

# Motiverande samtal vid livsstilsförändring

## En litteraturoversikt av vårdgivares och diabetespatienters erfarenheter

FÖRFATTARE	Camilla Albinsson Jonna Forslund
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad/ 180 högskolepoäng/ OM5250
	VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas Sara Wallström
EXAMINATOR	Catarina Wallengren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Motiverande samtal vid livsstilsförändring - En litteraturoversikt av vårdgivare och patienters erfarenheter
Titel :	Motivational interviewing in lifestyle change - A review of caregivers and patients experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad/ 180 högskolepoäng
kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Camilla Albinsson Jonna Forslund
Handledare:	Kerstin Dudas Sara Wallström
Examinator:	Catarina Wallengren

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Diabetes mellitus typ 2 är en vanlig folksjukdom där eventuella livsstilsförändringar kan vara viktiga för att behålla hälsan. För att lyckas med detta krävs motivation och stöd. Motiverande samtal går ut på att motivera patienten till förändring och innehåller olika moment såsom att lyssna, reflektera och guida patienten till ett hälsofrämjande mål som patienten själv satt upp. **Syfte:** Att undersöka diabetespatienters och vårdgivares upplevelser och erfarenheter av metoden motiverande samtal vid livsstilsförändringar. **Metod:** 13 artiklar lästes och analyserades med kvalitativ metod. Omvårdnadsteoretisk ram är Orems egenvårdsteori. **Resultat:** Sjuksköterskor, diabetessjuksköterskor, dietister och läkare är huvudsakligen positiva till motiverande samtal, även om vissa tycker att patienten får för stor kontroll. Vårdgivarna ser metoden som både berikande och krävande och anser att den är möjlig att implementera i deras yrkesliv om tillräckligt med tid finns. Teoretisk kunskap tillsammans med tillämpning i praktiken ger de bästa förutsättningarna att utveckla goda färdigheter i metoden. Vårdgivare anser att de kan behöva förändra sin attityd till sin yrkesroll och till patienten. De flesta patienter med diabetes mellitus typ 2 har en positiv inställning till motiverande samtal. Vårdgivaren upplevs som empatisk och förstående vilket gör att patienterna känner sig mer autonoma och delaktiga i sin omvårdnad. Det finns också diabetespatienter som föredrar en mer paternalistisk vårdrelation där vårdgivaren styr samtalsinnehåll. **Diskussion:** Med stöd i Orems egenvårdsteori ligger det yttersta ansvaret för en eventuell livsstilsförändring hos patienten. Diabetespatienter som fått motiverande samtal tycker sig bli mer autonoma och delaktiga i sin omvårdnad. Detta borde vara eftersträvarvärdiga mål allteftersom vårdtyngden blir större i förhållande till de offentliga resurserna. Vårdgivare upplever tidsbrist. Kanske behövs tydligare riktlinjer från arbetsledningen om hur mycket tid som finns för motiverande samtal och hur arbetet ska ske.

**Nyckelord:** Diabetes mellitus typ 2, motiverande samtal, vårdgivare, patienter, upplevelser, erfarenheter.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>SJUKSKÖTERSKAN SKA FRÄMJA HÄLSA</b>	<b>1</b>
<b>OHÄLSOSAM LIVSSTIL ETT ÖKANDE FOLKHÄLSOPROBLEM</b>	<b>1</b>
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>2</b>
<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>2</b>
<b>OMVÅRDNAD VID DIABETES</b>	<b>3</b>
<b>EGENVÅRD</b>	<b>3</b>
<b>MOTIVERANDE SAMTAL</b>	<b>3</b>
Anda av motiverande samtal	4
Stegen inom motiverande samtal	4
Motstånd	4
Motiverande samtal och förändringshjulet	5
Evidens för motiverande samtal	6
<b>TILLTRO TILL DEN EGNA FÖRMÅGAN - SJÄLVFÖRMÅGA</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
<b>DESIGN</b>	<b>7</b>
<b>LITTERATURSÖKNING</b>	<b>7</b>
Tabell 1: Sökresultat i databaser	8
<b>ANALYS</b>	<b>9</b>
<b>ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE</b>	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>VÅRDGIVARENS ERFARENHETER AV MOTIVERANDE SAMTAL</b>	<b>10</b>
En grundlig utbildning med uppföljning nödvändig	10
Metodens användbarhet och applicerbarhet	11
Ett nytt förhållningssätt gentemot patienten krävande att ta till sig	12
Att släppa ansvaret för patientens beteendeförändring	12
Motiverande samtal hör samman med en tillitsfull vårdrelation	13
<b>PATIENTENS ERFARENHETER AV MOTIVERANDE SAMTAL</b>	<b>13</b>
Uppmuntran och empati leder till delaktighet och ansvarstagande	13
Handfast vägledning önskvärd	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>15</b>
Analys	15
Urval	16
Olika yrkeskategorier	17
Etnicitet, sociokulturell bakgrund, kön och härkomst	17
Trovärdighet	18
Variationer i behandlingsform	18
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>18</b>
Tid	18

Ansvar _____	19
Attityd _____	20
Motiverande samtal och förändringshjulet _____	21
<b><i>SLUTSATS</i></b> _____	<b>21</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b> _____	<b>21</b>
<b><i>REFERENSER</i></b> _____	<b>23</b>
<b>BILAGA 1: ARTIKELMATRIS</b> _____	<b>1</b>

## **INLEDNING**

Det talas ofta om att patienter har svårt att följa hälso- och sjukvårdens rekommendationer för en bättre hälsa (Hansson-Scherman & Runesson, 2009). Diabetes är en vanlig folksjukdom som kan underlättas med hjälp av fungerande egenvård och som blivande sjuksköterskor funderar vi på hur vi kan hjälpa patienter med diabetes mellitus typ 2. Under kommande yrkesliv kommer vi dagligen möta patienter där samtal kommer att vara en stor del av arbetet. Det är i samtalet vi samlar in information om patienten och det är där en stor del av omvårdnadsarbetet grundas. Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) lyfter fram vikten av sjuksköterskans förmåga till kommunikation för att få en bättre förståelse för patienten och på så sätt öka välbefinnandet hos patienten. Det står även i kompetensbeskrivningen att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med patienter på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt (Socialstyrelsen, 2005).

## **BAKGRUND**

### **SJUKSKÖTERSKAN SKA FRÄMJA HÄLSA**

Hälsa är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet (WHO, 1946). År 1986 ändrades definitionen av hälsa och beskrevs som en resurs i det dagliga livet istället för att vara målet med livet (WHO, 1986). Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan ska också identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, undervisa och stödja patienter i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa samt motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Det hälsofrämjande arbetet beskrivs av WHO som att uppnå jämlikhet i hälsa och att säkerställa att alla människor har möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential. Folkhälsoarbetet är ett långsiktigt arbete där målen är att främja hälsa och att förebygga sjukdom (WHO, 1986).

### **OHÄLSOSAM LIVSSTIL ETT ÖKANDE FOLKHÄLSOPROBLEM**

Diabetes mellitus typ 2 är ett ökande folkhälsoproblem och WHO beskriver att många av dagens folksjukdomar, som diabetes mellitus typ 2, bottnar i ohälsosam livsstil. När vårdens resurser krymper i förhållande till det ökande vårdbehovet (Carlström, 2009) blir ohälsa ett finansiellt problem för samhället. Därmed blir förebyggande hälsovård en vinning ur samhällets synvinkel (Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012). I Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2012 från Socialstyrelsen betonas tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet och övervikt som de främsta riskfaktorerna för ohälsa. Sammanlagt står de för ungefär en femtedel av vårdkostnaderna i Sverige. Sveriges befolkning har ett ökande folkhälsoproblem med övervikt och fetma. Viktminskning och fysisk aktivitet ger en minskad risk för diabetes mellitus typ 2 (Socialstyrelsen, 2012). En livsstilsförändring kan i många fall vara avgörande för att patienter med diabetes mellitus typ 2 ska vara vid god hälsa, men livsstilsförändringar har visat sig vara svåra både att genomföra och behålla. Motiverande samtal är en metod som blivit allt mer använd i syftet att genomföra och behålla hälsa (Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B., 2010).

För att undersöka erfarenheter av motiverande samtal i livsstilsrådgivning ur såväl vårdgivarens som patienters med diabetes mellitus typ 2 perspektiv behövs en teoretisk grund. Utgångspunkten för nedanstående resonemang är den empatibetonade vården, där det motiverande samtalet bottnar.

## **TEORETISK REFERENSRAM**

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem presenterade 1971 sin egenvårdsteori som innehåller tre delar: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Den första delen är egenvård och går ut på att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos personen själv. Välbefinnande ses som en egenupplevd känsla av tillfredställelse både fysiskt och psykiskt, genom ständig personlighetsutveckling och slutförande av egna mål. Hälsa betyder att känna helhet och sundhet både fysiskt och psykiskt. Den andra delen i teorin är egenvårdsbrist, vilket innebär att om en person hamnar i obalans och inte kan tillgodose sina behov för en god hälsa så har personen ett omvårdnadsbehov. Omvårdnadssystem är den tredje delen och handlar om hur sjuksköterskan ordnar vården utifrån patientens behov (Orem, 2001).

Grunden i Orems teori är att människan är en fri varelse som har vilja och förmåga att ta hand om sig själv på det sätt som personen själv anser är det bästa. Orem visar stor tro på människans egen förmåga till egenvård och benägenhet att känna omsorg för andra. Hon visar också stark tilltro till människans egen förmåga till problemlösning och tillväxt i sin utveckling och att människans egenvårdshandlingar är målinriktade. Människan är självständig i att ta ansvar för sitt eget liv och tar egna beslut om när egenvård ska ske. Egenvård är de handlingar en människa utför själv för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Förmågan till egenvård är ingenting människan föds med utan den lärs in under livets gång och är helt beroende av vilket skede i livet personen ifråga befinner sig i. Orem hänvisar också till vikten av att utveckla goda vanor som främjar hälsa samt att förändra gamla ohälsosamma vanor. Det är personens eget ansvar att välja en livsstil som förbättrar dennes livskvalitet. Det är däremot svårt att hjälpa patienten till egenvård om patienten själv inte vill och engagemanget brister, vilket kan hända vid ohälsa. Centralt i Orems teori är nödvändigheten att acceptera och förstå behovet av omvårdnad och att lära sig att leva med sjukdom. Att ta hand om sig är en process som börjar med medvetenhet och kunskap om det egna hälsotillståndet. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten till egenvård när detta krävs, att främja en utvecklande miljö samt att ge psykologiskt och fysiskt stöd. Orems främsta budskap är att var och en har en vilja och förmåga att ta hand om sig själv på bästa sätt (Orem, 2001).

Orem understryker egenvård och patientens delaktighet, vilket stämmer väl med det motiverande samtalets grunder. I ljuset av denna teori belyser vi diabetes och metoden motiverande samtal.

