



Motiverande Samtal

Effekten vid konventionell viktreducerande
behandling vid fetma

FÖRFATTARE	Hanna Krarup Anna Wallroth
PROGRAM/KURS	Sjuksköterske programmet 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad OM5250 VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Susann Strang

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Motiverande Samtal - Effekten vid konventionell behandling för viktnedgång
Titel (engelsk):	Motivational Interview – The effect on conventional weight loss treatment.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterske programmet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Hanna Krarup Anna Wallroth
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Susann Strang

SAMMANFATTNING (svenska)

Fetma har idag blivit ett världspenblem och i Sverige är cirka var tionde person fet. Denna siffra förväntas öka och med den även kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt att finna effektiva metoder för att behandla och förebygga fetma och fetmarelaterade sjukdomstillstånd så som diabetes typ 2 och kardiovaskulära sjukdomar. För att en person ska kunna förändra sin livsstil och sitt beteende krävs stöttning och motivation och enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning är det sjuksköterskans ansvar att motivera patienten till förändrade livsstilsfaktorer. Vårt syfte med denna uppsats är att undersöka viken effekt motiverande samtal (Motivational interview – MI) har vid konventionell viktreducerande behandling vid fetma. Uppsatsen är utformad som en litteraturöversikt, och vi har använt oss av 10 vetenskapliga artiklar funna via databaserna PubMed och CINAHL. Fyra teman identifierades utifrån artiklarnas innehåll; *utövare av MI*, *deltagande*, *viktnedgång* och *beteendeförändringar*. Många yrkeskategorier fanns representerade bland utövarna, och utbildningen kring MI skiljde sig åt mellan de olika studierna. Deltagarna fick olika former av behandlingsprogram tillsammans med MI och MI bidrog till att deltagarna i allt högre grad fullföljde behandlingen. MI kan vara effektivt vid viktreducerande behandling och medföra större viktnedgång samt förändringar i beteende kring kost och fysisk aktivitet. Vår slutsats är att MI borde implementeras i fetmabehandling och användas i det dagliga vårdarbetet av alla yrkeskategorier inom vården.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
MOTIVERANDE SAMTAL	1
FETMA	2
Orsaker till fetma	2
Arvsanlag	2
Kostsammansättning och energibalans	2
Fysisk aktivitet	3
Sockerberoende	3
Följder och risker	3
Behandling och prevention	4
Kostbehandling	4
Fysisk aktivitet	5
Prevention	5
SJUKSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDE	5
SYFTE	6
METOD	6
VALD METOD	6
DATAINSAMLING OCH URVAL	6
DATAANALYS	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	7
UTÖVARE AV MI	7
Vem utövar	7
Utbildning och upplevelse	7
DELTAGANDE	8
Utgångsläge i BMI	8
Utbildning/behandling	8
Avhoppare	8
VIKTNEDGÅNG	9
Korttidseffekt	9
Långtidseffekt	9
BETEENDEFÖRÄNDRINGAR	10
Ätbeteende	10
Beteende kring fysisk aktivitet	10
Övriga beteendeförändringar	10
DISKUSSION	10
METODDISKUSSION	10
RESULTATDISKUSSION	11
Utövare av MI	11
Deltagande	11
Viktnedgång	12
Beteendeförändringar	12
SLUTSATS	13
REFERENSER	15
BILAGA 1	18

INLEDNING

Fetman har idag blivit ett stort folkhälsoproblem. Varje år dör cirka 2,6 miljoner människor i världen som en följd till övervikt eller fetma och dessa siffror beräknas öka (1; 2) och med dem även sjukvårdskostnaderna (3).

Fetma uppkommer när en person äter mer än vad han eller hon förbränner och detta medför många risker. Bland annat ökar risken för att utveckla en mängd olika livshotande sjukdomstillstånd. I Sverige är idag en tiondel av befolkningen feta och denna summa var på 80-talet hälften så stor (4-8).

Vi tycker därför att det är viktigt att finna en effektiv behandlingsmetod för att stoppa denna fetmaepidemi, som kan utgöra ett alternativ till operationer och olika läkemedelsbehandlingar mot fetma. Denna uppsats syftar till att undersöka hur motiverande samtal (motivational interview - MI) kan användas vid konventionell behandling av fetma. Konventionell behandling innebär här behandling som syftar till att förändra patientens livsstil och beteende kring kost och motion.

BAKGRUND

MOTIVERANDE SAMTAL

MI beskrevs som klinisk metod för första gången år 1983 och bygger på psykologen William Millers teori och forskning om motivation och förändring (9). MI är en patientcentrerad modell som bygger på tron om att alla människor har förmågan att fatta beslut och göra egna val (10). För vårdpersonal handlar denna modell om att vägleda patienten snarare än att styra i rätt riktning vilket kan göras genom reflektion och sammanfattning av det som patienten själv kommer fram till. För att kunna göra detta krävs ett bra lyssnande där vårdgivaren är lyhörd för patienten och dennes berättelse (11; 10). Utövaren av MI måste etablera en bra relation till patienten. Patienten måste vara trygg nog i samtalet för att orka och klara av att se sina egna problem (9).

MI ska ske genom samarbete, framkallande och respekt för patientens autonomi. Samarbetet handlar om ett ömsesidigt *partnerskap* där patient och vårdgivare tar beslut tillsammans. Framkallandet handlar om att framkalla vad patienten redan har och att aktivera patientens egen motivation samt att använda patientens egna resurser för att genomföra och bibehålla en förändring av hälsobeteendet. Förändringen i hälsobeteendet måste utgå från vad patienten bryr sig mest om samt patientens värderingar och bekymmer. Patienten måste hitta sina egna skäl och argument för förändring. Genom att acceptera patientens val visas också respekt för dennes autonomi (9; 11). Om patienten visar motstånd mot det som vårdpersonalen föreslår betyder det att patienten ännu inte är redo för förändring och att vårdpersonalen ligger steget före (9-10).

MI har provats med goda resultat på en mängd olika sjukdomar så som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, hypertoni, psykoser, spelberoende och HIV-prevention. MI har, jämfört med andra behandlingar, visat sig medföra större sannolikhet att patienten bland annat startar, fortsätter och fullföljer en behandling eller förändring, kommer på uppföljningsbesök, motionerar mer samt äter mer frukt och grönt, för kostdagbok och ökar sitt följsamhet. Alla dessa positiva

effekter leder till att patienten i allt mindre grad får skador och söker vård på sjukhus vilket medför goda effekter på folkhälsan samt minskar kostnaderna inom vården (11).

FETMA

Enligt WHO (World Health Organization) definieras fetma som ”ett tillstånd med överdriven ackumulering av fett så till den grad att hälsan påverkas negativt” (12) samt enligt IOTF (International Obesity Task Force) som ”ett tillstånd där BMI (eng. body mass index) hos en individ överstiger 30 kg/m²” (8; 13).

