



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ÄR MOTIVERANDE SAMTAL ETT EFFEKTIVT VERKTYG FÖR SJUKSKÖTERSKORS OMVÅRDNAD I BEHANDLINGEN AV PATIENTER MED DIABETES TYP II?

- En litteraturstudie

Olivia Berglin och Jessica Pettersson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM 5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2016
Handledare:	My Engström
Examinator:	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare My Engström. Dina användbara tips och kloka råd gjorde resan mot färdig uppsats till en behaglig resa för oss.

Titel (svensk)	Är motiverande samtal ett effektivt verktyg för sjuksköterskors omvårdnad i behandlingen av patienter med diabetes typ II? – En litteraturstudie
Titel (engelsk)	Is motivational interviewing an effective tool for nursing in the treatment of patients with type II diabetes? - A literature study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2016
Författare	Olivia Berglin och Jessica Pettersson
Handledare:	My Engström
Examinator:	Linda Berg

Sammanfattning:

Bakgrund: Diabetes typ II är en folksjukdom med negativ utveckling. Behandlingen är uppbyggd på fem hörnstenar: *kost, motion, insulin, antidiabetika samt god egenvård*. Motiverande samtal (MI) går ut på att genom bekräftelse, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar kartlägga och stärka individens motivation till förändring. Efter goda evidens för MI från missbruksvården finns förhoppningar på samma resultat inom somatisk vård. Syfte: Att studera om motiverande samtal som metod i sjuksköterskors omvårdnad förbättrar behandlingen av patienter med diabetes typ II. Metod: En litteraturoversikt baserad på tio RCT-studier kvalitetsgranskade enligt SBU granskningsmall. Resultat: Litteraturstudien visade otydliga resultat. Flest signifikanta skillnader till fördel för MI fanns i de psykologiska parametrarna, i fem av studierna upplevde patienterna i interventionsgruppen ökad självförmåga att hantera sin diabetes. Enbart två av nio studier visade på förbättrat HbA1c jämfört med kontrollgruppen, en studie visade att kontrollgruppen hade ett bättre utfall. Diskussion: MI borde enligt resultatet vara en användbar metod och fungera som ett verktyg i arbetet med FAR och FYSS för att öka sjuksköterskors vilja att diskutera livsstilsförändringar samt för att påverka patienters motivation till beteendeförändring. Resultatet från de psykologiska parametrarna kan tyda på att MI leder till att patienter med diabetes typ II förbättrar sin KASAM samt ges förutsättningar för en god egenvård enligt Orems teori. En förklaring till att få studier fann signifikanta skillnader i förändring av HbA1c kan vara att deltagarna i de flesta studierna som mätte HbA1c hade relativt låga värden redan vid baseline. Interventionen i kontrollgrupperna samt erfarenhet och utbildning bland samtalsledarna skiljde sig åt mellan studierna, vilket gör det svårt att dra generella slutsatser. MI är en samtalsform som kräver tid och utbildning, kvaliteten på samtalen verkar vara av stor vikt för hur god effekt MI ger. Ytterligare studier med svensk kontext vore önskvärt för att se effekten av MI inom svensk diabetesvård.

Nyckelord: Motiverande samtal, Diabetes mellitus typ II, Behandling, Livsstilsförändringar

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Bakgrund.....	3
Diabetes typ 2	3
Motiverande samtal	5
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod.....	8
Litteratursökning	8
Urval	8
Analys	9
Resultat.....	9
Livsstilsförändringar	9
Fysisk aktivitet.....	9
Rökning.....	10
Viktnedgång.....	10
Psykologiska parametrar	11
Följsamhet till läkemedelsordination	12
HbA1c	12
Diskussion.....	13
Metoddiskussion	13
Urvalet.....	13
Analys.....	14
Resultatdiskussion	15
Livsstilsförändringar.....	15
Psykologiska parametrar.....	16
HbA1c.....	16
Interventionen.....	17
Kvalité på MI.....	17
Hållbar förändring.....	18
Konklusion.....	18
Kliniska implikationer.....	19
Referenslista.....	20
Bilaga 1: Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning.....	i
Bilaga 2: Artikelöversikt.....	ii

Bilaga 3: Söktabell Cinahl.....	vi
Bilaga 4: Söktabell Scopus.....	vii
Bilaga 5: Söktabell Pubmed	viii
Bilaga 6: Manuell söktabell.....	ix
Bilaga 7: Sammanfattning åtgärder interventions- respektive kontrollgrupp.	x
Bilaga 8 Sammanfattning samtalsledarnas validering inom MI.	xii

Inledning

Det finns god evidens för motiverande samtal (MI) som behandlingsmetod bland annat inom missbruksvården (Östlund, Wadensten, Häggström & Kristofferzon, 2013) och baserat på forskning inom det fältet, har förhoppningarna på MI som behandlingsmetod vid andra typer av livsstilsförändringar vid en rad andra diagnoser ökat. Sjuksköterskor och annan vårdpersonal i Sverige blir i allt högre grad erbjudna utbildning inom MI, men det råder ett kunskapsglapp gällande evidensen för MI inom somatisk vård och även kvalitén på den MI som erbjuds (Östlund et al. 2013). Denna litteraturstudie har som mål att fördjupa sig i evidensen för MI som behandlingsmetod för sjuksköterskor i omvårdnaden av patienter med diabetes typ II som är ett stort hälsoproblem i Sverige. När Socialstyrelsen utförde en utvärdering av följsamheten till rekommendationerna i Nationella riktlinjer för diabetesvård från 2010 angav Hälso- och sjukvården själva otillräckliga insatser för att stötta patienter till rökstopp och ökad fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2015).

Bakgrund

Diabetes typ 2

I Sverige finns över 350 000 personer med känd diabetes varav den stora majoriteten, drygt 300 000, har typ II. Diabetes typ II är den diabetesform som ökar snabbast runt om i världen och sjukdomen debuterar numera även lägre ner i åldrarna (Ericson & Ericson, 2012). Det uppskattas att antalet människor med diabetes typ 2 världen över kommer att öka från 171 miljoner år 2000 till 366 miljoner år 2030 (Huang, Courtney, Edwards & McDowell, 2010). Parallellt med ökningen av diabetes typ II sker en ökning av övervikt och fetma i många olika länder (Ericson & Ericson, 2012). Övervikt och bukfetma har ett samband med ökad insulinresistens vilket innebär att cellernas förmåga att reagera på insulin är nedsatt. Insulinresistens är en grundläggande rubbning vid diabetes typ som cirka 80-90% av patienterna uppvisar. Orsakssambandet mellan övervikt/bukfetma och insulinresistens är inte helt klarlagt men sannolikt är det så att produktionen av insulinantagonistiska substanser från visceral fettceller är av betydelse för uppkomsten av diabetes (Internetmedicin (a), 2015). Mörkertalet av personer med diabetessjukdom anses vara stort och antalet som ännu inte diagnostiserats antas utgöra ytterligare en tredjedel av alla med sjukdomen utöver de 350 000 som redan nämnts (Socialstyrelsen, 2015). Diagnoskriterierna för diabetes mellitus är nedsatt glukostolerans och förhöjt blodglukos, och visas i tabell 1.

Tabell 1. Kriterierna för att diagnostiseras med diabetes enligt Ericson & Ericson, (2012).

Kriterier för:	Blodglukos (upprepade prover)	Blodglukos vid oral glukostoleranstest (OGTT 2 timmar)
Diabetes mellitus	≥ 7.0 mmol/l	11.1 mmol/l
Förhöjt fasteglukos	6.1-6.9 mmol/l	
Nedsatt glukostolerans		7.8-11.0 mmol/l

Blodglukos bör tas fastande vid upprepade tillfällen och proven ska tas under stressfria

förhållanden dvs, utan påverkan av feber, infektion, adrenalin och pågående inflammation då dessa kan orsaka blodsockerstegring (Ericson & Ericson 2012).

Glukosbelastning OGTT (oral glucose tolerance test) mäter omsättningshastigheten för en bestämd mängd glukos som intas oralt genom kontinuerlig mätning av b-glukos och testet innebär att individens glukostolerans testas (Ericson & Ericson, 2012).

Behandlingen av diabetes typ II är uppbyggd på fem hörnstenar: kost, motion, insulin, antidiabetika samt god egenvård, där rökstopp ingår och är högt prioriterat då rökning skadar kärlväggarna och försämrar vävnaders insulinkänslighet (Ericson & Ericson, 2012). Rökare har 15 procent lägre insulinkänslighet än ickerökare men detta återställs åtta veckor efter ett rökstopp (Internetmedicin (b), 2015). Kostbehandlingen fokuserar på viktnedgång, minskat intag av fett och snabba kolhydrater samt rikligt intag av frukt och grönsaker. Målet för motion är minst 30 minuter fysisk aktivitet/ motion per dag och fördubblade antal aktiva minuter innebär i princip fördubblad insulinkänslighet. Det finns även vinster med att hjälpa patienter med diabetes typ II att minska på stressen samt förbättra sömnen då lägre nivåer av stresshormoner minskar insulinresistensen (Internetmedicin (b), 2015).

