

**MOTIVERANDE SAMTAL VID DEPRESSION OCH ÅNGEST
HOS VUXNA
En litteraturöversikt**

**MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR DEPRESSION AND
ANXIETY IN ADULTS
A literature review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2021-01-25
Kurs: K54
Författare: Karin von Essen
Författare: Jeanette Lind

Handledare: Linda Gellerstedt
Examinerande lärare: Maria Wahlström

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Allt fler människor upplever ett försämrat psykiskt välmående och drabbas av psykisk ohälsa. I Sverige står psykisk ohälsa bakom den största anledningen till långtidssjukskrivningar. Sjukdomstillstånd som depression och ångest orsakar stort lidande både för individen, men får också stora konsekvenser för samhället i form av minskad produktivitet och ökade kostnader. Sjuksköterskans arbete att främja hälsa och minska lidande möjliggörs av ett personcentrerat synsätt där patienten med sin unika berättelse står i fokus. Att respektera patientens livsberättelse och autonomi är förenligt med samtalsmetoden Motiverande samtal (MI) där målsättningen är att framkalla livsstilsförändringar hos patienten på ett empatiskt och respektfullt sätt.

Syfte

Syftet var att beskriva betydelsen av motiverande samtal vid ångest och depression hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv

Metod

En icke-systematisk litteraturoversikt genomfördes och baserades på 15 vetenskapliga artiklar av kvantitativ och kvalitativ design. Artiklarna eftersöktes med hjälp av relevanta sökord i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO för att därefter kvalitetsgranskas med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag. Vidare analyserades artiklarna med hjälp av integrerad analysmetod som resulterade i en sammanställning av tre övergripande kategorier.

Resultat

Som resultat av litteraturoversikten framträdde tre kategorier; *resultat av MI i samband av depression och ångest, partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd* samt *förutsättningar för att MI ska fungera*. MI är en metod under utveckling och resultaten visade på varierande betydelse och utfall huruvida MI fungerar för både patient, terapeut, organisation samt för samhället i stort.

Slutsats

Slutsatsen är att MI tyder på att kunna användas för att lindra vissa ångest- och depressionssymtom samt för att framkalla motivation till livsstilsförändringar hos patienter. Däremot är metoden inte alltid framgångsrik. Resultatet tyder vidare på att MI som metod passar väl ihop med personcentrerad vård som kan stärka sjuksköterskans arbete i att skapa en god och jämlik allians med patienten.

Nyckelord: Depression, Motiverande Samtal (MI), Omvårdnadsperspektiv, Personcentrerad vård, Ångest

ABSTRACT

Background

An increasingly larger part of the population is experiencing a decline in psychological wellbeing, and more people are suffering from mental illness. In Sweden mental illness is the largest reason for long-term sickness leave. Conditions such as depression and anxiety cause suffering for the individual, but are also the reason behind reduced productivity and rising costs for the society. The nurse's work to promote health and ease suffering is strengthened by person-centered care where focus lies in the patient's unique narrative. Respect for the patient's narrative and autonomy is compatible with the motivational interviewing-method, where the objective is to elicit change towards healthy lifestyle behaviours in an empathic and respectful way.

Aim

The aim was to describe the importance of motivational interviewing for depression and anxiety in adults from a nursing perspective.

Method

A non-systematic literature review was conducted and based on 15 scientific articles of both quantitative and qualitative design. The articles were searched for using the relevant keywords in the databases PubMed, CINAHL, PsycINFO and then quality examined with Sophiahemmet University's quality framework. Furthermore, the articles were analyzed using an integrated analysis method which resulted in a collection of three categories.

Results

As a result of the literature review three categories appeared; *results of MI in treatment of depression and anxiety*, *partnership in MI as a nursing measure* and *prerequisites for MI to work*. MI is a relatively new method and the results show varying results regarding meaning and outcome for both patient, therapist, organisation and society at large.

Conclusions

The conclusion suggests that MI can be used to ease certain anxiety and depressive symptoms, and also to elicit motivation for lifestyle changes in patients. However, the method is not always successful. The result does however suggest that MI fits well together with person-centered care which is beneficial in the nurse's work in creating a strong and equal alliance with the patient.

Keywords: Anxiety, Depression, Motivational Interviewing, Nursing, Patient-Centered Care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsa och psykisk hälsa.....	1
Psykisk ohälsa	2
Motiverande samtal	6
Sjuksköterskans ansvarsområde	7
Teoretisk utgångspunkt – Personcentrerad vård	8
Problemformulering	10
SYFTE	10
METOD	10
Design.....	10
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Kvalitetsgranskning.....	14
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden	16
RESULTAT	17
Resultat av MI som behandlingsmetod i samband med behandling av ångest och depression.....	17
Partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd.....	19
Förutsättningar för att MI ska fungera	21
DISKUSSION	23
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	26
Slutsats	31
Självständighetsdeklaration.....	32
REFERENSER	33

BILAGA A-B

INLEDNING

Utvecklingen i samhället pekar på att allt fler personer upplever ett sämre psykiskt mående. Sjuksköterskor möter dessa personer, - barn, ungdomar, vuxna och äldre i livets alla skeden, både i öppen- och slutenvård. Mot bakgrund av den ökade psykiska ohälsa är det av yttersta vikt att vårdpersonal besitter kunskap och kompetens för att på bästa sätt bemöta dessa personer. Denna litteraturöversikt har för avsikt att beskriva hur motiverande samtal (MI) ur ett omvårdnadsperspektiv kan användas i samband med behandling av ångest och depression hos vuxna, för att på så sätt minska lidandet hos den enskilde individen och den belastning som ohälsan medför på hälso- och sjukvården och samhället.

Ämnesvalet för denna litteraturöversikt valdes utifrån författarnas, både professionella och privata, intressen och erfarenheter av psykisk ohälsa, samt en önskan om att stå bättre rustade inför framtida utmaningar i yrket.

BAKGRUND

Hälsa och psykisk hälsa

I Världshälsoorganisationens (WHO) konstitution från 1948 beskrivs hälsa som “ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom och svaghet” (WHO, 2006). Tidigare ansågs denna definition som bred och progressiv då den innehöll mer än bara motsatsen till somatisk sjukdom. Den har däremot inte uppdaterats sedan dess uppkomst. Förslag till förändringar diskuteras, och då speciellt ordet *fullständigt* då det anses alltför resolut (Huber et al., 2011).

Psykisk hälsa (på eng; mental health) definieras som ett tillstånd inte bara fritt från mental sjukdom, utan också där individen inser sina egna förmågor, tål vardagliga stressfaktorer och kan arbeta och bidra till samhället (WHO, 2018). Definitionen är omdebatterad, då det finns farhågor om att missförstånd kan uppstå kring att enbart positiva känslor och beteenden är motsatsen till psykisk ohälsa. Ett normalt människoliv rymmer perioder av sorg, ilska, sjukdom och olycka, vilket inte bör betraktas som psykiskt ohälsosamt. Negativa känslor är en del i ett helhetsperspektiv där de tillsammans med positiva känslor utgör ett större välbefinnande och hälsosamt beteende (Galderisi et al., 2015). Försök har gjorts till mer allomfattande definitioner som tar hänsyn till olika typer av välbefinnande; emotionellt, psykologiskt och socialt (Keyes, 2014). Det emotionella innehåller livslust, lycka och tillfredsställelse. Det psykologiska beskriver övergripande positiva känslor gentemot ens egna personlighet såsom upplevelsen av att kunna hantera sitt dagliga liv, ha värdefulla relationer och vara nöjd med sitt liv i stort. Det sociala avser i sin tur ett inkluderande av individen i samhället, tron på att individen tillför något samt har en förståelse för hur samhället är uppbyggt och fungerar. Även dessa tre vidare definitioner genererar farhågor kring att det endast är positiva känslor och egenskaper, och samhällelig delaktighet som lyfts fram och därmed riskerar att exkludera grupper och individer som redan har svårigheter att känna sig delaktiga i samhällskontexten (Galderisi et al., 2015). Till dessa potentiellt exkluderade grupper hör exempelvis migranter, minoriteter och även ungdomar. De här grupperna riskerar eventuellt att tillskrivas psykisk ohälsa som de i själva verket kanske inte upplever, men likväl definieras som, då de inte faller inom den vedertagna definitionen av psykisk hälsa (Galderisi et al., 2015).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är idag ett omfattande hälsoproblem som enligt WHO står för totalt 13 procent av den globala sjukdomsördan (WHO, 2011). Vidare tycks problemen inte förbättras, utan snarare, försämrats. Depression förutspås år 2030 bli den största orsaken till sjukdom i världen. Ansträngningarna att vända denna trend är därtill otillräckliga då Förenta Nationerna (FN) påpekar att inga av dess medlemsländer investerar tillräckliga ekonomiska medel för att tackla de växande problemen av psykisk ohälsa (WHO, 2011). Psykisk ohälsa har börjat uppmärksammas av ledare runt om i världen och främjandet av mental hälsa har sedan 2015 inkluderats i FN:s reviderade globala mål (WHO, u.å.). Detta kommer kräva stora ekonomiska investeringar (Chisholm et al., 2016). Investeringarna torde inte vara förgäves ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, då kostnaderna för psykisk ohälsa globalt år 2030 förutspås uppgå till mer än 16 miljarder amerikanska dollar. Ett av problemen med den psykiska ohälsans höga samhällskostnad är dess tidiga debut hos en annars relativt ung och arbetsför befolkning i och med produktionsbortfall. Globalt beräknas fler än 12 miljarder arbetsdagar försvinna årligen till följd av just psykisk ohälsa (Patel et al., 2018).

I Sveriges räknas psykisk ohälsa som ett av våra stora folkhälsoproblem, och utgör den största delen av alla långtidssjukskrivningar (Skärsäter, 2019; Vingård, 2020). Den svenska definitionen av psykisk ohälsa innefattar många tillstånd som varierar i allvarlighetsgrad och duration, där allt från lätt nedstämdhet till depression och schizofreni inkluderas (Folkhälsomyndigheten, 2019). Svårigheter att skilja vanliga känslotvingar från psykiska besvär, avgörs med bedömning av varaktighet av tillstånden och i fall individens funktionsförmåga är nedsatt samt i vilken omfattning. Varje psykiatrisk diagnos kräver att flertalet specifika kriterier ska vara uppfyllda. Dessa kriterier varierar mellan de olika sjukdomstillstånden (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Depression och ångest

Förstämningssyndrom är den sammanfattande benämningen av tillstånd som relaterar till förändringar i stämningläget, hit tillhör depressivt syndrom och bipolär sjukdom (Skärsäter, 2019). Det depressiva syndromet innefattar ihållande depression (dystemi) och egentlig depression samt subgrupper såsom melankoli och årstidsbunden depression. *Egentlig depression* beskrivs enligt American Psychiatric Associations (APA) handbook, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), som ett tillstånd där patienten uppvisar nedstämdhet och/eller klart minskat intresse eller glädjelöshet (APA, 2014). Denna handbok, DSM-5, är också vad svenska läkare utgår ifrån för att sätta diagnos. För att uppfylla de diagnostiska kriterierna krävs att patienten därtill har minst fyra av följande symptom; betydande viktuppgång eller nedgång, sömnstörningar, antingen psykomotorisk rastlöshet eller hämning, svaghetskänsla eller brist på energi dagligen, känslor av att vara värdelös eller överdrivna skuldkänslor, hämrad kognition eller obeslutsamhet alternativt återkommande tankar på döden, självmordstankar, självmordsplaner eller självmordsförsök (APA, 2014). Vidare ska den samlade symtombilden leda till lidande eller funktionsnedsättning hos individen och får inte bättre förklaras av en annan somatisk sjukdom eller vara en direkt konsekvens av missbruk. Egentlig depression kan därefter delas in i tre underkategorier; lätt, medelsvår och svår. Denna klassificering beror på graden av funktionsnedsättning hos patienten (APA, 2014).

Enligt APA (2014) definieras ångest som en fysiologisk kroppslig reaktion, som upplevs som rädsla, oro eller ängslan hos personen, och inte står i rimlig proportion till den situation som utlöste känslan. Ångest är i sig inte patologisk såvida den inte leder till funktionshämning, avsevärt lidande eller direkta beteendeförändringar med avsikten att undvika ångestframkallande situationer hos en individ. DSM-5 skiljer på rädsla och ångest genom att den förra beskrivs som reaktion på något som har hänt, medan den senare är en oro för någonting som eventuellt kommer att hända (APA, 2014).

För att underlätta diagnostiken kring depression och ångest används skattningsinstrument i form av frågeformulär med frågor som täcker symptomen och duration (Bech, 2006). Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Beck Depression Inventory (BDI) och Patient Health Questionnaire (PHQ) är de vanligaste i såväl kliniskt arbete som i forskningssammanhang (Bech, 2006; Jha et al., 2019).

Etiologi

Orsak till depression tros vara 30-40 procent ärftlighet och 60-70 procent påverkan av miljö (Saveanu & Nemeroff, 2012). Miljöfaktorer kan innefatta mobbning, beroendeframkallande drogmissbruk, mental stress, social avvikelser, tillbakadragande och andra former av minskad kommunikation (Nabeshima & Kim, 2013). Depression är även vanligt förekommande vid allvarigare somatiska sjukdomar såsom traumatiska hjärnskador, stroke, Parkinsons sjukdom och multipel skleros (Conroy et al., 2020). Kvinnor har dubbelt så stor risk att drabbas av depression som män, orsaken till detta är dock inte klarlagd (Nemeroff, 2020). Efter första insjuknandet i depression är risken hög att någon gång återinsjukna, speciellt om ärftlig komponent föreligger (Skärsäter, 2019).

Ångest kan delas in i olika kategorier beroende på utlösande faktorer: separationsångest, generaliserad ångest, ångest som uppträder i attacker, situationsbunden ångest (fobi), tvångssyndrom, ångest utlöst av identifierbara psykosociala stressorer, läkemedel och missbruk som orsakar ångest (von Knorring et al., 2015). Även vårdbesök och hospitalisering kan framkalla ångest och stress där patienten känner oro inför vad som ska ske och detta i sig kan påverka rehabilitering och återhämtning efter vårdtiden (Baldwin & Spears, 2019).

Komorbidityten mellan ångest och depression anses vara väldigt hög och vid vårdkontakt för ena tillståndet borde även det andra undersökas (Lamers et al., 2011). Detta anses extra viktigt då patienter med kombinerad ångest och depression visar sig vara än mer sårbara och symptomen har högre svårighetsgrad och varaktighet.

Prevalens

Depression beskrivs som en av de vanligaste sjukdomar i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2019). Var femte person har någon gång i livet diagnostiserats och nästan dubbelt så många kvinnor som män insjuknar. Sedan 2006 har förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat i hela befolkningen med 25 procent där den största procentuella ökningen skett bland barn och unga (Socialstyrelsen, 2019a). Vidare beskrivs att den största andelen som hämtat ut antidepressiva läkemedel är populationen över 85 år: en tredjedel av alla kvinnor samt dryg en femtedel av männen. Samtidigt anses bristfällig tillgång till psykologisk behandling vara ett problem, som sträcker sig över åldersgrupperna, vilket leder till ökad användning av farmakologisk behandling (Socialstyrelsen, 2019a).

I den nationella folkhälsoenkäten 2018 beskriver 39 procent av den svenska befolkningen att de någon gång upplevt ångestproblematik, varav sju procent med svåra besvär (Folkhälsomyndigheten, 2019). Vidare beskrivs att tillstånden är vanligare i yngre ålder och gruppen 16–29 åringar stod för drygt hälften av alla som uppgav sig ha ångestbesvär. Fler kvinnor är drabbade av ångest än män, i både kategorierna lätta och svåra besvär (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Behandling

Enligt Häggström och Magnil (2015) är inte depression ett enda tillstånd utan det har olika ansikten och uttryckssätt. Lindriga depressioner behandlas ofta med psykoterapi, och enligt de nationella riktlinjerna, främst med Kognitiv Beteendeterapi (KBT) (Häggström & Magnil, 2015). KBT är en psykologisk behandling som framkallar förändring hos patienten genom att låta den exponeras för det som upplevs svårt och med det försöka ändra negativa vanor, tankemönster och beteende (Thoma et al., 2015). Behandlingen stärker patientens egna förmåga att hjälpa sig själv och hantera sina problem. KBT kan även erbjudas online i en internetbaserad version där patienten ofta får svar av terapeuten via e-post, telefon eller korta personliga möten (von Knorring et al., 2015). Medelsvåra depressioner kan behandlas både med antidepressiva läkemedel, oftast inledningsvis ett läkemedel ur gruppen Selektiva Serotoninåterupptagshämmare (SSRI), alternativt med KBT. SSRI är en grupp läkemedel som ökar serotonerg aktivitet genom att minska återupptaget av substansen mellan nervceller i hjärnan, vilket ger en antidepressiv och ångestlindrande effekt (Machado-Vieira et al., 2010). SSRI kan under de första behandlingsdagarna förvärra symtomen och är därför viktigt att följa upp och utvärdera effekten och eventuella biverkningar (von Knorring et al., 2015). Svåra depressioner behandlas med en kombination av både antidepressiva läkemedel och KBT vilket visar god effekt. Vid de svåraste fallen rekommenderas elektrokonvulsiv terapi (ECT), där ett epileptiskt anfall framkallas med hjälp av elektrisk temporal stimulering under narkos och leder till snabb antidepressiv behandlingseffekt (Häggström & Magnil, 2015). Det diskuteras huruvida ECT borde ges tidigare i depressionsförloppet för att minska patientens utdragna lidande och snabbare uppnå symtomfrihet (Kellner et al., 2020). Symtomfrihet är behandlingsmålet vid depression vilket definieras kliniskt vid en MADRS-skattning under 10 poäng (Häggström & Magnil, 2015). Detta är av vikt för att undvika återfall eller risk för utveckling av kognitiva funktionsstörningar som nedsatt stresstolerans och koncentrationssvikt vilket ofta leder till långtidssjukskrivning (Häggström & Magnil, 2015).

