



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal (MI)

En litteraturöversikt

Hanna Erixon

Karin Rydén

Handledare: Ingemar Ljungqvist

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2015

Sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal (MI)

Hanna Erixon
Karin Rydén

Sammanfattning

Bakgrund: Levnadsvanor har en stark koppling till folkhälsa. Det är viktigt att sjuksköterskan arbetar hälsopromotivt och erbjuder hälsosamtal till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Hälsosamtal kan utformas på flera olika sätt av vilka motiverande samtal (MI) är en framgångsrik metod. Metoden utvecklades på 1980-talet av psykologerna Miller och Rollnick i arbetet med alkoholproblematik, men används idag även inom annan hälsoproblematik som kräver ändrade levnadsvanor. För att allmänsjuksköterskan skall kunna använda MI som ett verktyg i sin hälsopromotiva roll är det viktigt att skapa en samlad bild av vilka möjligheter och svårigheter metoden erbjuder.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av MI.

Metod: Litteraturoversikt med kvalitativ ansats. Analysen av åtta artiklar baserades på Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom erfarenheter som kunde delas in i två kategorier; implementering av metoden och användning av metoden. *Implementering av metoden* beskriver vad som underlättar respektive försvårar införandet av metoden på organisationsnivå men också hos den enskilda sjuksköterskan. Här angav sjuksköterskorna att det var viktigt att det fanns ett intresse för införandet och att det var viktigt att få tillräckligt med tid för att lära metoden och kontinuerlig reflektion. *Användning av metoden* beskriver arbetet med att medvetandegöra och skapa förtroende, öka patientens motivation och stärka patientautonomin. Kategorin beskriver även sjuksköterskans förhållningssätt i samtalet där det är viktigt att sjuksköterskan intar en position som likvärdig och inte kommer med expertråd utan istället lyssnar passivt och gör reflektioner. Detta var något som många sjuksköterskor upplevde som svårt. Slutligen beskrivs metodens mervärde för sjuksköterskan; om hur MI förtydligar den hälsofrämjande rollen och att det är en flexibel metod som kan användas i många olika typer av patientkontakter.

Slutsats: MI bygger på ett empatiskt och lyhört förhållningssätt som överensstämmer väl med dagens normer och värderingar inom hälso- och sjukvården. Genom att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av MI kan kunskapen kring metoden öka och möjliggör därmed ökad användning. Om allmänsjuksköterskan får tillgång till detta verktyg och vågar initiera hälsosamtal stärks den hälsopromotiva rollen.

Nyckelord: erfarenheter, hälsofrämjande, kommunikation, livsstilsförändring, MI, motiverande samtal, samtal, sjuksköterskor

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund.....	5
Motiverande samtal	5
Omvårdnadsteori	6
Sjuksköterskans hälsopromotiva roll	7
Syfte	8
Metod.....	8
Design.....	8
Datainsamling.....	9
Urval.....	10
Kvalitetsgranskning.....	10
Dataanalys	11
Resultat	11
Implementering av metoden.....	12
Användning av metoden.....	14
Medvetandegöra och skapa förtroende.....	14
Öka patientens motivation och stärka patientautonomin.....	15
Sjuksköterskans förhållningssätt i samtalet.....	15
Metodens mervärde för sjuksköterskan.....	16
Diskussion.....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	20
Slutsatser	22
Självständighet.....	23
Referenser	24
Bilaga 1: Databassökningar	27
Bilaga 2: Granskningsprotokoll	28
Bilaga 3: Artikelöversikt.....	29
Bilaga 4: Innehållsanalys	31

Inledning

Levnadsvanor har en stark koppling till folkhälsa. Ohälsosamma levnadsvanor står för 20 procent av alla prematura dödsfall och funktionsnedsättningar i Sverige. Genom att hälso- och sjukvården antar ett mer hälsopromotivt arbetssätt kan folkhälsan stärkas (Socialstyrelsen, 2011). I Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder pekas olika ohälsosamma levnadsvanor ut och genom att tidigt påverka människor att förändra dessa kan man långsiktigt spara både resurser och pengar. Att erbjuda berörda patienter samtal i olika former är en viktig del i det hälsopromotiva och sjukdomspreventiva arbetet (ibid.).

Hälsosamtal kan utformas som *enkla råd*, *rådgivande samtal* eller *kvalificerat rådgivande samtal*. Effekterna av enkla råd saknar stöd i forskningen, varför Socialstyrelsens (2011) rekommendationer mer fokuserar på rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal. Ett rådgivande samtal kan beskrivas som ett möte mellan vårdare och patient, där vårdaren försöker balansera samtalet så att patienten upplever mötet som givande och respektfullt gentemot dennes referenser till vad god hälsa är. När samtalet blir mer komplext, eller när rådgivningen behöver anpassas mer till ålder, risknivåer och motivation, kommer metoden att närma sig mer en kvalificerad rådgivning. En kvalificerad rådgivning baseras på olika strukturer för hur samtalet skall föras och syftar till att inte bara ge råd utan också hjälpa patienten att bilda en eller flera nya hållbara vanor (ibid.). Motiverande samtal är en form av kvalificerat rådgivande samtal som enligt forskning används framgångsrikt för att motivera till egenvård och för att förändra ohälsosamma levnadsvanor (Britt, Hudson & Blampied, 2004).

De flesta studier kring sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal är inriktade på specifika yrkesområden (exempelvis distriktssköterskor, skolsköterskor, psykiatrisjuksköterskor m.fl.) och patientkategorier. Genom att beskriva dessa erfarenheter kan generella lärdomar dras vilket förhoppningsvis kan leda till ett ökat intresse för metoden. Detta kan i sin tur leda till ett ökat användande hos allmänsjuksköterskan i det dagliga mötet med patienterna och i det långsiktiga, hälsopromotiva och sjukdomsförebyggande arbetet.

Bakgrund

Motiverande samtal

Motiverande samtal, efter engelskans *Motivational Interviewing* (MI), är en metod som utformades av psykologerna Miller och Rollnick på 1980-talet (Miller & Rollnick, 2010). Metoden bygger på Carl Rogers teori om rådgivarens roll i det personcentrerade samtalet. Genom att rådgivaren erbjuder en trygg och stödjande samtalsatmosfär kan patienten öppet reflektera kring sina erfarenheter och hitta lösningar på sina hälsoproblem. Rogers menade att rådgivarens förmåga att uttrycka empati, värme och äkthet är avgörande för att skapa förutsättningar för förändring (ibid.). Initialt användes metoden i arbetet med ohälsosamma alkoholvanor, men sedan 1990-talet används den framgångsrikt även inom annan hälsoproblematik som kräver förändrade vanor (Miller & Rollnick, 2010; Rollnick, Miller & Butler, 2008). Idag kan metoden användas av såväl läkare, sjuksköterskor och dietister som annan hälso- och sjukvårdspersonal (Rollnick et al., 2008). I fortsättningen kommer begreppet MI att användas. Studier har gjorts för att undersöka om utbildningsnivån och professionen hos den som utövar MI har betydelse för att metoden ska öka möjligheten för patientens att göra positiva förändringar i sina levnadsvanor. Resultatet av dessa studier visar att yrkesprofession och utbildningsbakgrund har mindre betydelse, men att erfarenhet av och utbildning inom MI kan ha betydelse för effektiviteten samt att effekten av MI är större inom vissa områden och mindre inom andra (Lundahl et al., 2013). Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson och Burke (2010) menar att förmågan att visa empati är viktigare än vilken utbildningsbakgrund personen har.

