

Bacheloroppgave

Motiverende samtale og vektreduksjon

av

102191 og 102192

29.04.16

VF 200 – Bacheloroppgave

Friskliv og lokalt folkehelsearbeid

Antall ord: 11107

April, 2016

Institutt for helsefag - Høgskolen Kristiania

“Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag – Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

Motiverende samtale er enkelt, men ikke lett.

Forord

Denne oppgaven har både vært utfordrende og lærerik, og de erfaringer vi har fått kommer til å gi utbytte ved senere anledninger.

Vi vil takke vår veileder som har vært til stor hjelp, gitt gode tilbakemeldinger og har vist vei i uklare situasjoner.

Sammendrag

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen, og i resten av verden. I Norge har omtrent to av tre voksne overvekt, og én av fem har fedme. Dette øker risikoen for sykdom betraktelig. I arbeidet med å hjelpe mennesker med å endre levevaner er det viktig å være klar over at det å etablere og endre vaner påvirkes av en rekke faktorer, og at valgene våre kan være styrt av sammensatte og komplekse årsaker. Helsedirektoratet anbefaler motiverende samtale (MI) i endring av levevaner. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å se nærmere på samspillet mellom MI og vektreduksjon.

Problemstilling

I hvilken grad kan motiverende samtale (MI) føre til vektreduksjon hos personer med overvekt eller fedme, og hvilke faktorer påvirker utfallet?

Oppgaven er besvart ved bruk av litteraturstudie. Vi ønsket å innhente kvantitative data for å se på effekten av motiverende samtale, samt innhente kvalitative data for å få en dypere forståelse for bakgrunnen til effekten. Besvarelsen er hovedsakelig basert på 14 artikler som er kvalitetsvurderte ut i fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sin database for statistikk om høgre utdanning. I tillegg er det benyttet fagbøker og studier om aktuelt tema for å belyse ulike aspekter ved bruk av MI som metode.

Litteratursøk ble gjennomført i databasene Cinahl, PubMed og MEDLINE med følgende søkeord; motivational interviewing, overweight, obesity, adult og weight loss.

Det systematiske litteratursøket ble begrenset til de siste fem årene. Det var variasjon i hvordan MI- intervensjonen var sammensatt og levert, og hvordan de enkelte studiene hadde valgt å måle utfallene.

Våre funn viser at MI ser ut til å ha liten til medium effekt når det gjelder vektnedgang hos personer med overvekt eller fedme. Det ser ut til at mengden MI- samtaler, samt påvirkningsfaktorer hos hjelper og klient kan spille en vesentlig rolle for utfallet. Faktorer hos hjelper kan være tilegnede ferdigheter i MI og evne til å vise empati. Effekten ser også ut til å påvirkes av om klienten er villig til å snakke om det aktuelle problemstillingen eller ei.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning	5
1.1 Presentasjon av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
2.0 Teoretisk forankring	6
2.1 Overvekt og fedme	6
2.2 Endring av levevaner	7
2.3 Stages of Change	7
2.4 Motiverende samtale (MI).....	8
2.4.1 Grunnleggende verdier i MI	9
2.4.2 Motivasjonssamtalens fire prosesser	10
2.4.3 MI- samtalens fem faser	11
3.0 Metode	12
3.1 Hva er metode?	12
3.2 Valg av metode	12
3.3 Litteratursøking	12
3.4 Kriterier for litteratursøk	13
3.5 Artikkelutvelgning av litteratursøk.....	13
3.6 Systematisering og analyse av data	14
3.7 Dokumentasjonskvalitet.....	14
3.8 Forskningsetikk.....	15
3.9 Svakheter med metoden	15
4.0 Resultater	16
4.1 Har MI effekt?	17
4.2 Påvirkningsfaktorer.....	19
4.3 Hvor utøves MI?	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Effekt.....	21
5.2 Faktorer hos hjelperen	22
5.3 Faktorer hos klienten.....	25
5.4 Dose-respons.....	26
5.5 Implementering av MI.....	27
5.6 Kritikk til den metodiske tilnærmingen	27
6.0 Konklusjon	29
Referanseliste	30

1.0 Innledning

Helseminister Bent Høie er bekymret, og sier at overvekt og fedme er ett av vår tids største helseproblemer (1). Det utgjør en stor trussel både for den enkelte og for samfunnet.

I løpet av de siste 60 årene har det skjedd store endringer i den norske folkehelsen (2). Etter andre verdenskrig ble det et skifte i sykdommer som truet den norske folkehelsen. I dag har vi ved hjelp av gode vaksiner blitt kvitt nesten alle dødelige infeksjonssykdommer, men livsstilen til det norske folk har ført til at ikke-smittsomme sykdommer har blitt den nye trusselen for folkehelsen. Det norske sykdomsbildet preges i dag av overvekt, fedme, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, depresjon, angst og KOLS.

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet og et variert og balansert kosthold er svært viktig for å bevare helsa. Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, samt Veileder for kommunale frisklivssentra er noen av dokumentene som danner grunnlaget for at kommunene øker satsingen på forebyggende folkehelsearbeid (3–5).

I lys av økt oppmerksomhet rundt forebygging av livsstilssykdommer anbefaler Helsedirektoratet bruk av motiverende samtale (MI) ved endring av levevaner (5). En bachelorgrad i Friskliv og lokalt folkehelsearbeid skal i følge studiebeskrivelsen blant annet gjøre oss studentene i stand til å veilede og motivere personer til å ta gode livsstilsvalg. Vi tror at motiverende samtale vil være et viktig verktøy å ha god kjennskap til og ferdigheter i, i arbeidet for et friskere Norge. Vi mener vi vil kunne bruke dette i flere situasjoner og ønsker være trygge på at metoden vi bruker for å oppnå gode resultater er gjennomprøvd og evidensbasert.

1.1 Presentasjon av tema

Som studenter på bachelorstudiet Friskliv og lokalt folkehelsearbeid ved Høyskolen Kristiania, skal vi i løpet av dette semesteret skrive en avsluttende bacheloroppgave med selvvalgt tema. Vi har valgt motiverende samtale, da vi ønsker å få en dypere forståelse av hvorfor dette er en anbefalt samtaleteknikk i endringsarbeid. Temaet ble valgt ut i fra relevans for utdanningen og nytteverdi videre ut i arbeidslivet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I hvilken grad kan motiverende samtale (MI) føre til vektreduksjon hos personer med overvekt eller fedme, og hvilke faktorer påvirker utfallet?

MI står i denne sammenheng for motiverende intervju/ motiverende samtale. Videre i oppgaven vil forkortelsen MI bli brukt.

2.0 Teoretisk forankring

2.1 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen og i resten av verden (6). I Norge har omtrent to av tre voksne overvekt, og én av fem har fedme. Dette øker risikoen for sykdom betraktelig.

Kroppsmasseindeks (KMI) er et parameter som brukes for å vurdere kroppsvekt og fettfordeling sett opp i mot helse (6). KMI er vekten i kilo dividert med kvadratet av høyden i meter. KMI brukes til å angi grensene for normalvekt og vekt som kan representere sykdomsrisiko. WHO klassifiserer KMI slik for voksne (7):

18–25: normalvekt

≥ 25: overvekt

≥ 30: fedme

30 – 34: fedme grad I

35 – 39: fedme grad II

≥ 40: fedme grad III

Overvekt skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk (6). For nordmenn flest er den fysiske hverdagsaktiviteten kraftig redusert sammenlignet med tidligere, samtidig som tilgjengeligheten på energitett mat har økt. Utvikling av vektproblemer kan ha sammenheng med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger. Det er mange faktorer som kan forstyrre energibalansen og øke sårbarheten, både individuelt og på befolkningsnivå.

Behandlingen for overvekt bør ta utgangspunkt i de komplekse samspillene som bidrar til å forklare at vekten øker og at vektreduksjon ikke alltid er så lett som man kunne ønske. I tillegg utgjør psykososiale forhold viktige betingelser for utvikling av overvekt. Psykologiske forhold relatert til stress, depresjon og overgrepserfaringer kan ha en sentral betydning for vektutviklingen. Medikamenter i behandling for psykiske lidelser kan også disponere for vektøkning.

For personer med overvekt og fedme vil vektreduksjon og regelmessig fysisk aktivitet minske risikoen for flere sykdommer (6). Selv moderat vektreduksjon på 5–10 % gir betydelig gevinst når det gjelder blant annet blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og lette søvnforstyrrelser. Med bakgrunn i dette er det viktig at man benytter gode metoder når personer med overvekt og fedme ønsker å få hjelp til vektreduksjon. For den som skal yte behandling kan utfordringene synes store og mange. Kunnskapsgrunnlaget er bedre nå enn tidligere om hvilke behandlingstiltak som har dokumentert effekt, og hvilke utfordringer den overvektige møter. Den største utfordringen er å styrke dem som har vektrelaterte helseproblemer til å utnytte sine muligheter for å etablere helsefremmende livsstrategier. I en studie som er publisert i *The American Journal of Public Health* med 278 982 deltagere, hevdes det at sjansen for at en person med fedme oppnår normalvekt ved vektreduksjon er 1 av 210 for menn og 1 av 124 for kvinner (8). Blant personer med fedme, oppnådde 1 av 12 menn og 1 av 10 kvinner en vektreduksjon på 5 % etter et år. Av de som oppnådde denne vektreduksjonen hadde 47 % vedlikeholdt vekten etter to år, og 22 % etter fem år. Dette belyser hvor utfordrende det faktisk er å gjennomføre og vedlikeholde en vektreduksjon.

2.2 Endring av levevaner

Det kan være krevende og utfordrende å endre vaner (5). Mange som går i gang med livsstilsendringer opplever at det er vanskelig å opprettholde endringene over tid. I arbeidet med å hjelpe mennesker med å endre levevaner er det viktig å være klar over at det å etablere og endre vaner påvirkes av en rekke faktorer. Valgene våre kan være styrt av sammensatte og komplekse årsaker. Motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte ser ut til å ha særlig stor betydning.

