

# Bruk av motiverende intervju til pasienter med diabetes type 2

Kandidatnummer: 608 & 533  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i BSY-500

Antall ord: 8999  
Dato: 03.01.23



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.23
<p>Tittel</p> <p>Bruk av motiverende intervju til pasienter med diabetes type 2</p>	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Diabetes mellitus type 2 er en global utfordring hvor prevalensen øker. Sykdommen blir sett på som en av de tøffeste kroniske sykdommene å håndtere, hvor omtrent 247 000 nordmenn er diagnostisert. Egenbehandling som fysisk aktivitet og kosthold blir sett på som en vesentlig del av diabetesbehandlingen, men forskning viser mangel på motivasjon og mestringstro hos pasienten for å iverksette atferdsendring. Motiverende intervju er en veiledende personsentrert samtalemetode som kan vekke disse egenskapene i pasienten og hjelpe til å endre livsstil.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie i henhold til høgskolens krav til bacheloroppgaven. Her blir litteraturstudie som metode beskrevet etterfulgt av søkeprosessen og utvelgelse av artikler. Søkehistorikk er presentert i tabell. Søket resulterte i fire forskningsartikler, tre randomiserte kontrollstudier og én oversiktsartikkel, og bidrar til diskusjon. Avslutningsvis blir øvrig fag- og forskningslitteratur inkludert.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Resultatene i forskningsartiklene viste at ved god utførelse av motiverende intervju hadde samtalemetoden en positiv effekt knyttet til egenbehandling i form av fysisk aktivitet og endret kosthold hos pasienter med diabetes mellitus type 2.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Diskusjonsdelen er todelt, resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen innledes diskusjonen om hvilke forutsetninger sykepleier må inneha for å gjennomføre motiverende intervju. Videre diskusjon bygger på forskningsartiklenes innhold for hvordan motiverende intervju kan bidra til atferdsendring ved å se på hvilken fase i endringsprosessen pasienten befinner seg i. Metodediskusjonen tar for seg styrker og svakheter med litteraturstudie som metode, litteratursøk og utvelgelse av forskningsartikler. I tillegg belyses styrker og svakheter med de fire inkluderte forskningsartiklenes kunnskapstilføring, metode, kulturelle forskjeller og overførbarhet.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b>	<b>4</b>
2.1	Diabetes mellitus type 2	4
2.1.1	Senkomplikasjoner	4
2.1.2	Egenbehandling og mestringstro	4
2.1.3	Fysisk aktivitet	5
2.1.4	Kosthold	5
2.2	Motiverende intervju	6
2.2.1	Grunnverdier i MI	6
2.2.2	Motivasjon	6
2.2.3	Ambivalens	7
2.3	Endringsprosessen	7
2.4	Persontrentert sykepleie	8
2.5	Aktuelle lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etikk	8
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>10</b>
3.1	Litteraturstudiet	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	10
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	13
<b>4</b>	<b>Resultater</b>	<b>15</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	15
4.2	Syntese av resultatene	19
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>20</b>
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Forutsetninger for å gjennomføre MI	20
5.1.2	Føroverveielsesfasen	22
5.1.3	Overveielsesfasen	23
5.1.4	Forberedelsesfasen	24
5.1.5	Handlingsfasen	25
5.1.6	Vedlikeholdsfasen	26
5.2	Metodediskusjon	27
5.2.1	Litteraturstudiet, litteratursøk og utvelgelse av artikler	27
5.2.2	Kunnskapstilføring	29
5.2.3	Metode	29
5.2.4	Kulturelle forskjeller og overførbarhet	30
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>37</b>
8.1	Sjekkliste Ribu et al. (2020)	37
8.2	Sjekkliste Söderlund (2018)	43
8.3	Sjekkliste Dogru et al. (2019)	48
8.4	Sjekkliste Selcuk-Tosun & Zincir (2019)	54

