.al (25) visar att ett lyckat motiverande samtal är patientcentrerat (25). Patienten behöver göras delaktig och ges möjlighet till att påverka sin situation, utan krav från sjuksköterskan (23). Att uttrycka empati genom ett genuint accepterande och icke-bedömande av patienten, att ha förståelse för och sympati med patienten samt visa respekt under samtalet har visat sig få positiva effekter på patientföljsamheten (23,25).

*Utveckla diskrepans:* Studier visar att sjuksköterskan kan öka patientens motivation till livsstilsförändring genom att utveckla diskrepans mellan patientens hälsomål och hans eller hennes nuvarande livsstil. En viktig faktor för att göra detta är att använda aktivt lyssnande och öppna frågor. Det hjälper patienterna att identifiera behovet av en livsstilsförändring (23,25). Användningen av öppna frågor tillåter patienten att delge sin berättelse utan att sjuksköterskan behöver ställa slutna frågor. Det resulterar i mer information om patientens känslor och bekymmer kring livsstilsförändringen (24). Reflektivt lyssnande hjälper sjuksköterskan att förstå hur patienten ser på sin situation, vilken effekt symtomen har på deras vardagsliv och hur stark deras motivation till livsstilsförändring är. Det hjälper sjuksköterskan att förstå patienternas rädslor och ge dem bekräftelse. Reflektivt lyssnande är också bra att använda sig av för att poängtera hur livsstilen påverkar patientens liv (25).

*Rulla med motstånd:* Brobeck et.al (23) visar att det är mer effektivt om patienten fattar ett eget beslut än vad det är om sjuksköterskan beordrar patienten liknande budskap. Motiverande samtal kan hjälpa patienten att verbalisera sin egen motivation och därmed bli medveten om en lösning (23). Sjuksköterskans roll blir att samarbeta med patienten för att gemensamt sätta upp mål och en handlingsplan, men det är patienten som ska föra samtalet och sjuksköterskan ska empatiskt följa patientens spår (22,25). Det är viktigt att sjuksköterskan är rådgivande men inte konfronterande. Samtalet är utformat för att hjälpa patienten öka sin avsikt till en livsstilsförändring genom att utforska och hantera ambivalens kring förändringen. Förändring måste ses som en kontinuerlig process där ambivalens och

tillbakagångar är normalt och accepterat (25). Det är viktigt att inte konfrontera eller argumentera med patienten när motstånd möts, istället ska ambivalensen och patientens eget val accepteras. Sjuksköterskan ska inte påskynda patientens val genom att ställa krav (23,25). Avsikten är att befria patienterna från behovet av att försvara sig själva från diskrepansen mellan deras hälsomål och livsstil (23,25).

*Stöd självkompetens:* Forskningen visar att en viktig roll för sjuksköterskan är att hjälpa patienten att inse att han eller hon har kontroll över sitt liv (21). Sjuksköterskan ska möjliggöra det för patienten att fatta egna beslut och hjälpa patienten att inse att han eller hon redan besitter den kunskap som behövs för att genomföra en livsstilsförändring (25). Om sjuksköterskan ses som experten och kommer med förslag om livsstilsförändringar kan det leda till att patienten fräntas ansvaret över sin egen hälsa (20). Ett exempel på en sjuksköterska som framhäver patientens egna resurser för att få patienten att inse att hon har vad som krävs, handlar om en patient som var bra på att utforma en ekonomisk budget. Sjuksköterskan föreslår att hon kan använda sig av en kaloribudget (22). Riegel et.al (25) visar att rollspel är en effektiv metod att använda sig av för att patienten själv ska kunna sätta ord på hur en förändring kan gå till, utifrån tidigare given information. Artikeln tar upp ett exempel om en man som gått upp i vikt och fått ökad bukfetma. Sjuksköterskan beskrev då först mekanismerna bakom viktuppgången och vad som händer om symtomen ignoreras, för att sedan genomföra ett rollspel angående ett framtida scenario och fråga patienten vad han skulle göra om han upplevde värre symtom en annan dag. Ett annat exempel som lyfts är där sjuksköterskan frågar patienten vad han skulle ge en familjemedlem som var i samma situation för råd, utifrån tidigare given information från sjuksköterskan (25). Det är viktigt att åstadkomma empowerment i mötet med patienter eftersom det hjälper dem att utforska sina känslor kring en livsstilsförändring och identifiera brister i sin livsstil. Empowerment motiverar patienter att sätta upp mål och utveckla strategier för att övervinna dessa livsstilsproblem (21). Miller et.al (26) visar att den främsta faktorn som gör en person redo för att genomföra en livsstilsförändring är självförtroendet till den egna förmågan att genomgå och upprätthålla en livsstilsförändring (26).

### **Möjligheter med motiverande samtal**

Forskning visar att motiverande samtal ger patienten en möjlighet att arbeta sig genom ambivalensen och själv fatta beslut om vad som ska förändras och hur (25). Motiverande samtal är också en metod som ger patienten möjlighet att börja om i sitt försök till en livsstilsförändring vid återfall eller om hans/hennes motivation har förändrats. I metoden ses inte återfall som ett misslyckande, utan istället som en möjlighet för patienten att lära sig något positivt från erfarenheten. Att återfall inte ses som något negativt utan en svårighet som måste gås igenom och är en naturlig del av processen gör att färre patienter ger upp (23). Motiverande samtal underlättar för sjuksköterskan att skapa en förtroendefull relation med patienten och uppmärksamma problem på ett sätt som gör patientföljsamheten mer effektiv (27). Motiverande samtal anses vara en effektiv, berikande och användbar metod, som främjar medvetenhet och vägledning i omsorgsrelationen för att hjälpa människor att förändra sin livsstil (23). Det motiverande samtalet betonar samarbete och identifikation av resurser och autonomi, för att sätta patientens vilja och ansvar i centrum. Det är en metod som hjälper

sjuksköterskan att lägga betoningen på patientens autonomi och ger patienten en aktiv roll i sin vård (28). Forskning visar att detta medför en inre, äkta motivation till förändring och att patientcentrerat arbete ökar patientföljsamheten (25). Är sjuksköterskan för standardiserad förlorar hon patienten i processen (20). Flera studier (19-20,22-23,25,27,29,30) visar att motiverande samtal kan vara en effektiv metod för att främja en livsstilsförändring.

### **Patientens upplevelse av motiverande samtal**

Kommunikationen i det motiverande samtalet upplevs vara positiv (20,28-29). I en studie (29) gjord på diabetespatienter framkommer det att patienterna upplever att de uppmuntras på ett positivt sätt att ta ansvar för sin egen hälsa under ett motiverande samtal. Patienterna beskriver samtidigt det traditionella samtalssättet där sjuksköterskan enbart ger råd som negativt med auktoritära och krävande attityder från hälso- och sjukvårdspersonal. Där upplever de negativ feedback i form av skuldbeläggning, skam och provocerande från både familj och hälso- och sjukvårdspersonal, i ett försök att få dem ta ansvar över sin diabetessjukdom. De känner att de behandlas som barn, vilket upplevs förödmjukande. Patienterna poängterar begränsningar med det traditionella sättet att ge råd på som att relationen till hälso- och sjukvårdspersonalen känns paternalistisk och stressad. Med motiverande samtal känner de istället att hälso- och sjukvårdspersonal och familjemedlemmar inte tvingar dem till en förändring. De är då mer mottagbara för förslag från sjuksköterskan. Patienterna känner att relationen med sjuksköterskorna i motiverande samtal snarare känns som ett partnerskap än att sjuksköterskorna har makten. Motiverande samtal leder till att patienten avslöjar sin situation mer öppenhjärtat och tar ansvar för sin livsstil och för de förändringar som behövs göras (29).

Miller et.al (26) visar på andra resultat. Studien är utförd på lantliga afroamerikanska kvinnor och visar att patienterna här upplever motiverande samtal som ett effektivt sätt att föra hälsokommunikation på. Många aspekter i motiverande samtal representerade en för dem god kommunikation, så som öppenhet i rådgivningen, en avslappnande och bekväm miljö och att metoden tillåter patienten att ta en aktiv del under rådgivningen. Dock anser de att sjuksköterskorna agerar felaktigt då de frågar dem vad de vill fatta för beslut i behandlingen. De tycker att hälso- och sjukvårdspersonalen bör veta vad som behöver göras eftersom de är experter. De anser att traditionella metoder där sjuksköterskan har en mer auktoritär stil och är den som förde konversationen samt kommer med beslut är mer representativt för en god rådgivning och mer bekant för dem. De är mer bekväma med den rådgivande kommunikationen där de blir tillsagda vad de behöver göra. Trots detta beskriver de kommunikationen i den traditionella metoden som dålig, där sjuksköterskan dominerar samtalet och att konversationen blir opersonlig. Kommunikationen blir ensidig och patienten verkar inte ta någon del i sin egen behandling. Detta visar på att motiverande samtal kan vara en lämplig rådgivningsmodell för dessa kvinnor när den kombineras med en mer traditionell metod. Rådgivningen måste alltid anpassas efter patienternas kommunikationspreferenser (26).

## **Sjuksköterskans upplevelse av motiverande samtal**

Motiverande samtal ställer flera krav på de sjuksköterskor som använder sig av metoden (23). Sjuksköterskan måste göra en ansträngning för att införliva den nya metoden. Det är viktigt att sjuksköterskan har ett öppet sinne när han eller hon implementerar metoden. Artiklarna (19,22,30) visar att en del sjuksköterskor upplever negativa känslor och frustrationer gentemot att motivera patienter till en livsstilsförändring. Det resulterar i att dessa personer slutar arbeta patientcentrerat när utmaningar uppstår och istället börjar ge standardiserad information eller undviker diskussionen helt. Sjuksköterskorna känner sig maktlösa (19,22,30).