Forskning visar att personcentrerade metoder som MI ger bättre resultat än traditionell rådgivning, framförallt när det gäller att förändra ohälsosamma levnadsvanor, vilka ofta är svåra att förändra, kräver stort engagemang och kan ta lång tid. Genom att patienten själv får komma fram till vilka förändringar som är nödvändiga, istället för att sjuksköterskan kommer med råd och pekpinna, ökar sannolikheten för följsamhet och framgång (Britt et al., 2004).

Miller och Rollnick (2010) beskriver MI som en metod där relationen mellan sjuksköterska och patient står i fokus. I första hand ska en relation byggas upp för att därefter skapa en god kommunikation som framkallar och stärker medvetenheten och motivationen till förändring. Nyckelkomponenterna för MI är samarbete, framkallande av medvetenhet samt respekt för

patientens autonomi. Samarbete främjas då mötet med patienten ses som en interpersonell process där sjuksköterskan inte intar en överordnad roll utan istället fokuserar på att utveckla samtal där både sjuksköterskan och patienten är jämbördiga (ibid.). MI ska inte ses som en universalmetod i alla samtal kring beteendeförändringar, utan som en teknik där relationen är central och syftar till att skapa motivation och generera val till hur förändringen ska se ut (Rollnick et al., 2008).

Viktiga principer för att praktiskt genomföra MI är att *uttrycka empati, tydliggöra diskrepans, följa patientens motstånd och stärka patientens empowerment* (Miller & Rollnick, 2010). Frågorna ska locka patienten till att bredda och fördjupa sina svar och sjuksköterskan ska vara en aktiv lyssnare (Rollnick et al., 2008). Med aktiv lyssnare menas att sjuksköterskan visar sin förståelse och acceptans genom att reflektera eller kontinuerligt sammanfatta under samtalet. Acceptans är nödvändigt för att kunna utveckla ett empatiskt förhållningssätt (Miller & Rollnick, 2010). Genom att stödja patientens egna värderingar, uppfattningar och mål kan diskrepans tydliggöras och därmed också hur förändringen kan genomföras (ibid.). Vid MI tar sjuksköterskan tillvara på patientens ambivalens genom ett reflektivt lyssnande (Rollnick et al., 2008). Det är viktigt att reflektionerna är icke-dömande och tillåtande för att patienten ska kunna fortsätta diskutera och reflektera över vad som sagts. Slutligen ska sjuksköterskan försäkra sig om att patienten blivit korrekt förstådd och stärka medvetenheten genom att summera samtalet (ibid.). Eftersom patienten själv ska finna argument för förändring är det av största vikt att sjuksköterskan undviker ett argumenterande förhållningssätt (Rollnick et al., 2008). Motstånd hos patienten bör ses som en signal för sjuksköterskan att ändra riktning i samtalet (Miller & Rollnick, 2010). MI är en metod med ett förhållningssätt där framgångar och styrkor hos patienten ska lyftas fram och stärkas (Rollnick et al., 2008). Genom att lyssna till och visa förståelse för de svårigheter patienten presenterar samt genom att locka fram patientens uppfattning kring hur en förändring kan ske och stötta denna lösning stärks patientens *empowerment*. Empowerment kan översättas till självkompetens och innebär att patienten har en tro på sig själv och har hopp om att lyckas (Miller & Rollnick, 2010).

Omvårdnadsteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisjuksköterska som var verksam på 1960-talet då hon även utvecklade sin omvårdnadsteori (Travelbee, 1971). Teorin klassas som en interaktionsteori eftersom den fokuserar på den mellanmänniska dimensionen. Viktiga

begrepp i Travelbees teori är *människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation*. Travelbee (1971) menar att varje människa är en unik individ med egna upplevelser och erfarenheter som bara kan tolkas av individen själv. Lidandet skall enligt Travelbee ses som ett naturligt inslag i livet, något alla människor förr eller senare får erfara, men upplevelsen av lidandet är fortfarande individuell. Travelbee menar vidare att det är viktigt att finna mening i livets olika upplevelser och ibland behöver människor hjälp med detta. Detta är enligt Travelbee det viktigaste syftet med omvårdnad och kan uppnås genom att en mellanmänsklig relation skapas. Sjuksköterskan ansvarar för att relationen skapas och bibehålls, men relationen måste vara ömsesidig för att det skall fungera optimalt (ibid.). Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg i omvårdnadsarbetet. Den är en ömsesidig process där tankar och känslor förmedlas. Enligt Travelbee (1971) är vårdandet en process mellan människor och som grundar sig i viljan att hjälpa patienten att hitta mening med livet i sin ohälsa, förebygga försämring och främja det friska. Vidare poängterar Travelbee att kommunikationen ska ses som en process där sjuksköterskan har möjlighet att väcka frågor kring meningsfullhet, önskan och känslor (ibid.).

Sjuksköterskan skall enligt Travelbee (1971) arbeta för att guida den enskilde, familjen och samhället till förändring och det är nödvändigt att sjuksköterskan hittar en bra kommunikationsteknik så att förståelsen för patienten blir tydlig. Syftet med kommunikationstekniken är att hjälpa sjuksköterskan att balansera konversationen till ett tempo som passar patienten. Sjuksköterskan måste, likt en hantverkare, praktisera sin förmåga att kommunicera för att bli skicklig på det (ibid.).

Sjuksköterskans hälsopromotiva roll

Enligt Socialstyrelsen (2005) innebär sjuksköterskeyrket att axla flera olika roller. Det handlar dels om det praktiska omvårdnadsarbetet men även om förmågan att leda och utbilda. Ibland behöver sjuksköterskan vara handlingskraftig och ibland en god lyssnare. Vid vissa tillfällen arbetar sjuksköterskan självständigt och ibland som medlem i ett vårdteam (ibid.). Socialstyrelsen (2011) menar att vården bör anta ett mer hälsopromoterande arbetssätt. Det är då viktigt att skapa en bild av vilka svårigheter och möjligheter som finns i möten där en förändring är viktig för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Duaso och Cheung (2002) menar att sjuksköterskans promotiva genomslagskraft är marginell, men trots detta är de som fått hjälp av en sjuksköterska ofta nöjda med informationen och rådgivningen. De flesta sjuksköterskor är positivt inställda till att arbeta hälsopromotivt och en förklaring till varför

sjuusköterskans hälsopromotiva roll inte får så stor plats kan vara att sjuusköterskan inte besitter den kunskap som krävs eller att tidsbrist försvårar detta arbete (ibid.). Spencer (2007) menar att kommunikationen och den relation som byggs upp mellan sjuusköterska och patient är en avgörande faktor för att sjuusköterskans hälsopromotiva roll skall bli framgångsrik. Vidare menar Spencer att sjuusköterskan skall kunna visa goda kunskaper kring hälsosamma levnadsvanor och vara en god förebild. Att visa förståelse för svårigheter och även relatera till personliga erfarenheter kan bidra till en större trovärdighet inför patienten (ibid.)