Vid lindriga ångestsymtom kan i första hand egenvård såsom fysisk aktivitet och självhjälplitteratur diskuteras med patienten som en initial behandlingsmetod (von Knorring et al., 2015). För allvarigare ångesttillstånd används psykoterapeutisk och/eller farmakologisk behandling med KBT och SSRI (von Knorring et al., 2015). Stöd finns även för effektiv ångestdämpning med hjälp av läkemedelsgruppen bensodiazepiner, däremot används dessa endast vid akuta kriser och inte som långtidsbehandling då det finns stor risk för beroende- och toleransutveckling (von Knorring et al., 2015).

Vidare ökar fältet på nya experimentella metoder och behandlingar för att minska psykisk ohälsa som inkluderar exempelvis: nutrition, D vitaminbehandling, hund- och hästterapi och meditation (Adan et al., 2019; Föcker et al., 2018; Young & Horton, 2019; González-Valero et al., 2019).

Att leva med depression och ångest

Psykisk ohälsa påverkar personer på olika och individuella sätt men gemensamt är ofta den depressiva upplevelsen (Skärsäter, 2019). Familjeliv och arbete som tidigare gett personen en självkänsla och identitet förändras, och situationer som tidigare upplevts som helt ordinära kan nu upplevas som misslyckanden. Detta kan leda till känslor av förlust av kontroll samt minskat värde och självkänsla (Ahlström et al., 2010; Skärsäter, 2019). Det är heller inte bara personen med sjukdomen som drabbas, närstående påverkas också i hög grad.

Depression påverkar livskvaliteten hos individen på olika sätt, en person som tidigare haft energi och kraft kan plötsligt befinna sig i en livssituation där den inte klarar av att sköta sina vardagliga göromål som innan insjuknandet inte alls upplevts som problematiska (Skärsäter, 2019). Livet påverkas på ett förlamande sätt och den drabbade individen förlorar kontrollen över sitt eget liv. Både sömn och aptit kan påverkas, likaså förmågan att upprätthålla sin normala koncentration. En stor påverkan för den deprimerade är den negativa effekten på minnet som kan uppkomma och upplevas som skrämmande (Skärsäter, 2019). Försämring av den normala kapaciteten som även innefattar beslutstagande och förmågan att visa kärlek och ömhet kan skapa problem i det sociala livet och ger sig även uttryck i att individen inte orkar vara fullt närvarande och aktiv (Ahlström et al., 2010). Ofta behöver den deprimerade personen välja enkla och icke krävande val och lösningar i sitt liv vilket kan skapa påfrestningar och klagomål från personer i dennes närhet. Att känna sig otillräcklig och vara den som sviker andra människor leder till att individen ofta skuldbelägger sig själv vilket är vanligt förekommande hos personer med depression (Ahlström et al., 2010). Denna negativa känsla kan även utvecklas till att individen upplever sig själv som värdelös, oengagerad och obegåvad. En ständig oro över sina egna brister och svagheter kan leda till suicidtankar, vilket i sig också kan upplevas väldigt smärtsamt och skrämmande (Ahlström et al., 2010).

När ångesten blir så påtaglig att den påverkar individens funktionsförmåga i vardagslivet finns det grund för att den ska diagnostiseras (Sjöström & Skärsäter, 2019). Ångesten kan få som konsekvens att den försvagar normalt mänskligt fungerande där både yrkesliv och socialt liv påverkas negativt (Hurtado et al., 2020; Sjöström & Skärsäter, 2019). Personer med ångest kan uppleva svårigheter att prestera i sitt arbete vilket leder till att de ofta behöver sjukskriva sig eller pensionera sig i förtid. Vidare beskrivs en upplevd stigmatisering kring ångest vilket förvärrar symptomen. Att leva med ångest kan skapa frustration i nära relationer då många upplever att de saknar stöd och förståelse över sin sjukdom från familj, vänner och kollegor (Hurtado et al., 2020). Personer kan känna att de inte blir tagna på allvar och att deras ångestproblematik förminskas. Svår ångest kan även framkalla dödsönskningar eller suicidhandlingar (Sjöström & Skärsäter, 2019). Det förekommer att patienter söker vård för somatiska besvär såsom huvudvärk och sömnsvårigheter, men orsaken till dessa kan i själva verket vara relaterade till ångest (Sjöström & Skärsäter, 2019). Tillika kan en patient uppleva en panikattack som ett tecken på en allvarlig sjukdom och söker då vård för exempelvis problem med hjärtat. Samtidigt har patienter med ångestsyndrom en stor överdödlighet och högre risk att utveckla somatiska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, hypertoni, stroke och gastrointestinala sjukdomar (von Knorring et al., 2015; Sjöström & Skärsäter, 2019).

Ibland har patienter otillräcklig kunskap om sin sjukdom och hur symtomen kan lindras (Hurtado et al., 2020). Behandling med psykoterapi främjar denna kunskap och med hjälp av hemuppgifter blir den lättare applicerbar i patientens vardagliga liv och därmed stärks

förmågan att motverka ångesten och minska lidandet. Dessvärre är patientgruppen inte alltid följsam till rekommendationer om förändrade beteendemönster vilket då försvårar arbetet för terapeuten (Hurtado et al., 2020).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som utvecklades av William Miller och Stephen Rollnick 1983. Metoden har sina rötter i psykoterapi och kom till som ett svar på de mer konfronterande metoder som var aktuella på 70- och 80-talen (Jackman, 2012). MI har visat lovande resultat vad gäller flertalet livsstilsförändringar och beroendeproblematik (Arkowitz & Westra, 2009). I Sverige rekommenderar Socialstyrelsen att MI används i samband med rådgivning och behandling av frågor som rör alkohol, tobak, spel, droger, kost och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2019b). Förutom inom hälso- och sjukvården är metoden vanlig inom skola, psykiatri, socialtjänst samt inom kriminalvården där frågor rörande motivation och beteendeförändring är vanligt förekommande. MI kan användas i olika situationer; dels som en fristående behandling, men även som komplement till andra behandlingsformer, till exempel KBT. Den kan användas som en initial intervention för att sedan påbörja en längre behandling, men också med fördel när det uppstår problem med motivation under en pågående behandlingsperiod (Arkowitz & Westra, 2009). Det finns viss evidens att MI också visat sig vara effektivt i gruppssammanhang och i familjekonsultationer samt förmedlat som text via databaserade interventioner och uppföljningar (Miller & Rollnick, 2013). Dessa metoder är dock under utveckling och vidare forskning krävs. MI som behandling förmedlas dock oftast i "en-till-en-situation", där patienten och terapeuten möts i en samtalsbehandling (Miller & Rollnick, 2013). Terapeuten är en person med utbildning i MI, och kan tillhöra olika yrkeskategorier såsom sjuksköterska, läkare, kurator, psykolog, vårdare eller lärare. I Sverige ingår MI som en obligatorisk del i distriktssköterskeutbildningen, samt också i vissa högskolors sjuksköterskeutbildning (Socialstyrelsen, 2019b). Övriga yrkeskategorier kan skaffa sig utbildning i MI genom olika utbildningsanordnare. I Sverige finns Motivational Interviewing Network of Trainers-Nordic (MINT-Nordic) som har utfärdat rekommendationer för vad utbildningen bör innehålla, samt hur lång den bör vara (Socialstyrelsen, 2019b). Vanligtvis är grundutbildningen 3-4 dagar lång, och efterföljs av fortlöpande handledning och återkoppling.

Målsättningen är att terapeuten ska hjälpa till att framkalla patientens lust till livsstilsförändringar. Detta görs genom att identifiera vad som kan vara motiverande strategier till förändring (Miller & Rollnick, 2013). Metoden är i grunden empatisk och personcentrerad och utgår helt ifrån patientens egna önskningar och val. Terapeuten följer ett särskilt förhållningssätt och speciella kommunikationstekniker används med målsättningen att etablera ett partnerskap. Betoning läggs på att vara accepterande och skapa möjlighet för patientens självbestämmande (Holm Ivarsson, 2017). Till att börja med så handlar det om att skapa ett arbetsklimat som främjar att terapeut och patient har förutsättningar att gemensamt undersöka och finna den lösning som är bäst för patienten. Detta sker genom att terapeuten börjar med att be om lov att få ta upp ämnet, och sedan reflektivt lyssnar. Reflekterande lyssnande hjälper individen att hitta en mening i sitt eget resonemang, och på så sätt finna strategier för att hjälpa sig själv (Arkowitz & Westra, 2009).

Terapeuten måste samarbeta med patienten och få hen att känna sig accepterad, där målet är att locka fram förändringsprat hos patienten (Miller & Rollnick, 2013). Ett sätt att uppnå detta är att terapeuten ställer så kallade öppna frågor, som stimulerar patienten att själv

formulera sina tankar och känslor. Slutna frågor kan däremot göra patienten passiv, där svaren oftast blir väldigt kortfattade (Holm Ivarsson, 2017). Typiskt för MI är att terapeuten under samtalet dels sammanfattar vad som sagts för att dels klargöra att hen har förstått patienten, och dels bekräftar att hen uppskattar patientens kompetens och ansträngningar. Under behandlingen är det viktigt att patienten får det stöd och information som hen behöver för att finna motivation, även detta sker genom att terapeuten ber om lov innan hen delar med sig av sin kunskap (Miller & Rollnick, 2013). Under en behandlingsperiod är det vanligt med motstånd från patientens håll (Miller & Rollnick 2013). Det kan bero på att terapeuten går för fort fram, försöker övertyga istället för att uppmuntra, eller upplevs som konfrontativ (Miller & Rollnick, 2013). Detta kan motarbetas genom att "rulla med motståndet", vilket innebär att terapeuten undviker en argumentation, och istället gör en bekräftande reflektion som visar att hen hört och respekterar patientens åsikter och vilja. Genom att terapeuten därefter går vidare med att ställa öppna frågor, kan samtalet ledas tillbaka mot att finna motivation i en mindre laddad och mer positiv anda (Miller & Rollnick, 2013). Patienten å andra sidan kan vara ointresserad och motvillig, eller sitta tyst och inte medverka till dialog. Inom MI betraktas dock detta motstånd som något terapeuten framkallar, och inte är något som ska belastas patienten (Miller & Rollnick, 2013). Behandlingen avslutas genom att patienten gör ett tydligt val, och strategier formuleras med åtaganden om livsstilsförändringar (Holm Ivarsson, 2017).

Sammanfattningsvis beskrivs MI som en samarbetsinriktad samtalsteknik som syftar till att stärka personens egen motivation och åtagande till förändring. MI-andan kan sammanfattas som den känsla och tankesätt som den utövas inom, och där begreppen *partnerskap*, *acceptans*, *medkänsla* och *framkallande* är avgörande för huruvida den ger resultat eller ej (Miller & Rollnick, 2013).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskans ansvar är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2017). Sjuksköterskan möter i sin yrkesutövning enskilda personer, familjer och allmänheten. I världens beskaffenhet ligger en humanistisk människosyn som grund med respekt för varje individs rättigheter och fria vilja, samt att vården ges oberoende av ålder, kön, nationalitet, trostillhörighet, sjukdom eller funktionsnedsättning, sexuell läggning, politiska åsikter eller social ställning. Begreppet hälsa definieras inom omvårdnadsvetenskapen som något mer än enbart frånvaro av sjukdom (Medin & Alexanderson, 2001). Hälsa ses som en process och där varje individ således har en unik uppfattning om vad hälsa innebär för dem. En viktig del av sjuksköterskans ansvarsområden är att försöka urskilja vad som är hälsosamt och friskt, för att därefter aktivt bedriva hälsofrämjande arbete. Å andra sidan kan det handla om att arbeta sjukdomsförebyggande, där syftet istället är att försöka identifiera eventuella hälsorisker för att kunna motivera till livsstilsförändringar (Nordström Torpenberg, 2008).

Omvårdnad är sjuksköterskans främsta kompetens, och vad som särskiljer dem från andra vårdyrken. För att kunna erbjuda detta krävs specifika kärnkompetenser. International Council for Nurses (ICN) har sammanställt en kompetensbeskrivning som Svensk sjuksköterskeförening (2017) har klargjort till att omfatta; *Personcentrerad vård* utgår från patientens unika situation och all omvårdnad sker i samråd med patient och vårdgivare. Inledningsvis bör sjuksköterskan försöka identifiera vad hälsa betyder för patienten. Att lyssna på patientens livsberättelse och ställa frågor skapar förutsättningar för att de

tillsammans ska kunna fatta beslut om hur vården ska utformas samt vilka mål den ska ha. *Samverkan i team* går ut på att olika professioner med olika erfarenhet och kunskap samarbetar med målet att erbjuda bästa tänkbara vård och därigenom stärka patientsäkerheten. *Evidensbaserad vård* betyder att all vård ska utgå från bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. *Informatik* stödjer sjuksköterskans arbete med att tillgodose enskilda patienters behov och säkerhet genom användandet av informations- och kommunikationssystem. Exempel kan vara journalsystem, riskbedömningsinstrument och kvalitetsregister. *Säker vård* innebär att sjuksköterskan ansvarar för att arbetet sker på sådant sätt att risken för misstag, och i förlängningen, skador för både patient och personal kan minimeras. Vilket innebär att ha en handlingsberedskap och att arbeta patientsäkert samt följa de lagar och riktlinjer som finns. *Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling* betecknar allt det förändringsarbete som sjuksköterskan identifierar, leder och utvärderar med avsikten att följa med i, bevara och utveckla kvaliteten i vården (SSF, 2017).

Teoretisk utgångspunkt – Personcentrerad vård

Historisk utveckling av begreppet personcentrerad vård

Historiskt har vården ofta varit organiserad utifrån de personer som tillhandahåller den, snarare än utifrån behoven från dem som tar emot vården. Om patienten tidigare var det passiva målet för en medicinsk intervention, så förflyttades fokus från och med 1950-talet till att ligga på patientens egna resurser och inte sjukdomen (Forsberg, 2017). Det tankesystem som tidigare har gett företräde för det medicinska synsättet håller därmed på att skifta till ett där individen ställs i fokus, och inte sjukdomen (Ekman et al., 2011). Att fokus har skiftat från sjukdom till hälsa, återspeglas även i hur språkbruket förändras. Tidigare användes enbart begreppet patient, och idag används definitionen person istället. Personcentrerad vård tar sin utgångspunkt inte enbart från personens fysiska behov, utan tar också hänsyn till andliga, existentiella, social och psykiska behov. Konkret innebär det en vård där de mellanmänskliga aspekterna tillskrivs lika stor betydelse som de biologiska (Ekman, 2020).

Ursprungligen användes begreppet personcentrerad vård inom vården av äldre och personer med funktionshinder, för att sedan sprida sig till andra områden. Teorin har sin uppkomst inom humanistisk psykologi där personens egen upplevelse av situationen betonades (SSF, 2019). Inom demensvården sågs tidigare patienterna som "tomma skal", där enbart sjukdomen fanns kvar. Skiftet i synsätt gjorde att personalen istället såg personen, som trots sina svårigheter att kommunicera, hade unika behov och önskningsar. Under 2000-talet har sedan denna teori utvecklats, och ett försök till att konstruera modeller har skett (McCormack & McCance, 2006).

Teori och nyckelbegrepp inom personcentrerad vård

För att konkretisera den teoretiska utgångspunkten diskuteras fyra faktorer (McCormack & McCance, 2006);

Förutsättningar som sjuksköterskan besitter i form av personliga attribut och egenskaper. Dit räknas yrkesspecifika kunskaper, färdigheter samt erfarenheter, men också social förmåga till att kommunicera och interagera med alla typer av människor i olika situationer. Graden av engagemang för sitt arbete samt att tydligt kunna uttrycka värderingar är också betydelsefullt (McCormack & McCance, 2006).

Vårdmiljön är det sammanhang där vården sker. Dit räknas att det finns tillgång till olika typer av kompetenser, och att det är en tillåtande kultur med möjlighet till nytänkande. Organisationen bör dessutom vara utformad så att den tillåter ett delat beslutsfattande mellan patient och personal (McCormack & McCance, 2006).

Personcentrerade processer innefattar alla de aktiviteter som sker med utgångspunkt i patientens värderingar och engagemang. Personalen ska tillgodose både fysiska och psykiska behov. Beslutsprocessen som ligger till grund för dessa aktiviteter ska vara delad mellan patient och personal (McCormack & McCance, 2006).