Flera sjuksköterskor beskriver arbetet med motiverande samtal som krävande (23). Det är viktigt att få träning i metoden och kontinuerlig feedback för att det motiverande samtalet ska ge ett bra resultat (27,29). Många sjuksköterskor uttrycker en svårighet av att anpassa sin rådgivning till det stadie som patienten befinner sig i. Det är lätt att ge information för snabbt till patienten när patienten befinner sig i ett för tidigt stadie av förändringen. De upplever också att de har felaktiga eller för höga förväntningar på patientens livsstilsförändringar och känner att de trycker för hårt på dem (19). Sjuksköterskorna finner det svårt att uttrycka empati framför att enbart ge råd, speciellt när de inte förstår patienten (23,19). Det är också svårt att bygga en relation med de patienter som inte vill ta ansvar för sin hälsa vilket skapar en enorm frustration bland sjuksköterskorna (31). En annan svårighet som uttrycks från sjuksköterskorna är att de vill att patienten ska känna sig nöjd och komma tillbaka, varför det är viktigt att skapa en god relation. Det kan dock leda till att sjuksköterskan blir för mjuk i vissa lägen och känner en tveksamhet inför att diskutera en eventuell livsstilsförändring. Sjuksköterskor önskar färdighet i hur de ska övervinna dessa svårigheter (19).

De flesta sjuksköterskor anser det vara nödvändigt att få träna på metoden praktiskt och lära sig av sina egna misstag, innan de tillämpar samtalsmetoden på sina patienter. Flera studier visar att träning i metoden ger sjuksköterskor en grund att stå på och den säkerhet som behövs för att ta mötet med patienten ett steg till och inte bara informera utan även motivera dem (23,27,30). Träningen leder till att fler använder sig av metoden (27). Brobeck et.al (23) visar att det är möjligt att lära sig motiverande samtal under en kort tid men att det råder stor tveksamhet kring om resultatet kommer att kvarstå ifall sjuksköterskan inte får en djupare förståelse för metoden (23). Kontinuerlig träning i och information om metoden behövs för att sjuksköterskans förmåga ska utvecklas (27,30-31). Brobeck et.al (30) visar att träning av metoden också kan motverka det motstånd som finns bland en del hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta med hälsosamtal. Träning motiverar sjuksköterskor till att arbeta med livsstilsfrågor och deras arbete förbättras efter varje träningstillfälle (30). Utan tillräcklig träning i metoden är det lätt att falla tillbaka i den traditionella sjuksköterskerollen om att enbart ge råd. Det kan dock vara svårt att lära en ny samtals teknik när sjuksköterskor arbetat länge med en traditionell metod och redan har en utarbetad stil och välutformade rutiner (31).

Ett annat krav som metoden ställer på sjuksköterskan är förmågan av att kunna hantera patientens motstånd till förändring (24,25). Rollnick et.al (24) visar att ett samtal med en patient som gör mycket motstånd till förändring leder till negativt beteende hos hälso- och sjukvårdspersonal. De sjuksköterskor som möter mer motståndsbenägna patienter visar större tendenser till konfrontation i syftet att främja en livsstilsförändring, än sjuksköterskor som möter patienter som gör mindre motstånd. De sjuksköterskor som möter mycket motstånd förlitar sig också mer på stängda frågor och tenderar att inta en auktoritär roll där de ger undervisning och råd. De visar empati på ett negativt och falskt sätt och gör uttalanden som skuldbelägger patienten och antyder att patienten är ansvarig för sin ohälsa, snarare än att få patienten att känna att han eller hon har kontroll över sitt liv. De blir sämre på att möjliggöra det för patienten att fatta egna beslut och på att främja patientens autonomi. Dessa sjuksköterskor är också mindre uppmuntrande mot patienten och ger dem mindre beröm. De sjuksköterskor som möter mindre motståndskraftiga patienter främjar patientens autonomi och ger dem möjlighet till empowerment. De visar också alltid genuin empati (24). De flesta sjuksköterskor anser trots de svårigheter som finns med motiverande samtal att metoden ger en mer positiv kommunikation från både sjuksköterskans och patientens håll (20,28-29).

## **Viktiga faktorer i ett hälsosamtal**

### **Att skapa en relation**

Det är viktigt att sjuksköterskan etablerar en förtroendefull relation med patienten som en grund att stå på innan diskussioner kring livsstilsförändringar kan äga rum (22). Relationen mellan patienten och sjuksköterskan är viktig för att patienterna ska ha förtroende för sjuksköterskan och vilja öppna upp sig (21). Patienter anser ofta att det är sjuksköterskans ansvar och inte patientens att skapa en positiv kommunikation (26). Motiverande samtal underlättar för sjuksköterskorna att skapa en förtroendefull relation med patienterna och tilltala problem på ett sätt som gör patientföljsamheten mer effektiv (27).

### **Att förmedla information**

När patienten väl är motiverad till att genomföra en livsstilsförändring behövs en tydlig och adekvat given information (19-20,22). Meyer et.al (21) finner en brist på medvetenhet om hur livsstilsfaktorer hänger ihop med sjukdom och vikten av en hälsosam livsstil bland patienterna (21). Att framhäva hur livsstilsförändringen kan förbättra sammanhängande sjuklighet och att det ger patienten möjligheten till att avsluta en medicinering eller slippa ta en ny medicin är en starkt motiverande faktor till att genomföra en livsstilsförändring (22). Flera studier (19-21) visar att informationen motiverar patienterna ytterligare till att förbättra sina hälsovanor gällande fysisk aktivitet, kost och rökning och ger dem kunskap om hur de ska kunna genomföra en livsstilsförändring (19-21). Patienterna poängterar också att information ger dem en djupare förståelse för sjukdomen och om hur den hänger ihop med livsstilsfaktorer (21). Ökad kunskap är associerad med en ökad känsla av kontroll. Kunskapen skapar en medvetenhet av situationen och av patientens begränsningar samt möjligheter. Informationen ger också patienterna en känsla av förutsägbarhet. Genom att de förstår sin sjukdom och relevanta aspekter av hälso- och sjukvården kan patienterna förutsäga vad de har att förvänta sig och de får bättre kontroll över sina liv. Undervisningen hjälper patienterna att tänka ut nya

handlingsplaner för att handskas med hälsorelaterade utmaningar och leder till att patienterna tar initiativ till att diskutera sin situation med anhöriga. Information behöver ges tidigt i ett sjukdomsförlopp och sedan kontinuerligt för att påminna patienterna om konceptet och hjälpa dem att fokusera på nytt (21).

Forskning visar att information också behövs om vilka symtom som tillhör sjukdomen. Det är vanligt att patienter förklarar t.ex. ökad trötthet med ålder eller dålig kondition, när det i själva verket är ett symtom som kan förbättras av en livsstilsförändring. Det behövs också tydlig information om vad patienten får göra. Många patienter har anhöriga som ofta är överbeskyddande. Okunskap hos dem leder till en rädsla för att fysisk aktivitet ska vara skadligt vid vissa sjukdomstillstånd (21). Riegel et.al (25) visar att det är bra att involvera närstående i hälsosamtal. Familjesamtal kan användas för att öka stödet från patientens anhöriga samt minska graden av överbeskyddande beteende som kan vara en svårighet för patienten mot att genomföra en livsstilsförändring. Sjuksköterskan kan hjälpa till att ta fram en plan som passar hela familjen (25). Jansink et.al (19) beskriver att en annan anledning till att involvera närstående är att det ofta diskuteras om sjukdomar i sociala sammanhang, med personer som kanske inte har rätt information. Det kan resultera i att personer inom gruppen ger varandra felaktiga råd (19). Det är också vanligt med missförstånd där sjuksköterskan tror att patienten förstår vad som sägs men där patienten på grund av t.ex. medicinska termer inte förstår hela budskapet. Det kan leda till bristande patientföljsamhet och irritation hos sjuksköterskorna samtidigt som patienten tror att han eller hon gör allt som bestämts (21). Efter att informationen ges bör slutsatser och val angående vad som ska göras här näst, lämnas åt patienten (25).

### **Att undervisa**

Rollnick et.al (24) visar att det finns en del fördelar med att sjuksköterskan intar en auktoritär och undervisande roll under hälsosamtal. Detta behöver göras när sjuksköterskan ska ge patienten information och rådgivning angående livsstilsförändringen. För bästa effekt ska detta göras först när patienten är redo för en livsstilsförändring (24). Då är en mer auktoritär roll, där sjuksköterskan visar på kompetens, uppskattat av patienterna som gärna vill ha kunskap om sin sjukdom och kopplingen till livsstilsfaktorer samt råd om hur de kan förändra sin livsstil (20). Men att inta en auktoritär, undervisande roll och komma med pragmatiska lösningar innan patienten är redo visar sig ha negativ effekt och vara en ursäkt som sjuksköterskan tar till för att undvika en konfrontation. Syftet är då inte att främja patientens bästa. Det leder till att patienten känner sig missförstådd och sjuksköterskan frustrerad (24,27). Innan patienten är redo för en förändring bör motiverande samtal användas (24).

### **Att arbeta patientcentrerat**

Varje samtal måste utformas individuellt, baserat på deltagarnas kunskap, tidigare erfarenhet och värderingar. Det är viktigt att bekräfta kulturella skillnader och trosuppfattningar och hur dessa kommer att påverka patientens sätt att se på livsstilsförändringen (25). Det är viktigt att som sjuksköterska vara medveten om hur tidigare erfarenheter påverkar en person. Persson et.al (20) tar upp ett exempel om två patienter varav den ena personens förälder gått bort i en hjärtsjukdom och den andra personens släktingar är friska. Båda får beskedet om högt

blodtryck men patienten vars förälder gått bort i hjärtsjukdom kommer att reagera mer dramatiskt. Det är viktigt att veta att ett hälsosamtal innefattar personens hela existens (20). Det är också viktigt att sjuksköterskan försöker få livsstilsförändringen att passa i patientens vardagliga liv. Det är vanligt att hälso- och sjukvårdspersonal räknar med att patienten kommer att förändra sitt liv för att tillämpa sina nya hälsosamma behov, vilket oftast inte är fallet (25).

