



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Motiverande samtal (MI) som metod för att åstadkomma förändring av levnadsvanor hos patienter med typ 2-diabetes

En litteraturstudie

Författare: Anne-Christine Hope

Handledare: Vanja Berggren

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

Antalet människor som insjuknar i typ 2-diabetes ökar globalt, däribland i Sverige. Sjukdomen medför lidande för patienterna och ökande kostnader för samhället. Det ligger därför i den svenska primärvårdens intresse att öka egenvårdsansvaret hos drabbade patienter. Syftet med studien var att se om vägledning enligt metoden Motiverande samtal (MI) kunde åstadkomma ökat egenvårdsansvar och förbättrat glykerat hemoglobin värde (HbA1c) hos patienter med typ 2-diabetes. En litteraturöversikt genomfördes där nio forskningsartiklar blev analyserade. Litteraturöversiktens resultat är inte entydigt. Vägledning enligt MI-metoden kan i vissa fall få patienter med typ 2-diabetes till att ta ökat ansvar för sin egenvård, men inga signifikanta effekter på HbA1c värde kunde påvisas. Det behövs ytterligare forskning, av hög kvalitet, inom området. Forskning som detaljerat även ingående redogör för studiepopulation, kompletterande behandlingar och personalens färdigheter i MI.

## Nyckelord

(Motiverande samtal (MI), typ 2-diabetes, egenvårdsansvar, HbA1c)

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Diabetes .....	2
Motiverande samtal - MI .....	3
Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	4
Syfte .....	5
Specifik frågeställning .....	5
Metod .....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	6
Data analys .....	7
Forskningsetiska överväganden .....	7
Resultat .....	8
Kvalitativa forskningsartiklar .....	8
Positivt bemötande från hälso- och sjukvårdens personal .....	8
Insikt om eget egenvårdsansvar .....	9
Tillfredsställande stöd .....	9
Vägledning - Utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal .....	10
Kvantitativa forskningsartiklar .....	10
HbA1c - Ingen signifikant skillnad .....	11
Egenvårdsansvar - Självständiga beteendeförändringar och självupplevd kompetens (tilltro till egen förmåga) .....	11
Vägledning - Variation i utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal .....	12
Diskussion .....	13
Diskussion av vald metod .....	13
Diskussion av framtaget resultat .....	14
Slutsats och kliniska implikationer .....	17
Referenser .....	18
Bilaga 1 (2) .....	20
Bilaga 2 (2) .....	25

# Introduktion

## Problemområde

Inom primärvården och den primärvårdsanslutna hemsjukvården, är det många gånger svårt för vårdpersonal att få patienter med typ 2-diabetes till att förändra ohälsosamma levnadsvanor och aktivt delta i sin egenvård. Över tid kan detta leda till mer lidande för patienterna, i form av sena diabeteskomplikationer, samt stora samhällskostnader när behov av sjukvård och omsorg ökar. (Socialstyrelsen, 2010)

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som används av vårdpersonal, runt om i världen, för att aktivera patienters egen motivation till förändring och följsamhet till behandling, bland annat inom diabetesvård. (Rollnick, Miller & Butler, 2008)

Även i Sverige finns det ett stort intresse för MI, och det finns ett uttalat behov att se närmare på kunskapsläget om MI som metod, för att åstadkomma förändring av ohälsosamma levnadsvanor, hos patienter med typ 2-diabetes. (Socialstyrelsen, 2010; Socialstyrelsen, 2011)

## Bakgrund

### *Diabetes*

Diabetes ökar kraftigt globalt, främst i Asien och i Nord- och Centralamerika, men också i Sverige. Anledningen till ökningen av typ 2-diabetes kan delvis bero på att fler än tidigare diagnostiseras och att befolkningens medellivslängd ökat. En annan förklaring är att människor med genetiska anlag för typ 2-diabetes utvecklar sjukdomen tidigare på grund av ändrad livsstil. Övervikt och fetma, fysisk inaktivitet, stress och bruk av tobak är faktorer som man vet ökar insulinresistensen. (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2010)

I Sverige är det primärvården som tar hand om de flesta patienter med typ 2-diabetes, det vill säga ansvarar för medicinsk behandling och omvårdnad. Omvårdnad innebär här att ge patienterna stöd, råd och utbildning. Målet för omvårdnaden är att den, tillsammans med medicinsk behandling, ska hjälpa patienterna uppnå optimalt välbefinnande fysiskt, psykiskt

och socialt. Patienternas delaktighet i den egna vården är viktig, eftersom deras levnadsvanor, det vill säga vardagliga rutiner och invanda beteenden, utgör en avgörande roll för behandlingsresultatet. (Socialstyrelsen, 2010)

Att förändra ohälsosamma levnadsvanor kan många gånger vara svårt för patienter med typ 2-diabetes. Sjuksköterskor inom primärvården upplever ofta att orsaken är patientens begränsade kunskaper om hälsosamma levnadsvanor och begränsade självinsikt i eget hälsobeteende. Patienten kan också sakna motivation för att ändra livsstil eller sakna den självdisciplin som krävs för att upprätthålla förbättrade vanor. (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010)

För att sjuksköterskor inom primärvården ska kunna främja en mer hälsosam livsstil hos patienter med typ 2-diabetes, som har svårt med att förändra sina levnadsvanor, krävs det att sjuksköterskorna övergår från att ge patienter enkla råd till att använda mer vägledande strategier. Många sjuksköterskor upplever dock att de saknar kompetens i vägledning och att tidsbrist hindrar en sådan strategi. (a.a.)

### *Motiverande samtal - MI*

Motivational Interviewing (MI), kallas på svenska motiverande samtal. Det var år 1989 som William R. Miller och Stephen Rollnick började samarbeta och utforma MI-metoden, med fokus på patienter med alkohol- och drogproblematik. Tidigt insåg de båda att mänskliga, respektfulla och effektiva samtal om beteendeförändringar, även kunde användas inom mer allmän hälso- och sjukvård. (Miller & Rollnick, 2002)

MI är en evidensbaserad metod som bygger på en motivationsbaserad förståelse av förändring. Metoden är inspirerad av Carl R. Rogers och Thomas Gordons metoder för klientcentrerad psykoterapi, James Prochaskas och Carlo DiClementes transteoretiska modell för förändring, Milton Rokeachs syn på mänskliga värderingar och Daryl Bems teori om självuppfattning. Motivationsbaserad förståelse av förändring ser på motivation som något grundläggande för förändring. Motivation kan utgöras av de tre komponenterna: att vilja, att tro att man kan och att vara redo/kunna prioritera (ready, willing and able). Är patienten med andra ord villig, kunnig och redo för en förändring, så sker den. (a.a.)

