

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2010:5

Livsstilsamtal – en vändpunkt för patienten?

Ing-Britt Johansson  
Malin Sköld



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Livsstilssamtal, en vändpunkt för patienten?

Författare: Ing-Britt Johansson  
Malin Sköld

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Börje Claesson  
Examinator: Susanne Knutsson

## Sammanfattning

Livsstil har en avgörande betydelse för folkhälsan. Vår hälsa försämras och felaktig kost, brist på motion, alkohol och tobak orsakar en allt större sjukdomsburda i Sverige. Denna studie belyser vilka effekter livsstilsamtalen har på patientens förändring av livsstil. Metoden var att söka både kvalitativa och kvantitativa artiklar för en litteraturöversikt

Hälsoscreening kombinerad med ett livsstilsamtal har Färnkvist, Olofsson och Weinehall (2008) visat en lägre frekvens av hjärt-kärlsjukdom och diabetes elva år efteråt. Hur man ska använda den motiverande delen i samtalen behöver däremot studeras mer i framtiden. Ökade kunskaper krävs hos vårdpersonal, hur de på ett pedagogiskt sätt ska möta patientens behov och öka deras motivation. Livsstilsamtalen i sig har en stor betydelse för förändringsprocessen till ett bättre liv men hur effekten blir kan också bero på patientens egna kunskaper, förväntningar och behov. De vetenskapliga artiklarna som analyserats tyder på att livsstilssamtal med ett strukturerat arbetssätt med hjälp av hälsokurva kan leda till en livsstilsförändring och ökad hälsa men att frågan varför patienten gör sin förändring i livet kvarstår

För att få veta mer om människans motivation bakom beslut till förändring är författarna till denna studie överens om att en empirisk studie med frågor ställda till patienten via en enkät eller att ta del av patienters berättelser bättre belyser frågan. Även hur vårdpersonal ska arbeta pedagogiskt behöver studeras mer i framtiden. Det saknas tillräcklig kvalitativ forskning inom vårdvetenskap om hur vi ska närma oss patienter som är i behov av en livsstilsförändring.

Nyckelord: dialog, prevention, motivation livsstil, hälsa, livsstilsamtal.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Vad är hälsa?	1
Levnadsvanornas betydelse för folkhälsan	3
Livsstilsamtal	4
Motivation	5
Kommunikation	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
Betydelse för vårdandet	9
Litteratursökning	10
<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
Stimulering	13
Möjlighet till eftertanke	13
Möjlighet till självskattning	14
Gagnar behovet av att få förståelse	14
Medvetenhet	15
Tankar om vikten av förbättrad hälsa.	15
Uppvaknande	16
<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
Metoddiskussion	16
Motivation	17
Förändring	19
Vidare forskning	20
Kliniska implikationer	20
<b>REFERENSER</b>	<b>22</b>
Bilaga 1	

## INLEDNING

Ohälsa ökar trots längre överlevnad. Dagligen står människor inför val som påverkar deras liv. Kan vi som sjukvårdspersonal hjälpa till att det blir ett bra val som kan leda till hälsa? Vi tror allmänt att vi påverkar positivt de människor vi möter men vi kan också orsaka problem som kan ge negativt effekter. Om vi genom att använda oss av strukturerade arbetssätt, följa intentionerna i regeringens folhälsoproposition, kan vi då skapa en miljö som är tillgänglig för de människor vi möter i vården och även skapa en relation som är betydelsefull. Det är en fråga som kan vara intressant att besvara. Vi vill genom denna studie försöka klarlägga livsstilssamtalets betydelse för patientens val till förändring. Kan vi finna studier som belyser bakomliggande motiv och beslut som den enskilde individen fattar för sin livsstil och därmed förhoppningsvis ökar sin hälsa?

## BAKGRUND

### Vad är hälsa?

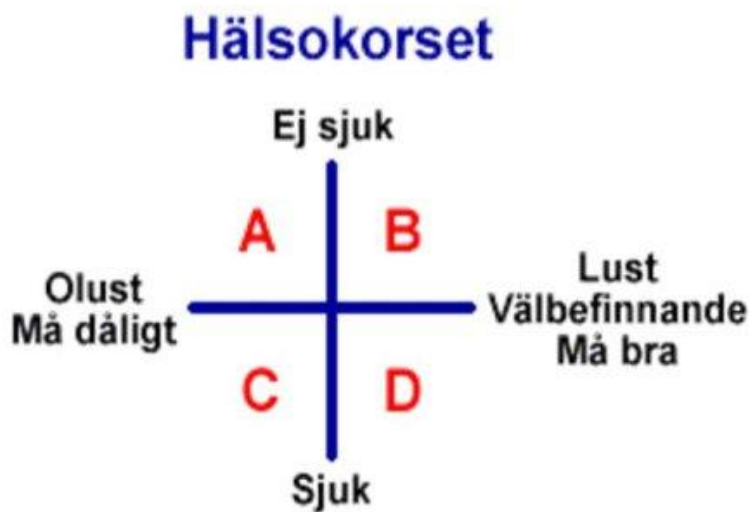
Hur man ser på människans ansvar för sin egen kropp och livsstil, kan sökas långt tillbaka till Socrates och den grekiska kulturen. Hippokrates menade att hälsa är ”ett tillstånd där kroppens och själens funktioner är i harmoni med yttre världen”. Ordet kommer från fornsvenska haelsa, som betyder hel eller lycka (Nationalencyklopedin, 2009).

Då ansågs det som en plikt att vårda sin egen kropp och själ. I hälso- och sjukvården idag tar det sig uttryck i att människan borde kunna leva upp till de krav som samhället ställer. Med det menas att den enskilda människan ska ta sitt ansvar och vårda sin hälsa så att man kan verka i samhället fullt ut. Det finns dokumenterat i offentliga handlingar att felaktig livsstil som dåliga matvanor, rökning, stor alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet leder till ohälsa. Samhället måste då ingripa för att hejda detta på något sätt. Människorna måste bli medvetna om vilka riskbeteende de har för att kunna avhålla sig från detta. (Pilhammar Andersson, Bergh, Friberg, Gedda & Häggström, 2003).

En god vård där vårdpersonal erbjuder en relation till patienten som är trygg och är en förutsättning för att kunna lindra lidande och öka välbefinnandet och där man också respekterar patientens livsvärld (Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten & Suserud 2008).

Hälsa har definierats av världshälsoorganisationen [WHO] som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp” (Nationalencyklopedin, 2009).

WHO:s definition har av många uppfattats som en utopi då hälsa är inte är lika med att vi enbart är medicinskt friska, det finns många andra faktorer som spelar in såsom andlighet, kultur, relationer mellan människor (Nationalencyklopedin, 2009).



Figur 1 Hälsokors av K. Eriksson (från föreläsning av B. Claesson.)

Katie Eriksson (1984) menar i sin definition att hälsa är ett tillstånd av friskhet, sundhet och känsla av välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Denna teologiska ansats av Eriksson beskrivs som ett utökande av hälsobegreppet med hälsans betydelse för individen. Det är hälsans eller sjukdomens mening som står i fokus och här innefattas biologiska -, psykologiska -, och sociala aspekter men även en existentiell aspekt. Eriksson har även utvecklat det så kallade "Hälsokorset". På den vertikala axeln i modellen återfinns motpolerna "känsla av välbefinnande" och "känslan av illabefinnande" och på den horisontella axeln "förekomst av objektiva dysfunktionella yttringar" och frånvaro av objektiva dysfunktionella yttringar". Individen kan inta olika positioner i hälsokorset där Eriksson skiljer mellan "verklig" och "upplevd" hälsa. Det finns en relation mellan lidande och välbefinnande, men det behöver inte innebära att de motverkar varandra. Det kan leda till vi ändå kan må bra i en kronisk sjukdom. I varje människas liv finns det att slags livslidande som kan innehålla ett hälsoperspektiv.

Enlig Wiklund (2003) kan hälsa beskrivas som att en person är förankrad i sig själv och upplever sig själv som en självständig individ i förhållande till andra. Eftersom en människa förändras hela tiden kan även hälsa beskrivas som en rörelse, en förflyttning men även en integration. Genom att använda sig av sina resurser kan människan röra sig mellan olika nivåer och därmed främja integration. Exempel på inre resurser kan vara att kunna sätta ord på det som inte känns bra, känna tillit samt att kunna reflektera över sina tankar och känslor. Motiven som personen har för sin hälsa avgör vilken riktning den tar. Vilka som väljs ut beror vad som känns gott och är godtagbart utifrån den enskilda individens värderingar. Ibland kan hinder uppstå som bromsar upp själva hälsoprocessen och det är hinder som handlar om personens upplevelse ex av värdighet. Vilken nytta kan då vårdpersonal ha av att använda ett vårdvetenskapligt begrepp som

beskrivits här? ”Hälsobegreppet kan nu användas som en vägledare i vårdprocessens analysfas” (Wiklund, 2003,s 88)

### **Levnadsvanornas betydelse för folkhälsan**

Livsstil lanserades av Alfred Adler (Freuds lärjunge) och kännetecknas av hur ett beteende kan bilda ett mönster, som speglar en persons val i livet som utgår ifrån dennes värderingar, egna personliga egenskaper och motiv. Ordet livsstil kan användas på olika sätt såsom reklam och att kunna påverka människor i sin miljö och för att beskriva olika livsstilar i samhället ex yuppies (Nationalencyklopedin,2009).