### **Att ge positiv feedback**

Patienter behöver positiv feedback under processens gång, de behöver känna att sjuksköterskan ger uppmärksamhet till de ansträngningar de gör. Många patienter lägger stort fokus vid vikttnedgång för att identifiera resultatet av sitt nya hälsosamma beteende. Att bekräfta all vikttnedgång oavsett till vilken grad den skett, ger patienterna en positiv förstärkning. Dock är det vanligt att patienter tappar motivationen när de inte ser större resultat på sin vikt. Ett bra sätt för att hålla patienten motiverad i de lägena är att tydliggöra att det inte bara handlar om vikten utan om hälsan i helhet. Att reducera risken för att drabbas av diabetessjukdom, minska blodtrycket och minska kolesterolvärdet kan alla vara mål med en livsstilsförändring. Detta är också hälsobarometrar som många gånger syns snabbare än en vikttnedgång och en mätning av sådana fysiologiska barometrar kan underlätta för att öka patientens motivation (22,26). En annan anledning till att involvera fler faktorer än vikten som hälsobarometer är att om patientens främsta motivation till fysisk aktivitet är viktminskning så försvinner motivationen när viktminskning har uppnåtts. Om motivationen till exempel också är att förbättra diabetesrelaterade symtom så är det mer troligt att fysisk aktivitet ses som ett beteende som behöver kvarstå livet ut (26).

### **Behov av kunskap och kompetens hos sjuksköterskan**

Kunskap i ämnet och kompetens hos sjuksköterskan är en annan viktig faktor som främjar patientföljsamhet (23). Jansink et.al (19) visar att ett flertal sjuksköterskor upplever att de saknar tillräcklig kunskap om fysisk aktivitet, rökstopp och nutrition för att kunna ge adekvat livsstilsrådgivning. Det är vanligt att sjuksköterskor kan ge råd om vad som är bra respektive dåligt, men att ingående kunskaper saknas. Många sjuksköterskor upplever det stressande när patienter ställer komplicerade frågor som de inte har svaret på vilket får följderna att de undviker diskussionen (22). Sjuksköterskor poängterar att det finns bristande färdigheter i deras livsstilsrådgivning. På många ställen inom hälso-och sjukvården finns bara protokoll för t.ex. rökavvänjning att följa och sjuksköterskorna finner detta som en otillräcklig och icke-optimal rådgivning. De beskriver också att de saknar kunskap om hur de skulle utveckla en konkret, strukturerad handlingsplan i samarbete med patienten (19).

### **Patientens upplevelse av hälsosamtal**

Persson et.al (20) poängterar att ett hälsosamtal gör patienten medveten om att kroppen kan förändras. Personer som tidigare känt sig friska förvånas ofta över t.ex. höga glukos-, kolesterol eller blodtrycksvärden. Det kan förändra synen på livet som plötsligt blir hotat. Samtal kring hälsa gör att patienten reflekterar kring sjukdom, död samt existentiella frågor vilket kan upplevas som en dramatisk känsla för patienten. Ett hälsosamtal bidrar dock till att patienten känner större ansvar över sin kropp och många anser att det inte längre möjligt



ignorera kunskapen när de får en inblick i hälsosituationen. Det får patienten att vakna upp och inse att det går att förhindra sjukdom i framtiden. Insikten ger dem möjlighet att förebygga sjukdom och plötslig död (20).

## **Svårigheter med hälsosamtal inriktade på motiverande samtal**

### **Tid och prioritering**

Det finns ofta förväntningar inom hälso- och sjukvården att allt ska ske snabbt. Det är inte bara sjuksköterskorna som har ont om tid utan även patienterna (19,23). Jansink et.al (19) visar att patienterna förväntar sig snabba lösningar, de saknar dock ofta insikt i hur deras livsstilsbeteende hänger ihop med deras hälsa (19). Livsstilsförändringar är en process som tar lång tid och det är viktigt att tillåta att förändringen, som patienten åtagit sig, tar tid (23,30). För att en livsstilsförändring ska hålla i längden är det viktigt att inte påskynda processen. Sjuksköterskan ska inte pressa patienten till att fatta beslut som han eller hon inte är redo att ta (23). Det behövs också tid till att följa upp hur processen fortskrider (30). Det är även betydande att hålla kontakt med patienten under en tid efter att målet har uppnåtts (23). Sjuksköterskan behöver också lägga mycket tid på patienten innan en livsstilsförändring kan påbörjas. Det krävs tid för att skapa den relation till patienten som behövs för att bli medveten om personens livsvärld (20). Patienten behöver göra flertalet besök till samma sjuksköterska för att ett förtroende ska skapas mellan parterna. En förtroendefull relation krävs för att patienten ska öppna upp sig så att de riktiga behoven framkommer (30).

Brobeck et.al (30) visar dock att det är svårt att hitta tid för en djupare diskussion i ett vanligt patientbesök på en sjuksköterskemottagning. Detta leder till att många sjuksköterskor inte diskuterar livsstilsrelaterade frågor, trots att det behövs, eftersom sjuksköterskorna är rädda för att inte hinna avsluta/sammanfatta diskussionen på ett lämpligt sätt. Ofta behöver sjuksköterskorna prioritera det medicinska eftersom tiden är begränsad (30). Miller et.al (26) visar också att mötet med patienten oftast är för kort för att sjuksköterskan ska hinna bygga en förtroendefull relation med patienten och aktivt kunna involvera patienten i behandlingen (26).

### **Organisatoriska svårigheter**

Det kan vara svårt att använda sig av motiverande samtal under patientbesök på en mottagning eftersom det finns begränsad tid till samtal och ofta saknas kontinuitet i vården, då patienten besöker olika sjuksköterskor vid olika tillfällen. Detta kan innebära en svårighet för sjuksköterskorna att engagera sig i ett arbete som pågår en längre tid (27). Det är också vanligt att ledningen värdesätter praktiska sjuksköterskemoment mer och prioriterar dessa framför hälsosamtalen (27,30). Det sätts därför in för lite resurser i form av personal och tid för att möjliggöra ett bra resultat av hälsosamtal inriktade på motiverande samtal. Det leder samtidigt till en stor arbetsbelastning för de sjuksköterskor som väljer att engagera sig i samtalen (27). Arbete med hälsosamtal måste bli högre prioriterat och inte vara något som görs när det finns tid över (30).

I organisationen kan det vara svårt att bli av med gamla eller olämpliga rutiner (19). Det är viktigt att hälsofrämjande arbete är implementerat både inom sjuksköterskerollen och i organisationen. Brobeck et.al (30) visar att sjuksköterskor många gånger inte känner sig involverade när organisationen planerar hälsoarbetet. De känner att ledningen överlåter ansvaret för hälsosamtal på dem, vilket får konsekvensen att arbetet med hälsosamtal inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Det saknas engagemang från sjuksköterskorna och stöd från ledningen och ingen vet hur arbetet ska prioriteras. Det blir en annan sak att lägga till ”att göra listan” men ingen extra tid ges för arbetet. Det blir för mycket uppgifter för sjuksköterskorna att hantera, varför arbete med hälsosamtal många gånger inte blir av (30). Påfrestningen av att klara av flera uppgifter under relativt kort mottagningstid måste balanseras med meningslösheten av att försöka påtvinga patienterna en livsstilsförändring (29).

### **Brist på teamarbete**

Hela teamet behöver involveras i hälsosamtal inriktade på motiverande samtal och följa patientens process under en livsstilsförändring (27). Brobeck et.al (30) visar att det är vanligt att läkare inte ser hälsosamtal med inriktning på motiverande samtal som sitt ansvarsområde. Sjuksköterskorna anser dock att läkare också har en viktig roll i att göra patienten medveten om sina livsstilsproblem. Att arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål ska tydliggöra budskapet (30). Sjuksköterskorna behöver också stöd från hela arbetsteamet för att kunna arbeta med motiverande samtal. Att sjuksköterskan avsätter tid till samtal accepteras lättare om hela teamet har involverats i metoden och livsstilsarbetet kring patienten. Stöd behövs i sin tur också från ledningen till teamet (27). Att kunskapen lätt kan flöda genom ett team skapar en förtroendefull relation mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen men också teammedlemmarna emellan, vilket visar sig förbättra patientens motivation till livsstilsförändring och följsamhet (21).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

I vår litteraturoversikt gjordes ingen avgränsning till val av antingen kvantitativa eller kvalitativa artiklar. Litteraturoversikten är därför inte lika omfattande som till exempel en metaanalys och därför blir analysen inte lika ingående. Kritik finns mot denna typ av litteraturoversikt om att det kan finnas en för begränsad mängd relevant forskning som grund för översikten (13). Vi är medvetna om att det kan innebära att vi missat intressant forskning men då vi var intresserade av att översiktligt belysa hälsosamtal inriktade på motiverande samtal med aktuell forskning, motiverar vi valet av metod. En annan faktor som diskuterats är risken för forskningsbias på så sätt att ett selektivt urval av forskningsartiklar har skett. Enligt Friberg (13) finns alltid risken att man väljer forskning som styrker egna ståndpunkter. Vi tror inte att detta har varit ett problem eftersom både möjligheter och svårigheter med hälsosamtal inriktat på motiverande samtal söktes. Ett kritiskt förhållningssätt har också försökt hållas vid urvalet av artiklarna.