## **DIABETES MELLITUS**

Diabetes mellitus är en vanligt förekommande sjukdom, som definieras av att glukoshalten i blodet är för hög. Den vanligaste formen är diabetes mellitus typ 2, vilket 80 procent av personer med diabetes har. Övervikt, rökning, fysisk inaktivitet, dålig kosthållning och ärftliga faktorer spelar in vid uppkomst av diabetes mellitus typ 2. Sjukdomen kännetecknas av att cellerna har minskad känslighet för insulin och det insulin kroppen producerar räcker inte till. Detta leder till minskad transport av glukos till cellerna och glukoskoncentrationen i blodet höjs. Symtomen är bland annat ökade urinmängder, ökad törst och trötthet och kan vara vaga till en början. Om en person mäter en blodsockerhalt över 7,0 mmol/l eller högre

vid upprepade kontroller kan diagnosen diabetes mellitus typ 2 ställas (Sand, O., Sjaastad, Ö., Haug, E. & Bjålie, J., 2007). Diabetes mellitus typ 2 föregås ofta av det metabola syndromet, det vill säga de riskfaktorer som ökar benägenheten för diabetes, bukfetma, förhöjda blodfetter och högt blodtryck (Grefberg & Johansson, 1997).

I en befolkning som blir allt äldre ökar diabetes mellitus typ 2 och därmed även komplikationssjukdomarna som kommer med diabetes. Bland dem räknas skador i stora och små blodkärl. Dessa skador försvårar blodförsörjningen till nervsystem, njurar och ögon vilket leder till att synen försämras och njurfunktionen blir nedsatt vilket i sin tur kan leda till njursvikt. Blodförsörjningen till nerverna i extremiteterna minskar och det finns en risk att känseln i fötterna blir sämre. Därmed kan det vara svårt att känna om det skulle uppstå sår vilket till slut kan leda till amputation. Eftersom de större blodkärlen tidigare drabbas av åderförkalkning vid diabetes ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, såsom stroke och hjärtinfarkt. Med regelbundna kontroller av blodsockret, motion, kost och kontroll av vikten så går det att öka förutsättningarna för att leva ett liv utan begränsningar på grund av sjukdomen (Wikblad, 2006).

## **OMVÅRDNAD VID DIABETES**

Enligt Socialstyrelsens gällande riktlinjer vid behandling av diabetes mellitus typ 2 bör regelbundna kontroller av glukosnivå, blodtryck och kolesterolvärde ske. Vidare bör rökprevention, fotvård, ögonbottenundersökning och fysisk aktivitet uppmuntras. Detta för att hålla blodsockernivån inom rimliga gränser och för att undvika komplikationssjukdomar (Socialstyrelsen, 2010).

## **EGENVÅRD**

Vid diabetes mellitus typ 2 går det att sköta sin diabetes genom egenvård och det kan dröja ett par år innan insulin behövs. Konsten är att hålla blodsockret inom rimliga nivåer. Det är viktigt att patienter med diabetes mellitus typ 2 har så goda kunskaper som möjligt om sin sjukdom och hur den tas om hand så att egenvården blir så bra som möjligt. Att utbilda patienter med diabetes mellitus typ 2 är en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter. I egenvården ingår kost, motion, blodsockerkontroll, fotvård, vikt och rökstopp. När alla ovanstående åtgärder inte ger tillräckligt bra resultat, måste läkemedelsbehandling i form av antingen antidiabetika i tablettform eller insulin sättas in (Grefberg & Johansson, 1997). För att lyckas med så god egenvård som möjligt är det viktigt att patienten är motiverad. Ingen människa är helt omotiverad och det är i relationen som vårdgivaren skapar med patienten dennas motivation till beteendeförändring kan väckas (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

## **MOTIVERANDE SAMTAL**

På 1980-talet undersökte William R. Miller och Stephen Rollnick hur de kunde hjälpa personer med alkoholmissbruk att finna motivationen att bryta sitt beteendemönster. Senare prövades även metoden på andra beteendemönster (Miller & Rollnick, 2010). Motiverande samtal är en samtalsmetod som används i samtal med patienter om livsstilsförändringar. Grundtanken är att patienten själv ska hitta sin förmåga att förändra ett beteende och den som håller i samtalet ska vara en guide som får patienten att hitta rätt. Beteendeförändring blir aktuell när personen själv känner att någonting måste göras för att uppnå bättre hälsa. Intervjuaren använder sig av en särskild teknik för att upptäcka var patienten befinner sig i viljan att förändra sitt beteende och tillsammans utforskar de olika alternativ till förändring där intervjuaren visar vägen mot ett mål som passar patienten. Sjuksköterskans uppgift är att

aktivt lyssna, erbjuda stöd och förmedla kunskap, trygghet och hopp (Holm Ivarsson, 2012; Rollnick & Miller, 2010).

### **Anda av motiverande samtal**

Vad som skiljer motiverande samtal från konventionell psykoterapi är vägledning, det vill säga vårdgivaren försöker visa vägen till förändring. Metoden är inriktad på att utforska och skingra patientens ambivalens med fokus på en personligt utformad målsättning. Det är patientens egen motivation som ska lyftas fram. Rollnick och Miller (2010) är tydliga med att det inte bara handlar om att använda en viss teknik utan att det även handlar om en särskild ”anda”. Det innebär att vårdgivaren inte bör inrikta sig för mycket på samtalstekniken och på så sätt riskera att fokusera mer på sig själv än på patienten. Vårdgivaren bör istället använda sig av sin empatiska förmåga för att förstå patientens livsvärld och synsätt. Genom reflektion bekräftar vårdgivaren patienten. Detta skapar dynamik i samtalet och visar att vårdgivaren lyssnar aktivt och är med i samtalet. Rollnick och Miller (2010) ger exempel på tre viktiga färdigheter som vårdgivaren kan använda sig av inom det motiverande samtalet: att lyssna, att informera och att ställa öppna frågor. Men det räcker inte med dessa färdigheter för en lyckad konsultation. Den attityd vårdgivaren har i samtalet och gentemot patienten är avgörande för resultatet.

Vårdgivaren ska inte avbryta eller korrigera patienten. Dennes roll är att vara en guide som visar patienten vägen och bildar sig en uppfattning om var patienten befinner sig i sin motivation. Vårdgivaren kommer inte heller med råd utan är främst en god lyssnare. Patienten styrs av sin egen autonomi och genom den stärks viljan att bryta beteendet. När viljan har hittats sätts rimliga mål upp (Holm, Ivarsson, 2012).

### **Stegen inom motiverande samtal**

Metoden motiverande samtal är uppbyggd som en stege som börjar med att vårdgivaren ska skapa ett gott samarbetsklimat tillsammans med patienten. Patienten är expert på sig själv och vårdgivaren är den som ska skapa en förutsättning för att patienten ska kunna arbeta själv mot en förändring. Vårdgivaren respekterar hela tiden patientens autonomi och stödjer, bekräftar och stärker patienten i sitt ansvar och i kontrollen över sig själv. Vårdgivaren och patienten skapar en bild över patientens ambivalens, som är den gungbräda som kan hjälpa patienten att ta sig från inställningen ”jag kan inte/jag vill inte” till ”jag kan/jag vill”. Diskrepans är graden mellan vad som händer här just nu och vad patienten värdesätter för framtiden. För vårdgivaren gäller det att synliggöra en diskrepans mellan hur patienten gör nu och ett hälsosammare alternativ. Patienten stimuleras till förändringsprat av vårdgivaren och fokuserar på att utveckla tankarna och argumenten för förändring, samtidigt som vårdgivaren stödjer patientens självförtroende och använder sig av positiv förstärkning.

### **Motstånd**

Motstånd är en vanlig reaktion på vårdgivarens sätt att samtala och en naturlig del i processen. Att ändra på ett beteende är svårt för patienten och skapar osäkerhet och oro. Därför är det viktigt att vårdgivaren respekterar och visar hänsyn till patientens känslor. Motstånd kan uppkomma om vårdgivaren inte är tillräckligt respektfull eller följsam. Att komma med råd och förslag kan få patienten att börja argumentera för sitt beteende och den rådande livsstilen vilket snarare stärker den. Om detta sker har vårdgivaren misslyckats med att skapa ett bra samarbetsklimat. Det går att bemöta motstånd genom att ”rulla med motståndet”, det vill säga vårdgivaren backar, gör en reflektion och bekräftar vad hon eller han hör, för att därefter ställa



en öppen fråga. Resultatet brukar bli att motståndet lägger sig. Mot slutet av samtalet försöker vårdgivaren framkalla ett åtagande och ett mål från patienten i sin beteendeförändring. Det är detta åtagande som har starkast samband med att en förändring faktiskt sker. Det följs sedan upp med samtal där det är viktigt att stödja och bekräfta patienten så att förändringen bevaras (Holm Ivarsson, 2012; Rollnick & Miller, 2010).

### **Motiverande samtal och förändringshjulet**

Motiverande samtal förknippas ofta med den modell Prochaska och DiClemente utvecklat för beteendeförändring; Stages of Change, på svenska ibland översatt till förändringshjulet. Enligt denna modell genomgår individen fem olika stadier i sin beteendeförändring: inte beredd, ambivalent, beredd, handling och vidmakthållande (Prochaska & DiClemente, 1983). I det första stadiet, där individen inte är beredd till förändring, kan individen visserligen ofta se nackdelar med sitt nuvarande beteende men fördelarna med det överväger. Personen ifråga kan även befinna sig i det här stadiet för att denne inte tror sig klara av en förändring, kanske på grund av tidigare misslyckanden eller av okunskap om hur förändringen ska göras. Här gäller det för vårdgivaren att väcka intresset för fördelarna som finns med en beteendeförändring, men även att öka individens tilltro till den egna förmågan (Statens Folkhälsoinstitut, 2012).

Det andra stadiet innebär att en ambivalens synliggjorts. Personen kan tänka sig att göra en förändring och kan se både för- och nackdelar med en sådan men har inte bestämt sig än. Vårdgivarens roll är att utforska ambivalensen, identifiera hindren och möjliga lösningar samt att jobba vidare med personens tilltro till sin egen förmåga. I det tredje stadiet finns beredskap för en förändring hos personen. Denne förbereder sig och prövar kanske olika förändringsstrategier för att se ifall de håller. Vårdgivaren kan hjälpa till med praktisk planering och att formulera delmål. I denna fas blir vårdgivaren lätt för entusiastisk och driver på för snabbt, vilket kan göra att personen visar motstånd (Statens Folkhälsoinstitut, 2012).

När handlingsstadiet nås genomför personen förändringen, men behöver ofta fortsatt stöd. Från och med detta stadium kan en annan metod än motiverande samtal vara till hjälp. I vidmakthållandestadiet klarar personen av att hålla fast vid det nya beteendet även vid högrisksituationer. Vårdgivarens uppgift är att stötta, bekräfta samt arbeta med hur högrisksituationer och eventuella återfall hanteras (Statens Folkhälsoinstitut, 2012).

Individen rör sig inte linjärt från ett stadium till ett annat. Istället bör modellen ses som ett hjul där individen får återfall och går tillbaka till ett tidigare stadium, för att kanske efter en tid röra sig framåt till nästa stadium igen (Prochaska & Norcross, 2003; Marcus & Simkin, 1994). Hur stora framsteg individen gör, som ett resultat av behandlingen, tycks stå i relation till det stadium individen befinner sig i vid behandlingens början (Marcus & Simkin, 1994). En av de viktigaste upptäckterna Prochaska och Norcross (2003) anser sig ha gjort är att visa att vissa av processerna är mer användbara under vissa av stadierna. Det vill säga, när det är uppenbart vilket stadium patienten befinner sig i, kan en vårdgivare med rätt kunskap inrikta sig på de processer som är mest effektiva för att hjälpa patienten till nästa stadium. Prochaska & Norcross (2003) bedömer att motiverande samtal är effektivast vid de två första stadierna, där individen inte är beredd samt där individen är ambivalent och börjar överväga en förändring.