Att inte våga initiera hälsosamtal kan öka risken för att de patienter som inte har synliga och självklara tecken på ohälsosamma levnadsvanor förbises och då går miste om personcentrerad vård. I de fall där sjuusköterskan inte känner sig tillräckligt säker i sin roll som hälsofrämjare finns en risk att hälsosamtal inte initieras. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2009) är det statistiskt säkerställt att kunskap i metoden ökar antalet hälsosamtal. Även Armstrong et al. (2011) menar att MI ökar motivationen hos patienter. Deras studie visar att MI har en positiv effekt gällande viktnedgång, ökad fysisk aktivitet och i arbetet med att stärka egenvården vid sjukdom. Samtidigt påpekas att effekterna av MI är svåra att generalisera eftersom det är svårt att veta i vilken utsträckning de olika nyckelkomponenterna i MI har modifierats och anpassas till olika situationer. MI anses dock inte ha någon negativ inverkan på motivationen till förändrade levnadsvanor hos patienterna (ibid.).

Genom att lyfta fram erfarenheter kring användandet av MI ökar kunskapen och därmed också möjligheten för allmänsjuusköterskan att arbeta hälsopromotivt.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuusköterskors erfarenheter av MI.

Metod

Design

Studien gjordes som en litteraturoversikt med kvalitativ ansats. Enligt Friberg (2012) innebär en litteraturoversikt att på ett beskrivande sätt presentera aktuellt forskningsläge inom ett visst omvårdnadsområde. Den baseras på systematiskt utvalda texter som kvalitetsgranskas,

analyseras och slutligen presenteras (ibid.). Kvalitativ ansats innebär att forskaren har ett induktivt förhållningssätt vilket betyder att förutsättningslöst utgå från materialet istället för olika teorier eller principer (Olsson & Sörensen, 2011). Kvalitativ forskning ger beskrivande data som utgår från människans egna talade eller skrivna ord och syftet är få fram personens upplevelse kring ett fenomen (ibid.).

Datansamling

Cinahl och PubMed var de databaser som användes för studien. En databas är en samling av olika typer av dokument som sorterats, grupperats och oftast även granskats för att underlätta sökningar och urval (Östlundh, 2012). Cinahl innehåller vetenskapliga artiklar med inriktning på framförallt omvårdnad (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). PubMed har en mer medicinsk inriktning men omfattar även omvårdnadsartiklar (ibid.). Databaserna bedömdes som relevanta eftersom studien har ett vårdvetenskapligt perspektiv.

I litteratursökningen användes både strukturerade sökningar och fritextsökningar. De strukturerade sökningarna innebar att databasernas tesaurusar användes. En tesaurus är en ämnesindelad ordlista som är uppbyggd hierarkiskt som ett sökträd med över- och underkategorier. Cinahls tesaurus kallas Cinahl Headings och PubMeds heter MeSH - Medical Subject Headings (Willman et al., 2011; Östlundh, 2012). Fritextsökning visar, i motsats till strukturerad sökning, alla dokument som innehåller sökordet även om det inte är relevant för den aktuella sökningen (Willman et al., 2011). I fritextsökningarna användes relevanta sökord som i vissa fall trunkerades. Trunkering innebär att man endast skriver in ordstammen av ett ord och avslutar med ett trunkeringstecken (*) och att databasen därmed inkluderar även böjningar av ordet i träfflistan (Östlundh, 2012). Slutligen användes även boolesk söklogik som innebär att bestämma vilket samband sökorden skall ha till varandra. Enligt Östlundh (2012) är de mest grundläggande operatorerna AND, OR och NOT. I studien användes endast AND, som är den vanligaste operatoren, för att styra databasen att koppla ihop sökorden och hitta dokument som omfattar alla sökorden (ibid.).

Sökord som användes till studien var *Motivational Interviewing, health promotion, job experience, counseling, nurse, experience.*

Urval

Inklusionskriterier vid urval var att artiklarna skulle vara forskningsartiklar med kvalitativ metod. Vidare skulle de vara peer reviewed och skrivna på engelska. Peer reviewed innebär att artiklarna granskats av experter inom området före publicering (Willman et al., 2011).

Enligt Östlundh (2012) är det viktigt att analysera och värdera sökresultatet flera gånger under litteratursökningsprocessen. Att analysera träfflistorna under arbetets gång är ett steg på vägen mot det slutgiltiga urvalet. Som ett första urval är titlarna till stor hjälp för att få en uppfattning om vad som kan sorteras bort och vad som bör granskas ytterligare. Vidare granskas artiklarnas abstrakt, vilka ger en kort sammanfattning av vad respektive artikel handlar om (ibid.). I studien granskades 94 artiklar på rubriknivå vilket resulterade i att 28 artiklar valdes ut eftersom de såg ut att överensstämma med studiens syfte. 14 dubletter togs bort, det vill säga artiklar som återfanns i flera träfflistor. Efter genomläsning av artiklarna på abstrakt-nivå och därefter i sin helhet sorterades ytterligare fem artiklar bort då dessa inte svarade mot studiens syfte och resterande nio artiklar ansågs relevanta för kvalitetsgranskning. Två av de valda artiklarna omfattar även andra professioner än sjuksköterskor, men de inkluderades ändå då majoriteten var sjuksköterskor. Från dessa artiklar togs endast erfarenheter som kunde härledas till sjuksköterskor med i analysen. Databassökningens resultat presenteras i bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

I kvalitativ forskning används ofta ord som tillförlitlighet och trovärdighet istället för validitet och reliabilitet som är vanliga begrepp inom kvantitativ forskning (Willman et al., 2011). För att bedöma artiklarnas tillförlitlighet och trovärdighet genomfördes en kvalitetsgranskning enligt Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod som presenteras i bilaga 2. Fråga 6 angående triangulering och fråga 8 angående patienttyp ströks, då dessa inte var relevanta för studien, vilket resulterade i att maxpoäng ändrades till 44 poäng.

Kvalitetsgranskningen resulterade i att artiklarna fick en poängsumma utifrån deras innehåll. Poängsumman räknades om till procent där bedömningsmallen angav tre kvalitetsnivåer; 80-100% innebar grad I, 70-79% grad II och 60-69% grad III. Enligt Olsson och Sörensen (2011) skall studier som får mindre än 60 % inte användas i litteraturstudier då dessa inte är

tillräckligt tillförlitliga och trovärdiga. En artikel föll bort efter kvalitetsgranskningen och artiklarna som ingick i studien redovisas i artikelöversikt enligt bilaga 3.