Mänskligt beteende är ett stort mysterium och en framtida utmaning då forskning visar att kunskap om hälsosamma vanor inte verkar vara betydelsefulla faktorer vid livsstilsförändringar. Oavsett kunskap gör människor andra val, väljer bort eller undviker att välja oavsett kunskap (Hultgren, 2008). En förklaringsmodell som används för att förstå beteendeförändringar är The Transtheoretical Model. Denna modell använder begreppet förändringsstadier för att integrera processer och principer vid förändring. Förändringar beskrivs som en kedja av processer som kan leda till varaktig beteendeförändring. Modellen består av sex förändringsstadier: Omedvetenhet (precontemplation), begrundande (contemplation), förberedelse (preparation), aktionsstadiet (action), vidmakthållande (maintenance) samt varaktig förändring (termination). Stadiet begrundande beskrivs ofta som ett kroniskt tillstånd där individen fastnat i att väga för- och nackdelar med en förändring och är inte mottaglig för traditionella aktionsriktade program. En fara med att de flesta interventionsinsatser ofta riktar sig mot individer som befinner sig i förberedelse och aktionsstadiet är att det kan utesluta individer i de tidigare stadierna. Sista stadiet varaktig förändring anses inte vara en realitet för majoriteten av individer under en förändringsprocess utan de allra flesta stannar i vidmakthållande där återfall till tidigare beteende kan inträffa. De vanligaste stadierna är omedvetenhet, begrundande och förberedelse (Hultgren, 2008). I studien av Huang et al. (2010) studeras riskfaktorer och skyddande faktorer för HbA1c, livskvalité samt egenvård, och resultatet visade att de skyddande faktorerna; låga diabetesymptom, coping-strategier och socialt stöd hade en direkt signifikant påverkan på HbA1c, livskvalité samt egenvård. Däremot hade riskfaktorerna; ålder och livshändelser ingen signifikant påverkan på HbA1c, livskvalité och egenvård. Författarnas slutsats blir därför att fokus inom vården av individer med diabetes typ 2 borde ligga på att kartlägga och stärka de skyddande faktorer som varje individ har. Diabetesvården i Sverige är baserad på teamvård och är multiprofessionell. Diabetessjuksköterskan har tillsammans med den diabetesansvariga läkaren centrala roller i teamet som även består av dietist, fotvårdsterapeut, kurator och sjukgymnast. En förutsättning för att vården ska lyckas med att patienten är väl insatt i sjukdomen och behandlingen samt tar ett stort eget ansvar (Socialstyrelsen, 2015).

Målet med diabetesbehandling är att hålla blodglukosvärdet inom normalt intervall för att minska symptom samt förebygga komplikationer. Sena komplikationer som kan uppstå till

följd av diabetes beror ofta på att patienten under en längre tid haft ett högt blodsocker, ett exempel är angiopati (kärlendotelskada). Mikroangiopati innebär att små kärl skadas och som i sin tur kan påverka njurar, ögon och nerver. Makroangiopati är den andra typen av angiopati som drabbar de stora artärerna i kroppen, vilket kan leda till en ökad risk för att drabbas av hjärtinfarkt och stroke. Mikro- och makroangiopati kan tillsammans även leda till fot- och bensår, så kallade diabetesfoten (Ericson & Ericson, 2012). Socialstyrelsen (2015) riktlinjer för HbA1c är ett målvärde under 52 mmol/l med ett övre riktmärke på 70 mmol/l vilket bygger på forskning som visar att värden där över ökar risken för komplikationer betydligt. Enligt vårdguiden (2015) ska ett normalt HbA1c för en person under 50 år och som inte har diabetes ligga under 42 mmol/mol. HbA1c mäter andelen glykelerat hemoglobin i blodet och ger en bild över den genomsnittliga blodglukosnivån de senaste 6-8 veckorna. Provet har stort värde både medicinskt och psykologiskt. Det psykologiska värdet består i att mätningarna ökar motivationen till att hålla blodglukosnivån under kontroll under en längre tid för att uppvisa bra värden (Ericson & Ericson, 2012). Behandlingsbeslut för vilket HbA1c värde som bör sättas för varje enskild individ inom det önskade intervallet styrs till stor del av den enskilda individens kunskaper om och förmåga till god glukoskontroll (Socialstyrelsen, 2015). Tabellen 2 nedan, visar ett förslag på individuella målvärden i mmol/l för HbA1c baserade på motivation/förmåga och svårigheter i reglering av blodsocker beroende av t.ex. vikt och omgivningsfaktorer.

Tabell 2. Individuella målvärden för HbA1c i mmol/l

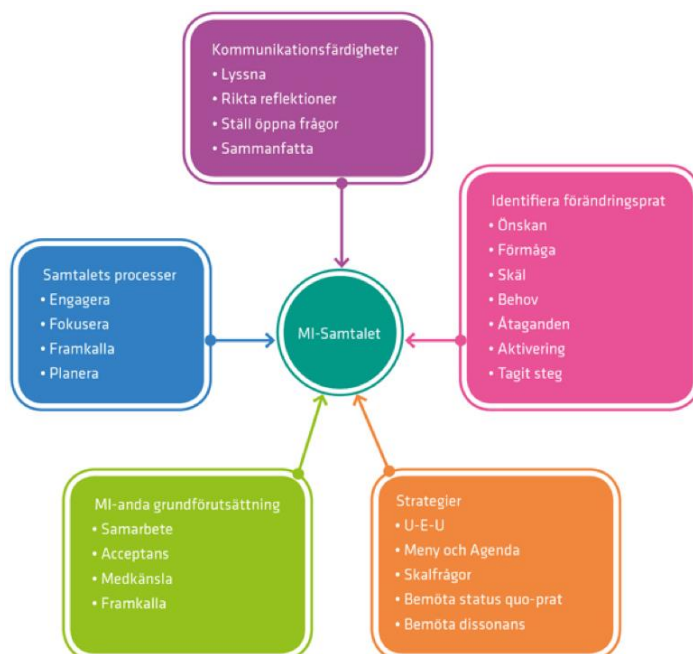
Låg motivation och förmåga	60	65	70	75
	55	60	65	70
	50	55	60	65
Hög motivation och förmåga	45	50	55	60
	Lättstyrt blodsocker		Svårreglerat blodsocker	

Källa: Diabeteshandboken.se

Motiverande samtal

Upphovsmännen Rollnicks och Millers senaste definition av MI lyder: *“Motiverande samtal är en på samarbete grundad, personcenterad form av vägledning för att framkalla och stärka motivation till förändring.”* (Farbring, 2014, s19). MI-anda och kommunikationsfärdigheter är förutsättningar för ett lyckat MI-samtal. Kommunikationsfärdigheterna bygger på delarna Bekräftelse, Öppna frågor, Reflektivt lyssnande och Summera (BÖRS) och syftar till att utforska individens egen motivation till förändring samt generera förändringsprat och skapa en plan för förändring. Målet och riktningen för ett MI-samtal är förändringsinriktade uttalande som sedan kan övergå till mer

konkret åtagande och vidare till en konkret planering av åtgärder (Farbring, 2014) en så kallad brief action plan. En översikt av samtalets gång visas nedan i Figur 1:



Figur 1: Översikt av MI-samtal, samtalet startar i gröna rutan längst ner till vänster. (U-E-U = Utforska, Erbjud rådgivning, Utforska)

Källa: Folkhälsomyndigheten

MI-andan bygger på att tonen inom MI är empatisk, uppmuntrande och icke dömande. Det första målet för samtalsledaren är att skapa en trygg och icke-konfronterande relation för att på så sätt skapa förutsättningar för att individen ska våga och vilja uttrycka sina tankar och känslor runt för- och nackdelar med det nuvarande beteendet och förändring. Till skillnad från andra psykologiska metoder där samtalsledaren kommer med insikter eller traditionell individbaserad information är målet med MI att individen själv ska göra jobbet med stöd av samtalsledaren. Individen uppmuntras och vägleds av samtalsledaren till att utforska och verbalt uttrycka sina egna orsaker till och hinder mot förändring samt hur det nuvarande beteendet kan påverka ett önskat hälsomål. Ska ytterligare kunskaper eller information erbjudas sker detta först när individen själv har utforskat och tömt sina egna kunskaper och levereras då alltid i generell och ovärderad form. Det är upp till individen själv att tolka och bedöma hur informationen som erbjuds påverkar livet nu och hur den eventuellt påverkar individens mål (Resnicow, DiIorio, Soet, Borrelli, Hecht, & Ernst, 2002). Samtalsmetoden MI har sitt ursprung i psykologens Carl Rogers teori om samtalsledarens roll i det personcentrerade samtalet (Folkhälsomyndigheten).

Personcentrerad vård

I Svenska sjuksköterskeföreningens Värdegrund för omvårdnad (2010) framgår det att en

förutsättning för personcentrerad vård är en öppenhet inför patienten som person och det som denne vill förmedla. Genom denna öppenhet och lyhördhet inför patientens perspektiv skapas förutsättningar för att utforska patientens upplevelse av hälsa och ohälsa. En personcentrerad vård skapar även förutsättningar för att hjälpa och stödja patienter till egenvård utifrån varje persons unika situation som Orem (2001) i sin omvårdnadsteori menar är syftet med omvårdnad. Orem (2001) hävdar även att sjuksköterskan bör besitta en viss omvårdnadskapacitet som definieras till kunskaper, färdigheter, attityder och personliga egenskaper där MI kan ha sin roll som en av sjuksköterskans färdigheter. Enligt Vårdhandboken (2013) så innebär personcentrerad vård att fokus läggs på personens resurser i stället för att se till det sjuka och inom den personcentrerade vården föreslås det att använda ordet person i stället för patient. Vårdhandboken (2013) skriver att det handlar om ett partnerskap mellan vårdtagare, anhöriga och vårdare, vilket leder till att patienten i högre grad kan vara delaktig i sin vård. Ekman et al. (2011) beskriver att personcentrerad vård handlar om att se till personens styrkor, framtidsplaner och rättigheter. Det har visat sig att personcentrerad vård leder till att vårdtagare och vårdare lättare kan komma överens om behandlingsmetod, det skapar bättre hälsovinster och patienterna upplever en ökad tillfredsställelse med vården. Ekman et al. (2011) menar att patientens upplevelser om livet ska ses, alla beslut ska tas gemensamt och dokumentation om patientens upplevelser och tankar ska ske, så att kontinuitet uppnås. Båda dessa sätt att vårda handlar om att patienten och vårdaren är jämlika (Folkhälsomyndigheten). Medan personcentrerad vård stannar vid att vara ett förhållningssätt tar MI tanken vidare och kopplar även till en samtalsmetod. MI och personcentrerad utgår från ett salutogent synsätt. Det salutogena synsättet handlar om att se till friskfaktorerna hos en person och inte endast till riskfaktorer. Det är inriktat på hälsa och att främja, stärka och bevara hälsan hos personer med sjukdom eller de personer som lever med risk för sjukdom. Det handlar också om att se till personens egna upplevelser av tillståndet (Langius-Eklöf, 2012).