# 1 Innledning

Tema for denne oppgaven er motiverende intervju (MI) som samtalem metode hos pasienter med type 2 diabetes mellitus (T2DM). Innledningsvis skal det argumenteres for viktigheten av å vie mer oppmerksomhet og kunnskap til gjeldende tema. Videre presenteres sykepleiefaglig relevans knyttet til temaet. Avslutningsvis blir hensikt, problemstilling og avgrensninger lagt frem.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes mellitus (DM) er en global utfordring hvor prevalensen stadig øker. I Norge er det ca. 270 000 mennesker som lever med DM, hvorav 247 000 av disse har T2DM (Stene & Gulseth, 2021). DM er en sykdom karakterisert med kronisk hyperglykemi, hvor T2DM skyldes en kombinasjon av insulinresistens og redusert insulinproduksjon (Ribu & Singstad, 2019, s. 592). Ifølge International Diabetes Federation er det anslått at den internasjonale prevalensen i 2021 var på 537 millioner mennesker og at den i løpet av 2045 vil ha steget til 783 millioner mennesker (International Diabetes Federation, u.å.). Av disse tallene er om lag 90% av tilfellene T2DM (Ribu & Singstad, 2019, s. 593). Sykdommen kan sees i sammenheng med både arv og økt gjennomsnittlig levealder, samtidig som befolkningen er utsatt for større eksponering av livsstilsrelaterte risikofaktorer som inaktivitet og fedme (Folkehelseinstituttet [FHI], 2020).

T2DM blir sett på som en av de mest utfordrende kroniske sykdommene å håndtere hvor egenbehandling er en vesentlig del av behandlingen. Egenbehandling av T2DM utføres av pasienten selv og foregår ved at pasienten aktivt engasjerer seg for å endre atferd og livsstil (Carpenter et al., 2019, s. 70). Likevel viser forskning at flere pasienter ikke klarer å motivere og engasjere seg nok til å oppnå best mulig egenbehandling (Carpenter et al., 2019, s. 71). Hvert enkelt individ har ulike forutsetninger for å iverksette atferdsendring. Ifølge Barth et al. (2013) er MI en personsentrert samtalem metode som kan styrke motivasjonen for atferdsendring. Det er viktig å trekke frem at ikke alle pasienter med T2DM har behov for å gjennomføre atferdsendringer. Bruk av MI vil derfor være relevant hos pasienter med T2DM der egenbehandlingen ikke er tilstrekkelig.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Ettersom T2DM er et stadig økende problem, er det relevant for sykepleiere å ha nok kunnskap og kompetanse om sykdommen. I tillegg er det nødvendig å ha kunnskap om at MI er en personsentrert veiledningsbasert samtalem metode som har som formål å vekke motivasjon til atferdsendring (Barth et al., 2013, s. 13), og om hvordan sykepleiere kan veilede pasienten til å ta kontroll over situasjonen som gir følelse av mestringstro (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). Veiledning er en av funksjons- og ansvarsområdene som bidrar til mestring, læring og utvikling hos pasienter hvor støtte og informasjon er integrert. Dette er sentrale faktorer for pasienter der målsetningen er å tilegne seg nok kunnskap og kompetanse om hvordan de på best mulig vis kan ta valg og beslutninger som bedrer egenbehandlingen (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). “Veiledning foregår ofte i en en-til-en-situasjon som kjennetegnes av nærhet og et faglig og personlig samspill mellom pasient og sykepleier” (Karlsen, 2011, s. 226). Denne tilstedeværelsen består av følelser, tillit og individuelle forhold hos pasienter som gjør samtalen mer sårbar og åpen.

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Med bakgrunn i økende prevalens, MI som en personsentrert samtalem metode og at veiledning inngår i sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, anses det som nødvendig å vie mer oppmerksomhet rundt tema. Den overordnede hensikten med denne studien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen ser på bruk av MI hos pasienter med T2DM på sykehus og poliklinikk, og hvordan dette kan bidra til bedre egenbehandling. Basert på denne hensikten er det utformet en relevant problemstilling:

*Hvordan kan motiverende intervju bidra til bedre egenbehandling hos pasienter med diabetes mellitus type 2?*

## **1.4 Avgrensning**

Oppgaven fokuserer på pasienter med T2DM. Andre typer av DM som diabetes mellitus type 1 og svangerskapsdiabetes blir ekskludert. Patofysiologien bak T2DM blir ekskludert i oppgaven, ettersom dette ikke er relevant for oppgavens problemstilling. Senkomplikasjoner ved dårlig egenbehandling blir forklart for å belyse alvorlighetsgraden av sykdommen. T2DM er en livsstilssykdom, og egenbehandling i form av endret kosthold og økt fysisk aktivitet er derfor viktige faktorer i behandlingen av sykdommen (Ribu & Singstad, 2019, s. 607). Egenbehandling består av fysisk aktivitet, sunt kosthold og medikamentell behandling (Ribu