En definition av MI lyder: ”Motiverande samtal är en på samarbete grundad, personcentrerad form av vägledning för att framkalla och stärka motivation till förändring”. (Miller & Rollnick, 2002, s. 295)

Det grundläggande arbetssättet i MI är baserat på ett partnerskap mellan vägledaren och patienten, som tar hänsyn till patientens egen expertis och perspektiv. Vägledaren förutsätter att resurser och motivation till förändring finns inom patienten, och att denna inre motivation ökar när rådgivningen stödjer sig på patientens egna uppfattningar, mål och värderingar. Vägledaren utgår också från att ansvaret för förändring ligger hos patienten, men underlättar dennes val med välgrundad kunskap. (Miller et al. 2002)

Praktiskt användande av MI utmärks av fyra vägledande principer. Första principen är att motstå rättningsreflexen. Med det menas att vägledaren håller sig ifrån att försöka ”rätta till” patientens sätt att leva och istället inbjuder till nya perspektiv, men påtvingar inte. Andra principen är att förstå och utforska patientens egen motivation. Det betyder att vägledaren utforskar och framkallar patientens uppfattning om aktuell situation och egen motivation till förändring. Tredje principen är att lyssna. Vägledaren lyssnar på patienten, försäkras om att han/hon förstått och bildar hypoteser om vad patienten menar (s.k. högkvalitativt lyssnande). Fjärde principen är empowerment (egenmakt). Vägledaren får patienten till att känna egen makt över sitt liv, genom att bygga upp självförtroende samt uppmuntra hopp och optimism. (Miller et al. 2002; Rollnick, Miller & Butler, 2008)

### *Socialstyrelsens nationella riktlinjer*

Socialstyrelsen skriver i sina Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010, att flera hälso- och sjukvårdsregioner använder MI i primärvården, men att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda motivationshöjande samtal enligt MI-metoden till patienter med diabetes, i syfte att förbättra glukoskontrollen, eftersom sedvanlig vård visade sig ha samma effekt i den vetenskapliga litteraturen som undersöktes. (Socialstyrelsen, 2010)

Mot bakgrund av dessa riktlinjer har flera regioner angett till Socialstyrelsen att man därför inte avser att utbilda fler diabetessjuksköterskor i MI-metoden. (a.a.)

I Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, rekommenderar Socialstyrelsen metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienters förändring av

en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna beskriver är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Särskilda riktlinjer har tagits fram för vuxna med diabetes. Detta gäller dagligrökning, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet, eftersom dessa levnadsvanor, i kombination med sjukdomen, ger mycket kraftig förhöjd risk för sänkt livskvalitet och förtida död. I samtliga särskilda riktlinjer, för vuxna med diabetes, har åtgärden Kvalificerat rådgivande samtal fått högsta prioritet, d.v.s. har störst angelägenhetsgrad och är därför den som hälso- och sjukvården bör erbjuda. (Socialstyrelsen, 2011)

Åtgärden Kvalificerat rådgivande samtal går ut på att det förs en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Behandlingen anpassas därefter den specifika patientens ålder, hälsa, risknivåer med mer. Samtalet är vanligen teoribaserat eller strukturerat och kan inkludera motiverande strategier. Det förutsätts att personalen, utöver ämneskunskap, också är utbildad i den metod som används. (a.a.)

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011, tar dock Socialstyrelsen inte ställning till vilka specifika teorier eller metoder som åtgärderna, däribland Kvalificerat rådgivande samtal, bör baseras på. Anledningen är att det vetenskapliga underlaget ansågs otillräckligt. Riktlinjerna säger endast att en åtgärd kan bygga på enbart en teori, eller inkludera delar från flera. MI-metoden var en av sju teorier och metoder som beskrevs i det vetenskapliga underlaget. (a.a.)

Mot denna bakgrund är det av vikt att belysa det aktuella vetenskapliga kunskapsläget relaterat till Motiverande samtal, som metod i behandling av typ 2-diabetes.

## **Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie är att ge en kunskapsöversikt om Motiverande samtal (MI) som metod, för att åstadkomma förändring av ohälsosamma levnadsvanor hos patienter med typ 2-diabetes.

## *Specifik frågeställning*

Kan vägledning enligt MI-metoden åstadkomma ökat egenvårdsansvar och förbättra glykerat hemoglobin värde (HbA1c) hos patienter med typ 2-diabetes?

## Metod

För att träna ett strukturerat arbetssätt (söka, granska och sammanställa redan publicerade forskningsartiklar) och på så sätt kunna redogöra för aktuellt kunskapsläge relaterat till syftet, valdes en litteraturöversikt. (Friberg, 2006) Först gjordes en bred litteratursökning inom valt område. Därefter genomfördes avgränsning till ett urval av artiklar som kvalitetsgranskades. Efteråt analyserades likheter och skillnader mellan artiklarna och sammanställdes till ett resultat utifrån litteraturöversiktens motiv. (a.a.)

## Urval

För att hitta artiklar till litteraturöversikten genomfördes sökning i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. (Tabell 1) Basen PubMed innehåller världens största medicinska referensdatabas Medline. CINAHL täcker framför allt hälso- och vårdvetenskaper, och PsycINFO är en beteendevetenskaplig bas. (Backman, 2008)

Inklusionskriterier för artiklarna var kvalitativa eller kvantitativa studier från västvärlden (USA och Västeuropa), där vårdpersonal använde sig av MI för att åstadkomma förändring av levnadsvanor hos vuxna patienter (>18 år) med diagnosen typ 2-diabetes. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och publicerade mellan år 2008-01-01 till år 2012-12-01.