Något annat som diskuterats är att patientföljsamhet är svårt att mäta. Enligt WHO (2003) finns det ingen enskild metod som är optimal för att mäta patientföljsamhet med. God eller dålig patientföljsamhet fastställs utan evidens som stöttar resultatet i den mätteknik som använts (2). Ett flertal olika metoder har använts i de artiklar som utgör resultatet. Vi måste dock förlita oss på den forskning som funnits eftersom det inte finns en bättre definierad mätmetod. WHO (2003) påpekar att fenomenet kan beskrivas som ett kontinuum snarare än i definitioner om god eller dålig patientföljsamhet. Dessa mätningar är svåra att konstruera i verkliga livet. Mätningarna av patientföljsamhet blir alltid bara en uppskattning av patientens beteende (2). Därför är det viktigt att i forskning välja den bästa tillgängliga mätmetoden och att studien möter en acceptabel standard av reliabilitet och validitet.

Ytterligare något som diskuterats är huruvida bästa möjliga resultat har framkommit genom sökningen. Eftersom det var relativt svårt att få fram bra artiklar som behandlade just uppsatsens syfte, reflekterade vi kring ifall fler databaser skulle ha använts. Dock anser vi att Cinahl som är specialiserad på omvårdnad, kombinerad med PubMed och Scopus borde täcka det mesta av forskningen som är gjord i ämnet. Vidare reflekterade vi över om söktermerna har varit för vaga. Det vi fann när vi såg över vår sökning var att vi inte använt oss av trunkering, inte heller av thesaurus för att hitta fler synonymer till våra sökord. Användningen av dessa hade kanske kunnat ge fler intressanta artikelträffar. Dock kan det också vara så att det tyvärr är lite forskning gjord i ämnet.

Artiklarna vi valde kom främst från USA (22,25-26,28-29) och Sverige (20,23,30-31). Övriga kom från Storbritannien (24,27), Holland (19) och Tyskland (21). Att en stor del av artiklarna var baserade på forskning gjord i Sverige och resterande från västvärlden visar på att resultatet troligen är överförbart på svensk hälso- och sjukvård. Användningen av artiklar från ett flertal nationer gav samtidigt en bredare inblick i vad forskningen kommit fram till. Det är för få studier för att vi ska kunna dra generella slutsatser, men resultatet antyder att det vi funnit är överförbart på den svenska hälso- och sjukvården.

En styrka med denna litteraturoversikt är att alla artiklar är från 2000-talet vilket har gett en inblick i den senaste tidens forskning. En fördel vi haft i arbetet är också att vi varit två studenter som skrivit tillsammans. Det har gett oss en möjlighet att ta del av både vår enskilda och samlade kompetens genom möjligheten till diskussioner.

## **Resultatdiskussion**

Vi ser på hälsosamtal som ett paraplybegrepp där både information och rådgivning samt motiverande samtal ingår. Vi kommer därför ibland behandla hälsosamtalen som helhet men också gå in på dessa två delar var för sig.

### **Ett framgångsrikt upplägg av hälsosamtal**

Under utbildningen till sjuksköterska har vi fått ta del av såväl bättre som sämre hälsosamtal mellan sjuksköterska och patient. Vi anser att en god samtalsteknik med patienter är en viktig kompetens hos en sjuksköterska. Enligt WHO (2003) är en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska väsentligt för en effektiv vård då patienter som upplever en dålig

kommunikation med sin sjuksköterska följer behandlingsrekommendationer sämre (2). Därför vill vi lyfta några faktorer i hälsosamtalet som vi tror leder till en god kommunikation med patienten och ökar motivationen till att genomföra en livsstilsförändring samt följsamheten till behandlingsrekommendationer.

Från uppsatsens resultat framkommer att ett hälsosamtal med fördel kan inledas med ett motiverande samtal eftersom det är mindre effektivt att ge patienterna råd angående något som de själva inte har insett att de vill förändra (23). Att inta en auktoritär, undervisande roll och komma med pragmatiska lösningar innan patienten är redo för en förändring har istället visat sig ha negativ effekt (24,27). Vi anser därför att hälsosamtal inte bara kan bestå av information och rådgivning som vi tyvärr sett är vanligt i hälso- och sjukvården idag. Detta styrks av WHO (2003) som säger att information och kunskap som enda faktor inte är tillräcklig för att patienten ska genomgå en bestående livsstilsförändring utan det behöver kombineras med motiverande komponenter (2). Samtidigt kan ett hälsosamtal inte bara bestå av motivation. När patienten väl är motiverad måste han eller hon få ta del av sjuksköterskans expertkunskaper om hur en livsstilsförändring kan genomföras. Patienter eftersträvar kunskap om sin sjukdom och om hur de kan påverka sin situation (19-21). Här är sjuksköterskans kunskap och kompetens viktig eftersom det ofta finns en brist på denna kunskap hos patienten (21). Därför anser vi att ett hälsosamtal behöver innehålla båda komponenterna. Det bästa resultatet tror vi erhålls om sjuksköterskan inleder samtalet med att försöka motivera patienten till livsstilsförändring för att därefter förmedla kunskap och ge råd.

Hälsosamtalet kan diskuteras utifrån Barth & Näsholm (2006) modell för förändring (se bilaga 3). Den första fasen en patient går igenom i en livsstilsförändring handlar om tiden före ett medvetet tankearbete har påbörjats kring en eventuell livsstilsförändring. Det som kan ha betydelse för att personen inte har börjat problematisera ett eventuellt ohållbart livsstilmönster kan vara att patienten upplever otillräcklig självförmåga eller inte har tillräcklig kunskap kring problemet. I denna fas kan det även vara så att personen ifråga inte alls är medveten om att ett behov av en livsstilsförändring kan föreligga (32). Här tror vi att ett hälsosamtal som innehåller motiverande samtal med betoning på empowerment kan spela en stor roll i att få patienten i rätt riktning mot en livsstilsförändring.

### **Det motiverande samtalet**

Flera studier (19-20,22-23,25,27,29-30) visar att motiverande samtal kan vara en effektiv metod för att motivera patienten till att genomföra en livsstilsförändring. Motiverande samtal främjar också medvetenhet och vägledning i omsorgsrelationen (29). Därför menar vi att motiverande samtal är en bra metod för sjuksköterskan att använda sig av för att hjälpa människor att förändra sin livsstil. Vi vill belysa några av de faktorer i det motiverande samtalet som vi identifierat vara viktigast för att få en bra kommunikation och öka motivationen hos patienter.

### *Strategier i motiverande samtal för att öka motivation*

Forskningen visar att empati är en faktor som har en positiv effekt på patientföljsamheten. Detta styrks av Miller & Rollnick (2010) som beskriver *empati* som en given faktor i det motiverande samtalet (5). Det styrks också av Socialstyrelsen (2005) som i sin kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska säger att kommunikationen med patienten ska genomföras på ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt (1). Därför anser vi att empati är en viktig kompetens hos sjuksköterskan, vår förhoppning är att alla i sin profession som sjuksköterska ska sträva efter att visa empati.

Användningen av *öppna frågor och reflektivt lyssnande* identifieras som en faktor som underlättar för sjuksköterskan att få mer information om patienten samtidigt som det hjälper patienten att identifiera behovet av en livsstilsförändring (23-25,29). Detta styrks även av Miller & Rollnick (2010) som dock också poängterar att en vanlig uppfattning är att sjuksköterskan eller lyssnaren ska vara tyst under ett samtal. Detta stämmer inte i metoden motiverande samtal utan i detta fall är det viktigt att vara en aktiv- och reflekterande lyssnare (5). Bart & Näsholm (2006) poängterar att en fråga kan användas i de fall då sjuksköterskan vill föra in nya aspekter eller moment i samtalet (32). Vi drar därför slutsatsen att användningen av öppna frågor och reflektivt lyssnande också är en viktig kompetens hos sjuksköterskan.

Resultaten visar att *rulla med motstånd* är en betydelsefull faktor i det motiverande samtalet. Patienterna måste befrias från behovet av att försvara sig själva från *diskrepansen* mellan deras hälsomål och livsstil. Det är därför viktigt att inte konfrontera eller argumentera när motstånd möts utan att istället se förändring som en kontinuerlig process där ambivalens och tillbakagångar är normalt och accepterat (23,25). Här tror vi att det finns en stor utmaning då vårt resultat visar att den finns en stor risk för att sjuksköterskan övergår till en auktoritär roll i undervisning, rådgivning, konfrontationer, skuldbeläggning, falsk empati och stängda frågor, när en patient visar motstånd till förändring (24-25). Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om och är uppmärksam på sitt eget beteende i samtal med patienter och inte omedvetet återgår till en auktoritär roll.

Den sista faktorn i det motiverande samtalet som vi vill lyfta är vikten av att *stödja självkompetens* (21,25). Utifrån Barth & Näsholms (2006) modell för förändring är ett viktigt steg mot en livsstilsförändring att hitta verktyg och komma fram till en strategi för att kunna genomföra förändringen (32). WHO (2003) visar att psykologisk stress, oro över att försöket ska misslyckas, dålig motivation, känsla av hopplöshet eller andra negativa känslor, rädsla för att bli beroende av något när man tidigare klarat sig själv och oro över komplexiteten i livsstilsförändringen bidrar till en sämre patientföljsamhet (2). Forskningen visar att sjuksköterskan kan motverka dessa känslor genom att möjliggöra det för patienten att fatta egna beslut genom att ge kompletterande kunskap och hjälpa patienten att inse att han eller hon redan besitter den förmåga som behövs, för att genomföra en livsstilsförändring (25). Patienten behöver inse att det är han eller hon som har kontrollen över sitt liv (21).