Resultat kan redovisas utifrån hur delaktiga och nöjda patienterna varit med vården. Hit räknas också patienternas känsla av välbefinnande samt hur väl vården har lyckats med att skapa en läkande miljö (McCormack & McCance, 2006).

Att sedan säkerställa att vården sker utifrån ett personcentrerat perspektiv kräver att bestämda processer finns på plats samt att dessa används kontinuerligt och inte enbart sporadiskt. Dessa processer går ut på att initiera, integrera och skydda själva tillämpningen av synsättet (Ekman et al., 2011). Rutiner bör etableras kring följande processer;

Patientberättelsen är utgångspunkten och själva nyckeln till en fungerande relation. En viktig beståndsdel i detta förlopp är att patienten uppmuntras till att sätta ord på tankar och känslor, att upptäcka sig själv, och genom detta även uppnå en högre förståelse för sig själv. Patientens identitet både bildas och utforskas gemensamt med vårdpersonalen (Ekman, 2020). I förlängningen innebär det att egna resurser lättare kan identifieras, strategier utarbetas och planer utformas inför framtiden (Forsberg, 2017). Vårdgivaren behöver förstå personen som ska vårdas. Därför kan berättelsen ses inte enbart som ett redskap, utan också som en del av själva vårdandet (Edberg et al., 2018). Det handlar mycket om att lyssna, och inte enbart fokusera på fysiska tecken och symtom. Att enbart lyssna kan dock vara vanskligt, viktigt är även att prioritera tid för reflektion och analys av samtalet (Ekman, 2020). Som vårdpersonal krävs en medvetenhet om att livsberättelsen inte enbart är faktabaserad, utan snarare är en tolkning av hur patienten uppfattar sin situation (Ekman, 2020). Ibland har patienten själv inte förmåga att verbalisera sina viljor, och då måste information inhämtas antingen via observation eller via anhöriga. Det väsentliga är dock alltid vilka effekter sjukdomen har på patientens liv (Ekman et al., 2011).

Partnerskapet påbörjas när patienten uppmuntras till att dela sin berättelse med personalen (Ekman, 2020). Utgångspunkten ligger i att båda parter delar med sig av sina erfarenheter och kunskaper och lär av varandra med målsättningen att skapa en gemensam förståelsegrund till patientens situation (Ekman et al., 2011). Runt omkring patienten kan det förekomma en mängd olika vårdare med skilda professioner, där var och en har unika partnerskap (Ekman, 2020). Alla inblandade har dessutom olika typer av expertis; patienten kan redogöra för sina upplevelser, anhöriga kan bidra med observationer av den sjuke, och vårdpersonal har en kunskap om olika sjukdomstillstånd och behandlingar. Den sammanlagda kunskapen ska sedan ligga till grund för en gemensamt överenskommen plan för behandling, rehabilitering eller vård (Ekman, 2020). Olika typer av behandlingsalternativ ska gemensamt övervägas och hänsyn ska tas till patientens livsstil, preferenser, värderingar och hälsotillstånd (Ekman et al., 2011). I partnerskapet finns en del inneboende svårigheter. Att vara sjuk och uppsöka vård kan innebära att personen förlorar sin handlingsfrihet, sin autonomi (Ekman, 2020). Som en följd av detta kan

patienten uppleva relationen som ojämlig, och uppfattar sig vara i en beroendesituation. Personalen kan motverka detta genom att få patienten att känna tillit till dem och deras kunskap. Att bli bemött som en person, och inte en patient, gör att personen känner sig bekräftad och fungerar som en grund för tillit och relationsskapande (Ekman, 2020).

Dokumentation av patientens egen uppfattning ger legitimitet åt personliga preferenser. Det möjliggör även att samspelet mellan alla inblandade blir transparent samt möjliggör en kontinuitet i vården (Ekman et al., 2011). En patients personliga åsikter, värderingar och önskningar ska värderas lika högt som klinisk data och provsvar (Edberg et al., 2018). Historiskt har patientjournaler varit ett arbetsredskap främst för personal, varför själva utformningen varit bättre lämpad för medicinska uppgifter. Patientens egen berättelse har fått ta väldigt litet utrymme, vilket i realiteten är oförenligt med ett personcentrerat förhållningssätt (Ekman, 2020).

Problemformulering

Andelen personer som rapporterar att de upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i Sverige, och idag räknas psykisk ohälsa som en folksjukdom. Psykisk ohälsa kan medföra stort lidande för den enskilde individen, samtidigt som det bidrar till höga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället. Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna, och tillhör tillsammans med ångestsyndrom de vanligaste orsakerna till sjukskrivningar i Sverige.

Motiverande samtal är en typ av kortvarig insats som har visat på goda resultat vad gäller att identifiera motiverande strategier och vilja till livsstilsförändringar. Metoden är i grunden empatisk, och den utgår helt ifrån patientens egna önskningar och val. MI betonar betydelsen av mötet mellan patient och personal, vilket även överensstämmer väl med det personcentrerade synsättet som också sätter patientberättelsen i centrum. Att förbättra livskvalitet, och upplevd nivå av hälsa, hos individer som lider av psykisk ohälsa genom en relativt okomplicerad behandlingsmetod som MI torde ligga i både individens och samhällets intresse. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv torde det vara värdefullt att ha fler metoder att behandla patienter med depression och ångest, i syfte att skapa de bästa förutsättningar för den drabbade individen.

SYFTE

Syftet var att beskriva betydelsen av motiverande samtal vid ångest och depression hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

METOD

Design

I enlighet med målsättningen att skapa en överblick av forskningsområdet valdes metoden icke-systematisk litteraturöversikt (Kristensson, 2014). Avsikten var att sammanfatta och beskriva forskningsläget inom problemområdet; *Beskriva betydelsen av motiverande samtal vid depression och ångest hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv*. Då icke-systematiska litteraturöversikter inte uppfyller alla krav som ställs på mer omfattande systematiska översikter kan den inte räknas som en primärkälla (Polit & Beck, 2017). Systematiska översikter görs genom att all tillgänglig relevant litteratur eftersöks, granskas

och sammanställs, och räknas därför vara en primärkälla (Kristensson, 2014). Däremot kan den vara mer eller mindre systematisk, beroende på hur många delar som redogörs för (Kristensson, 2014). I föreliggande litteraturoversikt ingår, likt i en systematisk översikt, en tydlig redovisning av hur litteratursökningen skett, vilka inklusions- och exklusionskriterier den har gjorts utifrån, kvalitetsgranskning av artiklar, samt en sammanvägning av de resultat som tagits del av. Metoden är en av de vanligare vid uppsatsskrivning då tiden inte medger att genomföra en systematisk litteraturstudie (Kristensson, 2014). En icke-systematisk litteraturoversikt kan dock bidra med värdefull kunskap, såsom att styrka behovet av fortsatt ny forskning inom specifika områden (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval

Litteratursökningen genomfördes i databaserna i Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Public Medline (PubMed) samt Psychological Information Database (PsycINFO). Litteraturoversikten baserades på 15 vetenskapliga artiklar, baserade på både kvalitativa och kvantitativa studier som ansågs besvara arbetets syfte. Kvalitativa studier bidrar med en djupare förståelse för ett fenomen genom att undersöka deltagarnas egna upplevelser och perspektiv (Kristensson, 2014). Kvantitativa studier är ofta baserade på stora standardiserade urval samt redovisas med hjälp av statistik i tabeller och diagram (Kristensson, 2014). Enligt Forsberg och Wengström (2016) ger det en större förståelse för kunskapsläget genom att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. I syfte att skänka litteraturoversikten vetenskaplig relevans, samt möjlighet till reproducerbarhet, gjordes avgränsningar i databassökningarna. Detta skedde enligt vedertagen forskarpraxis genom användandet av inklusions- och exklusionskriterier (Rosén, 2017).

Avgränsningar

Med avsikten att sälla bort artiklar som inte var överensstämmande med syftet för litteraturoversikten, har avgränsningar skett vid databassökningarna. Att utförligt redogöra för vilka avgränsningar som gjorts, möjliggör för läsaren att bedöma huruvida de är relevanta eller ej, samt ger en indikation på kvaliteten på arbetet (Friberg, 2017). Det möjliggör också att sökningen kan ske igen med samma resultat, och därmed är reproducerbar (Kristensson, 2014).

Utvalda artiklar är alla peer-reviewed, vilket enligt Kristensson (2014) garanterar en hög vetenskaplig nivå då de är lästa och granskade av ämnesexperter innan de blivit publicerade. I syfte att enbart inkludera aktuell och uppdaterad forskning valdes artiklar publicerade efter år 2010 (Forsberg & Wengström, 2016). Vidare är samtliga artiklar skrivna på engelska och återfinns i fulltext i databaserna.

Inklusionskriterier

I överensstämmelse med Polit och Beck (2017) har enbart originalkällor medtagits i arbetet, vilket minimerar risken för missförstånd i samband med tolkning av källan. Inklusionskriterier var att personer som ingick i de studier som artiklarna redogjorde för, alla var vuxna över 18 år. Vidare avhandlade artiklarna motiverande samtal i samband med depression och ångest, samt hur och varför omvårdnadspersonal kunde använda sig av MI som del i behandling.

Exklusionskriterier

I enlighet med Polit och Beck (2017) räknas inte systematiska litteraturoversikter som en primärkälla eftersom de felaktigt kan ha återgivits av andra författare, och har därmed exkluderats i arbetet. Artiklar som var i avsaknad av redogörelse för etiska överväganden har exkluderats, samt också artiklar som saknade abstracts.

Datainsamling

Datainsamlingen inleddes 25 november 2020 i samband med handledning av bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola. Rosén (2017) påtalar fördelen med att ta hjälp av bibliotekspersonal i syfte att utveckla en optimal strategi vad gäller att finna relevanta sökord och avgränsningar. Att identifiera litteratur av intresse är ett omfattande arbete, där resultat och kvalitet är beroende av bra sökstrategier, - *vad letar vi efter, hur vi gör det samt var vi letar* (Kristensson, 2014). De inledande databassökningarna gav upphov till relevanta sökord som överensstämde med litteraturoversiktens syfte.

Databassökningar genomfördes systematiskt i tre databaser; PubMed, CINAHL samt PsycINFO. PubMed innehåller vetenskapliga artiklar inom området medicin och omvårdnad. I CINAHL publiceras artiklar skrivna med fokus på omvårdnadsvetenskap. Artiklar inom psykologi, beteendevetenskap, sociologi samt psykiatri publiceras i databasen PsycINFO (Kristensson, 2014). Med avsikt att finna de korrekta engelska översättningarna av sökorden användes Svenska Medical Subject Headings (Svensk MeSH). Sökningar gjordes initialt utifrån de MeSH- och Subject Heading-termer vilka motsvarade litteraturoversiktens bärande begreppen. Motiverande samtal (MI) översattes till *motivational interviewing*, depression till *depression*, ångest till *anxiety* samt omvårdnad/sjuksköterskans perspektiv till *nursing*. Sökningarna genomfördes även i olika kombinationer med avsikten att utöka eller begränsa sökningarna. Detta skedde med hjälp av den Booleska sökoperatören AND. Vid användandet av AND inkluderas två eller flera sökord, vilket gör att alla termer måste återfinnas i artikeln och genererar således en smalare sökning med färre artiklar som resultat. Motsvarande genererar en sökning med att använda OR, fler artiklar, då endast ett av sökorden behöver vara inkluderat (Kristensson, 2014). Detta förfarande har ej använts i föreliggande litteraturoversikt. Även termen NOT kan användas i Booleska sökningar där resultatet då begränsas till att innehålla enbart det ena sökordet, men inte det andra (Polit & Beck, 2017). Denna metod användes för att exkludera översiktsartiklar då endast primärkällor inkluderas i resultatet. I sökningarna tillämpades även avgränsningar samt inklusions- och exklusionskriterier med avsikten att ytterligare snäva av och specificera sökresultatet. I CINAHL och PsycINFO användes avgränsningen "peer-reviewed", medan PubMed saknade denna möjlighet och istället gjordes med hjälp filter vad gäller tidskriftens kriterier för publicering.

Databassökningarna inleddes med sökningar i PubMed, därefter CINAHL och avslutades med PsycINFO. I tabell 1 redovisas de olika sökningarna för respektive databas, kombinationer av sökord samt tidpunkt för när de gjordes. Första sökningen i PubMed gjordes med sökorden *motivational interviewing* och *depression* utan att avgränsa sökningen till att omfatta de senaste 10 åren. Detta skedde efter rekommendation från bibliotekarie för att upptäcka om eventuella genombrott i forskningen kring MI och depression/ångest skett vid någon specifik tidpunkt, och för att inte riskera att gå miste om dessa artiklar. Detta visade sig inte vara fallet, och artiklarna som valdes ut från denna sökning var alla publicerade efter år 2010. Övriga sökningar genomfördes med en avgränsning till att omfatta artiklar publicerade efter 2010.

Polit och Beck (2017) förordnar att datainsamlingen sker stegvis. Första delen innefattar en grovsällning där artiklar vars titel och abstrakts svarar mot syftet till litteraturöversikten valdes ut. De 74 artiklar som bedömdes relevanta, delades därefter upp mellan de båda författarna och lästes i fulltext efter att hänsyn tagits till valda inklusions- och exklusionskriterier (Polit & Beck, 2017). När ena författaren påträffade relevant artikel, lästes den också av andra parten. Efter diskussion valdes 15 artiklar ut som ansågs besvara litteraturöversiktens syfte. Fördelen att redovisa databassökningarna i en tabell är att läsaren enkelt kan ta del av hur och när sökningarna skett, samt att påvisa reproducerbarhet (Kristensson, 2014). Resultaten presenteras nedan i Tabell 1.

Tabell 1. Presentation av databassökning i PubMed, CINAHL och PsycINFO

Datum Databas	Sökord	Identifierade artiklar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
25/11/20 PubMed Sökning 1	Motivational Interviewing AND Depression NOT Review Filters: English	290	107	24	3
25/11/20 CINAHL Sökning 1	Motivational Interviewing AND Nursing Limiters: Full text, Published Date: 20100101- 20201231, Peer reviewed, English, Adults: 19-44 years	88	12	9	4
25/11/20 CINAHL Sökning 2	Motivational Interviewing AND Anxiety Limiters: Full text, Published Date: 20100101- 20201231, Peer reviewed, English, Adults: 19-44 years	36	9	5	0

25/11/20 CINAHL Sökning 3	Motivational Interviewing AND Depression Limiters: Full text, Published Date: 20100101- 20201231, Peer reviewed, English, Adults: 19-44 years	84	20	9	3
25/11/20 PsycINFO Sökning 1	Motivational Interviewing AND Depression Limiters: Full text, Published Date: 20100101- 20201231, Peer reviewed, English, Adults: 19-44 years	265	35	12	3
26/11/20 PubMed Sökning 2	Motivational Interviewing AND Anxiety NOT Review Filters: English, in the last 10 years	170	82	15	2
Totalt		933	265	74	15

Kvalitetsgranskning

I syfte att erhålla hög kvalitet på föreliggande litteraturöversikt har utvalda artiklar granskats utifrån *Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats*, modifierad med inspiration från Berg et al. (1999) samt Willman et al. (2016). Kvalitetsgranskningsmallen redovisas i bilaga A. Artiklarna bedömdes utifrån en tregradig skala av hög (I), medel (II) eller låg (III) vetenskaplig kvalitet, där resultatet presenteras i bilaga B. Vidare granskades artiklarna utifrån olika kriterier beroende på vilken studiedesign, - kvantitativ eller kvalitativ, som använts eftersom de har olika utgångspunkter och metoder (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Granskningen av

artiklarna gjordes med fokus på typen av studie, metodval, validitet och trovärdighet, omfattning, studiepopulation samt hur aktuell studien var. Kvantitativa artiklar bedömdes efter graden av validitet, medan de kvalitativa bedömdes efter hur trovärdiga de var, allt med målsättningen att erhålla så hög kvalitet som möjligt (Kristensson, 2014).

Författarna till föreliggande litteraturöversikt granskade var artikel individuellt, för att därefter jämföra resultatet av denna bedömning. Där oenighet rådde, fördes en vidare diskussion kring artikeln tills författarna kunde enas om en bedömning. De artiklar som bedömdes vara mest relevanta, samt hade högst kvalitet, inkluderades i litteraturöversikten (Kristensson, 2014). I det fall där kvaliteten inte bedömdes som hög, men innehållet i artikeln ändå bedömdes vara relevant och svara mot syftet, inkluderades den efter noggrann analys. Enligt Kristensson (2014) är detta förfarande nödvändigt vid författandet av en litteraturöversikt för att möjliggöra en kritisk granskning av vetenskapliga artiklar, samt för att eventuellt kunna exkludera de artiklar som inte ansågs hålla tillräcklig hög standard. Inkluderade artiklar är markerade med en asterisk (*) i referenslistan.

Dataanalys

Forskningsprocessens analytiska del inleddes med en diskussion kring hur författarnas förförståelse kunde påverka resultatet. Med detta menas enligt Priebe och Landström (2017) de kunskaper, erfarenheter samt de värderingar författarna redan har innan litteraturöversikten påbörjas. Genom att diskutera och reflektera kring detta, kan förförståelsens inverkan på resultatet begränsas. Enligt Polit och Beck (2017) är det dock en omöjlighet att helt utesluta förförståelsens inverkan på dataanalys och resultat.