Levnadsvanor har en avgörande betydelse för folkhälsan i stort. Det som har en avgörande roll för sjukdomar är levnadsvanor såsom kost, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. De sjukdomar som påverkas i Sverige är exempelvis hjärt-kärlsjukdom, diabetes och lungcancer samt kronisk obstruktiv lungsjukdom men även de olika kroppsliga skador som uppstår vid hög alkoholkonsumtion och den psykiska ohälsan. Enligt Folkhälsoinstitutet rapport där mätningar utförts under åren 2003-2007 har alkoholberoende ökat mycket speciellt bland kvinnor och med skador på kroppen på grund av alkoholförgiftningar och även våld som följd.

En ny viktig kunskap är att de äldres levnadsvanor påverkar hälsotillståndet. Fysisk aktivitet minskar risken för fallskador och kan även vara gynnsamt för att motverka depression och demens. I Sverige dör tre personer som är över 65 år varje dag och bakomliggande orsak är en fallolycka. Därför behövs förebyggande åtgärder vidtas för att minska lidande och öka livskvaliteten

När det gäller information i allmänhet är den ofta otillräcklig för att förändra sin livsstil då ohälsosamma levnadsvanor ofta har ett samband med beroendeproblematik och en utsatt social situation. Trots detta är kunskap en förutsättning för att kunna förändra sitt liv (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Regeringen har uppdaterat sin folkhälsopolitik. Det innebär att de uppmärksammar och uppmuntrar ” individens goda hälsoutveckling genom att ge stöd för människors egna kloka hälsoval” (Regeringens proposition, 2007-08;110). Regeringen stödjer vetenskapliga metoder i hälsoarbete och de olika samhällsaktörernas resultat, och har därför också avsatt pengar för ändamålet under åren 2008-10 Detta innebär att vi ska träna oss i att möjliggöra beteendeförändringar och stärka individens självkänsla och kapacitet, för att kunna påverka sin hälsa aktivt. Genomförandet kan ske individuellt, i grupp eller genom massmedia, hälsomässor och utställningar. Medicinska åtgärder idag kräver att patienter men även vårdpersonal kan kommunicera. Ansvaret ligger inte endast hos patienten utan till stor del hos sjukvårdspersonal (Regeringens proposition, 2007-08;110).

## Livsstilsamtal

Ett livsstilssamtal kan vara en dialog, åsiktsutbyte och konversation mellan människor om livsstil men ordet samtal står också för kontakt, kommunikation (Nationalencyklopedin, 2009). Enligt Socialstyrelsen (2009) innehåller livsstilssamtalet diskussion om tobak, alkohol, kost, motion och stress, förutom att man även gör mätningar av blodtryck, midja/stussmått, provtagning av blodfetter, sockervärde, Hb, Body mass index (BMI) och viktkontroll. Sedan görs en sammanställning av alla uppmätta värden och samtalet ska leda till att synliggöra och att motivera patienten till en eventuell livsstilsförändring. Samtalet skall vara utformat som en dialog och handla om levnadsvanor. Det görs en skriftlig hälsoprofil för att ta reda om det finns en ökad risk för ohälsa/sjukdom.

Livsstilsamtal är ett möte som kan utspelas mellan patient och sjuksköterska, distriktssköterska eller läkare i primärvård, kommun eller slutenvård där sjuksköterska/distriktssköterska har en undervisande roll och avsikten är att den ska vara till gagn för patienten. Sjuksköterskan ska kunna kartlägga hälsorisker och motivera patienten till livsstilsförändring, genom att hitta tillgängliga egna resurser. Undervisning och information ska kunna ske i en dialog mellan patient och sjuksköterska på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt. Syftet är att förhindra ohälsa och främja hälsa. Detta kan ske enskilt eller i grupp (Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterska, 2005).

Enligt Pilhammar Andersson et al. (2003) tyder framtiden på att det kommer att krävas alltmer av sjuksköterskans pedagogiska talang för att möta patienter som idag alltmer är välinformerade och söker kunskap på egen hand. Pedagogik har inte haft en hög position i utbildningen tidigare fram till år 1992. Sjuksköterskans funktion som undervisande har förändrats de senaste åren. De faktorer som kan ha påverkat är att arbetsuppgifter skiftats inom olika yrkesgrupper. Sjuksköterskan har fått en mer arbetsledande roll och den pedagogiska funktionen har blivit mindre tydlig.

Efterhand som förändringar skett inom hälso- och sjukvård har det också blivit en stor utveckling inom allt som handlar om information i samhället. Det är som en trend som även involverar personal och patienter. Patientens eget ansvar och val framhävs, det kan leda till en kulturkrock mellan sjukhusvärldens traditioner och de moderna informationssamhälle. I samtalet mellan sjuksköterska och patient kan det ibland bli en obalans på grund av att vi har ett professionellt övertag genom vår kunskap. Detta kan i sin tur leda till att vi inte når ut till patienten. Människan strävar efter att förstå något som de tidigare inte förstått eller varit van vid. Allt som en patient deltar i genererar i erfarenheter (Friberg, 2001).

I regeringens proposition påpekar man att det motiverande samtalet är ett viktigt hjälpmedel för sjukvårdspersonal när man ska prata med patienter om livsstilsförändring Detta finns beskrivet i flera studier. Den vetenskapliga evidensen är inte bevisad ännu men resultaten hittills är positiva. Inom landstingen bedrivs utbildning i det motiverande samtalet. Det saknas dock utvärdering om vårdpersonalen har

påverkats till en långsiktigare och mer bestående förändring (Regeringens proposition 2007-08; 110).

En metod för detta är Habomodellen som är baserad på vetenskapliga studier och är ett verktyg som utarbetats på Habo vårdcentral i slutet av 80-talet. En hälsokurva eller hälsoprofil som man även kallar den är en sammanfattande bild av ett livsstilsamtal. Man för över de uppgifter som kommer fram under samtalet. Den har sedan vidareutvecklats på forskning och utvecklingsenheten (FOU-enheten) i Jönköping. Hälsokurvan visar grafisk bild över de viktigaste riskfaktorer för en rad olika sjukdomar. Genom att använda olika färger på hälsokurvan för att gradera olika risknivåer, har de avsett att förstärka den pedagogiska effekten på patienten (från grönt via gult och orange till rött). Denna modell har visats sig vara ett bra verktyg för att stödja den som vill förbättra sina levnadsvanor (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Hälsokurvan ger ett direkt besked på vilka frisk- och riskfaktorer som har betydelse i just ditt liv. Kurvan växer fram under en timmes hälsosamtal med en sjuksköterska. Redan före besöket får patienten svara på en hälsoenkät. Det är 50 frågor om tidigare sjukdomar, rökning, alkohol och motion, samt frågor kring psykosocial påverkan och stress eller också kan sjuksköterskan använda hälsoenkäten som ett underlag direkt vid samtalet. Några exempel på detta kan vara hur arbetssituationen är, om det förekommer mycket stress och lågt inflytande över att kunna påverka sitt arbete.

Hur ser patientens sociala nät ut? Finns det några människor utanför familjen som kan hjälpa till om någon blir sjuk. Frågor ingår också om det förekommer konflikter inom familjen som behöver lösas.

Tjugo frågor om matvanor belyser hur mycket fett och fibrer det finns i kosten som patienten använder sig av.

Det är inte alla som använder hälsokurvan under ett samtal, men fler och fler sjuksköterskor inom Västra Götalandsregion utbildar sig. Praktiskt hur man kan få tillgång som patient att göra en hälsokurva varierar. En person kan själv kontakta sin vårdcentral eller att hälsosamtalet initieras av läkare eller sjuksköterska vid ett besök. Uppföljning sker sedan vid besök som i antal och innehåll styrs av individuellt behov (Landstinget Jönköpings län, 2009).

## **Motivation**

Abraham Maslow humanistisk psykolog under 1960 talet grundlades ”den tredje kraften, människan är en varelse som ständigt utvecklas och som hela livet strävar efter att förverkliga sig själv och utveckla sin personliga frihet. På det viset har alla en meningsfull uppgift från början, en medfödd uppgift” (Maslow, A 1987 s.56).