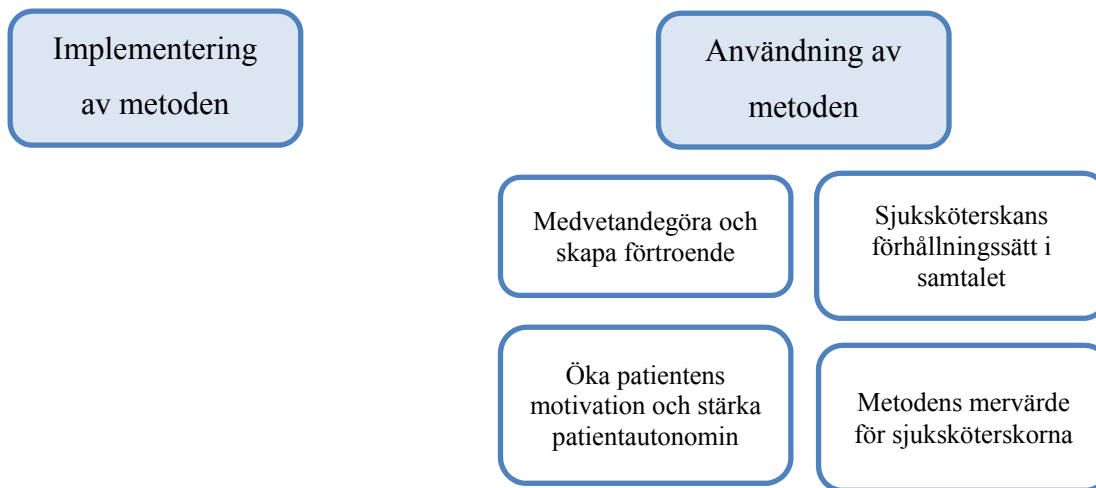
Dataanalys

Initialt lästes artiklarna igenom flera gånger för att förstå helheten i respektive artikel och därefter analyserades artiklarnas respektive resultat. Graneheim och Lundman (2004) har på ett tydligt sätt sammanställt och förklarat de olika delarna i kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen innebar att textmassan först reducerades genom att meningsbärande enheter, som svarade mot studiens syfte, valdes ut. Meningsenheter förklaras som ord eller meningar som har ett gemensamt budskap (ibid.). Meningsenheterna sammanställdes i en tabell och översattes därefter till svenska innan de kondenserades. Att kondensera innebär enligt Graneheim och Lundman (2004) att reducera texten ytterligare utan att förlora kärnan i texten. Det sista steget i textreduceringen innebar att koda de kondenserade meningsenheterna vilket betyder att man med ett eller ett par ord etiketterar vad det handlar om (ibid.).

Koderna användes för att förstå sammanhang mellan artiklarna. Genom att se likheter och skillnader grupperades koderna i kategorier och underkategorier. Graneheim och Lundman (2004) menar att kategoriseringen är själva kärnan i kvalitativ innehållsanalys eftersom kategorierna beskriver det manifesta (uppenbara) innehållet i texterna. Citat ur artiklarna användes för att förstärka resultatet och öka trovärdigheten. Exempel på innehållsanalys redovisas enligt bilaga 4.

Resultat

Studiens resultat består av två kategorier och fyra underkategorier (figur 1).



Figur 1. Sammanställning av resultatets kategorier och underkategorier.

Implementering av metoden

Sjuksköterskornas erfarenheter kring implementering av MI handlar om vad som underlättar respektive försvårar införandet av metoden på såväl organisationsnivå som på individnivå (det vill säga hos den enskilda sjuksköterskan).

En förutsättning för att kunna implementera metoden var, enligt sjuksköterskornas erfarenheter, att det fanns en öppenhet på arbetsplatsen och att ledning och kollegor var överens om hur metoden skulle användas (Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2015). Sjuksköterskorna beskrev att MI är förenligt med gällande normer och värderingar vilket gör det lättare att erkänna och använda metoden (Bonde, Bentsen & Hindhede, 2014; Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2009). Vidare var det viktigt att både organisationen och den enskilda sjuksköterskan var intresserad och motiverad att använda MI samt avsatte tillräckligt med tid, annars försvårades implementeringen (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011; van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrijhoef, 2011; Miller & Beech, 2009; Söderlund et al., 2009; Östlund et al., 2015).

En risk med att inte vara intresserad av metoden var att det var lättare att falla tillbaka till tidigare invanda arbetssätt där man informerade patienten istället för att motivera (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Yttre faktorer såsom tillgång till en god fysisk samtalsmiljö och ett tillräckligt patientunderlag var också förutsättningar för att kunna implementera metoden i organisationen (Östlund et al., 2015).

Många sjuksköterskor ansåg att utbildning både innan men också kontinuerligt under det praktiska arbetet är viktigt för att kunna tillämpa MI på ett effektivt sätt (Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008). Utbildning varvat med praktik ökade sjuksköterskornas kunskap och förtroende och att samtidigt få feedback på tillämpningen upplevdes som stimulerande (Byrne, Watson, Butler & Accoroni, 2006; van Eijk-Hustings et al., 2011; Söderlund et al., 2008). Vidare ansågs utbildningen snarare vara en introduktion av MI, än en komplett utbildning, då användandet av metoden sågs som ett livslångt lärande. Genom öppenhet för att lära nya saker underlättades inläringen av MI som metod (Östlund et al., 2015).

”You’ll never be an expert at this, you’re always putting your foot in it and feeling like oops... but it’s not such a big deal and if you don’t dare to try, nothing will ever happen” (Östlund et al., 2015, sid 114).

Sjuksköterskorna beskrev att många av de färdigheter som utgör grunden för MI skiljer sig från de traditionella tillvägagångssätt som sjuksköterskorna var vana vid. Både sättet att lägga upp arbetet och hur man för samtalen uppfattades som nytt och positivt för sjuksköterskorna (Brobeck et al., 2011; Byrne et al., 2006; Söderlund et al., 2008). Flera av sjuksköterskorna ansåg att yrkeserfarenhet var avgörande för att enkelt anamma metoden. Erfarenheten gav en trygghetskänsla och tillät sjuksköterskorna att ta MI ett steg längre när det handlar om att motivera patienterna (Brobeck et al., 2011).

Vidare ansåg sjuksköterskorna att metoden bör diskuteras och analyseras ingående med andra som arbetar på samma sätt för att dra lärdom av svårigheter och framgångar (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna beskrev arbetet med MI som krävande (Brobeck et al., 2011). Det tar tid att bli duktig på metoden och det krävs mycket praktik (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Några sjuksköterskor angav att de upplevde att det var svårt att lära sig ett nytt arbetssätt (Östlund et al., 2015). Att ändra på invanda beteenden tar tid och är svårt, och vid hög arbetsbelastning eller vid trötthet är det lätt att falla tillbaka till gamla beteenden och då ansågs långsiktigt stöd från kollegor och utbildare nödvändigt (van Eijk-Hustings et al., 2011; Söderlund et al., 2008; Östlund et al., 2015).

”It’s important to have trust and confidence from others when you’re training and learning something new otherwise it’s very easy to slip back into old habits, and start thinking like the ‘old’ nurse again” (Söderlund et al., 2008, sid 105).

Osäkerhet och rädsla för att inte använda metoden på rätt sätt gjorde att sjuksköterskorna ibland undvek att använda den men detta åtgärdades lättast genom ytterligare utbildning. Sjuksköterskorna beskrev att det ibland var svårt att tolka patienternas vilja och behov av förändring (Östlund et al., 2015). Ett dilemma uppstår när sjuksköterskorna balanserar mellan respekt för patientens autonomi och det professionella ansvaret kring patientens hälsa (Bonde et al., 2014). En annan svårighet som sjuksköterskorna påtalade var att en del patienter förväntar sig att få råd och information vilket försvårar användandet. Vidare beskrev sjuksköterskorna att det var svårare att använda metoden i situationer där hälsotillståndet kräver omfattande information (Östlund et al., 2015).

Användning av metoden

Sjuksköterskornas erfarenheter kring användning av metoden beskriver vilka möjligheter och svårigheter sjuksköterskorna upplevde i arbetet när det handlar om att medvetandegöra och skapa förtroende, öka patientens motivation och stärka patientautonomin samt sjuksköterskans förhållningssätt i samtalet och mervärden som metoden ger sjuksköterskan.

Medvetandegöra och skapa förtroende

Genom att använda MI ansåg sjuksköterskorna att de kunde hjälpa patienterna att bli medvetna om vilka livsstilsförändringar som krävdes samtidigt som patientens egenansvar förtydligades (Bonde et al., 2014; Brobeck et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde att det var enklare att tillämpa metoden på patienter med uppenbara tecken på ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis fetma snarare än övervikt, eftersom de ofta är mer medvetna om sina problem (Söderlund et al., 2009). Vidare beskrev sjuksköterskorna att MI tydliggör både patientens problemförståelse och möjliga förändringsstrategier (Brobeck et al., 2011).

