

Motiverande samtal För vad? Av vem?

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:18

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Lena Nederfeldt, Sanna Fredin
Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-47-0

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård var en huvudstrategi i den folkhälsopolicy som antogs 2008. Det hälsofrämjande arbetet inom vården omfattar såväl organisations- som personal- och patientarbete. Krav och indikatorer på hälsofrämjande insatser skrivs nu in i avtal och regelböcker för vårdproducenter. Ett stort behov finns av utbildning och kompetensutveckling i metoder och praktiskt arbete för att implementera dessa.

En av de metoder som ofta nämns när man diskuterar vårdens möjligheter att hjälpa patienter till mer hälsosamma levnadsvanor är motiverande samtal, eller MI som man ofta säger (den engelska förkortningen på Motivational Interviewing). Motiverande samtal lyfts ofta och gärna fram som insats i primärvården och i andra verksamheter, vid en rad olika tillstånd. Det är därför viktigt att såväl beställare som producenter av vård känner till vad motiverande samtal är, vid vilka tillstånd det finns underlag för att den är effektiv, och vilka möjligheter det finns för utbildning i metoden. Behovet av kompetens förstärks också i och med att Socialstyrelsen snart kommer med nationella riktlinjer för arbete med levnadsvanor, vilka Stockholms läns landsting nu börjat förbereda sig för att implementera.

Inom ramen för uppdraget till Karolinska Folkhälsoakademin (KFA), Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, har uppdragsansvariga ombetts att sammanfatta det vetenskapliga underlaget för motiverande samtal, samt att tydliggöra vilka typer av kompetensutveckling som finns tillgängliga i regionen. Denna skrift är en del i det arbetet, och vi menar att den är ett värdefullt underlag inte bara för arbetet med landstingets folkhälsopolicy, utan även som stöd till kliniska verksamheter som vill införa systematiska metoder för arbete med levnadsvanor.

Birgitta Rydberg (FP)
Landstingsråd sjukvård & folkhälsa

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 3 |
| Bakgrund..... | 4 |
| Vad vet vi om effekterna av motiverande samtal | 5 |
| Effekter av motiverande samtal vid olika typer av levnadsvanor..... | 6 |
| <i>Motiverande samtal och alkohol</i> | <i>7</i> |
| <i>Motiverande samtal och tobak.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Motiverande samtal och fysisk aktivitet.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Motiverande samtal och kost.....</i> | <i>11</i> |
| Att arbeta med motiverande samtal i vården | 12 |
| <i>Utbildning i motiverande samtal</i> | <i>12</i> |
| <i>Utbildning i motiverande samtal nationellt.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Utbildning i motiverande samtal regionalt.....</i> | <i>14</i> |
| Slutsatser | 16 |
| Referenser | 17 |
| Bilaga 1 | 20 |

Inledning

Motiverande samtal (MI) är en omtalad och alltmer använd behandlingsmetod. Från att framförallt ha varit en metod att behandla alkoholmissbruk i tidigt skede har den utvidgats till andra beroendetillstånd och sjukdomar där beteendeförändring är viktigt för behandlingsresultatet. Det är dock bara för ett begränsat antal tillstånd som det finns vetenskapligt underlag för att motiverande samtal har god effekt.

Den starkt ökade populariteten av metoden, samtidigt som det råder viss osäkerhet om i vilka sammanhang och för vilka tillstånd motiverande samtal visat sig effektivt, har gjort att vi tyckt det vara angeläget att ge en kort sammanfattning av kunskapsläget.

Syftet med denna rapport är således att ge en kort beskrivning av motiverande samtal, vad metoden innebär och hur den kan användas. Vi går igenom det vetenskapliga underlaget för användning i samband med olika tillstånd. Eftersom starka önskemål finns både från vården och från beställarna på ökad användning av motiverande samtal beskriver vi de olika typerna av utbildning i metoden som finns tillgängliga samt utbudet av utbildningar i Stockholmsregionen.

Vi tackar Astri Brandell Eklund och Erik Espman för värdefulla synpunkter på text och innehåll. Peter Allebeck, ansvarig för uppdraget ”Hälsofrämjande hälso- och sjukvård” har varit initiativtagare till denna rapport och bidragit med synpunkter under resans gång.

Lena Nederfeldt och Sanna Fredin

Bakgrund

Motiverande samtal är en metod med starka influenser av Carl Rogers patientcentrerade förhållningssätt (Rogers 1951). En ofta förekommande förkortad benämning är ”MI” från engelskans Motivational Interviewing. Metoden beskrevs först 1983 av psykologen Bill Miller ur erfarenheter som gjordes vid behandling av klienter med alkoholberoende. Tillsammans med psykologen Stephen Rollnick definierade han det motiverande samtalet som ”... ett klientcentrerat samtal med syfte att locka till förändring genom att hjälpa klienter utforska sin ambivalens...” (Miller, Rollnik 2002). År 2009 kom en ny definition; ”... *Motivational Interviewing is a collaborative, personcentered form of guiding to elicit and strengthen motivation for change...*”. I denna version är fokuset på ambivalens nedtonad (Miller, Rollnick 2009).

Metoden motiverande samtal har på grund av sin breda evidensbas och användarvänlighet kommit att bli vida använd internationellt och även kommit att användas vid andra livsstilsområden än alkoholberoende. Efterfrågan på MI-utbildningar idag är stor i Sverige, särskilt inom hälso- och sjukvården men även inom kriminalvård, socialvård och skola. Stora utbildningssatsningar har genomförts och metoden har idag vunnit nationell spridning.

Evidensen till dags dato ger sålunda vid handen att motiverande samtal går att tillämpa för att åstadkomma en gynnsam förändring av ett flertal olika livsstilsvanor och i många fall också fungerar mycket bra i kombination med andra metoder så som kognitiv beteendeterapi (KBT).

Det pågående arbetet med Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting (SLL) medför ett behov av att höja personalens kompetens i att tillämpa evidensbaserade hälsöfrämjande metoder. Syftet med denna skrift är att för SLL sammanfatta en del av de kunskaper och den evidens som talar för att motiverande samtal fungerar, hur metoden kan användas ensam eller som komplement till annan behandling samt att beskriva tillgången på utbildning i Stockholms regionen.