Det finns olika tekniker för att mäta en persons fettprocent men dessa metoder är mycket kostsamma och används inte så ofta inom sjukvården. Istället använder man mätvärdet BMI som ett indirekt mått på fettmassa. Ett BMI för en normalviktig person är 18,3-24,9, överviktig 25-29,9. För fetma klass 1 krävs ett BMI på 30-34,9, klass 2, kraftig/svår fetma, 35-39,9 och klass 3, extrem fetma, ≥ 40 . Det är dock viktigt att inte bara förlita sig helt på BMI-måttet då risken för följsjukdomar på grund av övervikt och fetma beror mycket på var på kroppen fettets sitter. Därför bör även personens midjemått mätas, framförallt vid ett BMI på 25-30. Gränsen för bukfetma är 102 cm för män respektive 88 cm för kvinnor. Det är därför viktigt att se till både BMI, midjemått, fettfördelning samt den samlade metabola riskprofilen innan åtgärder mot fetma sätts in (6; 14-16).

Orsaker till fetma

Efter att industriella revolutionen startade har människan blivit allt mindre fysiskt aktiv och många anser att det främst är stillasittandet som är orsaken till fetmaepidemin (6). Men under denna tid då fetman har brutit ut har även kostens sammansättning, portionsstorlekar och vårt sätt att äta ändrats, stressen har ökat och rökningen har minskat med mera (10; 14-15). Nedan beskrivs några av de bidragande orsakerna till fetma.

Arvsanlag

Arvsanlagen bestämmer 24-40 % (10) av skillnaden i BMI mellan individer och resterande procent utgörs av livsstil och slump (10; 14-15). Arvsanlagen har även betydelse för var fettets ansamlas samt att viktuppgången varierar trots samma energiintag på grund av genetiska skillnader i energiförbränningen. Att ha arvsanlag för fetma innebär inte att man blir fet, utan livsstilsförändringarna de senaste årtiondena har medfört att de med arvsanlag för viktuppgång utvecklar fetma (17).

Kostsammansättning och energibalans

Idag förekommer allt mer hel- och halvfabrikat och det finns alltid mat att få tag på när som helst på dygnet. Beroende på vad vi äter, vår reglering av vårt matintag och hur mycket energi vi slutligen får i oss under en dag, påverkas risken för övervikt och fetma. Maten vi äter består av fett, kolhydrater och proteiner och innehåller olika många kalorier samt mättar på olika sätt. Exempelvis innehåller fett och alkohol dubbelt så mycket kalorier som kolhydrater och protein (18).

Ofta äter människor efter portionsstorlek och inte efter hur energität maten är. Att sänka energitätheten på mat kan på så vis hjälpa personer att kontrollera sitt energiintag och sin vikt, exempelvis genom att öka mängden frukt och grönsaker i kosten. Att äta flera små måltider än

få och större medför att metabolismen stimuleras vilket i sin tur ger en högre energiförbrukning (18).

Beroende på hur människans energiintag och energiförbrukning ter sig så förändras kroppens energiförråd. Har man ett större energiintag än energiförbrukning lagras detta i form av triglycerider i fettvävnadens celler. Har man istället för stor energiförbrukning i förhållande till energiintag bryts fettvävnaden ned och personen minskar i vikt, en obalans i energin förekommer. Det räcker med ett energiöverskott på 50 kcal/dag i fem år för att fetma ska uppkomma om inte detta överskott förbrukas genom fysisk aktivitet (6; 19).

Fysisk aktivitet

Flera studier har visat på att förändringar kring fysisk aktivitet ger viktförändringar och därmed förekommer ett orsakssamband mellan fysisk aktivitet och fetma. Studier har bland annat visat att tv-tittande ökar risken för fetma. Däremot har det visat sig att motsvarande tid i fysiskt passivt tillstånd på ett arbete inte har lika stor betydelse som tv-tittandet har. Anledningen till detta är inte helt klarlagd, men det faktum att kaloritäta livsmedel gärna intas framför tv:n kan vara en bidragande orsak (20).

Socketberoende

Precis som annan välsmakande mat kan socker stimulera hjärnans belöningssystem genom ökad frisättning av dopamin och har då samma effekt som till exempel alkohol och narkotika. Skillnaden är däremot att beroendeframkallande ämnen frisätter många gånger större mängd dopamin och det drogsug en narkotikaberoende utvecklar, utvecklas inte hos en sockerberoende individ, där utvecklas istället hunger, som är en ren fysiologisk drift (21).

Följder och risker

Att lida av fetma medför en 50-100 % högre risk att dö i ett fetmarelaterat sjukdomstillstånd jämfört med normalviktiga (16). Fetma leder till ökad risk att drabbas av cancer i bland annat livmoder, bröst, äggstockar, gallblåsa, bukspottkörtel, lever, njurar och prostata, dock utan känd anledning (6; 12; 22). Fetma medför också en högre risk att utveckla det metabola syndromet, typ 2 diabetes, kardiovaskulära sjukdomar och sjukdomar i skelett och leder samt en mängd andra sjukdomstillstånd (6; 8; 23).

Även sociala och psykologiska aspekter samt livskvaliteten kan påverkas hos människor som lider av fetma. Ofta förekommer en lägre socioekonomisk status och lägre utbildningsnivå än hos normalviktiga människor. Många förknippar övervikt och fetma med negativa personliga egenskaper. Läkare känner motvilja till att behandla patienter med fetma då resultaten ofta inte blir bra, och en studie har visat att var fjärde sjuksköterska känner motvilja till att behandla en människa med fetma. Detta kan i sin tur leda till att människor med fetma skjuter upp besök inom vården (24).

Många har fördomar om människor med fetma och diskriminering förekommer ofta (6; 8; 25), men den senaste tiden har samhället börjat gå från en fördomsfull syn där skulden ligger på patienten till att faktiskt ställa krav på sjukvårdsinsatser för att uppnå viktminskning. En person med fetma upplever ofta sämre livskvalitet där framförallt den fysiska funktionen är mer påtaglig än den psykiska och desto fetare individen är desto sämre livskvalitet har han eller hon (8; 25).

Behandling och prevention

Att gå ner i vikt är en viktig del i behandlingen av till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Det är framför allt bukfetma hos män som medför ökade risker. Vid fetma kan man få stora hälsovinster av att gå ner mycket i vikt på ett varaktigt sätt. En viktnedgång på fem till femton procent är tillräcklig för att förbättra flertalet riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Men även om patienten bara går ner lite grand kan det öka livskvaliteten (4).

Då fetman har många följsjukdomar som behöver behandling och som leder till minskad arbetsförmåga ökar kostnaderna både inom sjukvården och samhället (26). Det är därför viktigt med behandling och prevention mot fetma för att sjukvården ska kunna minska dessa kostnader så att dessa resurser istället kan användas inom andra viktiga sjukvårdsområden.

Den allra vanligaste behandlingen mot fetma är livsstilsförändringar, att patienten börjar motionera och lägga om sin kost. Tyvärr innebär detta många gånger att patienten till en början går ner i vikt, för att sedan falla tillbaka i gamla vanor och gå upp igen. Ofta blir uppgången ännu större än den viktnedgång patienten lyckades genomföra. För att viktnedgången ska bli långvarig krävs ofta att patienten håller kontakt med en behandlingsgrupp under lång tid och får stöd och motivation regelbundet. Efter ett år har cirka en tredjedel av patienterna med sådant stöd gått ned 10 % (4).