MI upplevdes som en förtroendeskapande metod som hjälper patienterna att bli mer öppna med sina problem (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015).

”Showing the patient that I’ve complete faith.... that you can do this, that is what it’s all about. The patient can do this, but I’m there and have faith in him....he is really being able to do this” (Brobeck et al., 2011, sid 3327).

Öka patientens motivation och stärka patientautonomin

Sjuksköterskorna ansåg att MI var en bra metod för att öka motivationen både individuellt och i gruppssammanhang (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Eftersom syftet med MI är att inte lägga skulden på patienterna upplevde sjuksköterskorna att det var lättare att få patienterna motiverade utan att inre motstånd skapades (Östlund et al., 2015). Bristande patientmotivation och en ovilja att ta ansvar för sin egen hälsa angavs som ett stort hinder i användandet av metoden (Söderlund et al., 2008; Söderlund et al., 2009).

MI gav en samtalsstruktur som hjälpte till att överbrygga eventuella motstånd som patienterna kände (Brobeck et al., 2011). Sjuksköterskorna menade att MI underlättade deras arbete som motivator (Östlund et al., 2015).

”earlier we informed and informed and listened and informed again, but now we try to encourage the patient to re-think instead” (Söderlund et al., 2009, sid 446).

Vidare underlättades arbetet av samarbetande och insiktsfulla patienter (Miller & Beech, 2009; Söderlund et al., 2009). Sjuksköterskorna beskrev att MI stärkte patientautonomin genom att patienten är central i samtalet och är den som sitter inne med lösningen, identifierar valen och fattar besluten (Miller & Beech, 2009; Östlund et al., 2015). En framgångsfaktor i detta avseende var att inte ställa för höga krav, förmana och ge råd utan istället respektera patienternas val. En förutsättning för att få patienten engagerad var att sjuksköterskorna kunde guida patienten till en varaktig lösning (Brobeck et al., 2011).

Sjuksköterskans förhållningssätt i samtalet

Sjuksköterskorna angav att MI var ett respektfullt arbetssätt som främjade den mellanmännsliga kontakten samt gav en positiv och avslappnad samtalsatmosfär (Miller & Beech, 2009; Östlund et al., 2015). Patienternas förutsättningar såsom intellektuell kapacitet, ålder och kultur ansågs kunna påverka användandet av MI vilket sjuksköterskan måste ta hänsyn till (van Eijk-Hustings et al., 2011).

Metoden lockade fram sjuksköterskornas empatiska förmåga genom att den manar sjuksköterskan till att lyssna på patienten och inte ta över samtalet (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna ansåg att MI gav struktur och vila i samtalen då metoden ökade initiativförmågan hos patienterna och skapade ett förbättrat samarbete (van

Eijk-Hustings et al., 2011). Att ge tillräckligt med tid till MI-processen och att inte stressa patienterna angavs vara nödvändigt för att patienterna skulle lyckas med sina livsstilsförändringar (Brobeck et al., 2011).

Sjuksköterskorna framhöll också att det var viktigt att hålla kontakten efter att patienten nått målet för att förändringarna skulle bli bestående (Brobeck et al., 2011). Även om patienterna inte lyckades med förändringen ansåg sjuksköterskorna att MI ändå gav patienterna något positivt och att metoden underlättade för att återkomma vid eventuella framtida förändringar (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna såg inte återfall som ett misslyckande utan som en möjlighet för patienten att dra lärdom och få erfarenheter (Brobeck et al., 2011).

”You prepare them in advance that a relapse is not bad, it is another obstacle to go through again. So it’s nothing to be ashamed. It’s just a part of the process.” (Brobeck et al., 2011, sid 3327).

Sjuksköterskorna ansåg att MI blir mest effektivt om sjuksköterskan visar förståelse, sympati och respekt under samtalet (Brobeck et al., 2011). Metoden gör så att sjuksköterskan hamnar på en jämbördig nivå som patienten genom att inte anta rollen som expert och rådgivare. Sjuksköterskornas erfarenheter var att patienter uppskattar metoden eftersom de får en motpart som lyssnar och förstår (Östlund et al., 2015). Det är viktigt att kunna vara passiv och utveckla en lyhörddhet för att känna av när patienten är redo för förändring (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Många sjuksköterskor beskrev att det var svårt att inta en passiv roll och att göra komplexa reflektioner (Miller & Beech, 2009; Östlund et al., 2015). Att motstå frestelsen att ge råd och istället förbli en aktiv lyssnare ansågs som en kritisk faktor (Söderlund et al., 2008).

Metodens mervärde för sjuksköterskan

Sjuksköterskorna ansåg att MI förtydligade deras hälsofrämjande roll och fick dem att känna sig säkrare och därmed kapabla att göra ett bättre jobb (Brobeck et al., 2011; Söderlund et al., 2008). Metoden gav dem nya sätt att tänka, nya förmågor och en yrkesmotivation som kändes utvecklande (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna ansåg att det var väldigt stimulerande att kunna hjälpa patienter till livsstilsförändring. De uppskattade att följa patienternas förändringsprocess och upplevde en positiv känsla när patienterna lyckades uppnå sina mål (Brobeck et al., 2011).

Sjuksköterskorna konstaterade att MI är en flexibel metod som kan användas, i sin helhet eller med utvalda delar, inom olika arbetsområden. MI är användbart vid både korta och långa samtal, även vid oplanerade situationer (Brobeck et al., 2011). MI ansågs särskilt fördelaktigt vid allvarliga hälsoproblem och känsliga ämnen (Söderlund et al., 2009). Metoden gör sjuksköterskorna mer bekväma i samtal kring känsliga frågor (Byrne et al., 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

En intervjustudie hade eventuellt kunnat ge ett mer tillförlitligt resultat eftersom vi då fått ett resultat som representerar svenska förhållanden. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det viktigt att informanternas svar är pålitliga och att intervjun ger den information forskaren är ute efter. Intervjustudie valdes bort då erfarenheter av MI kan vara begränsade bland allmänsjuksköterskor vilket kan leda till otillräckliga svar. Studien gjordes istället som en litteraturöversikt eftersom det enligt Friberg (2012) innebär att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst område. Det finns olika typer av litteraturöversikter såsom allmän litteraturöversikt, systematisk litteraturstudie och begreppsanalys. En allmän litteraturöversikt är inte lika omfattande som en systematisk litteraturstudie som kräver ingående analys och ofta resulterar i en så kallad metaanalys (ibid.). Litteraturöversikter baseras på systematiskt utvalda forskningsartiklar inom ett avgränsat område med relevans för den grundutbildade sjuksköterskan och lämpar sig väl för ett examensarbete på kandidatnivå (Friberg, 2012). Om studien hade gjorts på nytt hade det varit intressant att intervjua sjuksköterskor med erfarenhet av att arbeta med MI för att se om motsvarande, eller ny, fakta kommit fram.