Problemformulering

Diabetes mellitus typ II är en sjukdom som drabbar allt fler människor världen över. Att leva med sjukdomen upplevs av många som ångestfyllt. Många av patienterna vill sköta sjukdomen på egen hand men i vissa fall är det svårt att nå en bra glukosbalans. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan finns som stöd för personer med diabetes typ II och bemöter dem som människor samt berömmar och uppmuntrar. Livsstil är en faktor som har en stor påverkan på utfallet av diabetes typ II, det är därför viktigt att motivera patienter till en hälsosammare livsstil. Vården av patienter med diabetes typ II i Sverige har varit framgångsrik med farmakologisk behandling för att minska riskfaktorerna som sjukdomen kan leda till men vad det gäller levnadsvanor finns fortfarande ett behov av förbättringar. MI används som en metod för att hjälpa patienter med andra diagnoser för att förändra sin livsstil. Det finns dock begränsad forskning om MI som en metod i omvårdnaden och dess effekter på patienter med diabetes typ II.

Syfte

Att studera om motiverande samtal som metod i sjuksköterskans omvårdnad av patienter med diabetes typ II förbättrar behandlingen.

Metod

Metoden som används i detta arbete är en litteraturoversikt, vilket enligt Friberg (2012) innebär att skapa en översikt kring kunskapsläget inom ett specifikt område eller problem.

Litteratursökning

Litteratursökningen utfördes i databaserna Cinahl och Scopus vid Göteborgs Universitets bibliotek. Cinahl användes eftersom den är inriktad på huvudämnet i detta arbete, omvårdnad (Östlundh, 2012) och Scopus valdes eftersom det är den största databasen med vetenskapligt granskat material. Sökningarna begränsades till artiklar som var "peer-reviewed" och "research article" då enbart artiklar som granskats vetenskapligt var av intresse. Utifrån studiens syfte valdes de meningsbärande orden ut för att användas som sökord. Sökorden stämades av i Cinahl headings och MESH termer för att få ut så mycket som möjligt av sökningen. Boolesk sökteknik användes eftersom fler än ett sökord krävdes i sökningen och för att tydligt visa sambandet mellan sökorden (Östlundh, 2012). Operatoren som användes i detta fall var AND som är den vanligaste termen när det kommer till att koppla ihop sökord (Östlundh, 2012). Sökorden som användes var "Motivational interviewing", "Diabetic", "Diabetes mellitus", "Type 2" och "Effect". Sökningen i Cinahl med sökorden "motivational interviewing" AND "diabetic", "Motivational interviewing" AND "Diabetes mellitus", "Type 2" samt "Motivational interviewing" AND "Diabetes" gav totalt 122 artiklar med relevanta titlar. Av dessa bedömdes 16 artiklar vara relevanta abstrakt utifrån inklusions och exklusionskriterierna som beskrivs under rubriken urval, dessa lästes sedan igenom. Av valda abstrakt granskades 10 artiklar och 6 valdes sedan ut. Sökningen i Scopus med sökorden "motivational interviewing AND effect diabetes" samt "motivational interviewing AND diabetic" gav 13 artiklar med relevanta titlar. Efter genomläsning av dessa abstrakt granskades hela artiklarna av vilket totalt 4 artiklar passade in i aktuell litteraturstudie. En av de 10 valda artiklarna efter sökningarna i Cinahl och Scopus visade sig dock vara dubletter så det totala antalet valda artiklar från dessa två databaser blev 9 artiklar. Efter dessa två sökningar gjordes ännu en sökning i Pubmed, detta för att säkerställa att ingen betydande artikel missats. Sökorden "Motivational interviewing" AND "Diabetes mellitus type 2" gav 64 titlar varav 3 bedömdes vara nya relevanta abstrakt, dessa abstrakt granskades sedan men den enda artikeln som var av intresse var en dublett från sökningen i Scopus. En manuell sökning utfördes också, med utgång från en översiktsartikel via en sökning i Scopus där en intressant referensartikel hittades och valdes till en av de totalt 10 artiklar som litteraturstudiens resultat baseras på.

Urval

För att en artikel skulle bli inkluderad skulle den inte vara över 10 år gammal på grund av relevansen i forskningen. De skulle också vara möjligt att få fram artikeln i full text och vara skrivna på engelska. Översiktsartiklar, reviews, samt artiklar där enda insatsen för kontrollgruppen var utlämning av broschyrmaterial exkluderades. Artiklarna som valdes kommer från länder runt om i världen vilket ökar trovärdigheten i arbetet. De artiklar som svarade på syftet sammanfattades i en artikelöversikt enligt Friberg (2012). Därefter granskades artiklarnas design för att bedöma studiekvalitet, vilket gjordes med hjälp av SBU granskningsmall för randomiserade studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2015) se bilaga 1. Alla inkluderade artiklar är baserade på kvantitativa randomiserade kontrollerade studier (RCT, randomized clinical trials), vilket passar väl till

syftet för litteraturstudien då RCT:er anses vara mest tillförlitligt bland experimentella studier och det är en bra metod för att upptäcka effekter av olika typer av behandlingar (Billhult & Gunnarsson, 2012a). I RCT studier lottas deltagarna till en behandlingsgrupp eller kontrollgrupp och vid analyseringen eftersöks skillnader mellan grupperna. Forskarna bestämmer vilken minsta skillnad som eftersöks och om denna skillnad finns så bestäms vilken sannolikhet som krävs för att få signifikansnivån (Billhult & Gunnarsson, 2012b).

I en av artiklarna (Rosenbeck Minet, Wagner, Lønvig, Hjelmberg & Henriksen, 2011) är urvalet av patienter blandat och består av patienter både med diabetes typ I och typ II. Att denna artikel inkluderas trots detta baserades på att majoriteten av deltagare hade diabetes typ II och alla hade genomgått samma generella utbildningsprogram runt diabetes.

Analys

Friberg (2012) skriver att vald litteratur bör läsas ett flertal gånger för att innebörden ska förstås i sin helhet. Artiklarna som använts i denna uppsats har enskilt lästs ett flertal gånger av båda författarna. Därefter gjordes en översiktstabell där alla artiklar sammanfattades enligt Friberg (2012) översiktssmall. Skillnaderna och likheterna i artiklarna har analyserats och utefter detta delades resultatet in i teman utifrån det som mätts i artiklarna samt efter vad som var intressant utifrån litteraturstudiens syfte.

Resultat

Studierna som analyserats visade inte på någon entydig evidens för att MI som behandlingskomplement är av värde för sjuksköterskor i omvårdnaden av patienter med diabetes typ II. Resultaten skilde sig då några av studierna visat signifikanta skillnader gällande livsstilsförändringar, viktnedgång, psykologiska parametrar och HbA1c medan andra inte visat några skillnader mellan grupperna som studerats. Därför är det svårt att dra en generell slutsats på hur effektivt MI är för att förbättra behandlingen av individer med diabetes typ II.

Livsstilsförändringar

I studierna av Jansink, Braspenning, Keizer, Van der weijden, Elwyn och Grol (2013) och Heinrich, Candel, Schaper & de Vries (2010) var kostintaget en av utfallsvariablerna. Studien av Jansink et al. (2013) visade att MI inte gav några förbättrade resultat vad det gäller intag av alkohol, fett, grönsaker och frukt jämfört med deltagarna som fick konventionell behandling. Inte heller studien av Heinrich et al. (2010) visade på några fördelar med MI gällande kosten. Vid studiens start var kontrollgruppens fettintag högre än interventionsgruppen men vid både 12 och 24 månaders återbesök hade interventionsgruppen ett högre fettintag medan kontrollgruppen hade minskat sitt fettintag. Studien har inte undersökt om deltagarna på något sätt minskat sitt kolhydratintag för att kompensera det ökade fettintaget.

Fysisk aktivitet

Chlebowy, El-Mallakh, Myers, Kubiak, Cloud och Wall (2015) och Jansink et al. (2013) har i sina studier utvärderat fysisk aktivitet. Chlebowy et al. (2015) samlade in data genom en mätare som registrerade deltagarnas fysiska aktivitet och det visade sig att de personer som deltog i MI signifikant ökade sin följsamhet till rekommenderad mängd fysisk aktivitet till

skillnad från kontrollgruppen. Däremot fann Jansink et al. (2013) inga signifikanta skillnader gällande fysisk aktivitet mellan grupperna.

Rökning

Hokanson, Anderson, Hennrikus, Lando och Kendall (2006) visade att fler deltagare i interventionsgruppen lyckats vara rökfria vid tremånaders uppföljningen men att den signifikanta skillnaden mellan grupperna var borta vid sex månader. Vid sex månaders uppföljningen hade kontrollgruppen ett minskat antal deltagare som rökte dagligen medan interventionsgruppen hade ett ökat antal deltagare som rökte dagligen jämfört med uppföljningen vid 3 månader. Detta tyder på att MI inte gav något förbättrat resultat vad det gäller rökvanor över tid. Resultat från studien visade även att fokus på rökstopp eller minskning av rökning ej påverkat den generella diabeteshantering negativt. Deltagarnas HbA1c samt kunskapen kring diabetessjukdomen försämrades inte. I studien av Heinrich et al. (2010) hittades inga signifikanta skillnader i minskad rökning inom interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att evidensen för MI som en del av omvårdanden i behandlingen av patienter med diabetes typ II ger svaga effekter på förbättrad egenvård i form av livsstilsförändringar inom kost, fysisk aktivitet och tobak (se tabell 3 nedan).