## **Evidens för motiverande samtal**

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör motiverande samtal inte användas som metod för att höja glukoskontrollen (Socialstyrelsen, 2010). Detta grundar sig i att det endast finns måttlig evidensstyrka och att underlaget är otillräckligt för att bedöma om det finns någon effekt. Motiverande samtal rekommenderas däremot för att öka den fysiska aktiviteten vid diabetes, där det finns tillräckligt med evidensbaserad forskning för att kunna styrka en faktisk effekt (Socialstyrelsen, 2011).

Lundahl et al (2010) påvisar i sin metaanalys att motiverande samtal ger likvärdig effekt jämfört med andra behandlingsmetoder och har signifikant effekt vid behandling av ogynnsamma kostvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Fler samtal tycks öka de positiva behandlingsresultaten även om det inte finns någon känd övre gräns, samtidigt som metoden även lämpar sig som en korttidsinsats, exempelvis vid fyra konsultationer, om den används som enda behandling. I jämförelse med andra behandlingsmetoder kräver motiverande samtal kortare behandlingstid (Lundahl et al, 2010).

Metoden kan användas av många olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården som till exempel sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare och - dietister (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2006). Två metaanalyser finner de bästa resultaten när motiverande samtal används som förbehandling till exempelvis kognitiv beteendeterapi eller inför behandling i slutenvård (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Hettema, Steele & Miller, 2005). Ytterligare en metaanalys kommer fram till att grundläggande teknik inom metoden fungerar bäst som förbehandling, medan motiverande samtal med återkoppling till problem – ofta förkortat MET, är bäst när den används som enda behandling (Lundahl et al, 2010). Metoden bedöms inte fungera väl som gruppbehandling (Lundahl et al, 2010). Lundahl et al (2010) kommer i sin studie fram till att effekten av motiverande samtal är hållbar i minst ett år. Rubak et al (2006) bedömer att motiverande samtal har en statistiskt signifikant effekt på patienternas motivation till beteendeförändring med hållbarhet i åtminstone ett år.

## **TILLTRO TILL DEN EGNA FÖRMÅGAN - SJÄLVFÖRMÅGA**

En av de bärande idéerna inom motiverande samtal är att stödja patientens egen förmåga att utföra uppgifter och nå sitt mål, med andra ord att stödja patientens tilltro till den egna förmågan (Holm Ivarsson, 2012). Tilltron till den egna förmågan är individens tro på sin egen kapacitet att prestera efter en specifik uppgift eller uppsatt mål. Begreppet har sin grund i den kanadensiska socialpsykologen Albert Banduras sociala inlärningsteori som innebär att vi lär oss genom att titta på andra och sen provar själva. En persons tilltro till sin förmåga är som mest framstående i svåra situationer, som vid smärta, trötthet eller i andra påfrestande förhållanden. Enligt Bandura (1977) finns det fyra ursprung till tilltro till sin förmåga: att tidigare ha klarat uppgiften, att ha sett någon i sin närhet klara uppgiften, att bli övertalad av någon som betyder mycket eller att ha fysiska och psykiska positiva upplevelser av uppgiften. Tvärtom är det vid till exempel smärta vid fysisk aktivitet då tron på självförmågan sjunker (Bandura, 1977).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Motiverande samtal är en samtalsmetod som syftar till att hjälpa patienten till livsstilsförändringar. Metoden har visat sig vara framgångsrik i arbetet med olika

livsstilsförändringar och uppskattas av många patienter (Rollnick & Miller, 2010). Det är viktigt att patienter med diabetes mellitus typ 2 är motiverade och behärskar egenvård för att behålla en långsiktigt god hälsa. Eftersom motiverande samtal har visat sig vara effektivt när det utförs av olika yrkesgrupper inom vården, såväl läkare som sjuksköterskor och dietister (Rubak et al, 2006), har vi inkluderat studier med alla dessa yrkesgrupper.

För att få en förståelse för patientens behov har samtalet en stor betydelse i omvårdnaden. Motiverande samtal är en metod som syftar till att stärka och motivera patienten att aktivt delta i sin egenvård. Genom att undersöka vårdgivares och patienters upplevelser och erfarenheter av motiverande samtal tar vi reda på vilka förutsättningar som finns att använda metoden i samtal med patienter med diabetes mellitus typ 2.

## **SYFTE**

Att beskriva upplevelser och erfarenheter av motiverande samtal vid livsstilsförändring från patienter med diabetes mellitus typ 2 och deras vårdgivares perspektiv.

## **METOD**

### **DESIGN**

Detta arbete är en litteraturöversikt där kvalitativt innehåll i vetenskapliga artiklar inom valt ämnesområde har granskats och analyserats enligt Friberg (2006). Eftersom vi var intresserade av upplevelser och erfarenheter som förmedlas i kvalitativ form, valde vi att göra en litteraturöversikt med kvalitativ analys av materialet. Syftet är därmed främst att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet och att öka förståelsen för det fenomen vi valt att granska, det vill säga vårdgivares och diabetespatienters erfarenheter och upplevelser av motiverande samtal vid livsstilsförändring. Vidare vill vi omsätta den vetenskapliga kunskapen till praktiskt användbar kunskap och utforma en vägledning för att kunna använda resultatet i praktiken (Friberg, 2006).

### **LITTERATURSÖKNING**

Inledningsvis gjordes en osystematisk sökning för att få en överblick över ämnesområdet. Det innebar att vi sökte brett med kombination av olika sökord för att ta reda på vilka grupper som var representerade inom forskningen, så som patienter, vårdgivare samt om det fanns flest kvantitativa eller kvalitativa studier gjorda. Sökorden hämtades från det ämnesområde vi hade för avsikt att granska, det vill säga effekten av motiverande samtal på olika patientgrupper. Svensk Mesh användes för att översätta facktermer till engelska. Motiverande samtal visade sig vara ett ämnesområde med hög aktualitet och därför värt att studera vidare inom ett avsmalnat område: effekten av motiverande samtal vid livsstilsförändring hos patienter med diabetes mellitus typ 2. Därefter gjordes en systematisk sökning i Cinahl och Scopus, de databaser som visade sig täcka ämnesområdet bäst. Pubmed valdes bort eftersom Scopus täcker samma sökområde. Sökord som användes inledningsvis var motivational interview och diabetes. Eftersom de flesta artiklarna rörde diabetes mellitus typ 2 patienter kunde artiklar med diabetes mellitus typ 1 samt metabolt syndrom sorteras bort manuellt.

Sökningarna visade att många kvantitativa studier gjorts på motiverande samtal och dess effekt vid olika sjukdomstillstånd, men inte tillräckligt många för att belysa effekten vid enbart diabetes mellitus typ 2. Därför ändrades sökinriktningen mot ett fokus på vårdgivares och patienters erfarenheter av motiverande samtal vid diabetes mellitus typ 2. För att få fram en större bredd i artikelurvalet användes sökord som fanns i de valda artiklarnas nyckelord:

behaviour change counseling, self-care, self-management. För att få fram fler artiklar med fokus på patienters och vårdgivares upplevelser och erfarenheter användes sökorden experience, barrier, patient satisfaction, patient provider-relationship. Tillägg av ytterligare sökord på olika vårdgivarprofessioner såsom sjuksköterskor, dietister, sjukgymnaster, läkare gav inte fler artiklar relaterat till vårt syfte än de vi redan hittat. Det visade sig att det fanns många pilotstudier och design av pågående studier, vilka exkluderades. De flesta studierna vi fann handlade om vårdgivares upplevelser, färre handlade om patienters upplevelser.

Till en början avgränsades sökningarna till artiklar publicerade 2005-2013. Eftersom det inte gav tillräckligt med träffar inom ramen för syftet togs denna begränsning bort. Målet ändrades till att hitta artiklar publicerade 2002-2013. Eftersom motiverande samtal är en relativt ny metod visade det sig dock inte behövas någon tidsmässig begränsning vid sökningarna. De artiklar som publicerats tidigare än 2002 sorterades bort manuellt.

Inklusionskriterier var artiklar skrivna 2002-2013 på engelska, med studiedeltagare som var 18 år eller äldre och var diagnostiserade diabetes mellitus typ 2. I Cinahl begränsades sökningarna till peer reviewed samt research articles.

Exklusionskriterier var att artiklarna var pilotstudier, beskrivningar av kommande studier, publicerade år 2001 eller tidigare, reviewartiklar samt att de inte gick att få upp i fulltext.

För att granska kvaliteten i artiklarna ställde vi frågor till texterna utifrån Fribergs exempel på kvalitetsgranskning av kvalitativa texter (2006). Till exempel, finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det formulerat och avgränsat? Är syftet klart formulerat? Hur är metoden beskriven? Finns det en återkoppling till vårdvetenskapliga utgångspunkter? Vad visar resultatet? Hur har författarna tolkat resultatet? Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras den? (Friberg, 2006). 13 artiklar kvalitetsgranskades och inga sällades bort.

**Tabell 1: Sökresultat i databaser**

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal Valda artiklar	Våra Ref.nr
Scopus 20130121	motivational interview diabetes	inga	164	9	1, 2, 13, 9, 4, 5, 6, 7, 8
Cinahl 20130121	motivational interview diabetes	Peer reviewed Research article	57	7	2, 9, 13, 5, 6, 1, 7
Cinahl 20130121	Motivational interview Diabetes Patient satisfaction	Peer reviewed Research article	5	1	2

Cinahl 20130122	Motivational interview experience	Peer reviewed Research article	44	4	10, 13, 7, 11
Cinahl 20130122	Motivational interview experience diabetes	Peer reviewed Research article	3	2	13, 7
Cinahl 20130122	Motivational interview barrier	Peer reviewed Research article	4	1	12
Scopus 20130122	Motivational interview Patient provider- relationship	inga	3	2	2, 12
Scopus 20130122	Motivational interview Behaviour change counsel diabetes	inga	38	7	2, 9, 4, 6, 8, 11, 13
Scopus 20130122	Motivational interview Self-care OR self- management diabetes	inga	48	5	1, 2, 13, 9, 6

## ANALYS

Efter genomförd kvalitetsgranskning analyserades innehållet i artiklarna enligt den metod Friberg (2006) rekommenderar för litteraturoversikter. Artiklarna lästes igenom flera gånger av båda, innehållet diskuterades och anteckningar fördes om likheter och skillnader mellan artiklarna avseende framförallt resultat. Sedan sorterades materialet utifrån dessa likheter och skillnader. Två kategorier framträdde ur jämförelserna mellan artiklarnas resultat: erfarenheter och upplevelser av motiverande samtal från vårdgivare respektive patienter. Arbetet med att läsa och skapa kategorier utifrån likheter och olikheter i resultatet skedde omväxlande. Allteftersom artiklarna lästes, fördjupades förståelsen för innehållet, kategorier förfinades och nya underrubriker uppstod. Likheter och skillnader som upptäcktes i metod och ansats var till hjälp för att bedöma artiklarnas jämförbarhet. Resultatet presenteras med en inledande ingress inför varje kategori.

## **ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE**

I endast fyra artiklar i vår litteraturöversikt anges att artiklarna är granskade och godkända av en etisk kommitté. Vi anser ändå att alla artiklarna håller en tillräcklig etisk kvalitet för att kunna användas i vår litteraturöversikt. Artiklarna har sökts med begränsningarna ”peer reviewed” och ”research article” i Cinahl vilket innebär att de granskats av experter innan publicering och i Scopus, den andra databasen vi använde, är alla publicerade artiklar redan granskade av experter.