Forskningen visar att den främsta faktorn som gör en person redo för att genomföra en livsstilsförändring är självförtroendet till den egna förmågan att genomgå och upprätthålla en livsstilsförändring (26). Detta styrks av WHO (2003) som menar att patientens motivation till en livsstilsförändring och självförtroende över att förändringen är genomförbar är av stor vikt för att livsstilsförändringen ska lyckas (2). Här tror vi att motiverande samtal som bygger på empowerment kan spela en stor roll. Dock tror vi att det kan vara en stor utmaning för sjuksköterskan att skapa självförtroende hos patienten. Därför vill vi lyfta två aspekter från resultatet som vi tror kan underlätta detta. Det första är att hitta något som patienten tycker att han eller hon är bra på och tillvarata patientens egen kompetens för att överföra den på livsstilsförändringen (22). Det andra är möjligheten av att använda sig av rollspel för att få patienten att själv sätta ord på vad som behöver förändras och hur en livsstilsförändring kan genomföras (20).

### *Patientens upplevelse av motiverande samtal*

Vårt resultat visar att patienter i de flesta fall upplever det motiverande samtalet positivt jämfört med ett mer traditionellt samtal där sjuksköterskan enbart ger råd (20,23,25,28-29). Detta styrks av WHO (2003) som visar att patienter ofta blir frustrerade om deras preferenser i hälsosamtal inte plockas fram och tas med i räkningen (2). Det traditionella samtalssättet förknippas med auktoritära och krävande attityder från hälso- och sjukvårdspersonal, skuldbeläggning, skam och provocerande (29). Därför vill vi lyfta vikten av att sjuksköterskor försöker lära sig metoden med motiverande samtal som inte har förknippats med några av dessa känslor (20,23,25-26,28-29).

Dock skiljer sig en artikel (26) från de övriga i vårt resultat. Studien är utförd på lantliga afroamerikanska patienter och visar att de har en annan upplevelse av motiverande samtal. De anser att hälso- och sjukvårdspersonalen bör veta vad som behöver göras eftersom de är experter. Därför tycker patienter att det är felaktigt att sjuksköterskan ska fråga dem vad de vill fatta för beslut i behandlingen. De anser att traditionella metoder där sjuksköterskan har en mer auktoritär stil och är den som för konversationen samt kommer med beslut är mer representativ för en god rådgivning och mer bekant för dem (26). Vi tror det är viktigt att sjuksköterskan förmedlar en känsla av professionell kunskap och kompetens även i det motiverande samtalet och att det är detta som dessa patienter eftersöker. Det kan också tyda på att det finns kulturella skillnader i upplevelsen av ett bra hälsosamtal. Dock är detta arbetes omfattning för begränsad för att vi ska kunna dra några generella slutsatser. Det är något som vi tycker skulle vara intressant att studera vidare. Det belyser också en annan intressant faktor som är att hälsosamtal alltid måste anpassas efter patienternas kommunikationspreferenser. Detta stärks av WHO (2003) som menar att det inte finns någon metod som är effektiv på alla patienter i alla tillstånd. Interventioner med syftet att förbättra patientföljsamhet till livsstilsförändringar måste anpassas efter den specifika situation som varje enskild patient upplever (2). Vi anser därför att det ändå är bra att sjuksköterskor lär sig metoden med motiverande samtal eftersom vårt resultat också visar att den uppskattas bland patienter. Är sjuksköterskan lyhörd för patienten och har färdighet med sig så menar vi att sjuksköterskan kommer en bra bit på vägen i att uppnå en god kommunikation med patienten med bra följsamhet som resultat.

Patientens upplevelse av hälsosamtal kan också diskuteras utifrån Barth & Näsholm (2006) modell för förändring. I fasen *begrundan* behöver patienten betrakta sig själv och se till eventuella möjliga förändringar som hon eller han vill genomföra. Denna fas kan upplevas positiv samtidigt som den kan vara smärtsam med tanke på att en person kan känna skam över den situation som råder (32). Det är därför vanligt att patienter under hälsosamtal försöker framställa sig själva som kompetenta och ansvarsfulla individer (4). I vårt resultat framkommer det också att ett hälsosamtal berör en persons hela existens och kan förändra synen på livet som plötsligt blir hotat (20). Vi anser att det är viktigt att ha detta i åtanke eftersom det behövs för att sjuksköterskan ska få en förståelse över patientens reaktioner.

### *Sjuksköterskans upplevelse av motiverande samtal*

Något vi finner intressant i resultatet är att många sjuksköterskor upplever arbetet med motiverande samtal som svårt och krävande (23,27,29). Enligt WHO (2003) är en god kommunikationsförmåga samt god skicklighet i aktivt lyssnande något som leder till en bättre patientföljsamhet. Trots detta får hälso- och sjukvårdspersonal lite träning i hur de ska samtala med patienter (2). Att få träning i metoden lyfts som en avgörande faktor för att det motiverande samtalet ska bli bra (23,27,29). Vårt resultat visar att träning i metoden ger sjuksköterskor en grund att stå på och den säkerhet som behövs för att ta mötet med patienten ett steg till och inte bara informera utan även motivera dem (23,27,30). Utan tillräcklig träning i metoden är det lätt att falla tillbaka i den traditionella sjuksköterskerollen om att enbart ge råd (31). Att träna hälso- och sjukvårdspersonal i samtalsmetoder som ökar patientföljsamheten kan ha stora effekter på folkhälsan (2). Detta anser vi vara viktigt att lyfta fram. Vi tycker att träning och utbildning i samtalsmetoder är en förutsättning för att patientarbetet ska bli bra.

De flesta sjuksköterskor anser att trots de svårigheter som finns med motiverande samtal, så ger metoden en mer positiv kommunikation från både sjuksköterskans och patientens håll (20,28-29). Detta stärker vår tro om att motiverande samtal är en användbar metod, men sjuksköterskan behöver få tillräcklig träning så att metoden tillämpas korrekt.

### **Viktiga faktorer i ett hälsosamtal**

#### *Att förmedla kunskap och ge råd*

Flera studier visar att sjuksköterskan också har en viktig roll i att förmedla information och kunskap till patienten när han eller hon är redo för att genomföra en livsstilsförändring (19-21). WHO (2003) bekräftar att kunskap och information förbättrar patientföljsamheten (2). En tydlig och adekvat given information är en viktig faktor för att patienten ska uppleva motivation till att genomföra en livsstilsförändring gällande fysisk aktivitet, kost och rökning (19-21). Den information som ges behöver vara tydlig och anpassad efter patientens kunskapsnivå och möjlighet till att ta till sig informationen. Forskningen visar att det är vanligt att dålig patientföljsamhet beror på missförstånd mellan sjuksköterska och patient (21), vilket också styrks av WHO (2003).

WHO (2003) påpekar att dålig patientföljsamhet ofta hänger samman med brister på kunskaper och färdigheter hos patienten snarare än på ovilja. Det kan handla om brist på insikt över behovet av en livsstilsförändring och bristande uppfattning om hälsoriskerna som är relaterad till livsstilen, eller negativ tro på att livsstilsförändringen kommer ha effekt på hälsan. Patientens motivation till att genomföra en livsstilsförändring påverkas av värdet som han eller hon sätter i att följa behandlingsplanen enligt en kostnads/vinst kvot. Patientens kunskap om sin sjukdom och förväntningar på resultatet av en livsstilsförändring är därför mycket viktig (2). Detta styrker vårt resultat som visar att information ger patienten en djupare förståelse för sjukdomen och om hur den hänger ihop med livsstilsfaktorer. Ökad kunskap är också associerad med en ökad känsla av kontroll (21). Ett hälsosamtal bidrar till att patienten känner större ansvar över sin kropp och många anser att det inte längre är möjligt att ignorera kunskapen efter att de får en inblick i hälsosituationen. Dialogen ger dem möjlighet att förebygga sjukdom och plötslig död (20). Här tror vi att sjuksköterskans kompetens spelar en stor roll. Forskningen visar dock att flertalet sjuksköterskor upplever att de saknar tillräcklig kunskap om fysisk aktivitet, rökstopp och nutrition för att kunna ge adekvat livsstilsrådgivning (19). Många sjuksköterskor finner det stressande när patienter ställer frågor som de inte har svaret på, vilket kan leda till att de undviker diskussionen helt (22). De beskriver också att de saknar kunskap om hur de ska utveckla en konkret, strukturerad handlingsplan i samarbete med patienten (19). Detta tror vi medför risk för att sjuksköterskan känner sig otillräcklig i sin profession och det kan leda till att patienten inte får den vård som han eller hon behöver.

Vidare anser vi att det kan vara bra att involvera patientens närstående i ett hälsosamtal. Resultatet visar att okunskap hos närstående många gånger är en svårighet för patienten att genomföra en livsstilsförändring (19). Patienten behöver också oftast stöd från närstående för att klara av att genomföra livsstilsförändringen (25).

#### *Att skapa en relation med patienten*

Forskningen visar att det är viktigt att sjuksköterskan etablerar en förtroendefull relation med patienten som en grund att stå på innan diskussioner kring livsstilsförändringar kan äga rum. Patienten behöver ha förtroende för sjuksköterskan för att öppna upp sig (21-22). Detta bekräftar också av Bergstrand (3) och av WHO (2). WHO (2003) menar att en bra relation mellan sjuksköterska och patient kännetecknas av empati och en icke bedömande attityd, vilket framkommer som viktiga faktorer i det motiverande samtalet (23,25). Enligt WHO (2003) är en bra relation mellan sjuksköterska och patient en förutsättning för att kunna motivera patienter till en livsstilsförändring på ett sätt som främjar en god patientföljsamhet. Ändå upplever många sjuksköterskor svårigheter i att skapa denna relation (2). Att motiverande samtal visar sig kunna vara en metod som underlättar för sjuksköterskorna att skapa en förtroendefull relation med patienterna (21,25,27,29) är därför intressant.

Litteraturoversikten visar att patienterna många gånger anser att det är sjuksköterskans ansvar att skapa en god relation och positiv kommunikation (26). WHO (2003) påpekar dock att hälso- och sjukvården länge har ansett att dålig patientföljsamhet beror på patienten (2). Här skiljer sig patientens och sjuksköterskans åsikter åt vilket vi tror kan vara problematiskt.