Ofta är det inom primärvården som en patients fetmaproblematik först upptäcks, identifieras och utreds. Även komplikationerna av fetman utreds där. Inom primärvården inleds också behandlingen med konventionella behandlingsmetoder så som kost och motionsbehandling. Primärvården har tyvärr inte de resurser som krävs idag för att bemöta alla patienter med fetma (8; 10).

Kostbehandling

Enligt de nordiska näringsrekommendationer, som baserats på den senaste vetenskapen och forskningen, bör vår kost bestå av 30 % fett, 10-20 % protein och 50-60 % kolhydrater. Dagligen bör vi få i oss 25-35 gram fiber. Svenskar bör öka sitt kolhydrat- och fiberintag i form av grönsaker, rotfrukter, frukt, bär och spannmålsprodukter samt minska fettintaget av mättat fett och transfett så som feta mejeri- och charkprodukter, konditorivaror, godis och glass. En individs energibehov varierar beroende på kön, vikt, fysisk aktivitet och ålder. En man på 70 kg med låg till måttlig fysisk aktivitet behöver mellan 2500 och 3000 kcal/dag medan en kvinna på 70 kg behöver mellan 2000-2500 kcal/dag. Om man vill uppnå viktnedgång rekommenderas en minskning med 500 kcal/dag vilket brukar leda till ett halvt kilos viktnedgång/vecka (27).

Det är viktigt att angripa både kostsammansättningen, att skapa en struktur över det dagliga ätandet, lagom stora portionsstorlekar, att tänka på vad det är man dricker (söta eller inte) och äter (hel- eller halvfabrikat) etcetera. Det finns även flera olika pedagogiska hjälpmedel så som tallriksmodellen, att föra matdagbok, köpa nyckelhålsmärkt mat samt recept ämnade för behandling av övervikt och fetma (27).

Fysisk aktivitet

Genom fysisk aktivitet förbränns fett men däremot ökar muskelmassan vilket innebär att en viktninskning inte alltid är synlig på samma sätt som vid en kostdiet. Genom ökad muskelmassa ökar även syreupptagningsförmågan och styrkan vilket i sin tur minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom. Att gå ut och gå i rask takt i 60 minuter varje dag har visat sig ge fettminskning, men hos vissa individer behövs upp till 90 minuter daglig motion. På 12 veckor kan en viktninskning på åtta kilo uppnås. Att gå ner i vikt genom fysisk aktivitet har visat sig vara en av de effektivaste metoderna för att därefter kunna bibehålla sin nya vikt och inte gå upp igen (28).

Prevention

Problemen med övervikt bör alltid tas upp med patienter som ligger i riskzonen och patienterna bör uppmanas att förändra sitt beteende för att undvika att i ett senare skede bli i behov av mer drastiska behandlingsmetoder så som kirurgi. Dock kan det vara svårt för vårdpersonal att påtala att patienten är överviktig eller fet då detta är tabubelagt (29).

Då fetmabehandling är svårt och långtidsresultaten är generellt nedslående är det viktigt att preventiva åtgärder sätts in. För att kunna göra det behövs ett samarbete mellan många olika instanser. Primärvården kan arbeta utifrån ett primär- eller sekundärt preventionsarbete där det första innebär en inriktning på normalviktiga och personer med övervikt utan följsjukdomar medan sekundärprevention innebär en inriktning för att förhindra ytterligare viktuppgång hos redan överviktiga och feta människor samt att förhindra försämring av eventuella följsjukdomar (10).

Att ha ett långsiktigt stöd, minst två år, där uppföljning och avstämning sker regelbundet, har visat sig ha avgörande betydelse för upprätthållande av vikt reducerande åtgärder. Det är väldigt viktigt att personal inom sjukvården bemöter personer med fetma på ett sätt som får dem att känna sig välkomna, förstådda och trygga (10).

SJUKSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDE

De flesta sjukdomar eller hälsotillstånd som en patient söker för kan ofta lindras eller förhindras genom ett förändrat hälsobeteende. Fetma och fetmarelaterade sjukdomstillstånd är sådana exempel. Idag ses sjukvården som de som förväntas ha ansvaret för bot och lindring av fetma, genom behandlingar och medicinering. Hälsa- och sjukvården handlar därför idag mer och mer om att lära patienterna att förändra sina levnadsvillkor och hälsobeteenden för att själva förbättra sin hälsa (11).

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor står beskrivet att sjuksköterskan ska ha förmåga att ”identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer” och ”undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa” (30). Det står också skrivet att sjuksköterskan ska ha förmåga att ”i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar” (31). Detta ska också göras med respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (32). Även i Hälsa- och sjukvårdslagen, som är den lag som sjuksköterskan lyder under, fastställs att ”Hälsa- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälsa- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.” (33).

Då fetma som tidigare nämnts är ett tillstånd som kan medföra många hälsorisker är detta ytterst aktuellt. Patienterna behöver mycket stöttning och motivation och det är sjuksköterskan som i den patientnära vården har möjlighet att bygga en relation till patienten och skapa trygghet. Sjuksköterskan har därför goda förutsättningar att utföra MI i sitt vårdarbete.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka vilken effekt MI har vid konventionella viktreducerande behandlingar vid fetma.

METOD

VALD METOD

Utifrån detta syfte valdes att genomföra en litteraturöversikt för att kartlägga hur kunskapen ser ut inom detta område och undersöka om tidigare forskning fått fram positiva resultat av MI vid viktreducerande behandling. En litteraturöversikt visar också eventuella luckor i kunskapsområden där forskningen är otillräcklig eller inte utförd alls (34).

DATAINSAMLING OCH URVAL

Breda artikelsökningar i PubMed och CINAHL genomfördes och artiklarna valdes utefter de inklusions- och exklusionskriterier vi tillsammans kommit fram till och därefter följdes punkterna för granskning av studiernas kvalitet som hittas i boken "Dags för uppsats" (34). En översikt av artikelsökningen finns i bilaga 1.

Inklusionskriterier:

- Artiklar och studier om effekt av motiverande samtal kring fetma/viktreducering på vuxna
- Studier med kvantitativ och kvalitativ ansats
- Vetenskapligt granskade
- Engelsk- eller svenskspråkiga artiklar
- Studier från hela världen.

Exklusionskriterier:

- Artiklar som inte berörde motiverande samtal kring obesitas/viktreducering samt de som berörde MI hos personer under 18 år
- Litteraturstudier och litteraturöversikter
- Studier skrivna på annat språk än engelska och svenska
- Artiklar som inte gick att läsa i fulltext.

Sammanlagt hittades 10 artiklar som ansågs vara relevanta till syftet. Dock fanns det många artiklar som hade ett intressant och till synes relevant abstract men som inte gick att öppna via Göteborgs Universitets databaser och därför blev urvalet av artiklar mer begränsat än vad vi från början hade hoppats på.