I dataanalysen sammanställdes och analyserades resultaten från de 15 vetenskapliga artiklarna genom att tillämpa en integrerad analys i tre steg enligt en metod utformad av Kristensson (2014). Detta möjliggjorde att artiklarna kunde värderas och ställas i relation till varandra, samtidigt som det tillät en överskådlig presentation av resultatet. Den integrerade analysen första steg inleddes med en genomläsning av samtliga artiklar i fulltext med målsättningen att urskilja övergripande likheter och skillnader i resultatet (Kristensson, 2014). Artiklarna lästes individuellt av båda författarna i sin helhet, för att därefter gemensamt diskuteras. Vid dessa diskussioner påfanns vissa återkommande ord, begrepp och fraser som skrevs upp på en tavla. Utifrån detta kunde ett visst mönster vad gäller likheter och skillnader mellan artiklarna börja urskiljas. I enlighet med Kristensson (2014) sammanställdes därefter dessa huvudsakliga fynd i en litteraturmatris (bilaga B). Det kan upplevas vara problematiskt att förstå och värdera resultat om dessa staplas på varandra utan möjlighet att se hur de kan ställas i relation till varandra, vilket denna metod kan vara till hjälp med. Vid andra steget i analysen identifierade författarna gemensamt olika teman, kategorier, vilka sammanfattade hur resultatet relaterade till varandra. Dessa var; *resultat av MI som behandlingsmetod i samband med behandling av ångest och depression, partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd samt förutsättningar för att MI ska fungera*. Resultatet i kategorierna kunde vidare delas upp i underkategorier, vilka utgjordes av *möjligheter, hinder och barriärer, motivation, kommunikation, intresse för tekniken samt utbildning och träning i tekniken*. Dessa underkategorier användes även som underrubriker i resultatredovisningen (Kristensson, 2014). I det tredje och sista steget så sammanställdes och presenterades de resultat som framkommit i varje kategori (Kristensson, 2014). Eftersom denna integrerade analys skedde gemensamt och organiskt, så var författarna ense kring vilka kategorier som urskiljdes allt eftersom materialet analyserades. Kategorierna bidrog till att författarna kunde upptäcka, diskutera och

analysera de likheter och skillnader som återfanns i de inkluderade studierna, samt möjliggjorde en struktur som användes för att presentera litteraturöversiktens resultat.

Forskningsetiska överväganden

Etiska principer bör ligga till grund för all forskning, vilket medför att varje forskningsprojekt kräver olika slag av etiska ställningstaganden. En forskningsstudie kan räknas vara etisk om den avhandlar väsentliga frågor, har god vetenskaplig kvalitet samt genomförts på ett etiskt försvarbart sätt (Kristensson, 2014). Transparens vad gäller information säkerställer trovärdighet och förtroende för forskningen som bedrivs, både hos kollegor och allmänhet, samt bidrar till god forskningssed. Vidare anses god forskningssed utmärkas av prövbarhet och reproducerbarhet, samt aktivt undvikande av plagiat (Kjellström, 2017).

Helsingforsdeklarationen riktar sig specifikt mot medicinsk forskning och redogör för de etiska riktlinjer som finns med avseende på liv, hälsa, personlig integritet, självbestämmande, värdighet samt hantering av konfidentiellt material (World Medical Association, 2020). Forskningsstudier bedrivna i Sverige som avser människor, måste söka tillstånd hos Etikprövningsmyndigheten och följa etikprövningslagen (2003:460) (Etikprövningsmyndigheten, u.å.). Forskningens syfte är att generera ny kunskap, vilket ofta innebär att människor blir involverade i olika typer av studier (Kjellström, 2017). För att värna om medverkande individers autonomi och integritet finns principen om informerat samtycke. Där fastställs individens rätt att frivilligt välja att delta i forskningsprojektet, samt möjligheten att vid varje givet tillfälle avbryta sin medverkan. Viktigt är också att individen erhåller information om vad studien innebär samt att denne är beslutskompetent.

Även vid litteraturöversikter måste hänsyn tas till etiska frågeställningar (Kristensson, 2014). Som forskare har du ansvar för de personer som ingår i forskningen, vilket kan vara lätt att glömma bort vid genomförandet av en litteraturöversikt. Det går att resonera i termer av att ingen människa ingår i forskningen, som i föreliggande fall består av artiklar, och därför behövs inga forskningsetiska ställningstagande göras. Som författare till föreliggande litteraturöversikt har vi däremot ett ansvar att granska de etiska ställningstaganden som skett i de studier som ingår i vår forskning (Kristensson, 2014). Utgångspunkten i föreliggande litteraturöversikt har därför varit att, utifrån den forskningsetik Helgesson (2015) redogör för, kontrollera att all inkluderad litteratur har följt de etiska principerna och att studierna har blivit accepterade av en forskningsetisk kommitté. Vidare redogör Kristensson (2014) i sin bok för att uppsatser som skrivs på grundläggande nivå inte behöver genomgå formell etisk prövning. Däremot innebär det inte att författaren kan bortse från att göra forskningsetiska ställningstaganden, eller att arbetet ej behövs granskas. Under processen att författa föreliggande litteraturöversikt fördes diskussioner kring hur granskningen genomförts, och stor vikt lades vid att säkerställa att alla studier som resultatet baseras på, var etiskt försvarbara.

Vad gäller urval av artiklar i en icke-systematisk litteraturöversikt kan problem uppstå när författarna väljer ut artiklar som stödjer en åsikt eller förutfattad mening (Rosén, 2017). Vidare beskriver Friberg (2017) en forskare aldrig ett helt neutralt perspektiv utan påverkas av dennes personliga synsätt och teorier. I syfte att förhindra detta har stor vikt lagts vid vetenskaplig relevans och kvalitet vad gäller datainsamling, tydliga avgränsningar, samt uppmärksamhet på eventuell partiskhet från författarnas sida (Rosén, 2017). Diskussioner

har genomgående förts kring vilken typ av förförståelse som medtagits, och hur det kan ha färgat arbetet. Målsättningen har varit att inga egna tolkningar har medtagits, och att resultatet i studierna har värderats neutralt (Henricsson, 2014). Processen att säkerställa detta har innefattat att alla artiklar först har lästs individuellt, för att innehållet därefter har diskuterats tillsammans. Vid osäkerhet har ytterligare diskussion förts. Ytterligare sätt att motverka partiskhet har varit att inkludera artiklar som visar på motstridiga resultat (Kristensson, 2014).

RESULTAT

Resultatet i föreliggande litteraturoversikt sammanställdes från 15 vetenskapliga artiklar. Med hjälp av den integrerade dataanalysen formulerades tre huvudkategorier med underliggande underkategorier; *resultat av MI i samband med behandling av depression och ångest*, med underkategorierna möjligheter och hinder och barriärer, *partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd*, med underkategorierna motivation och kommunikation samt *förutsättningar för att MI ska fungera*, med underkategorierna intresse för tekniken och utbildning och träning i tekniken. Kategorier och underkategorier redovisas i Tabell 2 nedan.

Tabell 2. Presentation av resultatets kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Resultat av MI som behandlingsmetod i samband med behandling av ångest och depression	-Möjligheter -Hinder och barriärer
Partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd	-Motivation -Kommunikation
Förutsättningar för att MI ska fungera	-Intresse för tekniken -Utbildning och träning i tekniken

Resultat av MI som behandlingsmetod i samband med behandling av ångest och depression

MI är en metod under utveckling och fungerar med varierande resultat. Samtidigt som det skapar möjligheter för både patient, terapeut, organisation och för samhället i stort, så finns en del hinder och barriärer att överkomma.

Möjligheter

Att använda sig av MI som behandling av depression och ångest har visat sig framgångsrikt i flera studier (Chiang et al., 2019; Holt et al., 2017; Saftlas et al., 2014; Westra et al., 2016). Holt et al. (2017) diskuterar värdet i att använda sig av MI som en ögonöppnare för att få patienten att inse att denne lider av allvarlig depression, vilket resulterade i att patienter blir mer benägna att söka vidare vård. Studien visade också att MI förbättrade utsikterna för patienten att fullfölja behandlingen. Dessutom kan MI användas som en kompletterande del av en KBT-behandling såsom Westra et al. (2016)

studerat. Denna studie genomfördes med två kontrollgrupper, där den ena enbart fick MI och den andra MI+KBT. Resultaten visade att patienterna som hade erhållit kombinerad behandling med MI hade en snabbare nedgång av depressiva symtom än jämförande kontrollgrupp, samt att resultaten var mer varaktiga. Samma studie visade också färre avhopp från behandlingen. MI som del av en förbehandling visade sig vara särskilt framgångsrikt för patienter med hög nivå av ångest (Westra et al., 2016).

Ångest inför en operation kan förvärra läkningen och återhämtningen postoperativt (Medina-Garzón, 2019). I en studie av sjuksköterskan Medina-Garzón utvärderades om huruvida en preoperativ MI-behandling skulle minska patienters ångest inför operation. Samtalen inleddes med att patienterna själva fick sätta sina egna mål och beskriva sin ångest samt vad som utlöser den. Resultatet visade att, jämfört med kontrollgruppen, patienterna efter MI-behandling hade lägre ångest inför operationen (Medina-Garzón, 2019).

Även i arbetet att stärka självförmågan hos kvinnor som lever med våld i nära relationer visade sig MI vara effektiv, då främst i att minska kvinnornas depressiva symtom (Saftlas et al., 2014). I studien beskrivs MI som en passande metod i och med att den baseras på empatiskt lyssnande och skapar en trygg allians mellan terapeut och patient, där kvinnan sätter agendan för sin egen förändring utan att känna sig pressad. Kvinnor som lever med emotionella, fysiska och sexuella övergrepp förlorar ofta sin autonomi och självförmåga. Med MI stärks dessa och med det får kvinnorna nya förutsättningar att hitta strategier för att förbättra sitt mående och sin livssituation (Saftlas et al., 2014). Med statistisk signifikans visar MI även god effekt för att minska depressiva symtom och stillasittande samt öka hälsorelaterad livskvalitet, hos deprimerade kvinnor med metabola syndrom som ingått i MI interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som enbart fick vanlig vård (Chiang et al., 2019).

Hinder och barriärer

MI leder inte alltid till positiva resultat i samband med behandling, och under analysen av resultatet har flera barriär och hinder identifierats (Navidian et al., 2017; Peters et al., 2019; Ponsford et al., 2016; Östlund et al., 2015).

Ponsford et al. (2016) hypotiserade i sin studie att MI skulle förstärka effekten av KBT hos deprimerade patienter med underliggande hjärnskada, som visade sig ha svårighet till att finna motivation till att genomgå behandling. Resultaten visade dock ingen skillnad mellan interventionsgruppen (MI + KBT) och kontrollgruppen (KBT). Liknande resultat framkom i en studie gjord av Peters et al. (2019) där patienter med social fobi fick genomgå antingen MI + KBT eller generell stödjande samtalsbehandling + KBT. Målsättningen var att utvärdera effekten MI hade till att få patienten till ökat deltagande i KBT-sessionerna, ökat slutförande av hemuppgifter med KBT övningar och slutligen minskad social fobi. Resultaten visade även i denna studie att MI ej förstärker effekten av KBT (Peters et al., 2019).

För patienter inneliggande på vårdavdelning som behandlades för hjärtsvikt och samtidig depression undersökte Navidian et al. (2017) huruvida fyra MI-samtal, 90 minuter vardera, skulle kunna förbättra måendet och egenvården och därmed även minska risken för återkommande sjukhusinläggning. Samtalen genomfördes under slutet av vårdperioden och fokuserade på att främja livsstilsförändringar som var specifikt anpassade för patienter med hjärtsvikt och depression. Resultatet visade att patienter som erhöll MI-behandling skattade

högre än kontrollgruppen vad gäller egenvård och tilltro till sin egen självförmåga. Däremot kunde ingen minskning av de depressiva symtomen påvisas i någon av grupperna (Navidian et al., 2017).

I en studie genomförd av Östlund et al. (2015) framkom att det många gånger saknades tid för att uppnå önskat resultat med hjälp av MI-tekniken. Sjuksköterskor upplevde att de hade stora mängder information de behövde förmedla till patienten, och att tiden att arbeta i enlighet med MI-tekniken inte fanns. Ett samtal förenligt med MI-tekniken har som målsättning att *framkalla* information innan terapeuten ger den; först att be om tillåtelse "skulle det vara okej om jag berättar för dig...", för att därefter utforska patientens tidigare kunskap och efterfråga vilken typ av information det finns intresse för. Denna process tar tid, vilket sjuksköterskorna inte upplevde sig ha tid till, varför MI upplevdes som ett hinder i deras yrkesutövning (Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna ansåg inte att MI i alla situationer var en lämplig teknik, ibland passade det bättre att enbart *ge* information, snarare än att *framkalla* den.

Partnerskap i samband med MI som omvårdnadsåtgärd

Kategorin beskriver partnerskapet som en av de centrala komponenterna inom MI i samband med behandling av depression och ångest. Grundförutsättningen är att terapeuten fungerar som en partner och samarbetar med patienten som är expert på sig själv.

Kommunikation

En väl fungerande kommunikation är avgörande för att ett partnerskap ska kunna utvecklas mellan patient och terapeut (Miller & Rollnick, 2013). Chiang et al. (2019) betonar vikten av att få patienten till att själv reflektera över sitt beteende och sina behov för att sedan utforska dem i samtal med sin terapeut. Denna kommunikation baseras på individuella premisser och utgick från patientens egna värderingar, intressen, önskningar samt sin förmåga till självhjälp.

Keeley et al. (2016) undersökte huruvida MI-behandling förbättrade måendet hos patienter som sökt sig till primärvården för depression. I sin studie utbildade Keeley et al. en grupp av vårdpersonalen med de viktigaste huvudprinciperna från MI såsom att ställa öppna frågor, reflektivt lyssna och framkalla förändringsprat. Detta med mål att kunna kommunicera på ett MI-trovärdigt sätt för att hjälpa patienten till att själv utforska sina depressiva känslor och framkalla sina egna idéer och tankar om hur dessa kan övervinnas. Resultatet av studien visade att de patienter som erhållit MI-behandling påvisade minskade depressiva symtom (Keeley et al., 2016).

Bunyan et al. (2017) undersökte om det fanns ett behov för sjuksköterskor att utveckla sin empatiska framtoning genom att ändra sitt sätt att kommunicera. Studien beskrev att genom att börja använda sig av MI så reflekterade sjuksköterskorna i högre grad kring sitt sätt att kommunicera i sin yrkesutövning. Studien visade att MI upplevdes som ett bra verktyg för att framkalla acceptans och empati, och därigenom möjliggjorde att partnerskapet med patienten kunde utvecklas. I en artikel av Östlund et al. (2014) uttrycks det som att MI är en metod *för* och *med* patienten, samt att det är mer än en samtalsteknik, det är ett förhållningssätt. Det framhölls att MI upplevdes som en målinriktad kommunikationsstil som särskilt betonade sjuksköterskans roll att stödja, uppmuntra, samt att lotsa patienten till att utforska sin egen ambivalens och motvilja till att göra ett åtagande till förändring. Vidare beskriver Bunyan et al. att sjuksköterskorna upplevde att de ville

“rätta” patienterna, samt ge råd och förklara, istället för att låta patienten själv komma fram till sin slutsats. Liknande resultat framkom i Östlund et al. där sjuksköterskorna stundtals upplevde osäkerhet kring sin förmåga att lyssna samtidigt som komplexa reflektioner genomfördes. Även att vara tyst, och invänta svar, upplevdes som problematiskt. Denna osäkerhet kunde resultera i att sjuksköterskorna förhindrades att använda sig av MI.

Motivation

Motivation har visat sig vara avgörande för hur väl MI fungerar vilket redovisats i flertalet studier (Chiang et al., 2019; Holt et al., 2017; Kerr et al., 2018; Pieters & Heilemann, 2010; Ponsford et al., 2016; Saftlas et al., 2014; Westra et al., 2016). Holt et al. (2017) kom fram till att genom att hjälpa kvinnorna som deltog i studien att identifiera och utvärdera sina egna motiv till förändring, så stärktes därigenom deras inre motivation. Det hade också en positiv påverkan på deras vilja att göra utfästelser att genomföra förändringar av sin nuvarande livssituation. Chiang et al. (2019) beskriver att MI är en bra metod för att främja hälsa eftersom utgångspunkten var att det är patienten själv som ska finna sin egen motivation till livsstilsförändringar. Tillika beskriver Saftlas et al. (2014) MI som ett verktyg för att locka patienten till att själv finna sin egen motivation och mål samt upptäcka svårigheter att nå dem, för att tillsammans med terapeut utforma strategier hur dessa problem ska kunna övervinnas och målen nås.

I en studie gjord av Kerr et al. (2018) diskuteras huruvida livssituationen för patienter som nyligen drabbats av stroke och efterföljande depression kan gagnas av MI för att underlätta anpassning till sitt nya liv. Patienter som drabbats av stroke och depression kan uppleva det som svårt att öppna upp och diskutera sin nya livssituation, och där visade resultat att behandling med MI kan motivera patienten till att stärka sin självförmåga och identifiera realistiska mål för återhämtning samt finna lösningar till eventuella hinder som kan komma att uppstå (Kerr et al., 2018).