Enligt WHO (2003) associeras patientföljsamhet för mycket med skuldbeläggning, både av patienten och av sjuksköterskan. Ansvaret för att få en god patientföljsamhet i livsstilsförändringar måste delas mellan sjuksköterskan, patienten och hälso- och sjukvårdssystemet (2).

### **Svårigheter med hälsosamtal inriktade på motiverande samtal**

I forskningen identifierar sjuksköterskor flera svårigheter för att ha ett bra hälsosamtal inriktat på motiverande samtal. Dessa svårigheter består av otillräcklig träning i metoden, bristande kunskap i ämnet, bristande tid i mötet med patienten, låg kontinuitet samt att försöka balansera multipla prioriteringar där de medicinska behoven ses som de viktigaste (19,22-23,30). Många av hindren är alltså på organisatorisk nivå.

Vi anser att hälso- och sjukvårdssystemen påverkar möjligheten för en god patientföljsamhet genom att de påverkar förutsättningarna för hälsosamtalen. Enligt WHO (2003) styr hälso- och sjukvårdssystemen fördelningen av resurser och tider. Resurser fördelas på ett sätt som många gånger resulterar i höga stressnivåer för och ökade krav på personalen. Hälsoarbetet kännetecknas idag av överarbetad personal, brist på uppmuntran och stöttning och feedback från ledningen. Dessutom råder korta konsultationer med patienter och brist på kontinuitet trots medvetenhet om att det motsatta krävs för ett lyckat resultat. Det finns dålig kapacitet från hälso- och sjukvården att utbilda patienter och erbjuda uppföljningssamtal samt brist på stöd för att förbättra förmågan till egenvård. Alla är faktorer som minskar följsamheten till behandlingsrekommendationer för att uppnå en livsstilsförändring (2).

Forskningen visar att mötet med patienten oftast är för kort för att sjuksköterskan ska hinna bygga en förtroendefull relation med patienten och aktivt kunna involvera patienten i behandlingen (26). Det är svårt att hitta tid för en djupare diskussion i ett vanligt patientbesök på en sjuksköterskemottagning. Det saknas också kontinuitet och möjlighet till uppföljning (20,22,27) vilket WHO (2003) bekräftar är något som behövs för ett bra resultat (2). För att återkoppla till Barth & Näsholms (2006) modell för förändring är även stabilisering en viktig fas i livsstilsförändringen. Den nya livsstilen ska vävas in i patientens vardagliga liv och här behövs många gånger stöd från sjuksköterskan (32). Att dessa förutsättningar saknas leder till att många sjuksköterskor inte diskuterar livsstilsrelaterade frågor, trots att det behövs. Sjuksköterskorna är rädda för att inte hinna avsluta och sammanfatta diskussionen på ett passande sätt (23,26-27,30).

Vi finner också att sjuksköterskor behöver stöd från hela arbetsteamet för att kunna arbeta med motiverande samtal. Litteraturen visar att sjuksköterskan avsätter tid till samtal accepteras lättare om hela teamet har involverats i metoden och livsstilsarbetet kring patienten. Stöd behövs i sin tur också ges från ledningen till teamet (27). Detta stärks av WHO (2003) säger att sjuksköterskor behöver stöd och respekt från övriga i hälso- och sjukvårdssystemet för att kunna arbeta med dessa frågor (2).

En annan organisatorisk svårighet är att ledningen värdesätter praktiska sjuksköterskemoment mer och prioriterar dessa framför hälsosamtalen (27,30). Det sätts därför in för lite resurser i form av personal och tid för att möjliggöra ett bra resultat av hälsosamtal inriktade på

motiverande samtal. Det leder samtidigt till en stor arbetsbelastning för de sjuksköterskor som väljer att engagera sig i samtalen (27). Att hälsosamtal har blivit en annan sak att lägga till ”att göra listan” utan att extra resurser ges för arbetet anser vi är problematiskt. Arbetet med hälsosamtal måste bli mer tillgängligt och inte vara något som görs när det finns tid över. Vi anser att påfrestningen av att klara av flera uppgifter under relativt kort mottagningstid måste balanseras med meningslösheten av att försöka påtvinga patienterna en livsstilsförändring. Detta resultat bekräftas av WHO (2003) som säger att för att effektivisera behandlingsresultaten krävs en övergång av hälso- och sjukvården från att vara ett system som fokuserar på tillfällig vård till ett system som är proaktivt och betonar hälsa genom hela livet (2).

Interventioner för att främja patientföljsamheten så som att använda metoden med motiverande samtal, kan öka effektiviteten av hälso- och sjukvårdssystemet. Det måste bli en central del i arbetet med att förbättra folkhälsan. WHO (2003) påpekar att investeringar i att förbättra patientföljsamheten i många fall helt återfås inom ett par år genom framtida besparingar av hälso- och sjukvårdsresurser i och med att patienterna då kräver mindre vård. Detta beror på att insatserna förebygger sjukdom, recidiv och/eller komplikationer. I övriga fall berättigar hälsoförbättringarna investeringen. Sett till samhället i helhet så visar de flesta interventioner med syftet att förbättra patientföljsamheten resultat i kostnad-besparingsberäkningar på grund av förbättringar av patientens livskvalitet, indirekta kostnader som undviks och ökad produktivitet (2). Med detta motiverar vi att fortsatt forskning inom ämnet behövs i och med att vårt resultat visar på att hälsosamtal inriktade på motiverande samtal kan förbättra motivationen till att genomföra en livsstilsförändring och patientföljsamheten för behandlingsrekommendationerna. Karlberg & Feraz-Nunes (2012) skriver att det grundläggande dilemman är att de resurser som finns inom hälso- och sjukvård inte räcker för att tillgodose den efterfrågan som råder. Det är en viktig del i ledning och styrning av hälso- och sjukvård att genomföra prioriteringar för att tillgodose det rådande behovet. Det resulterar i ett etiskt dilemma där en rättvis fördelning ska göras med en begränsad resurs (7). Besparingar som fås från en förbättrad patientföljsamhet behandlas dock inte i ekonomiska studier inom ett institutionellt perspektiv. Problemet med dålig patientföljsamhet har ännu inte adopterats av politiska beslutsfattare trots konsekvenserna på folkhälsan och på hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet (2). Med detta vill vi väcka ett intresse av att prioritera mer resurser till att möjliggöra bra hälsosamtal mellan sjuksköterska och patient eftersom det politiska beslutsfattandet tyvärr ligger utanför vårt ansvarsområde som sjuksköterskor.

Vi är medvetna om att det inte alltid är möjligt för vissa patienter att förändra sina levnadsvanor beroende på sociala och ekonomiska levnadsvillkor, vilket också bekräftas av Bergstrand (3). Enligt WHO (2003) har socioekonomiska faktorer stor påverkan på patientföljsamheten (2). Detta diskuteras inte djupare i arbetet eftersom fokus för denna uppsats ligger på hälsosamtalen mellan sjuksköterska och patient. Dock anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om detta i samtal med patienter och att även patientens förutsättningar är en viktig faktor att diskutera.

## Slutsats

Ett hälsosamtal inriktat på motiverande samtal kan innebära ökad motivation hos patienten som leder till en livsstilsförändring och det kan öka följsamheten till behandlingsrekommendationer med en bättre livskvalitet som resultat. Sjuksköterskan kan motivera och stödja patienten till en livsstilsförändring genom att visa empati i samtalet, arbeta respektfullt, lyhört och bekräfta patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan är aktiv i samtalet och använder sig av öppna frågor och reflektivt lyssnande. Genom att rulla med motstånd och se förändring som en kontinuerlig process där tillbakagångar är naturligt och accepterat så tillåts patienten att misslyckas utan att förlora motivationen. Finns inte denna kontinuitet förlorar sjuksköterskan patienten här. Att stödja självkompetens är den främsta faktor som gör en person redo för att genomföra en livsstilsförändring.

Det behövs kontinuitet och återkoppling under en längre tid för att sjuksköterskan ska se när det passar att ge information och vilken undervisning som är lämplig. Patienten tar inte till sig all information om de befinner sig i ett stadie av sjukdomsfasen där de inte är mottagliga för informationen. Genom en längre, förtroendefull, empatisk relation till patienten får sjuksköterskan reda på vart patienten befinner sig i sitt förlopp. Då kan informationen lämnas i delar, vid rätt tillfälle istället för att ge all information i ett enda övermäktigande samtal. Patienten upplever hälsosamtal på olika sätt beroende på vilken roll sjuksköterskan intar. En auktoritär, undervisande och argumenterande roll upplevs negativt men ett motiverande samtal med betoning på empowerment upplevs som positivt. Detta visar på att patienterna föredrar det motiverande samtalet i hälsosamtalen framför den traditionella samtalsmetoden. Dock är vår uppsats begränsad för att vi ska kunna dra generella slutsatser. Ytterligare forskning behövs för att styrka vårt resultat.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [webbsida]. 2005 [Läst 2013-11-04]. Tillgänglig via: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
2. World Health Organisation. Adherence to long-term therapies – evidence for action [webbsida]. 2003 [Läst 2013-11-09.] Tillgänglig via: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
3. Bergstrand, M. Hälsorådgivande samtal. Studentlitteratur: Lund; 2004
4. Rollnick, S. Miller, W.R & Butler, C.C. Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2009
5. Miller, WR & Rollnick, S. Motiverande samtal. Stockholm: Natur & Kultur; 2010
6. Korp, P. Hälsopromotion. Studentlitteratur: Lund; 2004
7. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [webbsida]. 2005 [Läst 2013-11-05.] Tillgänglig via: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_swedish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf)
8. World Health Organization. WHO definition of health [webbsida]. 1946 [Läst 2013-11-04]. Tillgänglig via: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
9. Livsmedelverket. Stenålderskost [webbsida]. 2009 [Uppdaterad 2009-12-16; Läst 2013-12-13.] Tillgänglig via: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Stenalderskost>
10. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009 (Västerås). Edita Västra Aros
11. World Health Organisation. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting health life. [webbsida]. 2002 [Läst 2013-12-14.] Tillgänglig via: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
12. Livsmedelverket. Svenska näringsrekommendationer [webbsida]. 2005 [Läst 2013-12-14.] Tillgänglig via: [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad\\_rek/snr2005.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad_rek/snr2005.pdf)
13. Friberg, F. Att göra en litteraturoversikt I Friberg, F (Red.). Dags för uppsats. Studentlitteratur AB: Lund; 2012. S 133-143.
14. Segesten, K. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I Friberg, F (Red.). Dags för uppsats. Studentlitteratur AB: Lund; 2012. s. 111-119.