Exklusionskriterier var studier där MI användes i vägledningssamtal med patienter via telefon, studier på enbart patienter med annan obotlig sjukdom i kombination med typ 2-diabetes, studier som endast inkluderade patienter från etniska minoritetsgrupper, samt studier som enbart fokuserade på vårdpersonal.

## Datainsamling

För att finna aktuella och relevanta artiklar att bygga uppsatsen på gjordes först flera sökningar med sökorden: Motivational Interviewing och Diabetes mellitus type 2, i varierande kombinationer med sökorden Lifestyle changes, Habits, Self Care och Self Efficacy.



Sökorden var MeSH termer (alla utom ett, MI). Detta för att använda det kontrollerade vokabulär som brukas vid indexering i PubMed. Motivational Interviewing var inte en MeSH term, vilket innebar att PubMed automatiskt sökte på Motivational AND Interviewing OR Motivational Interviewing.

De sökord som till sist kom att användas var kombinationen Motivational Interviewing AND Diabetes mellitus type 2.

Tabell 1. Sökresultat

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstrakt	Använda artiklar
5/12-2012	PubMed	Motivational Interviewing AND Diabetes mellitus type 2	27*	27	7
5/12-2012	CINAHL	Se ovan	6*	6	2
5/12-2012	PsycINFO	Se ovan	3	3	0

\*Kommentar: Återkommande artiklar redovisas endast under basen PubMed i tabellen.

## Data analys

Ett första artikelurval gjordes utifrån titelrubrik och genomläsning av abstrakt. Det andra urvalet skedde mot bakgrund av tidigare nämnda inklusions- och exklusionskriterier. Artiklarna delades sedan in efter studiernas forskningsdesign och blev efter genomläsning kvalitetsbedömda med hjälp av exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ och kvantitativ metod, enligt Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (Bilaga 2) (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s. 173-176)

## Forskningsetiska överväganden

Den forskning som artiklarna i denna litteraturöversikt bygger på har samtliga genomgått etisk prövning och blivit godkända. All funnen fakta som här framförs har redovisats objektivt

och refererats till korrekt. Litteraturöversikten är därför inte påverkad av författarens personliga värderingar eller övertygelser, samt all använd litteratur kan enkelt granskas. (Friberg, 2006)

## Resultat

Av totalt 36 forskningsartiklar som kombinerade MI och typ 2-diabetes var det nio som kvalificerade sig till denna litteraturöversikt, varav tre med kvalitativ- och sex med kvantitativ forskningsdesign. (Bilaga 1)

Samtliga kvalitativa artiklar var anslutna till då pågående längre RCT-studier, en i USA (DYNAMIC) och en i Danmark (Rosenbek Minet, Wagner, Lonvig, Hjelmberg & Henriksen, 2011). Denna danska RCT-studie presenteras bland de kvantitativa artiklarna, men den amerikanska (DYNAMIC) saknas eftersom den inte blivit publicerad i sin helhet än.

Två av de kvantitativa artiklarna (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2008; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2009) var delstudier till ett nu pågående forskningsprojekt bestående av större RCT-studier i Danmark, England och Holland (ADDITION) med estimerad färdigställelse år 2015.

### Kvalitativa forskningsartiklar

Resultatet redovisas under följande fyra teman:

- Positivt bemötande från hälso- och sjukvårdens personal
- Insikt om eget egenvårdsansvar
- Tillfredsställande stöd
- Vägledning – Utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal

#### *Positivt bemötande från hälso- och sjukvårdens personal*

Bemötandet som patienter fick av sjuksköterskor, som vägledde enligt MI metoden, beskrevs som positivt i flera artiklar. Patienter berättade om att sjuksköterskorna lyssnade och förstod

vad de gick igenom. Sjuksköterskorna hade visat äkta oro och engagemang och erbjudit patienterna möjligheten att själva identifiera och förstå sina känslor rörande ändring av egenvårdsbeteende. (Dellasega, Anel-Tiangco & Gabbay, 2011; Dellasega, Gabbay, Durdock & Martinez-King, 2010)

### *Insikt om eget egenvårdsansvar*

Sjuksköterskornas vägledning gjorde att patienter kände sig uppmuntrade till att ta ansvar för sina levnadsvanor, på sina egna villkor. Själva bemötandet och denna uppmuntran gav till resultat att patienterna vågade öppna upp och avslöja mer om sig själva, samt hjälpte de att förstå att det faktiskt var de som satt inne med/ägde sin eventuella förändring av ohälsosamma levnadsvanor. De insåg att varken läkaren, sjuksköterskan eller närmsta familjen kunde tvinga de till att göra beteendeförändringar, utan att ansvaret var deras. (Dellasega et al. 2011)

Gällande rutinkontroller av egenvården gav patienter uttryck för att en respektfull och regelbunden utvärdering och bedömning av deras egenvårdsbeteende, gav de en återkommande påminnelse om betydelsen av sin egen strävan och insats i det dagliga livet. (Dellasega et al. 2011; Dellasega et al. 2010)

Ansvar för egenvård hörde ihop med att bli självständig i hanteringen av sin diabetes och uppnå kontroll i livet. Patienter beskrev att de behövde bli självständiga i sin egenvård för att kunna leva ett normalt vardagsliv och passa in socialt. Patienter berättade också om kampen för att göra rätt och ”vara en bra diabetiker”, vilket handlade om en önskan att ha kontroll och balans mellan kost, fysisk aktivitet och medicinering. (Rosenbek Minet, Lonvig, Henriksen & Wager, 2011)

### *Tillfredsställande stöd*

Relationen mellan sjuksköterska och patient beskrevs i två artiklar som ett partnerskap präglad av samarbete. Ansvaret för förändring var patientens, men sjuksköterskans roll var att hitta vägar att stärka patientens empowerment (egenmakt), få de till att agera och dra nytta av underliggande motivation för förändring. Detta blev gjort med hjälp av empati och stöd. Patienter berättade om att sjuksköterskorna stöttat dem i att komma ur förnekelse och depression, samt att de funnits där och lyssnat på deras känslor kring sjukdomen innan de fokuserat på fysiska parametrar. (Dellasega et al. 2011; Dellasega et al. 2010)

Skapandet av ett stödjande socialt nätverk, som innebar stöd från familj, vänner och kollegor på patientens premisser berördes också. Även om patienterna tog på sig ansvaret för egenvården blev saknad av stöd från familj sett på som ett hinder i att få kontroll över dagliga rutiner i egenvården. (Rosenbek Minet et al. 2011)

### *Vägledning – Utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal*

De två amerikanska kvalitativa studierna var, som tidigare nämnt, anslutna till den längre RCT-studien DYNAMIC (Diabetes Nurse Case Management with Motivational Interviewing for Change). I denna studie var det tre erfarna vidareutbildade sjuksköterskor (Case management nurses) som utförde interventionen. Studiepopulationen var högrisk patienter med typ 2-diabetes.