& Singstad, 2019, s. 607), men sistnevnte ekskluderes i oppgaven. Dette på grunn av at livsstilsendringer ofte kan være fullbyrdet behandling for å kontrollere blodglukosen hos pasienter med T2DM (Helsebiblioteket, 2019). Sykepleierens ansvar for veiledning retter seg også mot pårørende (Kristoffersen et al., 2016, s. 19), men videre i oppgaven fokuseres det ikke på de pårørende ettersom sykepleieren veileder og motiverer pasienten selv til å iverksette atferdsendring. Oppgaven vil handle om pasienter med T2DM i aldersgruppen over 18 år hvor det ikke skilles mellom pasienter med nyoppdaget T2DM og pasienter som har hatt sykdommen over lenger tid. Dette med bakgrunn i at T2DM forekommer i alle aldre, men debuterer som regel i 40 årsalderen eller senere (Ribu & Singstad, 2019, s. 593). Sykepleieren kan møte pasienter med T2DM i mange ledd av helsetjenestene ettersom utbredelsen av sykdommen er stor. Oppfølging og behandling av T2DM foregår som oftest på poliklinikk, men noen får også oppfølging på sykehus (Helsedirektoratet, 2016). De nasjonale faglige retningslinjene for diabetes sier at spesialisthelsetjenesten er pliktige og lovpålagt å gi adekvat veiledning og opplæring til pasienter med T2DM (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleiere på poliklinikk og sykehus har derfor en unik mulighet til å starte en endringsprosess hos pasienten ved å ta i bruk MI. På bakgrunn av dette har vi valgt konteksten poliklinikk og sykehus.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget skal teori relatert til tema for oppgaven legges frem. Teorien vil senere i oppgaven anvendes til diskusjon.

### **2.1 Diabetes mellitus type 2**

T2DM er en hormonell sykdom som karakteriseres ved relativ insulinmangel som følge av insulinresistens kombinert med redusert insulinproduksjon fra betacellene i de langerhanske øyene i pankreas (Sagen, 2011b, s. 19). T2DM blir karakterisert som en livsstilssykdom, det vil si at livsstilsrelaterte faktorer som blant annet kosthold og fysisk aktivitet påvirker utviklingen. Fravær av insulin fører til økt konsentrasjon av glukose, hyperglykemi, i blodet ved ubehandlet sykdom. T2DM er en heterogen tilstand med variasjon i sykdomsforløp og bakenforliggende årsaker. Felles for personene som blir diagnostisert med T2DM er langsom utvikling av sykdommen. Dette forsinker prosessen med diagnostisering og følgelig kan pasienten være mer utsatt for å utvikle senkomplikasjoner (Sagen, 2011b, s. 25). I Norge lever det per dags dato omtrent 247 000 mennesker med T2DM, og det oppdages mellom 14 000-18 000 nye tilfeller hvert år (Stene & Gulseth, 2021).

#### **2.1.1 Senkomplikasjoner**

Dårlig egenbehandling av T2DM kan føre til en rekke ulike senkomplikasjoner, og deles inn i mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner. Hele 40% utvikler enten mikro- eller makrovaskulær senkomplikasjon i løpet av de ti første årene med T2DM (Thorsby, 2014, s. 67). Sunt kosthold og fysisk aktivitet er to av flere grunnleggende prinsipper for å unngå utviklingen av senkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2021a). Mikrovaskulære komplikasjoner forekommer i mindre blodkar og deles inn i diabetisk nefropati, retinopati, nevropati og nevropatisk fot (Ribu & Singstad, 2019, s. 624-628). Makrovaskulære komplikasjoner angriper større blodkar som forsyner hjertet, hjernen og resten av kroppen med blod. Dette kan forårsake kardiovaskulær sykdom, også kalt hjerte- og karsykdom (Sagen, 2011b, s. 56). Pasienter med T2DM har to til tre ganger økt sjanse for å utvikle kardiovaskulær sykdom (Os & Jenssen, 2014, s. 149). Kardiovaskulær sykdom er den hyppigste årsaken til sykkelighet og dødelighet blant pasienter med T2DM og nærmere  $\frac{2}{3}$  av dødsfallene kan knyttes direkte til kardiovaskulær sykdom (Gullestad, 2014, s. 167).