Pieters och Heilemann (2010) undersökte huruvida MI kan hjälpa kvinnor med depression att söka hjälp. I resultatet framkom att det fanns två olika typer av motivation; positiv och smärtsam. De positiva drivkrafterna upplevdes vara uppkomna ur önskan av att ta hjälp av andra för att nå insikt eller viljan att bli en bättre förälder. De smärtsamma motiverande faktorerna kunde innefatta känslan av hopplöshet, rädsla för vad depressionen skulle innebära för dem i termer av att vara människa, svårigheter att kunna bibehålla sunda relationer till närstående, samt upplevelsen av att tidigare använda copingstrategier inte längre fungerade.

Patienter med ångest och depression upplever inte alltid enbart negativa känslor till sin sjukdom, en del uppger en viss trygghetskänsla av att med säkerhet veta hur deras livssituation ter sig (Westra et al., 2016). Å andra sidan upplevdes osäkerheten för vad eventuella förändringar skulle medföra som negativt. Detta medförde svårigheter att finna viljan och motivationen till att våga göra livsstilsförändringar. Andra terapiformer, exempelvis KBT, där terapeuten fordrat en snabb förändring, har snarare triggat patienterna att öka sitt motstånd (Westra et al., 2016). Att arbeta *med* ambivalens är en av utgångspunkterna inom MI, snarare än att helt bortse från den, varför resultaten förbättrades efter MI-behandlingen. I studien genomförd av Westra et al. (2016) visade resultatet att patienterna upplevde det som effektivt att öppet undersöka och lösa motståndet under tiden som behandlingen pågick, vilket ökade motståndskraften mot återfall även efter avslutad behandling. Motivationen upplevdes som internaliserad och starkt förankrad. Studien visade också att då terapeuten inte antog rollen som förespråkare

för förändring, utan istället hjälpte patienten att bli sin egen förkämpe, kom resultaten snabbare eftersom motståndet inte blev lika starkt. Studien visade dessutom att en starkare grad av initialt motstånd, ledde till ett lägre engagemang och sämre resultat av efterföljande behandling (Westra et al., 2016).

Flertalet artiklar diskuterar att det finns olika typer av svårigheter med att finna motivation; patienten inte upplever sig ha ett problem, tycker sig kunna klara sig utan hjälp, samt att patienten inte vill att andra ska få vetskap om att det finns behov av hjälp (Holt et al., 2017; Pieters & Heilemann, 2010; Ponsford et al., 2016). I samtal med kvinnor som led av depression fann Pieters och Heilemann (2010) att även kulturella aspekter kan vara i vägen för att finna motivation till förändring; latinska kvinnor förväntades vara starka, klara sig själva och därför inte söka hjälp. Ponsford et al. (2016) fann i sin studie att patienter som inte enbart led av depression och ångest, utan också led av underliggande somatiska sjukdomstillstånd såsom traumatisk hjärnskada, hade sämre förutsättningar för aktivt deltagande i depression- och ångestlindrande samtalsbehandling såsom KBT. Med detta i åtanke utformades av Ponsford et al. en kombinerad KBT-behandling med inledande MI-samtal för att därigenom förstärka patientens motivation och engagemang till att fullfölja behandlingen.

I studien av Östlund et al. (2015) uttryckte sjuksköterskorna att de stundtals upplevde ett motstånd hos patienten vilket försvårade arbetet med att finna motivation. Om detta motstånd var alltför kraftigt var förutsättningarna sämre för att MI ska fungera. Avgörande var då att personalen lär sig uppfatta och tyda hur pass stark motivationen hos patienten är, innan behandlingen påbörjas. I en tidigare studie av Östlund et al. (2014) framkom att både terapeuter och patienter ansåg att MI var funktionellt i samband med att framkalla motivation. Vidare diskuterades vikten av att eftersom MI inte lägger någon skuld på patienten, så ökar motivationen ytterligare i och med att inget motstånd skapas. MI ansågs således vara en bra utgångspunkt vid förändringsarbete.

Förutsättningar för att MI ska fungera

Kategorin beskriver att det finns ett antal förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att MI ska fungera som behandlingsform vid depression och ångest. Resultatet visar på behov av intresse, utbildning och fortbildning inom området, möjlighet att träna samt att engagemang behövs hos såväl praktiserande personal som från ledning och chefer samt patienter.

Intresse för tekniken

I Östlund et al. (2014) visade det sig att sjuksköterskor upplevde att MI fungerade bäst när de själva visar intresse, det möjliggjorde att gemensamma drivkrafter kunde identifieras och ett partnerskap etablerades. Vidare framkom att eventuellt ointresse i form av motvilja att lära sig nya saker, egen osäkerhet samt lathet kunde leda till mentala blockeringar. Motviljan kunde också grundas i att personalen upplevde metoden som onaturlig och konstlad, samt att de kände sig tvingade att använda den. Studien visade att intresset för MI hos sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården i Sverige var stort, samt hade relativt stor spridning men att mer forskning krävs (Östlund et al., 2014). Vidare beskrivs att det krävs ett intresse från alla inblandade parter för att MI ska fungera. Studien visade att det erfordrades en vilja hos patienten att hitta genomföra livsstilsförändringar, samtidigt som organisationen behöver ha ett intresse av att använda sig av MI. Vad gäller organisationen var det avgörande med stöd för att metoden skulle implementeras både hos

ledning och kollegor, samt att det fanns en modell för feedback och handledning (Östlund et al., 2014).

I en uppföljande studie gjord av Östlund et al. (2015) framkom belägg för att om personalen initialt har ett personligt intresse för att lära sig MI, så tar de den snabbare till sig och lär sig snabbare. Resultat visade att det är väsentligt att sjuksköterskor reflekterar över sitt sätt att kommunicera och tar eget ansvar för att skaffa sig erfarenhet av MI i syfte att förbättra sin egen förmåga. Deltagarna i studien uppgav också att om det saknades stöd från ledning vad gäller förutsättningar och möjlighet till vidare träning, så begränsade deras potentiella framsteg.

Utbildning och träning i tekniken

Östlund et al. (2014) påtalar vikten av att samtliga inom organisationen bör få möjlighet att träna på tekniken, annars finns risken att tekniken inte får den genomslagskraft som eftersträvas. Sjuksköterskorna uppgav att de ansåg att MI var en fråga om livslångt lärande. I senare studie genomförd av Östlund et al. (2015) framkom att 59 procent av undersökningspopulationen hade fått utbildning och träning i MI, samt att 57 procent använde sig av metoden i sitt dagliga arbete. Resultatet visade att 15 procent som använde sig av metoden, inte hade fått utbildning i MI. Önskan om att få regelbunden tid avsatt till diskussion och feedback framfördes. I studien uppgav 26 procent att de fått någon form av feedback, och 15 procent hade fått handledning. I studien utförd 2015 av Östlund et al. visade det sig vara fler distriktssjuksköterskor än sjuksköterskor som använde sig av MI. Vidare föreslår Bunyan et al. (2017) att MI bör vara en del av sjuksköterskans grundutbildning för att sedan ingå i sjuksköterskans unika kompetens. Utbildningen i MI bör utföras av personer som har både kunskap och erfarenhet, "experts by experience" (Bunyan et al., 2017). Resultatet visade att sjuksköterskor och vårdpersonal upplevde det som angeläget att de fick träning i MI för att kunna leverera den med förtroende.

I en studie genomförd av Westra et al. (2016) undersöktes huruvida en kombination av MI och KBT, hade en bättre effekt än enbart KBT, som behandling vid allvarlig ångest. Detta visade sig stämma, varför författarna till studien föreslår att det är viktigt att terapeuten får utbildning och träning i MI-tekniken. Anledningen till detta uppfattades bero på att MI-terapeuten explicit var tränad i att aktivt upptäcka, välkomna och jobba med motstånd istället för att enbart bortse från det. Vidare beskriver Westra et al. att trots utbildning och möjlighet till praktiserande av tekniken, uppnådde inte alla terapeuter den kompetens som krävdes för att använda sig av tekniken.

I syfte att bättre kunna motivera deprimerade patienter med hjärtsvikt till att förbättra sin egenvård, minska depressions- och ångestsymtom, öka livskvaliteten samt förbättra förutsättningarna till samspel med vårdgivare, genomgick sjuksköterskor en 40-timmars lång MI-utbildning (Vellone et al., 2020). Efter utbildningen utvecklade sjuksköterskorna en empatisk och stöttande relation till patienterna och kunde med MI-tekniker erhålla patienternas tillstånd att få informera om evidensbaserade råd, speciellt utformad för deras specifika behov. Vidare visade studien att om sjuksköterskorna bjöd in patienterna till att utforska lösningar till deras nuvarande problem, samt stimulera deras självförmåga resulterade detta även i långsiktiga förbättringar också efter avslutad MI-behandling.

Vid längre behandlingsperioder med MI anses det vara av vikt att vårdpersonal som nyligen utbildats med MI får adekvata uppföljningstillfällen av experter på MI vilket rekommenderas av Saftlas et al. (2014). Detta för att möjliggöra diskussion om patientfall

samt ge tillfälle att bli varse om och reflektera kring sina egna styrkor och svagheter, för att på så sätt kunna försäkra att MI-behandlingen sker enligt korrekt teknik. I en studie utförd av Keeley et al. (2016) fick vårdpersonal tillgång till uppföljningssamtal med MI-experter vid 4 och 12 månader efter grundutbildningen. Vid dessa samtal fick vårdpersonalen själva beskriva hur de upplevde sitt arbete med MI, och med hjälp av anteckningar och ljudinspelningar från patientsamtal, kunde de få feedback på styrkor och svagheter och få vägledning om hur de kunde förbättra sig. Westra et al. (2016) fann också att kunskap om MI-tekniken hade positiv påverkan vad gäller terapeutens förmåga till empatiskt lyssnande, vilket är en av de viktigaste förutsättningarna för att tekniken ska fungera tillfredsställande.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande litteraturöversikt var att beskriva betydelsen av motiverande samtal vid ångest och depression hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Resultatet av litteraturöversikten visade på både möjligheter samt hinder och barriärer i samband med MI-behandling av depression och ångest. De huvudfynd som redovisats i resultat kommer i resultatdiskussionen att sammankopplas och diskuteras utifrån den teoretiska utgångspunkten personcentrerad vård. Därtill kommer personliga reflektioner att redogöras för.

MI har många olika delar som väl förhåller sig till omvårdnadsbegreppet personcentrerad vård, vilka båda stärker patientens autonomi och delaktighet i sin egen vård (Chiang et al., 2019; Holt et al., 2017; Saftlas et al., 2014). Att stärka en patients autonomi innebär att sjuksköterskan måste se patienten som en unik person med egna värderingar och erfarenheter (Ekman, 2020). Kerr et al. (2018) och Ponsford et al. (2016) diskuterar vikten av att hjälpa patienter som drabbats av depression till följd av hjärnskador, att återuppbygga deras självkänsla med hjälp av individuellt anpassade mål och se till att de är realistiska och uppnåbara relaterat till deras nya livssituation. Styrkan med MI är just att den utgår från individens egen utgångspunkt, idéer och tankar, det som inom personcentrerad vård går under benämningen patientberättelsen. Ingen patient är den andra lik och med hjälp av MI kan sjuksköterskan och patienten gemensamt i ett partnerskap bilda ett jämlikt samarbete. Detta minskar risken för att patienten ska uppleva sig vara i en underlägsen maktposition gentemot sjuksköterskan (Tylus-Earl & Jones, 2018).

Inom MI, liksom inom personcentrerad vård, är utgångspunkten för en fungerande relation själva patientberättelsen. Miller och Rollnick (2009) diskuterar att MI bör uppfattas som en komplex uppsättning kommunikationsfärdigheter, där terapeuten ögonblickligen svarar på förändringar i det patienten uttrycker. Processen börjar med att patienten får hjälp med att identifiera och utvärdera sina egna motiv till förändring. För att patienten ska våga utforska sin situation, finna motivation samt göra utfästelser om livsstilsförändringar, krävs att denne känner sig trygg. MI ska förmedlas på ett empatiskt och icke dömande sätt för att bygga ett förtroende med patienten (Miller & Rollnick, 2013). Samtidigt i omvårdnadssyfte ska även behandlingen utgå från evidensbaserad vård varpå funderingar väcks i hur detta verkligen mäts och upprätthålls. En sjuksköterska som i sin person är empatisk och har en trygghetsingivande utstrålning, gentemot en annan som kanske är mer blyg och osäker i sig själv, kommer dessa två med samma längd och evidensbaserad MI-träning kunna hjälpa patienter lika effektivt, antagligen inte. Samtidigt är varje möte mellan sjuksköterska och patient unik och vad resultaten visar är att även om MI inte alltid

är effektiv så verkar den heller inte förvärra, varför träning i metoden torde vara av intresse för att eventuellt förbättra vårdpersonalens kommunikativa kompetens.

Vad som framkommit i resultaten är att det inte enbart är yrkesspecifik kunskap och färdigheter som är avgörande för hur framgångsrik samtalsterapin uppfattas. Östlund et al. (2014) beskriver det som att det inte enbart är mängden träning i tid som är avgörande, utan också hur mottaglig vårdpersonalen är att vilja lära sig. Personliga egenskaper och attribut hos sjuksköterskan kan på detta sätt påverka resultatet. Inneboende egenskaper såsom nyfikenhet och öppenhet är avgörande för hur snabbt metoden anammas vilket diskuteras i studien av Östlund et al. (2015). Ett ointresse kan däremot manifesteras i en djupare motvilja och i slutändan mentala blockeringar. Östlund et al. (2014) påvisar att det ibland saknades ett intresse för MI och att sjuksköterskorna gärna föll tillbaka i sina gamla kommunikationsmönster. Apodaca och Longabaugh (2009) diskuterar vidare att det finns terapeuter i MI som visar inkonsekvens i samtalsmetoden, vilket påverkar effekten av MI negativt, och då väcks funderingar huruvida verkligen vem som helst kan lära sig MI. Att besitta goda kommunikationsfärdigheter är således beroende av både kunskap och intresse, samtidigt som det utgör en av grundförutsättningarna för att personcentrerad vård ska kunna erbjudas. Att som sjuksköterska ta ansvar för sin kompetens genom att reflektera över sitt sätt att kommunicera, samt att utforska personliga motstånd och barriärer är en förutsättning för att kunna erbjuda god omvårdnad.

Vad som också är avgörande i personcentrerade processer är att besluten fattas gemensamt av patient och terapeut, vilket väl överensstämmer med MI-metoden där samtalsbehandlingen startar med att terapeuten *frågar om lov*, samt att terapin utgår ifrån patientens önsknings. Enligt detta sätt att resonera så går det att hävda att eftersom personcentrerad vård, liksom MI, utgår från individen, gör dem väl kompatibla. Som framkommit i resultatet är partnerskapet mellan patient och terapeut av yttersta vikt för att MI ska fungera, och det krävs ett aktivt samarbete mellan dem båda vilket diskuteras av Östlund et al. (2014). Att utveckla ett partnerskap är också en av grundförutsättningarna för personcentrerad vård. Terapeuten kan anses vara expert på metoden, medan patienten är expert på sig själv. I en studie av Holt et al. (2017) har det framkommit att MI har fungerat olika bra, beroende på hur väl partnerskapet har etablerats. Risken med att om ett partnerskap inte inrättas, så finns heller inte det förtroendekapital som krävs för att behandlingen ska kunna fortskrida lyckosamt. Terapeuten har som uppgift att försöka skapa en positiv relation till patienten, utan att vara tvingande, för att tillsammans åstadkomma förändring. Studier har visat att patienter har lättare för att göra utfästelser gällande livsstilsförändringar om de själva verbaliserar sin önskan. Vad som också är utmärkande för MI är att terapeuten inte pratar mycket, utan nästan all kommunikation bör komma från patienten. Detta manifesteras i att terapeuten frågar om lov vid tillfällen när information förmedlas eller reflektioner sker. Förfarandet stärker ytterligare patientens position av att vara i kontroll vilket får anses vara väl överensstämmande med den teoretiska utgångspunkten personcentrerad vård. MI utgår från patientens vilja att eftersöka information, och terapeutens roll är att uppmuntra och lotsa vidare i processen. Processen startas med att terapeuten tillsammans med patienten aktiverar dennes egen motivation.