Bakgrundslitteraturen är sökt på bibliotek samt olika webbplatser. Främst litteratur har använts men även rapporter och offentliga dokument gjorda vid sjukhus, institutioner och lärosäten. Då det hänt mycket inom detta område de senaste 10 åren har vi valt att använda oss av senaste fakta. Ett källkritiskt synsätt har tillämpats under litteratursökningen och vi har varit särskilt noga med att reflektera över våra webbaserade källor. Även för dessa har vi följt punkterna om källkritik (34).

DATAANALYS

Inledningsvis lästes artiklarna flera gånger. Därefter sammanfattades artiklarna och likheter och skillnader identifierades för att vi på så vis skulle kunna identifiera meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte (34). De meningsbärande enheterna klustrades samman till teman. De teman som framkom blev *utövare av MI, deltagande, viktning och beteendeförändringar*. Inom dessa teman återfanns sedan underteman.

Utövare av MI innefattade vem som utövar och vilken utbildning de hade samt deras upplevelse av att utöva MI, under deltagande fann vi utgångsläge i BMI, utbildning/behandling och avhoppare från studierna, under viktning fann vi kort- och långsiktig viktning och under beteendeförändringar fann vi underkategorierna ätbeteende, beteende kring fysisk aktivitet och övriga beteendeförändringar.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Då deltagarna i de studier vi använt i arbetet behövt lämna ut privata uppgifter om sig själva och då fetma kan vara ett mycket känsligt område för många är det viktigt att reflektera över forskningsetiska aspekter. Sex av artiklarna i arbetet är etiskt godkända av etiska kommittéer (35-40). I de övriga fyra artiklarna (41-44) har deltagarna fått lämna skriftligt godkännande till att delta i studien. Att genomföra en litteraturstudie innebär inte att individers privata uppgifter används direkt utan en sammanställning av redan genomförda studier görs. Då de artiklar vi valt har haft den etiska aspekten i åtanke anser vi att denna uppsats är etiskt försvarbar (45).

RESULTAT

UTÖVARE AV MI

Vem utövar

Det förekommer många olika yrkeskategorier som utövar MI vid fetmabehandling där främst sjuksköterskor och läkare är utövare men också psykologer är vanligt (36-40; 42-44). Även dietister och sjukgymnaster har använt MI (35; 39; 41). I en studie av Greaves et al. var det utomstående rådgivare som inte var anställda inom hälso- och sjukvården som utövade MI (44).

Utbildning och upplevelse

Innan studierna påbörjades har utövarna i de flesta fall fått utbildning inom MI. Endast i en studie har utövarna inte fått någon träning alls (38) och resterande har fått utbildning i MI i samband med studien. Utbildningen har varit varierande i både längd och form. Vanligt har varit tränings-sessioner med både teoretisk och praktisk övning i utförande samt diskussioner kring eventuella svårigheter (35-37; 39; 41-42; 44). I en studie av Whittemore, Melkus, Wagner, Dziura, Northrup och Grey fick sjuksköterskor utbildning genom träning i ett utökat standardvårdprogram, självstudier (läsa och se en DVD om MI), två stycken två-timmars workshops om MI, en två-timmars utbildning om ett livsstilsprogram och det fanns även tillgång till konsultation kring MI genom hela studien. Sjuksköterskorna kände sig säkra på utbildning och beteendestrategier kring mål och problemlösning men var däremot osäkra på utövandet av MI. Svårigheterna ansågs ligga i att bygga upp motivation till förändring och att hjälpa deltagarna att se att deras beteende var oförenligt med deras mål och värderingar. På grund av detta efterfrågade sjuksköterskorna under studiens gång vidare utbildning inom MI samt ytterligare expertkonsultation och med tiden utvecklades deras färdigheter (43).

I en annan studie utförd av Pollak et al. fick de deltagande läkarna ingen utbildning inom MI. Istället analyserades deras samtal med olika patienter utefter en skala användbar för MI (MITI och ICCs) för att undersöka vilka som använt sig av MI och hur detta i sin tur påverkar patientens resultat. Det visade sig att 55 % av läkarna använde sig av MI någon gång under sina samtal och av de läkarna som använder MI mer konsekvent medförde detta bättre resultat för deras patienter (38).

DELTAGANDE

Utgångsläge i BMI

Inklusionskriterier i alla studier utom en har varit BMI på minst 25 kg/m² (35-39; 41-44). Majoriteten av deltagarna har haft ett BMI på över 30 kg/m² och i studien av Hardcastle, Taylor, Bailey och Castle var 79 % feta (35). I vissa studier har deltagarna kunnat ha ett BMI på upp till 50 kg/m² (36; 39).

Utbildning/behandling

Utbildningen och behandlingsmetoderna av deltagarna skiljer sig mycket åt mellan de olika studierna. Alla deltagare har fått någon form av information kring kost och motion, inklusive kontrollgrupperna. I vissa fall har kontrollgrupper fått mycket information och hjälp med både uppmuntran och mål- och problemlösning där interventionsgruppen fått detsamma fast med tillägg av MI. MI-sessionerna bestod av både individuella möten och möten i grupp samt telefonkontakt. I studien av Hardcastle et al. var MI-sessionerna på fem stycken 30-min-tillfällen frivilliga att delta i. Medelvärdet i deltagande vid sessionerna var två stycken och 50 % gick på minst tre sessioner (35).

Avhoppare

I studien av West et al. Valde deltagarna att fortsätta behandlingen om de uppnått viktreducering medan de som inte uppnådde resultat istället hoppade av behandlingen. Detta skiljde sig dock för de som fick MI som fortsatte sin behandling trots uteblivna resultat (39). Tendens till detta sågs även i studien Dobrow, DiMarco, Klein, Clark och Wilson där ett

avhopp på 25 % förekom hos de som fick MI medan denna siffra var 42,1 % hos kontrollgruppen (37). Däremot visade studien Groeneveld, Proper, van der Beek och van Mechelen att MI inte medförde någon skillnad i fullföljande av behandling (40).

Ett praktiskt hinder för att deltagarna skulle medverka i sin behandling sågs i studien av Whittmore et al. Deltagarna erbjöds där fem telefonkontakter vardera men då det var svårt att schemalägga och planera tid för dessa från både deltagarnas och utövarnas sida genomfördes endast 37 % av samtalen (43).

VIKTNEDGÅNG

Korttidseffekt

MI har visat sig kunna ha en viktreducerande effekt (35- 44). Ofta används MI i samband med olika livsstilsprogram vilket har visat sig vara effektivt. Exempelvis i studien av Whitemore et al. fick både en kontroll- och interventionsgrupp information om diabetesprevention, individuellt samtal om hur viktig en hälsosam livssituation är för prevention om typ 2 diabetes samt ett individuellt samtal med en dietist. De blev även uppmuntrade om att följa en hälsosam diet, att gå ner 5-7 % i vikt genom diet och träning och att öka deras träningsmängd gradvis med en målsättning på minst 30 min fem dagar/vecka. Interventionsgruppen fick på detta även beteendestöd för mål- och problemlösning samt MI (sex stycken 20-min individuella träffar och en timmes telefontid uppdelat på fem tillfällen) för de som inte uppnådde viktreduceringsmålen på 5 %. I livsstilsgruppen uppnådde 25 % viktreduceringsmålen på 5 % jämfört med kontrollgruppen där 11 % uppnådde målen (43).