Sjuksköterskornas utbildning i MI bestod av 4 månaders träning av ett team, bestående av flera yrkeskategorier och inkluderade undervisning i både typ 2-diabetes och MI. Uppföljningen bestod av kontinuerlig feedback av experter via observationer av vägledningssamtal (live, video och ljudband) och regelbundna standardiserade analyser av en MI-certifierad psykolog på inspelade vägledningssamtal, för att säkerställa hög kvalitet på vägledningen genom hela studien.

I starten fick patienten vägledningssamtal efter 2, 4 och 6 veckor. Därefter hade han/hon kontakt med sin sjuksköterska var 3:e – 6:e månad (utifrån individuellt behov). Samtliga besök varade ca 60 minuter och inkluderade även sedvanlig vård. I tillägg hade patienten möjlighet att sända e-post och ringa så ofta de behövde.

## **Kvantitativa forskningsartiklar**

Resultatet redovisas under följande tre teman:

- HbA1c – Ingen signifikant skillnad
- Egenvårdsansvar – Självständiga beteendeförändringar och självupplevd kompetens (tilltro till egen förmåga)
- Vägledning – Variation i utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal

### *HbA1c – Ingen signifikant skillnad*

Fem av sex studier hade HbA1c värde som effektmått. Fyra av dessa studier kunde inte påvisa någon signifikant skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp med avseende på HbA1c värdet. (Welch, Zagarins, Feinberg & Garb, 2010; Rosenbek Minet et al. 2011; Rubak et al. 2009; Heinrich, Candel, Schaper & de Vries, 2010)

I den femte studien, som var en okontrollerad studie, förblev HbA1c värdet oförändrat. (Lohmann, Siersma & Olivarius, 2010)

I tre av fem studier, som undersökte HbA1c värde, hade den totala studiepopulationen ett utgångsvärde som uppfyllde, eller låg nära Socialstyrelsens riktvärde på <6,0 %.

(Socialstyrelsen, 2010)

(Tabell 2)

Tabell 2. Översiktstabell utgångsvärde HbA1c (total studiepopulation)

Studie	Antal	Ålder (år)	Antal år med diabetes	Utgångsvärde för HbA1c (%)
Rosenbek Minet et al. 2011	349 varav 273 med typ 2 diabetes	44,3-70,9	<1-17,1	5,8 - 8,2
Rubak et al. 2009	628	40-69	Nyupptäckta	6,8 - 6,9
Welch et al. 2010	234	44-68	0,5-17,8	7,5 - 10,6
Heinrich et al. 2010	584	53,73-64,27	<1-5	5,64 - 7.34
Lohmann et al. 2010	127	59,8-73,8	2-8	6,4 - 7,5
Rubak et al. 2008	265	40-69	Nyupptäckta	-

### *Egenvårdsansvar – Självtändighet i beteendeförändring och självupplevd kompetens (tilltro till egen förmåga)*

I en studie framkom det att patienter, som fått vägledning enligt MI metoden under 1 års tid, var signifikant mer självständiga och motiverade till att förändra sina beteenden, jämfört med kontrollgruppen. De var också signifikant mer medvetna om betydelsen av att hålla sin diabetes under kontroll, samt hade en signifikant bättre förståelse av möjligheten att fördröja eller helt undvika komplikationer. (Rubak et al. 2008)

En annan studie kom fram till att patienterna som fått MI visade signifikant högre nivå av självupplevd kompetens i hanteringen av sin diabetes, efter ett år med interventioner, men att denna skillnad var borta vid uppföljningen efter 24 månader. (Rosenbek Minet et al. 2011)

Ytterligare en studie kunde inte påvisa några uppmätta effekter på självupplevd kompetens, men kunde konstatera en fördelaktig effekt på Locus of control (upplevelsen av att kontrollen över ens liv ligger inom en själv) och kunskap kring sjukdomen. (Heinrich et al. 2010)

### *Vägledning – Variation i Utförare, MI utbildning av personal och tidsbruk på patientsamtal*

Det förekom en variation i antal vägledningssamtal, samtalslängd, utförare och utbildning som erbjöds den personal som skulle utföra interventionen. (Tabell 3)

Tabell 3. Vägledning enligt MI-metoden

Studie	Tillfällena per patient	Tid (min)	Utförare	MI-utbildning
Rosenbek Minet et al. 2011	Upp till 5 st. på 1 år, i tillägg till sedvanlig vård	45	Sjuksköterska, dietist, sjukgymnast eller psykolog	5 dagar med teoretisk introduktion i MI strategier, sen coaching var 3:e mån i 18 mån
Rubak et al. 2009	3 st. på 1 år, inkluderat i sedvanlig vård	45	Allmänläkare	1 ½ dag teoretisk utbildning i tillägg till litteratur, sen ½ dags uppföljning 2 ggr under 1:a året
Welch et al. 2010	4 st. på 6 mån, inkluderat i sedvanlig vård (+ 1 träff á 60 min & 3 träffar á 30 min i tillägg)	30-60	CDE's (Certified by the American Association of Diabetes Education Accreditation Program	2 dagars workshop, sen individuell telefonbaserad uppföljning 2 ggr/mån under 1:a året, sen 1 gång/mån under resten av studien