## MASLOWS BEHOVSSTEGE



Figur 2 Modell av behovstege av A. Maslow (från föreläsning av B Claesson)

Behovstrappan är en modell som Maslow presenterade i en artikel 1943 A teori of human motivation. Den beskriver sammanfattningsvis att de primära behoven måste vara tillfredställda innan högre mål kan kännas viktiga för människan. De fem behoven är kroppsliga, trygghet, gemenskap och tillgivenhet, uppskattning och självförverkligande. Han definierade det som att flera behov förekommer samtidigt men att individen styr vilka som blir prioriterade. Denna teori är inte vetenskapligt belagd och andra personer har tolkat teorin och gjort den tydligare i form av en trappa. Den är vanlig i motivationspsykologin med sitt grundläggande begrepp om hierarki och individualism (Maslow, 1987).

Faskunger (2005) skriver om svårigheter att gå från ord till handling vad gäller fysisk aktivitet. Författarna menar att det är en myt att beteendeförändring alltid måste ske med professionell hjälp. De allra flesta klarar på egen hand att förändra men inte utan egen god vilja lyckas ingen oavsett vilken hjälp man blir erbjuden. Utgå från en måttlighetsprincip med kost och motion som är överkomlig för människan är att anamma. "Förändringens dörr kan bara öppnas inifrån" (Faskunger & Hemmingsson 2005 s.27).

Faskunger (2005) menar att motivation är den riktiga drivkraften till förändring och att skuld känslor kan bland annat försvaga den. Mutor med pengar kan fungera men bara kortsiktigt och det leder inte till en långsiktig beteendeförändring. Motiv och förflyttning är ord som är viktiga i detta sammanhang då motivet består av de anledningar som gör att en individ vill förändra något ex gå ned i vikt. Motivet förändras sig efterhand i processen om individen upplever något ex välbefinnande. Förflyttning framåt är ett annat led i motivationen som indikerar framsteg. Det innebär inte bara att gå från ord till handling utan också kan innebära en förändring i positiv riktning tankemässigt.

Enligt Lingfors och Wentzel (2004) kan mätbara resultat oftare öka individens motivation till förändring och utveckling. Detta kan skapa möjlighet att till återkoppling och uppföljning. Som exempel på detta är kontroll av vikt, blodtryck och

blodfettsvärden men att man måste komplettera dessa med ett annat mätinstrument som självskattning av motivation och upplevd hälsa. Skattningsskalor används i vanliga fall inom psykiatri eller för patienter med smärtproblematik. En sådan skattningsskala kallas visuell analog skala (VAS).

## **Kommunikation**

Den enklaste kommunikation är meningsfulla tecken mellan två eller flera parter, begreppet kommer från latinska *communicare* som betyder ”att göra något gemensamt” (Eide, 1997 sid.11). Två personer kan kommunicera med olika tecken eller signaler. Kommunikation finns i två huvudgrupper: verbal och icke verbal, med den verbala menas kommunikation som förmedlas språkligt genom tal eller skrift. Den icke verbala utbyter signaler på annat sätt, till exempel kroppshållning, beröring, ansiktsuttryck och röstläge. Vi signalerar hela tiden signaler på olika nivåer och med varierande styrka så som rationellt och emotionellt, medvetet och omedvetet, direkt och indirekt, kontrollerat och spontant. Ibland kan fel i kommunikationen uppstå och de kan bero bland annat på felaktiga tolkningar, missförstånd och känslomässiga reaktioner därför är relationskunskap ett komplement till kommunikationsteori för att bättre förstå kommunikationsprocesserna (Eide,1997).

Katie Eriksson (1990) menar att ge vård är att åstadkomma ett välbefinnande hos patienten men även förmedla ett budskap om utveckling av en hälsoprocess. Därför är det viktigt att sjuksköterskan upplever en känsla av bekräftelse genom sin vård.

Något att tänka på under att samtal med patient är att ha ett aktivt lyssnande, vilket innebär att: aktivt lyssna, upprepa, bekräfta och formulera på nytt.

Att aktivt lyssna kan innebära att vara orienterad mot patienten och mot det han eller hon säger och gör, att förstå innebörden vad som sägs. Då måste vårdaren ha full uppmärksamhet och försöker leva sig in i situationen. Detta mynnar ut i att inta en frågande och öppen hållning, vilket innebär att senare i samtalet kommer ihåg vad patienten har sagt och detta leder till att det bärs med genom samtalet.

Att upprepa kan leda till en djupare diskussion och att ge en bättre självkänsla till patienten, men det får inte leda till ”papegojor” som upprepar nästan allt.

Att bekräfta visar på ett genuint intresse för patientens vilja - så som att orienterar sig mot den andra människan, bli förvånad, fråga, lyssna, stannar upp, lägger på minnet och följa upp yttranden. Bekräftelser kan var både ett mål, medel och allmänt kännetecken på ett bra samtal.

Att formulera på nytt, det vill säga att upprepa patientens yttrande fast i något annorlunda version vilket är upplysande för båda parter. Att göra detta kan leda till att patienten ser händelse i en annan synvinkel som kan leda till nya infallsvinklar och handlingsmöjligheter (Thornquist, 2001).

## **PROBLEMFORMULERING**

Människan lever längre men forskningen visar att hälsan blir sämre i och med vår förändrade livsstil. Levnadsvanor har en stor betydelse för vår hälsa och utveckling av sjukdom. Folkhälsoinstitutet har tagit fram riktlinjer hur vi ska förbättra våra levnadsvanor. Vi i vården har en stor uppgift att arbeta så att det främjar patienternas hälsa och minska deras lidande. Vid ett livsstilssamtal mellan vårdare och patient kan hälsorisker kartläggas och identifieras. Detta samtal kan ske enskilt eller i grupp och syftet är att motverka ohälsa

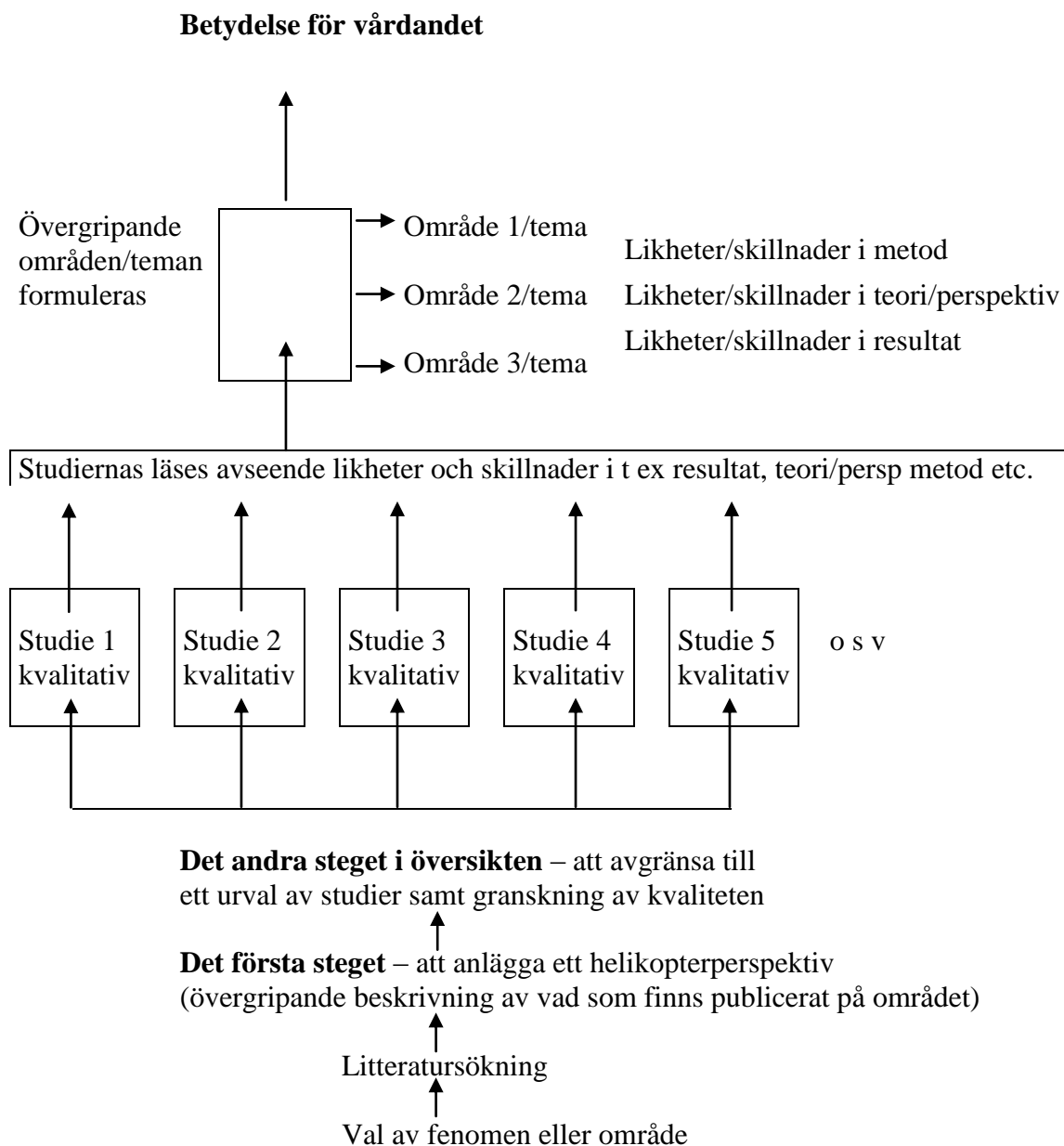
För att kunna motivera patienten bör vårdaren vara medveten om var individen befinner sig i livet. Motivationen är den riktiga drivkraften till förändring, men det kan vara svårt att gå från ord till handling. Därför kan det vara av vikt att utifrån befintlig litteratur beskriva vilken effekt livsstilssamtalet har på patientens motivation till förändring. Kunskaper om detta kan hjälpa distriktssköterskan i sitt hälsofrämjande arbete vilket i sig kan medföra att patientens motivation till att förbättra sin hälsa ökar och att patientens välbefinnande därmed förbättras.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva vilken effekt livsstilssamtalet har på patientens motivation till förändring.