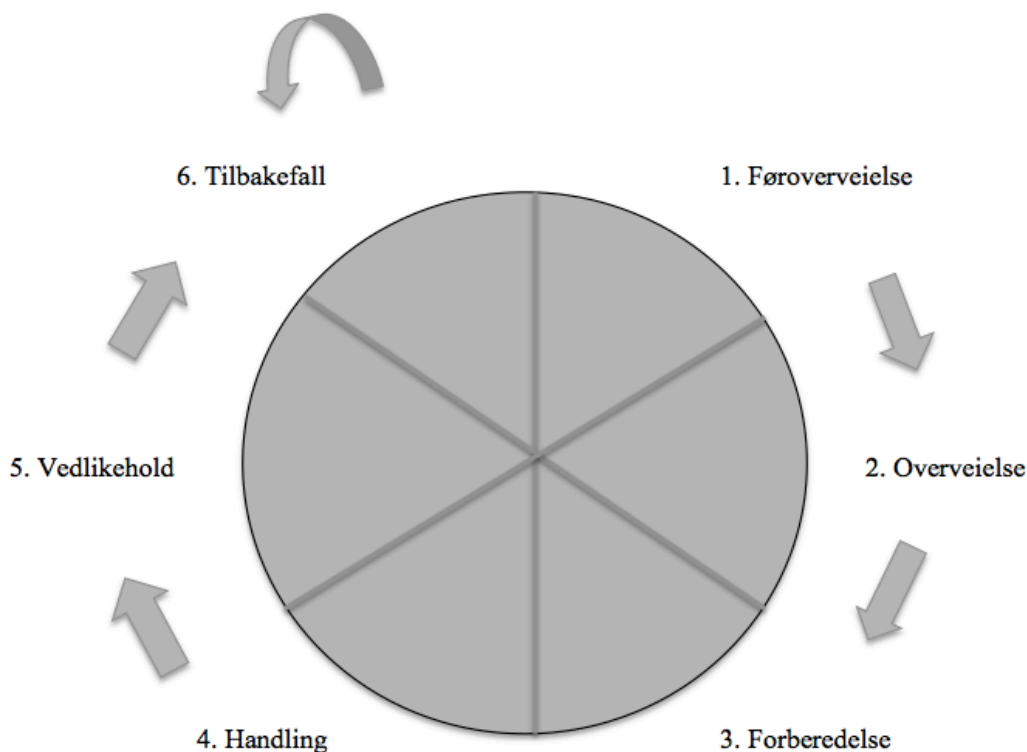
Det å forstå hvordan ulike forhold virker inn på helsen og hvorfor vi ofte strever med å endre vaner, er av stor betydning for dem som arbeider med endringsarbeid (5). Samtaler om endring av vaner krever tilstedeværelse og en åpen holdning. Det å bli tatt på alvor og akseptert for den atferden man ønsker å endre, er avgjørende for å få i gang en god dialog, og i neste omgang en god endringsprosess. Levevaner kan oppfattes som noe privat, og det å stille spørsmål ved en persons levevaner kan oppleves som problematisk og invaderende.

Motivasjon er den grunnleggende faktor i all behandling og endring (6). Uten klientens deltakelse og utholdenhet skjer ingen endring. Endringsprosesser drives av indre motivasjon, en følelse av mestring, selvaktelse og en positiv holdning til seg selv. Ytre motivasjon har trolig mindre virkning, særlig når det gjelder kompliserte forhold som vekt, kropp og levevaner.

2.3 Stages of Change

De amerikanske psykologene James Prochaska og Carlo Di Clemente har utviklet modellen Stages of Change (se figur 1), også kalt den transteoretiske modellen (9). Modellen ble fra første stund forbundet med MI, noen ganger så tett at det var vanskelig å skille dem fra hverandre. Stages of Change beskriver utviklingen en person går gjennom når en prøver å gjennomføre planlagte endringer i livet, og selv er bevisst på endringsarbeidet.

Modellen beskriver fem faser: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (9). Modellen viser en prosess hvor det er gradvis økning av indre motivasjon i stadiene. I fasen føroverveielse har ikke klienten konkrete tanker om endring, det er dermed viktig å hjelpe klienten til å se de negative sidene ved at atferden vedvarer (10). I overveiellesfasen er klienten ambivalent til endringen og trenger å utforske og klargjøre denne ambivalensen. I fasen som kalles forberedelse tas det en beslutning om endring i nær framtid. Handlingsfasen inneholder som regel både framgang og tilbakeslag. Mange vil føle glede og lettelse over at de endelig gjør noe med det de har tenkt på lenge. For andre er den planlagte endringen mer krevende og komplisert enn de hadde tenkt på forhånd. Det vil etter hvert bli etablert et nytt atferdsmønster hvor endringen vil gå mer av seg selv, uten at det er behov for så mye planlegging og styring. Dette er overgangen til vedlikeholdsfasen som oftest skjer omtrent seks måneder etter handlingen ble iverksatt. En viktig oppgave i vedlikeholdsfasen er å unngå tilbakefall. Tilbakefall er så vanlig at det å ikke ha tilbakefall hører til sjeldenhetene. Det er dermed viktig å lage strategier for å komme raskt tilbake fra tilbakefallet.



Figur 1: Endringshjulet av Prochaska og Di Clemente (9).

2.4 Motiverende samtale (MI)

MI ble utviklet av professorene William R. Miller og Stephen Rollnick. MI ble i utgangspunktet utviklet for å hjelpe personer med rusmisbruk og avhengighet, men har i ettertid vist seg å være generaliserbart til motivasjonsarbeid innen mange ulike felt (9). Metoden har siden begynnelsen stått sterkt i Norge og Skandinavia, der også statlige helsemyndigheter har støttet utviklingen av metoden (11). Årsaken til at man ikke er i energibalanse kan som beskrevet tidligere være ulike fra person til person. Med bakgrunn i dette er det viktig at hvert enkelt individ får fortelle om sine årsaker til overvekt ved en eventuell behandling for vektreduksjon. MI kan i denne sammenheng være en god behandlingsmetode. Videre presentasjon av MI i denne oppgaven har som hensikt å gi en grunnleggende forståelse av metoden.

MI er en samarbeidende, målrettet kommunikasjonsstil med særlig fokus på endringssnakk (12). Formålet er å styrke klientens motivasjon og utvikling mot et definert mål, gjennom å hente frem og utforske klientens egne grunner til endring, i en atmosfære preget av aksept og medfølelse. Samtalen er klientsentrert og tar utgangspunkt i klientens oppfatninger, tanker og opplevelser, og begrenses av de rammene klienten selv setter opp (9). MI som metode handler om å være sammen med klienten fra et reflekterende ståsted og utveksle tanker, overveielser og synspunkter som kan bidra til å skape endring. Endringen bør være basert på personens egne opplevelser, oppfatninger, prioriteringer og valg. Hjelperen må legge til rette for en trygg og nysgjerrig

atmosfære for at klienten skal kunne fortelle om det aktuelle problemet. Man må skape nok trygghet til at vedkommende orker å fortelle om sine svake sider, samtidig som man må være nysgjerrig nok til å kunne utforske hvorfor forholdene er slik de er og hva som kunne vært annerledes. Både klientens og hjelperens bidrag er dermed nødvendig for at samtalen skal kunne fungere som endring- og motivasjonsarbeid.

MI tar utgangspunkt i at alle mennesker har grunnleggende utviklingsmuligheter som kan gi gode løsninger for hvert enkelt individ (9). Løsninger man selv kommer frem til, er også vanligvis bedre, riktigere og mer solide enn løsninger man får fra andre. Når man hele tiden tar utgangspunkt i klientens egne oppfatninger, minsker man faren for motstand og man unngår maktkamp om hvem som har den beste løsningen.

”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpkunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.”

Kierkegaard (13).

2.4.1 Grunnleggende verdier i MI

MI bygger på et sett holdninger eller verdier som i stor grad er inspirert av en klientsentrert tilnærming (11). Verdiene er ikke unike for MI. De fleste behandlings- og rådgivningsmetoder legger vekt på en respektfull tilnærming, et fungerende samarbeid, empati og en støttende atmosfære. Det som er mer særegent for MI er ønsket om å bygge på klientens egne oppfatninger, prioritering og forståelse. Man vektlegger klientens selvbestemmelse, heller enn å føye seg etter hjelperens oppfatning om hva som er hensiktsmessig. Miller og Rollnick oppsummerer MI med disse fire grunnleggende verdiene:

Samarbeid

Sentralt i MI er at samtalen bygger på et samarbeid mellom hjelper og klient (12). Målet er å utforske personens tanker, følelser og verdier, slik at behovet og viktigheten for endring blir tydelig for personen selv. På denne måten kan de viktige argumentene for en endring uttales med egne ord, fremfor at hjelperen forteller hva personen bør gjøre. MI gjøres ikke mot en person, men for og sammen med personen som er i samtale. Hjelperen er ekspert på faget og metoden, personen er ekspert på seg og sitt liv.

Fremkalle

Hjelperens oppgave er å fremkalle og aktivere personens egne argumenter for endring (12). Indre motivasjon for endring fremmes ved at man utforsker personens egne grunner for endring.

Aksept

Aksept består i denne sammenheng av respekt og anerkjennelse av at klienten i utgangspunktet er et menneske med unik egenverdi og autonomi (12). Hjelper støtter opp om personens rett og evne

til å ta gode valg, samt bekrefter personen for å styrke mestringstillit. I MI tror man at mennesker har bedre mulighet til å lykkes i endringsforsøk dersom de tydelig opplever å bli akseptert.

Medfølelse

Det er viktig at hjelper gjennomfører en samtale med medfølelse og ønske om den andres ”beste” (12). Medfølelse vil si at man aktivt søker å fremme klientens trivsel og prioriterer klientens behov. Det er derfor viktig at man i tillegg til de tre ovenstående verdier handler med medfølelse for å sikre at samtalen gagnar interessene til klienten, og ikke hjelperens.

2.4.2 Motivasjonssamtalens fire prosesser

De fire prosessene oppstår i den rekkefølgen som presenteres nedenfor (12). Hvis man ikke oppnår engasjement med en klient, vil man ikke komme videre i motivasjonssamtalen. Prosessene kan også gjenta seg, det er ikke slik at den ene slutter når den andre begynner. De kan gli inn i hverandre, overlappe hverandre og gjentas.

Å engasjere

Den første av de fire prosessene i MI er å engasjere personen i et samarbeid. Denne prosessen innebærer etablering av en relasjon som fungerer for begge parter i samtalen (12). Å skape et engasjement kan ta noen minutter, eller det kan ta flere samtaler. Engasjementet er nødvendig for at samtalen skal kunne gjennomføres. Personer som aktivt engasjeres har større sannsynlighet for å bli i og få utbytte av samtalen. I denne prosessen er det viktig at hjelper viser sine empatiske evner og bruker samtaleverktøyene åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. MI med høy kvalitet inneholder betydelig flere åpne spørsmål enn lukkede spørsmål, en passelig veksling mellom enkle og komplekse refleksjoner, og mer enn dobbelt så mange refleksjoner og oppsummeringer enn spørsmål totalt (11). Refleksjoner og oppsummeringer er mer effektive for å uttrykke empati enn spørsmål, og tvinger hjelperen til å innta en klientsentrert standpunkt da det i hovedsak er klientens tanker og oppfatninger som blir ytret.