Tabell 3. Sammanfattning livsstilsförändringar. Signifikant förbättring/ ej signifikant förbättring MI kontra konventionell behandling vid diabetes typ 2.

	Kost	Fysisk aktivitet	Tobak
Signifikant förbättring		1. Chlebowy et al. (2015).	
Ej signifikant förbättring	9. Heinrich et al. (2010). 10. Jansink et al. (2013).	10. Jansink et al. (2013).	5. Hokanson et al. (2006). 9. Heinrich et al. (2010).

Viktnedgång

I fem av tio studier var viktnedgång en utfallsvariabel och det samlade resultatet är tvetydigt då två av fem studier visade på signifikanta skillnader i viktnedgång medan de andra tre studierna inte påvisade några signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen (se tabell 4 nedan).

Tabell 4. Viktminskning. Signifikanta skillnader mellan MI och konventionell behandling vid diabetes typ 2.

Signifikant större viktminskning	Ej signifikant viktminskning
1. Chlebowy et al. (2015).	4. Rosenbek Minet et al. (2011).
8. West et al. (2007).	9. Heinrich et al. (2010).

10. Jansink et al. (2013).

Resultatet i studien av West, DiLillo, Bursac, Gore och Greene (2007) tyder på att MIs effekt på den signifikant ökade viktne­d­gången berodde på att interventionsgruppen hade bättre följsamhet till den viktminskningsbehandling jämfört med kontrollgruppen.

Studierna av West et al. (2007) och Rosenbek Minet et al. (2011) är båda studier som sträcker sig över en längre tid (18 respektive 24 månader) där viktminskningen redovisades specifikt vid varje mättillfälle. West et al. (2007) vid mättillfällena 6,12 och 18 månader och Rosenbeck Minet et al. (2011) vid mättillfällena 12 och och 24 mån. Intressant är att West et. al (2007) och Rosenbeck Minet et al. (2011) såg viktminskningar i både interventions- och kontrollgruppen men det visar sig att vikten ökar igen ju längre tiden går. Skillnaden är att i studien av West et al. (2007) där signifikanta skillnader i viktminskningen mellan interventions- och kontrollgruppen kunde påvisas sågs att viktökningen över tid började först efter att interventionen MI avslutades efter 12 mån, medan kontrollgruppens viktuppgång startade redan efter 6 mån. Den konventionella viktminskningsbehandlingen pågick under 18 mån i båda grupperna.

Psykologiska parametrar

Sju av tio studier har utvärderat psykologiska parametrar och sammanställningen av resultatet är även här tve­ty­digt även om detta är den enda utfallsparametern där fler studier hittar signifikanta skillnader till fördel för MI jämfört med kontrollgruppen, då fem av sju studier fann signifikanta förbättringar hos interventionsgruppen (se tabell 5 nedan).

Chen, Creedy, Lin och Wollin (2012) kunde i sin studie visa på flera positiva resultat i interventionsgruppen gällande psykologiska parametrar, vilka mättes genom enkäter där deltagarna skattade sina upplevelser. Det som undersöktes var självförmåga att hantera sin diabetes, livskvalitet, psykologiskt välbefinnande, sociala relationer och depression, oro och stress. Livskvaliteten ökade signifikant från den första mätningen till uppföljningen som skedde efter tre månader hos de personer som fick MI som behandling jämfört med den konventionellt behandlade gruppen. Den upplevda självkänslan hos patienterna i interventionsgruppen var också signifikant högre efter 3 månader. De parametrar som inte visade på några signifikanta gruppskillnader var depression, oro och stress, där båda grupperna hade signifikanta minskningar vid tre månaders uppföljningen.

Rosenbek Minet et al. (2011) lät också deltagarna i studien göra självskattningar i form av diabetesrelaterad stress, upplevelsen av att leva med diabetes och behandlingen samt självskattning av den egna kompetensen för att hantera sin sjukdom. Det som kunde ses efter 12 månader var att interventionsgruppen upplevde sig ha en högre kompetens i att hantera sin diabetes jämfört med kontrollgruppen, skillnaden var också signifikant. I studien av Heinrich et al. (2010) hade patienterna i interventionsgruppen också uppnått en signifikant högre kunskap om sin diabetessjukdom efter 12 månader, jämfört med kontrollgruppen, en kunskaps­skillnad som hade ökat ytterligare efter 24 månader.

Hokanson et al. (2006) mätte psykosociala faktorer i form av stress, depression och diabetes relaterad stress, de fann däremot inga signifikanta skillnader mellan grupperna, med undantag från att interventionsgruppen hade en mer positiv syn på sin självförmåga att hantera sin diabetes.

Ytterligare en studie som använde sig av självskattningar var Gabbay, Añel-Tiangco, Dellasega, Mauger, Adelman och Van Horn (2013) och efter 12 månader sågs en signifikant minskning i depressiva symptom i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Efter 24 månader fanns även en signifikant förbättring i emotionell stress i gruppen som behandlats med MI.

Jansink et al. (2013) och Welch, Zagarins, Feinberg och Garb (2010) fann inga signifikanta skillnader i de psykosociala parametrar som mättes i deras studier.

Tabell 5. MI's effekt på skattade psykologiska parametrar.

Signifikant förbättrade psykologiska parametrar	Ej signifikant förbättrade psykologiska parametrar
2. Gabbay et al. (2013)	7. Welch et al. (2010)
3. Chen et al. (2012)	10. Jansink et al. (2013)
4. Rosenbek Minet et al. (2011)	
5. Hokanson et al. (2006)	
9. Heinrich et al. (2010)	

Följsamhet till läkemedelsordination

Även om underlaget för att dra en generell slutsats är litet då enbart två av de tio studierna hade följsamhet till läkemedelsordination som mätvariabel (Chlebowy et al. (2015) samt Pladevall, Divine, Wells, Resnicow, & Williams, (2015)), blev det samstämmiga resultatet av dessa två studier att det saknas evidens för att MI signifikant ökar följsamhet till läkemedelsordination. Omvårdnad med MI leder således inte till en förbättrad följsamhet till läkemedelsordination. I studien av Chlebowy et al. (2015) definieras följsamhet till läkemedelsordination med att deltagarna tar det förskrivna läkemedlet vid minst 80% av tänkta tillfällen, i studien av Pladevall et al. (2014) saknas definition. I studien av Chlebowy et al. (2015) bestod datainsamlingen av egenrapportering vid uppföljningen efter tre månader, i studien av Pladevall et al. (2014) bestod datainsamlingen av rapporter över läkemedelsuttag från apoteket baserat på tremånadersperioder.

HbA1c

Det sammanställda resultatet visar på otydlig evidens för att MI som behandlingskomplement i omvårdanden sänker HbA1c i större utsträckning än konventionell behandling (se tabell 6 nedan). I alla nio studier där HbA1c var en primär mätvariabel sågs sänkningar i HbA1c inom både kontrollgruppen och interventionsgruppen men det var endast i tre av de nio studierna där signifikanta skillnader mellan grupperna kunde uppmätas. I två av studierna var det till MIs fördel, det blev en signifikant större sänkning av HbA1c men i en av studierna var det till MIs nackdel, det blev en signifikant mindre sänkning av HbA1c än i kontrollgruppen. Studien av

West et al. (2007) kunde inte på visa några signifikanta skillnader vid 18 månadersmätningen som var en uppföljningskontroll som skedde 6 månader efter avslutad MI.

Tabell 6. Förändringar i HbA1c med MI kontra konventionell behandling.

Signifikant högre sänkning av HbA1c med MI	Signifikant lägre sänkning av HbA1c med MI	Ingen signifikant skillnad.
3. Chen et al. (2012).	7. Welch et al. (2010).	1. Chlebowy et al. (2015).
8. West et al. (2007). (6 mån, ej 18 mån)		2. Gabbay et al. (2013).
		4. Rosenbek Minet et al. (2011).
		6. Pladevall et al. (2014).
		9. Heinrich et al. (2010).
		10. Jansink et al. (2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att studera om motiverande samtal som metod i sjuksköterskors omvårdnad av patienter med diabetes typ II förbättrar behandlingen. Denna litteraturöversikt har lett till nya kunskaper inom det valda ämnet och syftet har besvarats.

Urvalet

Att göra en litteraturstudie inom det valda ämnet ansågs vara en passande metod för denna kandidatuppsats. Det fanns ett begränsat antal studier inom området, mycket av materialet som fanns var så kallade ”reviews”, översiktsartiklar. Denna litteraturstudie innehåller 10 vetenskapliga artiklar vilket kan ses som en aning få, men som kompenseras med att alla artiklarna är RCT-studier, vilket är en stor fördel med tanke på att denna metod är den mest tillförlitliga forskningsdesignen att använda bland kvantitativa metoder (Billhult & Gunnarsson, 2012). Genom att detta examensarbetets resultat är uppbyggt på studier som använder samma design ökar också validiteten (Henricson, 2012). I examensarbete söktes artiklar i tre databaser med omvårdnad som fokus, vilket enligt Henricson (2012) kan öka validiteten i arbetet. Sökorden som användes var av relevans för syftet men det dök ändå upp artiklar som inte besvarade syftet, så om titeln eller abstractet inte passade in till syftet exkluderades de. Majoriteten av valda artiklar kommer från USA men det finns också studier från Nederländerna, Danmark och Singapore inkluderat i resultatet, vilket upplevs vara en bra utbredning, men det hade varit positivt med studier från ännu fler länder. Alla valda artiklar i

detta arbete kommer från västerländska länder, vilket gör att resultaten kan vara överförbara till Sverige. Studierna av West et al. (2007) och Hokanson et al. (2006) är nästan 10 år gamla vilket kan ses som en svaghet, dock är resterande 8 artiklar gjorda de senaste 6 åren.