#### **2.1.2 Egenbehandling og mestringstro**

I følge Carpenter (2019, s. 70) er egenbehandling noe som utføres av pasienten selv. God egenbehandling hos pasienter med T2DM forutsetter at pasienten er bevisst på sykdommen

og er motivert til å iverksette atferdsendring dersom det er nødvendig (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). Fysisk aktivitet og kosthold er to essensielle elementer i egenbehandling. God egenbehandling krever økt kunnskap, holdningsendringer og endrede levevaner over en lengre periode (Chen et al., 2011, s. 638). Utvikling av effektive strategier for å fremme god egenbehandling kan bidra til å forhindre alvorlige komplikasjoner og øke pasientens livskvalitet (Chen, et al., 2011, s. 638). For å oppnå god egenbehandling er pasienten nødt til å inneha mestringstro. Mestringstro, også kalt self-efficacy, ble introdusert av Albert Bandura og er et begrep som omfatter pasientens opplevelse av å mestre en utfordring eller stressende situasjon (Lode, 2016, s. 45). Mestringstro og motivasjon er elementer som blir sett på som en forutsetning for å iverksette atferdsendring, og er derfor essensielt for å oppnå god egenbehandling. Pasienter som innehar slike egenskaper vil ha større mulighet til å selv forstå viktigheten av å gjøre atferdsendring (Lode, 2016, s. 45).

### **2.1.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er en viktig komponent i egenbehandling for pasienter med T2DM. Det anbefales for denne gruppen å være aktiv minst 30 minutter hver dag og samtidig trene med moderat til høy intensitet minst 150 minutter per uke. Både styrketrening og utholdenhetstrening bør inkluderes ettersom en kombinasjon av disse treningsformene har vist seg å ha en positiv effekt på blodglukosen (Ribu & Singstad, 2019, s. 613). Fysisk aktivitet er også gunstig for vektreduksjon, det kan hindre utvikling av senkomplikasjoner og redusere risikoen for blant annet kardiovaskulær sykdom. Det viser seg at fysisk aktivitet som eneste komponent vil gi marginalt effekt, men kombinert med atferdsendring som sunnere kosthold vil som oftest gi bedre resultater (Sagen, 2011a, s. 152). I oppgaven innebærer fysisk aktivitet all form for fysisk bevegelse. Ifølge FHI rommer fysisk aktivitet alt fra lett til hard fysisk aktivitet (Nystad, 2022). Vi velger å ikke konkretisere en spesifikk intensitet eller treningsform siden alle pasienter med T2DM har ulike forutsetninger for trening og aktivitetsnivå.

### **2.1.4 Kosthold**

Kostholdets betydning for egenbehandling står helt sentralt i prosessen for blodsukkerregulering, for å hindre eksaserbasjon av sykdommen og senkomplikasjoner. Å få i seg riktige matvarer fra de ulike næringskildene, å ha en fast måltidsrytme, å følge Helsedirektoratets kostanbefalinger og å regulere vekt er intervensjoner for bedre egenbehandling (Lundestad, 2014, s. 71-75). I takt med befolkningens økende eksponering av livsstilsrelaterte risikofaktorer, stiger også prosentandelen overvektige pasienter med T2DM.



Det viser seg at hele 70% av pasientene med T2DM er registrert som overvektige eller som sykkelig overvektige (Diabetesforbundet, 2021b). Vektreduksjon, med fokus på kosthold, er derfor en viktig del av egenbehandlingen. For mange kan det være krevende og tøft å nå milepælen med å endre kosthold. Endringene er blant annet avhengig av personens utgangspunkt, matvaner, mattradisjoner, økonomi og hvilke endringer personen selv er villig til å innfri (Aas, 2011, s. 123). Hovedelementet er likevel at personen selv må være motivert og ser behovet for kostholdsending for å oppnå optimal effekt. En vektreduksjon på 5-10% kan være nok for å oppnå et godt behandlingsmål (Ribu & Singstad, 2019, s. 612).