Å fokusere

Engasjementsfasen leder til en spesifikk agenda: det personen har kommet for å snakke om (12). Å fokusere innebærer å utvikle og opprettholde en retning mot ett eller flere endringsmål. Disse målene kan handle om å endre atferd som for eksempel kosthold og/eller aktivitetsnivå. Det kan også handle om endringer av atferd som involverer holdninger, måter å tenke på og det å ta et valg. Fokuseringsprosessen i MI innebærer å klargjøre retningen mot et mål, hvor man blant annet benytter ambivalensutforskning.

Begrepene diskrepans og ambivalens griper inn i hverandre og er ikke alltid enkle å skille fra hverandre (9). Et forsøk på avgrensning kan være å se på diskrepans som en observert forskjell mellom én sak og en annen, og ambivalens som å ha motstridende følelser og verdier knyttet til én og samme sak. Begrepet ambivalens har vært sentralt i utviklingen av MI helt fra begynnelsen (11). Ambivalens sees på som normalt og forventet i en endringsprosess. MI-samtaler kan lede til at ambivalens utvikler seg i retning av endring i stedet for at man står fast. Ambivalens kan vurderes som en ressurs hos klienten. For det første er en ambivalent innstilling bedre enn uvitenhet eller benektelse, og for det andre utgjør den ambivalente tenkemåten et slags ”rom” der personen kan prøve ut forskjellige tenkemåter uten å måtte forplikte seg.

Å utarbeide et sett av alternative valgmuligheter, og be klienter prioritere mellom dem, er en fremgangsmåte som øker klienters aktivitet og deltakelse i samtalen (11). Dette fremmer klientsentrering, gir overblikk og forebygger motstand.

Å fremkalle

Å fremkalle presenteres både som en verdi og en prosess. MI handler om å få tak i de tanker og oppfatninger som klienten har og som kan relateres til ønsket om endring - og få de uttrykt i samtale (11). Med ett eller flere endringsmål som fokus, vil det neste steget i motivasjonsprosessen være å fremkalle personens egen motivasjon for endring (12). Når man fokuserer på et spesifikt mål kan hjelperen forsterke klientens egne tanker og følelser om hvorfor og hvordan vedkommende kan gjennomføre det. Å fremkalle innebærer å la personen selv argumentere for endring, og kan dermed snakke seg selv til endring. Det er som om endringstanker kommer mer i forgrunnen av klientens bevissthet (11). MI er en tilnærming som også er egnet til samtaler med “umotiverte” så lenge de er villige til å snakke om den aktuelle problemstilling.

Å planlegge

Når klienten har motivasjon nok til å foreta en endring, begynner vedkommende som regel å snakke om når og hvordan endringen skal gjennomføres (12). Planleggingsfasen innebærer både å forsterke forpliktelsen til endringen og å utforme en handlingsplan. Det er viktig å høre nøye etter personens egne løsninger, for å understøtte klientens autonomi. Det er også nødvendig å fortsette å fremkalle og forsterke deres egne argumenter for endring ettersom planen utvikler seg.

2.4.3 MI- samtalsens fem faser

MI er en klientsentrert samtalemetode der hjelper og klient er like viktige og aktive (9). Hjelperens aktivitet er strategisk. I begynnelsen legges det vekt på bekreftelse for å la klienten oppleve empati fra hjelper. Deretter inntar begge parter en reflekterende posisjon sammen. Etterhvert kan hjelperen bidra med nye perspektiver og utfordringer slik at samtalen til slutt føres i retning av beslutning og handling. For å få en oversikt over MI, kan metoden oppsummeres i disse fem fasene:

Tabell 1: MI- samtalsens fem faser.

Fase	Kjennetegn
1. Kontakt- og relasjonsskapende fase	Skape tilstrekkelig trygghet til at klienten er i stand til å ta i mot den hjelpen som tilbys.
2. Nøytralt utforskende fase	Nøytral utforsking av klientens opplevelse for å skape en felles oppfatning av utgangspunktet for endring.
3. Perspektivutvidende fase	Utforske mer andres perspektiver på saken. Begreper som er sentrale i denne fasen er diskrepans, ambivalens og motstand.
4. Motivasjonsbyggende fase	Fokus på klientens endringsmotivasjon. Vender blikket mot endring og beslutning.
5. Beslutnings- og forpliktelsesfase	Utforske beslutningen til klienten og underbygge denne. Klienten skal bli mer bevisst på eget ansvar for beslutningen.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

En metode sier noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (14). Bakgrunnen for å velge en bestemt metode baserer seg på hvordan man mener at den vil belyse problemstillingen på best mulig måte og gi oversiktlige data. Metoder kan både være kvalitative og kvantitative. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles, mens den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter og statistikk.

3.2 Valg av metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode for vår bacheloroppgave. Ved å bruke litteraturstudie som metode benyttes eksisterende forskning og litteratur om et valgt tema (14). Vi ønsket å innhente kvantitative data for å se på effekten av motiverende samtale, samt innhente kvalitative data for å få dypere forståelse for bakgrunnen til effekten. Litteraturstudie som metode gir et teoretisk perspektiv og en god grunnmur. Ved å oppsummere forskning får vi en oversikt hvor man kan se at hele puslespillet er mer verdifullt enn én brikke. Med denne metoden vil vi få tilgang til et større materiale for å kunne besvare problemstillingen vår på en tilfredsstillende måte, enn ved bruk av andre metoder. Man kan få bred kunnskap av publisert litteratur uten å trenge direkte tilgang på pasienter eller andre respondenter. Ulempen med å bruke litteratur som allerede finnes er at svaret på det man ønsker å finne ut av ikke alltid foreligger.

3.3 Litteratursøking

Fagbøker gir god oversikt over motiverende samtale, men representerer ofte instruerende tekster, og er derfor sjelden tilstrekkelig som litteratur til en større oppgave (14). Derfor har vi gjennomført et systematisk litteratursøk i databaser for å finne forskningsartikler som kunne fortelle mer om effekten av motiverende samtale.

Litteratursøk ble gjennomført i PubMed, MEDLINE og Cinahl. PubMed og MEDLINE er databaser med samme innhold, men med ulik søkemetode (15). Databasene omfatter medisin og helsefag med referanser til artikler fra internasjonale tidsskrifter fra 1946 og frem til idag. Cinahl er en helserelatert bibliografisk database, som inkluderer flest tidsskriftsartikler og en del kvalitativ forskning.

For å finne frem til hvilke søkeord vi skulle bruke leste vi artikler om motiverende samtale og så på hvilke søkeord som ble brukt der. I tillegg hadde vi en avgrenset problemstilling tidlig i forløpet som gjorde det enklere å finne konkrete søkeord.

- Ovid MEDLINE
Søkeord: motivational interviewing AND overweight OR obesity
- PubMed
Søkeord: motivational interviewing AND overweight OR obesity AND adult AND weight loss

- Cinahl
Søkeord: motivational interviewing AND overweight OR obesity AND weight loss

3.4 Kriterier for litteratursøk

Internett gir nesten ubegrensede muligheter til å søke etter litteratur. Faren er at vi kan komme til å drukne i informasjon. Med problemstillingen som grunnlag utarbeidet vi noen kriterier som begrenset søkingen.

Inklusjonskriterier

- Begge kjønn
- Voksne (18 år og oppover)
- Alle land
- Språk: Engelsk, skandinavisk
- Alle studiedesign
- Publisert siste 5 år
- Samtalebasert MI- intervensjon
- Vektreduksjon som hensikt

Eksklusjonskriterier

- MI - ikke en del av intervensjonen
- Barn
- Eldre enn 5 år

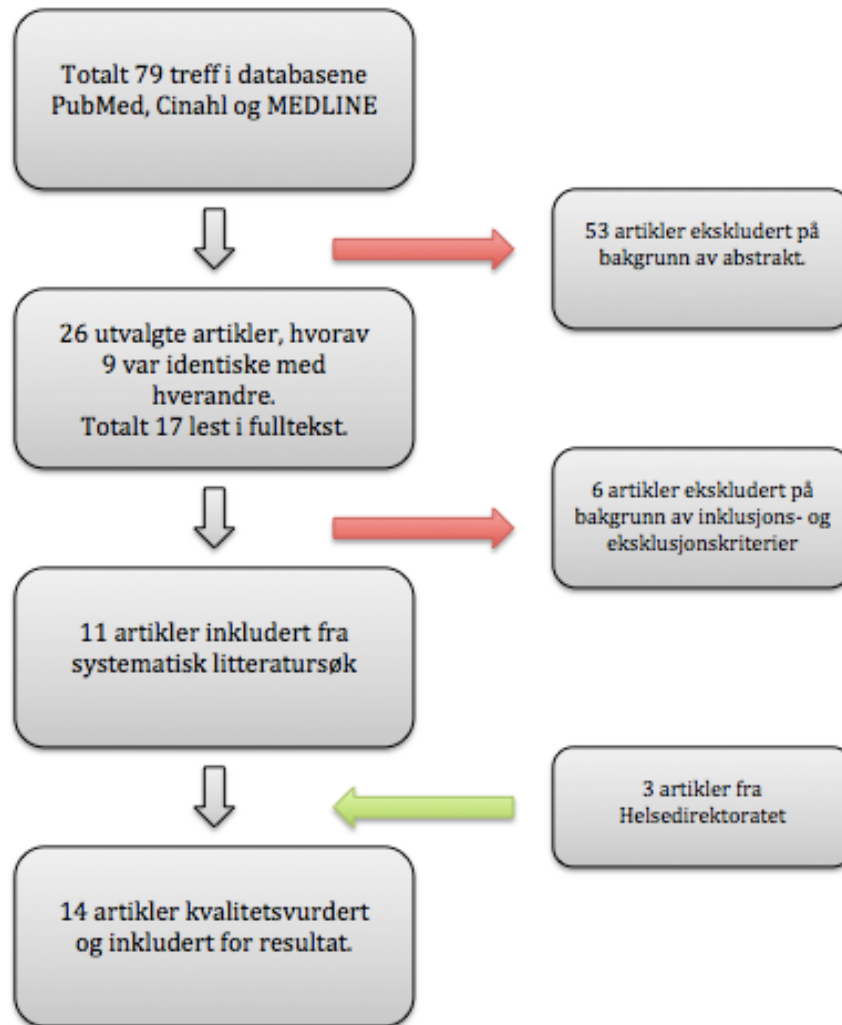
3.5 Artikkellutvelging av litteratursøk

Vi gjorde uavhengige vurderinger av titler og sammendrag opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. I tillegg ble relevans for problemstillingen vurdert under utvelgelse av artikler. De utvalgte artiklene ble fremstilt i fulltekst ved hjelp av linker fra databasene, Helsebiblioteket og Google Scholar. Noen av artiklene ble bestilt via biblioteket ved Høyskolen Kristiania. Vi har begge lest alle de utvalgte artiklene og sammen vurdert relevans for å besvare problemstillingen.