Vad vet vi om effekterna av motiverande samtal

Med sina ca 30 år är motiverande samtal en relativt ung metod. Mellan åren 1980-1989 genomfördes 3 studier, mellan åren 1990-1999 gjordes 35 studier och mellan åren 2000-2010 har hittills närmare 1 000 studier publicerats¹. Vid en sökning i databasen PubMed, under vintern 2010 och med sökorden motivational interviewing, återfanns 14 metaanalyser. Slutsatsen av ett urval av dessa samt ytterligare studier vi gått igenom visar att motiverande samtal har god effekt på flera hälsorelaterade beteenden såsom bruk av alkohol, tobak, marijuana och andra droger liksom för diet, fysisk aktivitet, säker sex, spelberoende samt tandvård. Signifikanta effekter har kunnat ses av MI interventioner för gynnsamma förändringar i index för kroppsmassa (BMI=body mass index), kolesterol, högt blodtryck, HbA1c sänkning hos diabetiker, riskbruk av alkohol samt för rökavvänjning (Rubak et al 2005; Hettema et al 2005; Greaves et al 2006; Martins, McNeil 2009; Rubak et al 2009; Lundahl et al 2010; Lai et al 2010).

Motiverande samtal har visat sig även ta kortare tid än andra jämförande metoder som t.ex. KBT eller 12-stegsmodellen. Ett motiverande samtal på 15 min har visat sig vara tillräckligt för att ge en beteendeförändring och blir därmed en kostnadseffektiv metod. Metoden kan användas av många olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården (sjukgymnaster, tandhygienister, tandläkare, sjuksköterskor, läkare, dietister mfl) och effekten av motiverande samtal har visat sig vara större om metoden inte är manualstyrd (Rubak et al; Hettema et al 2005; 2005; Martins, McNeil 2009).

Motiverande samtal bidrar i allmänhet även till att en beteendeförändring sker hos personalen som praktiserar metoden. Flera studier tyder på att personal som kanske har tillämpat ett mer rådgivande förhållningssätt, vilket kan upplevas som konfrontativt, istället börjar använda ett mer respektfullt förhållningssätt. En förändring i bemötandet som ofta minskar motstånd hos patienten och kan på så vis vara mer effektivt (Saitz et al 2000; Broers et al 2005; Ruback et al 2006; Moyers et al 2005; Sargeant et al 2008; Madson et al 2009; Forsberg L et al 2010; Lundahl et al 2010).

¹Föredrag av B. Lundahl vid ICMI 2 (Second International Conference om Motivational Interviewing), Stockholm, Sweden 7-9 June 2010.

Effekter av motiverande samtal vid olika typer av levnadsvanor

I de kommande avsnitten redogör vi för dagens vetenskapliga läge avseende motiverande samtal som metod för att påverka några grundläggande levnadsvanor. Matrisen nedan (figur 1) ger en sammanfattande översikt av rådgivning och motiverande samtal (MI), vilket beskrivs i tre nivåer. *Kort rådgivning*, innefattar i allmänhet standardiserade råd och kräver vanligtvis inte mer än 10 minuter. Vid kort rådgivning sker oftast ingen särskild uppföljning men den kan ibland kompletteras med skriftlig information. Här kan ett kort motiverande samtal tillämpas. *Rådgivning* däremot tar vanligen 10-30 minuter och kompletteras ofta med olika verktyg och hjälpmedel samt att besöket följs upp. Här kan ett längre motiverande samtal tillämpas. *Kvalificerad rådgivning* är mer ingående (ofta pga av att flera metoder baserade på olika teoretiska modeller kombineras som MI och KBT) än rådgivningen och kan liksom den kompletteras med verktyg och hjälpmedel samt förstärkas med uppföljning.

Figur 1. Matris över motiverande samtal och de fyra levnadsvanorna riskbruk av alkohol, tobaksbruk, fysisk inaktivitet och ohälsosamma kostvanor.

| | Kort rådgivning | Rådgivning | Kvalificerad rådgivning | Referenser |
|------------------------------|-----------------|------------|-------------------------|--|
| Riskbruk av alkohol | Ja | Ja | Ja | Projekt MATCH (1997) Project MATCH (1998) Hettema et al (2005) Rubak et al (2005) Vasilaki et al (2006) Lundahl et al (2010) |
| Tobaksbruk | Ja | Ja | Ja | Colby et al (2005) Soria et al (2006) Bock et al (2008) Lundahl et al (2010) Lai et al (2010) |
| Fysisk inaktivitet | Oklart | Ja | Ja | Harland et al (1999) Burke et al (2004) Greaves et al (2008) Hardcastle et al (2008) Martins & McNeil (2009) Lundahl et al (2010) |
| Ohälsosamma kostvanor | Oklart | Ja | Ja | Burke et al (2004) Greaves et al (2008) Martins & McNeil (2009) Lundahl et al (2010) Spahn et al (2010) |

Motiverande samtal och alkohol

Motiverande samtal vid behandling av överkonsumtion av alkohol har använts under en längre tidsperiod än motiverande samtal för förändring av andra livsstilsvanor, något som avspeglar sig i kvantiteten studier avseende just denna levnadsvana och motiverande samtal. Vid en sökning gjord i PubMed våren 2010 kunde 224 artiklar identifieras med sökorden motiverande samtal och alkohol.

En av de största kliniska multicenterstudier som gjorts på motiverande samtal, Projekt MATCH (1997), jämförde tre olika behandlingar för alkoholberoende patienter; 1) kognitiv beteendeterapi (KBT), 2) motivationshöjande samtal (MI) och 3) 12-stegsbehandling. Studien omfattade 1 726 patienter som följdes upp vid 12-, respektive 15 månader. Resultatet visade att patienter med en hög grad av ångest hade bättre resultat om de behandlades med motiverande samtal än med KBT. Däremot lyckades patienter med låg grad av alkoholberoende bättre om de hade fått behandling med KBT. För de patienter som hade en hög grad av alkoholberoende visade sig 12-stegsbehandlingen ge bäst utfall.

I en senare Projekt MATCH studie (1998), lottades 806 patienter till endera fyra sessioner MI-baserade samtal, tolv sessioner enligt 12-stegsprogrammet eller tolv sessioner kognitiv beteendeterapi (KBT). Motiverande samtal visade sig ha lika god effekt som övriga två behandlingar både efter 15 månader och vid treårsuppföljningen. Motiverande samtal visade sig även vara ett mer ekonomiskt fördelaktigt alternativ än de båda andra behandlingarna då det endast krävde 4 sessioner motiverande samtal jämfört med 12 sessioner för de andra två behandlingsalternativen (Project MATCH 1998).

Rubak et al publicerade 2005 en systematisk review och metaanalys baserad på 72 randomiserade kontrollerade studier. Där utvärderades effekten av motiverande samtal för modifiering av olika livsstilsområden. Studien visade signifikant effekt av motiverande samtal för riskbruk av alkohol och visade att ett kort motiverande samtal (15 min) kunde vara tillräckligt för att ge en beteendeförändring.