Vi valde att begränsa oss till patienter med typ II diabetes då sjukdomen i de flesta fall påverkas av livsstil. Det är också den vanligaste diabetesformen och därmed en patientgrupp som vi som sjuksköterskor kommer möta och ha mycket att göra med i vårt arbete. Eftersom sjukdomen oftast debuterar i vuxen ålder har vi avgränsat oss till en vuxen population där deltagarna i alla studier är minst 18 år gamla (1177 Vårdguiden, 2015). Dessa avgränsningar gjorde att vi fick fram ett hanterbart antal artiklar.

Som beskrivits tidigare är alla deltagarna i studierna diagnostiserade med diabetes typ 2 med undantag av studien från Rosenbek et al. (2011) där deltagarna har antingen typ I eller typ II diabetes. Eftersom att majoriteten av dessa deltagare hade typ II diabetes samt att studien svarade på syftet ansågs den vara till god användning i resultatet trots blandat typ I och II diabetes. Studien bedömdes också vara av hög kvalitet enligt SBU granskningsprotokoll.

Även artiklar där MI interventionen har getts av andra professioner förutom sjuksköterskor har inkluderats i litteraturoversikten då syftet var att undersöka effekten av MI som behandlingskomplement och bedömningen gjordes att metoden bör vara likvärdig oavsett vilken profession som utför den. Artikeln av Rosenbek et al. (2011) använde sig av tre diabetessjuksköterskor, två dietister, en fysioterapeut och en psykolog i utförandet av MI. I studien av Pladevall et al. (2015) var det förutom sjuksköterskor även farmaceuter som utbildades i MI och träffade interventionsgruppen. I studien av West et al. (2007) gavs all MI av psykologer.

Analys

I analysen av studierna lästes artiklarna flera gånger enskilt av författarna, vilket vi ser som en fördel då det skapade en djupare förståelse för innehållet och olika tolkningar kunde sedan diskuteras. Det var inte svårt att hitta likheter och teman utifrån artiklarna då de använde sig av liknande mättningsvariabler. Något som förenklade analysen av studierna var att alla artiklar var av kvantitativ metod. En svaghet i detta examensarbete skulle kunna vara att kvalitetsgranskningen av artiklar delades upp. Av de 10 artiklar som resultatet bygger på så var fem av dessa hög kvalitet medan fem var av medelhög kvalitet.

En styrka med denna litteraturstudie är att alla valda artiklar är vetenskapligt granskade och har fått etiskt godkännande för att genomföra studierna.

Det har varit positivt att ha varit två författare under arbetets gång, då det har lett till nya insikter och det har varit en fördel att kunna diskutera och få nya resonemang. Arbetet har analyserats och kritiskt granskats av två personer vilket ökar trovärdigheten i resultatet. Något som kan ses som en nackdel med att vara två författare till examensarbete kan vara att det blir svårare att skapa en röd tråd genom hela arbetet eftersom det är två personer med olika tankesätt och olika sätt att skriva.

Det hade även varit intressant att se en cross-over studie där grupperna bytt behandlingsform efter halva tiden för att se vad det hade gett för resultat. En cross-over studie hade minskat riskerna för de mänskliga skillnader och faktorer som kan påverka resultatet mer än en RCT

studie (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Resultatdiskussion

Evidensen för MI som en metod i sjuksköterskors omvårdnad i behandlingen av patienter med diabetes typ II gav ett otydligt svar. Det är fler studier som visat på förändringar utan signifikans mellan interventions- och kontrollgrupp än de med signifikanta skillnader men de flesta studier pekar ändå mot positiva effekter av MI. Utifrån resultatet i denna litteraturstudie är det svårt att dra generella slutsatser kring vinsterna med MI i behandlingen för patienter med diabetes typ II.

Livsstilsförändringar

SBU skriver i en rapport om fetma att det överlag är svårt att uppnå en bestående viktminskning genom kostrådgivning. Det har visats att beteendeterapi om det pågår under lång tid i samband med livsstilsförändringar kan ge effekter på vikten. Detta verkar styrkas av resultatet i studien av West et al. (2007) där båda grupperna erbjöds rådgivning runt viktmedgång i form av ett viktminskningsprogram under 18 månader. Båda grupperna gick ner men kontrollgruppen började öka i vikt redan efter sex månader. Interventionsgruppen däremot som även erbjöds MI fortsatte eller behöll sin viktmedgång under hela tiden som MI pågick.

Ökad fysisk aktivitet finns med som mätvariabel i studierna av Chlebowy et al. (2015) och Jansink et al. (2013), där Chlebowy et al. (2015) till skillnad från Jansink et al. (2013) hittar signifikanta skillnader i ökningen av fysisk aktivitet mellan grupperna. Det finns stor vetenskaplig evidens för att ökad fysisk aktivitet har stor effekt på behandlingen av diabetes typ 2, problemet som kvarstår att finna svar på är hur denna kunskap kan komma till störst nytta för patienterna samt leda till ett förändrat beteende (Börjesson & Sundberg, 2013). Forskning visar att med korta råd runt fysisk aktivitet kan aktivitetsgraden hos patienter öka med upp till 50% på sex månader och med ytterligare stöd kan graden öka ytterligare 15-50% på sex månader (Börjesson & Sundberg, 2013). Det svenska projektet med Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) tillsammans med handboken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) har i studier visat sig öka den fysiska aktiviteten under så väl 6 som 12 månader och den egenrapporterade följsamheten till ordinationen angavs vara 65% på 6 månader. Förutsättningen för att FAR ska lyckas är dels att patienten är motiverad till livsstilsförändringar men även att sjuksköterskan har kunskap och vilja att diskutera livsstilsförändringar med sina patienter (Börjesson & Sundberg). Här kan MI spela en viktig roll både för att stärka sjuksköterskors vilja och kunskaper för att lyfta frågan men även för att stärka och väcka patientens egen motivation till förändring. Metoden erbjuder ett nytt tryggt verktyg för sjuksköterskor för att samtala med patienter runt livsstilsförändringar utan att hamna i konflikt, där utgångspunkten tydligt ligger på patientens vilja och förmåga till förändring och inte vårdgivarens. Med bakgrund av vad som framkommit av forskning runt förändringsstadier i beteendeförändringar som diskuterades tidigare under bakgrund så är det heller inte orimligt att tro att MI skulle kunna bidra med ännu högre följsamhet till FAR samt leda till att fler patienter skulle passa för FAR. Detta argument baseras på tanken att det säkert är så att många av de patienter som borde ha nytta av FAR befinner sig i de två första förändringsstadierna omedvetenhet och begränsande medan FAR i allra högsta grad är en intervention inriktad mot patienter i förberedelse- och aktionsfasen. Skulle sjuksköterskor med hjälp av MI effektivare kunna vägleda patienter till en förflyttning från dessa

förändringsfaser borde det leda till ännu bättre resultat. Ett FAR recept passar väl in som om en del av en brief action plan uppförd för ökad fysisk aktivitet.

Psykologiska parametrar

I de sju studier som mätte psykologiska effekter av MI har alla samlat in data via enkäter där studiedeltagarna själva skattat sitt mående. Resultaten visar att MI har en signifikant positiv effekt på patientens upplevelse av sin diabetes och sin kompetens gällande sjukdomen. Detta kan eventuellt tyda på att MI uppmuntrar individer med diabetes typ II till att ta tillbaka kontrollen över sina liv och att detta i sin tur leder till en högre känsla av KASAM. KASAM är kärnpunkten i det salutogena synsättet och formulerades av Antonovsky som graden av Känsla av sammanhang. Begreppet KASAM innehåller tre olika komponenter som alla tre bidrar till helheten av känslan av sammanhang: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Dellasega et al. (2011) undersökte hur patienterna känner och upplever MI, och resultatet i studien var att många av deltagarna upplevde det som positivt. Det kände att de fick en förbättrad relationen sjuksköterska och patient emellan. Deltagarna beskrev att de blev lyssnade på och fick uppmuntran, de upplevde empati och de kände sig inte kritiserade. Detta är liknande upplevelser som personerna i studien av Alharbi et al. (2014) upplevt med den personcentrerade vården. I studien av Alharbi et al. (2014) där personcentrerad vård undersöks kommer det fram att patienterna känner sig bemötta som människor och inte som sin sjukdom. De får ett mer personligt bemötande där allting inte handlar om sjukdomen. Enligt Orems (2001) teori kan detta kallas god omvårdnad. Patienterna blir sedda utifrån sin unika situation. Detta sätt att bemöta patienterna kan i sin tur leda till en ökad motivation till förändring genom att man blir sedd och får bekräftelse. Så även om MI i stora delen av forskningen inte visat förbättrade mätvariabler i många av fallen så kan det ändå leda till en mer positiv självbild för personen med diabetes typ II, vilket i sin tur kan leda till att vilja förändra sin livsstil.

HbA1c

Studierna av Jansink et al. (2013), West et al. (2007), Rosenbek et al. (2011) och Heinrich et al. (2010) fann inga signifikanta förbättringar på HbA1c i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Deltagarna i dessa studier hade dock inte några höga värden vid studiens början, och några patienter hade redan vid studiestart värden under de målvärden vi har i Sverige medan vissa ligger strax ovanför. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att det saknas signifikanta skillnader, då patienter som ligger på ett någorlunda värde i sitt HbA1c kan ha svårt att finna någon mening/motivation i att sänka det ytterligare och eventuellt hade signifikanta skillnader framkommit om deltagarna i studierna hade högre HbA1c värden. Den här slutsatsen kan styrkas av studien från Chen et al. (2011) som i sin studie funnit signifikanta skillnader i interventionsgruppens HbA1c på de deltagare som hade ett HbA1c på högre än 7.62 (69 mmol/l) (Läkartidningen, 2010). Detta tyder på att personer som har ett högre värde lättare kan motiveras till att hamna runt målvärdet.