## METOD

Uppsatser kan handla om att skapa en översikt över vilka kunskaper som finns inom ett visst område, men kan även handla om ett problem som sjuksköterska har i sin verksamhet. Kunskap inom det utvalda området kan kartläggas, förhoppningsvis även ge ytterligare kunskap som kan användas praktiskt i vårdarbetet. Det kan även leda till att man kan påvisa brist på forskning. En litteraturöversikt kan ha olika syften antingen som fristående arbete eller som ett underlag för kommande studier ex empiriskt arbete på magisternivå. I detta arbete är litteraturöversikten ett sätt att skapa en bild över ett speciellt område. De kriterier som krävs för att en artikel ska kunna kallas vetenskaplig är: Redovisa ny kunskap, vara möjlig att granska, bedömd samt publicerad på engelska.(Friberg, 2006)



Figur 3: Faser i arbetsgången vid en litteraturöversikt (Friberg 2006,s118)

## **Val av fenomen eller område**

Livsstilsförändring är det fenomen som valdes ut för denna studie. Författarna har valt att inte avgränsa till kön, ålder eller social situation. Studierna var också mesta skrivna ur ett vårdperspektiv och initialt till största delen utländsk forskning inom området. Innan sökningen startade byggde vi upp sökord som befann sig nära orden livsstil och hälsa. Friberg skriver om Boolesk söklogik vilket innebär att söka på mer än ett ord för att kunna få med ord som är närbesläktade. Genom att använda sig av en av sökoperatörerna ”and” som är vanligast i det booleska systemet kan man precisera sin sökning.

## **Litteratursökning**

En litteratursökning gjordes med hjälp av nyckelorden dialogue, prevention, motivation, livsstil, hälsa och livsstilssamtal Dessa nyckelord översattes till dialog, prevention, motivation, lifestyle, health och lifestyleconversation då det underlättade sökningen.

## **Det första steget – helikopterperspektiv**

Enligt Friberg (2006) behöver ingen avgränsning göras när det gäller vilka studier som kan ingå i en litteraturöversikt. Både kvantitativa och kvalitativa studier kan användas.

Den största delen av vetenskaplig publicering sker till största delen på engelska. Det har varit svårigheter att hitta kvalitativa artiklar som direkt belyser syftet.

Litteratursökningen har även skett manuellt genom tidskriftartiklar som gav tips om ytterligare artiklar i ämnet livsstil. Även sökning på enskilda författare skedde via bibliotekskatalogen för att se om det kunde leda till ytterligare artiklar som kunde användas. Nordiska författare söktes för studien men även från USA och England. Böcker skrivna med olika teorier vad som kan påverka människor till förändring inom psykologin och beteendevetenskap har även ingått i vår sökning. Sammanlagt lästes abstract på ca 60 stycken artiklar via databaserna Cinahl, Pub-med, Med-line och Scopus.

Databas	sökord	Sökning antal träffar	Antal artiklar
Cinahl	Lifestyle changes AND Dialogue	5	1(Lingfors)
Cinahl	Prevention AND dialogue	187	1(Färnkvist)
Cinahl	Health AND dialogue	276	1 (Bylund)
Pub-Med	Learning AND interweaving	99	1(Villaume)
Cinahl	Författare Blomstrand 2002-2009	2	1 (Blomstrand, 2005)
Samsök/Medline	Dramatic encounter Health conversation	30	1(Friberg/Person)

Figur 4: Tabell Presentation över databas, sökord, antal träffar och antal utvalda artiklar.

## Steg 2- avgränsa

När artiklar söktes via databaserna gjordes en första avgränsning genom att markera ”peer reviewed” och att tidsbegränsa artiklarna till högst tio år gamla.

När efterforskningar av artiklar startade var sökningen bred på ordet lifestyle- changes och fick genom databasen Cinahl 2017 träffar. Sökningen kompletterades då med ”and prevention ”och detta gav 886 artiklar i samma databas. Efter ytterligare ett tillägg lifestylechanges and dialogue smalnade sökningen i Cinahl av till fem stycken artiklar varav en kunde användas för analys. Fortsatt sökning i Cinahl med sökorden health and dialogue och prevention and dialogue ledde till två artiklar som överensstämde med studiens syfte. Genom att söka i Pub-Med på närbesläktade ord som learning and interweaving kunde ytterligare en artikel inkluderas. Via en tidningsartikel påträffades en författare som skrivit en intressant artikel som passade vår studie. Detta mynnade sedan ut i att söka efter fler artiklar av samma författare.

Av två artiklar i Cinahl, användes en artikel till resultatet och den andra artikeln i diskussionsdelen, då den inte överensstämde med de kriterier som började ta form . Genom att ta bort lifestylechanges i sökningen och enbart söka på ” prevention and dialogue” fann vi ytterligare en artikel bland 187 träffar. Medline gav ett sparsamt resultat på dessa sökord och på 10 träffar hittades en artikel av samma författare som i Cinahl. Även i Pubmed fanns enstaka artiklar i ämnet men få var i fulltext och kunde därför inte nås. De artiklar som inte erhöles i fulltext via databasen fick beställas via högskolans bibliotek.

Ca 60 abstract från artiklar såg intressanta ut sparades i en mapp på databaserna och 12 noterades på ett skriftligt dokument med titel, författare, publiceringsår och källa. Artiklar som exkluderades var de som inte kunde bedömas som helt vetenskapliga eller var för allmänt hållna och på samhällsnivå, ej relaterade till syftet, istället för på individnivå. En dansk artikel var baserad på en studie om hälsosamtal som var vetenskaplig men själva studien var inte tillgänglig Två artiklar valdes bort i resultatet

då de inte belyser motivation och livsstilsförändring knutit till livsstilssamtal, istället är de med i diskussionen då de visar på att det finns alternativ för att stimulera till motivation och förändring. Tolv artiklar lästes slutligen i sin helhet igenom varav sju av dessa svarade mot vårt syfte. En av dessa studier var kvalitativ, fem stycken var kvantitativa och en studie var både kvantitativ och kvalitativ där datorn är en virtuell patient. Två studier utgår från ett patientperspektiv där en av studierna är kvalitativ metod och den andra har en kvantitativ ansats. En av dessa är tvärvetenskaplig med två studier gjorda med elva års mellanrum och där man jämfört olika åldersgrupper och samband med hälsoscreening med eller utan livsstilssamtal. Studierna är gjorda, alla utom en, i Sverige.

## **DATA ANALYS**

Enligt Friberg (2006) ska materialet först läsas igenom flera gånger för att få en uppfattning om vad det handlar om. Sedan sker sökning efter likheter och olikheter i metod, analysgång, resultat innehåll och hur författarna tolkat sitt resultat. Det tredje steget är att sortera materialet utifrån likheter och olikheter, kvalitativa och kvantitativa studier presenteras på olika sätt. Sortera sedan innehållet under rubriker som kan ge olika teman. Resultatet kan presenteras under lämpliga rubriker, slutligen ställs frågan hur resultatet kan påverka vårdarbetet i praktiken.