Tillegglitteratur

Etter forespørsel mottok vi mail fra Helsedirektoratet med referanser til fire av artiklene de bygger sine anbefalinger om MI på. Av disse har vi valgt å bruke tre artikler i oppgaven. Vi har brukt boken “Den motiverende samtale. Støtte til forandring” av Miller og Rollnick, som Helsedirektoratet anbefalte oss. Vi anvendte også teori fra bøker som er valgt ut fra pensumlitteratur på aktuelt emne i studieplanen. I tillegg har vi brukt fem studier i diskusjonsdelen for å supplere og berike ulike synspunkt i oppgaven. Disse studiene har vi funnet ved å se i referanselisten til de inkluderte artiklene og ved forslag fra forelesere på Høyskolen Kristiania.

Søk etter studier ble avsluttet i februar 2016.



Figur 2: Prosessen for å finne de utvalgte artiklene i litteratursøket.

3.6 Systematisering og analyse av data

Etter å ha samlet inn data satt vi igjen med et råmateriale som det var vanskelig å få oversikt over og vurdere. Vi oppsummerte og sammenstilte data for hver artikkel i tekst, samt oversatte fra engelsk til norsk. Dette gjorde vi for å se hvilke opplysninger vi hadde innhentet og om det kunne hjelpe oss i å gi svar på problemstillingen. Vi fikk også innsikt i hvilken data vi manglet. Ved å trekke ut fellestrekk systematiserte vi resultatene i overordnede tema.

3.7 Dokumentasjonskvalitet

Fagtidsskrifter har redaksjoner som sikrer kvaliteten på det som utgis. Derfor var det viktig at vi satte oss inn i hvilken type tidsskrift vi hentet stoff fra. Etter råd fra både foreleser i emnet og

bibliotekar ved skolens bibliotek, valgte vi å bruke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) sin database for statistikk om høgre utdanning (DBH) (16). De vurderer vitenskapelig publikasjon gjennom fire kriterier, hvorav samtlige må være oppfylt.

Publikasjonen må:

1. presentere ny innsikt
2. være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
3. være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
4. være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering

Publiseringskanalene er merket med nivå ("1" eller "2" for godkjente kanaler, "- " for andre). Nivå 1 inkluderer alle publikasjoner som oppfyller de fire kriteriene. Nivå 2 er begrenset til publiseringskanaler som oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger, og som utgir de mest betydelige publikasjonene fra ulike lands forskere. Tilsammen utgir disse omlag en femtedel av fagets vitenskapelige publikasjoner.

Av våre 14 utvalgte artikler er 4 kategorisert i nivå 2 og 10 i nivå 1. Studiene som resultatene er basert på vil bli redegjort for i resultatkapittelet.

3.8 Forskningsetikk

Med bakgrunn i at vi har valgt litteraturstudie som metode, kreves det ikke godkjenning av Regional Etisk Komite (REK). Det er skrevet kildehenvisning til all litteratur og publiseringer brukt i denne bacheloroppgaven med hensyn til og respekt for forfatterne. Vi har gjennom oppgaven reflektert over hvordan vi presenterer resultatene. Det er viktig at dataene ikke misbrukes eller benyttes på en slik måte at det ikke gjengir det som står skrevet i det opprinnelige materialet.

Oppgaven er skrevet etter skolens retningslinjer for oppgaveskriving.

3.9 Svakheter med metoden

Feilkilder i litteraturstudiet kan ha forekommet både ved kartlegging, innhenting og bearbeiding av data. Vi har blant annet måtte oversette alle artiklene fra engelsk til norsk for å bruke dem i oppgaven. Om vi har tolket og/eller forstått dataene riktig kan bare bli etterprøvd ved å gjennomføre tilsvarende litteraturstudie.

4.0 Resultater

Antallet av vitenskapelige publikasjoner om MI har fordoblet seg omtrent hvert tredje år siden 1990 (12). Det er per 2013 utgitt mer enn 1200 publikasjoner om denne behandlingsmetoden, hvor 200 av dem er randomiserte kliniske forsøk (RCT) som avspeiler et bredt utvalg av problemer, profesjoner, praksissammenhenger og nasjoner.

For å besvare problemstillingen ble det brukt artikler med ulike studiedesign.

Det systematiske litteratursøket ble begrenset til de siste fem årene, men artikler publisert i denne perioden kan basere seg på data og artikler fra flere år tilbake. Helsedirektoratet baserer sine anbefalinger om MI på artikler som er publisert for mer enn fem år siden. Disse artiklene er inkludert da grunnlaget for deres anbefalinger er viktig med tanke på at de påvirker bruken av MI i Norge.

Randomisert kontrollert studie (RCT) er et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe (17). Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppe.

Meta-analyse er statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier (17).

Oversiktsartikkel (Review article) er en artikkel som gir en oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur over et klart definert spørsmål (17).

Observasjonsstudie er en studie hvor forskerne ikke forsøker å intervensere, men simpelthen observerer hva som skjer (17). Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i forhold til forandringer eller forskjeller i andre variabler.

Retrospektiv studie er en studie hvor utfallene har inntruffet for deltakerne før studien er påbegynt og man undersøker hendelser i fortiden for å etablere årsaksforhold (17).

Pilotstudie er en utprøving i liten skala av metoder som er planlagt benyttet i en større vitenskapelig studie (18).

Tabell 2: Oversikt over hvilke studiedesign oppgaven inkluderer.

Antall	Studiedesign
3	RCT (20,28,29)
3	Metaanalyser (23,24,31)
4	Oversiktsartikler (21,22,30,32)
2	Observasjonsstudier (25,26)
1	Retrospektiv studie (19)
1	Pilotstudie (27)

Det var variasjon i hvordan MI-intervensjonene var sammensatt og levert, og hvordan de enkelte studiene hadde valgt å måle utfallene. Det var ikke hensiktsmessig å fremstille dataene i grafer og tabeller. Derfor er resultatene fremstilt i tekst etter aktuelle tema.

4.1 Har MI effekt?

I en retrospektiv studie av Karlsen m.fl. konkluderes det at MI hjalp kvinner med overvekt og fedme, som søker infertil behandling til å tape mer vekt, enn ved ordinær rådgivning (19). Selv om vekttapet var stort i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, var det største vekttapet å finne i gruppen som mottok MI. Sammenlignet med diettprogram fant forfatterne av denne artikkelen at man finner større vekttap i MI-gruppen. De skriver samtidig at på generell basis vil et diettprogram kunne føre til større vekttap enn det de oppnådde i studien om deltakerne faktisk følger dietten. Utfordringen er å finne motivasjonen til å holde seg til diettprogrammer, og det er i denne sammenheng adferdsterapi som MI kan gjøre en forskjell. I Barnes m.fl. sin RCT viser det seg at MI har effekt, men at ernæringsinformasjon hadde bedre effekt når det gjelder vektreduksjon (20). Studien hevder at MI ikke er mer effektiv enn et godt implementert tilbud som adferdsterapi for vekttap.

En metaanalyse av 72 randomiserte kontrollstudier som Helsedirektoratet baserer sine anbefalinger på viser at MI ikke gir skadelige virkninger eller motsatt effekt, altså vektøkning (21).

En oversiktsartikkel av 24 RCT viser at MI har positiv effekt på vektreduksjon (22). Over en tredjedel av studiene i denne artikkelen viste at deltakerne som fikk MI gikk signifikant mer ned i vekt enn de i kontrollgruppen, og omtrent halvparten rapporterte at de hadde mistet 5 % av kroppsvekten de hadde ved start. En annen oversiktsartikkel viser til at dobbelt så mange studier om MI rapporterer positive resultater, enten som eneste behandling eller som en hjelp til andre tilnæringsmåter, sammenlignet med studier som ikke rapporterer at MI er en effektiv intervensjon (23). En av metaanalysene Helsedirektoratet baserer sine anbefalinger på, viser at alle de inkluderte studiene har fått positiv effekt av MI, selv om ikke alle studiene viser signifikant effekt (21). I Armstrong m.fl. sin metaanalyse av 11 RCT hevdes det at gruppen som fikk MI var assosiert med større reduksjon i kroppsvekt, sammenlignet med kontrollgruppen (24). Det var signifikant forskjell mellom gruppene, men det viser bare medium effekt. Metaanalysen viser at MI er en nyttig intervensjon for vektreduksjon og at effekten kanskje kan økes ved å tilføye andre vektredusjonsprogram.

Flere studier viser at MI blir lite brukt, men at det ser ut til å gi gode resultater når det brukes (25,26). Det ser også ut til at det er flere kvinner som bruker MI-teknikker, samt at det er mest effektivt for kvinner som ønsker vektreduksjon sammenlignet med menn (25,27). En RCT av Simpson m.fl. viser at MI har positiv effekt og at flere samtaler gir bedre resultat og trolig bedre vedlikehold av vekten (28). Den intensive intervensjonsgruppen fikk i denne studien seks MI-samtaler ansikt til ansikt og ni telefonsamtaler. En RCT av Hardcastle m.fl. viser at MI har effekt på vektreduksjon, men at det ikke er vedlikeholdt etter tolv måneder. I denne studien fikk intervensjonsgruppen fem MI- samtaler samt standard trening og ernæringsinformasjon (29).

Studiene vi har per i dag foreslår at MI er en lovende, velmottatt intervensjon som kan øke vektreduksjon blant noen populasjoner (30). Det er sjelden at en behandling kan være effektiv både alene og som et supplement til andre behandlinger for å øke effekten. Forskning viser at dette stemmer selv om den behandlingen som MI settes sammen med er annerledes og bygger på andre modeller og teknikker (31). Hette tema m.fl. fant i likhet med Burke m.fl. at MI er en nyttig intervensjon alene, men at den også viser seg å bedre utfallet når den er kombinert med andre behandlingstilnærminger. Bevisene for at MI har effekt er sterke på områder som avhengighet og helseadferd (32).

Ved å analysere de 14 studiene som ble inkludert i denne oppgaven, ser det ut til at MI har en positiv effekt på personer som ønsker vektnedgang. Det er gjennomgående at effekten er av liten til medium karakter. Vi opplever ikke at studiene gir overbevisende resultater for at MI er bedre enn andre metoder, men at det er et godt grunnlag for å kunne anbefale metoden da den viser seg å gi effekt både alene og som supplement til annen behandling. I tillegg viser en stor metaanalyse at det ikke er negative effekter ved bruk av metoden.