## **RESULTAT**

### **VÅRDGIVARENS ERFARENHETER AV MOTIVERANDE SAMTAL**

Nederländska, amerikanska, svenska och danska sjuksköterskor, diabetessjuksköterskor, läkare och dietister som alla genomgått träning i motiverande samtal samt utövat metoden tillsammans med patienter är överens framförallt på en punkt: motiverande samtal är en metod som är användbar och möjlig att implementera i den dagliga yrkesverksamheten (Brobeck, Bergh, Odencants & Hildingh, 2011; Söderlund, Nilsen & Kristensen, 2008; van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper & Vrifhoef, 2011; Rubak et al, 2006; Pfister-Minogue & Salveson, 2010; Lakerveld, Bot, Chinapaw, van Tulder, Kingo & Nijpels, 2012). Sjuksköterskor anser till och med att motiverande samtal kan bidra till en högre tillfredsställelse med jobbet trots hög arbetsbelastning (Pfister-Minogue & Salveson 2010). Svenska primärvårdssjuksköterskor beskriver den sammanfattande som krävande, berikande och användbar (Brobeck et al, 2011). Nederländska läkare tycker att motiverande samtal förbättrar relationen mellan patienten och läkaren (Rubak et al, 2006). Metoden tar dock både tid och kraft att lära sig. För att en tillfredsställande kunskaps- och färdighetsutveckling ska kunna ske är det nödvändigt att teori och praktik integreras och att återkoppling ges från arbetskamrater och tränare (van Eijk-Hustings et al, 2011; Söderlund et al, 2008; Brobeck et al 2011).

### **En grundlig utbildning med uppföljning nödvändig**

En gedigen utbildning inom motiverande samtal upplevs vara av vikt för att bli en skicklig utövare av metoden (Brobeck et al 2011; Söderlund et al, 2008; van Eijk-Hustings et al 2011). De enklaste delarna i motiverande samtal lärs relativt snabbt in under träningen: det vill säga att ställa öppna frågor, att ge enkla reflektioner och att utveckla en förändringsfas tillsammans med patienten. Genom att varva teoretisk kunskap med praktik tillsammans med patienter med diabetes mellitus typ 2 och genom att få kontinuerlig återkoppling från kollegor stärks kunskapen om metoden gradvis (van Eijk-Hustings et al, 2011).

Vårdgivarna upplever att det behövs mer träning för att kunna använda mer komplex teknik inom metoden, såsom att framkalla förändringsprat, hantera motstånd hos patienten och att ge komplexa reflektioner (van Eijk-Hustings et al, 2011; Söderlund et al, 2008). Även en grupp svenska sjuksköterskor poängterar att det inte räcker med att läsa sig till kunskaper inom metoden utan att träning behövs, och mer än de först hade trott (Brobeck et al, 2011). För att inte de inlärd kunskaperna ska glömmas bort och för att de ska fördjupas behöver de kontinuerligt uppdateras (van Eijk-Hustings et al, 2011; Söderlund et al, 2008; Brobeck et al 2011).

Nederländska vårdgivare anser att träningen borde vara en process där de själva genomgår en beteendeförändring och rekommenderar därför inläring i två steg: en baskurs och en fördjupningskurs (van Eijk-Hustings et al, 2011). Svenska sjuksköterskor anser dessutom att

det är en fördel att ha professionell yrkeserfarenhet för att kunna bedriva ett samtal på djupare nivå och att det hjälper dem att ta metoden ett steg längre (Brobeck et al 2011).

### **Metodens användbarhet och applicerbarhet**

Sjuksköterskor, diabetessjuksköterskor och dietister upplever att de blir mer observanta på vad patienterna säger efter genomgången utbildning i motiverande samtal. De tycker sig också ha fått en djupare förståelse för hur komplex en beteendeförändring är (van Eijk-Hustings et al 2011). Andra vårdgivare inom samma yrkesgrupper upplever genom motiverande samtal mer struktur i konsultationerna med patienterna, dels tack vare ett ökat samarbete med patienterna och mellan olika vårdprofessioner, dels genom att patienterna tar mer initiativ (van Eijk-Hustings et al, 2011; Brobeck et al, 2011).

Sjuksköterskor på amerikanska landsbygden påpekar att metoden är en utmaning att lära sig använda, men upplever att det går att använda delar av den i praktiken, såsom att identifiera ambivalens eller motvillighet hos patienten, att använda idéer från metoden för att uppmuntra patienten att prata, att ge information utan att peka med hela handen samt att använda öppna frågor. Efter träning i dessa moment tycker de sig ha blivit mindre styrande gentemot patienten och att de låter denne uttrycka sina behov tydligare (Pfister-Minogue & Salveson, 2010).

Svenska sjuksköterskor anser att motiverande samtal är en användbar metod antingen i sin helhet eller i valda delar som anpassas till varje situation. Många av sjuksköterskorna tycker att det finns situationer och omständigheter där motiverande samtal inte fungerar och att metoden ibland begränsar deras arbete men studien specificerar inte på vilket sätt (Brobeck et al, 2011).

Ett återkommande tema i studierna är frågan om tid. Bristen på denna vara upplevs som ett av de största hindren med att använda sig av motiverande samtal som metod i hälso- och livsstilsfrågor (Söderlund, 2008; Miller & Beech, 2009; van Eijk-Hustings et al, 2011; Pfister-Minogue & Salveson, 2010).

Danska allmänläkare som genomgått motiverande samtal i teori och praktik är ett undantag. De tycks inte se tid som ett problem utan påtalar att motiverande samtal inte är en mer tidskrävande metod än traditionell behandling. De anser att nio-tio minuter motiverande samtal per möte räcker. Läkare som praktiserat metoden under lite längre period, i tre år, är än mer övertygade om detta (Rubak et al, 2006).

I övrigt påtalar vårdgivare att det tar tid att etablera en ny relation med patienten (Söderlund et al, 2008), att det krävs tillräckligt med tid för att förbereda konsultationerna då patienten ska få motiverande samtal och att dokumentationssystemet dessutom måste vara anpassat till metoden (van-Eijk Hustings et al, 2011). Tillräckligt med tid anses vara ett villkor för att kunna implementera metoden i yrkesverksamheten (van Eijk-Hustings et al, 2011; Pfister-Minogue & Salveson, 2010; Lakerveld et al, 2012; Brobeck et al 2011).

Sjuksköterskorna anser sig ha ett så ansträngt schema att de inte hinner sätta sig in i patientens livssituation eller starta ett motiverande samtal om livsstilsförändringar. I pressade arbetssituationer blir det svårt att hinna lyssna till patienten, vilket leder till stress. Sjuksköterskorna tycker inte att det är förankrat hos ledningen att mer tid behövs (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2010).

Sjuksköterskorna poängterar dessutom att patienten behöver en omställningsperiod, kanske flera år, för att genomföra en hållbar förändring. Det är viktigt att förändringen får ta den tid som krävs för att den ska bli hållbar (Brobeck et al, 2011).

Andra faktorer som enligt sjuksköterskor påverkar hur väl motiverande samtal fungerar är patienternas ålder, kultur och intellektuell kapacitet samt patienternas behärskning av landets språk (van Eijk-Hustings et al, 2011; Jansink et al, 2010).

### **Ett nytt förhållningssätt gentemot patienten krävande att ta till sig**

För att bli en effektiv utövare av motiverande samtal upplever många vårdgivare att de måste genomgå en förändring i sitt synsätt på yrkesrollen och på patienten. Vårdgivarna behöver anpassa sig till ett, för många, nytt sätt att tänka och vara mot patienten, vilket upplevs som svårt. Svenska sjuksköterskor säger sig vara vana vid en auktoritär expertroll och känner sig tvungna att omprogrammera sig. Att lyssna utan att avbryta för att ge instruktioner eller råd, att ställa öppna frågor och att ge utrymme för patientens egna reflektioner står i kontrast till den traditionella sjuksköterskerollen de fått lära sig (Söderlund et al, 2008). Vid trötthet eller tung arbetsbörda upplever de att det är lätt att falla tillbaka i gamla vanor. Detta motverkas, som tidigare nämnts, genom att kontinuerligt träna och praktisera metoden i en fortgående process (van Eijk-Hustings et al, 2011; Söderlund et al, 2008; Brobeck et al 2011).

En nederländsk studie som tar del av sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med diabetespatienter och livsstilsförändring förstärker ovanstående resultat. Sjuksköterskorna anser att den yrkesroll de en gång lärt sig tillhör en äldre vårdkultur. De tycker inte att de har tillräckliga kunskaper i att ge livsstilsråd och särskilt svårt upplever de att anpassa rådgivningen till den motivationsnivå där patienten befinner sig. En sjuksköterska säger sig ge information för fort, innan patienten är i det stadium att hon eller han är redo. När sjuksköterskorna har falska eller för höga förväntningar på patienten pressar de på för hårt med förändringar vilket resulterat i att patienten visar motstånd. Det går att uttrycka det som att sjuksköterskan ”hoppas över” patienten. Sjuksköterskorna efterlyser särskilt verktyg för att komma över detta hinder i arbetet med diabetespatienter och livsstilsförändringar. Även om sjuksköterskorna i denna studie ser patienten som det största hindret upplever de alltså en otillräcklighet i sin egen färdighet och skicklighet. De saknar en bra plan eller upplägg för att kunna bedriva ett gott samarbete med patienterna. Dessa brister som de upplever i utförandet av sin yrkesroll relaterar de till att det inte finns någon lång tradition av förebyggande hälsovård inom primärvården, där de arbetar (Jansink et al, 2010).

### **Att släppa ansvaret för patientens beteendeförändring**

Vissa vårdgivare är bekymrade över den roll vårdgivaren intar när motiverande samtal förs med en patient. Detta beskrivs i termer som att vårdgivaren är passiv, hon eller han förlorar kontrollen, hon eller han följer bara patienten. Sjuksköterskor och dietister som arbetar på den amerikanska landsbygden oroas av att motiverande samtal begränsar deras möjlighet att påverka patienten. De tycker inte att patienten ska ha kontrollen när mål ska sättas upp för beteendemässig förändring (Miller & Beech, 2009).

Nederländska sjuksköterskor som har negativ erfarenhet av att arbeta med livsstil hos patienter med diabetes mellitus typ 2 upplever att de största hindren ligger hos patienterna, särskilt ifråga om motivation, brist på kunskap om en hälsosam livsstil samt insikt i sitt eget beteende (Jansink et al, 2010). Svenska sjuksköterskor uttrycker liknande erfarenheter när de säger att det är svårt att få till en effektiv kommunikation med patienter som inte är villiga att ta ansvar för sin egen hälsa (Söderlund et al, 2008). När livsstilsråd upprepas för patienten om



och om igen utan att det leder till resultat är det lätt för sjuksköterskan att känna sig frustrerad och maktlös (Jansink et al, 2010). En sjuksköterska tycker det är svårt att möta en 30-årig patient med diabetes mellitus typ 2 som inte vill göra något åt sin sjukdom. Hon vet att motivationen är patientens eget ansvar och inte hennes men tycker att det är frustrerande att inte kunna motivera någon tillräckligt mycket för att göra en livsstilsförändring (Söderlund et al, 2008).

Sjuksköterskor i en annan studie har börjat se patientens utveckling ur ett nytt perspektiv sedan de lärde sig motiverande samtal. En sjuksköterska säger att hon inte bör känna att hon har misslyckats när hon möter en patient som inte tycker sig vara redo för att göra förändringen ännu. Hon vet att hon inte kan göra mer i sin roll i den situationen men väljer att se det positiva i att de i alla fall har haft en god dialog (Brobeck et al, 2011).