Den teoretiska utgångspunkten personcentrerad vård i samband med omvårdnad av patienter som lider av depression och ångest, tydliggör att vissa förutsättningar och processer måste vara uppfyllda för att MI-behandlingen ska vara framgångsrik. Det kan innefatta de yrkesspecifika kunskaper och färdigheter som sjuksköterskan besitter, samt graden av engagemang som visas. Detta har visat sig överensstämma med de resultat som

framkommit i studier av Östlund et al. (2014) och Östlund et al. (2015). Vidare har det framkommit att MI har större utsikt att vara effektivt om sjuksköterskan har fått adekvat utbildning. I en studie av Östlund et al. (2014) uttrycks det som om att "MI är en fråga om livslångt lärande", vilket också pekar på betydelsen av möjlighet till träning, samt att kontinuerlig fortbildning behövs. Sjuksköterskan behöver se träningen som en process, och där utbildningen inte är en engångsföreteelse. I en studie framkom också behovet av att vårdpersonal som nyligen utbildats i MI, har ett stort behov av att få uppföljningstillfällen. Hur omfattande utbildning sjuksköterskan har, är avgörande för hur säker hon känner sig på att förmedla tekniken korrekt, och kan antas utgöra ett potentiellt hinder att använda sig av metoden. Olika mängd träning av MI är dessutom avgörande för hur effektiv behandlingen har visat sig vara. Vidare tyder resultaten dock på att långt ifrån alla sjuksköterskor får utbildning i MI. I Sverige är det inte obligatoriskt i grundutbildningen, vilket författarna av denna litteraturöversikt är av åsikten att det bör förändras. Att ta ansvar för sin egen kompetensutveckling ligger som en av sjuksköterskans kärnkompetenser i och med att arbetet ska ske evidensbaserat. Ett sätt att ta ansvar är genom att ställa krav på möjlighet till fortbildning.

Ytterligare faktorer som framkommit är att feedback och återkoppling är viktiga för att lära sig MI, samt att det bör ske inom den egna organisationen. Att kollegor får möjlighet att observera varandra, och att lära av varandra uppfattades positivt, eftersom det innebar en möjlighet att öka kunskapsnivån. Författarna av denna litteraturöversikt tror därför det är av värde att träna all personal samtidigt eftersom de då gemensamt kan arbeta för att utvecklas, och samtidigt uppmuntra varandra. Östlund et al. (2014) stödjer detta resonemang, då det uttrycks som att om inte alla får möjlighet att utbildas och tränas i tekniken, så får den heller inte den genomslagskraft som behövs för att bli etablerad och framgångsrik. Flertalet studier diskuterar också värdet av MI som ett komplement till annan behandling, exempelvis KBT (Peters et al., 2019; Ponsford et al., 2016; Westra et al., 2016). Detta har många gånger visat sig vara framgångsrikt, vilket också tyder på att KBT-terapeuter torde ha ett intresse av att utbilda sig i MI-tekniken.

En premis för att MI ska bli etablerad som behandlingsmetod är att organisationen och ledningen aktivt stödjer detta vilket diskuteras i studien av Östlund et al. (2014). Detta kan ske i form av allmänna riktlinjer som förespråkar detta, men också genom att resurser reserveras till utbildning, samt att tid avsätts för återkoppling och reflektion. Intressant vore att vidare undersöka vad som händer om det finns ett allmänt motstånd i organisationen. Att som sjuksköterska använda sig av MI som del i behandling när vare sig intresse, kunskap eller förtroende för tekniken finns, torde då motverka sitt eget syfte. Yttermera vore det intressant att diskutera hur intresse kan framkallas, både hos enskilda individer, men också hos organisationer.

Givet att sjuksköterskor har som ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande, och därtill besitter en kärnkompetens inom personcentrerad vård, så utgör dessa faktorer en unik plattform för att tillsammans med patienten fatta omvårdnadsbeslut (SSF, 2017). Som framgår i resultatet upplever patienterna det som positivt när de inkluderas i beslut som rör deras hälsotillstånd. Chiang et al. (2019) beskriver det i termer av att patienten själv överväger sina önskemål samt sin förmåga till självhjälp. Sjuksköterskans ansvar är att tillsammans med patienten utvärdera vad som innefattas i begreppet hälsa, både vad gäller fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Att vara deprimerad kan exempelvis få som konsekvens att sociala relationer påverkas negativt, vilket i sin tur leder till en försämrad livskvalitet (Ahlström et al. 2010). Patienten

kan genom att delge sin patientberättelse i samtal med sjuksköterskan få upp ögonen och bli varse vad sjukdomen praktiskt får för konsekvenser i det dagliga livet, och därigenom frambringa motivation till att genomföra positiva livsstilsförändringar. En intressant aspekt i detta är att ingen individ är den andra lik, och att definitionen av att inneha hälsa samt vilka konsekvenser sjukdomen får, upplevs olika av alla individer. Detta får som resultat att startpunkten för behandling skiljer sig från patient till patient, samt att varje patient också fordrar en unik vårdplan. Precis som i personcentrerad vård, så sätter MI-behandlingen, patienten och dennes berättelse i fokus varifrån startpunkten för behandlingen kan ske (Ekman, 2020). Detta ställer krav på att sjuksköterskan dels har kompetens att finna dessa skillnader, samt att också genomföra individuella anpassningar i behandlingen av varje patient.

Ytterligare aspekt vad gäller sjuksköterskans uppgift är att tillsammans med patienten utvärdera och revidera omvårdnadsplanen, vilket i detta fall kan jämföras med att utvärdera och revidera själva samtalsbehandlingen. Vid behandling med MI i samband med depression och ångest kan det sägas ske när samtalsbehandlingen tappar fart och flyt, och momentum påverkas negativt. Detta sker då patienten upplever att samtalet går för fort fram, eller att motståndet upplevs extra stort. Metoden fordrar då att terapeuten *rullar med motståndet*, och tar ett steg tillbaka, reflekterar och diskuterar något som upplevs mer neutralt. Westra et al. (2011) diskuterar att MI möjliggör för terapeuten att arbeta med ambivalensen, istället för att enbart bortse från den, vilket kan tolkas som att processen inte är linjär. Att finna motivation, och därefter stöta på motstånd, är en del av den organiska processen, och innebär att patient och sjuksköterskan tillsammans utvärderar vad som fungerar eller ej, för att därefter genomföra förändringar.

Metoddiskussion

Att genomföra en litteraturoversikt av hög vetenskaplig kvalitet medför att teoretiska, empiriska samt etiska kriterier ska vara uppfyllda (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna till föreliggande litteraturoversikt har sökt att arbeta stringent och systematiskt samt redogjort för förfaringssättet i syfte att stärka den vetenskapliga kvaliteten. I arbetet finns inkluderat en redogörelse för bakgrund, syfte, bärande begrepp, aktuellt kunskapsläge samt teoretisk utgångspunkt vilket ger läsaren en förförståelse inför den empiriska delen av litteraturoversikten. Vad gäller empiri finns beskrivet val av metod och design med fokus på sökstrategi och granskningsprocess av valda artiklar. Därefter redogörs för hur resultaten i inkluderade studier förhöll sig till varandra. Avslutningsvis återges hur metoddiskussion gått tillväga, där författarna har redogjort för sitt kritiska förhållningssätt och lyft fram arbetets styrkor och svagheter, samt en diskussion kring etiska ställningstaganden. Att noggrant redogöra för denna process kan räknas till en av arbetets styrkor (Henricsson, 2017).

Som metod för föreliggande självständiga arbete valdes icke-systematisk litteraturoversikt. Metoden bedömdes vara väl överensstämmande med problemområdet att *beskriva betydelsen av MI i samband med depression och ångest hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv*, då den har som syfte att sammanfatta och beskriva relevant och aktuell kunskap inom området (Polit & Beck, 2017). Metoden tillät författarna att beskriva forskningsläget inom problemområdet med målsättningen att bidra med värdefull kunskap. Diskussioner fördes om huruvida en intervjustudie hade varit av intresse att genomföra, då syftet var att beskriva omvårdnadsperspektivet. Att eftersöka sjuksköterskans upplevelse

av att arbeta med MI med hjälp av intervjuer ansågs också ha passat in på syftet, men att tiden inte tillät detta.

Vad gäller forskningsläget är MI en förhållandevis ny behandlingsmetod som kan appliceras på många områden som rör livsstilsförändringar och beroendeproblematik, vilket gör den väl lämpad att användas inom medicin och omvårdnadsvetenskap (Miller & Rollnick, 2013). Ofta tenderar dock forskningsfrågorna att vara väldigt nischade, varför antalet artiklar skrivna inom ett specifikt område inte är särdeles omfattande vilket kan ses som en svaghet vid genomförandet av en litteraturöversikt. Emellertid talar det för ett behov av fortsatt forskning, vilket föreliggande litteraturöversikt kan bidra med.

Att genomföra en icke-systematisk litteraturöversikt, till skillnad från en systematiskt, innebär att inte all tillgänglig forskning medtages (Polit & Beck, 2017). Risken med detta förfarande är att författarnas partiskhet kan genomsyra resultatet eftersom det enbart bygger på de artiklar författarna känner till, alternativt är utvalda eftersom de stödjer deras egna åsikter (Rosén, 2017). Givet att författarna har personliga erfarenheter och kunskaper finns en risk för detta kan påverka forskningen (Priebe & Landström, 2017). Det handlar också om de värderingar vi bär med oss som påverkar våra tolkningar av händelser och företeelser. Gemensamt kan detta leda till att vi tror oss förstå något innan vi har studerat ämnet. Denna förförståelse som författarna har inhämtat både från det privata livet, under studietiden och VFU-praktik, samt vid författandet av föreliggande litteraturöversikt, kan således ha inflytande över hur resultatet tolkas och framställs. I syfte att motverka detta har under arbetets gång stor vikt lagts vid att reflektera och diskutera kring dessa frågeställningar. Båda författarna har gjort VFU-praktik inom psykiatri där egen erfarenhet av att arbeta med MI inhämtades, vilket uppfattades både positivt och negativt. Att erfarenheten inte uppfattades som enbart positivt eller negativt, får dock tolkas som en styrka eftersom ingen partiskhet befanns föreligga. Erfarenheten bestod främst i att facilitera livsstilsförändringar av typen rökavvänjning och ökad fysisk aktivitet, och innefattade däremot inte behandling i samband med depression och ångest. Att forskning kan bedrivas utan att den på något sätt blivit färgad av författarnas förförståelse är ett ouppnåeligt mål, viktigt är däremot att vara medveten om att denna risk föreligger (Kristensson, 2014).

En styrka med sökningarna är att dessa genomförts systematiskt i tre olika databaser, PubMed, CINAHL samt Psycinfo, med olika fokus på vetenskapligt innehåll vad gäller medicin, omvårdnad och psykologi (Henricson, 2017). Databaserna valdes med målet att ge en så bred och allomfattande bild av problemområdet som var möjligt, där flera olika perspektiv var representerade. Sökningarna avgränsades med den Booleska sökoperatorm AND samt två sökord. Eventuellt har detta förfaringsätt inverkat negativt vad gäller antal träffar samt kvaliteten på det urval som gjordes, då inte fler bärande begrepp kombinerats i samma sökning. Sökorden som användes ansågs relevanta för syftet för föreliggande litteraturöversikt och genererade tillräckligt många artiklar av hög kvalitet. Att noggrant redogöra för vilka sökord som använts, i vilka kombinationer, och vilka avgränsningar samt inklusions-och exklusionskriterier som använts, innebär möjlighet till reproducerbarhet och gör att arbetet får anses hålla hög kvalitet (Polit & Beck, 2017). Genom denna redovisning möjliggörs att exakt samma resultat kan frambringas vid nya sökningar. Ytterligare sätt att öka trovärdigheten är att enbart medta artiklar som är peer-reviewed, då dessa anses ha ett högt vetenskapligt värde (Polit & Beck, 2017). Då MI utgår från mötet mellan patient och personal, och där processen syftar till att skapa en relation med målsättningen att finna motivation till livsstilsförändring hos patienten, fanns metoden

väl överensstämma med personcentrerad vård (Ekman et al., 2011). Författarna valde därför att genomföra en databassökning med sökorden *motivational interviewing* och *nursing* i enlighet med omvårdnadsperspektivet.

Alla artiklar har därefter kvalitetsgranskas i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Författarna läste och kvalitetsbedömde artiklarna individuellt, för att sedan diskutera och nå konsensus kring granskningsresultatet. I det fall då enighet inte nåddes, genomfördes processen en gång till. Vid detta förfarande framkom också att vissa artiklar inte uppnådde satta kvalitetskrav, varför de uteslöts.

Alla artiklar har därefter kvalitetsgranskats i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Författarna läste och kvalitetsbedömde artiklarna individuellt, för att sedan diskutera och nå konsensus kring granskningsresultatet. I det fall då oenighet inte nåddes, genomfördes processen en gång till för att slutligen landa i en gemensam bedömning. Vid denna kvalitetsgranskning framkom också att vissa artiklar inte uppnådde satta kvalitetskrav, varför de uteslöts. Att utesluta artiklar som inte ansågs uppnå de kvalitetskrav som finns specificerade i bedömningsunderlaget, torde innebära att kvaliteten på föreliggande litteraturöversikt påverkades i en positiv riktning. Också att först individuellt granska och bedöma artiklarna, för att därefter gemensamt diskutera, får anses som en styrka i arbetet då risken för felbedömningar och feltolkningar bör ha minskat då två personer oberoende av varandra gjort separata individuella bedömningar.

Resultatet i artiklarna analyserades därefter i tre steg enligt förfarandet om integrerad analys (Kristensson, 2014). Vid genomläsningen uppdagades vissa återkommande ord, begrepp och fraser, som skrevs upp på en tavla för att tydligt åskådliggöra analysprocessen. Vidare fördes därefter en diskussion kring vilka likheter och skillnader som fanns, hur de relaterade till varandra, och slutligen vilka kategorier som kunde urskiljas. Att fortlöpande lägga till ord, begrepp och fraser, samt att flytta plats på dessa underlättade processen med att se materialet ur flera olika synsätt. Förfaringssättet fanns vara effektivt samtidigt som det torde inverkat positivt på analysen då risken för feltolkningar borde minskat (Kristensson, 2014).

Litteraturöversikten baserades på 15 stycken vetenskapliga artiklar, vilka ansågs kunna besvara arbetets syfte. Polit och Beck (2017) diskuterar det värdefulla i att införskaffa flera olika perspektiv inom ett specifikt ämne, vilket talar för nödvändigheten av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Flera perspektiv ökar trovärdigheten för studien. Kvalitativa studier redogör för individers upplevelser och ger en djupare förståelse av ett fenomen, medan kvantitativa studier ställer höga krav på neutralitet, och ofta redovisas i form av siffror, tabeller och diagram (Kristensson, 2014). Att föreliggande litteraturöversikt innehåller tio stycken randomiserade kontrollerade studier (RCT)-studier får anses som en styrka, då dessa håller hög vetenskaplig kvalitet och räknas som en "golden standard" inom forskarvärlden (Kristensson, 2014). Författarna har också strävat efter att inkludera artiklar som beskriver upplevelser, tankar och erfarenheter av MI varför resultatet från två kvalitativa studier som utgick från sjuksköterskans perspektiv ingår i resultatet av litteraturöversikten (Kristensson, 2014). Enligt samma önskan inkluderades också två kvalitativa studier som utgick ifrån patienternas perspektiv i litteraturöversikten.

Kvalitativa artiklar bedöms utifrån begreppet trovärdighet och är ett sätt att beskriva och bedöma en studies övergripande hållbarhet (Kristensson, 2014). Med detta menas hur sanningsenligt resultatet framställs samt hur stor inverkan forskarens förutfattade meningar färgat resultatet. Det kan också handla om hur stort datamaterial som inkluderats i studien, hur utförligt analysprocessen är redogjord för, hur giltigt resultatet bedöms vara även i andra sammanhang och hur stabilt det är över tid samt huruvida tolkningar och resultat som ingår i materialet kan verifieras (Kristensson, 2014). Författarna till föreliggande litteraturöversikt har eftersträvat att påverka trovärdigheten positivt genom att föra diskussioner kring förförståelse och förutfattade meningar. Alla artiklar har lästs och bedömts först individuellt, för att därefter gemensamt diskuterats och sammanställts. Som ovan nämnts har även ansträngningar att inkludera flera olika perspektiv gjorts, vilket ytterligare stärker trovärdigheten på arbetet.

Den kunskap som genereras av forskning bör vara användbar utanför också studien, med detta menas att det är generaliserbar och överförbar till andra förhållanden. Att medta artiklar från flera olika länder kan bidra till att göra resultatet giltigt även utanför studien (Priebe & Landström, 2017). Artiklarna som inkluderades i litteraturöversikten är baserade på resultat från studier utförda i nio antal länder; Australien, Colombia, Iran, Italien, Kanada, Storbritannien, Sverige, Taiwan och USA. Författarnas ställningstagande är att eftersom Sverige i mångt och mycket får anses vara ett mångkulturellt samhälle med influenser från olika delar av världen, torde resultatet i artiklarna även vara generaliserbara till svenska förhållanden. Dock kan olika sjukdomstillstånd bedömas, diagnosticeras och definieras olika i respektive land. Efter diskussion har inga avgörande skillnader dock kunnat urskiljas vad gäller detta i artiklarna. Ytterligare försvårande faktor är om vårdpersonalens kunskap och kompetenskrav inte är likvärdiga länderna emellan. Sjuksköterskor världen över arbetar emellertid efter ICN:s etiska riktlinjer, vilket torde utjämna eventuella skillnader (International Council of Nurses, 2017). Författarna har vidare fört diskussioner kring överförbarhet vad gäller barn och ungdomar, grupper med olika fysiska och kognitiva nedsättningar, samt där kulturella skillnader kan påvisas. Föreliggande litteraturöversikt avhandlar MI vid depression och ångest, och med detta i åtanke har författarna strävat efter att välja ut ett representativt urval av artiklarna från olika geografiska områden, könsfördelning samt bakomliggande problem. Resultatet i artiklarna kan dessutom vara beroende av vem, och hur erfaren, den som höll i MI-behandlingen var. Ofta kombineras MI med Kognitiv Beteende Terapi (KBT), varför många artiklar är skrivna med detta perspektiv. Detta kan ses som en svaghet då författarna ville separera effekten av de olika terapierna från varandra.