MI - vedlikehold av vektnedgang

I en RCT av Barnes m.fl. er 89 pasienter med overvekt fordelt tilfeldig i tre ulike intervensjonsgrupper i tre måneder (20). De ulike gruppene fikk MI eller ernæringsinformasjon. Kontrollgruppen fikk vanlig samtalebehandling og ble bedt om å ikke starte strukturert vektreduksjon. I undersøkelsen gikk 25% av deltakerne ned minst 5 % av deres vekt ved start, noe som er assosiert med å redusere helserelaterte konsekvenser. Tre måneder etter endt behandling ble hver pasient kartlagt individuelt. Resultatene indikerer at ernæringsinformasjon gir bedre resultater med tanke på vektreduksjon enn MI, sammenlignet med vanlig behandling. Men både MI- gruppen og gruppen som fikk ernæringsinformasjon hadde vedlikeholdt vekten etter tre måneder, og begge gruppene hadde økt i antall personer som har gått ned 5 % av kroppsvekten ved start.

En RCT av Hardcastle m.fl. gjennomført i primærhelsetjenesten viste vektnedgang i løpet av seks måneder, men at vektnedgangen ikke var vedlikeholdt etter tolv måneder (29). Kolesterolnivå og resultatet fra gåtesten var vedlikeholdt. I denne studien fikk intervensjonsgruppen standard trening og ernæringsinformasjon, samt fem MI samtaler. Kontrollgruppen fikk kun standard informasjon om ernæring.

Simpson m.fl. har publisert en RCT hvor de har sett på vedlikehold av vektreduksjon (28). Der ble 170 deltakere tilfeldig fordelt i tre ulike grupper. Den mest intensive intervensjonsgruppen fikk seks MI samtaler og ni telefonsamtaler. Den mindre intense intervensjonsgruppen fikk to MI samtaler og to telefonsamtaler. Kontrollgruppen fikk et hefte med råd om sunn livsstil. Resultatene indikerer at den intensive intervensjonsgruppen fører til langvarig vedlikehold av vektreduksjon. Selv om studien ikke er stor nok til å generalisere kan den indikere og vise tendens.

Dose- respons forhold

Mengden MI-samtaler kan spille en rolle for utfallet. I Christie og Channon sin review-artikkel ser det ut som et bredt utvalg av fagfolk kan gi MI på en effektiv måte (23). Det er mange studier som ikke måler eller kan rapportere utførelsen av MI, dermed er det mangel på klarhet i hvilke

aspekter av MI som blir levert og som har god effekt. Det rapporteres samtidig om at resultatet er mer effektivt når det gjennomføres flere MI-samtaler gjort ved en individuell tilnærming.

Hardcastle m.fl. foreslår at videre forskning innen MI bør se mer på dose- respons forholdet knyttet til antall MI- samtaler og utfallet (29). Det er ønskelig at det sees mer på mekanismene bak disse endringene, slik som selvbestemmelse og motivasjon.

Studien av Simpson m.fl. er en RCT der to grupper får ulik mengde MI- samtaler, og en kontrollgruppe får et hefte med råd om sunn livsstil (28). Resultatene viser at den mest intensive intervensjonen har klart best resultater og trolig fasiliterer til langvarig vedlikehold av vekten. Studien indikerer dermed at flere MI- samtaler fører til bedre resultater.

I Rubak m.fl. sin metaanalyse viser 64 % av studiene effekt ved MI- samtale på 15 minutter (21). Mer enn ett møte med klienten sikrer dermed i følge denne studien effektiviteten av MI.

Det viser seg at MI har et signifikant dose- responsforhold, hvor mer behandling gir bedre resultater. Mye praksis og forskning har blitt gjort innen motiverende intervju, men det er fremdeles en lang vei å gå for å få forståelsen av den eksakte linken mellom prosessen og utfallet (31).

4.2 Påvirkningsfaktorer

Personlige faktorer

I en review av DiLillo og West foreslås det at MI muligens passer bedre for de individene som strever med å gjennomføre mer tradisjonell behandling for vektnedgang (30). Det trengs mer forskning for å se på hvordan MI kan være effektiv i å øke vektnedgang, spesielt blant menn som ofte er underrepresentert i den eksisterende litteraturen (30). Funn viser signifikant reduksjon i vekt hos kvinner med MI-intervensjon, men ikke hos menn. Det er mulig at den empatiske tilnærmingen er mer effektiv på kvinner (27).

Empati

Cox m.fl. viser i sin studie at empati er viktig for å gjøre en endring (26). De pasientene som hadde leger som skåret høyt på empati, rapporterte høyere selvtillit for å bedre kostholdet. Dette førte til at pasientenes vektrelaterte holdninger og adferd ble bedret. Hetteema m.fl. understreker også empatisk forståelse og aksept som trigger for endring (32).

Troverdighet til hjelperen

Rubak m.fl. setter lys på antakelsen om at effektiviteten av MI avhenger av hjelperens yrke (21). Psykologer og leger innhentet en effekt på 80 % av studiene mens andre helsearbeidere (sykepleiere, jordmødre og ernæringsfysiologer) oppnådde en effekt på 46 % i denne metaanalysen. Mange studier om vekttap ansetter kvalifiserte leger eller avgangselever for å gjennomføre MI-intervensjonene (27). Både leger og avgangselever viser til å oppnå effekt hos personer som ønsker vektreduksjon. Bakgrunnen for Pollak m.fl. sin studie er at legers bruk av MI-teknikker hjelper pasienter å gå ned i vekt (25). Studiene nevner at alle leger kan med fordel lære mer effektive måter å kommunisere på med pasienter om vekt. Ideelt sett skulle man hatt mer undervisning i dette under medisinstudiet. Hetteema m.fl. viser klare forskjeller på hjelperer i

effektiviteten når det gjelder utøving av MI, men det er vanskelig å forutsi MI-ferdigheter fra yrkesbakgrunn og personlige egenskaper hos hjelpere (32).

Effekten av å trene på bruk av MI

Barnes og Ivezaj sin review viser at hvem som gjennomførte MI og hvilken trening de hadde fått, varierte veldig i de ulike studiene (22). Helsepersonell kan være en unik ressurs for dette arbeidet, men de bør få trening og tilbakemelding på hvordan man utfører MI-metoden.

Ernæringsfysiologer som var trent i MI var mer empatisk, viste mer refleksjon gjennom konsultasjonene og lyttet mer enn ernæringsfysiologer som ikke ble opplært i MI (23). I pilotstudien til Low m.fl. kan man se at MI utøvet av studenter med bare beskjeden trening i MI også kan være effektiv for vekttap (27).

Mengden trening for å sikre adekvate MI-ferdigheter blant hjelperne for å få til vektnedgang er vanskelig å tallfeste (30). For å vedlikeholde trening i MI anbefales det i studiene at hjelperen mottar tilbakemelding på hvordan man utøver MI. Det er få studier som sier noe om hvordan de som gjorde intervensjonen hadde blitt trent i MI, og det anbefales at man videre må spekulere og reflektere over aspekter som trening og erfaring med MI-metoden (21,32).

4.3 Hvor utøves MI?

Man kan se en tendens til at bruken av MI hos fastleger er lav (25). Primærhelsetjenesten har ofte rutinemessige konsultasjoner med pasienter med overvekt eller fedme, og Pollak m.fl. viser i sin studie at det er et stort potensiale for å bruke MI som en effektiv måte å kommunisere på.

Barnes og Ivezaj foreslår i sin gjennomgang av 24 RCT-studier at for å nå ut til flere bør man begynne å implementere behandling i primærhelsetjenesten (22). Studien viser til at spesialisthelsetjenesten har innført MI for vektnedgang og man kan lære av hvordan implementeringen er gjort der. I primærhelsetjenesten er det potensielt sett flere barrierer, da helsepersonell ofte har mange ulike arbeidsoppgaver og skal ha bred kunnskap sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Forfatterne av artikkelen påstår at det finnes potensiale for at helsepersonell i primærhelsetjenesten kan hjelpe personer til å gå ned i vekt ved bruk av MI.

Barnes m.fl. viser at selv om en tredjedel av alle pasientene oppnådde et vekttap på minst 5 %, ble det konkludert med at ernæringsanbefalinger var mer effektivt enn MI (20). Dette resultatet beskrives av studiens forfattere som overraskende, ut ifra hypotesen om at MI ville være mer effektivt. På bakgrunn av dette sås det tvil om potensialet og fordelene med MI i primærhelsetjenesten. Forfatterne hadde videre en teori om at pasientene allerede var veldig motiverte og at deres basiskunnskap om ernæring ble overestimert. Mangelen på ernæringsinformasjon i MI-gruppen kan ha hindret vekttap.

5.0 Diskusjon

Gjennom denne oppgaven har vi etterstrebet å finne ny og aktuell litteratur for å besvare vår problemstilling. I dette kapittelet vil resultatene fra litteratursøket bli satt opp i mot grunnleggende teori og supplerende studier.

5.1 Effekt

Effekten av motiverende samtale (MI) kan være vanskelig å måle og det endelige svaret på hvordan motiverende samtale virker, foreligger ikke. MI har fra begynnelsen av vært en praksisbasert metodikk, uten en avansert teori. De praktiske fremgangsmåtene er veiledet av grunnverdiene, som siden har blitt evaluert gjennom forskningsstudier (11). Under bachelorstudiet Friskliv og lokalt folkehelsearbeid har flere forelesere, blant annet lege, ernæringsfysiolog og fysioterapeut snakket varmt om MI som en god og virkningsfull metode for endring av livsstil. De omtaler MI som det viktigste verktøyet i møte med klienter. Vi har inntrykk av at foreleserne gjennom erfaring med MI foretrekker denne metoden da de opplever bedre utfall, både når det gjelder effekt, relasjon og ivaretagelse av klienten.