Sjuksköterskorna i denna studie ser det som sin främsta uppgift att väcka patientens medvetenhet om sitt livsstilsproblem och att vara ett stöd. Många tycker att metoden har hjälpt dem att definiera sin roll som sjuksköterska. De kan ställa sig i bakgrunden, vara en coach åt patienten och visa att de har fullt förtroende för dennes egen förmåga att klara av att göra livsstilsförändringen (Brobeck et al, 2011).

### **Motiverande samtal hör samman med en tillitsfull vårdrelation**

Svenska sjuksköterskor ser motiverande samtal som en guide för hur vårdrelationen bör se ut. Relationen bygger på tillit där patienten har möjlighet att påverka sin situation utan att vårdgivaren ställer krav eller dömer. Sjuksköterskorna anser att tillit utvecklas när vårdgivaren har förmågan att lyssna in vilka förändringar patienten vill bli motiverad till och hur patienten vill sätta sina mål (Brobeck et al, 2011).

Vårdgivare på den amerikanska landsbygden beskriver något liknande när de studerar en konsultation med motiverande samtal på dvd och ger sina synpunkter. De tycker sig se exempel på god kommunikation där samtalen förs i en lugn konsultationsmiljö och patienten beskrivs som avslappnad, energisk och involverad. Patienten är aktivt deltagande, får en roll att spela i sin egen omvårdnad och det ligger en betoning på patientens autonomi, anser studiedeltagarna. Vårdgivaren upplevs vara tillgänglig för patienten, vilket uppmuntrar patienten att öppna sig (Miller & Beech, 2009).

### **PATIENTENS ERFARENHETER AV MOTIVERANDE SAMTAL**

Amerikanska, danska, nederländska och brittiska diabetespatienter, de allra flesta med diabetes mellitus typ 2, har en övervägande positiv bild av motiverande samtal som metod för att göra livsstilsförändringar och uppnå en god egenvård. En god vårdrelation anses vara grundläggande för att patienten ska bli mer delaktig i sin omvårdnad och ta ansvar för sin hälsa (Dellasega, Añel-Tiangco & Gabbay, 2011; Miller, Marolen & Beech, 2010; Rosenbek Minet, Lønvig, Henriksen & Wagner, 2011; Long & Gambling, 2012; Lakerveld et al, 2012). Uppfattningen om den patientcentrerade inriktningen inom motiverande samtal är dock delad (Miller et al, 2010; Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2009; Rosenbek Minet et al, 2011).

### **Uppmuntran och empati leder till delaktighet och ansvarstagande**

Danska patienter med diabetes mellitus typ 2 som gått en egenvårdskurs baserad på motiverande samtal berättar i intervjuer ett år efteråt hur de upplever en daglig utmaning för att få kontroll över sin diabetes. Det handlar om att balansera livet mellan det de vill göra och

det de känner att de borde göra för att sköta sin sjukdom (Rosenbek Minet et al, 2011). Dessa danska men även amerikanska diabetespatienter beskriver hur viktigt det är att vårdgivaren förstår patienten i dennes kamp att göra det rätta och att vårdgivaren inte dömer patienten om målen inte uppfylls direkt (Rosenbek Minet et al, 2011; Dellasega, 2011).

Många av de amerikanska patienterna i studien av Dellasega et al har negativa erfarenheter av traditionell diabetesvård, där en paternalistisk attityd från såväl vårdpersonal som familj fått dem att känna sig nedvärderade och fyllda av skuld och skam. När patienterna ska utvärdera de motiverande samtal de genomgått under studien upplever de istället en ickefördomande attityd från vårdgivarens sida. De är mer bekväma med sjuksköterskan som vårdkontakt än läkaren eftersom denne upplevs vara en dålig lyssnare, ofta på grund av tidsbrist (Dellasega et al, 2011). Brist på tid är en hindrande faktor för god omvårdnad även ur patientens perspektiv, då de upplever att personalen är taktlös och har bråttom, vilket leder till att patienten låser sig och blir motvillig (Jansink et al, 2010).

När patienterna får motiverande samtal av sjuksköterskan beskriver de att de känner sig sedda och lyssnade till. Patienterna tycker att sjuksköterskan utstrålar empati och en förståelse för vad de går igenom och känner sig därför mer mottagliga för hennes/hans råd och förslag (Dellasega et al, 2011).

Liknande erfarenheter märks bland deltagare i en brittisk studie som ger patienter med diabetes mellitus typ 2 telefonrådgivning, baserad på patientcentrerad vård och motiverande samtal. Där påtalar 86 procent av patienterna att relationen med telefonrådgivaren är viktig för att utveckla en beteendeförändring och större kunskap om sin sjukdom. Det faktum att telefonrådgivaren är vänlig, är uppmuntrande i sin rådgivning, en god lyssnare, flexibel och att en god relation skapas är av största vikt för att patienten ska uppleva en patientcentrerad vård och känna sig engagerad i besluten gällande sina beteendeförändringar. Efter två år talar patienterna mer i termer av självdisciplin, att det är viktigt att se efter sig själv och att ta kontroll över sin egenvård. De tycks ha blivit mindre beroende och mer autonoma (Long & Gambling, 2011).

Att upprätthålla en god relation vårdgivaren och patienten emellan visar sig handla mycket om sättet att kommunicera. När kvinnliga afroamerikanska patienter med diabetes mellitus typ 2 på amerikanska landsbygden beskriver sin uppfattning av motiverande samtal utifrån dvd-undervisning, ser de god kommunikation och beskriver det som en öppen form av konsultation i en avslappnad miljö där patienten är delaktig och kan tala med sin läkare om olika situationer och utmaningar en patient med diabetes mellitus typ 2 står inför (Miller et al, 2010).

Amerikanska patienter med diabetes mellitus typ 2 berättar hur motiverande samtal med en förstående vårdgivare har uppmuntrat dem att ta ansvar, i jämförelse med hur de känt tidigare, att de blivit tvingade till det av mer paternalistiska vårdgivare. När de kämpar med sin egenvård får de hjälp att omvärdera vad som är värt att prioritera. Vårdrelationen med sjuksköterskan upplevs som ett partnerskap där information ges som grund för att ta egna beslut och vårdplaneringen och målsättningen sker gemensamt (Dellasega et al, 2011).

Danska patienter med diabetes mellitus typ 2 upplever på liknande sätt att konsultationerna de genomgått med motiverande samtal har väglett dem i processen att bli aktiva deltagare i sin omvårdnad och att mobilisera resurser för att hantera sin sjukdom. Med hjälp av metoden har de även fått hjälp att sätta mål. En kvinna ger ett exempel från problemen hon upplevt på hemmaplan. Medan hon motvilligt följde en diabetesdiet åt resten av familjemedlemmarna allt det som hon önskade att hon också kunde äta. Genom att ta med sin make till

konsultationerna med motiverande samtal fick maken en större inblick i problemen hustrun upplevde vid middagarna. Kvinnan berättar hur konsultationerna har hjälpt henne att förstå sina känslor och att möta problemen. Hon känner också att hon har fått stöd i att få familjen att förstå hur viktigt deras deltagande är i hennes omvårdnad (Rosenbek Minet et al, 2011).

### **Handfast vägledning önskvärd**

Samtidigt som patienterna vill ha förstående, empatiska vårdgivare finns det också önskemål om att få en handfast vägledning (Rosenbek Minet et al, 2011; Miller et al, 2010). En dansk patient med diabetes mellitus typ 2 tycker att det är nedslående att sitta mittemot en vårdgivare som säger åt patienten att ta det lugnt och att det inte spelar någon roll hur denne sköter sin egenvård. Patienten vill ha hjälp av vårdgivaren att sätta mål och vill höra när han är på rätt spår (Rosenbek Minet et al, 2011).

En annan dansk studie visar liknande erfarenheter, där patienter med diabetes mellitus typ 2 visar sig söka ledarskap och kontrollerad vägledning både i den grupp där patienterna fått konsultation av läkare som är utbildad i motiverande samtal och i den grupp som fått konsultation av läkare utan sådan utbildning. De patienter som fått motiverande samtal upplever att läkaren gett betydligt mer specifik vägledning (Rubak et al 2009).

Afroamerikanska kvinnliga patienter med diabetes mellitus typ 2 på den amerikanska landsbygden har en övervägande positiv bild av motiverande samtal, men visar däremot en negativ uppfattning om metodens patientcentrerade inriktning och anser att vårdgivaren inte ger patienten tillräckligt med information. Istället föredrar många av kvinnorna en paternalistisk attityd där läkaren står för större delen av pratet och kommer med råd eller vägledning utan att patienten behöver be om det. Detta är vad många av kvinnorna är vana vid sedan tidigare i mångårig kontakt med diabetesläkare (Miller et al, 2010). Även Lakerveld et al (2012) rapporterar att patienter förväntar sig att vårdgivaren ska tala om för dem vad de ska göra.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Vi valde att utforska vårdgivares och patienters med diabetes mellitus typ 2 erfarenheter av samtalsmetoden motiverande samtal. Mycket finns att hämta om närbelägna områden men just detta specifika område var inte så väl utforskat, vilket vi tyckte var spännande. Modellen för arbetet är en litteraturöversikt, vilket är en lämplig modell för en kandidatuppsats.

### **Analys**

Analysen av vårdgivarnas och patienternas erfarenheter och upplevelser gjordes med kvalitativ metod, den metod som lämpar sig bäst för att öka förståelsen för ett fenomen med grund i människors erfarenheter (Friberg, 2006).

Att vara två personer i analysarbetet har varit till stor nytta, då vi har kunnat resonera och fråga varandra om råd och diskutera idéer. En nackdel är att vi till stor del delat upp arbetet och genomfört det på varsitt håll, vilket kan innebära en skevhet i arbetet som helhet. Å andra

sidan har vi läst igenom varandras texter och gett varandra återkoppling för att göra arbetet mera sammanhållet.

Under arbetets gång har vi varvat läsning av artiklar med kategorisering, så att en fördjupad förståelse av texterna uppnåtts och kategorierna förfinats. Vi har inspirerats av metasyntestänkandet, där syftet är att sammanställa en grupp studier för att upptäcka de essentiella elementen som sedan grupperas om och transformerar resultaten till nya begrepp (Schreiber, Crooks & Stern, 1997). Vårt analysarbete kan liknas vid en beskrivande syntes där analysen sker ”nära data” och omtolkning av resultaten undviks (Friberg, 2006). Naturligtvis sker ändå en form av tolkning, genom att vi använder våra egna ord när vi beskriver och sammanställer andra studiers resultat. Det är omöjligt att inte påverkas av sin egen förförståelse i någon mån under analysarbetet. Artiklarna har i flera fall varit korta och mycket koncisa i sin information, vilket dessutom kan innebära en risk för tolkningsfel av innehållet. Alla engelska uttryck är fritt översatta av oss själva.

## Urval

En styrka i vårt arbete är att de flesta artiklarna är gjorda de senaste åren. Vi fann långt fler än vi kunde använda, eftersom många av dem var förberedande studier inför kommande studier. Detta tyder på att motiverande samtal i samband med livsstils- och beteendeförändringar (däribland med diabetes mellitus typ 2-patienter) är ett aktuellt område som håller på att utforskas alltmer och att vårt ämnesområde är relevant.