Det är något förvånande att det sammanlagda resultatet inte visar på bättre evidens för att MI påverkar sänkningen av HbA1c positivt med tanke på att Huang et al. (2010) kommer fram till att skyddande faktorer så som coping-strategier har direktpåverkan på bland annat HbA1c. Av de nio studier som mätt HbA1c har tre studier (Rosenbek Minet et al. (2011), Heinrich et al. (2010) och Chen et al. (2011) uppmätt signifikanta förbättrade värden i kompetens runt sjukdomen samt hantering av sjukdom trots detta är det endast Chen et al. (2011) som uppvisar signifikant förbättrade värden på HbA1c. Kanske är det så att förklaringen till detta

finns att hitta i ovanstående resonemang att studiedeltagarna i studierna av Rosenbek Minet et al. (2011), Heinrich et al. (2010) redan ligger nära målvärde för HbA1c. Andra tänkbara orsaker finns under rubriken: Intervention

I studien av West et al. (2007) som hittade signifikant bättre sänkningar i både HbA1c och viktnedgång korrelerades sänkningen av HbA1c mot viktnedgång och då visade det sig att graden av viktnedgång och sänkning av HbA1c hade starkare samband än MI som behandlingsmetod. I studien av Chlebowey et al. (2015) som också uppmätte signifikanta skillnader i viktnedgång uppmättes inga skillnader i HbA1c men signifikant bättre värden i slumpmässigt tagna blodglukos prov. I studien av West et al. (2007) var det mätningen vid sex månader som visade signifikant högre sänkning av HbA1c, studien av Chlebowey et al. (2015) sträckte sig över tre månader. Det hade varit intressant att se om det hade gett några utslag på HbA1c om det funnits en mätning även efter sex månader då HbA1c ger den samlade bilden av glukos i plasma 6-8 veckor bakåt i tiden. De signifikant lägre slumpvärdena på blodglukos talar för att det kunde ge utslag på HbA1c på sikt.

Interventionen

Det är viktigt att interventionen är så lika som möjligt för att generella slutsatser ska kunna dras vid litteraturstudier. Vid en sammanställning av interventionen i studierna så visar det sig att dessa är utformade på liknande sätt i alla studier, vilket är en styrka, däremot ses skillnader gällande intervention till kontrollgrupperna, vilket i sin tur kan vara en svaghet, (se sammanfattning av intervention, Bilaga 7).

Studierna av Chen et al. (2012), Welch et al. (2010), Heinrich et al. (2010) samt Jansink et al. (2013) är de som utvärderade MI som intervention vid diabetes typ II bäst, vilket baseras på det faktum att i dessa fyra studier erbjuds både interventions- och kontrollgruppen regelbunden kontakt med sjuksköterska eller diabetessköterska. Eventuella resultat eller brist på resultat i de övriga sex studierna skulle kunna härledas till att studiedeltagarna träffat olika professioner.

I studien av Welch et al. (2010) ingår det 184 studiedeltagare som randomiseras till kontroll eller intervention, svagheten i denna studie är att några av sjuksköterskorna som ingår i studien använder sig av ett web-baserat verktyg för att kartlägga hinder till egenkontroll vid diabetes typ II, vilket leder till att grupperna blir fyra istället för två, och som då försvårar utvärderingen i studien som hade som syfte att jämföra MI och sedvanlig diabetesutbildning.

Kvalité på MI

Kvalitén på samtalsledarnas teknik under MI i interventionsgrupperna utgör en central punkt för om resultaten i studierna är tillförlitliga. I Östlunds (2015) studie studeras i vilken omfattning 12 primärvårdssköterskor utför MI enligt Motivational Interviewing Treatment Integrity Code 3.1.1 (MITI). MITI är ett instrument framtaget för att mäta samtalsledares skicklighet i att bedriva MI. Studien söker även efter skillnader i den egna värderingen av utförandet och det uppmätta värdet. De 12 primärvårdssköterskorna hade använt sig av MI under 2-11 år och hade varierande grad av utbildning, underlaget för bedömningen i studien utgjordes av 35 inspelade samtal. Resultatet av studien blev att ingen av de tolv deltagarna uppnådde tillräcklig kompetensnivå i något av sina MI samtal samt att alla deltagarna överskattade sin egen förmåga.

I en sammanfattning över de tio studier som ligger som underlag för denna litteraturstudie (se sammanfattning av validering Bilaga 8) kan utläsas att i två av de tio studierna har en validering av samtalsledarna gjorts samt resultatet av valideringen har publicerats i artikeln, i ytterligare två studier har MI utförts av erfarna samtalsledare. Om de sammanställda resultaten granskas med utgångspunkt från vilka som har utförts med validerade och godkända eller erfarna samtalsledare av MI så visar det sig att alla signifikant förbättrade mätvariabler återfinns i de studier där samtalsledarna endera varit validerade och godkända eller erfarna, med undantag av mätvariabeln förbättrade psykologiska parametrar. Denna variabel verkar vara mest lättpåverkad och oberoende av vilken nivå de som utfört MI har, då en positiv förändring ses i fem av de sju studierna. Ett resultat som inte ses inom någon annan mätvariabel. Det är även värt att notera att i gruppen "Samtalsledare erfarna inom MI" återfinns studierna av Chen et al. (2012) och West et al. (2007), båda dessa studier mäter variabler som väl svarar på syftet i aktuell litteraturstudie (HbA1c och egenvård) och båda studierna ser signifikanta förbättringar i båda dessa variablerna, ett resultat som de är helt ensamma om.

I studien av van Eijk-Hustings et al. (2010) utvärderas implementeringen av MI efter att vårdpersonal genomgått utbildning. Det som framkom var att personalen använder okomplicerade tekniker (så som att ställa öppna frågor, en förmåga att ge enkla reflektioner och engagera sig i förändringsfasen som patienterna genomgår) i MI efter utbildningen men önskade ytterligare utbildning för att kunna använda mer avancerad teknik. Vårdpersonalen önskade fortlöpande utbildning för att de själva också skulle kunna genomgå en beteendeförändring.

Hållbar förändring

Tre av studierna har mätpunkter efter att interventionen har avslutats för att se om uppmätta resultat håller sig över tid, West et al. (2007), Hokanson et al. (2006) och Rosenbeck Minet et al. (2011). Det sammanvägda resultatet av dessa mätningar ger en dystert bild för MIs effektivitet i att skapa besående beteendeförändringar bland patienterna. Alla de tre studierna har visat signifikanta förbättringar i mätvärden intressanta för denna litteraturstudie (West et al. (2007) - HbA1c, Hokanson et al. (2006) - rökstopp och Rosenbeck Minet et al. (2011) - kompetens att hantera sjukdomen) under tiden som interventionen pågick men ingen av dessa signifikanta skillnader fanns kvar på uppföljnings mätningen efter att MI avslutats. I studien av West et al. (2007) sågs fortfarande signifikanta skillnader i viktminskning vid uppföljningsmätningen men den signifikanta skillnaden var högre vid mätningen då MI fortfarande pågick som intervention. Detta är ett väntat resultat baserat på den kunskap som finns runt beteendeförändringar. Som redan redogjorts för under bakgrund är det enbart en minoritet av individer i förändring som når sista stadiet i förändringsprocessen, varaktig förändring, de flesta stannar i stadiet vidmakthållande är där finns risken för återfall till tidigare beteende alltid närvarande.

Konklusion

Denna litteraturstudie kan inte erbjuda tydliga evidens för MI som behandlingskomplement i sjuksköterskors omvårdnad av patienter med diabetes typ II då den samlade bilden är att flertalet studier har svårt att visa på signifikanta skillnader. Samtidigt är det så att fyra studier med hög eller medelhög kvalitet och välutbildade och validerade samtalsledare visar på signifikanta förbättringar inom alla intressanta mätvariabler. Det finns därför intresse att följa upp med ytterligare forskning. Det hade varit önskvärt med forskning i svensk kontext då

många av studierna som ingår i litteraturen har stora skillnader i konventionell behandling jämfört med Sverige där patienter med diabetes typ II alltid erbjuds en kontakt med sjuksköterska.

Kliniska implikationer

Det verkar vara en naiv tanke att tro att en snabbutbildning i MI bland sjuksköterskor ska leda till stora sänkningar i HbA1c bland patienter med diabetes typ 2. I studien av Eijk-Hustings et al. (2010) beskriver deltagarna att det behövs tid för att förbereda MI konsultationerna, vilket tyder på att om MI ska bli användbart behövs förutom kontinuerlig utbildning också tid avsättas. I de flesta av studierna som resultaten i denna studie bygger på har sjuksköterskorna fått sin utbildning i MI och kort därefter börjat tillämpa MI, däremot har ingen fortlöpande utbildning genomförts. Östlund (2015) refererar i sin studie till Miller och Rollnick som hävdar att MI är enkelt att förstå men svårt att lära.

Studierna tyder ändå på att MI som omvårdnadsinsats ger en vinst då patienterna kan bli delaktiga i sin vård och behandling på ett annat sätt. I studien av Dellasega et al. (2012) upplevde patienterna som fick MI att de skapade ett partnerskap. Patienterna fick information och kunde göra sin val själva. Den ökade delaktigheten och partnerskapet ökar förutsättningar för att hjälpa och stödja patienter till egenvård utifrån varje persons unika situation som Orem (2001) menar är syftet med omvårdnad. Detta beskrivs också inom den personcentrerade vården där man har sett fördelar med att se personen bakom patienten och därmed öka patientens engagemang som en partner i behandlingen (Ekman et al., 2011).