MI ser ut til å virke på grunn av at empati er en generell, overordnet faktor (11). Man kan tenke seg at en samtale basert på respekt, empati og autonomi i seg selv virker frigjørende for mennesker, slik at de blir i stand til å gjøre gode valg. Med bakgrunn i dette hadde vi forventet å finne overbevisende resultater i forskning som viste samme begeistring for metoden. Ved å analysere de 14 studiene som ble inkludert i oppgaven, viser MI positiv effekt i alle studiene, men det ser ut til at effekten bare er av liten til medium karakter (19,20,22–30). Ikke alle de inkluderte studiene viste signifikant effekt av MI, men blant annet oversiktsartikkelen til Barnes m.fl. rapporterer et vekttap på 5 % av kroppsvekt ved start (20). Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer at en moderat vektreduksjon i størrelsesorden 5–10 % gir betydelig gevinst når det gjelder blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og lette søvnforstyrrelser (6). At Helsedirektoratet anbefaler MI som metode ved endring av livsstil vil forhåpentligvis føre til at flere behandlere benytter denne metoden, slik at flere klienter oppnår vektreduksjon (5). Hvis dette fører til at flere får hjelp til vektreduksjon, vil selv liten effekt kunne gi reduksjon i risiko for utvikling av en rekke livsstilssykdommer. Summen av mange små individuelle livsstilsendringer vil samlet sett føre til lavere sykdom i befolkningen.

MI kan anvendes i alle stadier i endringsprosessen for å fremme engasjement, fokus og motivasjon, samt utarbeiding av planer for håndtering av tilbakefall og vedlikeholde endringen (12). Miller og Rollnick anser MI som en metode som bør integreres med andre behandlingsmetoder, enn å betrakte den som en isolert behandling. MI er en behandling som kan være effektiv både alene og som et supplement til andre behandlinger for å øke effekten (31). Våre funn fra litteratursøket bekrefter Miller og Rollnick sin teori om at MI kombinert med behandlinger, som bygger på andre modeller og teknikker, viser seg å bedre den totale effekten (24,31,32).

Vedlikehold av vektnedgang

Overvektige personer har ofte ønske om et hurtig vekttap. Personer med overvekt eller fedme er trolig godt kjent med dietter som i dag får stor oppmerksomhet i media. Flere klarer å gå ned i vekt med disse diettene, men utfordringen er å vedlikeholde resultatet når dietten er over. Noen endringer skjer hurtig, men mange krever kontinuerlig oppmerksomhet og arbeid over tid (12). Stabil forandring består helst av en reduksjon på et halvt til et helt kilo i uken gjennom mange måneder, etterfulgt av permanente livsstilsendringer for å sikre at vekttapet vedlikeholdes (6). Resultatene fra litteratursøket gav både positive og negative svar på vedlikehold av vekt etter vektreduksjon ved bruk av MI. En studie av Barnes m.fl. viste at vektreduksjonen var vedlikeholdt etter tre måneder, men studien av Hardcastle m.fl. viste at vektnedgangen ikke var vedlikeholdt etter tolv måneder (20,29). Intervensjonsgruppene i begge studiene mottok fem MI-samtaler, men på bakgrunn av at studiene er ulike og uavhengige av hverandre er det vanskelig å sammenligne dem. Funnene fra studien *Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight* setter lys på hvor vanskelig det er for overvektige personer å oppnå og vedlikeholde selv liten vektreduksjon (8). Dette er en ny, stor studie som går over ti år, som viser at vektreduksjon er krevende og langvarig arbeid med små muligheter for å lykkes. Det er ikke brukt MI som metode i denne studien, men den gir et bilde på hvor vanskelig denne prosessen kan være. Det er ikke nødvendigvis MI som metode som gjør at en person ikke mestrer å vedlikeholde et vekttap, det kan være at det generelt sett er svært vanskelig.

I skolesammenheng har tidligere deltakere fra frisklivssentral delt erfaringer om hva som fikk dem til å lykkes med livsstilsendringene, og hvordan de mestret å vedlikeholde endringen. Enstemmig la de vekt på betydningen av sosial støtte både underveis i behandlingen, og for vedlikehold av endringen. I Veilederen for frisklivssentraler av Helsedirektoratet beskrives også sosial støtte som en faktor av særlig stor betydning ved endring av vaner (5). Simpson m.fl. gjennomførte en RCT hvor MI ble brukt for å vedlikeholde vektreduksjonen (28). Deltakerne fikk MI-samtaler over tolv måneder. Denne studien viste at den mest intensive intervensjonsgruppen ville føre til langvarig vedlikehold av vektreduksjonen. Med bakgrunn i erfaringene til deltakerne og resultatene fra studien, kan man spekulere i om sosial støtte over tid er en avgjørende faktor for vedlikehold av vektreduksjon. MI er en klientsentrert og empatisk metode som vektlegger god relasjon, og hjelper kan dermed oppleves som en god støtte under vedlikeholdsfasen. I vedlikeholdsfasen er det mer normalt å vende tilbake til gamle vaner enn å ikke gjøre det (12). Ved å fange opp tilbakefall tidlig kan man bearbeide dem og sørge for at man ikke avsporer fullstendig, men arbeider systematisk for å komme tilbake til vedlikeholdsfasen.

Som tidligere nevnt foreligger ikke svaret på hvorfor MI virker. Gjennom våre funn fra litteratursøket ser vi at effekten av MI kan påvirkes av ulike faktorer. Det vil være mange påvirkningsfaktorer som er vanskelig å avdekke, men vi vil videre i oppgaven presentere de faktorene vi har identifisert og som ser ut til å ha betydning for utfallet.

5.2 Faktorer hos hjelperen

Det er stor variasjon i effekter mellom studier, rådgivningssteder og behandlere når det gjelder MI. Variasjon i effektnivå ser her ut til å være normen snarere enn unntaket. I velkontrollerte forsøk med manualbaserte og tett overvåkede MI-intervensjoner, er det fortsatt en betydelig faktor hvilken hjelper som står for behandlingen (12).

Trinnene i den transteoretiske modellen er velkjente innen psykoterapi for å få til forandring. Det er viktig for resultatet at hjelperen benytter ulike metoder som passer til klientens aktuelle nivå av klarhet for forandring (12). For å finne ut hvor i endringsprosessen klienten befinner seg, bør hjelper benytte seg av en klientsentrert samtaleteknikk. Det vil si at samtalen tar utgangspunkt i klientens oppfatninger, tanker og opplevelser, og begrenses av de rammene klienten selv setter opp (9). Dette er et av grunntrekkene ved MI som handler om å være sammen med klienten fra et reflekterende ståsted og utveksle tanker, overveielser og synspunkter som kan bidra til å skape endring. I en undersøkelse gjort av The Commonwealth Fund ble helsesystemet til USA sammenlignet med ti andre sammenlignbare land (33). Norge var ett av disse landene og ble rangert sist når det gjelder klientsentrering i helsevesenet. Vi synes resultatene fra denne studien var overraskende da vi på forhånd hadde en antakelse om at norsk helsevesen har fokus på at pasienter skal få ta del i egen behandling. Vi stiller spørsmål til hvor mye vekt som skal tillegges denne studien, da vi tror det kan være vanskelig å få en korrekt oversikt over bruk av klientsentrering i instanser hvor det er aktuelt. I en RCT av Bård Fosslie Jensen ble sykehusleger fra et stort sykehus i Norge trent i kommunikasjonsferdigheter (34). Legenes utgangsscore lå under midten på skalaen, men etter trening fant man en signifikant bedring. Dette styrker undersøkelsen gjort av The Commonwealth Fund som viser at Norge har stort forbedringspotensiale når det gjelder klientsentrert pasientkommunikasjon (33). Pasientene som deltok i studien til Jensen var svært positive til å delta da de synes det var viktig at det ble fokusert på legenes kommunikasjon (34). Dette kan vitne om at det er et udekket behov. Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å fremme tillitsforholdet mellom bruker og helse- og omsorgstjenesten (35). Loven har også som formål å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte brukers liv, integritet og menneskeverd. Selv om tjenestetilbudet skal være klientsentrert etter loven, er det ikke dermed sagt at det er dette som praktiseres. Bruk av MI kan bidra til å sikre klientsentrering, og ved at flere bruker metoden mener vi at Norge tar et skritt i riktig retning.

Sannsynligheten for at en motiverende samtale fører til forandring avhenger i høy grad av variasjoner i hjelperens kompetanse og ferdigheter (12). Det kan for mange være fristende å argumentere og konfrontere om man møter motstand fra klienten. Dette kan skje som et resultat av at hjelper synes det er ubehagelig å håndtere situasjonen eller ønsker om at klienten skal gjøre det som hjelper mener er riktig. Miller og Rollnick skriver at hjelper må lære seg å rulle med motstanden og bruke den til å fokusere på endringssnakk. I tillegg må man legge egne følelser og holdninger til side og være bevisst på å ikke tre inn i rollen som ekspert på andres utfordringer. Ved endring av vaner kan dermed hjelperens væremåte påvirke utfallet.

Empati

Det ser ut til å være dokumentasjon for at hjelperens empatiske ferdigheter gjør en forskjell (12). Graden av empati hos hjelperen forutsier variasjon i klientens resultater selv når hjelperen leverer samme behandling. Manualbasert terapi gir heller ikke samme behandling når den utføres av forskjellige helpere. Cox m.fl. viser i sin studie at empati er viktig for å gjøre en endring. Når legene skåret høyt på empati, førte dette til at pasientenes vektrelaterte holdninger og adferd ble bedret (26). Hette tema m.fl. understreker også empatisk forståelse og aksept som trigger for endring (32). Ved å vise empati sørger man for en riktig forståelse av klienten og uttrykker at "*det du sier er vesentlig og jeg respekterer deg. Jeg vil gjerne forstå hva du tenker og føler*" (12).

Vi mennesker ønsker å bli sett, hørt, være interessante og viktige for andre (9). Mange mener at relasjon er viktigere enn metode. Tillit er grunnleggende for å skape en trygg relasjon. Tillit til hjelper vil påvirke om klienten er komfortabel med å snakke om sine private eller personlige utfordringer. Tiden man trenger for å skape en god relasjon varierer, men man må bruke den tiden som er nødvendig. Det er viktig å skape en god relasjon fremfor å bli løsningsfokuset for raskt (9). For å kunne være empatisk må man etablere en felles plattform med klientens selvforståelse som grunnlag, noe som krever lytting. Å være god til å lytte er fundamentalt i MI (12). Reflekterende lytting viser empati, og er en ferdighet man kan tilegne seg. Reflekterende lytting er i seg selv en utfordring å mestre. En person som er god til det, får det til å se lett ut, til man forsøker å gjøre det selv. En dyktig hjelper holder fokus og sjekker at vedkommende har forstått klienten riktig. Aktiv lytting er grunnleggende for alle de fire prosessene i MI; engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge. Det finnes likevel uendelig antall eksempler på hjelpere med varmt hjerte og gode intensjoner som ikke klarer å skape resultatene de ønsker for sine klienter (9). Det er derfor vi trenger metoder. Vi tenker at alle klienter er unike og kan være i en sårbar situasjon. På bakgrunn av våre funn fra litteraturstudiet ser det ut til at det er en fordel om hjelperen evner å tilpasse væremåte og vektlegge ulike aspekter etter klientens behov. Det vil for eksempel være noen som har større behov for en god og støttende relasjon, mens andre ønsker å fokusere på motivasjon for endring.