## **2.2 Motiverende intervju**

MI, utviklet av William Miller & Stephen Rollnick på 80-tallet, er en effektiv og empatisk samtalemetode som er anbefalt å bruke på pasienter med T2DM for å vekke motivasjon og mestringstro til å gjennomføre en atferdsending (Ribu & Singstad, 2019, s. 630). Siden den gang er metoden hyppig brukt i alle former for endringsatferd (Barth et al., 2013, s. 13). Samtalen er preget av åpne spørsmål, refleksjon, rådgivning og støtte for pasienter som ønsker å gjøre en livsstilsending. MI baserer seg også på endringsmotivasjonen hos pasienten (Barth et al., 2013, s. 82). Kommunikasjon er et sentralt verktøy i veiledningssituasjonen MI. Sykepleieren og pasienten med T2DM møtes som likeverdige og sykepleieren er nødt til å etterstrebe å skape en trygg og tillitsfull atmosfære slik at pasienten med T2DM kan dele tanker, følelser og erfaringer i dialogen (Barth et al., 2013, s. 58-59).

### **2.2.1 Grunnverdier i MI**

Miller & Rollnick (2013/2016, s. 41-42) beskriver fire grunnleggende verdier som er med på å etablere en grunnmur for holdninger i MI. Disse er partnerskap, aksept, medfølelse og fremkallelse. Partnerskap assosieres med likeverdighet mellom sykepleier og pasienten hvor samarbeid står sentralt. Aksept bygger på respekt og empati overfor hverandre (Miller & Rollnick, 2013/2016, s. 42-45). Medfølelse fra sykepleier bidrar til at pasienten føler seg sett, hørt og forstått. Fremkallelse er med på å motivere pasienten til atferdsending ved at sykepleier aktivt setter pasientens ønsker og oppfatninger i første rekke (Miller & Rollnick, 2013/2016, s. 47-48).

### **2.2.2 Motivasjon**

I veiviseren til Helsedirektoratet og Diabetesforbundet defineres motivasjon som “drivkraften som får oss til å utføre bestemte handlinger og aktiviteter. Motivasjon styres av våre følelser, tanker, ønsker og behov” (Helsedirektoratet & Diabetesforbundet, 2018, s. 14). Her skiller det

mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er faktorer som kommer fra egne interesser, og kan for eksempel styres av mestring, trivsel, tanker, følelser og opplevelser. Ytre motivasjon er derimot faktorer som pasienten blir påvirket av i omgivelsene og kan være forventninger, holdninger, belønning eller kritikk (Helsedirektoratet & Diabetesforbundet, 2018, s. 14-15). I MI er det ønskelig å påvirke personens indre motivasjonen. Motivasjon er vist å være en drivkraft for utvikling og læring. Tilsvarende er bevisstheten om at en atferd kan ha negative konsekvenser et viktig element i utvikling av motivasjon for atferdsendring (Karlsen, 2011, s. 220-222). I motivasjon er mestringstro vesentlig for å lykkes i en atferdsendring (Helsedirektoratet & Diabetesforbundet, 2018, s. 14).

### **2.2.3 Ambivalens**

Ambivalens kan sees som en sinnstilstand preget av motstridende følelser, oppfatninger, holdninger eller meninger om noe, og avhenger av personens følelsetilstand på det aktuelle tidspunktet. Uttrykket ble utviklet på 1900-tallet av psykiateren Eugen Bleuler og er en kombinasjon av “ordene *ambi*, som betyr begge, og *valentina*, som betyr styrke eller kraft” (Barth et al., 2013, s. 77). Å utforske og utfordre en persons ambivalens i forbindelse med MI og atferdsendring hos pasienter med T2DM er mye brukt i praksis. Ambivalensutforskning bygger på personens autonomi, synspunkter og respekt for at det er personen som skal ta egne beslutninger om sitt eget liv (Barth et al., 2013, s. 82-86).