15. Östlundh, E. Informationssökning. I Friberg, F (Red.). Dags för uppsats. Studentlitteratur AB: Lund; 2012. s.57-79.
16. Friberg, F. Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F (Red.). Dags för uppsats. Studentlitteratur AB: Lund; 2012. s. 37-46
17. Friberg, F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F (Red.). Dags för uppsats. Studentlitteratur AB: Lund; 2012. s. 121-132.
18. William, A., Stoltz, P & Bahtsevani, C. Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och kliniska verksamhet. Studentlitteratur: Lund; 2011
19. Jansink, R & Braspenning, J & Van der Weijden, T & Elwyn, G & Grol, R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. BMC Family Practice, 2010; 11:4, 1-7.
20. Persson, M & Friberg, F. The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. Journal of Clinical Nursing, 2009; 18, 520-528.
21. Meyer, C & Göpel, E & Drexhage, C. Mfl. Clinical research for patient empowerment – A qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. Med Sci Monit, 2008; 14(7),358-365.
22. Gudzone, A.K & Clark M. J & Benett L. Wendy mfl. Primary Care provtidern` Communication with patients during weight consulting: A focus Group studie. Patient Duration and Consulting, 2012; 89, 152-157.
23. Brobeck, E & Bergh, H & Rosencrantz S & Hilding, C. Primary Healthcare Nurses` experiences with motivational interviewing in health promotion practice. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20, 3322-3330.
24. Rollnick, S & Francis, N & Butler, C mfl. When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behavior. Society for the study of Addicition, 2005; 100, 1175-1182.
25. Riegel, B & Dickson, V.V & Reis F. Brendali. A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care. Journal of Cardiovascular Nursing, 2006; 21 (3), 232-241.
26. Miller, S,T & Marolen, K,N. Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes, Women`s health issues, 2009; 20, 43-49.
27. Latchford, G.J & Duff A.J.A. Motivational Interviewing for Adherence Problems in Cystic Fibrosis; Evaluation of Training Healthcare Professionals. J Clin Med Res, 2013; 5 (6), 475-480.

28. Miller, S & Beech, B. Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education and Counseling*, 2009; 76, 279-282.
29. Dellasega, C & Gabbay R.A & Anel-Tiangco, R.M. How patients with Type 2 Diabetes Mellitus Respond to Motivational Interviewing. *NIH Public Access*, 2013; 95 (1), 37-41.
30. Brobeck, E & Odenrants, S & Bergh, H & Hildingh, C. Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 2013; 60, 374-380.
31. Söderlund Lindhe, 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.
32. Barth, T & Näsholm C. *Motiverande samtal- MI*. Studentlitteratur: Danmark; 2006
33. Karlberg, I & Feraz-Nunes, J *Hälsoekonomi*. Studentlitteratur: Lund; 2012

# Bilagor

## Bilaga 1 - Artikelsökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar, referensnummer	Datum
Cinahl	Nurse, Patient, Motivational Interviewing	Peer reviewed, research article, abstract available, publicationdate 2000-2013	34	2 (22,31)	2013-10-24
Cinahl	Motivational interviewing, lifestyle changes	Peer reviewed, research article, abstract available, publicationdate 2000-2013	9	1 (23)	2013-10-24
Cinahl	Motivation, Conversation, Nurse	Peer reviewed, research article, abstract available, publicationdate 2000-2013	4	2 (20,30)	2013-10-24
Pubmed	Motivational interviewing, lifestyle change, nurse	Publication date 2000-present, clinical trial, article types.	28	1 (19)	2013-10-24
Cinahl	Motivational interviewing, experiences, patient	Peer reviewed, research article, abstract available, publicationdate 2000-2013	13	1 (28)	2013-11-29
Scopus	Motivational interviewing, qualitative analysis	Document type; article 2000-present	27	2 (21,29)	2013-11-29
Cinahl	Motivational interviewing, qualitative analysis	Peer reviewed, research article, abstract available, publicationdate 2000-2013	12	1 (24)	2013-11-29
Pubmed	Motivational interviewing, qualitative analysis	Article types, clinical trial, publication date 2000-present	38	2 (25,27)	2013-11-29

\*Dessutom inkluderades en artikel i artikelgranskningen via sekundärsökningar (referensnummer 26).

## Bilaga 2 - Artikelmatris

**Titel:** *A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care*

**Författare:** Riegel, B & Dickson, V.V & Reis F. Brendali

**Land:** USA **År:** 2006

**Tidskrift:** Journal of Cardiovascular Nursing

**Syfte:** Ej tydligt formulerat

**Metod:** Kvalitativ och kvantitativ metod. Bandinspelad interventionsstudie.

**Urval:** 15

**Resultat:** 71,4% av deltagarna förbättrades i sin egenvård efter att ha fått interventionen

**Slutsats:** En intervention som innehåller de centrala delarna av motiverande samtal och som kan vara effektiva för att förbättra egenvården, men mer forskning behövs.

**Antal referenser:** 42

**Evidensvärde:** Medel.

**Titel:** *Motivational Interviewing for Adherence Problems in Cystic Fibrosis; Evaluation of Training Healthcare Professionals*

**Författare:** Latchford, G.J & Duff A.J.A.

**Land:** Storbritannien **År:** 2013

**Tidskrift:** J Clin Med Res

**Syfte:** Att utvärdera motiverande samtalsträning i cystiskt -fibrosteam

**Metod:** Kvalitativ och kvantitativ metod, frågeformulär och telefon-intervjuer

**Urval:** 60

**Resultat:** Den kvalitativa analysen bekräftade att MI var användbart i praktiken, särskilt för att skapa en relation. Den kvantitativa analysen visade att MI var ett potentiellt hjälpsamt redskap.

**Slutsats:** Studien visade att träning i metoden MI leder till ökad kunskap och förtroende för att använda metoden.

**Antal referenser:** 25

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience*

**Författare:** Miller, S & Beech, B,

**Land:** USA **År:** 2009

**Tidskrift:** Patient Education and Counseling,

**Syfte:** Att utvärdera vårdgivarens erfarenhet inom rådgivning med fokus på fysisk aktivitet, samt uppfattning kring metoden motiverande samtal och träning i metoden

**Metod:** Kvalitativ studie, främst sjuksköterskor deltog i studien och delades in i fyra fokusgrupper.

**Urval:** 33

**Resultat:** Sjuksköterskorna kände sig inte bekväma med rådgivning vad gällande fysisk aktivitet på grund av kunskapsbrist. MI sågs som ett potentiellt effektivt kommunikationsverktyg men sjuksköterskorna var bekymrade över att det fanns för lite resurser för MI.

**Slutsats:** Framtida studier behövs för att utvärdera upplevelsen av MI.

**Antal referenser:** 21

**Evidensvärde:** Medel.



**Titel:** *Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis*

**Författare:** Jansink, R & Braspenning, J & Van der Weijden, T & Elwyn, G & Grol, R

**Land:** Holland **År:** 2010

**Tidskrift:** BMC Family Practice

**Syfte:** Att få en inblick i de svårigheter som sjuksköterskan möter vid samtal kring livsstilsförändring. Med avseende på fysisk aktivitet, kost och rökning till patienter som har diabetes mellitus typ 2

**Metod:** Kvalitativ studie, innehållsanalys. Djupintervjuer som semistrukturerades och som bandinspelades och transkriberades.

**Urval:** 70

**Resultat:** Sjuksköterskorna kände att de flesta svårigheter var på patientnivå.

Patienten hade begränsad kunskap om en sund livsstil, begränsad insikt i sin eget beteende och saknade motivation för att förändra sin livsstil samt saknade disciplin för att upprätthålla en förbättrad livsstil. Sjuksköterskor uttryckte även svårigheter som otillräcklig tid och brist på kunskaper om rådgivning.

**Slutsats:** Den traditionella rådgivningsstilen dominerar fortfarande i primärvården för patienter med typ-2 diabetes. Metoden med motiverande samtal kan främja färdigheter i att förändra livsstilen

**Antal referenser:** 32

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses` training and counselling experiences*

**Författare:** Söderlund Lindhe, L & Nilsen, P & Kristensson M

**Land:** Sverige **År:** 2008

**Tidskrift:** Health Education Journal

**Syfte:** Att urskilja nyckelfaktorer i sjuksköterskans process att lära sig motiverande samtal

**Metod:** Kvalitativ studie, innehållsanalys. Intervjuer som semistrukturerades och analyserades och transkriberades.

**Urval:** 20

**Resultat:** Intervjuerna kom fram till flera viktiga faktorer för ett framgångsrikt lärande och tillämpning av MI.

**Slutsats:** En effektiv inläring av MI är förenat med en del problem, som kräver tid och ansträngning för att lösas samt en ny inställning till relationen mellan patient och hälso-och sjukvården.