Kvalitativ ansats valdes då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av MI. Olsson och Sörensen (2011) menar att kvalitativ forskningsansats innebär att förutsättningslöst (induktivt) eftersträva helhetsförståelse av det valda forskningsområdet. Kvalitativ forskning ger beskrivande data utifrån personers upplevelse av en situation vilket överensstämde väl med studiens syfte. Kvantitativ forskning utgår ofta från principer och teorier och syftar till att få ett mätbart resultat där generalisering är möjlig. Materialet består

då av hårda data i form av siffror istället för mjuka värden i form av upplevelser och erfarenheter (ibid.). Kvalitativ forskning kan inte generaliseras men är överförbar till liknande kontext vilket gör att studien bidrar med trovärdig kunskap (Henricson, 2012).

Datainsamlingen baserades på forskningsartiklar från Cinahl och PubMed. Dessa databaser ansågs relevanta eftersom de innehåller vetenskapliga artiklar med omvårdnadsinriktning (Willman et al., 2011). Enligt Henricson (2012) kan en studies validitet/trovärdighet stärkas om ytterligare flera databaser med omvårdnadsfokus används då chanserna att hitta relevanta artiklar därmed ökar, men eftersom datainsamlingen resulterade i tillräckligt med artiklar ansågs det inte nödvändigt till en studie på denna nivå.

Litteratursökningen bestod av både strukturerade sökningar och fritextsökningar. Genom att använda databasernas ämnesordlistor (tesaurusar) hittades relevanta sökord som följdes upp genom fritextsökningarna. Det var svårt att få fram omfattande träfflistor då sökningen begränsades av att det skulle handla om sjuksköterskors erfarenheter. Eftersom metoden används av många olika vårdprofessioner hade troligen relevant underlag till studien framkommit även utan denna begränsning. För att få så omfattande träfflistor som möjligt användes trunkering i fritextsökningen vilket innebär att databasen inkluderar olika böjningsformer av sökordet (Östlundh, 2012). Den booleska söklogikens operatörer OR och NOT användes inte i litteratursökningen vilket kan ses som en svaghet i denna studie. OR används enligt Östlundh (2012) om de aktuella sökorden kan beskrivas med flera olika synonymer. NOT är en operator som används för att utesluta specifika ord. Den används sällan eftersom den riskerar att exkludera för mycket (ibid.). Sekundära sökningar, som enligt Östlundh (2012) innebär att man söker vidare på intressanta artiklars ämnesord, användes men resulterade inte i några ytterligare unika artiklar.

Eftersom studien är kvalitativ gjordes ett urval av kvalitativa forskningsartiklar. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska då författarna till denna studie behärskar det engelska språket väl. Vid tveksamheter kring översättning och tolkning av ord användes språklexikon för att undvika missförstånd och feltolkningar. Peer review var också ett inklusionskriterium som innebär att artiklarna publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Peer review säkerställer däremot inte att det är en vetenskaplig artikel utan detta måste granskas ytterligare manuellt.

Artiklarna som användes i studien kom från Sverige, Nederländerna, Storbritannien, USA och Danmark. Sveriges kommuner och landsting, SKL, (2015) menar att sjukvårdssystemen i

olika länder skiljer sig åt såväl ekonomiskt som organisatoriskt och kulturellt. Detta gör det svårt att jämföra och kan innebära att överförbarheten till svenska förhållanden kan vara begränsad. Två av de valda artiklarna omfattar även andra professioner än sjuksköterskor vilket kan ha påverkat studien men de inkluderades ändå då majoriteten var sjuksköterskor. I analysen av dessa artiklar togs endast sjuksköterskornas erfarenheter med till resultatet.

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Olsson och Sörensens (2011) *bedömningsmall för studier med kvalitativ metod* då denna mall ansågs lätthanterlig och relevant.

Kvalitetsgranskningen genomfördes gemensamt vilket enligt Henricson (2012) stärker reliabiliteten till skillnad från att dela upp artiklarna och göra det var och en för sig. Dock kan detta tillvägagångssätt även ses som en svaghet eftersom artiklarna endast granskas en gång istället för att först granskas av var och en och därefter jämföra poängen. De valda artiklarna nådde alla upp till minst 60 % vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) är en miniminivå för att studien skall anses tillförlitlig och trovärdig. Fem av de valda artiklarna hade kvalitetsnivå 1 (80-100%), två hade kvalitetsnivå 2 (70-79%) och en hade kvalitetsnivå 3 (60-69%) vilket sammantaget gör att resultatet kan ses som trovärdigt.

Samtliga artiklar lästes individuellt och meningsenheter plockades ut individuellt innan de jämfördes och sammanställdes gemensamt. Enligt Henricson (2012) är detta ett sätt att kvalitetssäkra innehållsanalysen. Även översättningen, kondenseringen och kodningen gjordes gemensamt för att säkerställa enighet. I innehållsanalysen var fokus på det manifesta innehållet, det vill säga det som faktiskt står i respektive text. När koderna sedan jämfördes, för att se likheter och skillnader, och därefter kategoriserades kunde en antydan till latent inslag ses (det vill säga att tolkningar av underliggande budskap gjordes). Emellanåt skiljde sig uppfattningen om meningsenheternas betydelse, och diskussioner uppstod, vilket visar att det är svårt att undvika personliga tolkningar (Olsson & Sörensen, 2011).

Tidigare erfarenheter av datainsamling, urval, kvalitetsgranskning och innehållsanalys var begränsade vilket kan ha påverkat resultatet. Lärdomar har dragits under arbetets gång vilket resulterat i att kategoriseringen och resultatet skrivits om ett par gånger. Initialt hade vi en tydlig bild av vilka kategorier vi skulle presentera i resultatet men genom att gruppera om våra kategorier fick vi ett helt annat resultat från samma fakta. Arbetsmetodiken kändes strukturerad och lätt att följa vilket borgar för att framtida litteraturöversikter kommer genomföras på liknande sätt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av MI. Resultatet påvisade att erfarenheterna kan delas in i implementering av metoden och användning av metoden.

Resultatet visade att implementeringen av metoden underlättas om det finns ett intresse hos organisationen och att ledningen förordar en ökad användning. Utbildning och kontinuerlig fortbildning ansågs viktig för att tillämpa metoden på ett effektivt sätt. Detta styrks av Statens folkhälsoinstitut (2009) som menar att det finns ett landsomfattande intresse av att öka användandet av MI i det hälsofrämjande arbetet. Ett förslag på en nationell åtgärd är att införa MI i de grundläggande utbildningarna inom hälso- och sjukvård. Flera landsting efterfrågar utbildningar, repetitionsutbildningar och gemensamma riktlinjer (ibid.). Studier visar att många sjuksköterskor anser att användandet av MI minskar när sjuksköterskan känner liten tilltro till att patienten de samtalar med kommer att lyckas genomföra förändringar av sina levnadsvanor. Det kan också kännas svårt att initiera hälsosamtal om man tror att relationen mellan sjuksköterska och patient kan påverkas negativt av att introducera motiverande samtal (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Andra studier visar att initiativet till hälsosamtal och användandet av MI ökar när patienten visar tecken på att redan vara redo för förändring (Noordman, de Vet, van der Weijden & van Dulmen, 2013).