Materialet lästes igenom noggrant i sin helhet flera gånger och översattes från engelska till svenska. Markeringar gjordes för de avsnitt som berörde livsstil, motivation och förändring. Sedan jämfördes de olika artiklarna med varandra för att se likheter och olikheter. Två huvudteman framträdde ur texterna: stimulering och medvetenhet som kan påverka motivation med utgångspunkt från syftet med studien. Därefter kunde även fem stycken subteman urskönjas: möjlighet till eftertanke, möjlighet till självskattning, patientens behov av att få förståelse, tankar om vikten av förbättrad hälsa samt uppvaknande.

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån två teman och fem subteman och beskriver vilken effekt livsstilssamtal har på patientens motivation till förändring.

Stimulering
<ul style="list-style-type: none"><li>- möjlighet till eftertanke</li><li>- möjlighet till självskattning</li><li>- gagnar behovet av att få förståelse</li></ul>
Medvetenhet
<ul style="list-style-type: none"><li>- tankar om vikten av förbättrad hälsa</li><li>- uppvaknande</li></ul>

### Stimulering

#### Möjlighet till eftertanke

Färnkvist, Olofsson & Weinehall (2008) beskriver i sin artikel ingenting om hur patienten skall bli motiverad till att ändra eller få insikt i sin hälsosituation mer än att patienter blir mer motiverad med ett hälsosamtal än inget alls. Friberg och Persson, (2009) menar däremot att förändra sin livsstil kan främjas genom att försöka åstadkomma en jämlik nivå mellan patient och vårdpersonal. Det innebär att personalen ser patienten var den befinner sig i det sociala livet med hinder, möjligheter och kan därmed stimulera och öka patientens motivation. Det framkom även i Bylunds studie (2006) att förberedd patient som skaffat sig kunskaper innan på Internet känner sig mer jämlik med vårdpersonalen och kan stimulera till ökad motivation.

Människans egen förmåga att föra en inre dialog efter att få chansen att göra en egenanalys visar Blomstrand, Pedersen & Bengtsson (2002) på att merparten som svarade på enkät var patienter som hade riskfaktorer. Det tyder på att om möjligheten ges för eftertanke kan det stimulera till motivation och förändring. Uppföljning med telefonkontakt skedde efter ett halvår.

I en av studierna fanns ett syfte att få studenter som läser farmakologi att förstå hur de ska motivera patienter att sköta sin medicinering och göra en livsstilsförändring. Fem principer användes för att påverka motivation: ”roll with resistance, express empathy, avoid argumentation, developed discrepancies, and support self efficacy” (Villaume, Berger, Barker, 2006,s.2).

Fokus ska ligga på ambivalens och motstånd, sätta ut mål i samråd med patienten som känns meningsfulla. Undvik negativ kritik och argumentation, utan vänd allt till en positiv anda, till exempel ”I am proud of how you have avoided pigging out at buffets, but you still need to ... ” istället säga ” I´m proud of how you have avoided pigging out at buffets. Tell me how you think you could further improve your diet” (Villaume ET a, 2006, s.6)

## **Möjlighet till självskattning**

I Blomstrand et al (2002) enkät fanns en fråga hur patientens motivation kunde påverkas av familjesituation, arbete, fritid. Patienten fick värdera möjligheterna i tid för engagemang och motivation i procent (0-100 %) enligt visual analogue scale (VAS) som kunde avsättas till att arbeta med sin livsstilsförändring. De gjorde efter ett år en telefonuppföljning på de patienter som inte kände behov av ytterligare uppföljning och stöd. Dessa personer hade ändå gjort en förändring redan vid första kontakten genom att fylla i en enkät om sin livsstil. De hade även spridit detta vidare till sin familj och arbetskamrater.

I Bengtsson, Blomstrand, Enocsson & Lindqvist (2005) enkät som skedde anonymt fanns en fråga som handlade om motivation för livsstilsförändring och liknar den som Bengtsson med flera även använde sig av vid en tidigare studie. Genom att göra en första screening för att skilja ut dem som är i mest behov av att ändra livsstil visade det sig att vid uppföljning ett år senare en positiv påverkan på kost, motion och psykisk stress. Självskattning av patienternas egen livsstil är mer tillförlitlig än att de skulle göra en skattning av vad de vet om sitt blodtryck, blodfetter m.m.

## **Gagnar behovet av att få förståelse**

I Friberg & Persons studie (2009) ställs frågan till deltagarna om de kan beskriva sin upplevelse av ett hälsosamtal och använder sig av en kvalitativ metod för att studera patientens livsvärld. Sjuksköterskan måste då bli medveten om de skillnader som kan uppstå i hur man uppfattar ett hälsosamtal med dess konsekvenser för livssituationen. Patientens uppfattning vad som sägs kan vara påverkat av det faktum att det finns en ökad risk att bli allvarligt sjuk och dess konsekvenser för patientens liv. Hälsosamtalet förbereder patienten på ett pedagogiskt sätt att bli medveten om vad som behöver göras samtidigt som det är viktigt att uppfatta patienten behov av att bli förstörd och även kunna utvärdera graden av motivation för att kunna göra en livsstilsförändring.

Om vi möter patienten där han/hon befinner sig just nu, ges patienten en chans att välja när, vad och hur förändringen skall ske. Visar vårdpersonal engagemang för patientens eventuella sjukdom eller risk kommer det att ge positiv effekt (Villaume et al, 2006).

Genom att undersöka hur information via Internet påverkar patienter och vårdpersonal säger Bylund et al. (2007) i sin studie att det är evidens när vårdpersonal godkänner patientens möjligheter och ger därigenom en ökad säkerhet och självförtroende.

## Medvetenhet

### Tankar om vikten av förbättrad hälsa.

Slutsats är enligt en av studierna att med hjälp av en enkät som skattar riks faktorer samt en folder med arbetsmaterial som patienten under eget ansvar fyller i och arbetar efter kan ge gott resultat för hälsan. Kostnads mässigt ett billigt alternativ till de arbets sätt som bedrivs idag. Denna självskattning stämde även överens med den hälsokurva som sjuksköterskan utförde i livsstilssamtalet. Hälsokurvan kan därför används som en pedagogisk modell för stimulera patienten (Blomstrand et al., 2005).

Bylund et al. (2007) menar att eftersom patienter alltmer kommer att söka information via Internet kommer detta i sin tur att påverka dialogen mellan sjukvårdspersonal och patienter, då patienterna kommer att vara välinformerade och att de kan befinna sig på samma kunskapsnivå som vårdpersonalen. Livsstilssamtalet kan då få ett annat innehåll än idag och det är viktigt att vi inom vården är medvetna om detta. För att kunna möta patienternas behov är det viktigt att förbereda sig för uppgiften.

I Färnkvist et al. (2008) artikel där flera grupper har jämförts med varandra påvisar studien att det behövs ett livsstilssamtal då det är mer effektivt för patienten och att den i sin tur leder till en positiv förändring när det gäller hjärt-kärlsjukdom och diabetes, det vill säga att antalet som insjuknar sjunker. De såg alltså en skillnad i om männen i studien enbart hade gjort en hälsokurva utan livsstilssamtal med sjuksköterska. För att strukturen i samtalet ska bli ännu bättre och vi ska kunna se hälsoeffekter menar Färnkvist att det behövs fler vetenskapliga studier på vad som får patienten att ändra sin livsstil.

Även i Lingfors, Lindström, Persson, Bengtsson, Lissner (2003) studie kunde man finna starka bevis för att de som kunde följas upp efter sitt första livsstilssamtal hade en effekt förutom på en positiv livsstilsförändring även en effekt på BMI, midja stuss index samt serumkolesterol.

Slutresultatet i studien visade att samtal med hälsokurva som guide (hälsoprofil) var effektiva och kunde påverka riskfaktorer. De såg att kombinationen individuell aktivitet och de samhällsaktiviteter som skett i kommunen innan påverkat positivt att människors hälsa förbättrats

I Friberg & Perssons studie (2009) visade man att ett livsstilssamtal har en signifikant inflytande på patienten, resultatet tyder på att tid behöver avsättas till detta preventiva arbete i primärvården för patienter med risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. För patienten betyder det mycket att känna att de är en unik person, att samtalet är på

patientens nivå och att orden är riktade till patienten personligen så att det blir lätt att förstå. Detta för att få en så bra hälsoeffekt som möjligt.

## **Uppvaknande**

Deltagarna kunde känna en viss oro inför besked om ökad risk för sjukdom i framtiden och detta kunde besannas i ett samtal. Dessa besked togs emot olika beroende på deras upplevda hälsa. Livsstilssamtalet var ändå en start för att reflektera över sina vanor. "I was 100% sure of receiving confirmation that was healthy and everything was OK... it took me by surprise..." (Friberg et al, 2009 s 524).