I studien av Pollak et. al. fann författarna att de läkare som använde MI vid samtal kring viktnedgång medförde att patienterna gick ner 1,4 kg till skillnad från de patienter där läkaren inte använde MI som istället gick upp 0,2 kg (38).

Det har visat sig att MI medför positiva effekter på viktrelaterade hälsoproblem trots en knapp viktnedgång (35; 40). I studien av Hardcastle et al. sågs ett sänkt systoliskt blodtryck, kolesterolhalt, HDL och triglycerider samt BMI (35). Även i studien av Groeneveld et al. sågs positiva effekter på HbA1c, systoliskt blodtryck och HDL-kolesterol (40).

Långtidseffekt

I studien av West et. al. fick kontrollgruppen sju utbildningstillfällen kring kost, motion och viktnedgång. Interventionsgruppen gjorde först en sju-dagars registrering av allt de åt och deras motionsnivå. De fick sedan följa ett viktnedgångsprogram de kommande 6 månaderna där man veckovis hade informationsträffar. På dessa möten genomfördes individuella invägningar och deltagarna uppmuntrades att gå ner 10 % i vikt samt att reducera kaloriintaget. De fick även produktkuponger från slimfast för att kunna ersätta två snacks om dagen, stegräknare och ett träningsmål på 200 min/vecka eller mer sattes.

Interventionsgruppen gick ner 7,98 % jämfört med kontrollgruppen som gick ned 1,48 % under dessa 6 månader. Fortsättningsvis fick interventionsgruppen antingen MI eller kunskapsbaserad metod de kommande 12 månaderna för att kunna behålla sin nya vikt. Dessa båda grupper hade efter dessa 12 månader en kvarstående viktnedgång på 5,5 % medan de i kontrollgruppen hade ungefär samma viktnedgång, 1,51 % (39). Dock har studien av Smith West, DiLillo, Bursac, Gore och Greene visat på att när MI-sessioner avslutats riskerar deltagarna att gå upp i vikt igen (36).

BETEENDEFÖRÄNDRINGAR

Ätbeteende

Det har visat sig att MI kan förändra ätbeteendet hos deltagarna (35; 37; 42-43). I studien av Carels et al. visades en tydlig minskning i det dagliga kaloriintaget och det procentuella dagliga energiintaget från fett samt ökning av det procentuella dagliga intaget av proteiner hos deltagarna (42). Även intaget av frukt och grönsaker ökade hos deltagarna (35). MI har också visat sig medföra minskade bekymmer kring mat, till exempel mindre rädsla för att förlora kontrollen över sitt matintag samt att känna skuld känslor efter måltid (37).

Beteende kring fysisk aktivitet

Även beteende kring fysisk aktivitet har förändrats för deltagarna som fått MI (35; 42-44) I en studie av Whittemore et al. sågs en tydlig ökning av träningstiden per månad för deltagarna som fick MI. Träningsmålet låg på 150 min/vecka och ökade från 29 % vid baseline till 46 % vid 6 månader jämfört med kontrollgruppen som ökade från 39 % - 40 % (43). Studien av Greaves et al. (44) visar på liknande resultat där 46 % uppnådde träningsmålet på 150 min/vecka jämfört med kontrollgruppen där 34 % uppnådde målet (44). Även i studien av Hardcastle et al. bidrog MI till ökad fysisk aktivitet. Från start var 42 % av deltagarna i behandlingsgruppen inaktiva och vid uppföljningen var denna siffra 25 % jämfört med kontrollgruppen där dessa siffror var 31 % respektive 27 % vid samma tider (35). I en annan studie medförde MI att deltagarna utövade 68 min mer planerad fysisk aktivitet per vecka jämfört med kontrollgruppen (42). En ökad vikt nedgång har även i studien av Whittemore et al. visat sig medföra en ökad träningsnivå jämfört med ouppnådda viktminskningsmål (43).

Övriga beteendeförändringar

I en studie av West et al. visade MI medföra större engagemang och fullföljande av behandlingen bland deltagarna. Exempelvis sågs ett bättre deltagande i grupp-sessioner samt större benägenhet att skriva mer kvalitativa dagböcker jämfört med deltagarna i kontrollgruppen (36). I en annan studie medförde MI att deltagarna fann fler individuella orsaker till att förändra sitt eget beteende och MI bidrog också till att dessa förändringar genomfördes (39).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då vi valde att utforska effekten av MI vid konventionell behandling av fetma innebar detta ett begränsat kunskapsområde. Det finns mycket forskning om MI men många studier rör andra områden än fetmabehandling. Vi märkte ganska snabbt när vi utförde vår artikelsökning att vi valt ett område med lite forskning och stora kunskapsluckor. Forskningsresultaten är mycket begränsade då studierna vi funnit är mycket små och genomförts under korta tidsperioder. Av de artiklar vi fann fanns det ett flertal som lät mycket intressanta och som visade på bra resultat men som tyvärr inte gick att öppna via Göteborgs Universitets databaser och eftersom denna uppsats är utformad som en litteraturöversikt medförde detta en begränsning i vårt arbete då en litteraturöversikt syftar till att kartlägga hur kunskapen ser ut inom ett visst område (34). Det hade då varit att föredra om fler artiklar kunnat användas och

vårt resultat hade därmed kunnat se annorlunda ut. Denna begränsade forskning tror vi delvis kan bero på att MI inte tillhör den medicintekniska forskningsarenan och därför inte är ett högprioriterat och utforskat område samt att MI ännu inte är en vedertagen metod för fetmabehandling. Då fetman idag upptar mycket av världens resurser och tid har fetmaforskningen ökat den senaste tiden och vi hoppas att den kan komma att öka ännu mer.

Då det var svårt att finna artiklar som bara handlade om människor med fetma inkluderades därför studier där deltagarna även kunde vara överviktiga. Vi anser dock inte att detta påverkade vårt resultat då även människor med övervikt kan medföra många hälsorisker och där en viktnedgång kan vara minst lika aktuell som för en människa med fetma.

Studierna som använts i uppsatsen har varit uppbyggda på mycket olika sätt. Alla författare till studierna har valt att använda sig av olika typer av studiedesign, kontroll- och interventionsgrupper och ett flertal olika typer av livsstilsprogram. Detta har medfört svårigheter med att kunna fastställa resultat som är generaliserbara. Det har även varit svårt att fastställa vilken effekt MI har haft på deltagarna i vissa studier då MI har givits i samband med andra behandlingsformer och livsstilsprogram.

RESULTATDISKUSSION

Utövare av MI

Då vårt huvudområde är omvårdnad hade vi helst sett att det fanns fler studier där sjuksköterskor utövade MI. I studierna som använts i den här uppsatsen har resultaten varit ungefär likadana, att MI är användbart vid fetmabehandling, trots att det varit många olika yrkeskategorier som utövat MI. Detta skulle kunna tolkas som att utövaren lika gärna kan vara en sjuksköterska som att vara en annan yrkeskategori.