Heinrich et al. 2010	3-4 st. på 1 år inkluderat i sedvanlig vård	15	Sjuksköterskor	2 dagar á 5 timmar. Utbildning i en anpassad form för MI (också utbildning i ett icke-MI baserat egenvårdsprogram ingick) + litteratur. Uppföljning efter 3,6,9 & 11 mån. (Skriftlig feedback på två bandinspelningar vid 3 mån, resten var personliga besök á 3 tim) + 5 tim med frivilliga gruppmöten
Lohmann et al. 2010	4 st. på 1 år inkluderat i sedvanlig konsultation (+ provtagning och fys-tester med annan personal, dagen innan läkarbesök)	15	Allmänläkare	6 timmars utbildning (3 timmar utbildning i test av aerobic- och muskelstyrka, 3 timmar MI undervisning)
Rubak et al. 2008	Denna studie grundades på validerade frågeformulär efter vägledning á 3 st. på 1 år inkluderat i sedvanlig vård	45	Allmänläkare	1 ½ dag teoretisk utbildning i tillägg till litteratur + ½ dags uppföljning 2 ggr under 1:a året

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

I denna uppsats står begreppet litteraturoversikt för ett strukturerat arbetssätt där systematiska val av texter, inom ett specifikt område som är innanför vårdvetenskap och allmänsjuksköterskans arbetsområde, ligger till grund för översikten. Litteratur som valts ut kvalitetsgranskas och analyseras. Resultatet blir sen till en beskrivande översikt av området. (Friberg, 2006)

Det är forskningsartiklar där MI-metoden utgör en del i behandlingen av patienter med typ 2-diabetes, med fokus på egenvårdsansvar och/eller HbA1C, som denna litteraturöversikt baseras på.

Författaren är klar över att både antalet databaser som använts och begränsningen av publikationsdatum kan anses vara en svaghet i studiens design.

Sök i flera databaser och utökat tidsintervall hade med hög sannolikhet resulterat i ökat antal relevanta studier. Ett större antal kvalitetsgranskade och analyserade studier hade kunnat ge en mer utfyllande litteraturöversikt och därmed ökat dess informationsvärde.

## **Diskussion av framtaget resultat**

I denna litteraturöversikt ingår flera kvantitativa artiklar vars studier försökte att med hjälp av validerade frågeformulär fånga upp kvalitativa data om patienternas upplevda självkompetens, motivation till beteendeförändringar, förståelse av diabetes och föreställningar om prevention samt behandling. (Rubak et al. 2008; Rosenbek Minet et al. 2011; Heinrich et al. 2010) Detta tillvägagångssätt, samt de slutsatser som bygger på dessa studier bör vara ämne för fortsatt diskussion.

Det krävs att frågeformulär vid kvantitativ insamlingsmetod är reliabla (väldefinierade, standardiserade och har tydliga anvisningar om hur de ska fyllas i) och valida (mäter det som är avsett att mätas). Det är dock viktigt att tänka på att validiteten i frågeformulär sällan är belagd, etablerad eller verifierad. (Forsberg & Wengström, 2003) Man bör därför ha en ödmjuk inställning till framkommet resultat.

Artiklarna som användes i denna litteraturöversikt visade ingen signifikant ändring i HbA1c värdet.

När studiepopulationens utgångsvärde för HbA1c redan uppfyller, eller ligger nära Socialstyrelsens riktvärde på <6,0 % (Socialstyrelsen, 2010), innebär det att en större ändring mot förbättrat värde i utgångspunkten inte är möjlig.

Tar man dessutom i betraktning patienternas ålder och antal år med sjukdomen är en ändring i många fall troligtvis inte ens önskvärd. Frihet från symtom av högt blodglukos är ett absolut mål för samtliga patienter med typ 2-diabetes. Målet för genomsnittlig



blodglukoskontroll (HbA1c) bör däremot utformas utifrån individuella bedömningar av nytta och risk.

Frekventa hypoglykemier, svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom samt palliativ vård kan motivera för högre värden. Nydiagnostiserad diabetes, debut i lägre ålder och låg risk för oupptäckt hjärt- och kärlsjukdom kan däremot motivera en eftersträvan av HbA1c- värden i eller nära normalområdet. (a.a.)

Resultatet i denna litteraturöversikt är inte entydigt. Vägledning enligt MI-metoden har visat sig kunna hjälpa patienter med typ 2-diabetes att ta ansvar för sin egenvård. Bl.a. med empatiskt bemötande, äkta engagemang och uppmuntran understödjer vägledaren de förändringar som patienten själv önskar genomföra. Inga signifikanta effekter på HbA1c har kunnat påvisas i MI-interventioner.

Detta resultat kan jämföras med en review, där man sammanställt resultat från 37 artiklar. Samtliga artiklar handlade om MI-metoden för att främja förändring i hälsobeteende, varav 9 specifikt om diabetes. Där framkom att MI hade en gynnsam effekt på flera levnadsvanor, bl.a. själva bemötandet av patienterna ser ut till att kunna motivera de till ökat deltagande i olika program för fysisk aktivitet, samt förändring av kostvanor. Signifikanta effekter har kunnat ses av MI-intervention för patienter med typ 2-diabetes, bl.a. sänkning av HbA1c över tid, ökad självkänsla och upplevd förmåga av att kunna hantera sin diabetes. (Martins & McNeil, 2009)

Även i en systematisk översikt, baserad på 87 studier, fann man en stark evidens för att MI i tillägg till kognitiv beteendeterapi bl.a. kan bidra till förbättrad glykemisk kontroll. (Spahn, Reeves, Keim, Laquatra, Kellogg, Jortberg & Clark, 2010)

I Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010, baserar Socialstyrelsen sin rekommendation att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda motivationshöjande samtal enligt MI-metoden på SBU rapporten: Patientutbildning vid diabetes, från 2009. (SBU 2009)

De tre forskningsartiklar som SBU lägger till grund för utvärderingen av MI är samtliga RCT-studier. Första studien handlar om stödsamtal via telefon till patienter med typ 2-diabetes. (Dale, Caramlau, Sturt, Friede & Walker, 2008) Andra studien handlar om MI och viktnedgång hos kvinnor med typ 2-diabetes. (West, DiLillo, Bursac, Gore & Greene, 2007) Tredje studien handlar om MET (Motivational Enhancement Therapy) med eller utan KBT (Kognitiv Beteende Terapi) vid behandling av typ 1 diabetes. (Ismail, Thomas, Maissi, Chalder, Schmidt, Bartlett, Patel, Dickens, Creed & Treasure, 2008)

Det forskningsunderlag som SBU rapporten använder sig av, i sin utvärdering av MI-metoden, bör även det kunna diskuteras vidare.