En annan metaanalys, Hetteima et al (2005), gjordes på 72 olika studier med syfte att studera effekten av motiverande samtal i förhållande till olika livsstilsområden (som kan orsaka ohälsa) samt hur motiverande samtal bäst bör tillämpas. Studien visade att effekterna av motiverande samtal vid behandling av överkonsumtion av alkohol är statistiskt signifikanta. Effekten visade sig vara starkare på kort sikt än på längre sikt vid ett års uppföljning. Motiverande samtal visade sig även ha en bättre effekt i kombination med andra typer av interventioner som underlättar nykterhet eller reducerat drickande (självhjälpsmaterial, återfallsprevention, kognitiv beteendeterapi, färdighetsträning, AA-grupp, stresshantering eller ”standardbehandling”).

Vasilaki et al (2006) försökte i en metaanalys besvara frågan huruvida motiverande samtal (MI) är mer effektiv än ingen behandling för alkohol samt om motiverande samtal är lika effektiv som andra behandlingar mot överkonsumtion av alkohol. Totalt analyserades 22 studier varav 9 jämförde

patienter som erhållit motiverande samtal med patienter som ej erhållit någon behandling och 9 studier med patienter som erhållit kort motiverande samtal kombinerat med annan behandling. Resultaten visade att motiverande samtal är en effektiv metod för att minska alkoholkonsumtion. Motiverande samtal visade sig vara effektivt för både riskbruk och beroende, speciellt för dem med en låg till måttlig grad av beroende jämfört med dem med den svåraste formen av beroende. Motiverande samtal visade sig vara mer effektivt för yngre vuxna än äldre vuxna liksom för dem med multiproblem. Motiverande samtal visade sig även vara effektivt både för de individer som själva söker vård för alkoholrelaterade problem liksom för dem som upptäcks i samband med ett läkarbesök. För den grupp som själva söker vård för alkoholrelaterade problem är motiverande samtal något mer effektivt, troligtvis på grund av en högre motivation, än för dem som till exempel erbjudits ett motiverande samtal inom primärvården eller på en akutmottagning i samband med alkoholrelaterat trauma. Dock innehåller studierna ingen information om MI-utbildning, MI-färdigheter eller MI-erfarenheter hos rådgivarna. I jämförelse av motiverande samtal med annan behandling som KBT och 12-stepsprogrammet visade det sig att MI-behandlingen är betydligt kortare än de andra behandlingarna (60 min MI, 4,5 tim KBT) men rena studier av kostnadseffektivitet och motiverande samtal saknas ännu.

Lundahl et al (2010) har i en metaanalys studerat effekten av motiverande samtal samt hur motiverande samtal förhåller sig i jämförelse med andra interventioner. Totalt har 119 olika studier analyserats där målbeteendet var droganvändning (tobak, alkohol, droger och marijuana) samt hälsorelaterade beteenden (kost, fysisk aktivitet, säker sex). Resultaten visade att motiverande samtal utövar en liten men signifikant positiv effekt inom en rad livsstilsområden och att motiverande samtal tar kortare tid att använda jämfört med annan behandling. De variationer som sågs i effekt vid olika levnadsvanor kan bland annat hänföras till faktorer som graden av återkoppling, samtalstid, etnisk tillhörighet hos patienten samt huruvida behandlingen var manualbaserad, individuell eller utfördes i grupp. Detta kan tolkas som att motiverande samtal bidrar till rådgivningsinsatserna och att resultatet påverkas av deltagarna samt på vilket sätt motiverande samtal levereras.

Motiverande samtal och tobak

Motiverande samtal och tobaksrådgivning har inte använts som metod lika länge som för alkoholorådgivning. Allt fler börjar dock använda metoden i samband med tobaksrådgivning och en sökning i PubMed våren 2010 visade 133 artiklar om motiverande samtal och tobak.

Colby et al (2005) undersökte effektiviteten av att använda motiverande samtal för rökavvänjning för unga vuxna (14-19 år) som sökte vård på akutmottagning. Patienterna blev randomiserade till endera ett motiverande samtal eller till en standardiserad rådgivning för rökavvänjning i direkt anslutning till besöket på akutmottagningen. Resultatet visade en signifikant högre rökfrihet efter 6 månader hos dem som fick ett motiverande samtal jämfört med dem som fick den traditionella rådgivningen.

En annan studie, Soria et al (2006), jämförde om motiverande samtal är mer effektivt för att sluta röka jämfört med standardiserad rådgivning om att sluta röka. Fem allmänpraktiserande läkare utbildades i motiverande samtal med hjälp av rollspel och videoinspelning. Patienterna, som var rökare, randomiserades till att antingen få ett kort rådgivande samtal om tre minuter enligt gällande rekommendationer eller tre 20 minuters motiverande samtal. Samtliga patienter erbjöds bupropion om nikotinberoendet var högre än 7 poäng på Fagerströms beroendeskala². Uppföljning genomfördes 6 och 12 månader senare med hjälp av CO-mätare och visade att den grupp som fått de motiverande samtalen hade 5,2 gånger högre rökfrihet än för dem som hade fått den korta rådgivningen om att sluta röka.

Bock et al (2008) studerade effekten av rökavvänjning på patienter som sökte för bröstsmärta på akutmottagning och som låg kvar för observation under 24 timmar. Studiegruppen bestod av vuxna rökande patienter som slumpvis erbjöds rökavvänjning enligt den traditionella vanliga vården eller ett motiverande samtal med rökavvänjning följt av uppföljande MI-baserade telefonsamtal efter hemgång. De patienter som valde att sluta röka erbjöds samtliga nikotinläkemedel i samband med rökstoppet. Resultatet visade att de patienter som erbjöds ett motiverande samtal slutade röka fortare och i högre grad än de patienter som erbjöds den traditionella vården. Behandlarna i den här studien var alla specialutbildade i rökavvänjning samt utbildade i motiverande samtal.

Lai et al (2010) uppger i en Cochran review att man funnit signifikanta effekter för att motiverande samtal bidrar till rökstopp. De har studerat 14 artiklar publicerade mellan 1997 till 2008 och med över 10 000 rökare involverade. Behandlingstillfällena varierade mellan en till fyra gånger med en samtalstid mellan 15-45 minuter. Alla utom två studier använde telefonrådgivning tillsammans med ett självhjälpsmaterial. Motiverande samtal jämfördes med sedvanlig traditionell rådgivning för rökavvänjning med signifikanta resultat för motiverande samtal.