I alla studier utom studien av Pollak et al. (38) hade utövarna fått utbildning innan och/eller under studiens gång inom MI. I vissa studier har utövarna fått mer MI-utbildning än andra men vi kan inte se att detta har påverkat resultatet. Däremot ses i studien Pollak et al. (38) att MI måste användas konsekvent för att patienterna ska kunna uppnå bra resultat. För att kunna göra detta måste utövarna vara säkra på vad MI innebär och ha kunskap nog att kunna använda metoden konsekvent. Ofta förekommer en osäkerhet och rädsla inför nya och okända metoder (46) och i en avhandling av Österlund och Efraimsson (47) visades att 60 % av sjuksköterskorna inom primärvården har utbildning inom MI men tyvärr används tekniken mycket sällan (47). I studien Whittemore et al. var sjuksköterskorna osäkra på utövandet av MI vilket kan ha medfört ett sämre resultat (43). Denna studie antyder att utbildningen är viktig för att utövaren ska känna sig säker på att utöva MI eftersom sjuksköterskor under studiens gång blev allt mer självsäkra kring utövandet av MI efter att ha fått ytterligare expertkonsultation. Studien antyder även att övning ger färdighet varpå den praktiska utbildningen är mycket viktig. Bristen på praktisk övning tror vi kan vara en förklaring till att sjuksköterskorna inom primärvården inte använder MI trots att majoriteten har utbildning inom tekniken. En lösning på detta skulle kunna vara mer praktisk övning av MI inom utbildningen.

Deltagande

Då majoriteten av deltagarna i studierna har haft ett BMI på över 30 kg/m², det vill säga varit feta, anser vi att de studier vi använt oss av varit relevanta. Dock går inte att utröna ur

artiklarna hur mycket de feta respektive de överviktiga deltagarna går ner i vikt. Endast i en av studierna (40) nämns att effekten av behandlingen var störst hos de feta deltagarna. Utifrån detta resultat anser vi inte att man kan dra slutsatsen att MI är mer effektivt för feta patienter än för överviktiga.

Utbildningen hos deltagarna i de olika studierna har varierat mycket. Slutsatser går inte att dra men en trend syns där deltagarna som fått mest utbildning och stöttning inklusive MI har visat sig gå ner mest i vikt (39; 43).

MI visades bidra till fullföljande av behandling oavsett om uppsatta viktreduceringsmål uppnåts eller inte. Detta har även visats i andra studier rörande livsstilsförändringar så som rökning och alkoholproblematik (32). Då deltagarna genomför livsstilsförändringar kan viktreducering dröja och med tanke på att studierna i denna uppsats är utförda på kort tid kan man inte utesluta att behandlingen medför en större viktnedgång på sikt då MI även förändrar deltagarnas beteende.

Resultaten vad gäller avhopp från studierna varierade mycket. Två artiklar visade på att MI medför att deltagarna stannar kvar i studien medan en studie visar på att det inte var någon skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. En viktig aspekt i denna fråga är att i de studier där deltagarna valt att stanna kvar då de fått MI har deltagarna varit i stort sett endast kvinnor (32 kvinnor och 7 män (37) respektive 338 kvinnor (43) från start). I den studie där deltagarna hoppat av studien oavsett behandling med MI eller inte var alla 816 startande deltagare män. I de studier vi använt i denna uppsats har skillnader mellan män och kvinnor inte undersökts och inga slutsatser kan därmed dras om detta. Det behövs här vidare forskning för att se huruvida det biologiska könet påverkar effekten av MI. I studien Whittlemore et al. var det fler avhopp ifrån interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Detta kan bero på att deltagarna i kontrollgruppen inte hade några möten att gå på utan endast utbildningen innan studien påbörjades (43).

I samma studie visades att det var svårt att genomföra telefonsessionerna både från deltagarnas och utövarnas sida då praktiska saker så som tid och schemaläggning stod i vägen (43). Telefonsessioner har även använts i två andra studier (40; 44). I dessa studier har dock inte undersökts huruvida dessa utnyttjades eller inte.

Viktredgång

I studien av Whittlemore et al. får interventionsgruppen både mål- och problemlösning samt MI medan kontrollgruppen inte får något av dessa. Detta kan därmed ha påverkat resultatet i denna studie då de inte fastställer huruvida MI som egen metod har påverkat deltagarna (43). Utifrån denna studie kan vi åter igen dra slutsatsen att ett livsstilsprogram i samband med MI är effektivt men inte hur endast MI fungerar, vilket hade varit önskvärt att undersöka.

Då deltagarna i studierna i många fall inte uppnått de viktreduceringsmål som satts inom studien, 5-10%, tror vi att det är viktigt att inte sätta för höga mål kring viktredgång utan att tillsammans med patienten komma fram till uppnåbara och relevanta mål och delmål och att även formulera mål inom andra aspekter än vikten. I och med att MI visat sig ge positiva effekter på olika parametrar så som systoliskt blodtryck, kolesterolhalt och HbA1c visar detta på att även en liten viktredgång har positiva effekter på hälsan och det är viktigt att informera patienterna om detta då de ofta ser resultaten i kilon.

De studier som använts i denna uppsats är utförda under 2, 3, 6, 12 eller 18 månader vilket vi anser är kort tid. 18 månader kan anses vara en lång tid men när det gäller viktnedgång anser vi att även detta är relativt kort tid för att uppnå viktreducering och att förändra sina livsstilsvanor.

Då det i en av de två studier som sträcker sig över 18 månader visades att deltagarna tenderade att gå upp i vikt igen när MI-sessionerna avslutats anser vi att det hade varit intressant att se mer forskning på långtidseffekterna av MI och vilka konsekvenser det får att avsluta en behandling med MI. Det finns en stor lucka i kunskapen kring effekten av MI på lång sikt då vi inte funnit några studier som sträcker sig längre än 18 månader samt saknat uppföljningar av behandling när MI är avslutat.

Betendeförändringar

Oavsett en uppnådd viktnedgång är ett förändrat beteende kring mat och fysisk aktivitet positivt för feta patienter. Vi tror att en viktnedgång utan betendeförändringar resulterar i att patienten snabbt går upp i vikt igen medan en viktnedgång med livsstilsförändringar leder till en långvarig viktnedgång och förbättrad hälsa.

Matbeteendet förbättrades hos deltagarna som fick MI, men i en studie där kontrollgruppen fick lika mycket information om kost som interventionsgruppen förändrade även de sitt ätbeteende. Vi tror därför att det är viktigt att patienter får information om hur kosten påverkar hälsan och om hur ätbeteende och vikt hör ihop för att kunna förändra detta. MI tillsammans med sådan information tror vi kan vara en bra behandlingsform.