Med utgångspunkt i de forskningsartiklar som kvalificerade sig till denna litteraturöversikt kan man även här ifrågasätta underlaget för bedömning av MI-metoden. Frågan är i vilken utsträckning utövarna i dessa studier har tillräcklig MI kompetens, då det är nödvändigt, både vid inlärnin g och praktiserande av MI, att man förstår metodens övergripande anda och underliggande antaganden.

MI respekterar patientens självbestämmande, även om deras beteende i andras ögon kan verka stötande. Tillvägagångssättet bygger på en relation mellan vägledare och patient, präglad av samarbete, där vägledaren framkallar patientens egen inre motivation och resurser för förändring. Vägledaren försöker skapa en positiv personlig atmosfär som främjar förändring, genom att hos patienten framkalla och utveckla tal som är inriktat mot förändring (förändringsprat). Underförstått ligger tron på att varje individ har en inre motivation och resurser som man behöver framkalla. (Miller et al. 2002)

Vägledarens uppgift är att frigöra den potentialen och underlätta de naturliga förändringsprocesserna inom patienten. MI handlar om att hjälpa patienten att lösgöra sig från den ambivalens som snärjer dem i återkommande cykler av självdestruktivt beteende. MI-metoden är avsett att se till att patienten blir frigjort från sina låsningar och sätta igång förändringsprocessen. När den väl är igång är det högst individuellt hur mycket extra hjälp patienten behöver innan förändring inträffar. (a.a.)

Enklare tekniker, i samma anda som MI och som lätt kan läras, har tagits fram för situationer när tid för patientvägledning är mer begränsad. Dessa ska dock inte förstås som att de utgör MI-metoden. Att lära sig MI-metoden tar tid. Det går inte att lära sig MI på en 2-dagars kurs. För att utveckla kunskap och färdighet, som vägledare enligt MI-metoden, rekommenderas att återkommande bandinspelningar görs av vägledningssamtal med patienter, som det sen ges kvalificerad feedback på. (a.a.) I Sverige erbjuds denna feedback mot en kostnad av ett laboratorium vid Karolinska Institutet.

I denna litteraturöversikt är det därmed endast i de två amerikanska kvalitativa studierna, (bägge är anslutna till RCT-studien DYNAMIC), som utövarna fått möjligheten till att utveckla sina MI färdigheter på det sätt som upphovsmännen förespråkar.

## Slutsats och kliniska implikationer

När behandlingsupplägget för vägledning styrs utifrån patientens behov och vägledaren har goda kunskaper och färdigheter i MI, har vägledning enligt MI-metoden visat sig kunna öka egenvårdsansvaret, hos patienter med typ 2-diabetes som är i behov av ändrade levnadsvanor. När den enskilda patienten erbjuds att själv identifiera och förstå sina känslor kring ändring av egenvårdsbeteende, leder det som regel till en ökad självinsikt. En insikt i att ansvaret för eventuella beteendeförändringar ligger hos dem. Vägledarens empatiska och stödjande förhållningssätt främjar samarbetet och bidrar till att stärka patientens empowerment (egenmakt). Detta är som oftast nödvändigt för att få patienten till att agera och åta sig en förändring. (Dellasega et al. 2011; Dellasega et al. 2010)

MI är en evidensbaserad metod som kräver mycket goda kunskaper och färdigheter hos vägledaren. Det finns omfattande vetenskapligt stöd för metoden inom en rad områden, men ytterligare forskning krävs med avseende på diabetes, vilket det också finns stort intresse för.

Sjuksköterskor som idag arbetar inom den svenska primärvården och i den primärvårdsanslutna hemsjukvården, har i de allra flesta fall inte möjlighet att arbeta efter MI-metoden. Den enskilda sjuksköterskan får sällan den utbildning och kvalificerad feedback som är nödvändig. Brist på tid tillsammans med patienterna försvårar också uppbyggandet av den relation som är fundamentet för MI-metoden.

Med bakgrund i det som framkommit i denna litteraturöversikt bör det dock, enligt författarens mening, finnas starka skäl för fortsatt utbildning och satsning på MI för sjuksköterskor inom diabetesvården, kopplat till kvalificerade vetenskapliga utvärderingar.

## Referenser

- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C-G. (2010). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Dale, J., Caramlau, I., Sturt, J., Friede, T., & Walker, R. (2008). Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. *Patient Education and Counseling, 75*, 91-98.
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R., & Gabbay, R. (2011). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice, 95*, 37-41.
- Dellasega, C., Gabbay, R., Durdock, K., & Martinez-King, N. (2010). Motivational Interviewing to change type 2 diabetes self-care behaviours. *Journal of Diabetes Nursing, 14*, 112-118.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Heinrich, E., Candel, M., Schaper, N., & de Vries, N. (2010). Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice, 90*, 270-278.
- Ismail, K., Thomas, S., Maissi, E., Chalder, T., Schmidt, U., Bartlett, J., Patel, A., Dickens, C., & Creed, F. (2008). Motivational Enhancement Therapy with and without Cognitive Behavior Therapy to Treat Type 1 Diabetes. *Annals of Internal Medicine, 149*, (10), 708-719.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counselling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice, 11:41*. doi:10.1186/1471-2296-11-43
- Lohmann, H., Siersma, V., & Olivarius, N. (2010). Fitness consultations in routine care of patients with typ 2 diabetes in general practice: an 18-month non-randomised intervention study. *BMC Family Practice, 11:83*. doi:10.1186/1471-2296-11-83
- Martins, R., & McNeil, D. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review, 29*, (4), 283-293.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*. (Andra upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård – Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Rosenbek Minet, L K., Lonvig, E-M., Henriksen, J-E., & Wagner, L. (2011). The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Reseach, 21*, 1115-1126.
- Rosenbek Minet, L K., Wagner, L., Lonvig, E-M., Hjelmberg, 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*, 1620-1629.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2008). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes.

- Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 172-179.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009). Effect of “motivational interviewing” on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 92-98.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spahn, J., Reeves, R., Keim, K., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B., & Clark, N. (2010). State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counselling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(6), 879-891.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Patientutbildning vid diabetes – En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Welch, G., Zagarins, S., Feinberg, R., & Garb, J. (2010). Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 91, 54-60.
- 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.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 (2)

Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsdesign, kvalitetsbedömning
Dellasega, Anel-Tiangco & Gabbay, 2011, USA.	How patients with type 2 diabetes mellitus respond to Motivational interviewing.	Kontrollera kvaliteten på RCT-studien DYNAMIC, samt avgöra hur patienterna reagerade på MI interventionerna (designade för att främja positiva beteendeförändringar). Man önskade även identifiera vilka specifika strategier som patienterna själva ansåg hjälpte och inte.	Fenomenologisk metod med fokusgrupper. 19 patienter (10 män, 9 kvinnor, medelålder 62,1 år) fördelat på 4 grupper. Samtliga rekryterade från RCT-studien där de deltagit 1 år. Intervjun utförs av samma moderator i alla grupper.	Det framkom 5 teman som var relaterade till MI: 1) Ansvar på egna premisser. 2) Bli lyssnad på och bemött som en individ. 3) Uppmuntran och empowerment genom empati. 4) Samarbete/partnerskap. 5) Coaching istället för kritik.	Kvalitativdesign, hög kvalitet.
Dellasega, Gabbay, Durdock & Martinez-King, 2010, USA.	Motivational Interviewing to change type 2 diabetes self-care behaviours.	Kontrollera kvaliteten på RCT-studien DYNAMIC, samt se på hur patienter från olika kliniker reagerade på MI interventionerna halvvägs i studien. Man önskade även beskriva det framträdande i MI konceptet, 1 år efter att själva DYNAMIC studien startat.	Fenomenologisk metod med fokusgrupper. 19 patienter (10 män, 9 kvinnor, medelålder 62,1 år) fördelat på 4 grupper. Samtliga rekryterade från RCT-studien där de deltagit 6 månader. Intervjun utförs av samma moderator i alla grupper.	Följande kategorier identifierades: 1) Ansvar kontra skam och skuld. 2) Erbjudna utifrån behov kontra "förskriva" enligt protokoll. 3) Stöd att komma ur förnekelse & depression kontra fokus på fysiska parametrar. 4) Kommunikationsfärdigheter som framhäver ärlig oro/äkta engagemang kontra "färdigt utfyllt schema med risker" 5) Motivation och empowerment kontra negativ feedback.	Kvalitativdesign, hög kvalitet.

<p>Rosenbek Minet, Lonvig, Henriksen &amp; Wagner, 2011, Danmark.</p>	<p>The experience of living with diabetes following a self-management program based on Motivational interviewing.</p>	<p>Del av ett forskningsprojekt som inkluderar en större RCT-studie. Undersöka och beskriva patienternas upplevda erfarenhet av att leva med diabetes, då de följer ett egenvårdsprogram baserat på MI.</p>	<p>Fenomenologisk metod med fokusgrupper. 22 patienter (10 män, 12 kvinnor, mellan 30-72 år, 4 med typ 1 diabetes och 18 med typ 2-diabetes) fördelat på 7 grupper. Samtliga rekryterade från RCT-studien. Intervjun utförs av samma moderator i alla grupper.</p>	<p>Tre huvudteman framkom: 1) Bli självständig i hanteringen av sin diabetes. 2) Hantera egenvårdens "regler". 3) Skapa ett stödjande socialt nätverk.</p>	<p>Kvalitativdesign, hög kvalitet.</p>
<p>Welch, Zagarins, Feinberg &amp; Garb, 2010, USA.</p>	<p>Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients?</p>	<p>Fastställa om HbA1c förbättras när MI används i tillägg till egenvårdsutbildning, jämfört med enbart egenvårdsutbildning.</p>	<p>RCT-studie. 118 patienter i interventionsgruppen och 116 i kontrollgruppen. 4 CDEs (certified by the American Association of Diabetes Educators Diabetes Education Accreditation Program) deltog från diabetes kliniken vid ett större sjukhus. 2 fick utbildning i MI.</p>	<p>Egenvårdsutbildning förbättrade HbA1c, vilket understryker dess vikt i behandlingen av typ 2-diabetes. Men MI + egenvårdsutbildning visade sig vara mindre effektivt än enbart egenvårdsutbildning.</p>	<p>Kvantitativ design, medel kvalitet.</p>

<p>Rosenbek Minet, Wagner, Lonvig, Hjelmberg &amp; Henriksen, 2011, Danmark.</p>	<p>The effekt 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.</p>	<p>Mäta effekten av MI baserad vård jämfört med sedvanlig vård på HbA1c och self-efficacy (självkompetens). Hypotes: MI kan; 1) Sänka HbA1c nivåerna. 2) Öka self-efficacy (självkompetens) 3) Öka egenvården jämfört med sedvanlig vård.</p>	<p>RCT-studie. 173 patienter i interventionsgruppen, (varav 133 med typ 2 diabetes) och 176 i kontrollgruppen (varav 140 med typ 2 diabetes). 3 diabetes sjuksköterskor, 2 dietister, 1 sjukgymnast och 1 psykolog utbildades för att utföra MI.</p>	<p>Ingen signifikant skillnad mellan grupperna med avseende på HbA1c. Patienterna i interventionsgruppen visade signifikant högre nivå av självupplevd kompetens i hanteringen av sin diabetes efter 1 år med interventioner, men denna skillnad mellan grupperna sågs inte vid 24 månaders uppföljning.</p>	<p>Kvantitativ design, medel kvalitet.</p>
<p>Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen &amp; Christensen, 2008, Danmark.</p>	<p>General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes.</p>	<p>Delstudie till ADDITION studien, avslutas år 2015. Undersöka om MI träning av allmänläkare kan förbättra patienter med typ 2 diabetes: 1) Förståelse av diabetes. 2) Föreställningar om prevention och behandling. 3) Motivation för beteendeförändringar.</p>	<p>RCT-studie. 119 patienter och 29 allmänläkare i interventionsgruppen. 115 patienter och 30 allmänläkare i kontrollgruppen. Samtliga läkare i båda grupperna fick träning i målrättad intensiv behandling av typ 2 diabetes. Läkarna i interventionsgruppen fick i tillägg utbildning i MI. Validerade frågeformulär skickades ut till samtliga patienter i bägge grupperna 12 månader efter att studien startat.</p>	<p>Patienterna i interventionsgruppen var signifikant mer självständiga och motiverade till att ändra sina beteenden efter 1 år, jämfört med patienterna i kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen var också signifikant mer medvetna om vikten av att kontrollera sin diabetes och hade en signifikant bättre förståelse av möjligheten att undvika komplikationer.</p>	<p>Kvantitativ design, hög kvalitet.</p>