Motiverande samtal och fysisk aktivitet

Evidensen för hur motiverande samtal kan påverka en individs fysiska aktivitet är inte lika omfattande som för alkohol och tobak. Vid en sökning i PubMed sommaren 2010 kunde 76 artiklar om motiverande samtal och fysisk aktivitet identifieras.

Harlands et al (1999) jämförde i en randomiserad kontrollerad studie kort MI intervention (ett samtal) med kvalificerad MI intervention (6 samtal under 12 veckor). Studien gjordes vid en husläkarmottagning och omfattade 523 medelålders vuxna i 4 interventionsgrupper samt en kontrollgrupp. Interventionen utgjordes av motiverande samtal med eller utan ekonomisk ersättning i form av fritt inträde till träningsanläggning. Huvudsakliga

² Beroendeskalan visar poäng från 0-11 och ger svar på om rökaren har ett högt eller lågt nikotinberoende. Skalan används som underlag för rådgivaren att ge råd om rätt dos av nikotinläkemedel (Holm Ivarsson 2003).

utfallsmått var fysisk aktivitets score avseende måttlig till intensiv fysisk aktivitet de senaste 4 veckorna. Signifikant ökad fysisk aktivitet sågs i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Mest ökade den fysiska aktiviteten i den grupp som erhållit intensiv intervention. Skillnaden *mellan* grupperna var dock inte signifikant, inte heller kvarstod ökningen över tid.

Burke et al (2003) sammanställde en metaanalys omfattande 30 kontrollerade studier varav 4 om kost och fysisk aktivitet med 22-500 deltagare. Studiepopulationerna hämtades bland annat från sluten och öppenvård. Uppföljningstiden varierade mellan 12 veckor till 1 år. Resultatet talade för att motiverande samtal är likvärdigt med andra behandlingsmetoder och har signifikant effekt vid behandling av ogynnsamma kostvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

En randomiserad kontrollerad studie gjord av Hardcastle et al (2007) vid en husläkarmottagning omfattade 334 överviktiga patienter med risk för hjärt-kärlsjukdom. Interventionsgruppen erhöll sedvanlig information om kost och fysisk aktivitet samt upp till 5 MI sessioner under en 6 månaders period med dietist och specialist på fysisk aktivitet. Kontrollgruppen erhöll endast sedvanlig information om kost och fysisk aktivitet.

Vid 6 månader var interventionsgruppen mer fysiskt aktiv (ffa med promenader), hade gått ned mer i vikt samt förbättrat blodtrycks- och kolesterolvärden trots att man ej hade förändrat kosten jämfört med kontrollgruppen. Ett positivt samband sågs mellan antalet sessioner och erhållna gynnsamma förändringar i aktivitetsnivå, blodtrycks- och kolesterolnivåer.

Greaves et al (2008) studerade 141 vuxna individer, utvalda av husläkare m.a.a. ett BMI på 28 eller därutöver. Studien var enkel, blind och randomiserad. Interventionsgruppen erhöll MI-baserade samtal, (i medeltal 8 st 35 minuters sessioner, direkt och per telefon under ett halvår) kring kost och motion med rådgivare från lokalsamhället. Kontrollgruppen erhöll endast informationshäfte om kost och motion. Uppföljningen efter 6 månader avseende uppnådd viktnedgång (5 %) och fysisk aktivitet (150min/vecka) visade att interventionsgruppens deltagare i större utsträckning uppnådde viktminskningsmålet trots att uppmätta skillnader i fysisk aktivitet ej var signifikanta.

I en review gjord av Martins och McNeil (2009) sammanställdes resultaten från 37 artiklar varav 24 gällde fysisk aktivitet. Resultaten talar för att motiverande samtal har en gynnsam effekt på flera levnadsvanor, bl.a. tycks förhållningssättet kunna motivera patienter till ökat deltagande i program för fysisk aktivitet. Metoden kan användas av många olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården (sjukgymnaster, tandhygienister, tandläkare, sjuksköterskor, läkare, dietister). Eftersom motiverande samtal kan levereras på kort tid kan vårdgivaren använda metoden i tidspressade situationer.

Motiverande samtal och kost

I en sökning gjord i PubMed sommaren 2010 kunde 61 artiklar om motiverande samtal och diet, 39 artiklar om motiverande samtal och nutrition, 45 artiklar om motiverande samtal och obesity samt 27 artiklar om motiverande samtal och Weight loss identifieras.

Greaves et al 2008 undersökte viktnedgången hos överviktiga personer (BMI 28kg/m² eller mer) och hittade signifikant högre grad av viktminskning i interventionsgruppen jämfört med i kontrollgruppen.

Martins och McNeil visade 2009 att motiverande samtal kan bidra till ökat deltagande i program designade för gynnsamma förändringar av kostvanor samt i program för diabetesbehandling. Motiverande samtal har visat sig vara mer effektiv än ingen behandling alls och i många fall mer effektiv än annan behandling. Signifikanta effekter har kunnat ses av MI-intervention för patienter med diabetes mellitus typ II och en sänkning av HbA1c över tid och där motiverande samtal även verkar bidra till en ökad självkänsla som förmågan att hantera sin diabetes. Motiverande samtal har visat sig även vara mer kostnadseffektiv än andra behandlingar (se under rubrik ”Vad vet vi om effekterna av motiverande samtal”).

I en systematisk översikt, baserad på 87 studier, gjord av Spahn et al (2010) konstateras att det föreligger stark evidens för att motiverande samtal i tillägg till kognitiv beteendeterapi bl.a. kan bidra till förbättrad glykemisk kontroll, minskad energiandel från fett, ökat intag av frukt och grönsaker samt viktnedgång. För att klargöra evidensläget för motiverande samtal som enda intervention för förändring av kosten krävs fler välgjorda studier.

Att arbeta med motiverande samtal i vården

Motiverande samtal kan användas på många olika nivåer i vårdkedjan och i samtal av olika längd. Det gemensamma är det förhållningssätt som ofta följer när motiverande samtal praktiseras. Flera studier tyder på att motiverande samtal bidrar till en beteendeförändring även hos personalen som lär sig metoden. Personal som genomgått utbildningar i motiverande samtal angav vid uppföljningar att de lyssnade mer effektivt på patienten och kände sig mer bekväma med att ställa frågor kring patientens levnadsvanor. De upplevde även att de hade lättare att avläsa patientens motivation till förändring samt att anpassa interventionen till den individuella patientens behov (Saitz et al 2000; Broers et al 2005; Moyers et al 2005; Rubak et al 2006; Sargeant et al 2008; Martins och McNeil 2009; Madson et al 2009; Forsberg L et al 2010).