Resultatet visade att sjuksköterskorna ansåg att utbildning i MI skall ses som en introduktion i ämnet då metoden innebär ett livslångt lärande. Inläringen av metoden underlättas om sjuksköterskan är öppen och intresserad av att lära nya saker och minskar risken för att falla tillbaka till tidigare invanda arbetssätt. Resultatet visade vidare att sjuksköterskorna upplevde arbetet med MI som krävande då det både tar tid och kräver mycket praktik för att bli duktig på metoden. Detta överensstämmer med Travelbee (1971) som menar att sjuksköterskan måste praktisera sin förmåga att kommunicera för att bli skicklig på det. Miller och Rollnick (2010) menar också att lärandet är en pågående process där rådgivaren under lång tid behöver reflektera kring och utveckla sitt arbetssätt. MI är ett förhållningssätt som innebär att integrera flera kliniska färdigheter som inte går att lära genom att bara lyssna på föreläsningar eller läsa i en bok. För nybörjare innebär detta att lära in dessa färdigheter samt lära sig när och hur de skall användas. För de med mer erfarenhet kan det innebära att förändra sitt arbetssätt och lära nya vanor i patientbemötande (ibid.). Enligt Lindhardt et al. (2014) är

tidsaspekten en kritisk faktor då det, trots flera års erfarenheter av MI, fortfarande kan vara lätt att falla tillbaka till gamla samtalsmönster.

Resultatet visade att användning av metoden underlättade arbetet med att göra patienterna medvetna om de förändringar som krävdes samtidigt som patientens ansvar förtydligades. MI ansågs vara en förtroendeskapande metod som hjälpte patienterna att öppna sig för sjuksköterskan. Travelbee (1971) menar att omvårdnad syftar till att åstadkomma en förändring hos patienten. Hon beskriver att förtroende skapas genom en empatisk och respektfull kommunikation som hjälper patienten att synliggöra sina hälsoproblem och hitta lösningar (ibid.). Samtidigt beskrivs det i studier att det är svårt att dra slutsatser kring vad MI ger patienterna eftersom det är svårt att få adekvat information kring hur MI har anpassats för klienten och efter arbetsplatsens riktlinjer (Britt et al., 2004).

Vidare visade resultatet att MI ökade patientens motivation och stärkte patientautonomin eftersom ingen skuld läggs på patienten och det är patienten själv som får komma fram till lösningar, val och beslut. Metodens samtalsstruktur underlättade sjuksköterskans roll som motivator. Detta styrks av Travelbee (1971) som menar att den mellanmänniska kontakten förstärks av en bra kommunikation och att skuldbelägga patienten kan blockera kommunikationen och leda till minskad motivation. Travelbee menar att sjuksköterskan inte behöver vara fördomsfri men måste vara medveten om sina fördomar för att undvika att dessa leder till att skuldbelägga patienten. Sjuksköterskan kan visa empati utan att för den sakens skull acceptera patientens situation (ibid.). Att inte känna empati för sin patient kan vara en av anledningarna till att hälsosamtal inte initieras och att MI då inte används. Avsaknad av empati kan uppstå när sjuksköterskan inte förstår svårigheterna med att genomföra de livsstilsförändringar som patienterna behöver göra (Jansink et. al, 2010).

Resultatet påvisade att MI upplevdes som ett respektfullt arbetssätt som gav en positiv och avslappnad samtalsatmosfär. Metoden manade sjuksköterskan till att lyssna på patienten och inte ta över samtalet. Det ansågs viktigt att kunna vara passiv och utveckla en lyhörddhet för när patienten är redo för förändring, något som många sjuksköterskor upplevde som svårt. Travelbee (1971) menar att lyssnandet är en aktiv process som kräver fokus på motparten och att hänsyn tas till patientens sätt att kommunicera. Vidare beskrivs att kommunikation kan ske både verbalt och icke-verbalt vilket sjuksköterskan måste vara medveten om (ibid.). Det aktiva lyssnande som MI uppmanar till kan ses som negativt för de patienter som inte tycker

om att stå i centrum (Secker & Margrove, 2014). Socialstyrelsen (2005) poängterar att sjuksköterskan skall ha förmåga att kommunicera med patienter på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt. MI kan ses som ett bra verktyg för att uppnå detta.

Resultatet visade även att MI ansågs som en utvecklande och stimulerande metod som stärkte sjuksköterskan i den hälsofrämjande rollen. Det nya sättet att tänka och de nya förmågorna metoden gav ökade känslan av utvecklas professionellt. Metoden var flexibel och kunde användas i sin helhet eller i valda delar vid de flesta patientmöten. Detta överensstämmer väl med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) som beskriver att sjuksköterskan ansvarar för sin egen professionella kompetensutveckling. Vidare skriver Socialstyrelsen (2005) att sjuksköterskan skall ha förmåga att identifiera och förebygga hälsorisker samt motivera patienter till förändrade levnadsvanor genom att undervisa och stödja patienter och närstående. Sjuksköterskan skall i sitt bemötande vara flexibel och ta hänsyn till olika patienters behov (ibid.). Utöver den förbättrade relationen till patienterna visar studier att sjuksköterskor också i större utsträckning blir en bättre lyssnare gentemot sina kollegor då de komponenter som utgör MI även används mellan kollegor (Lindhardt et al., 2014).

Slutsatser

MI är ett förhållningssätt som underlättar för sjuksköterskan i det hälsofrämjande arbetet. Metoden ger struktur för att initiera och optimera den personcentrerade omvårdnaden. Levnadsvanor har, som tidigare nämnts, en stark koppling till folkhälsa. Det hälsofrämjande arbetet grundas ofta i olika former av hälsosamtal där sjuksköterskan har en betydande roll. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av MI för att på så sätt öka kunskapen och intresset för metoden. Detta kan i sin tur leda till att allmänsjuksköterskan får tillgång till ett verktyg och i ökad utsträckning vågar initiera hälsosamtal. Studiens resultat visade på både möjligheter och svårigheter med metoden. För att lära metoden krävs både tid och intresse hos såväl organisation som hos den enskilda sjuksköterskan. Själva arbetssättet bygger på ett empatiskt och lyhört förhållningssätt som överensstämmer väl med dagens normer och värderingar inom hälso- och sjukvården. Eftersom personcentrerade metoder som MI är mer framgångsrika än andra traditionella metoder bör sjukvården sträva efter att öka användandet av MI. Ett sätt skulle kunna vara att introduktionen till metoden sker redan i sjuksköterskans grundutbildning. Detta menar även Statens folkhälsoinstitut (2009) som till och med betonar att all vårdpersonal borde utbildas. Det är viktigt att göra fortsatta studier kring erfarenheter av MI eftersom det är en metod på frammarsch. Fortsatta studier skulle

kunna baseras på intervjuer med allmänsjuksköterskor, som är utbildade i MI, men även andra yrkesprofessioner kan inkluderas eftersom deras erfarenheter kan vara till nytta för allmänsjuksköterskan.

Självständighet

Hanna Erixon och Karin Rydén bestämde tidigt att arbetet skulle göras tillsammans genom hela processen. En tidsplan togs fram som fortlöpande stämdes av för att undvika tidsnöd. Karin ansvarade för att söka litteratur och skriva utkast till bakgrunden. Hanna ansvarade för att söka litteratur och skriva utkast till metodavsnittet. Både bakgrund och metod arbetades därefter gemensamt igenom för att sprida kunskap och för att språkbruket skulle harmonisera med den övriga text som formulerades gemensamt. Meningsenheterna togs först ut enskilt men jämfördes därefter och sammanställdes gemensamt. Resterande innehållsanalys, resultat och diskussion arbetades fram tillsammans för att få en röd tråd genom arbetet.