Eftersom det vedertagna språket inom forskning och vetenskap är engelska, då målsättningen är att nå en så stor mängd läsare som möjligt, söktes enbart artiklar på detta språk (Friberg, 2017). Risken med detta förfaringsätt är att författarna gått miste om artiklar skrivna på andra språk. Ytterligare risk är att författarna med hjälp av lexikon och Google translate nödgades översätta artiklarna till svenska, vilket kan ge upphov till feltolkningar och språkförvecklingar. Felaktigheter kan ändå inte uteslutas, och betraktas därför som eventuella svagheter. Ytterligare sätt att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten har skett genom att erhålla hjälp i form av handledning, feedback från kritiska läsare samt vid opponering (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Då artiklarna i föreliggande litteraturöversikt innehåller studier utförda på människor gjordes kontinuerligt under hela forskningsprocessen etiska överväganden. Vid första genomläsning av artiklar, exkluderades de artiklar som befanns vara i total avsaknad av

etisk granskning eller kunde uppvisa etiska tillstånd. Alla inkluderade artiklar redogjorde inte tydligt för de forskningsetiska ställningstaganden som gjorts under studiens gång, varför vi efterforskade detta via de krav som ställs vid publicering i de olika vetenskapliga tidskrifterna. Vidare har diskussioner förts huruvida det är etiskt försvarbart att genomföra studier på personer som lider av psykisk ohälsa. En viktig faktor för att studien ska räknas som etisk, är att medverkande individer är beslutskompetenta. I föreliggande studie har personer som lider av psykisk ohälsa i form av depression och ångest medtagits varför de får anses vara beslutskompetenta. Diskussioner kring etiska ställningstaganden som rör studier där medverkande personer lider av allvarliga psykiatriska diagnoser såsom psykos och schizofreni, hade eventuellt kommit till andra slutsatser.

Vid den formativa bedömningen av föreliggande litteraturöversikt fäste examinator och opponenter författarnas uppmärksamhet på att en perspektivförskjutning vad gäller omvårdnadsperspektivet skett under arbetsprocessen. Det återfanns en skevhet vad gäller syftet i förhållande till resultat och resultatdiskussion. Tolkningen av omvårdnadsperspektivet hade fått en övervikt till sjuksköterskeperspektivet i bakgrunden, medan de inkluderade artiklarna i resultatet hade en övervikt av patientperspektivet. Denna skevhet resulterade i att en viss omarbetning av föreliggande litteraturöversikt gjordes. I bakgrunden utvecklades patientperspektivet till att också innehålla utförligare redogörelse för patientens upplevelser av att leva med depression och ångest, samt vilka konsekvenser den psykiska ohälsan kan medföra för den enskilde individen. Genom att lyfta fram patienternas perspektiv i bakgrunden var målsättningen att skapa en mer balanserad introduktion för läsaren av uppsatsen i och med att det blir en mer jämnare vikt av betydelsen mellan de båda perspektiven. Med samma intention kortades också avsnittet om sjuksköterskans perspektiv i bakgrunden till att enbart innehålla ansvarsområde vad gäller hälsofrämjande arbete samt kärnkompetenser.

Av de inkluderade artiklarna i resultatet har endast tre stycken sjuksköterskeperspektivet, medan resterande 12 utgick ifrån patienternas perspektiv, vilket får anses vara största skälet till skevheten vad gäller perspektiv. Anledningen till att utfallet blev på detta sätt beror delvis på en felaktig sökstrategi där avgränsningssfunktionen *adults* användes i CINAHL och PsycINFO, vilket visade sig vara en alltför snäv avgränsning då den endast innefattar åldersspannet 19-44 år, och där intentionen istället var att inkludera alla vuxna över 18 år. Författarna upplevde dessutom en tidsbrist, då de tidigare behövt byta syfte för litteraturöversikten. I samband med kvalitetsgranskningen och den integrerade analysen så sållades dessutom ett antal artiklar bort, utan att författarna uppmärksammade att alla dessa artiklar hade sjuksköterskans perspektiv. Sammantaget resulterade detta i att för få artiklar med sjuksköterskans perspektiv inkluderades i resultatet. Denna skevhet mellan syftet och resultat och resultatdiskussion får anses vara en svaghet i arbetet. Kvaliteten på litteraturöversikten hade varit högre om de inkluderade artiklarna i resultatet hade varit jämnare fördelat mellan de båda perspektiven. Dock ska påpekas att bedömningen vad gäller kvaliteten på varje enskild artikel kvarstår, och redovisas i bilaga B.

Vid utvärdering av resultat och resultatdiskussion tydliggjordes därför att det framsökta materialet inte svarade fullt ut på syftet. Ytterligare artiklar som redogjorde för sjuksköterskans perspektiv hade behövt inkluderats för att syftet till föreliggande litteraturöversikt fullt ut hade kunnat besvarats. Den information som framkommit i varje unik artikel får räknas som trovärdig då den genomgått kvalitetsgranskning och analys. Däremot hade ytterligare artiklar som redogjorde för sjuksköterskans perspektiv behövt inkluderas för att ge föreliggande litteraturöversikt högre trovärdighet.

Slutsats

Föreliggande litteraturöversikt beskriver betydelsen av MI vid ångest och depression hos vuxna utifrån ett omvårdnadsperspektiv. I resultaten framkom att MI med fördel kan användas för att lindra vissa ångest och depressionssymtom och framkalla livsstilsförändringar hos patienter. Däremot är metoden inte alltid framgångsrik. Å andra sidan framkommer i samtliga artiklar att MI som metod passar väl ihop med personcentrerad vård. Båda dessa ser patienten som en resurs till sin egen vård och genom MI kan sjuksköterskan utöka sin empatiska kommunikativa förmåga och skapa en allians med patienten, och på detta sätt framkalla motivation och strategier till förändringar.

Fortsatta studier

Då förekomsten av psykisk ohälsa fortsätter att öka både i Sverige och internationellt, samt i alla åldersgrupper, borde behovet av forskning kring olika behandlingsmetoder i syfte att öka vårt psykiska välbefinnande vara stort rent generellt. MI har i studier visat sig vara effektiv i samband med livsstilsförändringar och beroendeproblematik, men vidare resultat tyder på att metoden också kan användas inom fler närliggande områden, varför ytterligare bred forskning är önskvärd. En studie som Westra et al. (2011) genomfört beskriver att MI är verkningsfullt i samband med flertalet kliniska problem som rör motstånd, ambivalens samt avsaknad av motivation. Eftersom MI ytterst är ett samtal om förändring, och givet att förändring är eftersträvansvärt vad gäller flertalet livsstilsfrågor i samband med folksjukdomar, torde intresset för att kombinera MI som del av behandlingen vid dessa tillstånd vara värdefullt.

Författarna har också funnit att det saknas forskning kring hur MI kan användas i samband med behandling av ungdomar som lider av depression och ångest. Dessutom kan det vara av värde att genomföra studier på den "äldre-äldre" populationen, det vill säga det som är över 80 år, då depression är vanligt förekommande samtidigt som motivationen till livsstilsförändringar kan vara låg. Andra intressanta grupper att beforska kan vara personer med fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar eller personer från en specifik kulturell bakgrund. Vid utvärdering av hur MI fungerar kan det vara av intresse att genomföra kombinerade studier som tar hänsyn till både personalens och patienternas upplevelser. Också hur organisationer och företag bäst kan skapa förutsättningar för att MI framgångsrikt ska kunna implementeras i verksamheten kan vara av intresse att studera.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet av litteraturöversikten har ökat förståelsen för hur sjuksköterskan på ett personcentrerat sätt kan använda sig av MI som en del i behandlingen av depression och ångest. Att ha flera möjliga "verktyg" att ta till i sin yrkesutövning torde vara värdefullt också i andra situationer. MI ingår som obligatoriskt moment i distriktsjuksköterskeutbildningen i Sverige, författarna är av den åsikten att det även borde vara obligatorisk i sjuksköterskeutbildningen.

Genom att beskriva vilka förutsättningar som krävs för att MI framgångsrikt ska kunna implementeras som en del av verksamheten, men också genom att påvisa vilka hinder och barriärer som kan förekomma, kan vården arbeta proaktivt och rikta insatser och resurser dit de gör mest nytta. Detta bör anses som hållbart både ur samhällsekonomiskt perspektiv då resurser fördelas på effektivast möjliga sätt, samtidigt som det kan bidra till att minska lidandet hos enskilda personer.

Hållbar utveckling

Att arbeta hållbart innebär att sjuksköterskan har ett ansvar för att använda sig av tillgängliga resurser på ett effektivt sätt, utan att det äventyrar framtida generationers möjligheter till att tillgodose sina behov. Sjuksköterskan har också som uppgift att arbeta evidensbaserat och erbjuda vård som utgår från bästa tillgängliga kunskap. Ett sätt att bidra till detta är att erbjuda den mest effektfulla behandlingen till patienter som lider av depression och ångest. Tylus-Earl och Jones (2018) beskriver i sin studie MI som en av de mest kostnadseffektiva metoderna som finns för att möjliggöra livsstilsförändringar. Vidare argumenterar de för att kostnaden för att utbilda personal i metoden utgör en liten del av den totala kostnaden för behandling av psykiska problem. Berry et al. (2018) beskriver i en studie att en faktor som bidrar till den globalt ökande psykiska ohälsan är påverkan av miljöhot i form av naturkatastrofer associerade med klimatförändringar, vilket också påtalar vikten av ett hållbart miljötank. I föreliggande litteraturstudie har det visat sig att MI-behandling under vissa förutsättningar har visat sig vara framgångsrikt. Ur ett evidensbaserat vårdperspektiv och med ett hållbarhetsperspektiv, ligger dock svårigheten i att identifiera exakt vid vilka tillfällen MI skulle vara verkningsfullt. Att medverka till att vårdtiden blir kortast möjligt är ekonomiskt fördelaktigt för både verksamheten och samhället. Dessutom så innebär det ett kortare lidande för patienten och snabbare återgång till normala livet. Ur sjuksköterskans perspektiv så finns därmed ett behov av att kontinuerligt få tillfälle till att uppdatera sig på senaste rön och hålla sig ajour med utvecklingen, vilket också styrks av vad som framkommit i resultaten.

Självständighetsdeklaration

Författarna Karin von Essen och Jeanette Lind har i lika stor omfattning bidragit till samtliga delar av denna litteraturöversikt.

REFERENSER

Adan, R. A. H., van der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., & Dickson, S. L. (2019). Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*, 29(12), 1321-1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>

Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2010). The meaning of major depression in family life: The viewpoint of the ill parent. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 284-293

American Psychiatric Association. (2014). *MINI-D5, diagnostiska kriterier enligt DSM 5* (J. Herlofsson, Övers.; 5. uppl.). Pilgrim Press.

Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104(5), 705-715. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02527.x>

Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2009). Introduction to the special series on motivational interviewing and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1149-1155. doi: 10.1002/jclp.20640

Baldwin, K., & Spears, M. J. (2019). Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety With Nursing Bedside Report. *Clinical Nurse Specialist*, 33(2), 82-89. doi: 10.1097/NUR.0000000000000428

Bech, P. (2006). Rating scales in depression: limitations and pitfalls. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 207-215. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.2/pbech

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad. Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). SBU, SSF.

Berry, H. L., Waite, T. D., Dear, K. B. G., Capon, A. G., & Murray, V. (2018). The case for systems thinking about climate change and mental health. *Nature Climate Change*, 8(4), 282–290. doi:10.1038/s41558-018-0102-4

* Bunyan, M., Crowley, J., Smedley, N., Mutti, M.-F., Cashen, A., Thompson, T., & Foster, J. (2017). Feasibility of training nurses in motivational interviewing to improve patient experience in mental health inpatient rehabilitation: a pilot study. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(4), 221-231. <https://doi.org/10.1111/jpm.12382>

* Chiang, L.-C., McLean Heitkemper, M., Chiang, S.-L., Tzeng, W.-C., Lee, M.-S., Hung, Y.-J., & Lin, C.-H. (2019). Motivational Counseling to Reduce Sedentary Behaviors and Depressive Symptoms and Improve Health-Related Quality of Life Among Women With Metabolic Syndrome. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(4), 327-335. doi: 10.1097/JCN.0000000000000573

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 3(5), 415-424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

Conroy, S. K., Brownlowe, K. B., & McAllister, T. W. (2020). Depression Comorbid With Stroke, Traumatic Brain Injury, Parkinson's Disease, and Multiple Sclerosis: Diagnosis and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(2), 150–161.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200004>

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (Red). (2018). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ekman, I. (Red.). 2020. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Liber.

Etikprövningsmyndigheten. (u.å.). *Vad säger lagen*. Hämtad 27 november, 2020, från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Statistik psykisk hälsa*. Hämtad 27 november, 2020, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Forsberg, A. (2017). *Omvårdnad på akademisk grund. Att utvecklas och ta ansvar*. Natur & Kultur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl.). Studentlitteratur.

Föcker, M., Antel, J., Grasemann, C., Fuhrer, D., Timmesfeld, N., Öztürk, D., Peters, T., Hinney, A., Hebebrand, J., & Libuda, L. (2018). Effect of a vitamin D deficiency on depressive symptoms in child and adolescent psychiatric patients – a randomized controlled trial: study protocol. *BMC Psychiatry*, 18(57). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1637-7>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>

González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J.L., & Puertas-Molero, P. (2019). Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4394.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16224394>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Studentlitteratur.

Holm Ivarsson, B. (2017). *MI motiverande samtal: Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Gothia Fortbildning.

* Holt, C., Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2017). Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomized controlled trial of motivational interviewing. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 791-801. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0767-0>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Hurtado, M. M., Villena, A., Vega, A., Amor, G., Gómez, C., & Morales-Asencio, J. M. (2020). 'I have anxiety, but I have values and preferences' Experiences of users with generalized anxiety disorder: A qualitative study. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 521–530. <https://doi.org/10.1111/inm.12690>

Häggström, L., & Magnil, M. (2015). Förstämningssyndrom. I *Läkemedelsboken*. Hämtad 27 november, 2020, från https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html#s3_39

International Council of Nurses. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* (Rev. utg.). <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

Jackman, K. (2012). Motivational Interviewing with Adolescents: An Advanced Practice Nursing Intervention for Psychiatric Settings. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(1), 4-8. doi: 10.1111/j.1744-6171.2011.00304.x

Jha, M. K., Grannemann, B. D., Trombello, J. M., Clark, E. W., Eidelman, S. L., Lawson, T., Greer, T. L., Rush, A. J., & Trivedi, M. H. (2019). A Structured Approach to Detecting and Treating Depression in Primary Care: VitalSign6 Project. *Annals of family medicine*, 17(4), 326–335. <https://doi.org/10.1370/afm.2418>

* Keeley, R. D., Brody, D. S., Engel, M., Burke, B. L., Nordstrom, K., Moralez, E., Dickinson, L. M., & Emsermann, C. (2016). Motivational interviewing improves depression outcome in primary care: A cluster randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 993-1007. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000124>

Kellner, C. H., Obbels, J., & Sienaert, P. (2020). When to consider electroconvulsive therapy (ECT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141, 304-315. <https://doi.org/10.1111/acps.13134>

* Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. (2018). Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12657. <https://doi.org/10.1111/ijn.12657>

Keyes, C. L. M. (2014). *Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture*. https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2.1. uppl., ss. 58-77). Studentlitteratur.

von Knorring, L., Hedin, K. & von Knorring, A.-L. (2015). Ångest och Oro. I *Läkemedelsboken*. Hämtad 27 november, 2020, från https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/angest_och_oro.html#s2_32

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur och Kultur.

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>

Machado-Vieira, R., Baumann, J., Wheeler-Castillo, C., Latov, D., Henter, I. D., Salvadore, G., & Zarate, C. A. (2010). The Timing of Antidepressant Effects: A Comparison of Diverse Pharmacological and Somatic Treatments. *Pharmaceuticals*, 3(1), 19–41. <https://doi.org/10.3390/ph3010019>

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.

Medin, J., & Alexanderson, K. (2001). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Studentlitteratur AB.

* Medina Garzón, M. (2019). Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e07>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(02), 129. doi:10.1017/s1352465809005128

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring* (3. uppl.). Natur och Kultur.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2.4. uppl., ss 421-436). Studentlitteratur.