Resultaten från en dansk studie, Rubak et al (2006) tyder på att en kurs i motiverande samtal (1,5+0,5+0,5 dagar) förändrade läkarnas dagliga arbete. Studien bestod av en interventionsgrupp med 29 allmänpraktiserande läkare som genomgått MI-utbildning och en kontrollgrupp med 36 allmänpraktiserande läkare som utövade traditionell rådgivning. Patienterna (vilka hade nyupptäckt diabetes mellitus typ II) randomiserades slumpvis till någon av de båda läkargrupperna. Resultatet visade att de läkare som hade genomgått MI-utbildning i statistiskt signifikant högre utsträckning hade använt sig av rekommenderade metoder för screening och behandling av diabetes typ II än kontrollgruppen samt att de genom att använda motiverande samtal upplevde arbetet som mer effektivt än när de enbart använde sig av den mer ”traditionella rådgivningen”. Dessutom upplevdes motiverande samtal ej vara mer tidskrävande än den traditionella rådgivningen (Rubak et al 2006).

Utbildning i motiverande samtal

En framgångsrik MI-konsultation har en stark koppling till rådgivaren och dennes färdigheter i att tillämpa det motiverande samtalet. En beteendeförändring framkallas lättast om behandlaren besitter färdigheter som uttrycker empati, acceptans och som är icke dömande (Miller & Rollnik 2002; Miller et al 2004; Hettema et al 2005; Moyers et al 2005; Barth & Näsholm 2006; Forsberg L.G et al 2007; Madson et al 2009; Forsberg L et al 2010).

I utbildning i motiverande samtal läggs stort fokus på att utveckla behandlarens förhållningssätt där samarbete, att båda parter ser sig som likvärdiga, har visats sig ha hög korrelation till åstadkommen förändring. Även förmågan hos behandlaren att stimulera patienten att själv tala sig till en förändring för att befästa ett förändringsåtagande är betydelsefull. Till sist är respekten för autonomin, det vill säga att beslutet att göra en förändring ligger hos patienten, av avgörande betydelse. Respekten för autonomi kan komma i konflikt med det faktum att vissa interventioner kräver en beteendeförändring t.ex. rökfrihet inför operation. I dessa sammanhang kan motiverande samtal vara till hjälp för att tydliggöra diskrepans och utforska ambivalens samt för att stärka självtilliten men beslutet att genomföra eller inte genomföra en förändring är ändå patientens.

De tre faktorerna - samarbete, locka fram och autonomi benämns som "the spirit of MI" (MI-andan) och är samtalsmetodens grundval. För att uppnå detta förhållningssätt hos behandlaren finns samtalsverktyg som tränas under utbildningen som att bekräfta, ställa öppna frågor, reflektera betydelserna i samtalet samt sammanfatta klientens berättelse. Förutom dessa samtalsverktyg tränas i att utforska ambivalens, synliggöra diskrepansen på ett hanterbart vis och att på olika sätt stärka självtilliten hos patienten. Andra färdigheter som tränas är att förmedla information samt hur man som rådgivare undviker att framkalla samt hantera motstånd (Miller & Rollnik 2002; Miller et al 2004; Hettema et al 2005; Moyers et al 2005; Barth & Näsholm 2006; Forsberg L.G et al 2007; Madson et al 2009; Forsberg L et al 2010).

Utbildning i motiverande samtal nationellt

Miller et al (2004), Madson et al (2009) och Forsberg L et al (2010) menar att den mest framgångsrika utbildningsmodellen för att lära sig motiverande samtal är den som sker under en längre tidsperiod, som innehåller någon form av gruppträning med observation av egen praktik och återkoppling exempelvis genom inspelning och kodning av det egna samtalet tillsammans med handledning och coaching.

Utbildningar i motiverande samtal varierar i omfattning från en orientering om metoden, vilket kan ges under en timmes föreläsning, till något längre utbildningar där målet är att lära sig kortare tillämpningar av motiverande samtal. Åter andra vill lära sig använda den evidensbaserade metoden fullt ut och är intresserade av att lägga tid både på en längre utbildning i motiverande samtal och på seminarier samt individuell träning med återkoppling.

Ett sätt att få återkoppling på sin förmåga att praktisera motiverande samtal är att spela in ett samtal och få det kodat och eventuellt handledda av en MI-utbildad handledare. Ett annat alternativ är att lyssna till sitt egna samtal och att skriva ut (transkribera) detta. Kodning av ett samtal kan användas som en kvalitetskontroll och mäter behandlarens yttranden i motiverande samtal. Manualen kan användas dels som ett instrument för den egna utvecklingen och dels i forskningssyfte för att undersöka sambandet mellan rådgivarbeteende och utfall. Kodning sker enligt MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0), en manual framtagen av Theresa Moyers (PhD) och Jennifer Manuel Knapp (MS) i New Mexico, USA. Samtalen kodas vid MIC-lab, Motivational Interviewing Coding Laboratory, Karolinska Institutet³.

I en studie gjord av Forsberg L.G et al (2007), med syfte att utvärdera tillförlitligheten av den Svenska versionen av MITI 3 som ett komplement till utbildning, klinisk praktik och forskning, utbildades 7 kodare under 4 månader. Efter utbildningen slumpades 60 olika inspelade samtal för kodning. Sex månader senare utbildades 5 nya kodare som fick koda om samma 60 slumpvist fördelade samtal. Resultatet visade att MITI 3 har en lovande potential att bli ett

³ <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=10790&l=sv>

tillförlitligt verktyg för att bekräfta och stärka MI-utbildning och praktik i klinisk verksamhet och för utvärdering i klinisk MI-forskning.

Idag anordnas i Sverige utbildningar i motiverande samtal (MI) av många olika aktörer och det kan vara svårt att bedöma kvaliteten på de olika utbildningar som erbjuds. De lärarutbildningar i motiverande samtal som finns idag utfärdar ingen formell behörighet hos utbildaren och det finns heller ingen kunskapskontroll. Dock har de svenska MI lärare som genomgått en TNT-utbildning (Training Network Trainers) utbildats av det internationella nätverket MINT (The International Motivational Interviewing Network of Trainers) och där lärt sig att praktiskt tillämpa genomtänkta metoder för att utbilda i motiverande samtal. Som intagningskrav för TNT-utbildningen krävs att kursdeltagaren har tidigare vana i att utbilda i motiverande samtal samt vana av att praktiskt själv tillämpa motivera samtal. De lärare som är TNT-utbildade samt medlemmar av MINT finns listade på hemsidan www.motivationalinterviewing.org⁴.