Referenser

- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709–723.
- Bonde, A. H., Bentsen, P. & Hindhede, A. L. (2014). School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity. *The Journal of School Nursing*, 30(6), 448-455.
- Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-155.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23/24), 3322-3330.
- Byrne, A., Watson, R., Butler, C. & Accoroni, A. (2006). Increasing the confidence of nursing staff to address the sexual health needs of people living with HIV: The use of motivational interviewing. *AIDS Care*, 18(5), 501-504.
- Duaso, M. D. & Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 472–479.
- van Eijk-Hustings, Y. J. L., Daemen, L., Schaper, N. C. & Vrijhoef, H. J. M. (2011). Implementation of motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 10-15.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I. F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11(41).
- Lindhardt, C. L., Rubak, S., Mogensen, O., Hansen, H. P., Goldstein, H., Lamont, R. F. & Joergensen, J. S. (2014). Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women. *Midwifery*, 31(7), 678-684.
- Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research On Social Work Practice*, 20(2), 137-160.

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education & Counseling*, 93(2), 157-168.

Miller, S. T. & Beech, B. M. (2009). Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 279-282.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal - att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T. & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine*, 87, 60-67.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

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

Secker, J. & Margrove, K. L. (2014). Employment support workers' experiences of motivational interviewing: results from an exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 65-67.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (2015-05-11).

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf> (2015-05-07).

Spencer, C. (2007). Should nurses model healthy behaviour? *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 13(7), 14-15.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Motiverande samtal i primärvården - kartläggning av utbildningsinsatser och synpunkter*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12367/Motiverande-samtal-i-primarvarden.pdf> (2015-11-12).

Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Hämtad från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf> (2015-11-12).

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

Söderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2nd ed). Philadelphia: F.A. Davis.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L. & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I. F.Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Databassökningar

Databas	Typ av sökning	Söktermer	Antal träffar	Antal valda artiklar
Cinahl	Strukturerad	(MM) "Motivational Interviewing"	452	0
Cinahl	Strukturerad	(MH) "Health promotion"	14059	0
Cinahl	Strukturerad	(MH) "Job experience"	4122	0
Cinahl	Strukturerad	(MH) "Counseling"	7890	0
Cinahl	Strukturerad	(MM) "Motivational Interviewing" AND (MH) "Health promotion" AND (MH) "Job experience"	2	2
Cinahl	Strukturerad	(MM) "Motivational Interviewing" AND (MH) "Health promotion" AND (MH) "Counseling"	4	1
Cinahl	Strukturerad	(MM) "Motivational Interviewing" AND (MH) "Health promotion"	33	8
Cinahl	Fritext	"Motivational interview*"	1307	0
Cinahl	Fritext	"Experience*"	120967	0
Cinahl	Fritext	"Nurs*"	107659	0
Cinahl	Fritext	"Motivational interview*" AND "Experience*" AND "Nurs*"	40	10
PubMed	Strukturerad	[MeSH] Motivational Interviewing	477	0
PubMed	Strukturerad	[MeSH] Nurses	64587	0
PubMed	Strukturerad	[MeSH] Motivational Interviewing AND [MeSH] Nurses	6	1
PubMed	Fritext	Motivational Interviewing	2297	0
PubMed	Fritext	Nurses Experiences	8491	0
PubMed	Fritext	Motivational Interviewing AND Nurses Experiences	9	6

Bilaga 2: Granskningsprotokoll

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat =3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frageställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Totalt poäng (max 48p)				
				P
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

(Olsson & Sörensen, 2011, sid 285)

Bilaga 3: Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P./2009/Sweden	Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer.	11 sjuksköterskor.	Grad II
van Eijk-Hustings, Y.J.L., Daemen, L., Schaper, N.C. & Vrijhoef, H.J.M/2010/The Netherlands	Implementation of Motivational Interviewing in diabetes care management initiative in the Netherlands	Kvalitativ metod. Fokusintervjuer.	20 deltagare (8 diabetessköterskor, 8 dietister och 4 allmänsjuksköterskor).	Grad I
Byrne, A., Watson, R., Butler, C. & Accoroni, A./2006/United Kingdom	Increasing the confidence of nursing staff to address the sexual health needs of people living with HIV: The use of motivational interviewing	Kvalitativ metod. Intervjuer.	10 sjuksköterskor.	Grad III
Söderlund, L., Nilsen, P. & Kristensson, M./2008/Sweden	Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer.	20 sjuksköterskor.	Grad I
Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L. & Häggström, E./2014/Sweden	Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method	Kvalitativ metod. Intervjuer.	20 sjuksköterskor.	Grad I
Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C./2011/Sweden	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	Kvalitativ metod. Tematiska intervjuer.	20 sjuksköterskor.	Grad I

Miller, S.T. & Beech, B.M./2009/USA	Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience	Kvalitativ metod. Gruppintervjuer.	33 deltagare (21 sjuksköterskor, 1 läkare och 11 dietister/diabetesutbildare).	Grad II
Høstgaard Bonde, A., Bentsen, P. & Lykke Hindhede, A./2014/Denmark	School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity	Kvalitativ metod. Intervjuer.	12 sjuksköterskor.	Grad I

Bilaga 4: Innehållsanalys

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
They also claimed that, to get everyone to use MI, management and colleagues need to agree on how the method should be used.	De hävdade också att, för att få alla att använda MI, måste ledning och kollegor komma överens om hur metoden ska användas.	För att alla skall använda MI måste man vara överens om hur.	Enighet	Implementering av metoden	
Most of the nurses pointed out that training in MI was a necessary condition for them to be able to use the MI method, but they did not realise that MI required so many long training sessions.	De flesta av sjuksköterskorna påpekade att utbildning i MI var en nödvändig förutsättning för att de skulle kunna använda MI-metoden, men de förstod inte att MI krävde så många långa praktikpass.	Utbildning i MI nödvändigt för att använda metoden men MI kräver även mycket praktik.	Utbildning varvat med praktik	Implementering av metoden	
Using MI as a starting point, the nurses described that they could help a patient verbalise his or her motivation and thereby become aware of a solution.	Genom att använda MI initialt, beskrev sjuksköterskorna att de kunde hjälpa en patient att sätta ord på hans eller hennes motivation och därigenom bli mera medveten om en lösning.	Att använda MI hjälpte patienten att bli medveten om en lösning.	Medvetandegör patienten	Användning av metoden	Medvetandegöra och skapa förtroende
Motivational interviewing increased motivation and yielded results both in groups and individually.	MI ökade motivationen och gav resultat både i grupp och individuellt.	MI ökade motivationen individuellt och i grupp.	Ökad motivation hos mottagaren	Användning av metoden	Öka patientens motivation och stärka patientautonomin

In their experience, motivational interviewing promotes good interpersonal contact and a positive atmosphere, which further elicits and reinforces their empathic ability.	Enligt deras erfarenhet främjar motiverande samtal god mellanmänsklig kontakt och en positiv atmosfär, vilket ytterligare framkallar och förstärker deras empatiska förmåga.	MI främjar god mellanmänsklig kontakt och en positiv atmosfär. Framkallar och förstärker empatisk förmåga.	God kontakt och positiv atmosfär	Användning av metoden	Sjuksköterskans förhållningssätt i samtalet
The nurses pointed out that MI was applicable to several areas of their work. They could either use MI fully or choose to use only parts of the method when suitable.	Sjuksköterskorna påpekade att MI var applicerbar på flera områden i deras arbete. De kunde antingen använda MI fullt ut eller välja att endast använda delar av metoden när det passar.	MI applicerbar på flera områden. Kunde användas fullt ut eller valda delar.	Applicerbar inom olika arbetsområden och anpassningsbar	Användning av metoden	Metodens mervärde för sjuksköterskan