<p>Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen &amp; Christensen, 2009, Danmark.</p>	<p>Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow up of an RCT, ADDITION Denmark.</p>	<p>Delstudie till ADDITION studien, avslutas år 2015. Utvärdera om utbildning i MI för allmänläkare förbättrar patienters följsamhet vid målrättad intensiv behandling av typ 2 diabetes, baserad på riskparametrar och receptbelagda mediciner, hos patienter upptäckta via screening.</p>	<p>RCT-studie. 307 patienter och 54 allmänläkare i interventionsgruppen. 321 patienter och 70 allmänläkare i kontrollgruppen. Samtliga läkare i båda grupperna fick träning i målrättad intensiv behandling av typ 2 diabetes. Läkarna i interventionsgruppen fick i tillägg utbildning i MI. Blodprover, journaler, nationella registerfiler och validerade frågeformulär från patienterna erhöles.</p>	<p>Studien fann ingen effekt av MI på metaboliskt status eller på följsamhet med mediciner hos patienter med typ 2 diabetes upptäckt via screening. Däremot var det signifikant förbättrad metabolisk status och utmärkt följsamhet med mediciner efter ett år i bägge studiegrupperna.</p>	<p>Kvantitativ design, hög kvalitet.</p>
<p>Heinrich, Candel, Schaper &amp; de Vries, 2010, Holland.</p>	<p>Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care.</p>	<p>Utvärdera effekten av MI baserad väglednings träning för sjuksköterskor på beteendemässiga, kliniska och processinriktade utfall hos patienter med typ 2 diabetes.</p>	<p>RCT-studie. Totalt 584 patienter i studien. I interventionsgruppen var det 18 sjuksköterskor och 15 sjuksköterskor i kontrollgruppen. Sjuksköterskorna i interventionsgruppen förväntades använda MI baserad vägledning under sedvanlig vård.</p>	<p>Resultatet indikerar på ofördelaktig effekt på fettintag och HDL och fördelaktig effekt på förändrad "Locus of control" (upplevelsen av att kontrollen över sitt liv ligger inom sig själv) och kunskap. Inga effekter uppmättes på frukt &amp; grönsaks intag, fysisk aktivitet, HbA1c, vikt, blodtryck, total kolesterol, LDL, triglycerider, vårdklimat, livskvalitet eller på self-efficacy (självkompetens).</p>	<p>Kvantitativ design, hög kvalitet.</p>

<p>Lohmann, Siersma, &amp; Olivarius, 2010, Danmark.</p>	<p>Fitness consultations in routine care of patients with type 2 diabetes in general practice: an 18 month non-randomised intervention study.</p>	<p>Undersöka om det var genomförbart för allmänläkare och deras personal att motivera patienter med typ 2 diabetes, till att öka och bibehålla muskelstyrka samt kondition, genom egenvårds hantering av fysisk aktivitet. Genom MI baserad vägledning, om patientens fysiska kondition i samband med sedvanlig konsultation, kombinerat med regelbundna fysiska tester undersöktes ändring i fysisk kondition (uttryckt via VO2max), muskelstyrka i över- och underkropp, HbA1c och HDL-kolesterol.</p>	<p>Okontrollerad studie under 18 månader, med uppföljning och utvärdering av effekt var tredje månad. 127 patienter och 6 allmänläkare deltog.</p>	<p>Ökning i VO2max, muskelstyrka (över- och underkropp), HDL-kolesterol, medan HbA1c förblev oförändrat.</p>	<p>Kvantitativ design, låg kvalitet.</p>
--	---	--	--	--	--

**Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod  
(Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)**

*Beskrivning av studien, t.ex. metodval* .....

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

*Urval*

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

*Metod för*

- urvalsförfarandet tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

- datainsamling tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

*Giltighet*

- Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad? (om tillämpligt)  Ja  Nej  Vet ej

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

*Kommunicerbarhet*

- Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Redovisas innehållet i förhållande till en teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?  Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd**

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Hög  Medel  Låg

**Kommentar**

.....  
Granskare sign: .....

---

**Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod  
(Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)**

**Beskrivning av studien**

*Forskningsmetod*  RCT  CCT (ej randomiserad)

Multicenter, antal center .....

Kontrollgrupp/er .....

*Patientkaraktäristika*

Antal .....

Ålder .....

Man/Kvinna .....

*Kriterier för inkludering/exkludering*

Adekvat inkludering/exklusion  Ja  Nej

*Intervention* .....

.....

.....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått .....

.....

*Urvalsförfarandet beskrivet?*  Ja  Nej

*Representativt urval?*  Ja  Nej

*Randomiseringsförfarandet beskrivet?*  Ja  Nej  Vet ej

*Likvärdiga grupper vid start?*  Ja  Nej  Vet ej

*Analyserade i den grupp de randomiserades till?*  Ja  Nej  Vet ej

*Blindning av patienter?*  Ja  Nej  Vet ej

*Blindning av vårdare?*  Ja  Nej  Vet ej

*Blindning av forskare?*  Ja  Nej  Vet ej

**Bortfall**

*Bortfallsanalysen beskriven?*  Ja  Nej

*Bortfallsstorleken beskriven?*  Ja  Nej

*Adekvat statistisk metod?*  Ja  Nej

*Etiskt resonemang?*  Ja  Nej

*Hur tillförlitligt är resultatet?*

Är instrumenten valida?  Ja  Nej

Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej

Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall,  
statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

.....

.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Hög  Medel  Låg

Kommentar

.....

Granskare sign: .....

---