Utbildning i motiverande samtal regionalt

Karolinska Institutet (KI) erbjuder idag utbildning i motiverande samtal (MI) på olika utbildningsnivåer och de lärare som utbildar i motiverande samtal vid KI är samtliga TNT-utbildade. Mer information om hälsofrämjande utbildningar som genomförs på KI presenteras i bilaga 1.

På grundutbildningsnivån på KI ingår 1 dags utbildning i motiverande samtal för läkarkandidater under termin 9. Teori varvas med praktiska övningar där studenterna får praktisera metoden med hjälp av skådespelare som agerar patienter tillsammans med handledare som handleder samtalen. För det folkhälsovetenskapliga programmet ingår ½ dags orienterande utbildning i motiverande samtal med vissa inslag av praktiska övningar. Under 2011 startar en ny 7,5 p utbildning i motiverande samtal och behandling av alkohol- och tobaksberoende. I den utbildningen kommer, förutom teoretiska pass och praktiska övningar, även tillämpas inspelning och kodning av samtal med handledning.

KI erbjuder även icke poängrelaterade utbildningar. En 3-dagars grundutbildning i motiverande samtal erbjuds för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt kommunen. Teori och praktik varvas där ett samtal spelas in och transkriberas av deltagaren själv med uppföljande handledning. Under våren 2011 startar en fortsättningskurs (fördjupningsutbildning) till grundutbildningen i MI med bland annat fler inspelade, kodade och handledda samtal.

Det finns även interaktiva inlärningsprogram för motiverande samtal att lära via webben. För motiverande samtal och tobak finns hemsidan www.somt.se och för motiverande samtal och alkohol www.mi.riskbruk.se

⁴ <http://www.fhi.se>

Utöver de interaktiva inlärningsprogrammen finns en del litteratur i ämnet och som bland annat används som utbildningslitteratur i motiverande samtal nationellt idag.

Exempel på utbildningslitteratur i ämnet motiverande samtal

Barth T., Näsholm C. (2006). *Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Studentlitteratur 2006.

Holm Ivarsson B., Sjögren K (2010). *MI- motiverande samtal. Praktisk handbok för tandvården*. Gothia förlag AB 2010.

Holm Ivarsson B., Ortiz L., Wirbing P. (2010). *MI- motiverande samtal i socialt arbetspraktisk handbok för MI-samtal i socialt arbete*. Gothia förlag AB 2010.

Holm Ivarsson B. (2010). *MI- motiverande samtal. Praktisk handbok för skolan*. Gothia förlag AB 2010.

Holm Ivarsson B. (2009). *MI- motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Gothia förlag AB 2009.

Holm Ivarsson B (2003) *Det motiverande samtalet om tobaksvanor*. Statens folkhälsoinstitut 2003:40.

Miller, W.R., Rollnick S. (2002). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. (2nd ed.). Svensk översättning. Kriminalvårdens förlag. Orginalförlag: The Guildford Press, New York 2002.

Slutsatser

Dagens kunskapsläge talar för att motiverande samtal (MI) är en effektiv metod för att hjälpa patienten att åstadkomma livsstilsförändringar inom en rad områden såsom överkonsumtion av alkohol, tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor liksom för tandhälsa, psykisk hälsa, droganvändning etc. Detta kan i sin tur medföra att en rad fysiologiska riskfaktorer såsom bland annat förhöjt BMI, förhöjt blodtryck och högt kolesterol kan vara modifierbara via MI-baserad rådgivning. Det finns även evidens för att det sker en förändring hos personalen vilka tycks utveckla ett mer respektfullt och effektivt bemötande av sina patienter vilket i sin tur tycks leda till ett minskat motstånd hos patienterna. Likaså upplevs metoden inte vara mer tidskrävande än andra metoder för personalen att använda.

En SBU rapport från 2009 lyfte frågan om motiverande samtal är lämplig som behandlingsmetod även för diabetes och sänkning av HbA1c, vilket gav upphov till en omfattande debatt. I rapporten framkom att motiverande samtal inte ger någon bättre effekt än den sedvanliga vården ger vid typ 1- och typ 2- diabetes. Då vårdpersonal behöver utbildas i denna specifika metod anses det för närvarande inte samhällsekonomiskt försvarbart att använda motiverande samtal. Samtidigt visar en SBU enkät att metoden blivit allt vanligare. Då evidensläget ännu inte är solitt bör metoden utvärderas mer innan den får större spridning för diabetesvård (SBU 2009).

Evidensen talar för att MI-rådgivning som metod kan användas i primär- sekundär- eller tertiärpreventivt syfte i öppen- eller slutenvård samt tandvård, av en rad olika yrkeskategorier och i flera olika format (kort rådgivning, rådgivning, kvalificerad rådgivning) och med eller utan tillägg av annan metod eller hjälpmedel såsom t.ex. KBT, livsstilsdagbok, pedometer, hälsoremiss etc. Sålunda torde motiverande samtal vara ett välkommet redskap i arbetet med att hälsoorientera vården och öka patienternas självbestämmande i syfte att reducera sjukligheten, öka individens välbefinnande och minska samhällets kostnader för folksjukdomarna. Detta kräver en genomtänkt strategi för att säkra en infrastruktur för det preventiva arbetet, effektivisera vårdprocesser och kommunikationen i vårdkedjorna samt en kompetenshöjning av personalen. Redan idag finns resurser nationellt och regionalt inom det folkhälsovetenskapliga området och antalet MI-utbildningar har ökat med tiden.

Motiverande samtal tycks sålunda vara en kostnadseffektiv metod men fler renodlat hälsoekonomiska studier av MI interventioner är på sin plats. Framtida studier av motiverande samtal behöver även innehålla detaljerade uppgifter om studiepopulation, jämförelsegrupper, kompletterande behandlingar och material. Grad, omfattning, typ av intervention samt färdigheter och erfarenhet hos behandlande personal är likaledes viktiga frågor att belysa.

Referenser

Barth T., Näsholm C. (2006). *Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Studentlitteratur 2006.

Broers S., Smets E., Bindels P et al. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling* 58 (2005) 279-287.

Bock B.C., Becker B.M., Niuara R.S et al. (2008). Smoking cessation among patients in an emergency chest pain observation unit: Outcomes of the Chest Pain Smoking Study (CPSS). *Nicotine & Tobacco Research. Volume 10, Number 10 (oktober 2008), 1523-1531*.