Några av deltagarna kände att deras misstanker blev besannade och det var värre att gå och oro sig än att få veta vad de skulle kunna göra för att förebygga sjukdom.

Medan de som upplevde att de levde ett hälsosamt liv, men ändå hade exempelvis ett högt kolesterol inte visste hur de skulle ändra på sitt liv. De kände också att det inte fanns utrymme i deras liv att förändra mer i deras livsvärld.

De tog inte till sig av livsstilssamtalet, då de var svårt att tro på vad sjuksköterskan sa. De kände också att det inte fanns utrymme i deras liv att förändra mer i deras livsvärld. Å andra sidan kunde de involvera sin familj att följa med cykelutflykter, ta en golfvrienda och på detta sett praktisera sin nya hälsosamma livsstil. En del personer kunde plötsligt härleda varför släktingar hade dött, kopplingen mellan högt kolesterol och hjärt-kärlsjukdomar blev uppenbar. De började reflektera över sambandet mellan sjukdom och hur de levde. De flesta förstod också det viktiga i hereditet för sjukdomar och möjligheten att förebygga dessa i framtiden. Livsstilssamtalet blev ett uppvaknande vilket tvingade dem till att ta ställning till deras livsstil (Friberg et al. 2009).

Bylund et al. (2007) visar att patienten upplevde att vårdpersonal visade respekt och tog deras frågor på allvar när det gällde Internetinformation. Vårdpersonalen gav då även en förklaring när de hade annan åsikt och föreslog problemlösning. Patienten såg också att de fick svar på de frågor de hade och var positivt inställda till en förändring. Medan de patienter som kände att de blev motarbetade och ifrågasatta inte var mottagliga för förändring och de kände sig inte nöjda.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

I en litteraturoversikt ska artiklarna analyseras och jämföras enligt Friberg(2006) genom att välja några aspekter som hör till samma område. Det är svårt att jämföra kvalitativa och kvantitativa resultat annars då de presenteras på olika sätt. Genom att välja ut aspekter som stämde överens med uppsatsens syfte kunde artiklarna jämföras.

Ambitionen var att finna kvalitativa studier men stora svårigheter uppkom då sökningen startade för det aktuella ämnet. I denna studie visar det sig att det inte finns tillräcklig forskning i vad som styr patientens val. Det ser ut som att forskarna förlitar sig på teorier till viss del när man gör sina kvantitativa studier som belyser livsstilsförändringar som lett till mätbart resultat vad gäller riskfaktorer. I efterhand förstår författarna för att hitta vetenskapligt material att studera till vår uppsats, behövt utvidga våra sökningar mer inom psykologi, sjukgymnastik och idrott. Speciellt inom idrottsvärlden tror vi kan finnas mer skrivet om motivation för prestation och till att uppnå resultat. En jämförande studie om livsstilsamtal mellan patient och vårdpersonal och hur elitidrottsmän och kvinnor och deras ledare arbetar är ett exempel på vad som kan studeras. Intervju via enkät eller en narrativ studie kan ge mer information om vilken och hur stark motivationen är. Forsberg och Wengström (2008) menar att det är viktigt att inkludera fler kvalitativa litteraturstudier inom omvårdnad som beskriver patientens upplevelser i vårdsituationen. En systematisk litteraturstudie innebär att det finns ett stort antal studier av god kvalitet som kan leda till ett underlag för kliniska implikationer

Det uppstod svårigheter när författarna började jämföra kvalitativa och kvantitativa resultat då de presenteras på olika sätt i studierna och därmed problematiskt att göra exakta jämförelser.

Författarna inser att det finns en förförståelse hur livsstilssamtal kan se ut och vilken påverkan som sker på individen då det ingår i verksamhetsområdet. Det har då varit särskilt viktigt att vara objektiv i bedömningen av de artiklar som granskades. Kvaliteten på artiklarna har genomgående varit av god kvalitet och följt de vetenskapliga kriterier som krävs. En artikel som inte fullt ut följer dessa är en artikel som är skriven på svenska, inte har det antal sidor som krävs men själva studien som beskrivs i den har relevans för denna studie.

Det finns många olika sätt att närma sig ett problem på. Villaume et al.(2006) valde att genom experimentell studie försöka komma fram till hur livsstilssamtal kan påverka och hur studenters beslut kan påverka vilka val som görs. Det är en viktig information att belysa hur vi som vårdpersonal blir medvetna om vad som kan styra ett livsstilsamtal. Blomstrand et al(2002) prövade en metod med självanalys och att förlita sig på patientens egen förmåga att komma fram till om det fanns riskfaktorer och sedan ta ansvar för sin livsstilsförändring.

## **Resultatdiskussion**

### **Motivation**

I vårt resultat visar det att motivation har en stor betydelse i livsstilssamtalet

Författarna till denna studie har en tro på att vissa patienter har en livsstil som påverkar dem till ohälsa, många av dem påträffas varje dag. En del har en oförmåga att förändra, ofta leder detta till skuld och viss besvikelse hos både patienten och vårdpersonal att inte nå fram till det uppsatta målet. Därför var intresset stort för vad det är som gör att patienterna blir motiverade att förändra sin livsstil. Merparten av de studier som valdes ut, innehöll inte intervjuer av patienternas upplevelse av livsstilssamtalet förutom en kvalitativ artikel som berörde detta ämne. Detta förstärker tyvärr tanken att det inte finns någon evidensbaserad forskning i detta ämne.

Enligt Maslow (1987) styr människan vilka behov som prioriteras och det innebär att de primära behoven behöver tillfredställas först innan nästa steg kan tas. Faskunger (2005) menar att människan klarar av på egen hand att förändra och inte behöver professionell hjälp. Människan ska förlita sig på sin egen kraft. Målen som sätts upp måste också vara rimliga för att kunna genomföras.

Hälsokurva som är ett strukturerat arbetsredskap för att kartlägga riskfaktorer har använt i flera av studierna som författarna av denna studie analyserat. En del bifynd har då kommit fram under tiden och det tyder på att ett strukturerat arbetssätt kan påverka patientens motivation.

Det som togs upp i resultatet om motivation i livsstilssamtalet, har på ett annat sätt studerats i USA, som visar att motivation kan påverkas genom förändringar i miljön. Denna artikel är inte kopplad till livsstilssamtal och därför kunde vi inte ta upp den i resultatet men är ändå intressant för att det finns andra vägar för att nå ett mål. Studien gjordes på grund av att man hade och har stora hälsoproblem hos människor som lider av fetma. Med hjälp av skyltar med motiverande positiva budskap påverka människors val att gå i trappor istället för att ta hissen. Alla som vistades i denna skola under mars-april 2004 observerades via en monitor. Studien delades upp i tre faser. Trappor och hiss övervakades under samma tid från måndag till fredag, tio timmar alla dagar utom fredag som var åtta timmar. Mätning pågick under tre veckor, första veckan (fas 1) övervakade forskarna enbart utan att påverka, under andra veckan (fas två) placerades skyltar med motiverande text vid trappa/hiss att använda trappor istället och för att på sått öka sin hälsa genom fysisk aktivitet. Under tredje veckan (fas tre) togs skyltarna bort. Trappandvändning ökade 18,6 % och resultatet kvarstod även tredje veckan då skyltarna var borttagna. Det visar hur påverkbara vi är, om vi påminns att vi ska förändra så gör vi det men det glöms snart bort. Detta visar att vi även kan påverka människor på andra sätt än livsstilssamtal, vilket är intressant (Ford Allison & Torak, 2008).

Detta överensstämde med andra studier där man undersökt människor som frekvent besöker samma byggnad. Ålder som var lägre och utbildning kan ha påverkat att resultatet blev något högre än andra studier.

Man kan även påverka människors val, motivation genom att göra konstruktiv förändring i en miljö. Det blev resultatet av en studie där man undersökte trapp- och hiss användning på en tunnelbanestation under rusningstid. Markant ökning av trappanvändning om hissar stängdes och en hiss fanns tillgänglig (Faskunger et al, 2005).

För att visa människans påverkbarhet vill författarna till denna studie säga att det tyder på att det behövs olika insatser och metoder för att påverka människors motivation och kan ge effekter som liknar livsstilsamtals genom en annan typ av kommunikation. Internet kommer att ha ett ännu större inflytande i framtiden på den enskilde individen för att få hälsoinformation och stöd för beteendeförändring och därmed påverka människor att välja hälsosammare livsstil. Det står även beskrivet i regeringens proposition för 2007-2008 att genom ord och rörliga bilder ökar möjligheterna för påverkan. Fortfarande finns en stor brist i vetenskapliga utvärderingar men att kunskap om hur information ska användas via media kommer att växa.