Nabeshima, T., & Kim, H. C. (2013). Involvement of genetic and environmental factors in the onset of depression. *Experimental neurobiology*, 22(4), 235–243. <https://doi.org/10.5607/en.2013.22.4.235>

* Navidian, A., Mobaraki, H., & Shakiba, M. (2017). The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviors in

heart failure patients with depression. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1499-1504. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.023>

Nemeroff, C. B. (2020). The State of Our Understanding of the Pathophysiology and Optimal Treatment of Depression: Glass Half Full or Half Empty? *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 671–685. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20060845

Nordström Torpenberg, I. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Svensk sjuksköterskeförening.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B. K., De Silva, M, Singh, I., Stein, D. J., Sunkel, C., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 392(10157) 1553-1593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

* Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L. F., Brockveld, K., Baillie, A., Gaston, J., & Rapee, R. M. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: A Randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 256(1), 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042>.

* Pieters, C. H. & Heilemann, M.-S. V. (2010). “I Can't Do it on My Own”: Motivation to Enter Therapy for Depression among Low Income, Second Generation, Latinas. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(4), 279-287. <https://doi.org/10.3109/01612840903308549>

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2.4. uppl., ss 25-40). Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

* Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., Downing, M., Furtado, C., & O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological Medicine*, 46(5), 1079-1090. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002640>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2.4. uppl., ss 375-387). Studentlitteratur.

* Saftlas, A. F., Harland, K. K., Wallis, A. B., Cavanaugh, J., Dickey, P., & Peek-Asa, C. (2014). Motivational interviewing and intimate partner violence: a randomized trial. *Annals of Epidemiology*, 24(2), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.10.006>

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>

- Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2019). Ångestsyndrom. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (3. uppl., ss. 87-108). Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2019). Förstämmningssyndrom. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (3. uppl., ss. 109-135). Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Allt fler får antidepressiva läkemedel*. Hämtad 27 november, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/allt-fler-far-antidepressiva-lakemedel/>
- Socialstyrelsen. (2019b). *MI (motiverande samtal)*. Hämtad 18 januari, 2021, från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20vård%202019.pdf>
- Tylus-Earl, N., & Jones, J. (2018). Motivational interviewing for patients with mood disorders. *Nursing*, 48(2), 18–20. doi:10.1097/01.nurse.0000527613.60279.62
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
- * Vellone, E., Rebore, P., Ausili, D., Zeffiro, V., Pucciarelli, G., Caggianelli, G., Masci, S., Alvaro, R., & Riegel, B. (2020). Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial. *ESC Heart Failure*, 7, 1309-1318. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12733>.
- Vingård, E. (2020). *En kunskapsöversikt: Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. <https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv-2020.pdf>
- Westra, H. A., Aviram, A., & Doell, F. K. (2011). Extending Motivational Interviewing to the Treatment of Major Mental Health Problems: Current Directions and Evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), 643-650. <https://doi.org/10.1177/070674371105601102>
- * Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 768-782. <https://doi.org/10.1037/ccp0000098>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4. uppl.). Studentlitteratur

WHO. (u.å). *Mental health included in the UN Sustainable Development Goals*. Hämtad 31 oktober, 2020, från https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/

WHO. (2006). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WHO. (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf?fbclid=IwAR261RBJ6aUNPkwXV12VPHUnlxVOw5kkW0iGkk4gFPcC17QozJrHEXtxl5Y

WHO. (2018). *Mental Health: strengthening our response*. Hämtad 27 oktober, 2020, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Medical Association. (2020). WMA declaration of Helsinki: *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 17 november 2020 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Young, C., & Horton, J. (2019). Canine and Equine Therapy for Mental Health: A Review of Clinical Effectiveness. *Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. Hämtad 6 november, 2020, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549209/?report=reader>

* Östlund, A.-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M. -L. (2014). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2284-2294. <https://doi.org/10.1111/jocn.12509>

* Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bunyan, M., Crowley, J., Smedley, N., Mutti, M.-F., Cashen, A., Thompson, T., & Foster, J. 2017 Storbritannien	Feasibility of training nurses in motivational interviewing to improve patient experience in mental health inpatient rehabilitation: a pilot study	Att undersöka genomförbarheten av att utbilda sjuksköterskor som arbetar med rehabilitering i metoden MI i syfte att påverka depression och ångest hos patienterna, samt att mäta patientupplevelsen.	<u>Design:</u> Kvalitativ och kvantitativ pilotstudie. <u>Urval:</u> 45 inläggande patienter från tre rehabiliterings avdelningar för psykisk ohälsa. 60 (82% sjuksköterskor) personer som arbetade på avdelningarna. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, GMI, fokusgrupper, MIMSI, VOICE, journalanteckningar, ljudupptagningar från överrapporteringar mellan skift och monitorering av personal. <u>Dataanalys:</u> SPSSv.24, Chi square test, Mann Whitney U, Spearman's rho.	Patienter 34 (135) Personal 60 (-)	Personal upplevde MI som ett möjligt tillägg till deras arbetsmetod och att det var relevant för deras arbete. Där fanns en potential förbättring hos patienter men större studier krävs för att eventuellt verifiera dem.	K I
Chiang, L.-C., McLean Heitkemper, M., Chiang, S.-L., Tzeng, W.-C., Lee, M.-S., Hung, Y.-J., & Lin, C.-H. 2019 Taiwan	Motivational Counseling to Reduce Sedentary Behaviors and Depressive Symptoms and Improve Health-Related Quality of Life Among Women With Metabolic Syndrome	Att undersöka om motiverande samtal under en 12 veckors period minskar stillasittande beteende och depressionssymptom hos kvinnor med metabolt syndrom.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> kvinnor över 40 år, talar mandarin, utan cancerhistorik eller njurproblem, kan gå utan hjälpmedel <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Dataanalys:</u> Chi squared, ANOVA	100 (15)	Patienter i den experimentella gruppen minskade sitt stillasittande med 374 minuter i veckan. De uppvisade också minskade depressiva symtom.	RCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Holt, C., Milgrom, J., & Gemmill, A. W. 2017 Australien	Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomized controlled trial of motivational interviewing.	Att studera om MI, förmedlad av sjuksköterskor inom mödra- och barnhälsovården, påverkar mödrars tendens att söka vård för depression och ångest upp till 12 månader efter förlossning.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> 40 sjuksköterskor fick var för sig värva 20st nyblivna engelsktalande mödrar från 4 veckors rutinkontroll. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsformulär, PSRFQ, EPDS, BDI-II, DASS21 <u>Dataanalys:</u> Logistic Mixed Modell, Linear Mixed Model, multivariate logistic regression	468 (73)	Nyblivna mödrar som uppvisade symptom på psykisk ohälsa var fyra gånger mer sannolika att söka vård för detta i gruppen som fick MI under sitt återbesök.	RCT I
Keeley, R. D., Brody, D. S., Engel, M., Burke, B. L., Nordstrom, K., Morales, E., Dickinson, L. M., & Emsermann, C. 2016 USA	Motivational interviewing improves depression outcome in primary care: A cluster randomized trial	Att utvärdera om MI över tid förbättrar måendet hos låginkomsttagande patienter med egentlig depression	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> från sju primärvårdsenheter som har flest oförsäkrade patienter inbjöds till studien; engelsktalande, icke gravida, över 18 år med 10 eller högre på PHQ-9 som ledde till MINI utredning av psykiatriker där de som fick positivt svar på egentlig depression fick gå vidare i studien <u>Datainsamling:</u> självskattningsformulär, inspelade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Little's Randomized ratio test, V 3.1.1., COICs, MICE, SAS MI, MI skills code 2.1, Rubin's rule, Spearman Rho, Gaussion quadrature, Bonferroni-corrected Type I	Patienter 168 (-) Personal 26 (-)	MI interventionsgruppen visade mindre depressiva symtom än kontrollgruppen. Däremot sågs ingen skillnad mellan grupperna vad gäller att själv söka vidare hjälp i form av stödsamtal eller förskrivning av antidepressiva.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kerr, D., McCann, T., Mackey, E., & Wijeratne, T. 2018 Australien	Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: A pilot randomized study of the Good Mood Intervention program.	Att undersöka effekten av tidigt insatt MI samtal för att minska depressiva symptom och öka livskvaliteten hos patienter som drabbats av stroke.	<u>Design:</u> Pilot randomiserad studie <u>Urval:</u> engelsktalande patienter som haft akut stroke men var alerta, över 18 år <u>Datainsamling:</u> intervjuer, självskattningsformulär, Barthel Index, HADS, PHQ-9, QOL <u>Dataanalys:</u> SPSS version 22	Personal 5 (1) Patienter 38 (10)	Resultaten visar att det inte finns någon direkt skillnad mellan kontroll och interventionsgrupp. De förklarar sina brister och med dessa föreslår de att i framtida studier mer fokus borde ligga på utbildning av MI till sjuksköterskor så de kan leverera samtalsteknikerna med mer trovärdighet.	RCT II
Medina Garzón, M. 2019 Colombia	Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: preventive controlled and randomized clinical trial	Att utvärdera effektiviteten av en sjuksköterskeledd intervention, om den kan minska preoperativa ångesten hos patienter som ska genomgå en knäplastikoperation.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> patienter som ska undergå en knäplastik mellan 50-70 år <u>Datainsamling:</u> självskattningsformulär, APAIS <u>Dataanalys:</u> t-test, chi squared test, ANOVA, Mauchly's W, F-test	55 (1)	Efter MI interventionen visade interventionsgruppen lägre ångestsymtom än kontrollgruppen.	RCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Navidian, A., Mobaraki, H. & Shakiba, M. 2017 Iran	The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviors in heart failure patients with depression.	Att utvärdera om fyra sessioner med MI ökar förmågan till självhjälp hos hjärtsviktpatienter med depression.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> patienter mellan 20-80år med hjärtsvikt, positiv (> 21) screening på BDI, MSE positiv för depression utförd av klinisk psykolog, bor tillgängligt för uppföljning, fullt medvetande utan kommunikationssvårigheter, utan substansanvändning, deltar inte i andra studier. <u>Datainsamling:</u> två delade frågeformulär, SCHFIV6.6, <u>Dataanalys:</u> Shapiro-Wilk test, IBM SPSS V 21.0, t-test, chi-square test, ANOVA	82 (-)	MI gruppen hade högre poäng på självhjälp skalan men ingen skillnad mellan grupperna kunde ses i mätningar av depression och inneliggande sjukhusperioder.	K II
Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L. F., Brockveld, K., Baillie, A., Gaston, J., & Rapee, R. M. 2019 Australien	Motivational interviewing prior to cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: A Randomised controlled trial.	Att utvärdera om tre MI sessioner innan kognitiv beteendeterapi ökar resultatet hos patienter med social fobi.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> över 18 år med social ångestdiagnos <u>Datainsamling:</u> självskattningsformulär, ACES, antal deltagande i terapisesioner, antal hemläxor inlämnade, ångestskattning; SIAS, CSR scale, inspelningar av ADIS-IV intervjuer, MISC 2.5, SF-12 MCS, ICF <u>Dataanalys:</u> t-tests, MITI 3.1.1, MLM, SPSS V 23	186 (-)	MI visade inte någon förbättring i varken ökat deltagande i KBT sessioner och inte någon större minskning av socialångest.	RCT I
Pieters, C. H., & Heilemann, M.-S. V. 2010 USA	"I Can't Do it on My Own": Motivation to Enter Therapy for Depression among Low Income, Second Generation, Latinas	Att utforska om MI kan hjälpa andra generationens, låginkomsttagande latinamerikanska kvinnor till att söka hjälp för sin depression.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> andra generations latinamerikanska kvinnor mellan 18-50 år, med 14 eller högre på BDI-II. <u>Datainsamling:</u> intervjuer <u>Dataanalys:</u> Constructivist Grounded Theory techniques, focus coding	12 (-)	I resultatet fanns två typer av motivationsfaktorer: positiva och smärtsamma. Trots hinder i sina liv blev kvinnorna motiverade till att söka hjälp för sin depression. Om detta resultat visade sig vara tack vare MI är svårt att tolka på grund av att de inte visade mycket motstånd till behandling vid baseline.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Höger kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., Downing, M., Furtado, C., & O'Donnell, M. L. 2016 Australien	Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury	Att utvärdera effekten av MI och KBT för att minska ångest och depression hos patienter med traumatisk hjärnskada.	<u>Design:</u> RCT, parallell tregrupps design <u>Urval:</u> Patienter över 18 år med mild till allvarlig traumatisk hjärnskada, engelsktalande, tillräckligt god kognitiv funktion för att klara av frågeformulär och terapi, har depressiva och/eller ångestsymtom. <u>Datainsamling:</u> skattningsskalor HADS-anxiety, DASS-depression, självskattningsformulär SPRS-2, Form B- Self, <u>Dataanalys:</u> SPSS v20, ANOVA, chi-squared	40 (35)	I alla grupper minskade ångest och depressiva symtom över tid men mer i interventions grupperna än i kontrollgruppen. Däremot visade MI inte förbättra effekten av KBT.	RCT I
Saftlas, A. F., Harland, K. K., Wallis, A. B., Cavanaugh, J., Dickey, P., & Peek-Asa, C. 2014	Motivational interviewing and intimate partner violence: a randomized trial	Att undersöka om MI förbättrar självförmåga, depressiva symtom och beredskap till förändring, hos kvinnor i våldsamma nära relationer.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> kvinnor över 18 år som har konstaterats leva med våld i nära relation, engelsktalande, ej gravid eller i fängelse. <u>Datainsamling:</u> databaserad självskattningsformulär, Abuse Assessment Screen, Danger Assessment Screen, Domestic Violence Coping, Self-Efficacy Scale, Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale, inspelade intervjuer <u>Dataanalys:</u> SAS v 9.2, chi-square, multivariate analysis of variance procedures.	204 (102)	Depressivasymtom minskade mer i MI gruppen. Självförmåga och beredskap till förändring ökade i MI gruppen men inte till en statistisk signifikans.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Vellone, E., Rebore, P., Ausili, D., Zeffiro, V., Pucciarelli, G., Caggianelli, G., Masci, S., Alvaro, R. & Riegel, B. 2020 Italien	Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial	Att utvärdera om MI-interventioner ledda av sjuksköterskor (ssk) förbättrar förmågan till egenvård, följsamhet att ta mediciner samt förtroende till sin egen egenvårdsförmåga hos patienter som lider av hjärtsvikt.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> patienter med hjärtsvikt, som också skattat lågt på egenvårdskalor <u>Datainsamling:</u> SCHFI v6.2, Six-item Screener, telefonintervjuer, intervjuer <u>Dataanalys:</u> chi-squared, t-tests, Charlson Comorbidity Index, MITI scale, MoCA	Ssk 18 (-) Patienter 238 (272)	Gruppen som fick MI-interventioner visade med statistisk signifikans att patienternas förmåga till egenvård och självförmåga ökade, jämfört med kontrollgruppen.	RCT I
Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. 2016 Kanada	Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial	Att utforska om en kombination av MI och KBT har en bättre effekt än enbart KBT i behandling av generaliserad ångestsyndrom (GAD).	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> 1020 vuxna patienter som led av ångest och depression som svarade på annons, telefonscreenades därefter genomgick strukturerade intervju. Slutligt urval bestod av 85 personer. <u>Datainsamling:</u> En undersökningsgrupp erhöll 15 KBT-sessioner, och en grupp erhöll 11 KBT-sessioner och 4 MI-sessioner. <u>Dataanalys:</u> Hierarchical linear modeling (HLM), multilevel regressions samt chi-square analysis.	85	Resultatet visar på att MI kombinerat med KBT för patienter med allvarlig depression och ångest är effektivt. Vidare framkom att det är angeläget att behandlare får lämplig utbildning för att kunna urskilja motstånd och ambivalens.	RCT I
Östlund, A.-S., Wadensten, B., Hägström, E., Lindqvist, H. & Kristofferzon, M. - L. 2014 Sverige	District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings	Att undersöka omfattningen av huruvida distriktssköterskor och sjuksköterskor har träning i MI, hur mycket de använder MI, under vilka förutsättningar de använder sig av MI, att jämföra skillnaden mellan distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor samt utvärdera eventuella samband mellan grad av träning, handledning och feedback på hur populationen använde sig av MI.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Alla registrerade ssk och ds i tre olika regioner i Sverige, totalt 980 stycken. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, 27 olika frågor fördelade på tre olika ämnen. Två påminnelser sändes. <u>Dataanalys:</u> IBM SPSS Statistics version 20.	673 (307)	59% uppgav sig ha träning i MI. 57% uppgav sig använda sig av MI. Främsta användningsområden var i samband med viktnedgång, nikotinavvänjning, högt blodtryck samt vid ökning av fysisk aktivitet. Fler ds än ssk använde sig av MI. Endast 26% hade erhållit någon form av feedback, och 15% hade fått handledning.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.- L., & Haggström, E. 2015 Sverige	Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method	Att belysa vilka erfarenheter som sjuksköterskor inom primärvården har av att arbeta med MI.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv studie <u>Urval:</u> 20 ssk som arbetar inom två olika regioner inom primärvården, alla utbildade inom MI. Hälften använde sig av MI i sitt dagliga arbete, och hälften gjorde det inte. <u>Datainsamling:</u> Kvalitativa semistrukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ content analys.	20	Sjuksköterskor upplevde att personligt intresse samt en uppmuntrande omgivning var en förutsättning för att överkomma personligt internt motstånd, och öka användandet av MI. De upplevde också en ömsesidig fördel av MI; metoden framkallar positiva effekter hos både ssk och patient.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet