

Motiverande samtal som del av behandling för övervikt och fetma hos vuxna. Finns det en oberoende effekt på viktnedgång?

En systematisk översiktsartikel

Oscar Forell och Joanna Ostrowska

Självständigt arbete i klinisk nutrition 15 hp

Dietistprogrammet 180/240 hp

Handledare: Jenny van Odijk

Examinator: Klara Sjögren

2019-05-28

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet
Avdelning för invärtesmedicin och klinisk nutrition

Sammanfattning

Titel: Motiverande samtal som del av behandling för övervikt och fetma hos vuxna. Finns det en oberoende effekt på viktnedgång? En systematisk översiktsartikel.

Författare: Oscar Forell och Joanna Ostrowska
Handledare: Jenny van Odijk
Examinator: Klara Sjögren
Linje: Dietistprogrammet, 180/240 hp
Typ av arbete: Självtändigt arbete i klinisk nutrition, 15 hp
Datum: 2019-05-28

Bakgrund: Mer än 1.9 miljarder vuxna människor beräknas lida av övervikt eller fetma. Gränsen för övervikt hos vuxna är ett BMI mellan 25 till 29.9 och gränsen för fetma är ett BMI ≥ 30 . De negativa hälsokonsekvenserna av övervikt och fetma innebär en ökad risk för en rad följsjukdomar som hjärtsjukdomar, stroke, muskuloskeletala sjukdomar och vissa typer av cancer. Motiverande samtal som del av behandlingen har tidigare visat på en förbättrad viktnedgång för patientgruppen men resultatet från litteraturen är inte överens.

Syfte: Att undersöka den vetenskapliga evidensen för effekten av motiverande samtal som del av viktnedgångsbehandling hos överviktiga och obesa vuxna jämfört med samma intervention utan motiverande samtal.

Sökväg: Litteratursökning utfördes i databaserna PubMed och Scopus. Söktermerna inkluderade: *motivational interviewing, motivational counseling, directive counseling, random*, blind*, RCT, Randomized controlled trial, weight loss, weight reduction, caloric restriction* och *low-calorie diet*. Samt följande MeSH-termer: *obesity, overweight, "interviewing, motivational", "counseling, directive", "randomized controlled trial", "management, obesity", "program, weight reduction", "weight reduction diet", "caloric restriction", "low calorie diet" och "loss, weight"*.

Urvalskriterier: Inklusionskriterierna var RCT, vuxna ≥ 18 år med ett BMI ≥ 25 som deltog i ett viktnedgångsprogram med intervention i kost- och aktivitetsvanor. Exklusionskriterierna var graviditet, bariatrisk kirurgi, sjukdomstillstånd eller psykiska diagnoser som kan påverka viktnedgång.

Datinsamling och analys: Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades vid läsning av titel och abstrakt, de återstående artiklar granskades i fulltext. Tre artiklar inkluderades. Gradering av de tre artiklarna utfördes enligt SBU:s "mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier" där en studie exkluderades på grund av låg studiekvalitet. Evidensgradering utfördes enligt GRADE av två oberoende granskare.

Resultat: Två studier med hög respektive medelhög studiekvalitet identifierades med en studiepopulation på 352 deltagare. Studiedeltagarna deltog i ett beteendefokuserad viktnedgångsprogram och erbjöds två respektive fem MI-sessioner, alternativt attention kontroll-sessioner i kontrollgruppen. En studie visade signifikant skillnad efter sex och tolv månader. En studie visade ingen signifikant skillnad.

Slutsats: Det finns begränsat vetenskapligt underlag (++) för att MI som del i viktnedgångsbehandling har effekt på större viktnedgång hos personer med övervikt eller fetma. För att göra ett säkert uttalande krävs ytterligare forskning.

Nyckelord: *Övervikt, Fetma, Viktnedgång, Motiverande samtal Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg*
Department of Internal Medicine and Clinical Nutrition

Abstract

Title: Motivational interviewing in treatment of overweight and obesity. Is there an independent outcome on weight loss? A systematic review

Author: Oscar Forell and Joanna Ostrowska
Supervisor: Jenny van Odijk
Examiner: Klara Sjögren
Programme: Programme in dietetics, 180/240 ECTS
Type of paper: Bachelor's thesis in clinical nutrition, 15 higher education credits
Date: May 28th, 2019

Background: More than 1.9 billion adults suffer from overweight or obesity. The criteria for overweight in adults is a BMI between 25 and 29.9. The criteria for obesity is a BMI ≥ 30 . The negative health consequences from being overweight or obese include an increased risk of a series of secondary disease such as heart disease, stroke, musculoskeletal diseases and certain types of cancer. Motivational interviewing as part of treatment has shown improved weight loss for this patient group however the literature is still divided.

Objective: To investigate the scientific evidence for outcome of adding motivational interviewing to a traditional weight loss program compared with adding attention control treatment for overweight and obese individuals.

Search strategy: Literature searches were conducted in databases PubMed and Scopus. Search terms were: *motivational interviewing, motivational counseling, directive counseling, random*, blind*, RCT, Randomized controlled trial, weight loss, weight reduction, caloric restriction och low-calorie diet*. Also following MeSH-terms: *obesity, overweight, "interviewing, motivational", "counseling, directive", "randomized controlled trial", "management, obesity", "program, weight reduction", "weight reduction diet", "caloric restriction", "low calorie diet" och "loss, weight"*.

Selection criteria: Inclusion criteria were RCT, adults ≥ 18 years with a BMI of ≥ 25 that participated in a weight loss program that included both diet and exercise as a treatment. Exclusion criteria were pregnancy, bariatric surgery and other diagnosis that could interfere with weight loss.

Data collection and analysis: Studies that did not meet the inclusion criteria were excluded by title or abstract, remaining studies were examined in full text. Grading of the three articles were performed independently with a quality assurance template for randomized studies from SBU. Grading of evidence was performed according to GRADE by two separate reviewers.

Main results: Two studies with high and medium high study quality were identified with a total of 352 study participants. The subjects participated in a group based behavioral focused weight loss program and were offered either two or five individual sessions of motivational interviewing or attention control sessions. One study showed significant weight loss in the intervention group versus the control after six and twelve months. The other study showed no significant difference between intervention and control.

Conclusions: There is limited scientific evidence (++) to support that MI as part of a weight loss treatment has a greater effect on weight loss in patients with overweight or obesity. In order to make a certain statement more research is necessary.

Keywords: *Overweight, Obesity, Weight loss, motivational interviewing*

Förkortningar

| | |
|------|--|
| AC | Attention Control |
| BMI | Body Mass Index |
| BWLP | Behavioral Weight Loss Program |
| KBT | Kognitiv Beteendeterapi |
| Kcal | Kilokalorier |
| Kg | Kilogram |
| M | Medelvärde |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| MI | Motivational Interviewing (motiverande samtal) |
| MISC | Motivational Interviewing Skill Code |
| MITI | Motivational Interviewing Treatment Integrity Code |
| SBU | Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering |
| SD | Standard Deviation (standardavvikelse) |

Innehåll

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Bakgrund | 6 |
| 1.1 | Övervikt och fetma | 6 |
| 1.2 | Behandling av övervikt och fetma | 6 |
| 1.3 | Motiverande samtal | 7 |
| 1.4 | Problemformulering | 8 |
| 1.5 | Frågeställning | 8 |
| 1.6 | Syfte | 8 |
| 2 | Metod | 8 |
| 2.1 | Inklusions- och exklusionskriterier | 8 |
| 2.2 | Datainsamlingsmetod | 9 |
| 2.3 | Databearbetning | 10 |
| 2.4 | Granskning av relevans och kvalitet | 10 |
| 3 | Resultat | 11 |
| 3.1 | Moss et al, 2017, Kanada | 11 |
| 3.2 | West et al, 2007, USA | 11 |
| 3.3 | Resultat på viktnedgång | 13 |
| 3.4 | Evidensgradering | 14 |
| 3.4.1 | Risk för bias | 15 |
| 3.4.2 | Överensstämmelse mellan studierna | 15 |
| 3.4.3 | Överförbarhet | 15 |
| 3.4.4 | Precision | 15 |
| 3.4.5 | Publikationsbias | 15 |
| 3.4.6 | Smärre brister | 15 |
| 4 | Diskussion | 15 |
| 4.1 | Metoddiskussion | 15 |
| 4.3 | Resultatdiskussion | 16 |
| 4.3.1 | Studieupplägg | 16 |
| 4.3.2 | MI- och AC-sessioner | 17 |
| 4.3.3 | Överensstämmelse med övrig litteratur | 18 |
| 4.3.4 | Kan motiverande samtal leda till ökad följsamhet? | 18 |
| 4.3.5 | Globalt perspektiv och jämlikhet | 19 |
| 5 | Slutsats | 19 |
| 6 | Referenser | 20 |
| 7 | Bilagor | 23 |
| 7.1 | Bilaga 1 | 23 |

1 Bakgrund

1.1 Övervikt och fetma

Enligt globala estimeringar från World Health Organization (WHO) var mer än 1.9 miljarder vuxna människor överviktiga år 2016, av dessa led 650 miljoner av fetma (1). Det innebär att 39% av den globala vuxna populationen är överviktiga och 13% har fetma. I Sverige beräknas 51% av befolkningen mellan 16-84 år vara överviktig eller ha fetma (2). WHO definierar övervikt och fetma som ett överskott av fettansamling på kroppen som kan leda till negativa hälsokonsekvenser (1). För att mäta prevalensen av övervikt och fetma på populationsnivå används Body Mass Index (BMI), en ekvation som dividerar en individs kroppsvikt i kilogram genom längd i meter i kvadrat. Gränsen för övervikt hos vuxna är ett BMI mellan 25 till 29.9 och gränsen för fetma hos vuxna är ett BMI 30 och över. De negativa hälsokonsekvenserna från övervikt och fetma innebär en ökad risk för en rad följsjukdomar som hjärtsjukdomar, stroke, muskuloskeletala sjukdomar och vissa typer av cancer. Risk för dessa sjukdomar ökar i direkt korrelation till ökning av BMI. Övervikt och fetma är onekligen ett problem på individ- och samhällsnivå. Förutom ökad risk för följsjukdomar, så leder övervikt och fetma till ökade samhällskostnader, sänkt livskvalitet, förtidadöd och diskriminering i samhället samt arbetslivet (3).

1.2 Behandling av övervikt och fetma

Fetma uppstår när energiintaget överstiger energiutgifter för en individ över en längre tid (4). Ärfthighet, ålder, läkemedel, psykisk ohälsa och sjukdomar kan ha en betydelse för risken att utveckla övervikt eller fetma men det är framförallt levnadsvanor som påverkar(5). I dagens samhälle ses en trend i befolkningens levnadsvanor som innebär ett ökat intag av energirika livsmedel samt mer stillasittande, vilket över tid leder till ett för högt energiintag och därmed en tyngre population än tidigare (6). Därför är livsstilsbehandling det första steget i fetmabehandling. Syftet i behandlingen är en beteendeförändring med fokus på kostvanor och fysisk aktivitet som leder till att individens energiutgifter överstiger energiintaget (så kallad negativ energibalans) och resulterar i viktnedgång (4). I behandlingssyfte innebär detta generellt att äta mindre och röra på sig mer (7).

Negativ energibalans och viktnedgång kan uppnås på många olika sätt, vilket har utvärderats av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i rapporten "Mat vid fetma" för att se vilket sätt som är mest effektivt (4). Resultatet från SBU visar att användning av lågenergipulver har stor effekt i det inledande skedet. Det enkla konceptet och låga energiinnehållet tillåter en stor initial viktnedgång som kan öka individens motivation till att fortsätta delta i behandlingen. Det finns däremot ingen ökad effekt på lång sikt jämfört med annan kostbehandling. Oavsett behandlingsmetod kommer alltid kostförändringar och ökad fysisk aktivitet vara huvudpelaren vid viktnedgångsbehandling samt bibehållande av en lägre vikt (8). För individer med fetma ses en viktnedgång med 5-15% av kroppsvikten på sex månader som ett realistiskt mål (9). Redan vid en viktnedgång med 5-10% finns positiva hälsovinster för individen. Hos personer med en högre grad av fetma ($BMI \geq 35$) kan en större viktnedgång motsvarande cirka 20% av kroppsvikten över sex månader vara fördelaktig.

Följsamhet är avgörande för en lyckad viktnedgångsbehandling och utan en god förmåga att upprätthålla livsstilsförändringen så finns det inga förutsättningar att en viktnedgång kommer att bestå (4). Det finns många faktorer som påverkar hur väl en individ klarar av att bibehålla en god följsamhet, dessa inkluderar: kunskap, motivation, socioekonomisk status, tidigare erfarenhet av viktminskning, återfall, socialt stöd och aktivt deltagande i behandling (10).

Vårdprocessen för behandling av övervikt och fetma inom primärvården i Västra Götaland finns tillgänglig för alla med ett BMI 26 och över (11). Efter sjukvårdspersonalens fastställande av en övervikt eller fetma kartläggs åtgärder och riskfaktorer utifrån patientens

övriga sjukdomstillstånd och nivå på BMI. Behovet av viktnedgång värderas och lämpliga råd för livsstilsförändringar rekommenderas. Vid ett BMI mellan 26 och 30 ligger fokus för primärvården på att ge råd om livsstilsförändringar i form av fysisk aktivitet och kostrådgivning. Vid ett BMI på 30 till 35 sker en intensifierad livsstilsbehandling i kombination med behandling av dietist. När BMI överstiger 35 remitteras patienten till specialiserad fetmabehandling som innebär kostbehandling, kostbehandling med lågenergipulver eller kirurgi. Samtliga behandlingar sker i samband med dietistkontakt inom hälso- och sjukvården. Motsvarande vårdprocess ses även i andra delar av landet (5, 12).

1.3 Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en evidensbaserad samtalsmetod som idag används av hälso- och sjukvården vid samtal om livsstilsförändringar som kostvanor, fysisk aktivitet, missbruk av alkohol, tobak och droger (13, 14). Dessutom har användningen av MI spridit sig till områden inom kriminalvården, skolan och socialtjänsten (14). Det visar sig att metoden kan ge signifikanta effekter vid behandling av skadliga levnadsvanor samt bidrar till mer motiverade patienter som har ett mer aktivt deltagande i sin behandling (15). Metoden utvecklades under 1980-talet av psykologerna William R. Miller och Stephen Rollnick med den idag allmänt accepterade definitionen; *“Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalsmetod som syftar till att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring”* (16).

MI anses även vara ett förhållningssätt som behandlare ska agera utefter. Förhållningssättet ska inkludera följande element: acceptans, medkänsla, samarbete och framkalla förändringsprat det vill säga patientens yttranden som belyser livsstilsförändringen i fråga (13). För att använda MI som del av behandling ställer det krav på att behandlaren har grundläggande kommunikationsfärdigheter och använder sig av reflektivt lyssnande, öppna frågor, reflektioner, sammanfattningar och bekräftelse under samtalet. Detta leder till ett personcentrerat samtal, att patienten känner en ökad trygghet och skapar bra samarbetsklimat mellan båda parterna (13, 17).

Behandlaren uppgift är att i första skedet utforska patientens grad av motivation till förändring av sina levnadsvanor, vilket kan göras med hjälp av till exempel skalfrågor där patienten själv definierar hur motiverad och redo för förändring den är på en skala (13). Därefter anpassas samtalet efter patientens grad av beredskap till förändring. Vid låg beredskap till förändring bör behandlaren fokusera på att skapa medvetenhet hos patienten om att det finns ett behov för en förändring. Detta sker genom att exempelvis ge information om negativa hälsokonsekvenser av patientens levnadsvanor. Vid medelhög beredskap för förändring är patienten ambivalent. Behandlaren utforskar då både positiva och negativa konsekvenser av livsstilsförändringen med större fokus på det positiva för att öka patientens motivation. Ofta är patienten redan medveten om negativa hälsokonsekvenser av ett visst levnadssätt och är fast vid ett stadie där den är ambivalent huruvida den ska eller inte ska genomföra en förändring (17). Det är i den fasen behandlaren har en viktig roll. Vid hög beredskap för förändring ligger samtalets fokus på att hjälpa patienten att fatta ett beslut, sätta realistiska mål och utarbeta en plan för förändringsprocessen (13, 17).

Under hela processen är det viktigt att förstå själva syftet med MI som innebär att behandlaren snarare handleder patienten genom förändringsprocessen än ger konkreta råd som är skillnaden ifrån ett vanligt hälsosamtal (17). Det är alltså upp till patienten att fatta ett beslut och genomföra en förändring. Som beskrivet av MI-forskaren J.Hettema; *“Motiverande samtal kommunicerar inte “jag har vad du behöver” utan i stället “du har vad du behöver, och tillsammans ska vi finna det”*” (13).

Det finns olika utbildningar för MI som samtalsmetod. Grundutbildningen är baserad på specifika rekommendationer om innehållet och ges under tre till fyra dagar (14). För att säkerställa att behandlaren följer MI-principer finns poängsystem som ofta används i studiesyfte för att bedöma följsamheten till behandlingsmetoden i samtalet. Dessa kan vara baserade på Motivational Interviewing treatment integrity system (MITI) eller Motivational Interviewing Skills Code (MISC) som utförs av en oberoende person (18, 19).

Det har tidigare studerats om MI har en betydande roll i behandlingen av övervikt och fetma samt om det kan ge en större viktnedgång. I en systematisk översiktsartikel och metaanalys från 2011 av Armstrong et al kunde de med statistisk signifikans visa att MI som del av viktnedgångsbehandling var associerat med en större minskning av kroppsvikt. Slutsatsen var att motiverande samtal visas förbättra viktnedgång hos patienter med övervikt och fetma (20). En senare översiktsartikel från 2018 visade däremot på att det inte finns signifikant effekt av MI jämfört med standardbehandling (21). Resultaten är inte överensstämmande. Enligt SBU:s kommentar inom ämnet saknas för närvarande evidens för att kunna fastställa att MI leder till förändring av beteende rörande kostvanor och fysisk aktivitet (14).

1.4 Problemformulering

Dagens behandling av övervikt och fetma utan kirurgi fokuserar på att uppnå en negativ energibalans genom livsstilsförändringar. Denna livsstilsförändring omfattar både kostvanor och fysisk aktivitet som sker i samband med individualiserad rådgivning från dietist eller annan sjukvårdspersonal.

MI är en vedertagen samtalsmetod inom hälso- och sjukvården men evidens för större viktnedgång vid övervikts- och fetmabehandling är i nuläget inte klarlagt. Att öka kunskap om vilka komponenter i behandlingen som ger bäst effekt på viktnedgång bidrar till en effektivare hälso- och sjukvård samt en friskare population.

1.5 Frågeställning

Kan motiverande samtal leda till större viktnedgång hos patienter med övervikt eller fetma?

1.6 Syfte

Att undersöka den vetenskapliga evidensen för effekten av motiverande samtal som del av viktnedgångsbehandling hos överviktiga och obesa vuxna jämfört med samma intervention utan motiverande samtal.

2 Metod

2.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för denna systematiska översiktsartikel var randomiserade kontrollerade studier på engelska med en vuxen population ≥ 18 år och BMI ≥ 25 . Deltagare skulle genomgå en gruppbaserad viktnedgångsbehandling där de fick individanpassad rådgivning om kost och fysisk aktivitet. Inklusionskriterier var även att interventionsgruppen skulle få minst ett individuellt fysiskt möte inkluderande MI som samtalsmetod. Kontrollgruppen skulle få motsvarande fysiskt möte utan MI. Artiklarna exkluderades om viktnedgångsbehandlingen inte inkluderade fysiska möten. Det skulle framgå av studien att samtalsmetoden är grundad på den allmänt accepterade definitionen av MI alternativt nämna liknande principer (16).

Exklusionskriterier för populationen var graviditet, bariatrisk kirurgi samt sjukdomstillstånd eller psykiska diagnoser som kan påverka viktnedgången.

2.2 Datainsamlingsmetod

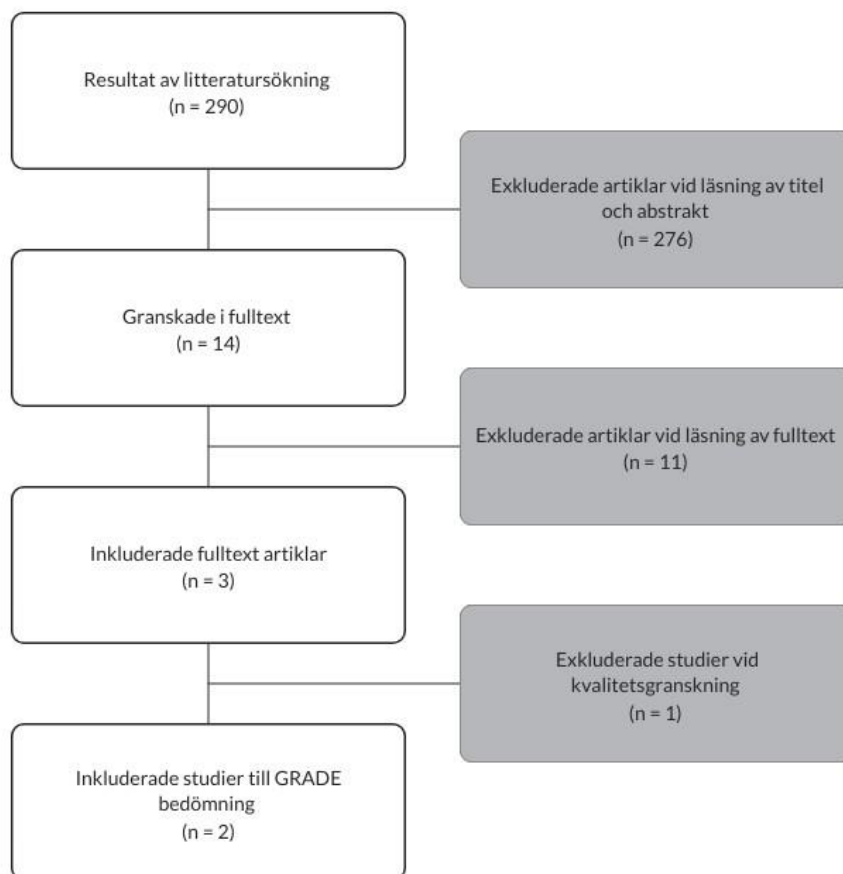
Den systematiska litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed och Scopus. Relevanta MeSH-Termer för ämnet valdes ut med hjälp av Karolinska institutets MeSHvokabulär som användes i sökningen på PubMed och inkluderade följande: *obesity*, *overweight*, *“interviewing, motivational”*, *“counseling, directive”*, *“randomized controlled trial”*, *“management, obesity”*, *“program, weight reduction”*, *“weigh reduction diet”*, *“caloric restriction”*, *“low calorie diet”* och *“loss, weight”*. Utöver MeSH-termerna användes följande sökord i PubMed och Scopus: *obesity*, *obese*, *overweight*, *BMI \geq 25*, *Body mass index \geq 25*, *motivational interviewing*, *motivational counseling*, *directive counseling*, *random**, *blind**, *RCT*, *Randomized controlled trial*, *weight loss*, *weight reduction*, *caloric restriction* och *low-calorie diet* (22). Inga avgränsningar gjordes i PubMed eller Scopus. Totalt genomfördes två sökningar som resulterade i 290 träffar för vidare urval av relevant litteratur, se tabell 1 och figur 1.

Tabell 1: Beskrivning av litteratursökningen.

| Sökning | Databas | Datum | Sökord, fri sökning | Antal träffar | Antal utvalda artiklar ² | Referenser till artiklar |
|------------------------------|---------|--------|--|---------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1 | PubMed | 190322 | Obesity OR Obese*OR Overweight OR "BMI \geq 25" OR "Body mass index \geq 25" OR Obese ¹ OR Overweight ¹ AND "Motivational interviewing" OR "Motivational counseling" OR "interviewing, motivational" ¹ OR "directive counseling" ¹ AND random* OR blind*OR RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized controlled trial" ¹ AND "weight loss*" OR "weight reduction*" OR "caloric restriction" OR "low-calorie diet" OR "management, obesity" ¹ OR "program, weight reduction" ¹ OR "weight reduction diet" ¹ OR "caloric restriction" ¹ OR "low-calorie diet" ¹ OR "loss, weight" ¹ | 133 | 9 (2) | (23-29) |
| 2 | Scopus | 190322 | obesity OR obese* OR overweight OR BMI \geq 25 OR “Body mass index \geq 25” AND “motivational interviewing” OR “motivational counseling” OR “directive counseling” AND random* OR blind* OR rct OR “randomized controlled trial” AND “weight loss*” OR “weight reduction” OR “caloric restriction” OR “low-calorie diet” | 157 | 13 (6) | (30-36) |
| Totalt antal studier: | | | | 290 | 22 (8) | |

¹Svensk MeSH term (Medical Subject Headings)

²Dubletter inom parentes



Figur 1: Flödesschema över databearbetningsprocessen.

2.3 Databearbetning

Två oberoende granskare läste titel och abstrakt på 290 artiklar, se figur 1. Dessa inkluderades (n=22) eller exkluderades (n=268) baserat på de förutbestämda inklusions- och exklusionskriterierna. Inkluderade artiklar exporterades till referensprogrammet EndNote för borttagning av dubletter. Artiklarna (n=14) lästes i fulltext för en slutgiltig bedömning av vilka som uppfyllde kriterier för vidare granskning. Utav alla artiklar som lästes i fulltext valdes tre för kvalitetsgranskning (23, 27, 28). Av de exkluderade studierna (n=11) skiljde sig fyra åt i kostbehandling mellan interventions- och kontrollgruppen (25, 29, 31, 36), i tre artiklar användes MI endast i gruppmöten (26, 32, 35), i två artiklar gavs inga individuella sessioner hos kontrollgruppen som motsvarade en MI-session (33, 34), i en artikel inkluderades ingen kostbehandling (24), i en artikel inkluderas individer med BMI ≥ 23 (30).

2.4 Granskning av relevans och kvalitet

De tre valda artiklarna kvalitetsgranskades utifrån SBU's "Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier" (37). Mallen är ett hjälpmedel under granskningsprocessen används för utvärdering av studiekvalitet baserat på risk för systematiska fel intressekonflikter. Studierna bedömdes sedan ha låg, medel eller hög risk för bias. Kvalitetsgranskningen skedde först enskilt av författarna för att sedan diskuteras tillsammans. Efter diskussion kring samtliga studier kom författarna överens om att utesluta en av artiklarna (23), den bedömdes ha låg kvalitet och hög risk för bias. Se bilaga 1 för beskrivning av studien samt motivering till val av exklusion. De två återstående artiklarnas resultat sammanvägdes för att bedöma styrkan av evidensen för utvalt effektmått. För detta användes "Underlag för sammanvägd bedömning enligt GRADE" (38). GRADE har som mål att bedöma styrkan av evidensen för det utvalda effektmåttet genom gradering av: risk för bias, överensstämmelse, överförbarhet, oprecisa data, och risk för publikationsbias. Evidensstyrkan för effektmåttet kategoriseras i:

starkt (++++), måttligt starkt (+++), begränsat (++) och otillräckligt (+). Att gradera ett effektmått med "otillräckligt" innebär att det saknas vetenskapligt underlag (38).

3 Resultat

Artiklarna som valdes ut för kvalitetsgranskning hade en likartade studiepopulationer där den ena studiens population bestod av enbart kvinnor (27). Den andra studiens population bestod av majoriteten kvinnor (28). Se tabell 2. Grupperna exponerades för samma typ av viktnedgångsbehandling som fokuserade på beteendeförändring och innehöll både kostförändringar samt ökad fysisk aktivitet. Upplägget för individuella MI-sessioner samt kontroll-sessioner var likartade. Däremot skiljde sig uppföljningstiden åt mellan interventionerna i de olika studierna.

3.1 Moss et al, 2017, Kanada

Syftet med denna randomiserade kontrollerade studie var att i första hand undersöka effekten av MI som komplement till Behavioural weight loss program (BWLP) på viktnedgång och följsamhet (28). I andra hand var syftet att undersöka graden av betydelse, självtillit och beredskap för förändring. Populationen bestod av 135 deltagare med övervikt och fetma som fick delta i ett tre månaders BWLP. BWLP inkluderade individuell kostbehandling, gruppträning och gruppmöten med fokus på beteendeförändring. Deltagare var blindade och randomiserades till interventionsgruppen som fick två individuella 45-minuters möten där MI användes som samtalsmetod eller till kontrollgruppen som fick attention kontroll (AC) sessioner. AC-sessioner innebär motsvarande 45-minuters möten utan MI för att säkerställa att båda grupperna fick individuella möten för att isolera MI som skiljande behandlingsfaktor. Vikten mättes vid studiestart, efter tolv veckors BWLP och vid en uppföljning sex månader efter avslutad BWLP. Kostinterventionen angavs vara individuellt utformade efter Canada Food Guide (39). Assistenterna som tog antropometriska mått på deltagarna var de enda behandlarna som var blindade för interventionen som gavs. Följsamheten till behandlingsmetoden MI mättes med hjälp av Motivational Interviewing treatment integrity system (18).

Studiekvalitet: Medelhög

Kvalitetsbedömning:

Studien bedömdes ha låg risk för selektions-, bortfalls-, rapporterings- och intressekonfliktsbias. Behandlingsbias bedöms vara medelhög på grund av att försteförfattaren till studien utfördes både MI- samt AC-sessioner och är därför inte blindad. Dessutom finns medelhög risk för bedömningsbias eftersom samma författare är den som analyserar resultatet. Det finns begränsningar i den statistiska analysen av resultatet där pvärde saknas för effekt på viktnedgång mellan grupperna vilket ses som en svaghet med artikeln och sänker dess kvalitet. Styrkan med studien är att grupperna är lika sammansatta, exponeras på likartat sätt, bortfallet är lågt i förhållandet till populationens storlek och studien följer ett i förväg publicerat studieprotokoll.

3.2 West et al, 2007, USA

Syftet med studien var att fastställa om tillägg av motiverande samtal till Behavioural Weight Control Program (BWCP) leder till ökad långsiktig viktnedgång samt ökad metabol kontroll hos överviktiga kvinnor med diabetes typ 2 (27). Populationen bestod av 217 personer med övervikt eller fetma. Deltagarna som randomiserades till interventionsgruppen blev erbjudna fem 45-minuters individuella MI-sessioner och kontrollgruppen blev erbjuden fem 45minuters AC-sessioner. BWCP bestod av 42 gruppmöten under en 18 månadersperiod. Deltagarna gick på ett gruppmöte varje vecka de första sex månaderna, varannan vecka de följande sex

månader och till sist en gång i månaden de sista sex månaderna. Fokus var viktredgång det första halvåret följt av viktstabilitet resterande interventionstid. Ämnen som togs upp under gruppmöten var hållbara och uppnåeliga livsstilsförändringar, målsättning och problemlösning. Grupperna bestod i genomsnitt av 14 individer och sessionerna utfördes av ett multidisciplinärt team som var blindade för gruppernas indelning. Deltagarna var instruerade att inta mellan 1200 till 1500 kilokalorier (kcal) per dag, med ett fettintag på 33–42 gram per dag. Målet för fysisk aktivitet var 150 minuter i veckan. Alla deltagare var instruerade att självmonitorera sitt kostintag samt sin fysiska aktivitet i en loggbok. Dessa loggböcker utvärderades varje vecka och lämnades tillbaka med feedback. Gruppbehandlingen utfördes av beteendevetare, nutritionister, träningsfysiologer och diabetespedagoger som var blindade för behandlingen. Följsamheten till behandlingsmetoden MI mättes med hjälp av Motivational Interviewing Skills Code systemet (19).

Studiekvalitet: Hög

Kvalitetsbedömning:

Studien bedömdes ha låg risk för selektions-, behandlings-, bedömnings-, rapporterings- och intressekonfliktbias. Risk för bortfallsbias bedöms vara medelhög grundat på att bortfallet vid tolv månaders uppföljning var signifikant större i kontrollgruppen. Vid slutgiltiga uppföljningen fanns ingen signifikant skillnad i bortfallet mellan grupperna. Styrkan med studien var att den följde ett i förväg publicerat studieprotokoll, ett stort antal deltagare i studien samt att grupperna har exponerats på ett likartat sätt. Den största begränsningen var att populationen enbart bestod av kvinnor.

Tabell 2: Sammanfattande studiebeskrivning av inkluderade artiklar.

| Förstefattare, år, land | Moss et al, 2017, Kanada | West et al, 2007, USA |
|-------------------------|---|---|
| Studiedesign | RCT | RCT |
| Studiepopulation | n=135 män/kvinnor = 30/105 Ålder ≥ 18 (m=45.16 år, SD = 11.30) BMI ≥ 25 (m=33.58 kg/m ² , SD = 6.26) Frisk | n=217 män/kvinnor = 0/217 Ålder ≥ 18 (m=53 år, SD = 10) BMI $\geq 27 - 50$ (m=36,5kg/m ² , SD = 5.5) Typ 2 diabetes, tablettbehandlad med metformin |
| Interventioner | 3 månader BWL 24 gruppssessioner Individanpassade kostriktlinjer baserade på Canada Food Guide (39) Gruppträningspass som fokuserar på minskning i kroppsfett, styrketräning och utveckling av kondition samt rörlighet Beteendeförändring i gruppundervisning som fokuserar på självmonitorering, målsättning och planering I: Två 45 minuter individuella MI-sessioner med författaren K: Två 45 minuter individuella intervjuer med fokus på hälso-, vikt- och kostintagshistorik samt kostvanor och fysisk aktivitet | 18 månader BWCP 42 gruppssessioner Rekommenderad intag per dag: 1200/1500 kcal, 33-42g fett Minst 150 minuter fysisk aktivitet/vecka Beteendeförändring i gruppundervisning som fokuserar på hållbara livsstilsförändringar, målsättning och problemlösning I: Fem 45 minuter individuella MI-sessioner med en klinisk psykolog K: Fem 45 minuter individuella hälsosamtal med sjukvårdspersonal som fokuserade på kvinnohälsa |
| Bortfall | 6 mån I: 4% K: 9% | 6 mån I: 2% K: 5% 12 mån I: 6% K: 15% 18 mån I: 6% K: 8% |
| Studiekvalitet | Medelhög | Hög |

RCT = Randomized controlled trial, n = antal, m = medelvärde, SD = standardavvikelse, BMI = Body Mass Index, BWLP = Behavioural Weight Loss Program, BWCP = Behavioural Weight Control Program, I = interventionsgruppen, K = kontrollgruppen, kcal = kilokalorier, MI = motiverande samtal, g = gram, mån = månader

3.3 Resultat på viktnedgång

Båda studierna visade på viktnedgång i interventions- och kontrollgruppen. Viktnedgången var större i kontrollgruppen efter tre och nio månader i en av studierna, p-värde för differensen saknades (28). I andra studien fanns signifikant skillnad mellan intervention- och kontrollgruppen där interventionen gick ner mer i vikt efter sex månader (-1.6kg) samt efter tolv månader (-2.1kg) (27). I tabell 3 redovisas en sammanfattning av resultatet från båda studierna vid tre, sex, nio och tolv månader.

Tabell 3. Beskrivning av resultatet. Viktnedgång anges i kg kroppsvikt vid tre månader, sex månader, nio månader samt tolv månader. Effektskillnaden saknas för Moss et al . Effektskillnaden anges för West et al vid sex månader och tolv månader.

| | Effekt i interventionsgrupp, I Δ | | | | Effekt i kontrollgrupp, K Δ | | | | Interventionseffekt (I Δ – K Δ) | | | | P-värde för differens |
|--------------------------|---|------------------|----------------|--------|------------------------------------|------------------|-------------------|--------|--|-------|-------|-------|-------------------------|
| | 3 mån | 6 mån | 9 mån | 12mån | 3 mån | 6 mån | 9 mån | 12mån | 3 mån | 6 mån | 9 mån | 12mån | |
| Moss et al, 2017, Kanada | -3.79 \pm 0.67* | | -0.03 \pm 1* | | -4.57 \pm 2.81* | | -2.87 \pm 2.17* | | 0.78 | | 2.84 | | p-värde saknas |
| West et al, 2007, USA | | -4.7 \pm 5.4 * | | -4.8 * | | -3.1 \pm 3.9 * | | -2.7 * | | -1.6 | | -2.1 | $\geq 0.01 / \geq 0.02$ |

I = interventionsgruppen, K = kontrollgruppen, Δ = skillnad i viktnedgång, mån = månader.
*Signifikant skillnad från baseline.

3.4 Evidensgradering

Evidensstyrkan för utfallsmåttet viktnedgång bedömdes till begränsad (++) . Evidensstyrkan nedgraderades två steg - (++) på grund av tydliga brister vid den sammanvägda bedömningen enligt GRADE. Sammanfattning av evidensgraderingen redovisas i tabell 4 och resonemanget av graderingen följer i texten därefter.

Tabell 4. Redovisning av evidensstyrka för inkluderade studier enligt GRADE. Evidensstyrkan dras ner två steg, ett steg för överensstämmelse och ett steg för sammanvägning av smärre brister. Den sammanvägda evidensstyrkan bedöms vara begränsat (++) .

| | Effektmått viktnedgång: |
|--------------------------|------------------------------------|
| Antal studier: | 2 |
| Risk för bias: | Vissa begränsningar (++++) |
| Överensstämmelse: | Bekymmersam heterogenitet (+++) |
| Överförbarhet: | Ingen osäkerhet (+++) |
| Precision: | Vissa problem med precision (+++) |
| Publikationsbias: | Inga problem (+++) |
| Smärre brister: | Tillräckligt för nedgradering (++) |
| Evidensstyrka: | Begränsat (++) |

3.4.1 Risk för bias

Vissa begränsningar bedömdes med risk för bias i West et al där bortfallet vid tolv månaderskontrollen var signifikant större i kontrollgruppen än i interventionsgruppen. Risken för bias bedömdes inte som tillräcklig för nedgradering.

3.4.2 Överensstämmelse mellan studierna

Studierna visar god överensstämmelse i behandlingsupplägg men resultatet pekar åt olika håll. West et al visar signifikant större viktnedgång i interventionsgruppen medan Moss et al inte visar någon skillnad mellan grupperna. Det utvalda effektmåttet mättes inte vid samma tidpunkter i de två artiklarna vilket innebär att resultaten inte kan jämföras vid en specifik tid. Artiklarna bedömdes ha bekymmersam heterogenitet och evidensgraderingen sänktes ett steg. - (+)

3.4.3 Överförbarhet

Ingen osäkerhet i överförbarhet bedömdes då studierna är utförda under förutsättningar som kan utföras globalt och är relevanta för svenska förhållanden.

3.4.4 Precision

Precisionen bedömdes ha vissa problem men inte nog för nedgradering på grund av att West et al inte redovisar en poweranalys och inte uppger något p-värde för skillnad mellan grupperna.

3.4.5 Publikationsbias

Inga problem bedömdes med avseende på publikationsbias eftersom studierna är utförda av olika forskargrupper.

3.4.6 Smärre brister

Bedömningen av mindre brister var nog för att sänka ytterligare ett steg - (+) med hänsyn till vissa begränsningar av risk för bias samt problematiken med precision.

4 Diskussion

Syftet med denna systematiska översiktsartikel var att undersöka det vetenskapliga underlaget för motiverande samtal och dess effekt på viktnedgång som del av viktnedgångsbehandling hos vuxna med övervikt eller fetma. Studierna som granskades ger underlag för begränsad evidensstyrka på grund av skillnader i studieupplägg samt ett resultat som inte är överensstämmande. Överlag är den nuvarande forskningen inkonsekvent gällande effekt av MI på viktnedgång, vilket i samstämmighet med denna systematiska översiktsartikel fortfarande verkar kvarstå. Nedan diskuteras brister och styrkor av artikeln, aspekter av studieupplägg som studerar MI och forskningsbehov för att kunna avgöra evidensen.

4.1 Metoddiskussion

Litteratursökningen utfördes genom två databaser, Pubmed och Scopus. Artiklar som publicerats i en annan databas, eller artiklar som publicerats på ett annat språk än engelska kan därför ha missats vid sökningen. Valet av viktnedgångsbehandling kan ha begränsat antalet inkluderade studier. Ett inklusionskriterie var att behandlingen skulle bestå av både kostintervention och fysisk aktivitet men antalet inkluderade studier hade kunnat vara större om till exempel fysisk aktivitet inte hade varit inkluderat. Fysisk aktivitet valdes som ett inklusionskriterie för att på bästa sätt efterlikna den behandling som finns i Sverige idag. En styrka med litteratursökningen är att ingen artikel exkluderades endast baserat på titel eftersom den första granskningen ineffektivt att båda författare läste abstrakt på samtliga träffar.

Separat granskning av författarna utfördes enligt SBU:s "Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier" för att sedan följas upp med en gemensam diskussion. Samma

procedur utfördes också för granskning av evidensstyrkan enligt GRADE. Detta ses som en styrka då granskningen får två olika perspektiv vilket ger en mer rättvis kvalitets- och evidensgranskning. Viktigt att ha i åtanke är att stora delar av granskningen är baserade på författarnas subjektiva bedömning och andra författare skulle möjligen kunnat dra andra slutsatser. Ett nära samarbete mellan författarna kan också ha bidragit till att deras åsikter har influerat varandra.

4.3 Resultatdiskussion

4.3.1 Studieupplägg

Det sammanställda resultatet är inte överensstämmande. En signifikant skillnad på viktnedgång ses hos interventionsgruppen i West et al men samma skillnad ses inte i Moss et al. Dessutom finns en större viktnedgång i kontrollgruppen i Moss et al vilket kan bero på studiens brister som diskuteras nedan. Utifrån viktnedgången som man kan förvänta sig hos personer med fetma efter sex månader så uppnår studiepopulationen inte 5-15% (9). Interventionsgruppen i West et al visar på en viktnedgång som närmar sig 5 %. I Moss et al ses en viktökning efter nio månader. Enligt AHA/ACC/TOC riktlinjer finns stark evidens att viktnedgången hos överviktiga och obesa som genomgår en kostintervention är som störst vid sex månader, varefter man ser en liten viktökning (40). I relation till resultatet från Moss et al. är det därför förväntat att både kontroll- och interventionsgruppen ökar åter i vikt efter nio månader. I West et al ses däremot ingen viktökning vid tolv månader hos interventionsgruppen.

Behandlingstiden överensstämmer inte mellan studierna, då den skiljer sig åt med 15 månader. Moss et al som pågick under tre månader kan anses som en mer intensiv behandling i jämförelse med West et al som pågick under 18 månader och var långsiktig. Det kan ha medfört skillnader i patienternas motivation samt den faktiska viktnedgången. Mätpunkterna för effektmåttet överensstämmer inte mellan studierna och resultatet kan därför inte visa på skillnader vid specifika tillfällen. Detta är förstås en stor begränsning i denna översiktsartikeln men resultatet har presenterats för att kunna se de generella trenderna över tid. Det finns en generell trend i studiernas kontrollgrupp med likartad viktnedgång men viktnedgången skiljer sig åt mellan interventionsgrupperna.

Studiepopulationen var likartad mellan de olika studierna gällande BMI och ålder med något äldre population och högre BMI i West et al. West et al inkluderade enbart kvinnor medan Moss et al även inkluderade en mindre andel män. Eftersom kvinnor och män troligtvis går ner i vikt i samma utsträckning bör inte detta påverka resultatet avsevärt (41). En annan skillnad i populationen mellan studierna var att West et al inkluderade patienter med typ 2 diabetes. Eftersom viktnedgång hos en diabetiker med övervikt eller fetma kan leda till bättre blodsockerkontroll och eventuellt remission i sjukdomen, skulle det kunna innebära att gruppen var mer motiverad till att följa behandlingen och därav påverka resultatet (42).

En begränsning i Moss et al är att kostinterventionen inte är specificerad på samma sätt som i den andra studien. Det är därför svårt att bedöma hur väl interventionerna överensstämmer eftersom det inte framgår vilket energiintag som deltagarna rekommenderades. Det kan ha medfört en skillnad i deltagarnas negativa energibalans under interventionen i relation till vilket energiunderskott som krävs för att resultera i förväntat viktnedgång. Kostinterventionen beskrivs följa Canada's Food Guidelines vilket efter närmare granskning verkar likna råd från det svenska Livsmedelsverket med specifikationer över mängder olika livsmedel som bör intas varje dag men inget specifikt kaloriintag (39, 43). Det är inte heller specificerat vilken fysisk aktivitetsnivå som rekommenderas mer än att det ska inkludera gruppträning som fokuserar på minskning i kroppsfett, styrketräning och utveckling av kondition samt rörlighet. I jämförelse med West et al där deltagarna hade 150 minuter fysisk aktivitet i veckan som

målsättning. Denna brist kan ha resulterat i att deltagarnas energiförbrukning från fysisk aktivitet skiljde sig åt i de olika grupperna och det kan därför vara en viktig faktor i att Moss et al inte visade någon signifikant skillnad i viktnedgång.

Gemensamt för de granskade studierna är att inga biverkningar eller komplikationer av behandlingen mättes hos deltagarna, vilket bidrar till risk för rapporteringsbias. Enligt författarnas bedömning kunde inte denna faktor beaktas eftersom det i den här typen av studier är svårt att mäta komplikationer. Det ger en risk för att studiernas kvalitet bedöms vara högre än den egentligen är. Viktnedgång hos personer med övervikt och fetma är sammankopplat med positiva hälsovinster vilket kan vara anledningen till att komplikationer inte blir något man mäter i studierna eftersom de överskuggas av hälsovinster. Det finns däremot forskning som pekar åt att personer med så kallad metaboliskt hälsosam fetma som har låg risk för hjärt-och kärlsjukdom och samtidigt går ner i vikt genom en livsstilsintervention kan få en ökad dödlighet (44). Det är viktigt att ta hänsyn till att den forskningen är baserad på observationsstudier och hälsovinster har en högre evidensgrad, varav vår bedömning av låg risk för rapporteringsbias är av goda skäl.

4.3.2 MI- och AC-sessioner

Fördelen med denna systematiska översiktsartikel är att den exkluderar studier som inte inkluderar AC-sessioner för kontrollgruppen, vilket är en brist hos tidigare systematiska översiktsartiklar som diskuteras nedan. I fallen då AC-sessioner saknas kan det vara svårt att avgöra om viktnedgången beror på effekten av MI eller viktnedgångsbehandlingen i sig.

I Moss et al var endast assistenterna som tog antropometriska mått på deltagarna blindade. I West et al var beteendevetaren, nutritionisten, träningsfysiologen och diabetespedagogen som utförde gruppbehandlingen blindade. Behandlaren som utförde de individuella MI- och AC-sessioner var inte blindade i någon av studierna. MI- och AC-sessioner kräver att behandlaren är medveten om vilken behandling som ges eftersom krav ställs på sessionernas innehåll. Det är därför inte möjligt för behandlaren att vara blindad för vilken intervention som ges, varav det inte bedöms ge ökad risk för behandlingsbias. En styrka med båda studierna och deras MI-sessioner är att författarna valde att mäta följsamheten till behandlingsmetoden. Moss et al säkerställde att MI-sessioner följde MI som samtalsmetod genom att använda Motivational Interviewing treatment integrity system (MITI) av en oberoende person. MITI är ett system som bygger på poäng som ges utefter hur väl behandlaren följer MIs grundprinciper (18). I Moss et al följde MITI poängen rekommenderat antal poäng för att klassificeras som MI. Detta ses som en stor styrka i studiens kvalitet. I West et al beskrivs att utvärderingen av följsamheten till behandlingsmetoden var baserat på Motivational Interviewing Skills Code (MISC) som är ett annat system av liknande slag (19). Något som diskuteras i tidigare systematiska översiktsartiklar är vikten av att säkerställa att MI-sessionerna följer samma principer för att ge rättvis data (45).

I Moss et al diskuteras att behandlaren som utförde MI-sessioner inte tog hänsyn till patientens grad av förändring som föreslås av grundaren Miller samt rekommenderas i den svenska definitionen av MI (13, 16). Det diskuteras i artikeln ifall det skulle kunna ge en ökad viktnedgång samt kan vara det som är begränsningen i studien. I diskussionen tar Moss et al upp en studie där deltagarna som hade låg beredskap för förändring och misslyckades med viktnedgång i början av interventionen blev erbjudna ett extra tillfälle med MI-session (46). Det visade sig att deltagarna hade en större viktnedgång än kontrollgruppen efter ett extra tillfälle. Med tanke på hur den svenska behandlingen av övervikt och fetma i Sverige ser ut idag, till exempel att obesitasmottagningar för medicinsk behandling av fetma endast finns i tre landsting och att resurser inom sjuk- och hälsovården ofta beskrivs som begränsade kan det därför vara omöjligt att applicera extra MI-sessioner med vårdpersonal för att leda till ökad viktnedgång (47).

Det är av betydelse att ta hänsyn till att MI-sessioner genomfördes av en legitimerad klinisk psykolog i West et al och i Moss et al av författaren själv som likaså är psykolog. I Sverige remitteras överviktiga och obesa patienter till psykolog om det bedöms finnas emotionella hinder för viktreduktion, ätstörningsproblematik eller annat problem med beteendeförändring (11, 12). En psykolog har inte samma kompetens inom näringslära och behandling av viktnedgång som en dietist. Eftersom dietister i Sverige utbildas i samtalsmetodik med MI som en del av utbildningen, finns det därför anledning att överlägga om resultatet skulle ha blivit annorlunda om MI-sessioner genomfördes av en dietist (48, 49). Samtalet skulle då kunna vara mer inriktad på specifika förändringar som behöver göras för att uppnå negativ energibalans och viktnedgång.

4.3.3 Överensstämmelse med övrig litteratur

Överlag finns det en variation i litteraturen inom ämnet MI och dess effekt på viktnedgång. Vi har identifierat två översiktsartiklar inom ämnet för att jämföra med vårt resultat. En systematisk översiktsartikel från 2011 med liknande inklusionskriterier visade att MI leder till större viktnedgång hos personer med övervikt och fetma (20). Däremot inkluderas studier som inte hade någon AC-session. En systematisk översiktsartikel från 2018 med en annan infallsvinkel utforskar effekten av intervention som kombinerar MI och kognitiv beteende terapi (KBT) på livsstilsfaktorer hos vuxna med övervikt eller fetma (21). I studien betonas att MI står för huvuddelen av interventionen medan KBT införs när patienten ska utforma en handlingsplan. Resultatet visar däremot att interventionen endast ger liten men ingen signifikant skillnad på kroppssammansättning i jämförelse med vanlig behandling. Som slutlig kommentar på den nuvarande litteraturen finns det fortfarande inte tillräckligt med högkvalitativa studier som visar att MI ger ökad effekt på viktnedgång.

I överensstämmelse med SBU:s kommentar behövs fler studier för att kunna besvara frågan om MI leder till förändrade kostvanor och förändringar i fysisk aktivitet som kan leda till ökad viktnedgång (14). Det finns idag begränsat med studier som inkluderar kontrollgrupper med alternativ rådgivning som AC-sessioner och studier som har viktreduktion som utfallsmått. Det finns även brister i hur författarna definierar MI, som vi ser i Moss et al saknas bedömning för grad av beredskap för förändring. Mått på följsamheten till behandlingsmetoden är också något som saknas i flera studier som inkluderats i de beskrivna översiktsartiklarna. Eftersom studierna som har blivit utvalda att granskas i denna systematiska översiktsartikel och majoriteten av studierna som är inkluderade i tidigare publicerade systematiska översiktsartiklar är genomförda främst i USA, Kanada eller Nederländerna uppstår ett behov av att studera effekten av MI hos en svensk population i en viktnedgångsbehandling som är vanligt förekommande här för att kunna bedöma överförbarheten till en mer omfattande grad (21, 45). Studier med AC-sessioner, god följsamhet och MI-sessioner som utförs av en dietist vore att föredra att se framöver. Även om MI inte kan fastställas leda till större viktnedgång har samtalsmetoden en betydande roll i behandling av andra livsstilsvanor, kan möjligen öka följsamheten till behandling och är ett förhållningssätt som skapar bild av en bättre vård.

4.3.4 Kan motiverande samtal leda till ökad följsamhet?

Gemensamt för de två granskade studierna är att båda inkluderade följsamhet till viktnedgångsbehandling som utfallsmått, vilket kan visa på ytterligare intressanta fynd. Interventionsgruppen i West et al visar signifikant större följsamhet till BWLP än kontrollgruppen under första sex månader. Även signifikant större andel självmoniteringsloggar lämnades in av interventionsgruppen, vilket kan tyda på att MI ökar följsamheten till behandling. West et al visade större engagemang i gruppmöten och bättre ifyllda dagböcker. Moss et al visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna, trots att följsamheten var högre i antalet möten som grupperna deltog i. På grund av skillnader i

följsamhetens effekt kan slutsatser inte dras huruvida följsamheten till viktnedgångsbehandling ökar om deltagaren exponeras för MI.

4.3.5 Globalt perspektiv och jämlikhet

Globalt har fetma tredubblats sedan år 1975 och konsekvenserna av detta är tydliga i dagens samhälle (1). Följdsjukdomar som är associerade med övervikt och fetma leder till ett ökat tryck på sjukvården, högre samhällskostnader samt mindre resurser för att hjälpa dem som lider av icke preventiva sjukdomar. Det är möjligt att förebygga fetma men om prevalensen fortsätter att öka i den takt den har gjort de senaste 40 åren så kommer vi se en allt sjukare population i framtiden. Övervikt och fetma är kopplat till fler dödsfall på en global skala än undernäring. Det går att förebygga mycket av detta men det krävs ett globalt samarbete för att genomföra de nödvändiga lösningar som krävs för att få trenden av övervikt och fetma att vända.

Att ha tillgång till den bästa möjliga hälsan för varje individ utan diskriminering är en mänsklig rättighet och med dagens läge både i Sverige och i världen finns det tydliga brister när det handlar om denna tillgång (50). I Sverige finns inte samma tillgång till jämställd vård för de med övervikt och fetma. Medicinska obesitasmottagningen finns enbart i ett fåtal delar av landet och resurserna för behandlingen av övervikt och fetma i tidigt stadium är enstaka besök hos vårdcentral. Detta är inte i linje med rätten till bästa möjliga hälsa då forskningen visar att det med stor sannolikhet behövs mer omfattande interventioner tidigt för att minska prevalensen för övervikt och fetma samt minska de negativa hälsokonsekvenserna från följsjukdomar. Det är även av vikt att beakta möjlighet till behandling med MI för olika patientgrupper i Sverige. En patientgrupp som riskerar att inte kunna erbjudas MI-samtal till lika stor utsträckning är patienter som har en språkbarriär och är i behov av tolk. Det kan under ett sådant samtal finnas begränsat med tid till att bland annat utforska patientens beredskap för förändring och det finns därför en risk att patienten inte får MI av samma kvalitet. I delar av landet som inte har närhet till obesitasmottagning och har begränsat med dietister till hands finns också en risk att patienter i dessa områden inte får möjlighet att erbjudas samma behandling. Det krävs att hanterar bristen på resurser och disponerar tid väl under ett samtal för att kunna säkerställa jämlik vård, däribland kunna erbjuda MI som samtalsmetod för alla patientgrupper.

5 Slutsats

Det finns begränsat vetenskapligt underlag (++) för att MI som del i viktnedgångsbehandling har effekt på större viktnedgång hos personer med övervikt eller fetma. För att göra ett säkert uttalande krävs ytterligare forskning.

6 Referenser

1. World Health Organization. Obesity and overweight 2018 [2019-04-30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma 2019 [updated 2019-03-14; cited 2019 201904-30]. Available from: www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapporteringstatistik/folkhalsans-utveckling/halsa/overvikt-och-fetma
3. Eriksson S JP, Langenskiöld S. Vad är rätt profil för att få ett jobb? En experimentell studie av rekryteringsprocessen. Uppsala; 2012. Report No.: 13.
4. Rehnqvist N, Asplund K, Berne C, Bälter K, Davidson T, Flodmark C-E, et al. Mat vid fetma - en systematisk litteraturöversikt. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering Stockholm; 2013.
5. Vårdguiden. Övervikt och fetma hos vuxna 2019 [updated 2019-01-182019-04-20]. Available from: <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/fetma/overvikt-ochhttps://www.1177.se/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/fetma-hos-vuxna/>
6. Livsmedelsverket. Dieter och viktnedgång 2018 [updated 2018-08-302019-04-30]. Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/dieter-ochhttps://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/dieter-och-viktning/viktning>
7. Hubáček JA. Eat less and exercise more - is it really enough to knock down the obesity pandemic? Physiological research. 2009;58 Suppl 1:S1.
8. Hinton PS, Lecheminant JD, Smith BK, Rector RS, Donnelly JE. Weight Loss-Induced Alterations in Serum Markers of Bone Turnover Persist during Weight Maintenance in Obese Men and Women. Journal of the American College of Nutrition. 2009;28(5):565-73.
9. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity Facts. 2015;8(6):402-24.
10. Shay LE. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss. Nursing Forum. 2008;43(1):42-52.
11. Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje: Behandling av övervikt och fetma i primärvården. Västra Götalandsregionen; 2017.
12. Uppsalas Län. Vårdprogrammet Fetma hos vuxna. 2011.
13. Holm Ivarsson B. MI - motiverande samtal : praktisk handbok för hälso-och sjukvården : [tobak, matvanor, fysisk aktivitet, alkohol, samtal med personer med kognitiva svårigheter, samtal i psykiatri]. 3. [omarb. och utök.] uppl. ed. Stockholm: Stockholm : Gothia fortbildning; 2016.
14. SBU. Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor 2014 [updated 201404-022019-04-30]. Available from: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbuhttps://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/kommentar/motiverande-samtal-for-att-forandra-mat-eller-motionsvanor/>
15. Forsberg L. Motiverande samtal - Bättre än råd. Lakartidningen. 2006;103(42):3178-80.
16. Miller WR. Motivational interviewing preparing people for change. 2. ed. ed. Rollnick S, Ebooks C, editors. New York: New York : Guilford Publications, Inc.; 2002.
17. Holli BB. Nutrition counseling and education skills : a guide for professionals. 7th edition. ed. Beto JA, editor: Philadelphia, PA : Wolters Kluwer; 2018.
18. Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM. The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, Preliminary Reliability and Validity. Journal of Substance Abuse Treatment. 2016;65:36-42.

19. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(6):1050-62.
20. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Oxford, UK2011. p. 709-23.
21. Barrett S, Begg S, O'Halloran P, Kingsley M. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in communitydwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *Bmc Public Health*. 2018;18(1). 22. Karolinska institutets. Svensk MeSH. Stockholm: Stockholm : Karolinska Institutets bibliotek.
23. Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *Journal of behavioral medicine*. 2008;31(5):36777.
24. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating behaviors*. 2009;10(2):134-6.
25. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention followup. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2013;10:40.
26. Mirkarimi K, Mostafavi F, Eshghinia S, Vakili MA, Ozouni-Davaji RB, Aryaie M. Effect of Motivational Interviewing on a Weight Loss Program Based on the Protection Motivation Theory. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2015;17(6):e23492.
27. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2007;30(5):1081-7.
28. Moss EL, Tobin LN, Campbell TS, von Ranson KM. Behavioral weight-loss treatment plus motivational interviewing versus attention control: lessons learned from a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):351.
29. Volger S, Wadden TA, Sarwer DB, Moore RH, Chittams J, Diewald LK, et al. Changes in eating, physical activity and related behaviors in a primary care-based weight loss intervention. *International journal of obesity (2005)*. 2013;37 Suppl 1:S12-8.
30. Chee WSS, Singh HKG, Hamdy O, Mechanick JI, Lee VKM, Barua A, et al. Structured lifestyle intervention based on a trans-cultural diabetes-specific nutrition algorithm (tDNA) in individuals with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2017;5(1).
31. Meybodi FA, Pourshrifti H, Dastbaravarde A, Rostami R, Saeedi Z, editors. The effectiveness of motivational interview on weight reduction and self-efficacy in Iranian overweight and obese women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 2011.
32. Mirkarimi K, Mostafavi F, Ozouni-Davaji RB, Eshghinia S, Vakili MA. The effect of weight loss program on overweight and obese females based on protection motivation theory: A randomized control trial. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2017;19(1).
33. Moeller LV, Lindhardt CL, Andersen MS, Glintborg D, Ravn P. Motivational interviewing in obese women with polycystic ovary syndrome—a pilot study. *Gynecological Endocrinology*. 2019;35(1):76-80.
34. Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KGMM, Mathers JC. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: The European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*. 2009;9.

35. Rodríguez-Cristobal JJ, Alonso-Villaverde C, Panisello JM, Travé-Mercade P, RodríguezCortés F, Marsal JR, et al. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: A cluster randomized trial. *BMC family practice*. 2017;18(1).
36. Smith DE, Heckemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight- control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes care*. 1997;20(1):52-4.
37. Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering. Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier[Internet] 2014 [2019-04-30]. Available from: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf.
38. Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning; 2014.
39. Eating well with Canada's Food Guide. 2011 [Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/fnhttp://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-eng.pdf].
40. Jensen DM, Ryan HD, Apovian MC, Ard DJ, Comuzzie GA, Donato AK, et al. 2013
AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(25_suppl_2 Suppl 1):S102-S38.
41. Wirth A, Steinmetz B. Gender differences in changes in subcutaneous and intraabdominal fat during weight reduction: An ultrasound study. *Obesity Research*. 1998;6(6):393-9.
42. Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, Coday M, et al. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*. 2013;369(2):145-54.
43. Livsmedelsverket. Hitta ditt sätt. 2017 Januari.
44. Brown RE, Kuk JL. Consequences of obesity and weight loss: a devil's advocate position. *Obesity Reviews*. 2015;16(1):77-87.
45. Hollis LJ, Williams TL, Collins EC, Morgan JP. Effectiveness of interventions using Motivational Interviewing for dietary and physical activity modification in adults: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2013;11(5):1-27.
46. Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, et al. Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach. *Health Psychology*. 2007;26(3):369-74.
47. Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering. Vad ska resurserna räckas till? VETENSKAP & PRAXIS2008 [updated 2008-06-112019-04-30]. Available from: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/vad-ska-resurserna-racka-till/>.
48. Göteborgs Universitet. Dietistprogrammet [2019-04-30]. Available from: <https://sahlgrenska.gu.se/utbildning/kurser-program/program/dietist>.
49. Umeå Universitet. Dietistprogrammet [2019-04-30]. Available from: <https://www.umu.se/utbildning/program/dietistprogrammet/>.
50. World Health Organization. Human Rights And Health 2017 [updated 2017-12-29]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

7 Bilagor

7.1 Bilaga 1

Exkluderade artiklar

Befort et al, 2008

Syftet med studien var att undersöka om motiverande samtal i kombination med ett kulturellt anpassat, beteende fokuserat viktnedgångsprogram i grupp för afro- amerikanska kvinnor ökade följsamhet till grupp behandlingen. Sekundära mått var att undersöka effekten av MI på kostvanor, fysisk aktivitet och viktnedgång. Deltagarna genomgick ett 16 veckors viktnedgångsprogram som bestod av 16 gruppmöten 90-minuters möten i grupper om tolv till 14 individer. Deltagarna delades upp i två grupper för att antingen få fyra individuella sessioner motiverande samtal eller fyra individuella kontroll sessioner utan MI.

De 16 sessioner som gruppbehandlingen fokuserade på gradvisa och hållbara livsstilsförändringar genom användningen av målsättning och självmonitorering. Målsättningen med behandlingen var en viktminskning med 7 %, minskat energiintag med 500–1000 kilokalorier, ett dagligt fettintag på 25 energiprocent av dagligt energiintag, intag av fem till nio portioner frukt och grönsaker per dag samt 150 minuter fysisk aktivitet i veckan. Deltagarna erhöll ett individuellt mål för hur mycket kilokalorier och gram fett de skulle äta per dag. Deltagarna antecknade sin vikt varje vecka och var instruerade att självmonitorera sitt kostintag och fysisk aktivitet.

Kommentar till valet av exklusion: Det finns många begränsningar med artikeln vilket resulterade i att studiekvaliten bedömdes vara låg och risken för bias hög. Ett i förväg publicerat studieprotokoll saknas vilket gör det svårt att bedöma rapporteringsbias. Bortfallet var högt (25%) i förhållande till populationens storlek (n=44) och det uppgavs ingen analys av orsaker till bortfallet. Studiedeltagarna hade låg följsamhet till behandling, där de deltog på 52% av gruppsessionerna. Det saknas data av hur väl följsamheten var till individuella MI- och kontroll-sessioner. Personerna som utvärderade resultatet angavs inte, därav var det svårt att bedöma huruvida de var blindade eller opartiska.