Referenslista

- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L. -. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: Qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1) doi:10.1186/1472-6955-13-28
- Billhult, A & Gunnarsson, R. (2012a). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A & Gunnarsson, R. (2012b). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Börjesson, M., & Sundberg, C. J. (2013). FYSS (physical activity book for prevention and treatment): behavioural change also for the physician?. *British Journal Of Sports Medicine*, 47(15), 937-938 2p. doi:10.1136/bjsports-2013-092940
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. -, & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemc outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 637-644. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011
- Chlebowy, D. O., El-Mallakh, P., Myers, J., Kubiak, N., Cloud, R., & Wall, M. P. (2015). Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in african americans adults with diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 37(5), 566-580. doi:10.1177/0193945914530522
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R., & Gabbay, R. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 95(1), 37-41 5p.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Farbring, C-Å. (2014). *Handbok i motiverande samtal - MI. Teori, praktik och implementering*. Stockholm: Natur och kultur.
- Folkhälsomyndigheten, (u.å). *Introduktion till MI*. Hämtad 2016-03-04, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Formaterat: Svenska (Sverige)

- Gabbay, R. A., Añel-Tiangco, R. M., Dellasega, C., Mauger, D. T., Adelman, A., & Van Horn, D. H. A. (2013). Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *Journal of Diabetes*, 5(3), 349-357. doi:10.1111/1753-0407.12030
- Heinrich, E., Candel, M., Schaper, N., & de Vries, N. (2010). Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 90(3), 270-278 9p. doi:10.1016/j.diabres.2010.09.012
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Hokanson, J., Anderson, R., Hennrikus, D., Lando, H., & Kendall, D. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educator*, 32(4), 562-570 9p.
- Huang, M., Courtney, M., Edwards, H., & McDowell, J. (2010). Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(5), 542-549 8p. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.10.012
- Hultgren, S. (2008). *Fysisk aktivitet Folkhälsa Beteendeförändringar - En beteendevetenskaplig betraktelse*. Uppsala: Kunskapsföretaget.
- Internetmedicin (a). (2015). *Insulinreistens*. Hämtad 2016-03-04, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=438>.
- Internetmedicin (b). (2015). *Diabetes typ 2, peroral och annan behandling*. Hämtad 2016-04-01, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=337>
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 31(2), 119-127 9p. doi:10.3109/02813432.2013.797178
- Langius-Eklöf, A. (2012). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Läkartidningen. (2010). *HbA1c- ny standardisering införs i Sverige*. Hämtad 2016-04-06, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15737>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6:e uppl.). St. Louis: Mosby Inc.
- Pladevall, M., Divine, G., Wells, K. E., Resnicow, K., & Williams, L. K. (2015). A Randomized Controlled Trial to Provide Adherence Information and Motivational Interviewing to Improve Diabetes and Lipid Control. *Diabetes Educator*, 41(1), 136-146 11p. doi:10.1177/0145721714561031

- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychology, 21*(5), 444-451.
- Rosenbek Minet, L. K., Wagner, L., Lønvg, E. M., Hjelmborg, J., & Henriksen, J. E. (2011). The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: A randomised controlled trial. *Diabetologia, 54*(7), 1620-1629. doi:10.1007/s00125-011-2120-x
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Utvecklingen inom valda områden- Diabetesvård*. Hämtad 2016-04-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20Diabetesvård.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2002). *Fetma- problem och åtgärder*. Hämtad 2016-04-06, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/fetma---problem-och-atgarder/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). *Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning*. Hämtad 2015-03-11, från http://www.sbu.se/contentassets/cefa1e4320014dd39fc8e369b3f8b755/bilaga-6-granskningsmall_rct.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2015-04-27, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf
- van Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., & Vrijhoef, H. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education & Counseling, 84*(1), 10-15 6p. doi:10.1016/j.pec.2010.06.016
- Vårdhandboken. (2013). *Vad innebär personcentrerad vård?* Hämtad: 2016-03-23, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
- 1177 Vårdguiden. (2015). *Blodprov: HbA1c*. Hämtad: 2016-03-21, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Undersokningar/HbA1c/>
- 1177 Vårdguiden. (2015). *Diabetes typ 2*. Hämtad: 2016-04-04, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/#section-7>
- Welch, G., Zagarins, S., Feinberg, R., & Garb, J. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled

type 2 diabetes patients?. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 91(1), 54-60 7p.
doi:10.1016/j.diabres.2010.09.036

West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S., & Greene, P. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081-1087 7p.

Östlund, A.-S. (2015). Motivational Interviewing in Primary Care: Nurses' experiences and actual use of the method. (Doctoral dissertation). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Östlund, A., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M. (2013). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2284-2294. doi:10.1111/jocn.12509

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning.

Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

Andringar:
 Alternativt "Ja/Nej" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
 Alternativt "Ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.
 Det finns förtydligande kommentarer till vissa delar. Dessa anges nedan i fotnot.

Studievariabel	Ja	Nej	Okänt	Ej tillämpligt
1. Studieförutsättningar				
a) Framgår det hur många patienter som inkluderades i denna randomisering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är randomiseringen av patienter som inte randomiserades, trots att de var välbehållna, adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tilldelning av åtgärder/ interventioner/ behandling				
a) Användes en randomiseringsmetod som på ett acceptabelt sätt minimerar risken för manipulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utlösd randomiseringen ut av förändringar i tilldelnings- och acceptansnivåer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Påbörjade samtliga deltagare, som randomiserades, behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gruppen jämfördes				
a) Var gruppen vid baslinje utvald lika avseende egenskaper som kan påverka resultatet (t.ex. ålder, kön, sjukdomens svårighetsgrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Utvärdering/ resultat				
Beredda förhands på utförandeförhållanden:				
a) Patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Primära/sekundära	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Utvärderare av resultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Resultat (omvärderade deltagare som inte har följt upp enligt studieprotokollet)				
a) Går det att följa deltagarna i hög grad under en viss följdperiod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är skillnaden på bortfall efter randomisering acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är skillnaden till bortfall acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Okänt	Ej tillämpligt
6. Effekter (omvärderade deltagare, acceptansnivåer)				
a) Framgår det i vilken utsträckning deltagarna följde behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var skillnaden som följde behandlingen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rapportering av effekter				
a) Var det primära effektmåttet definierat i förväg och adekvat rapporterat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var de sekundära effektmåttens definitioner i förväg och adekvat rapporterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Baseras slutsatserna på enbart i förväg identifierade effektmått och subgrupperingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har utvärderare av samtliga väsentliga effektmått redovisat på ett adekvat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rapporteras överlevningskomplikationer på ett tillfredsställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Resultat och precision				
a) Redovisas resultatet på ett adekvat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har resultaten beräknats med lämplig analysmetod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var den minsta kliniskt relevanta effekten definierad på förhand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är den valda minsta kliniskt relevanta effekten av rimlig storlek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har man använt acceptabla metoder för att mäta effekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Måttens observeringsvariabilitet är på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är de överlevnings- och beräkningsmetoder som följer till grund för resultatet acceptabla överlevningsmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Slutsatser och jämförelser				
a) Anges eventuella begränsningar och jämförelser av intresse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Redovisas de av studien resulterande påverkan av interaktionseffekter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total bedömning av studie kvaliteten				
	<input type="checkbox"/> Hög	<input type="checkbox"/> Medelhög	<input type="checkbox"/> Låg	

Bilaga 2: Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité enl SBU
<p>1. Motivational Interviewing to Improve Diabetes Outcomes in African Americans Adults With Diabetes</p> <p>Chlebowy et al. (2015)</p> <p>Western Journal of Nursing Research</p> <p>USA</p>	<p>Effekten av MI på afro-amerikanska personer med diabetes.</p>	<p>RCT</p> <p>N=62</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 3 månader</p> <p>Analys: HbA1c, serum glukos & BMI. Läkemedels användning, glukoskontroll & fysisk aktivitet.</p>	<p>Signifikant minskning av serum glukos[ME19] och BMI i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. MI ökade den fysisk aktivitet. MI hade ingen effekt på följsamhet av läkemedel eller glukoskontroll.</p>	Medelhög
<p>2. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial</p> <p>Gabbay et al. (2013)</p> <p>Journal of Diabetes</p> <p>USA</p>	<p>Om sjuksköterskor utbildade i MI resultera i förbättringar bland högrisk patienter med diabetes typ 2 jämfört med konventionell diabetesvård.</p>	<p>RCT</p> <p>N=545</p> <p>Mätpunkter: Baseline, 2 v, 6 v. Uppföljning vid 3,6 & 12 m. Därefter var 6.e månad. Total uppföljningstid 2 år..</p> <p>Analys: HbA1c, LDL, blodtryck, livskvalitet, diabetesrelaterad stress, depression, egenvård & tillfredsställelse med behandling.</p>	<p>Signifikant skillnad i systoliskt blodtryck.</p> <p>Förbättringar sågs i både interventionsgruppen och kontrollgruppen för HbA1c, LDL, och diaboliskt blodtryck.</p> <p>Symtom på depression var signifikant förbättrat i interventionsgruppen.</p>	Hög
<p>3. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial</p> <p>Chen et al. (2012)</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p> <p>Taiwan</p>	<p>Förbättrar MI glukos, hantering och psykologiska faktorer hos patienter med diabetes typ 2.</p>	<p>RCT</p> <p>N=250</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 3 månader.</p> <p>Analys: HbA1c, egenvård, upplevd självförmåga, livskvalitet & depression, oro, stress.</p>	<p>MI ledde till en förbättring i självhantering, livskvalitet och upplevd självförmåga. Signifikant skillnad på HbA1c bland de deltagare i interventionsgruppen som hade ett HbA1c som låg över 7.62 vid baseline. Inga förbättringar sågs i depression, stress och ångest i jämförelse med kontrollgruppen.</p>	Hög
<p>4. The effect of motivational</p>	<p>Hur effektivt är MI jämfört med konventionell vård i syfte</p>	<p>RCT.</p>	<p>Vid 24 månader visade interventionsgruppen en</p>	Hög