Patienterna i studierna har nästan uteslutande diagnosticerats för diabetes mellitus typ 2. Vi valde denna patientgrupp av två anledningar: dels ville vi studera vuxna patienter, 18 år och uppåt, för att begränsa oss i urvalet och det innebär att det är främst patienter med diabetes mellitus typ 2 som är aktuella. Dels kan livsstilsförändringar vara avgörande för att mildra förloppet av diabetes mellitus typ 2, (SBU, 2010). Patienter med diabetes mellitus typ 2 är med andra ord en grupp där erfarenheter av motiverande samtal är intressanta att utforska.

Att genomgående inkludera patienter med diabetes mellitus typ 1 skulle göra vårt arbete alltför omfattande eftersom flera av studiedeltagarna då är barn och ungdomar. Det finns dock två undantag i våra valda studier. I en av studierna har 4 av 22 deltagare diabetes mellitus typ 1 medan övriga 18 patienter har diabetes mellitus typ 2 (Rosenbek Minet et al, 2011). I en annan studie används motiverande samtal för att förebygga utveckling av diabetes mellitus typ 2 och görs alltså på patienter som inte har diagnosticerats för diabetes (Lakerveld et al, 2012). Vi valde ändå att inkludera dessa studier eftersom även de ger patienterfarenheter av motiverande samtal som är värdefulla i ett helhetsperspektiv.

Vårdgivarna i studierna representeras huvudsakligen av sjuksköterskor, men även läkare, dietister och sjuksköterskor med specialistutbildning inom diabetes deltog. De kallas vårdgivare när de benämns som grupp i vårt examensarbete. Till en början ville vi helst studera endast sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser eftersom det är den yrkesgrupp vi själva snart ska tillhöra, men det var inte möjligt att hitta ett lämpligt antal studier med dessa.

I tre artiklar studeras sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal inom primärvården, utan att fokusera på just erfarenheter av att tillämpa metoden på patienter med diabetes mellitus typ 2 (Söderlund et al, 2008; Brobeck et al, 2011; Pfister-Minogue & Salveson, 2010). Detta är en svaghet i vårt arbete, men vi valde ändå att inkludera dessa studier eftersom

sjuksköterskorna arbetade med livsstilsproblem som är aktuella för patienter med diabetes mellitus typ 2, såsom rökstopp, diet och fysisk aktivitet.

I två studier har patienter och vårdgivare endast sett motiverande samtal på dvd och deltar sedan i diskussioner i fokusgrupper där metoden jämförs med traditionell metod (Miller & Beech, 2009; Miller et al, 2010). Dessa resultat är i våra ögon tunnare och svåra att jämföra med mer omfattande studier där deltagarna kommit i kontakt med motiverande samtal i praktiken, och under längre tid. Vi ville ändå ta med studierna av Miller och Beech (2009; 2010) eftersom de breddade resultatet när det gäller deltagarnas etniska tillhörighet och eftersom vi ville ha så stor spridning som möjligt på studier från olika länder.

Totalt sett innehåller denna litteraturgenomgång en analys av nio artiklar med vårdgivares erfarenheter och upplevelser av motiverande samtal, medan endast fyra artiklar handlar om patienters erfarenheter och upplevelser. Vid litteratursökningen upptäcktes att det fanns ett större utbud av artiklar med vårdgivarfokus än patientfokus. Vi skulle gärna se mer av framtida forskning med betoning på patienters upplevelser och erfarenheter av motiverande samtal, något som vi tror skulle vara givande för användningen av motiverande samtal i praktiken. En utmaning i framtida forskning blir att utröna särskilt de minst motiverade diabetespatienternas erfarenheter och upplevelser av metoden, en grupp som är underrepresenterad i våra studier.

### **Olika yrkeskategorier**

I denna litteraturöversikt ingår, som tidigare nämnts, flera yrkeskategorier av vårdgivare. Vårt att ta i beaktande är att de utifrån skillnader i sina yrken kan ha olika kunskaper inom kommunikation, olika förförståelse, olika syn på sina yrkesroller och på patienten, vilket skulle kunna inverka på skillnader i resultatet. Å andra sidan kan sådana skillnader finnas även inom samma yrkeskategori och därför tycker vi inte att det är en relevant orsak för att exkludera andra vårddyren än sjuksköterskans från vårt examensarbete. Enligt Lundahl och Burke (2009) kan motiverande samtal utövas av personer med bakgrund av många olika slag utan att inverka signifikant på effekten, vilket styrker vårt val.

### **Etnicitet, sociokulturell bakgrund, kön och härkomst**

En brist i vårt arbete är att resultatet inte speglar hela spektrat av diabetespatienter och vårdgivare avseende etnisk bakgrund, sociokulturell bakgrund, kön och härkomst. Studierna är gjorda i Sverige, Danmark, Nederländerna, Storbritannien samt USA, det vill säga huvudsakligen inom Europa. Vi får därmed inte veta något om erfarenheter från andra delar av världen. Vad gäller vårdgivarna är de allra flesta kvinnor. Manliga vårdgivares erfarenheter av motiverande samtal saknas därför. Däremot finns en bredd i vårdgivarnas ålder, utbildning, antal år med yrkeserfarenhet inom vården samt antal år med erfarenhet av att praktisera motiverande samtal, vilket är en styrka i förhållande till vårt syfte.

Bland patienterna i studierna finns en större jämvikt vad gäller kön, med en något övervägande del kvinnor. Det saknas överlag deltagare från etniska minoriteter, förutom en amerikansk studie där hälften av deltagarna tillhör en etnisk minoritetsgrupp (Dellasega et al, 2011) samt en studie som endast rör afroamerikanska kvinnliga patienter med diabetes mellitus typ 2 (Miller et al, 2010). Den senare väcker frågan om det fyller något syfte att studera en etnisk grupp för sig. Det kan finnas en fara i att göra det. Resultatet riskerar att

förknippas med patienternas etniska tillhörighet, när det kanske i själva verket har med flera olika faktorer att göra.

### **Trovärdighet**

Eftersom det är frivilligt att delta i en studie finns en risk att de patienter som har störst intresse av att förbättra sin egenvård och de som har störst motivation till beteendeförändringar har valt att delta. Detta kan innebära att vi går miste om upplevelser och erfarenheter från en intressant patientgrupp, nämligen de som är minst motiverade till egenvård och livsstils- eller beteendeförändringar. När det gäller vårdgivare finns en risk att de som är mest intresserade av motiverande samtal deltar i studierna. Frågan är om det spelar någon roll eftersom ett intresse för metoden kanske är avgörande för att vårdgivaren ska vara lämplig att arbeta med metoden i praktiken. Söderlund et al (2008) menar att det är svårt att lära sig en ny metod och att det är viktigt att sjuksköterskan då är engagerad.

### **Variationer i behandlingsform**

I studierna har vårdgivarna genomgått utbildning i motiverande samtal i olika form och omfattning vilket förmodligen inverkar på resultatet, det vill säga vilka erfarenheter och upplevelser de har av metoden. Exempelvis har några fått motiverande samtal tillsammans med andra metoder: Problem-Solving Treatment (Lakerveld et al, 2012), tillsammans med kunskaper i förändringshjulet och de stadier där motiverande samtal lämpar sig (Rubak et al, 2006) eller i form av Behaviour Change Counseling där några nyckelprinciper inom motiverande samtal har valts ut och använts för att förkorta vårdtiden (Pfister-Minogue & Salveson, 2010).

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatdiskussionen har vi valt att diskutera resultaten som rör tid, ansvar, attityd samt motiverande samtal och förändringshjulet.

### **Tid**

Upplevelsen av tidsbrist i arbetet är stor bland vårdgivare. Många ser tidsbrist som ett hinder både för att kunna implementera men även använda sig av motiverande samtal i sitt arbete. Flera av de tidsproblem vårdgivarna upplever har med omställning att göra: att etablera en ny form av relation med patienten, (Söderlund et al, 2008) att skaffa ett dokumentationssystem som är anpassat till metoden (Van Eijk-Hustings et al, 2011), att överhuvudtaget implementera metoden i yrkesverksamheten (Söderlund et al, 2008; van Eijk-Hustings et al 2011; Pfister-Minogue & Salveson, 2010; Lakerveld et al, 2012; Brobeck et al, 2011).

Vi finner en intressant skillnad i läkares och sjuksköterskors upplevelser av hur tidskrävande motiverande samtal är. Medan sjuksköterskor anser att det krävs övning med integrerad teori och praktik under flera år för att bli en skicklig utövare av metoden, (Söderlund et al, 2008) anser läkare, som fått träning under en och en halv dag samt två uppföljande halvdagar, att metoden inte är mer tidskrävande än traditionell rådgivning och tycker att det räcker med konsultationer som varar nio-tio minuter (Rubak et al, 2006). Detta gäller särskilt de läkare som hunnit praktisera motiverande samtal i tre år. Läkarnas åsikter stöds av evidens från en metastudie som säger att motiverande samtal kräver mindre tid ansikte mot ansikte med patienten än andra behandlingsmetoder (Lundahl et al, 2010).

Sjuksköterskor beskriver en verklighet där de stressas av ansträngda scheman och otydliga strukturer (Jansink et al, 2010). Det är lätt att tro på de sjuksköterskor som säger att det behövs mer tid än de har, med tanke på de krav metoden motiverande samtal ställer på vårdgivaren: att kunna lyssna empatiskt utan att avbryta och att ha en förstående och vänlig attityd gentemot patienten. Patienter upplever också att vårdpersonalens tidsbrist leder till taktlöshet och en sämre förmåga att lyssna empatiskt, vilket gör patienterna mindre benägna att vara delaktiga i sin omvårdnad (Jansink et al, 2010; Dellasega et al, 2011). Stress och otydlig arbetsledning är en dålig grund om vårdgivaren och patienten ska lyckas bygga upp en tillitsfull vårdrelation som bygger på god kommunikation och närvaro, vilket är grundstenar i metoden motiverande samtal (Rollnick & Miller, 2010). Kanske är det så att sjuksköterskorna behöver ha tydligare riktlinjer från arbetsledningen om hur mycket tid de har tillgodo för att praktisera motiverande samtal och hur samtalen bör ske – separat eller införlivade i de vanliga mötena med patienten.

Sjuksköterskor som arbetat med motiverande samtal i tre till tio år påpekar att patienten behöver tid för att kunna genomföra och bibehålla en beteendeförändring (Brobeck et al, 2011). Här spelar vårdresurser en stor roll. Patienten måste få möjlighet till uppföljning. Brobeck et als studie ger värdefull information om hur vårdpersonal upplever motiverande samtal på lite längre sikt men i övrigt saknas studier med sådan information, både från vårdgivarnas och patienternas aspekt. Det hade varit intressant att veta hur övriga studiedeltagande vårdgivare ser på motiverande samtal när de hunnit landa i den nya arbetsmetoden och se effekten på patienterna.

## **Ansvar**

Vårdgivarna i flera studier visar på svårigheter att låta patienten ta ansvaret för sin situation. (Söderlund et al, 2008; Miller & Beech, 2009; Pfister-Minogue & Salveson, 2010). Det uttrycks i form av frustration över att inte kunna motivera patienten (Söderlund et al, 2008), eller att vårdgivarna tycker att utföraren av motiverande samtal intar en passiv roll gentemot patienten och förlorar kontrollen (Miller & Beech, 2009). Detta väcker frågan – vem har det yttersta ansvaret för patientens livsstils/beteendeförändring – patienten eller vårdgivaren? Med stöd i flera teorier som bygger på att människan har egen kapacitet och förmåga att ta hand om sig själv på bästa sätt för att uppnå hälsa, blir svaret patienten. Dessa tankar är grundläggande i Orems egenvårdsteori och liknande tankar finns i både metoden motiverande samtal och Banduras teori om tilltro till den egna förmågan (Rollnick & Miller, 2010; Banduras, 1977).