## **2.3 Endringsprosessen**

Endringsprosessen er en stadiemodell for viljestyrt endring av skadelig atferd og vaner. Modellen ble utviklet av psykologene Prochaska & DiClemente på slutten av 1900-tallet, og deler endringsprosessen i fem ulike stadier; føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen (Barth et al., 2013, s. 61). Ifølge modellen vil endringen være en prosess som vil foregå trinnvis over tid og kan kreve flere forsøk (Barth et al., 2013, s. 61). Sykepleieren må på en profesjonell måte, ved hjelp av kunnskap, rette fokuset mot hva som motiverer pasienten. Målet er å støtte og motivere hen til å gjennomføre endring. Det er avgjørende at pasienten selv ønsker å gjennomføre endring for at prosessen skal føre til varig endring. I tillegg må pasientens egne ressurser bli vektlagt for et vellykket resultat (Ribu & Singstad, 2019, s. 630).

Føroverveielsesfasen er første fase av prosessen mot endring. I denne fasen har pasienten et problem, men hen har ingen planer om og er lite motivert for endring. Det kan blant annet handle om fornektelse eller mangel på kunnskap. Fasen er preget av at man ikke opplever

atferden som problematisk, men heller at fordelene ved atferden er større enn ulempene (Barth et al., 2013, s. 63). I overveielsesfasen vil personen i likhet med i føroverveielsesfasen oppleve at den skadelige atferden har noen positive sider, men hen begynner å bli bevisst på at det er noen problematiske sider ved adferden. Pasienten vil både ha positive og negative tanker om atferden, hvilket gjør at innstillingen til endring vil være preget av ambivalens (Barth et al., 2013, s. 65). I forberedelsesfasen er det tatt en beslutning om endring. Fasen innebærer å forplikte seg til den kommende endringen i tillegg til praktiske forberedelser for at endringen skal være gjennomførbar (Barth et al., 2013, s. 66). Handlingsfasen er stadiet der den synlige endringen finner sted gjennom atferdsendringer. Personens indre og ytre motivasjon vil være drivkraften for forbedringer og fremgang (Barth et al., 2013, s. 68). I vedlikeholdsfasen må det jobbes med å få til en varig endring der den nye atferden over tid vil bli mer automatisert. Det vil kreve motivasjon og viljestyrke for å unngå å falle tilbake i tidligere vaner (Barth et al., 2013, s. 69-70).

## **2.4 Personsentrert sykepleie**

Personsentrert sykepleie fokuserer på å ivareta pasientens autonomi, med hensyn til hvert enkelt individs tro og verdier (McCormack & McCance, 2017, s. 58). Personsentrert sykepleie forutsetter at sykepleieren har den faglige kompetansen, mellommenneskelige ferdigheter og verdier som skal til for å yte omsorgsfull og individuell helsehjelp (McCormack & McCance, 2017, s. 41). Ved å vise empati, engasjement og tilstedeværende i samhandling med pasienten vil sykepleieren kunne få en bedre forståelse av hva som er viktig for pasienten. Beslutninger bør så langt det lar seg gjøre foretas i samhandling med pasienten og sørge for å dekke alle deres behov (McCormack & McCance, 2017, s. 58-59). Det vil bidra til å ivareta de grunnleggende prinsippene for personsentrert sykepleie ved å ha en empatisk tilnærming til pasienten, og å inkludere hen i viktige beslutningsprosesser. God kommunikasjonsevne har stor betydning for å skape en tillitsfull og god relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og er avgjørende for personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Hensikten med personsentrert sykepleie er at pasienten opplever omsorg, føler seg inkludert og kjenner på velvære (McCormack & McCance, 2017, s. 58-59).

## **2.5 Aktuelle lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etikk**

Som autorisert sykepleier har man et individuelt profesjonelt ansvar om å følge gjeldende lovverk, de yrkesetiske retningslinjene og de myndighetskravene som er fastsatt for å yte personsentrert sykepleie. Helsepersonelloven § 4 omtaler sykepleierens ansvar om å utøve

faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I MI er brukermedvirkning og autonomi sentrale prinsipper (Barth et al., 2013, s. 22). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte pasient og at helsehjelpen så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I tillegg sier § 2-5 at pasienter har krav på en tilpasset individuell behandlingsplan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). I utøvelsen av sykepleie kommer sykepleieren nær mennesker som har behov for hjelp og som befinner seg i en sårbar situasjon (Lillemoen, 2015, s. 297). Sykepleieren må utføre etisk praksis som innebærer profesjonell teknisk kompetanse. I tillegg må det tas hensyn til pasientens opplevelser, behov og deres rettigheter som menneske må respekteres (Lillemoen, 2015, s. 299). Dette underbygges også av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie som understreker at “grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk Sykepleierforbund, 2019)

### **3 Metode**

Metode er fremgangsmåten som benyttes for å innhente litteratur for å belyse ulike faglige perspektiver, og den bidrar til drøfting rundt en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). I dette kapittelet skal litteraturstudiet defineres som metode og søkeprosessen som er gjennomført skal gjøres rede for. Søket sammen med utvelgelsesprosessen skal til slutt presenteres i en tabell.