Burke B., Arkowitz H., Menchola M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003. Volume 71, No. 5, 843-861.

Colby S.M., Monti P.M., O'Leary Tevyaw T., (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors* 30 (2005) 865-874.

Forsberg L.G. (2006). *Motiverande samtal – bättre än råd*. Läkartidningen nr 42 2006 Volym 103.

Forsberg L.G., Källmen H., Hermansson U., Berman A.H., Helgason A. (2007). Coding Counsellor Behavior in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity. *Cognitive Behaviour Therapy. Vol 36, No 3, pp. 162-169, 2007*.

Forsberg L.G. (2008). *Goda resultat med motiverande samtal*. Psykologtidningen 7/08

Forsberg L., Forsberg L.G., Lindqvist H., Helgason A.R (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2010, 5:8.

Greaves C., Middlebrooke A., O'Louhlin L et al. (2008) Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice. Aug;58(553):535-40*.

Hardcastle S., Taylor A., Bailey M., Castle R. (2008) A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counselling* 70, 31-39.

Harland J., White M., Drinkwater C., Chinn D., Farr L., Howel D. (1999) The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ. Vol 319, 828-32*.

Hettema J., Steele J., Miller W. (2005). Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 1:91-111.

Lai DTC., Cahill K., Qin Y., Tang JL (2010) Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd.* 2010..

Lundahl B., Kunz C., Brownell C., Tollefson D., Burk B. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20(2) 137-160.

Madson M.B., Loignon A.C., Lane C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36(1), 101-109.

Martins R., McNeil D. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review.* 29, 283-293.

Miller, W.R., Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change.* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.

Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B et al. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.

Miller, W.R., Rollnick S. (2009) Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37, 129-140.

Moyers, T., Miller, W & Hendrickson, S. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skills predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 590-598.

Project MATCH Research Group (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671-1698.

Project MATCH Research Group. (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 22, No6, 1998:pp 1300-1311.

Rogers, C.R. (1951) *Client centered therapy.* Boston: Houghton-Mifflin.

Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, April 2005.

Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T et al. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GP's professional behaviour. *British Journal of General Practice*, June 2006.

Rudbak S., Sandbaek A., Lauritzen T et al. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009, 1-8, *iFirst article*.

Saitz R., Sullivan L & Samet J. (2000). Training Community-Based Clinicians in Screening and Brief Intervention for Substance Abuse Problems: Translating Evidence into Practice. *Substance Abuse*, Vol. 21, No. 1, 2000.

Sargeant J., Valli M., Ferrier S & Macleod H. (2008). Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Medical teacher*. 2008; 30: 185-191.

SBU (2003). *Metoder för rökavvänjning*. Rapporttyp Gul. Publicerad 1998, reviderad oktober 2003. Rapportnr: 138. 2003

SBU (2009). *Patientutbildning vid diabetes*. Rapporttyp Gul. Rapportnr: 195. 2009.

Soria R., Legido A., Escolano C et al. (2006). A randomised control trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, October 2006.

Spahn M. J; Reeves S. R; Keim S. K et al (2010). State of the Evidence regarding behaviour Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate health and Food behaviour Change. *Journal of the Am Diet Assoc* Vol 110(6), 879-91.

Vasilaki E.I., Hosier S.G., Miles Cox W. (2006). The Efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 41, No. 3, pp. 328-335, 2006.

Bilaga 1

Tabell 1 Utbildningar levnadsvana tobak

| Kursnamn | Målgrupp | Omfattning (1,5 högskolepoäng motsvarar heltidsstudier under en vecka) | Övrigt (kurswebb etc.) |
|--|---|--|--|
| Motiverande samtal (MI) och behandling av alkohol- och tobaksberoende (2QA121) | Förkunskapskrav: 30-285 hp | 7,5 hp | www.ki.se |
| Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Distriktssköterska | 3 dagar | www.cefam.se |
| Steg 1 - Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Steg 2 - Motiverande samtal (MI) Fortsättningskurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Sundkurs.se | Programmet riktar sig till både sjukvård och allmänhet. | Sex avsnitt, Självtestfrågor, 120sidor med tillhörande kursdiplom | http://www.sundkurs.se/ |
| Ett verktyg vid livsstilsförändring | Arbeterapeut, AT-läkare, Dietist, Distriktssköterska, Fotterapeut, Kurator, Läkare, leg. ej specialist, Psykolog, Specialistläkare, allmänmedicin, Specialistläkare, annat, ST-läkare, Sjuksköterska, Sjukgymnast, Undersköterska | 3 dagar | www.cefam.se |
| Steg 1 - Tobaksavvänjning Tredagarutbildning | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Steg 2- Diplomeringskurs i Tobaksavvänjning | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Studiedag om tobak | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 1 dag | www.folkhalsoguiden.se |
| Skräddarsydda utbildningar Samt implementeringsstöd och patienthandledning | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | Efter önskemål | Uppdragsutbildning. www.folkhalsoguiden.se Exempel rökfri operation, handledning/info fakta tobak, patientärenden etc. |

Tabell 1 Utbildningar levnadsvana fysisk aktivitet

| Kursnamn | Målgrupp | Längd (1,5 högskolepoäng motsvarar heltidsstudier under en vecka) | Övrigt (kurswebb etc.) |
|---|--|---|------------------------|
| Att mäta kostintag och fysisk aktivitet (2QA104) | Forskare, hälsoplanerare och hälsopersonal | 10 hp | www.ki.se |
| Betendeförändring inom kost och fysisk aktivitet (1QA064) | Personal som har 60 hp inom hälso- och sjukvård, medicin, folkhälsovetenskap eller nutrition och som jobbar med individer i behov av att ändra livsstil. | 15 hp | www.ki.se |
| Fysisk aktivitet som prevention FYSS/FaR (2QA083) | Förkunskapskrav totalt minst 120 hp inom vilka det ska ingå en yrkes- eller kandidatexamen inom hälso- och sjukvård, nutrition eller idrottslärarexamen. Dessutom krävs kunskaper i svenska och engelska motsvarande Svenska B och Engelska A (med lägst betyget Godkänd). | 7,5 hp | www.ki.se |
| Kost och fysisk aktivitet som medicin (1QA081) | Enda krav: grundläggande behörighet | 7,5 hp | www.ki.se |
| Träning som behandling FYSS/FaR (2QA101) | Förkunskapskrav; totalt minst 120 hp inom vilka det ska ingå en sjukgymnastexamen. Dessutom krävs kunskaper i svenska och engelska motsvarande Svenska B och Engelska A (med lägst betyget Godkänd). | 7,5 hp | www.ki.se |
| Sundkurs.se | Programmet riktar sig till både sjukvård och allmänhet. | Sex avsnitt, Självtestfrågor, 120sidor med tillhörande kursdiplom | www.ki.se |
| Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Distriktsköterska | 3 dagar | www.cefam.se |
| Steg 1 - Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Steg 2 - Motiverande samtal (MI) Fortsättningskurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Ett verktyg vid livsstilsförändring | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.cefam.se |
| Fysisk aktivitet på recept (FaR) | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 2 dagar | www.cefam.se |
| Handlingsprogrammet för övervikt och fetma | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | Halvdag | www.cefam.se |
| Fysisk aktivitet och dess betydelse för hälsan | Primärvård, företagshälsovård friskvårdsenheter med flera. | Halvdag | www.folkhalsoguiden.se |