Vårdgivaren har dock en viktig uppgift i att ge sitt stöd i patientens process att finna motivation samt fullfölja och bibehålla en förändring. Enligt metoden motiverande samtal handlar det bland annat om att skapa en god vårdrelation som bygger på tillit, där kommunikationen genomsyras av vänlighet, aktivt lyssnande och uppmuntran (Rollnick & Miller, 2010). Patienter som fått motiverande samtal av vårdgivare med dessa egenskaper visar sig inte bara känna större tillfredsställelse med den omvårdnad de får utan även bli mer autonoma och delaktiga i sin omvårdnad (Long & Gambling, 2011; Dellasega et al, 2011). Att hjälpa patienterna att känna större delaktighet och autonomi anser vi borde vara eftersträvansvärda mål i en vårdverksamhet som står inför framtida utmaningar med krympande ekonomiska resurser och ökande vårdbehov (Carlström, 2009).

## Attityd

De egenskaper hos vårdgivare som flera patienter med diabetes mellitus typ 2 beskriver i positiva ordalag, det vill säga vänlighet, aktivt lyssnande och uppmuntran (Long & Gambling, 2011; Dellasega et al, 2011), är tyvärr inte vad patienten alltid möts av. Våra studier visar att diabetespatienter har negativa erfarenheter av vårdkontakter, där de upplevt skuld och skam över att inte kunna leva upp till förväntade krav (Jansink et al, 2010). Samtidigt beskriver sjuksköterskor att de största hindren ligger hos patienterna när de inte är tillräckligt motiverade, inte har tillräckligt med kunskap om en hälsosam livsstil eller insikt i sitt beteende (Jansink et al, 2010). Orem (2001) ser bristande kunskap hos vårdgivare som en bidragande faktor till att patientens möjligheter att uppnå bättre hälsa försämras. Precis som sjuksköterskor själva säger (Söderlund et al, 2008) behöver kanske vårdgivarna själva genomgå en beteendeförändring. Många sjuksköterskor anser att det är svårt att ändra på gamla mönster som lärts in för länge sedan, där sjuksköterskan ger informationen och patienten tar emot den utan att vara delaktig eller få en tillräcklig chans att visa sina behov.

I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska som bland annat fungerar som ett underlag för att utforma innehållet i svensk sjuksköterskeutbildning står att sjuksköterskan ska ”verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt” samt ” i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling” (Socialstyrelsen, 2005).

Att redan på studerandenivå få lära sig en attityd och ett förhållningssätt där patienten är en självklar medpart i utformningen av omvårdnaden borde underlätta för framtida sjuksköterskor att ta till sig andan av motiverande samtal och det förhållningssätt mot patienten som metoden bygger på. Därmed behöver de inte uppleva den svårighet som flera sjuksköterskor beskriver, att falla tillbaka i gamla inlärd vanor vid hög arbetsbelastning (Söderlund et al, 2008). Detta utesluter naturligtvis inte att sjuksköterskor med annan form av utbildning också kan arbeta i en anda som tar hänsyn till patientens vilja och delaktighet.

Det finns också patienter som föredrar den typ av kommunikation som ibland kallas paternalistisk – där vårdgivaren styr samtalets fokus och ger information som patienten passivt tar emot. Kvinnliga patienter med diabetes mellitus typ 2 i en av studierna föredrar denna attityd i mötet med sin läkare och säger att det är läkaren som bör ha kunskapen (Miller et al, 2010). Patienterna i denna studie var sedan tidigare vana vid en paternalistisk attityd under sin mångåriga kontakt med läkare. Vi tror att det kan ha en inverkan på deras åsikter – en vårdmodell med enkelriktad kommunikation där läkaren styrde var den enda kvinnorna kände till.

Samtidigt kan konstateras att de flesta patienterna i studierna vill ha en vårdgivarattityd i det motiverande samtalets anda, med fokus på tydlig vägledning. Var gränsen går mellan tydlig vägledning och paternalistisk vårdgivarattityd kan vara svårt att veta. Vi tänker att den gränsen förtydligas om vårdgivaren har den grund som flera sjuksköterskor i studierna säger behövs för att bli en skicklig utövare av motiverande samtal – yrkeserfarenhet och lång träning där både teori och praktik integreras (van Eijk-Hustings et al, 2011; Söderlund et al, 2008; Brobeck et al 2011). Att som vårdgivare ha en attityd som patienten uppfattar som respektfull, men som ändå innebär att vårdgivaren ger en tydlig vägledning, kan handla om en så enkel sak som att vårdgivaren frågar patienten om det är okej att ge information, något som rekommenderas enligt metoden motiverande samtal (Holm Ivarsson, 2012), istället för att bara ge informationen vare sig patienten vill eller inte.



## **Motiverande samtal och förändringshjulet**

Vårdgivare säger sig ha svårt att bedöma i vilket motivationsstadium patienten befinner sig och hur de ska anpassa stödet därefter (Jansink et al, 2010). Det skulle vara värdefullt om motiverande samtal och utbildning om de olika stadierna en individ genomgår i en beteendeförändring kombinerades, exempelvis Prochaskas och DiClementes förändringshjul som består av fem stadier: inte beredd, ambivalent, beredd, handling och vidmakthållande (Prochaska & DiClemente, 1983). På det viset skulle vårdgivaren få kunskaper om vilka åtgärder som ska sättas in, och när. Som tidigare nämnts bedöms motiverande samtal vara effektivast vid de två första stadierna, där individen inte är beredd samt där individen är ambivalent och börjar överväga en förändring (Prochaska & Norcross, 2003). I Jansinks et al studie (2010) frustreras vårdgivarna av patienternas bristande motivation och kunskap om hälsosam livsstil och ser det som ett av de största hindren för att kunna hjälpa dessa patienter. Intressant är att dessa patienter tycks befinna sig i just det första stadiet i förändringshjulet, det vill säga där vårdgivarna har störst förutsättningar att hjälpa dem med motiverande samtal om de bara har den kunskap som krävs (Jansink et al, 2010).

Något annat som kan inverka på resultatet är den person som har genomfört utbildningen: om det handlar om en eller flera lärare samt vilken bakgrund och utbildning den/de själva har i metoden motiverande samtal. Vi anser ändå att våra studier är jämförbara. Precis som utbildningens längd, form och kvalitet varierar mellan studierna, varierar den i verkligheten ute på vårdgivarnas arbetsplatser. Det viktiga, enligt metodens grundare, är att en anda av motiverande samtal används där de grundläggande elementen ingår: aktivt lyssnande, information och öppna frågor (Rollnick & Miller, 2010). Den andan anser vi att alla våra studier innehåller. En metastudie visar dessutom evidens för att motiverande samtal är användbart i olika format och utbildningslängd (Lundahl et al, 2010).

## **SLUTSATS**

Slutsatsen är att metoden motiverande samtal upplevs som krävande men lovande av såväl vårdgivare som patienter med diabetes mellitus typ 2. Således finns det faktorer som behöver stärkas för att metoden framgångsrikt ska kunna motivera patienterna till livsstilsförändringar.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

1. Hur gärna en vårdgivare än vill hjälpa en patient med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändring går det aldrig att överta patientens ansvar att utföra den. Viktigt att komma ihåg när frustrationen griper in är att visa empati och förståelse för patientens situation och livsvärld. Det är egenskaper hos vårdgivaren som diabetespatienter uppskattar och effektiva på så sätt att patienterna upplever sig bli mer ansvarstagande, självgående och delaktiga i sin omvårdnad.

2. Som utförare av motiverande samtal kan det vara en svår balansgång att ge handfast vägledning utan att bli alltför paternalistisk. Diabetespatienter har också visat sig föredra olika typer av attityd hos vårdgivaren. Det viktigaste är att hänsyn tas till individuella behov. Tiden kan många gånger upplevas för knapp för att hinna ta reda på patientens behov på ett grundligt sätt, men det enklaste och bästa kan många gånger vara att fråga patienten själv. ”Är det ok att jag informerar dig om...” kan vara en bra inledning på vårdgivarens information till diabetespatienten.

3. Motiverande samtal kräver tid. Både för att implementeras i vårdverksamheten samt för patienten att uppnå en beteendeförändring och få chansen att lyckas vidmakthålla den. Tillräckliga ekonomiska resurser bör finnas för att vårdgivaren ska kunna utföra metoden och följa upp patienten långsiktigt. Att utbilda vårdgivare i motiverande samtal kan vara väl investerade pengar, sett till både vårdgivares och patienters erfarenheter och upplevelser av metoden.

## REFERENSER

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84, 191–215.
- 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.
- Burke B., Arkowitz H. & Menchola M.(2003). The efficacy of Motivational Interviewing: a Meta- Analysis of Controlled clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843- 861.
- Carlström, E. (2009). *Vårdchefer. Konsten att leda*. Lund: Studentlitteratur
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R., & Gabbay, R. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 95(1), 37-41.
- Ferraz-Nunes, J & Karlberg, I. (2012). *Hälsoekonomi – begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, L., Berglind., O., & Forsberg, K. (2009). *Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet*. Stockholm: Strömberg.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N. Johansson, L G. (1997). *Medicinboken Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Förlaget Hagman AB.
- Hansson-Sherman, M & Runesson, U. (2009). *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur
- Hettema, J. Steele, J. Miller, W. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 91-111.
- Holm Ivarsson, B. (2012). *Motiverande samtal praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia Förlag.
- 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. *BioMed Central Family Practice*, 1141-47.
- Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, Kingo, L. & Nijpels, G. (2012). Process Evaluation of a Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular Diseases in Primary Care. *Health Promotion Practice*, 13(5), 696-706.

- Long, A. F., & Gambling, T. (2012). Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes. *Health Expectations*, 15(3), 267-282.
- 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.
- Marcus & Simkin (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise behaviour. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(11), 1400-4.
- Miller, S. & Beech, B. (2009). Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education & Counseling*, 76(2), 279-282.
- Miller, S., Marolen, K. & Beech, B. (2010). Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes. *Women's Health Issues: Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health*, 20(1), 43-49.
- Orem, D. (2001). Self-care Deficit Nursing Theory. *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). (s. 136-158). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Pfister-Minogue, K. & Salveson, C. (2010). Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. *Public Health Nursing*, 27(6), 544-551.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rollnick, S., Miller, W. R. (2010). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. (3. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Rosenbek Minet, L.K., Lønvg, E-M., Henriksen, J.E., & Wagner, L. (2011). The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1115-1126.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour-- ADDITION Denmark. *Br J Gen Pract*, 56(527):429-36.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RC, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 27(3), 172-179.

Sand, O. Sjaastad, Ö. Haug, E. Bjålie, J. (2007). *Människokroppen- fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB.