Villaume et al. (2006) studie kompletterar övriga studier då det är viktigt att förstå patientens reaktioner likväl som vårdpersonal måste bli medveten om egna kunskaper, kapacitet i att möta svåra situationer i samtalet och skapa grund för lösningar av problem. Framför allt inspirera till att motivera patienten till livsstilsförändring. Genom att använda sig av verklighetsbaserat material i ett dataprogram kunde studenter öva, hur livsstilssamtal genomförs och om patienter reagerar positivt och negativt på deras frågor och svar.

## **Förändring**

Resultatet av vår studie visar att livsstilssamtal är effektivt för patienten och kan leda till positiv förändring.

Betydelsen av livsstilssamtal har sammanlagt fem studier visat att samband mellan livsstilssamtal och hälsoeffekt finns. Även när patienten gör en egen hälsokurva utan uppföljande livsstilssamtal som beskrivs i Blomstrand et al. studie (2002) och Blomstrand et al. (2005) leder det till en förändring i livsstil som är positiv för hälsan.

Färnkivist et al. (2008) visar att de som hade deltagit i denna studie som pågick en längre tid hade en minskad frekvens av plötslig död och diabetes i den gruppen som hade livsstilssamtal, jämfört med dem som inte hade något livsstilssamtal.

Författarna har själv kommit fram till att det finns en risk att patienterna inte inser vad som är sjukdom så som diabetes eller hjärt-kärlsjukdom och konsekvensen av detta är att patienterna inte har svarat korrekt på hennes frågor. Patienterna överskattade kanske också i viss mån sin hälsa.

Det gjordes en studie 2005 i USA där det ansågs att vårdpersonal måste vara närvarande i samtalet, verkligen lyssna på patienterna och inte bara på vad de säger utan även analysera skiftningar i patientens tonläge, forcering i talet och uttryckssätt. Det är också viktigt hur vi visar vårt kroppsspråk, ögonkontakt och hur du säger de första orden. Att bara vara medveten om detta inte är nog, sen måste vi etablera en relation och fånga ögonblicket som patienten befinner sig i. Detta mynnar ut i att patienten går hem hoppfull, nöjd, motiverad och beslutsam för att göra livsstilsförändring. Patienten kommer då inte se experten i den vita rocken, utan en medmänsklig person som kommer att arbeta mot samma mål tillsammans mot en bättre hälsa. (Benedict, 2007)

Vi måste som vårdpersonal låta patienten få tid att tänka efter, förmedla sina känslor men även få tid att bearbeta de förändringar som sker. Det är lätt att som vårdare befinna sig steget före men man behöver komma ihåg att tid för patienten att få reflektera kan bära frukt längre fram. Det är också intressant att veta om livsstilsförändringen består under lång tid. Hur ofta behöver frågan tas upp med patienten för att han/hon ska kunna behålla sin livsstilsförändring och därmed en ökad hälsa? De flesta studier visar att det kanske finns en viss risk för att de som svarade var mer intresserade att förändra sin livsstil genom ett livsstilssamtal och på detta sätt missades en del som verkligen behövde komma igång. Dem som de fångade upp var också i behov av livsstilssamtal och av dessa gjorde många en förändring.

## **Vidare forskning**

Resultatet i denna studie visar att det är en brist att det inte finns tillräcklig med kvalitativa studier i ämnet. Detta är något att tänka på inför kommande studier, då vi ska med en empirisk studie undersöka hur vårdpersonal möter patienter i livsstilssamtal och även se vad som motiverade till förändring.

## **Kliniska implikationer**

- Det finns ett behov att utvärdera vårdpersonalens kunskaper i kommunikation, dagens tidsbrist och ekonomiska förutsättning för effektivt hälsobefrämjande arbete.
- Öka möjligheten till utbildning för sjuksköterskor/distriktssköterskor i motiverande samtal.
- Erbjud fler möjligheter till patienter som besöker primärvården att göra en hälsoprofil på egen hand, och sedan erbjuda livsstilssamtal vid behov.
- Avsätta tid, öka ekonomiska förutsättningar för sjuksköterskor att forska.

## **Konklusion:**

Det är viktigt att sjuksköterskor inom sjukhus och primärvård är medvetna som undervisande, att vi skapar möjligheter för patientens målsättning och att de känner att de kan nå upp till detta.

Vi måste också förstå hälsokorset och inse att patienterna kan befinna sig i olika axlar och att vi ser olika på att vara friska och vara sjuka. Genom att förmedla bekräftelse till patienten och ge stöd i patientens beslut stimuleras hälsoprocessen. Det är även viktigt att sjuksköterska känner ett engagemang och bekräftelse i den vård som utövas. I denna studie har författarna inte funnit någon enhetlig modell för livsstilssamtal för att kunna utvärderas på evidensbaserat sätt och därigenom kunna jämföra med andra

instanser. Det ser olika ut på vårdinrättningarna i det område som författarna är arbetsverksamma och där det inte har använts samma modell för livsstilssamtal eller ingen alls. Det blir då svårt att se och utvärdera vad som gör att patienter förändrar sin livsstil.

. Det är viktigt att sjuksköterska vågar bjuda in patienten till samtal och inte enbart agera resultatnriktat.

Kunskaper om vilken effekt livstilsamtalet har på patientens motivation till förändring kan hjälpa distriktssköterskan i sitt hälsofrämjande arbete vilket i sig kan medföra att patientens motivation till att förbättra sin hälsa ökar och att patientens välbefinnande därmed förbättras.

## REFERENSER

- Benedict, S. (2007-2008). How Practitioners do and don't Communicate, Part 1. *Integrative Medicine* 6:6.
- Blomstrand, A., Pedersen, N., Bengtsson, C. (2002). Primary care inspire patients to prevent self care. *Läkartidningen* 41; 99, 4051-4.
- Blomstrand, A., Lindqvist, P., Enocsson Carlsson, I., Pedersen, N., Bengtsson, C. (2005). Low budget method for lifestyle improvement in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23, 82-87.
- Bylund, C.L., Guegen, J, Sabee, C., Imes, R., Li, Y., Sanford, A. (2007). Provider patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider patient relationship. *Patient Education and Counselling* 66, 346-352.
- Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K., Suserud, B. (2008). *Att förstå vetenskap*. Polen; Pozkal
- Eide, H., Eide, T. (1997) *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (1984) *Hälsans idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (1990). *Vårdandets idé*. Vol. 2 Stockholm; Almqvist & Wiksell.
- Faskunger, J., Nylund, K., Portvliet, E., Rossen, J. (2003). *Scandinavian Journal of Nutrition* 47, 26-28.
- Faskunger, J., Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion - Vägen till hållbar hälsa* Stockholm: Forum Förlag.
- Ford Allison, M., Torak, D. (2008). Motivational signage increases physical activity on a college campus. *Journal of American College Health*, 57, 2.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun; ScandBok AB.
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på medicinsk vårdavdelning*. Doktorsavhandling. Acta Universitatis Gothenburgensis .
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Studentlitteratur.
- Friberg, F., Persson, M. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528.

Färnkvist, L., Olofsson, N., Weinehall, L.(2008). Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*,26;3,135-139.

Isaaks, W. (2000). *Dialogen och konsten att tänka tillsammans* .Stockholm: Bookhouse Publishing AB.

Lingfors, H., Lindström, K., Persson, LG., Bengtsson, C ., Lissner, L.(2003). Lifestyle changes after a health dialogue. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 248–252.

Lingfors, H, Wentzel, D.(2004). *Vanans makt*. Solna: Abbot Scandinavia AB.

Maslow A., (1987). *Motivation and Personality*. Third Edition, USA ;Copyright by Harper Row, Publiscers ,Inc.

Pilhammar Andersson, E., Bergh, M., Friberg, F., Gedda ,B., Häggström ,E.(2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur

Thornquist, E. (2001) *Kommunikation i kliniken* Lund: Studentlitteratur

Wiklund, L(2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, Stockholm; Natur och Kultur

Villaume, W. Berger, B., Barker, B., (2006). Learning Motivation interviewing: Scripting a Virtual Patient. *American journal of pharmaceutical education* 70(2):33.

### **Elektroniska källor:**

Folkhälsoinstitutet(2009). *Levnadsvanors betydelse för hälsan*. . Hämtad 14 april 2009, från [.www.fhi.se](http://www.fhi.se)

Folkhälsoinstitutet(2009). *Motiverande samtal en evidensbaserad metod som hjälper människor till livsstils förändring*. Hämtad 14 april 2009, från [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

Hälsokurva Habomodell (2007). Hämtad 15 april 2009, från <http://www2.fhi.se/upload/ar2007/Ovrigt%202007/Halsoframjande/%C3%85H%20H%C3%A4lsokurvan%20FHI%202007-09-14.pdf>.