<p>interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitu[21] safter attending a group education programme: a randomised controlled trial.</p> <p>Rosenbek Minet et al. (2011).</p> <p>Diabetologia</p> <p>Danmark</p>	<p>att förbättra glukos kontroll och kompetens i diabetes egenvård hos patienter med diabetes.</p>	<p>N= 349</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 24 månader.</p> <p>Analys: HbA1c, total kolesterol, HDL kolesterol, triacylglycerol, diabetesrelaterad stress, egenvård & sjukdoms kompetens.</p>	<p>signifikant högre kunskap i att hantera sin diabetes sjukdom jämfört med kontrollgruppen.</p>	
<p>5. Integrated Tobacco Cessation Counseling in a Diabetes Self-management Training Program. A Randomized Trial of Diabetes and Reduction of Tobacco.</p> <p>Hokanson et al. (2006).</p> <p>Diabetes education</p> <p>USA</p>	<p>Utvärdera effekten av MI som metod till rökstopp under diabetssegnårds utbildning.</p>	<p>RCT</p> <p>N=114</p> <p>Mätpunkter: Baseline,3 & 6 mån</p> <p>Analys: HbA1c, rökning senaste 7 dagarna, salivprov togs om deltagaren varit rökfri senaste 7 dagarna, upplevd självförmåga att sluta & beroendegrad.</p>	<p>Ökad rökfrihet bland deltagarna i interventions gruppen efter 3 månader. Ingen signifikant skillnad vid 6 månader.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>6. A randomized controlled trial to provide adherence information and motivational interviewing to improve diabetes and lipid control</p> <p>Pladevall et al. (2014).</p> <p>The diabetes educator</p> <p>Michigan, USA.</p>	<p>Hur påverkar medicinsk-information med eller utan MI diabetes och lipidkontrollen kontra standard information.</p>	<p>RCT</p> <p>N= 1692</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 18 mån.</p> <p>Analys: HbA1c, LDL-C, följsamhet till läkemedels- ordination & större aterosklerotisk sjukdom</p>	<p>Inga signifikanta skillnader kunde uppmätas i de tre urvalsgrupperna. Följsamheten till oral antidiabetika ökade dock med antalet deltagna MI-sessioner.</p>	<p>Hög</p>
<p>7. Motivational</p>	<p>Förbättras blodglukos-</p>	<p>RCT</p>	<p>Interventionsgruppen</p>	<p>Medelhög</p>

<p>interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucos control among poorly controlled type 2 diabetes patients?</p> <p>Welch et al. (2010).</p> <p>Diabetes research and clinical practise</p> <p>Florida, USA.</p>	<p>kontrollen när MI erbjuds som ett komplement till den standardiserade diabetessegenvårds utbildningen</p>	<p>N= 234.</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 6 mån.</p> <p>Analys: HbA1c, mediatorer för HbA1c, upplevd obehag av diabetes, egenvård & förändring av nöjdhet i behandlingen.</p>	<p>hade signifikant lägre sänkning av HbA1c jämfört med kontrollgruppen efter 6 mån.</p>	
<p>8. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes</p> <p>West et al. (2007).</p> <p>Diabetes care</p> <p>Alabama, USA.</p>	<p>Förbättrar MI som komplement till viktminskningsprogram vikten och HbA1c på kvinnor med typ 2 diabetes.</p>	<p>RCT.</p> <p>N= 217</p> <p>Mätpunkter: Baseline, 6, 18 mån.</p> <p>Analys: HbA1c & BMI.</p>	<p>Interventionsgruppen hade en signifikant större viktminskning vid 6 och 18 månader samt signifikant lägre HbA1c vid 6 mån men ej vid 18 mån jämfört med kontrollgruppen.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>9. Effect evaluation of a motivational interviewing based counselling strategy in diabetes care</p> <p>Heinrich et al. (2010).</p> <p>Diabetes research and clinical practice</p> <p>Nederländerna.</p>	<p>Vilka effekter på kliniska- samt psykologiska-parametrar kan uppmätas hos patienter med diabetes typ 2 efter utbildning i motiverande samtal för sjuk-sköterskorna.</p>	<p>RCT</p> <p>N= 584</p> <p>Mätpunkter: Baseline, , 12 & 24 mån.</p> <p>Analys: HbA1c Egenvårds beteenden, vikt, längd, blodtryck, kolesterol, triglycerider, upplevelsen av autonomi, egenkontroll, diabetes specifik livskvalité & kunskap om diabetes.</p>	<p>Signifikant fördelaktiga resultat på känslan av egenkontroll och egna kunskapsnivån. Jämförbara resultat för övriga indikatorer.</p>	<p>Hög</p>
<p>10. No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial</p>	<p>Effekten av omfattande diabetesprogram innehållande patientcenterade konsultationer runt livsstils-förändringar i den strukturerade diabetesvården på allmänna mottagningar.</p>	<p>RCT</p> <p>N= 940</p> <p>Mätpunkter: Baseline & 14 månader.[ME24] .</p> <p>Analys: HbA1c & egen rapporterade livsstilsförändringar relaterade till diet och</p>	<p>Inga förbättrade resultat jämfört med standardiserad behandling efter 14 månader på de primära mätvärdena HbA1c, diet och fysisk aktivitet.</p>	<p>Medelhög</p>

Jansink et al. (2013). Scandinavian journal of primary health care Nederländerna.		fysisk aktivitet.		
---	--	-------------------	--	--

Bilaga 3: Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
160222	Motivational Interviewing Diabetic	Peer Reviewed Research Article	14	3	3	Chen et al. (2011). Pladevall et al. (2014).
160222	Motivational Interviewing Diabetes Mellitus, Type 2	Peer Reviewed Research Article	34	6	6	Welch et al. (2010). Smith et al. (2007). Heinrich et al. (2010). Jansink et al. (2013).
160226	Motivational Interviewing Dibetes	Peer Reviewed Research Article	74	7	1	

Bilaga 4: Söktabell Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
160223	motivational interviewing effect diabetes	Clinical trial. Publication date:2009-2016	46	8	8	Chlebowy et al. (2015), Gabbay et al. (2013), Chen et al. (2012), Rosenbek Minet et al. (2011)
160224	motivational interviewing diabetic	Article or review	44	5	5	

Bilaga 5: Söktabell Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
160226	Motivational Interviewing AND Diabetes Mellitus Type 2		64	3	3	Gabbay et al. (2014).

Bilaga 6: Manuell söktabell

Datum	Relevant a abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
160223	3	3	
160226	1	1	Hokanson et al. (2006)

Bilaga 7: Sammanfattning åtgärder interventions- respektive kontrollgrupp.

Studie	Åtgärder interventionsgrupp	Åtgärder kontrollgrupp
1. Chlebowy et al. (2015)	4-6 träffar över tre månader med MI-utbildad sköterska.	Rutinbesök var tredje månad läkare, hänvisad till diabetesutbildare vid behov.
2. Gabbay et al. (2013)	8 träffar över 24 månader med MI-utbildad sköterska. + Rutinbesök läkare var tredje månad.	Rutinbesök läkare var tredje månad.
3. Chen et al. (2012).	Ett MI besök med diabetessköterska med tidigare erfarenhet av MI. Rekommendation på lämplig fortsatt intervention baserad på viljan till förändring.	Utöver sedvanlig behandling även inbjudan att delta i ett diabetesutbildningsprogram på sjukhuset samt bli medlem i ”diabetesklubben”.
4. Rosenbek Minet et al. (2011).	5 träffar över 12 månader med MI-utbildad diabetessköterska/dietist/fysioterapeut/psykolog. + Rutinbesök läkare var tredje månad.	Rutinbesök läkare var tredje månad. Individuell rådgivning av annan kompetens vid behov.
5. Hokanson et al. (2006)	Diabetesutbildning med behandlingsrekommendationer för att uppnå glykemisk kontroll. 1 personligt möte samt 3-6 telefonkonsultationer med de MI-utbildade forskningsledarna.	Diabetesutbildning med behandlingsrekommendationer för att uppnå glykemisk kontroll. Skriftlig och muntlig hänvisning till lokala rökstoppsutbildningar.
6. Pladevall et al. (2014).	1 personligt möte samt 5 telefonkonsultationer med MI-utbildade sköterska eller farmaceut. Förutom MI ett datastöd med information om följsamhet till läkemedelsordination till läkaren.	Två kontroll grupper. En grupp sedvanlig behandling som inte preciseras. En grupp ett datastöd med information om följsamhet till läkemedelsordination till läkaren.
7. Welch et al. (2010).	1 h diabetesutbildning följt av 3 30 min konsultationer med MI-utbildad diabetessköterska.	1 h diabetesutbildning följt av 3 30 min konsultationer med diabetessköterska.
8. Smith et al. 2007	5 träffar med MI-utbildade psykologer viktminsknings fokus.	5 träffar med sjukvårdspersonal info runt ämnen som intresserar kvinnor.
9. Heinrich	Konsultation var 3:e månad med MI-	Konsultation var 3:e månad med

et al. (2010).	utbildad sköterska samt tillgång till ett web-baserat utbildningsprogram.	sköterska samt tillgång till ett web-baserat utbildningsprogram
10. Jansink et al. (2013).	Sedvanliga besök med MI-utbildad sköterska.	Sedvanliga besök med sköterska.

Bilaga 8 Sammanfattning samtalsledarnas validering inom MI.

Samtalsledare nyutbildade, validerade – godkända	Samtalsledare nyutbildade, validerade – resultatet ej redovisat	Samtalsledare nyutbildade, ej validerade	Samtalsledare erfarna inom MI
1. Chlebowy et al. (2015).	2. Gabbay et al. (2013).	5. Hokanson et al. (2006)	3. Chen et al. (2012).
6. Pladevall et al. (2014).	4. Rosenbek Minet et al. (2011).	9. Heinrich et al. (2010).	8. West et al. (2007).
	7. Welch et al. (2010).	10. Jansink et al. (2013).	