MI har även visat sig ge förändringar i beteendet kring fysisk aktivitet. Då fysisk aktivitet är en mycket viktig hälsfaktor som medför många positiva effekter är det ett mycket bra resultat att deltagarna ökat sin fysiska aktivitet. Även här är det mycket viktigt att informera patienterna om att en utebliven viktnedgång kan bero på att träning medför ökad muskelmassa och muskler väger mer än fett. Det är alltså viktigare att se till utseendet till exempel midjemått och hur kläder passar, än till vikten.

SLUTSATS

MI kan ha en viktreducerande effekt vid behandling av fetma, samt bidra till positiva betendeförändringar kring kost och fysisk aktivitet. MI i samband med olika välutformade livsstilsprogram är effektivt. Att få patienterna att själva förstå varför en förändring i livsstil och beteende är viktigt för att kunna uppnå resultat i viktreducering. Dock kan det vara svårt att implementera MI i vårdarbetet på grund av den osäkerhet som nya metoder och företeelser skapar hos vårdpersonalen. MI skulle därför behöva vara en del i grundutbildningen för vårdyrken, och både teoretisk och praktisk övning inom MI bör genomföras för bästa resultat. Det skulle då kunna användas i det dagliga vårdarbetet och av alla yrkeskategorier inom vården. Tyvärr är forskningen inom detta område mycket bristfällig och de resultat vi fått fram i denna uppsats är inte generaliserbara. Vi har kunnat identifiera följande luckor i kunskapsområdet, där vidare forskning behövs;

- Forskning på långtidseffekten av MI vid fetmabehandling där vi inte kunnat finna någon studie alls som sträckt sig längre än 18 månader.
- Forskning på hur vikten påverkas efter avslutad MI-behandling.

- Forskning på hur telefonsessioner fungerar vid behandling med MI.
- Forskning på hur praktisk övning av MI kan påverka utövarens självsäkerhet kring utövandet av MI och huruvida detta bidrar till ökad användning av MI inom vården.
- Forskning på MI i större och mer välorganiserade studier där MI-grupp jämförs direkt med en kontrollgrupp och inte med andra behandlingsgrupper.
- Forskning på hur MI fungerar vid behandling av män respektive kvinnor.

REFERENSER

1. World Health Organization. 10 facts on obesity. 2010 (citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>
2. World Health Organization. Obesity and overweight. 2011 (Citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
3. World Health Organization. Europe. Obesity. (Citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/obesity>
4. 1177. Fetma. Sammanfattning. 2008. (Citerad 2011-03-14) Tillgänglig från: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>
5. Statistiska Central Byrån. Var tionde svensk är fet. 2007. (Citerad 2011-03-17) Tillgänglig från: http://www.scb.se/Grupp/Valfard/BE0801_2007K01_TI_05_A05ST0701.pdf
6. SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. Fetma – problem och åtgärder. 2002. (Citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/fetmafull.html
7. Den svenska forskningsportalen. Hur vanlig är fetma. (Citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: <http://www.forskning.se/temaninteraktivt/teman/globalfetma/tiofragorsvar/fragorochsvar/hurvanligarfetma.5.61c03dad1180e26cb8780005234.html>
8. Sahlgrenska universitetssjukhuset. Mini-HTA, obesitaskirurgi. 2008 (citerad 2011-03-15) Tillgänglig från: <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA%20Obesitaskirurgi%202008-05-27.pdf>
9. Barth, T., Näsholm, C., Motiverande samtal - MI- att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Denmark: Studentlitteratur, Narayana press; 2006.
10. Folkhälsoguiden. Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013. 2010. (Citerad 2011-03-17) Tillgänglig från: <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Mat/Handlingsprogram%20%C3%B6vervikt%20och%20fetma%202010-2013.pdf>
11. Rollnick, S., Miller, W. M., Butler C.C. Motiverande samtal inom hälso- och sjukvård – att hjälpa människor att ändra beteende. Lund: Studentlitteratur; 2009.
12. Lönnqvist, F. Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv, sid. 45. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
13. Lönnqvist, F. Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv, sid. 21. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
14. Lönnqvist, F. Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
15. Mårild, S. Neovius M och Rasmussen F. Epidemiologi, barn och vuxna. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
16. Statistiska Central Byrån. Levnadsförhållanden rapport nr. 105, bruk och missbruk, vanor och ovanor, hälsorelaterade levnadsvanor 1980-2002. 2004. (Citerad: 2011-03-17) Tillgänglig från: http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/1980I02/LE0101_1980I02_BR_LE105SA0401.pdf
17. Dahlman, I. Gen-vägar till fetma. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.

18. Lindroos, A-K. Kostsammansättning. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
19. Larsson, I. Energibalans. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
20. Hemmingsson, E. Fysisk aktivitet. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
21. Lindroos, A-K. Sockerberoende. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
22. Svensk förening för övre abdominell kirurgi . NIOK- nationella indikationer för obesitaskirurgi. 2009. (Citerad: 2011-03-15) Tillgänglig från: http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf
23. Rössner, S. Skelett och leder. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
24. Elfhag, K. Sociala och psykologiska aspekter. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
25. Sullivan, M., Karlsson, J., Rydén, A. Livskvalitetsmätningar. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
26. Narbro, K., Neovius, M. Hälsoekonomi. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
27. Larsson, I., Lindroos, A-K. Kostbehandling. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
28. Hemmingsson, E. Fysisk aktivitet. Red: Lindroos, A-K, Rössner S. Fetma – Från gen- till samhällsperspektiv. Polen: Författarna och studentlitteratur; 2007.
29. Wirén, M. Obesitaskirurgi. Astra Zeneca. 2009.
30. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005-105-1; sid 12.
31. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005-105-1; sid 11.
32. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005-105-1.
33. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Stockholm; Socialdepartementet; 2 c §.
34. Friberg F. Dags för uppstas – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: studentlitteratur; 2006.
35. Hardcastle S., Taylor A., Bailey M., Castle R. 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; 2008.
36. Smith West D., DiLillo V., Bursac Z., Gore S. A., Greene P. G. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. Diabetes Care, 30(5); 1081-1087; 2007.
37. Dobrow DiMarco I., Klein D. A., Clark V. G., Wilson T. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioural weight loss treatment. Eating Behaviors; 10; 134-136; 2009.
38. Pollak K. I. et al. Physician communication techniques and weight loss in adults. American Journal of Preventive medicine; 39(4); 321-328; 2010.
39. West DS. et al. A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach. International Journal of Obesity; 35; 259-269; 2011.
40. Groeneveld I. F., Proper K. I., van der Beek A. J., van Mechelen W. Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: Results of a randomized controlled trial. Preventive Medicine; 51; 240-246; 2010.
41. Webber K. H. Tate D. F. Quintiliani L. M. Motivational interviewing in internet groups: A pilot study for weight loss. Journal of the American Dietetic Association; 108; 1029-

1032; 2008.