Tabell 1 Utbildningar levnadsvana alkoholkonsumtion

| Kursnamn | Målgrupp | Längd (1,5 högskolepoäng motsvarar heltidsstudier under en vecka) | Övrigt (kurswebb etc.) |
|--|--|---|-------------------------------|
| Alkohol och narkotikaberoende för Företagshälsovård | Företagsläkare, företagssköterskor och beteendevetare/psykologer som arbetar med alkohol- och narkotikafrågor inom företagshälsovården | 7,5 hp | www.ki.se |
| ASI – Intervjumetod för klienter med missbruksproblem | Enda krav: grundläggande behörighet | 3 p | www.ki.se |
| Motiverande samtal (MI) och behandling av alkohol- och tobaksberoende (2QA121) | Förkunskapskrav: 30-285 hp | 7,5 hp | www.ki.se |
| Motiverande Samtal | Kursen vänder sig till personer som har erfarenhet av arbete med missbruk och beroendevård | 3 p | www.ki.se |
| Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Distriktssköterska | 3 dagar | www.cefam.se |
| Steg 1 - Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Steg 2 - Motiverande samtal (MI) Fortsättningskurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Sundkurs.se | Programmet riktar sig till både sjukvård och allmänhet. | Sex avsnitt, Självtestfrågor, 120sidor med tillhörande kursdiplom | http://www.sundkurs.se/ |
| Riskbruk och motiverande samtal | ST-läkare | Halvdag | www.cefam.se |
| Ett verktyg vid livsstilsförändring | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.cefam.se |

Tabell 1 Utbildningar levnadsvana kostvanor

| Kursnamn | Målgrupp | Längd (1,5 högskolepoäng motsvarar heltidsstudier under en vecka) | Övrigt (kurswebb etc.) |
|--|---|---|-------------------------------|
| Att mäta kostintag och fysisk aktivitet (2QA104) | Forskare, hälsoplanerare och hälsopersonal | 10 hp | www.ki.se |
| Beteendeförändring inom kost och fysisk aktivitet (1QA064) | Personal som har 60 hp inom hälso- och sjukvård, medicin, folkhälsovetenskap eller nutrition och som jobbar med individer i behov av att ändra livsstil. | 15 hp | www.ki.se |
| Kost och fysisk aktivitet som medicin (1QA081) | Enda krav: grundläggande behörighet | 7,5 hp | www.ki.se |
| Folkhälsonutrition i EU (2QA105) | Kursen vänder sig till dig som arbetar eller har som ambition att arbeta med hälsofrämjande arbete inom området kost och motion samt har totalt minst 120 hp inom hälso- och sjukvård, nutrition, idrott, medicin eller naturvetenskap. Dessutom krävs kunskaper i engelska motsvarande Engelska B (med lägst betyget Godkänd). | 7,5 hp | www.ki.se |
| Sundkurs.se | Programmet riktar sig till både sjukvård och allmänhet. | Sex avsnitt, Självtestfrågor, 120sidor med tillhörande kursdiplom | www.ki.se |
| Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Distriktssköterska | 3 dagar | www.cefam.se |
| Steg 1 - Motiverande samtal (MI) Grundkurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Steg 2 - Motiverande samtal (MI) Fortsättningskurs | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.folkhalsoguiden.se |
| Ett verktyg vid livsstilsförändring | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar | www.cefam.se |
| Handlingsprogrammet för övervikt och fetma | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | Halvdag | www.cefam.se |
| Mat och diabetes - fördjupningskurs | Dietist, Distriktssköterska, Sjuksköterska, Undersköterska | Heldag | www.cefam.se |

Tabell 1 Utbildningar övrigt HF

| Kursnamn | Målgrupp | Längd (1,5 högskolepoäng motsvarar helhetsstudier under en vecka) | Övrigt (kurswebb etc.) |
|--|---|--|------------------------|
| Basutbildning i psykoterapeutisk metod (1QA067) | Personal med utbildning i och praktisk erfarenhet av ett människovårdande yrke | 60 hp | www.ki.se |
| Diabetes - ett helhetsperspektiv (2QA114) | Vårdpersonal och medicinsk personal som i sitt arbete kommer i kontakt med patienter med diabetes | 15 hp | www.ki.se |
| Hälsöarbete med inriktning mot skolhälsovård (2QA086) | Förkunskapskrav totalt minst 120 hp inom vilka det ska ingå en sjuksköterskeexamen samt en slutförd specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Dessutom krävs kunskaper i svenska och engelska motsvarande Svenska B och Engelska A (med lägst betyget Godkänd). | 7,5 hp | www.ki.se |
| Stress och stressrelaterade sjukdomar (1QA060) | Enda krav: grundläggande behörighet | 7,5 hp | www.ki.se |
| Sundkurs.se | Programmet riktar sig till både sjukvård och allmänhet. | Sex avsnitt, Självtestfrågor, 120sidor med tillhörande kursdiplom | www.sundkurs.se |
| Hälsosamtal med 75-åringar | Distriktssköterska | 2 dagar | www.cefam.se |
| Lära för Livet Empowerment | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 3 dagar fördelat på två tillfällen | www.cefam.se |
| Mindfulness, medkänsla och KBT | Hälso- och sjukvård, skola, omsorg m.fl. | 9 halvdagar | www.cefam.se |
| Krav- och funktionsschema | Ergonomer, läkare, sjuksköterskor och beteendevetare inom företagshälsovården. | 1 dag | www.folkhalsoguiden.se |
| Medicinska kontroller i arbetslivet – asbest, kvarts och vissa syntetiska organiska fibrer | I första hand företagsläkare och företagssköterskor, men arbetsmiljöingenjörer och andra intresserade är också välkomna. | 1 dag | www.folkhalsoguiden.se |

ISBN: 978-91-86313-47-0

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**