Trening på MI

Barnes og Ivezaj sin review viser at hvem som gjennomførte MI og hvilken trening de hadde fått, varierte i de ulike studiene (22). Det er uavklart hvilket nivå av MI-kompetanse som er godt nok. Sannsynligvis vil minimumskrav og nødvendige kjerneferdigheter variere med kasus og kontekst (12). Helsepersonell kan være en unik ressurs i å praktisere MI, men de bør få trening og tilbakemelding på hvordan man utfører MI-metoden (20). Ernæringsfysiologer som var trent i MI var mer empatisk, viste mer refleksjon gjennom konsultasjonene og lyttet mer enn ernæringsfysiologer som ikke ble opplært i MI (23). Dette viser at trening på MI øker ferdighetsnivået hos hjelper og påvirker utfallet i positiv retning. Samtidig kan man se i pilotstudien til Low m.fl. at MI utøvet av studenter med bare beskjedne trening i MI, er effektiv for vekttap (27). Man kan tenke seg at alle kan utøve MI, men at trening i metoden fører til at man blir bedre egnet til å føre gode endringsamtaler.

Mengden trening for å sikre adekvate MI-ferdigheter er ikke klar på nåværende tidspunkt (30). Å spørre hvor mye trening som skal til for å lære MI er som å spørre hvor mange timer det tar for å lære å spille et instrument (12). Nok til hvilket formål? Hvilken grad av kunnskap er det bruk for i en gitt kontekst eller funksjon? Én ting som er ganske klart er at selvstudier eller deltakelse i et enkelt kurs ikke vil være nok til å oppnå adekvate ferdigheter i MI. Man må ta stilling til om man ønsker å lære om metoden eller om man faktisk ønsker å lære hvordan man praktiserer tilnærmingen effektivt. MI er ikke en teknikk, men et integrert sett av samtaleferdigheter. Den motiverende samtale er enkel, men ikke lett. Det anbefales å praktisere MI jevnlig og motta tilbakemelding på hvordan man utøver metoden, slik at ferdighetene ikke svekkes. Utviklingen av kliniske ferdigheter er ikke tidsbegrenset, men en kontinuerlig prosess.

Det er få studier som sier noe om hvilket ferdighetsnivå de som gjorde intervensjonen hadde i MI (32). Vi savnet opplysninger om dette i flere studier, da det trolig ville gitt et bedre bilde på hvorvidt trening og erfaring med MI påvirker resultatene. Rubak m.fl og Hetteima m.fl etterlyser

også dette i sine studier hvor det oppfordres til å spekulere og reflektere over aspekter som trening og erfaring med MI-metoden (21,32).

Det er viktig at hjelperen har kunnskap og trening for å gjenkjenne, fremkalle og forsterke endringsnakk. Dette gjøres ved å utforske ambivalens, som er et sentralt fenomen i endringsprosesser. En grunn til at beslutninger mangler bindende tyngde, er utilstrekkelig bearbeidet ambivalens (9). Utforskning av ambivalens er derfor viktig for at beslutningen og atferdsendringen skal vedlikeholdes. Hjelperen må legge til rette for at klienten hører sin egen stemme argumentere for endring, slik at klienten leder seg selv til å gjennomføre endringen (11). Hjelperen må til enhver tid være bevisst på hvordan velmente press kan skape motkrefter i stedet for gode resultater. Man kan tenke seg at MI ikke er effektivt med mindre hjelperen er i stand til å styrke klientens endringsnakk (12). Dette forsterker viktigheten av at hjelperen tilegner seg tilstrekkelig med ferdigheter og kunnskap. Empati er viktig, men det holder ikke å være empatisk om man ikke mestrer metoden.

Det er ikke fastsatt noen tilstrekkelig dose av utdanning i MI (12). Fagpersoner har forskjellige nivåer av kompetanse når de begynner å tilegne seg metoden, og det er forskjell på hvor fort de mestrer metoden. Det ser ut til at hjelpere lærer MI fortere hvis de allerede er gode på empati og reflekterende lytting.

Å trene på MI er viktig, men samtidig setter Rubak m.fl. lys på antakelsen om at effektiviteten av MI kan påvirkes av hjelperens yrke (21). Studien til Rubak m.fl. viser at psykologer og leger oppnådde bedre effekt enn andre helsearbeidere som sykepleiere, jordmødre og ernæringsfysiologer. Denne studien indikerer at yrkesbakgrunn kan ha noe å si for hvilken effekt klienten oppnår ved bruk av MI. Man kan stille spørsmål til om dette omhandler hjelperens ferdigheter eller om effekten skyldes større troverdighet til vedkommende. Når vi ser nærmere på studien, mener forfatterne at effekten trolig ikke avhenger av hjelperens yrkesbakgrunn. De viser til at effekten sannsynligvis avhenger av aspekter som trening og erfaring med bruk av MI og forholdet mellom klient og hjelper. En upublisert artikkel av Lindhardt m.fl. viser at et tredagers kurs i MI gir signifikant bedring i klientsentrert samtaleteknikk (36). Kurset førte til at deltakerne stilte færre lukket spørsmål og flere åpne spørsmål, samt fremkalte mer endringsnakk. Ut i fra dette har vi inntrykk av at trening på MI er mer utslagsgivende enn hjelpers yrkesbakgrunn. Dette viser også at alle yrkesgrupper med forskjellig faglig- og utdanningsmessig bakgrunn har mulighet til å bli gode til å utøve MI med trening.

5.3 Faktorer hos klienten

Klienter har forskjellig utgangspunkt når de inngår i en samtale om forandring (12). Artikkelen fra litteratursøket sier lite om deltakernes bakgrunn og motivasjon. Man møter mennesker i ulike livsfaser; noen har mer energi, et annet perspektiv eller mer livserfaring enn andre. Det er grunnleggende i den transteoretiske modell at det er stor forskjell på hvor klare klienter er for forandring. Noen er allerede fast bestemt på forandring innen samtalen er i gang. Noen er ambivalente og mindre klare, og andre ser ingen grunn til forandring og har kanskje ikke lyst til å ha samtalen. Slike forskjellige utgangspunkt kan påvirke samtalen forløp og sannsynligheten for at det fører til forandring. Klientens utgangspunkt trenger likevel ikke å avgjøre utfallet. MI er utviklet for å hjelpe klienter som er i stadiene føroverveieelse, overveieelse og forberedelse, men anvendes også i de andre stadiene av endringsprosessen. MI er en god metode å bruke når det er

utfordrende å finne motivasjonen til endring (12). DiLillo og West foreslår at MI passer bedre for de individene som strever med å gjennomføre mer tradisjonell behandling for vektnedgang (30). Dette kan kanskje ha sammenheng med at mange har et ønske om endring, men har ikke tilstrekkelig med motivasjon for å gjennomføre behandlingen. MI vil hjelpe personer som har et ønske om endring å styrke indre motivasjonen ved å utforske ambivalensen. MI er en tilnærming som er egnet til samtaler med “umotiverte” så lenge de er villige til å snakke om den aktuelle problemstillingen (11).

Selv om MI har vært anvendt i et bredt utvalg av emner og kontekster er det ikke forsket på en bestemt gruppe. Miller og Rollnick råder fagfolk til å prøve MI på ulike grupper i stedet for å på forhånd anta at MI ikke kan anvendes på grunn av egenskaper hos klienten eller i kulturen. Med empati og interesse som kjernen i metoden, vil man trolig ikke gjøre noen skade ved å utforske hvordan MI vil virke på ulike grupper. Det er mulig at den empatiske tilnærmingen er mer effektiv hos kvinner enn menn, men det er vanskelig å konkludere med dette da menn ofte er underrepresentert i den eksisterende litteraturen (27,30). At menn er underrepresentert kan komme av at de ikke oppsøker hjelp, ikke ser problemet med overvekten eller ikke ønsker å prate med ukjente om personlige problemer i like stor grad som kvinner. For å kunne si noe mer om hvordan MI virker på ulike kjønn, trengs det derfor flere studier som inkluderer menn.

5.4 Dose-respons

Samtaler om forandring kan forekomme i meget korte samtaler (12). Kliniske forsøk viser tydelig at relativt kortvarige MI-intervensjoner kan utløse betydelig forandring. Det er også gjennomført forsøk, hvor kortvarige MI-baserte intervensjoner ikke hadde noen effekt, og hvor mer langvarig MI var mer effektivt. En RCT av Simpson m.fl. viser at flere MI-samtaler gav best resultat og trolig bedre vedlikehold av vekten, sammenlignet med grupper som fikk færre MI-samtaler (28). I en metaanalyse finner Rubak m.fl. at samtaler med varighet 10-15 minutter gir effekt i 64% av tilfellene. Om samtalene var kortere enn dette var de mindre virksomme (21). Hvis målet er adferdsendring hos pasienten, og tiden er kort, vil MI sannsynligvis være mer effektivt enn å fortelle folk hva de skal gjøre og hvorfor (12). Det er imidlertid ingen dokumentasjon for at behandlingsmetoder med en mer styrende stil er mer effektiv enn MI når tiden er kort. En metaanalyse av Lundahl m.fl. sammenligner MI med andre behandlingsmetoder innen kognitiv adferdsterapi, og viser at MI gir positiv effekt på kortere samtaletid (37). I gjennomsnitt brukte man 100 minutter mindre tid ved MI for å få samme effekt som i andre behandlingsmetoder. Disse resultatene kan synes å være noe forvirrende. Det er mange studier som ikke måler eller kan rapportere hvilke aspekter av MI som blir levert og som har god effekt. Forskning viser at MI er mer effektivt når det gjennomføres flere samtaler gjort ved en individuell tilnærming (23). I praksis kan det være verdifullt å vite at man kan ha effekt av korte samtaler, som for eksempel på legekontor hvor man som regel ikke har mye tid til rådighet. Samtidig synes resultatene å vise et tydelig dose-respons forhold, hvor mer MI gir bedre effekt (31). Dette kan man utnytte i situasjoner hvor man har mulighet til å sette av mer tid til klienten, som ved en frisklivssentral. Forskningen synes ikke å være tydelig på om effekten skyldes lengre eller hyppigere MI-samtaler. Det er mulig at hjelper og klient sammen må komme frem til hva som vil fungere best i det gitte tilfelle.