42. Carels R. A. et al. Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach. *Health Psychology*; 26(3), 369-374; 2007.
43. Whitemore R., Melkus G., Wagner J., Dziura J., Nortrup V., Grey M. Translating the diabetes prevention program to primary care. *Nursing Research*; 58(1), 2-12; 2009.
44. Greaves C. J. et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*; 58(553); 535-540; 2008.
45. Patel R., Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: studentlitteratur; 2003.
46. Nyström, M. *Utvecklings- och förbättringsarbete inom vården – lärdomar från forskning och goda verksamhetsexempel*. Rapport på uppdrag av Sveriges Kommuner och landsting: Medicalmanagement center. Lime. Karolinska institutet; 2007.
47. Österlund Efraimsson E. *Communication in smoking cessation and self management - a study at Nurse-led COPD-clinics in Primary Health Care*. Karolinska Institutet; 2010.

BILAGA 1

Tabell 1 - PubMed

Datum	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Artikel
22/3	Obesity, motivational interview	25	7	4	C, D, E, F
22/3	Obesity, motivational interviewing	61	13		
30/3	Motivational interview, weightloss	12	1	1	A
2/4	Motivational interviewing, obesity + limit: senaste 5 åren, all adults, Engelska, Svenska.	18	1	1	I
2/4	Motivational interviewing, weight	31	1	1	J

Tabell 2 - CINAHL

Datum	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Artikel
26/3	Obese, motivational interviewing	19	3	1	G
31/3	Obesity, motivational interviewing	48	8	1	B

Tabell 3 - Tidsskrifter

Datum	Sökord	Resultat	Tidsskrift	Urval 1	Urval 2	Artikel
30/3	Obesity	17 träffar	International Journal Of Obesity	2	1	H

Urval 1 – Antal intressanta abstract

Urval 2 – Artiklar använda i arbetet

BILAGA 2

ARTIKELÖVERSIKT

Artikel: A

Titel: Motivational interviewing in internet groups: A pilot study for weight loss

Författare: Webber K. H., Tate D. F., Quintiliani L. M.

Publicerande tidsskrift: Journal of the American Dietetic Association

Utgivningsår: 2008

Land: USA

Syfte/frågeställning: Undersöka genomförbarheten och acceptansen av MI i viktreducerande gruppbehandlingar på internet.

Studiedesign: Pilotstudie, randomiserade grupper.

Urval: 20 kvinnor

Antal referenser: 40

Artikel: B

Titel: A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors

Författare: Gardcastle S., Taylor A., Bailey M., Castle R.

Publicerande tidsskrift: Patient Education and Counseling

Utgivningsår: 2008

Land: England

Syfte/frågeställning: Undersöka om flera patientcentrerade rådgivande livsstils-sessioner skulle vara av intresse för patienter som löper risk för kranskärslsjukdomar inom primärvården, och om dessa sessioner resulterar i förändringar kring fysisk aktivitet, diet och hälsostatus.

Studiedesign: Randomiserad studie

Urval: 334 överviktiga och feta patienter

Antal referenser: 43

Artikel: C

Titel: Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes

Författare: Smith West D., DiLillo V., Bursac Z., Gore S. A., Greene P. G.

Publicerande tidsskrift: Diabetes Care

Utgivningsår: 2007

Land: USA

Syfte/frågeställning: Undersöka huruvida MI tillsammans med beteendemässiga viktkontrollsprogram kan förbättra viktreduceringsresultat och den glykemiska kontrollen för överviktiga kvinnor med typ 2 diabetes.

Studiedesign: Randomiserad kontrollerad studie

Urval: 217 överviktiga och feta patienter med typ 2 diabetes

Antal referenser: 44

Artikel: D

Titel: Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach

Författare: Carels R. A. et al.

Publicerande tidsskrift: Health Psychology

Utgivningsår: 2007

Land: USA

Syfte/frågeställning: Undersöka hur resultatet påverkas om MI används i samband med ett livsstilsprogram än att bara ha ett livsstilsprogram.

Studiedesign: Randomiserad studie

Urval: 55 feta stillasittande patienter

Antal referenser: 23

Artikel: E

Titel: The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioural weight loss treatment

Författare: Dobrow DiMarco I., Klein D. A., Clark V. L., Wilson T.

Publicerande tidsskrift: Eating Behaviors

Utgivningsår: 2009

Land: USA

Syfte/frågeställning: Bedöma huruvida MI, givet som en del i ett standardvårdprogram för självhjälp i behavioristisk viktreduceringsbehandling (GSH), sänkte antalet avhoppare och förbättrade deltagarnas viktminskningsresultat och andra matrelaterade och generella bekymmer, jämfört med endast GSH.

Studiedesign: Kvantitativ randomiserad studie.

Urval: 39 deltagare

Antal referenser: 14

Artikel: F

Titel: Physician communication techniques and weight loss in adults

Författare: Pollak K. I. et al.

Publicerande tidsskrift: American Journal of Preventive Medicine

Utgivningsår: 2010

Land: USA

Syfte/frågeställning: Undersöka huruvida diskussion av vikt och användande av MI-tekniker i diskussionen av vikt förutspådde viktnedgång tre månader efter genomförande.

Studiedesign: Observationsstudie

Urval: 40 läkare och 461 överviktiga patienter

Antal referenser: 26

Artikel: G

Titel: Translating the diabetes prevention program to primary care

Författare: Whittemore R., Melkus G., Wagner J., Dziura J., Northrup V., Grey M.

Publicerande tidsskrift: Nursing research

Utgivningsår: 2009

Land: USA

Syfte/frågeställning: Undersöka huruvida ett 6-månaders livsstilsprogram inom primärvården kan nå ut och implementeras samt dess effektivitet, hos patienter med risk att få typ 2 diabetes.

Studiedesign: Pilotstudie

Urval: 58

Antal referenser: 42

Artikel: H

Titel: A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach

Författare: West D. S. et al.

Publicerande tidsskrift: International Journal of Obesity

Utgivningsår: 2011

Land: USA

Syfte/frågeställning: Utvärdera effekten av behandling för att vidhålla en viktnedgång med fokus på motivations faktorer.

Studiedesign: Randomiserad studie med kontrollgrupp.

Urval: 338 kvinnor

Antal referenser: 42

Artikel: I

Titel: Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: Results of a randomised controlled trial

Författare: Groeneveld I. F., Proper K. I., van der Beek A. J., van Mechelen W.

Publicerande tidsskrift: Preventive medicine

Utgivningsår: 2010

Land: Nederländerna

Syfte/frågeställning: Att utvärdera effektiviteten av en livsstilsintervention för manliga byggnadsarbetare med riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar

Studiedesign: Randomiserad kontrollerad studie

Urval: 816 manliga byggnadsarbetare

Antal referenser: 41

Artikel: J

Titel: Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial

Författare: Greaves C. J. et al.

Publicerande tidsskrift: British Journal of General Practice

Utgivningsår: 2008

Land: England

Syfte/frågeställning: Att bedöma effektiviteten av en billig behandling, given via primärvården av icke-primärvårdsanställda, för att reducera risken för diabetes genom viktnedgång och fysisk aktivitet.

Studiedesign: Pragmatisk singel-blind randomiserad kontrollerad studie.

Urval: 141 deltagare med BMI >28, men utan diabetes eller kardiovaskulär sjukdom.

Antal referenser: 31