SBU. Mat vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 201. ISBN 978-91-85413-37-9. Hämtad 2013-02-27 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mat-vid-diabetes/>

Schreiber, R., Crooks, D. & Stern, P.N. (1997). Qualitative meta-analysis. I J. Morse (red.). *Completing a qualitative project: Details and dialogue*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: 2013-02-26 [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)

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården*. Hämtad: 2013-03-06 <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordiabetesvarden/sokiriktlinjerna/diabetes1#1>

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för diabetesvården*. Hämtad: 2013-03-07 <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/sokiriktlinjerna/otillrackligfysiskaktivitethos20>

Socialstyrelsen (2012). *Folkhälsan i Sverige- Årsrapport 2012*. Hämtad: 2013-02-26 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-6>

Statens folkhälsoinstitut (2008). *FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet*. Stockholm: Elanders

Statens Folkhälsoinstitut, FHI (2012). *Förändringens dynamik*. Hämtad 8 mars 2013. <http://www.fhi.se/Handbocker/SOMRA/Forandring-ar-en-process/>.

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

van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education & Counseling*, 84(1), 10-15.

Wikblad, K. (2006). *Omvårdnad vid diabetes*. Studentlitteratur: Lund.

World Health Organization (1946). *WHO definition of Health*. Hämtad: 2013-02-26 <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organisation (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtad 2013-03-06 från World Health Organisation, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

## BILAGA 1: ARTIKELMATRIS

Ref nr	Titel, författare, land	Tidskrift, år	Syfte	Metod & Design	Urval	Antal referenser
1	Long, A.F. Gambling, T. Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes England	Health Expectations 2012	Undersöka förändringar av diabetesrelaterad kunskap för personer med typ 2 diabetes	Tvåårig, prospektiv observationsstudie med enkät vid studiens start samt efter två år. Djupintervjuer med 25 personer som valts utifrån sina HbA1c-värden, före och efter studien. Innehållsanalys.	319 patienter rekryterades, alla tidigare deltagare i en randomiserad kontrollerad studie med syftet att förbättra fysiologiska resultat hos patienter med diabetes typ 2. Efter bortfall deltog 272 slutligen i studien.	38
2	Dellasega, C., Anel-Tiangco, R.M., Gabbay, R.A. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. USA	Diabetes Research and Clinical Practice 2011	Utvärderar hur patienter med diabetes mellitus typ 2 upplever motiverande samtal i en studie som syftar till att förespråka positiv beteendeförändring	Kvalitativ studie, Fenomenologisk metod. Fyra fokusgrupper.	Alla deltagare som varit med i ett år i en stor randomiserad kontrollerad studie om motiverande samtal och diabetes (DYNAMIC) tillfrågades, hälften deltog, dvs 19 deltagare, som delades in i fyra fokusgrupper.	25
3	Rosenbek Minet LK., Lönvig E-M., Henriksen JE., Wagner L. The Experience of Living with Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. Danmark	Qualitative Health Research. 2011	Att utvärdera hur patienter med diabetes typ 1 och typ 2 upplevde att leva med sin sjukdom dagligen, efter att ha deltagit i en studie om egenvård, baserad på motiverande samtal.	Kvalitativ studie. Sju fokusgruppintervjuer, med vardera tre-fem deltagare diagnosticerade med diabetes typ 1 eller 2. Data analyserades med fenomenologisk metod.	Patienter som randomiserats till en ettårig studie där fem konsultationer med motiverande samtal ingick, inbjöds att delta i fokusgruppintervjuerna.	43
4	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. Nederländerna	BMC Family Practice 2010	Att få insikt i de hinder som sjuksköterskan möter vid livsstilsrådgivning om kost, fysisk aktivitet och rökning till patienter med diabetes mellitus typ 2.	Kvalitativ studie, innehållsanalys. Semistrukturerade djupintervjuer som bandinspelades och transkriberades ordagrant.	Sjuksköterskor från de första tolv av 70 deltagande praktiker i en tidigare RCT-studie (MILD) inbjöds att delta i studien. Alla tolv sjuksköterskor valde att delta.	32
5	Miller, S.T., Marolen, K.N.,	Womens Health Issues	Utvärderar patienters tankar om fysisk aktivitet och	Kvalitativ studie, innehållsanalys.	31 patienter deltog i fyra	32

	Beech, B.M. Perceptions of Physical Activity and Motivational Interviewing Among Rural African-American Women with Type 2 Diabetes. USA	2010	motiverande samtal inför en studie om fysisk aktivitet. Alla studiedeltagare är afroamerikanska kvinnor med diabetes mellitus typ 2.	Diskussioner i fokusgrupper som band- och videoinspelades för att sedan transkriberas ordagrant och kodas till teman.	moderatorledda fokusgrupper för att ge sin syn på motiverande samtal efter att de sett en DVD-demonstration av metoden. Patienterna rekryterades från två vårdcentraler på landsbygden. Inkl.kriterier: 1) afroamerikanska kvinnor 2) 21-50 år 3) diagnos diabetes typ 2 sedan 6 mån 4)erhållit diabetesvård vid lantlig vårdcentral sedan minst 6 mån 5) ej tidigare deltagare i studie med motiverande samtal.	
6	Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Borch-Jonsen K., Christensen B. General Practitioners Trained in Motivational Interviewing can Positively Affect the Attitude to Behaviour Change in People with type 2 Diabetes. One Year Follow-Up of an RCT, ADDITION. Danmark.	Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009	Att utvärdera ifall läkare med utbildning i motiverande samtal kan förbättra patienters (med diabetes mellitus typ 2) förståelse av diabetes, tilltro till prevention och behandling samt motivation till beteendeförändring.	Randomiserad kontrollerad studie, en understudie till ADDITION-studien, se ovan.	I en randomiserad kontrollerad studie (ADDITION) om intensivbehandling av nyligen diagnosticerade patienter med diabetes mellitus typ 2, randomiserades läkarna till en utbildning i motiverande samtal eller inte. Studien inkluderar läkare som fått utbildning i intensivbehandling av diabetes mellitus typ 2 samt utbildning i motiverande samtal samt en tredje grupp läkare som fått båda utbildningarna två år tidigare.	30
7	Miller, S.T., Beech, B.M. Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and	Patient Education and Councelling 2009	Utvärdera vårdgivares erfarenheter om rådgivning angående fysisk aktivitet, samt deras uppfattning om motiverande samtal inför träning i metoden. Vårdgivarna arbetar på landsbygden.	Kvalitativ studie. 33 vårdgivare, huvudsakligen sjuksköterskor, deltog i fyra moderatorledda fokusgrupper för	Deltagarna rekryterades från två lantliga vårdcentraler, baserat på följande inkl.kriterier: 1) anställd minst 6	21

	report varied physical activity counselling experience. USA			att ge sin syn på motiverande samtal efter att de sett en DVD-demonstration av en MI-konsultation. Alla deltagare arbetar som vårdgivare åt afroamerikanska kvinnliga patienter med diabetes typ 2. Diskussionerna band- och videoinspelades för att sedan transkriberas ordagrant och kodas till teman.	mån vid lantlig vårdcentral 2) vårdgivare för en majoritet av kvinnliga patienter med typ 2 diabetes 3) ger vård åt denna patientgrupp varje vecka 4) ger rådgivning angående fysisk aktivitet till denna patientgrupp sedan minst 6 mån.	
8	Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Borch-Jonsen K., Christensen B. An Education and Training Course in Motivational Interviewing Influence: GPs' Professional Behaviour – ADDITION. Danmark	The British Journal of General Practice 2006	Att utvärdera allmänläkares uppfattning om motiverande samtal: dess metoder, användbarhet och läkarnas följsamhet till metoden i praktiken	Kvantitativ studie med icke-validerade enkäter, baserade på teoretisk kunskap om motiverande samtal, försteförfattarens kunskap efter att ha genomgått utbildningen samt kursledarens kunskap om metoden.	I en randomiserad kontrollerad studie (ADDITION) om intensivbehandling av nyligen diagnosticerade patienter med diabetes mellitus typ 2, randomiserades läkarna till en utbildning i motiverande samtal eller inte. Studien inkluderar läkare som fått utbildning i intensivbehandling av diabetes mellitus typ 2 samt utbildning i motiverande samtal samt en tredje grupp läkare som fått båda utbildningarna två år tidigare.	25
9	Van Eijk-Hustings, Y.J.L., Daemen, L., Schaper, N.C., Vrijhoef, H.J.M Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands Nederländerna	Patient Education and Counselling 2011	Undersöka implementeringen av motiverande samtal i vårdpersonals dagliga yrkesverksamhet i ett vårdsamarbete för patienter med diabetes	Kvantitativ studie. Implementeringen av motiverande samtal mättes dels objektivt med The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) Scale, dels subjektivt där vårdgivarna fick uppskatta i hur hög grad de ansåg sig använda	Bekvämlighetsurval där fyra sjuksköterskor, åtta sjuksköterskor specialiserade på diabetes samt åtta dietister deltog, alla med intresse för motiverande samtal. Därefter randomisering till utbildning i motiverande samtal samt	30



				motiverande samtal samt särskilda färdigheter inom metoden i en	kontrollgrupp utan sådan utbildning.	
10	Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. Sverige	Journal of Clinical Nursing 2011	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal som hälsoförebyggande metod inom primärvården.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys användes för att bearbeta data. Tjugo sjuksköterskor som arbetar inom primärvården och aktivt använde sig av motiverande samtal i sina arbeten intervjuades.	Namnen på alla sjuksköterskor som aktivt praktiserade motiverande samtal i sina yrken hämtades från länets huvudansvarige för utbildning i metoden. Alla utom fyra sjuksköterskor valde att delta i studien.	26
11	Pfister-Minogue KA., Salveson C. Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. USA	Public Health Nursing 2010	Att utvärdera effektiviteten, möjligheterna och användbarheten av en utbildning i beteendeförändringsrådgivning, för primärvårdsanställda sjuksköterskor.	Kvalitativ och kvantitativ design. Kvasiexperimentell studie baserad på enkäter och semistrukturerade bandade intervjuer. Innehållsanalys.	Alla sjuksköterskor från fyra små lantligt belägna vårdcentraler i två utvalda kommuner inbjöds att delta. Tolv valde att delta.	25
12	Söderlund, L.L., Nilsen, P., Kristensson, M. Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences	Health Education Journal 2008	Att identifiera nyckelfaktorer i sjuksköterskors process att lära sig och att använda motiverande samtal, i enlighet med protokollet	Kvalitativ studie, innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer som transkriberades och analyserades med öppen kodning.	Tjugo sjuksköterskor rekryterades från tio vårdinrättningar. Studien gjordes efter att sjuksköterskorna använt motiverande samtal dagligen i ett år. Alla intervjuer bandinspelades och transkriberades ordagrant. Alla tillfrågade deltog.	24
13	Lakerveld J., Bot S., Chinapaw M., van Tulder M., Kingo L., Nijpels G. Process Evaluation of a Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular	Health Promotion Practice 2012	Att utvärdera räckvidd, effektivitet, upptag och genomförande av en livsstilsstudie där sjuksköterskor praktiserat motiverande samtal och problemlösande behandling tillsammans med högriskpatienter för att förebygga utveckling av diabetes och kardiovaskulära sjukdomar.	Kvantitativ och kvalitativ studie. Patienters upplevelse och följsamhet utvärderades med enkät.	Invånare i ett antal kommuner inbjöds att delta i studien. Inkl.kriterier i ett första urval: män med midjemått på minst 108 cm, kvinnor minst 88 cm, i ett andra urval: risk för diabetes mellitus typ 2 eller	18

	Diseases in Primary Care. Nederländerna				kardiovaskulär sjukdom baserat på blodprov, blodtryck och antropometriska mätningar. Högriskpersoner enligt ovanstående kriterier randomiserades till interventionsgrupp eller kontrollgrupp.	
--	---	--	--	--	---	--