5.5 Implementering av MI

Primærhelsetjenesten har ofte rutinemessige konsultasjoner med store deler av befolkningen, blant annet fordi man ofte oppsøker fastlege ved helseplager. For å nå ut til flere kan implementeringen av MI bedres i primærhelsetjenesten (22). Overvekt er utbredt i dagens befolkning og kan være bakenforliggende årsak til en rekke sykdommer og plager. Å implementere MI i primærhelsetjenesten vil kunne bidra til vektreduksjon hos personer med overvekt og fedme, noe som vil ha stor effekt på befolkningsnivå. Det kan være utfordrende å snakke om overvekt, spesielt om dette ikke er årsaken til at klienten har tatt kontakt. MI kan bidra til at man får snakket om overvekten på en mer skånsom og respektfull måte ved at klienten kan reflektere over mulig årsak til plagen eller sykdommen.

I senere tid har det blitt mer fokus på MI. Helsedirektoratet har anbefalt metoden for endringsarbeid, og det er opprettet en rekke videreutdanninger og kurs i metoden. At flere får kunnskap om MI vil trolig kunne gi gode resultater og bidra til at flere bruker en personsentrert samtaleteknikk i motivasjonsarbeid. Det er mange barrierer i primærhelsetjenesten med tanke på at helsepersonell har mange ulike oppgaver og skal ha bred kunnskap (20). Implementeringen av MI i primærhelsetjenesten vil dermed kunne være noe utfordrende, men trolig vil mange oppleve at metoden sikrer klientsentrering og fører til gode resultater. Hver enkelt hjelper må tilpasse tilbudet til de forhold som forekommer på arbeidsplassen. Noen kan tenke at det vil være vanskelig å integrere MI i allerede eksisterende tilbud da det krever effektive implementeringsstrategier. Vi tror ikke dette trenger å være problematisk da empati, respekt og klientsentrert tilnærming burde være en selvfølge i møte med alle klienter. Med dette som grunnleggende verdier på arbeidsplassen, burde det ikke være problematisk å implementere verktøy fra MI i utøvelsen.

5.6 Kritikk til den metodiske tilnærmingen

I oppgaven har vi presentert funnene fra litteratursøket og satt dem i sammenheng med relevant litteratur og egne synspunkt. Vi har selv valgt ut det vi synes er relevant. Dette kan ha ført til at vi har fokusert på å besvare problemstillingen og neglisjert resultat som er mindre positivt for oppgaven. Dette har ikke vært intensjonen i så tilfelle. Vi opplever at det vi har trukket frem fra litteratursøket samsvarer i stor grad med litteraturen, noe vi ser på som en styrke for besvarelsen.

Vi kan stille spørsmål om en annen metode ville gitt et annet svar på problemstillingen. Om vi hadde benyttet kvalitativ metode som intervju og/eller observasjon, ville vi fått subjektive svar med dypere forståelse av hvordan MI fungerer og mer detaljert informasjon om hvilke faktorer som påvirker resultatet. Trolig ville resultatet vært enda mer positivt og overbevisende rundt MI enn det vi har funnet i vår oppgave. Dette antar vi på bakgrunn av at de vi har snakket med favoriserer denne metoden og ser effekten av den i praksis.

Det har vært en utfordring at MI er under løpende utvikling og at noen kun bruker deler av metoden. Dette har ført til at måten MI har blitt utøvet er ulik, og det er derfor vanskelig å vite akkurat hvordan det er blitt gjort i studiene. Dermed har det vært utfordrende å dra sammenligninger på tvers av studiene. MI ikke er utledet av en eksisterende teori, men utsprunget

av klinisk erfaring (12). For å kunne forstå og sammenligne MI-resultater bør fremtidige studier dokumenteres grundig ved hjelp av pålitelige observasjonskoder.

6.0 Konklusjon

Funnene våre viser at MI ser ut til å ha liten til medium effekt når det gjelder vektnedgang hos personer med overvekt eller fedme. MI virker godt alene, men er også velegnet i kombinasjon med en rekke andre behandlingstilnæringer, og kan styrke opprettholdelsen og etterlevelsen av vektnedgangen. Faktorer som kan påvirke utfallet er hjelpers evne til å vise empati, samt tilegnede ferdigheter i MI. Personligheten til hjelper ser ut til å påvirke resultatet i større grad enn yrkesbakgrunn som ser ut til å ha en beskjeden påvirkning. Det er ingen av våre studier som går nærmere inn på årsaksforholdene bak dette. Våre resultater viser tendens til at om hjelper har beskjeden trening i MI kan det gi positivt resultat, men også at resultatet bedres med mer trening. Klienter kan ha forskjellige utgangspunkt i en motiverende samtale, men effekten ser ut til å påvirkes av om klienten er villig til å snakke om den aktuelle problemstillingen eller ei. Videre ser vi et klart dose- respons forhold, hvor mer MI ser ut til å gi bedre effekt. Vi tar høyde for at det kan finnes flere faktorer som påvirker effekten som vi ikke har kommet frem til i vår oppgave.

Avslutning

Helsedirektoratets anbefalinger om motiverende samtale var det som gjorde at vi ønsket dette som tema i vår avsluttende bacheloroppgave. Underveis undret vi oss over deres grunnlag for disse anbefalingene da vi ikke syntes forskningen var overbevisende. Etter å ha bearbeidet funn fra litteratursøket og grunnleggende teori, ser vi at MI kan anbefales med god grunn. MI sikrer klientsentrering og respekt av den enkelte og metoden har ikke vist uheldig effekt. Mange har troverdighet til Helsedirektoratet, noe som fører til at anbefalingene om MI favner bredt og mange vil ta metoden i bruk. Hvis dette fører til at flere får hjelp til vektreduksjon, vil selv liten til medium effekt kunne gi reduksjon i risiko for utvikling av en rekke livsstilssykdommer. Summen av mange små individuelle livsstilsendringer vil samlet sett føre til lavere sykdom i befolkningen.

På bakgrunn av at de vi har møtt som bruker MI er svært begeistret for metoden, spekulerer vi i om MI har bedre effekt enn det som måles i studiene. Det ville vært interessant å gjennomført en kvalitativ studie med intervju av hjelpere og klienter av MI på frisklivssentraler. På denne måten kunne vi fått innblikk i om deres erfaringer samsvarer med resultatene i vår oppgave. I tillegg ville det vært interessant om studier i fremtiden hadde sett på hvilke personlige faktorer hos hjelperen som bidrar til gode resultater. Våre resultater peker mot at personlige faktorer hos hjelper er av stor betydning. Foruten om evne til å vise empati, sier studiene lite om hvilke bakenforliggende faktorer dette er. Det ville også vært interessant å se nærmere på om effekten påvirkes av klientens kjønn.

Referanseliste

1. NRK. Halvparten av oss er overvektige [Internett]. NRK. 2014 [hentet 2016-04-12]. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/norge/halvparten-av-oss-er-overvektige-1.11747379>
2. Øverby NC, Torstveit MK, Høigaard R. Hva er folkehelse og folkehelsearbeid? I: Høigaard R, red. Folkehelsearbeid. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS; 2011. s. 11-22.
3. Helse- og omsorgsdepartementet: St. m. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
4. Folkehelseloven. 2011. Lov om folkehelsearbeid m.v. av 2011-06-24 nr 29.
5. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering. Helsedirektoratet; 2011.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Helsedirektoratet; 2010
7. World Health Organization (WHO): Global Database on Body Mass Index [Internett]. [hentet 2016-02-09]. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
8. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, Littlejohns P, Prevost AT, Gulliford MC. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. Am J Public Health. 2015;105(9):e54–9.
9. Näsholm C, Barth T. Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2007. 171 s.
10. Prescott P. Helse og atferdsendring. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004. 207 s.
11. Barth T. Hvorfor virker motiverende intervju? [Internett]. Kommunetorget.no. [hentet 2016-01-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Aktuelt/Hvorfor-virker-motiverende-intervju/>
12. William R. . Miller. Den motiverende samtale: støtte til forandring. 2. utg. København: Reitzel; 2014. 555 s.
13. Kierkegaard S. Samlede værker. 3. utg. København: Gyldendal akademisk; 1994.
14. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 s.
15. Databaser [Internett]. Helsebiblioteket.no. [hentet 2016-02-25]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/databaser>

16. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [Internett]. Database for statistikk om høgre utdanning. [hentet 2016-02-25]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
17. Ordliste [Internett]. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [hentet 2016-03-18]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/ordliste>
18. Store norske leksikon [Internett]. Store norske leksikon. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/.search?query=pilotstudie&x=0&y=0>
19. Karlsen K, Humaidan P, Sørensen LH, Alsbjerg B, Ravn P. Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese women prior to fertility treatment. *Gynecol Endocrinol*. 2013 Sept;29(9):839–42.
20. Barnes RD, White MA, Martino S, Grilo CM. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care: Weight Loss Treatments in Primary Care. *Obesity*. 2014 Oct.
21. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pr*. 2005;55(513):305–12.
22. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care: Motivational interviewing, weight loss and primary care. *Obes Rev*. 2015 Apr;16(4):304–18.
23. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes Metab*. 2014 May;16(5):381–7.
24. 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. *Obes Rev*. 1. 2011 Sept;12(9):709–23.
25. Pollak KI, Coffman CJ, Alexander SC, Manusov JRE, Østbye T, Tulskey JA, mfl. Predictors of weight loss communication in primary care encounters. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):175–82.
26. Cox ME, Yancy WS Jr, Coffman CJ, Ostbye T, Tulskey JA, Alexander SC, mfl. Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):363–8.
27. Low KG, Giasson H, Connors S, Freeman D, Weiss R. Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. *Int J Behav Med*. 2013 Mar;20(1):77–81.

28. Simpson SA, McNamara R, Shaw C, Kelson M, Moriarty Y, Randell E, mfl. A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults. *Health Technol Assess*. 2015 July;19(50):1–378.
29. 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 follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10(40):1–16.
30. Dilillo V, West DS. Motivational interviewing for weight loss. *Psychiatr Clin North Am*. 2011 Dec;34(4):861–9.
31. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(5):843–61.
32. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1(1):91–111.
33. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall. *Perform US Health Care Syst Comp Int N Y Commonw Fund* [Internett]. 2014 [hentet 2016-03.14]; Tilgjengelig fra: <http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/historico/Espelhoespelhomeu.pdf>
34. Fossli Jensen B. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire. University of Oslo; 2011.
35. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999-07-02 nr 63.
36. Lindhardt CL, Rubak S, Mogensen O, Hansen HP, Lamont RF, Jørgensen JS. Training in motivational interviewing in obstetrics: a quantitative analytical tool. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 July;93(7):698–704.
37. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract*. 2010 Mar;20(2):137–60.