Landstinget Jönköpings län (2009). *Hälsokurvan* Hämtad 15 maj 2009, från <http://www.google-hälsokurvan HABO/hälsokurva>.

Nationalencyklopedin. Uppslagsverk via Internet.  
Hämtad 8 mars 2009, från  
<http://www.ne.se/>

Regeringens proposition (2007). *Folkhälsa utifrån individen*.  
Hämtad 8 mars 2009, från  
[http://www.regeringen.se//regeringens proposition 2007-08;110](http://www.regeringen.se//regeringens%20proposition%202007-08;110) .

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska*.  
Hämtad 8 februari 2009, från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Världshälsoorganisationen.[WHO].  
Hämtad 8 mars 2009, från  
<http://www.ne.se/> världshälsoorganisationen

## Bilaga 1

### Översikt av analyserad litteratur

	Perspektiv	Problem och Syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Hälsoprofil hjälper patienten att själv analysera sina riskfaktorer.</p> <p><b>Författare:</b> Blomstrand, A., Pedersen, N., Bengtsson, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Läkartidningen</p> <p><b>Årtal:</b>2002</p>	Vård - perspektiv	Finna arbetsmodell för livsstilsarbete som kan användas under knappa ekonomiska förhållanden och är baserad på åtgärdbara livsstilsfaktorer än på biologiska riskfaktorer som kräver mätinstrument	Kvantitativ metod. Screening av 680 patienter män, kvinnor 18-65 år under två månader på vårdcentral. Sju frågor om livsstil samt två frågor om hereditet för hjärt-kärlsjukdom +erbjudande att göra en hälso - kurva på egen hand(360 pat.)	Låg motionsnivå(76 % samt felaktig kost(68 %)stress, psykisk ohälsa 54 %, intag av alkohol 52 %. Midja/stusskvot ökad av 75 %."Rätt" personer valde att göra en hälsoprofil
<p><b>Titel:</b> Low-budget method for lifestyle improvement in primary care</p> <p><b>Författare:</b> Blomstrand, A., Lindqvist, P., Enocsson Carlsson, I., Pedersen, N., Bengtsson, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Scandinavian Journal of Primary Care</p> <p><b>Årtal:</b>2005</p>	Vård - perspektiv	Har patienter med riskfaktorer för utveckling av hjärt-kärlsjukdom nytta av en självadministrerande hälsokurva och lyckas man finna dem genom att använda detta arbetssätt?	Kvantitativ metod Män, kvinnor 18-65 år som besökte vårdcentral vardagar kl 9-12. Enkät med frågor om kost: fett-fiberinnehåll, motion, alkohol, tobak, vikt. En fråga om hereditet hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Även en fråga om motivation för att göra en livsstilsförändring skattad enligt VAS	Självadministrerad hälsokurva med patientens eget ansvar kan användas för prevention i primärvård och ger positiva effekter på patientens livsstil
<p><b>Titel:</b> Lifestyle changes after a health dialogue</p> <p><b>Författare:</b> Lingfors, H., Lindström, K., Persson, L-G, Bengtsson, C., Lissner, L.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Scandinavien Journal of Primary Health</p>	Vård- perspektiv	Utforska effekten av livsstilssamtal och för att utvärdera om livsstilsförändring leder till en minskning av de biologiska riskfaktorerna för	Kvantitativ metod. Tvärvetenskaplig studie av män i 35 årsåldern under åren 1989-1992. Hälsounder sökning erbjöds invånarna i Habo	Effektivt att kombinera kommun - intervention tillsammans med individuellt livsstilssamtal. Påverkar positivt livsstilsfaktorer och

<p>Care <b>Årtal:</b> 2003</p>		<p>hjärt-kärlsjukdom</p>	<p>kommun kallad Life for life och som kombinerades med livsstilssamtal av sjuksköterska som använde hälsokurva som arbetsverktyg</p>	<p>biologiska riskfaktorer</p>
<p><b>Titel:</b> The dramatic encounter; experience of taking part in health conversation <b>Författare:</b> Persson, M., Friberg, F. <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing <b>Årtal:</b> 2009</p>	<p>Patient perspektiv</p>	<p>Beskriva patientens upplevda erfarenhet av ett livsstilssamtal och som hade fått besked om ökad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom</p>	<p>Kvalitativ metod för att undersöka patientens livsvärld Femenologisk analys av patientens skrivna berättelse och sedan följd av en intervju med öppna frågor</p>	<p>Sjuksköterskan måste bli medveten om patienter olika uppfattning och mottagande av information som gäller deras livssituation. Förberedd och pedagogiskt medveten sjuksköterska och lyhördhet krävs för att kunna beräkna patientens motivation till livsstilsförändring.</p>
<p><b>Titel:</b> Provider-patient dialogue about Internet health : An exploration to improve the provider-patient relationship information <b>Författare:</b> Bylund, C., Gueguen, J., Sabee, C., Imes, R., Li, Y., Sanford, A. <b>Tidskrift:</b> Patient Education and Counseling <b>Årtal:</b> 2003</p>	<p>Patient perspektiv</p>	<p>Undersöka patienters erfarenhet och upplevelse av vårdpersonalens bemötande i ett livsstilssamtal där patienten har införskaffat kunskap om hälsa innan från Internet</p>	<p>Kvantitativ metod. 920 patienter deltog och hade på egen hand skaffat sig kunskaper om hälsa via Internet och inom tolv månader hade haft ett samtal med vårdpersonal angående detta. Dessa patienter fick sedan frågor angående utgången av livsstilsamtalet. Frågorna var följande: Uppfattning/ upplevelse av samtalet samt hur mötet och kommunikation</p>	<p>Studien visar att patienten upplevde att vårdpersonal som visade respekt och tog deras frågor på allvar när det gällde Internet- information upplevde en större tillfredsställelse minskad oro. Ifrågasatta patienter var inte motiverade till förändringar</p>

			med vårdpersonalen var. Man använde sig av ett databaserat kodsystäm IHDAS	
<p><b>Titel:</b> Did Health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening.</p> <p><b>Författare:</b> Färnkvist, L., Olofsson, N., Weinehall, L.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Scandinavian Journal of Primary Health Care</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p>	Vård - perspektiv	För att studera hur potentiell hälsoscreening är med eller utan livsstilsamtal med tanke på risk att insjukna och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom och diabetes . Försöka bevisa vikten av förebyggande arbete	<p>Två tvärvetenskapliga studier under elva år</p> <p>I den första studien: Män 402 stycken födda 1934-44, eller 1954 gjorde en hälsoscreening (enkät) 1989 för hjärt-kärlsjukdom.</p> <p>I den andra studien 415 män i samma ålder fyllde i enkät år 2000. Man jämförde även två grupper som hade eller inte hade livsstilssamtal</p>	Hälsoscreening som kombineras med ett livsstilsamtal är mer effektivt än utan samtal. Gruppen som även hade haft livsstilssamtal visade en lägre frekvens av hjärt-kärlsjukdom och diabetes elva år efteråt. Hur man använder den motiverande delen i samtalet behöver studeras mer i framtiden

<p><b>Titel:</b> Learning Motivational Interviewing: Scripting a Virtual patient</p> <p><b>Författare:</b> Villaume, W Berger, B, Barker B</p> <p><b>Tidskrift:</b> American Journal of Pharmaceutical Education</p> <p><b>Årtal:</b>2006</p>	<p>Vård - perspektiv</p>	<p>Syftet med studien var att få studenter som studerar farmakologi att förstå hur de skulle motivera patienter för medicinering och livsstilsförändring när patienter känner sig ambivalenta eller omotiverade. Visa hur motiverande samtal skiljer sig åt från traditionell rådgivning och genom detta lära sig vad som fungerar och inte då det fanns för lite av detta sedan tidigare</p>	<p>Både en kvalitativ och en kvantitativ metod, experimentell. Genom att skriva ett manuskript/pm och utgå från en verklig patients kommentarer och svar för arbetsmodell som specificerade texten från den virtuella patientens svar och med fokus på ambivalens och motstånd. Fem principer användes för att påverka motivation för behandlingsmål och livsstilsförändring: Roll with resistance, express empathy, avoid argumentation, develop discrepancies and support self - efficacy</p>	<p>Den kvalitativa analysen visade olika resultat. Dels dataproblem, för mycket studietid som gick åt men trots det tyckte studenterna som deltog att de fick en ökad insikt, kunskap och intresse för motiverande samtal och även ett ökat självförtroende. De såg även möjligheter att använda denna metod i framtiden. Kvantitativ analys visade att studenterna hade bättre resultat på dialogbaserade frågor och motiverande samtal än övriga frågor som ingick i deras examination</p>
---	------------------------------	---	---	--