**Antal referenser:** 24

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation*

**Författare:** Persson, M & Friberg, F.

**Land:** Sverige **År:** 2009

**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing

**Syfte:** Att beskriva upplevda erfarenheter av hälsosamtal i samband med hälsokontroll.

**Metod:** En kvalitativ studie. Narrativa berättelser om hälsosamtalet följt av intervjuer med öppna frågor. En fenomenologisk analys valdes för att beskriva deltagarnas erfarenheter och för att synliggöra fenomenologisk analys för att beskriva deltagarnas erfarenheter och för att synliggöra innebörden av den nya kunskap som erhöles i mötet.

**Urval:** 9

**Resultat:** Tre huvudteman identifierades; Det oundvikliga budskapet, reflektion på innehållet i samtalet och det pedagogiska mötet. Även delteman framkom som visar variationer på grund av deltagarnas tidigare erfarenheter

**Slutsats:** Sjuksköterskan måste vara medveten om skillnader i uppfattningar om hälsosamtal och eventuella konsekvenser för livs-situationen.

**Antal referenser:** 35

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Primary care providers` communication with patients during weight counseling: A focus group study*

**Författare:** Gudzone, A.K & Clark M. J & Benett L. Wendy mfl

**Land:** USA **År:** 2012

**Tidskrift:** Patient Education and Counseling

**Syfte:** Att undersöka hur primärvården kommunicerar med patienterna angående viktkontroll

**Metod:** En kvantitativ och kvalitativ studie. Fem fokusgrupper användes. Fokusgrupperna spelades in och transkriberades ordagrant. Kodning gjordes för att hitta gemensamma teman med hjälp av redigerings-stilanalys.

**Urval:** 415

**Resultat:** Tre kommunikationsbaserade teman om viktminskning framkom; Att motivera patienter att gå ner i vikt, partnerskap med patienten för att uppnå viktminskning och hantering av utmaningar som uppstår under rådgivning av viktminskning

**Slutsats:** Olika strategier användes för att kommunicera med patienter om viktminskning.

Vissa använder sig av patientcentrerande metoder, vilket tyder på att rådgivningsinsatser bör skraddarsys för att bygga vidare på denna styrka.

**Antal referenser:** 32

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Health promotion practice and its implementation in Swedish health care*

**Författare:** Brobeck, E & Odenocrants, S & Bergh, H & Hildingh, C

**Land:** Sverige **År:** 2013

**Tidskrift:** International Nursing Review

**Syfte:** Att beskriva hur distriktsköterskor visar på hälsofrämjande färdighet och hur kunskapen genomfördes i praktiken efter utbildning.

**Metod:** Kvalitativ studie. Tre fokusgrupper användes. Intervjuerna gjordes som ett samtal. Uppgifterna har bearbetats med kvalitativ innehållsanalys

**Urval:** 16

**Resultat:** Resultatet visar att utbildning ger motivation. Även vikten av organisatoriska möjligheter och behovet av utrymme för att utföra hälsofrämjande metoder framkom.

**Slutsats:** Distriktsköter-skorna känner motivation och entusiasm för hälsofrämjande samtal.

Mer tid och resurser krävs för att utforma framgångsrika hälsofrämjande insatser.

**Antal referenser:** 27

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Primary healthcare nurses` experiences with motivational interviewing in health promotion practice*

**Författare:** Brobeck, E & Bergh, H & Odenocrants S & Hildingh

**Land:** Sverige **År:** 2011

**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing

**Syfte:** Att förklara sjuksköterskan erfarenhet av motiverande samtal inom primärvården, i hälsofrämjande syfte

**Metod:** Kvalitativ studie, Innehållsanalys användes i studien för att bearbeta data, intervjuer.

**Urval:** 20

**Resultat:** Sjuksköterskornas erfarenheter med motiverande samtal visar att metoden är krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i vårdrelationen

**Slutsats:** Studien visar att metoden ställer krav på sjuksköterskorna som använder sig av motiverande samtal. De som arbetar med metoden behöver göra en insats för att lära sig metoden och inte falla tillbaka till den traditionella metoden där sjuksköterskan bara ger råd.

**Antal referenser:** 26

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *How patients with Type 2 Diabetes Mellitus Respond to Motivational Interviewing*

**Författare:** Dellasega, C & Gabbay R.A & Anel-Tiangco, R.M

**Land:** USA **År:** 2011

**Tidskrift:** NIH Public Access

**Syfte:** Att avgöra hur patienter med typ 2 diabetes upplever ett motiverande samtal för att främja en livsstilsförändring.

**Metod:** Kvalitativ studie med hjälp av fokusgrupper

**Urval:** 19

**Resultat:** Patient-upplevelse relaterat till den traditionella metoden var till stor del negativa där förnedrande attityder beskrivs. Fem teman med anknytning till MI framkom

**Slutsats:** Vissa patienter med typ-2 diabetes är mottagliga för den patientcentrerande metoden motiverande samtal jämförelsevis med den traditionella metoden.

**Antal referenser:** 25

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Clinical resarch for patient empowerment – A Qualitative approach on the improvment of heart health promotion in chronic illness*

**Författare:** Meyer, C & Göpel, E & Drexhage, C. mfl

**Land:** Tyskland **År:**2008

**Tidskrift:** Med Sci Monit

**Syfte:** Att undersöka om empowerment med användning av motiverande samtal kan tillämpas i behandlingen för patienter med svåra kroniska sjukdomar.

**Metod:** Kvalitativ studie. Med grounded theory.

**Urval:** 27

**Resultat:** Förbättrad kunskap om hälsa var associerad med en förstärkt känsla av kontroll för deltagarna. Det bidrog till en hög grad av patient -tillfredsställelse. 28 av 29 patienter betonade på vikten av att detaljerad och strukturerad information ges.

**Slutsats:** Att underlätta delaktighet är etiskt viktigt och kan positivt öka egenvården och kunskaperna hos patienter med svåra kroniska sjukdomar.

**Antal referenser:** 53

**Evidensvärde:** Hög.

**Titel:** *When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behavior*

**Författare:** Rollnick, S & Francis, N & Butler, C mfl.

**Land:** Storbritanien **År:** 2005

**Tidskrift:** Society for the study of Addicition

**Syfte:** Att undersöka om motstånd till förändringar bland rökare påverkar sjuksköterskans beteende med avseende på konfrontation.

**Metod:** Kvalitativ och kvantitativ studie. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades.

**Urval:** 32

**Resultat:** Högre motstånd till förändring bland patienterna ledde till ett ökat konfronterande beteende bland sjuksköterskorna.

**Slutsats:** Patientens motstånd leder sannolikt till en ökad konfrontation på andra negativa beteenden för att främja en livsstilsförändring

**Antal referenser:** 9

**Evidensvärde:** Hög

**Titel:** *Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-american women with type 2 diabetes*

**Författare:** Miller, S,T & Marolen, K,N

**Land:** USA **År:** 2009

**Tidskrift:** Women´s health issues

**Syfte:** Att utvärdera upplevelsen av MI hos lantliga afrikanska kvinnor med typ 2- diabetes.

**Metod:** En kvalitativ studie med grounded theory.

**Urval:** 31

**Resultat:** Patienterna upplevde att kommunikation- en blev positiv med MI men att metoden var för patientcentrerad de föredrog en mer traditionell metod där sjuksköterskan ger råd.

**Slutsats:** Interventioner borde fokusera på att motverka barriärer för fysisk aktivitet och öka motivationen. MI kan vara en lämplig metod om den kombineras med en mer traditionell metod

**Antal referenser:** 32

**Evidensvärde:** Hög

### **Bilaga 3 – Modell för förändring**

Barth T & Näsholm C (2006) beskriver Stages of Change-modellen (SOC). Denna modell innefattar fem olika steg som är vanliga då människor ska genomgå en livsstilsförändring. Modellen formulerades i syftet att ta reda på vad som händer då människor försöka bryta rutiner, beroenden såväl på egen hand som i de fall där personerna fått professionell hjälp. Det är möjligt att använda sig av modellen i metoden med motiverande samtal samtidigt som andra väljer att arbeta utan detta redskap. De fem stegen i modellen är före begrundan, begrundan, beslut/förberedelse, handling och slutligen stabilisering. I varje steg av processen finns det psykologiska utmaningar som måste genomföras för att gå vidare till nästa steg. Det är möjligt att gå tillbaka till förgående fas ifall man inte lyckats genomföra de uppsatta mål i den fas man befinner sig i.

**Före begrundan:** Denna fas innebär att patienten befinner sig i den tiden före ett medvetet tankearbete har påbörjats kring en eventuell livsstilsförändring. Det som kan ha betydelse för att personen inte har börjat problematisera ett eventuellt ohållbart livsstilmönster kan vara att patienten upplever otillräcklig självförmåga eller inte har tillräcklig kunskap kring problemet. I denna fas kan det även vara så att personen ifråga inte alls är medveten kring att behov av ändrade livsstilsvanor kan föreligga.

**Begrundan:** Nästa steg i processen innebär att patienten ska betrakta sig själv och se till eventuella möjliga förändringar som hon/ han vill genomföra. Denna fas kan upplevas positiv samtidigt som den kan vara smärtsam med tanke på att man som person kan känna skam över den situation som råder.

**Beslut/förberedelse:** Den tredje delen handlar om att hitta verktyg och komma fram till en strategi för att kunna genomföra en förändring. Praktiska åtgärder som att ta fram information om eller boka tider kan vara lämpliga i denna fas.

**Handling:** Nästa steg handlar inte längre om förberedelser och om att skapa motivation, nu är det handlingen som är i fokus. Denna fas kan upplevas positiv för patienten då det ofta sker mätbara resultat samtidigt som omvärlden kan uppfatta de nya rutinerna.

**Stabilisering:** Handlingsfasen övergår långsamt i stabiliseringsfasen som innebär att den nya livsstilen eller förändringen som skett ska vävas in i patientens vardagliga liv (32).