#### **3.1 Litteraturstudiet**

Oppgaven benytter litteraturstudiet som metode for å belyse problemstillingen, samt annen relevant fag- og forskningslitteratur omtalt under punkt 3.3. En litteraturstudie er en sammenfatning av tidligere publisert forskning som analyserer resultatene fra ulike vitenskapelige studier. Litteraturen systematiseres og kritisk vurderes for å fremme oppdatert og kunnskapsbasert forskning ved å søke i databaser (Popenoe et al., 2021, s. 175). Den overordnede hensikten med en litteraturstudie er å integrere faglig oppdatert kunnskap slik at leseren sitter med en god forståelse av temaet når man besvarer den fastsatte problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77-81).

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

Forskningsartiklene er funnet gjennom de vitenskapelige databasene CINAHL og PubMed. Det er gjort et strukturert litteratursøk med søkeordene «Motivational Interviewing» AND «Diabetes mellitus type 2» i begge databasene. Utgivelsesdato ble avgrenset til de siste fem årene da nyere forskning viser aktualiteten om temaet og problemstillingen. Søket avgrenses til artikler skrevet på engelsk, norsk, dansk og svensk, og til aldersgruppen 19-79 år ettersom oppgaven tar for seg voksne pasienter med T2DM. Videre avgrenset vi søket i CINAHL til kun å inneholde forskningsartikler publisert i Europa på grunn av deres relevans, likhetstrekk og overførbarhet til det norske helsevesenet. PubMed hadde ikke denne funksjonen.

Forskningsartiklene må være utgitt i et fagfelleverdert tidsskrift. MI er en internasjonal samtalem metode og prinsippene i MI er de samme uavhengig av geografisk posisjon. Funnene i artiklene vil derfor til en viss grad være overførbare. Inklusjonskriterier som benyttes i begge databasene er forskningsartikler der MI anvendes på poliklinikk eller i sykehus, og dette er avgjørende for forskningsartikkelens relevans for oppgaven. Alle typer forskningsmetoder og design inkluderes i søket da vi ønsker å se på ulike måter å belyse temaet på. Selv om vi har avgrenset definisjonen av egenbehandling til kun å inneholde fysisk aktivitet og kosthold, inkluderer vi likevel forskningsartikler som har medisinerings som komponent på grunn av

forskningsartikkelens øvrige relevans. Basert på søket over får vi 13 resultater i CINAHL og 28 resultater i PubMed.

CINAHL hadde to relevante forskningsartikler og PubMed hadde syv. Vi måtte derfor benytte ytterligere inklusjons-og eksklusjonskriterier i PubMed. Kun forskningsartikler der både menn og kvinner er med i forskningen inkluderes ettersom problemstillingen er kjønnsnøytral. Søkene resulterte ikke i tilstrekkelig aktuell forskning utført i Europa, og vi valgte derfor å inkludere industriland [i-land] utenfor Europa. I søket i PubMed blir artikler der MI har blitt gjennomført nettbasert eller over telefon ekskludert. Resultatet av søket i CINAHL inneholdt én artikkel med telefonintervju. Vi ser ikke på det som hensiktsmessig å benytte flere forskningsartikler med digitale intervjuer ettersom dette ikke er temaet for oppgaven.

Database og dato for søk	CINAHL 08/11-22	PubMed 08/11-22
Søkeord og kombinasjoner	“Motivational Interviewing” AND “Diabetes mellitus type 2”.	“Motivational Interviewing” AND “Diabetes mellitus type 2”.
Avgrensninger i søket	Siste 5 år Fagfelleverdert Engelsk, norsk, dansk og svensk. Aldersgruppe 19-79 år. Poliklinikk og spesialisthelsetjenesten. Europa.	Siste 5 år Fagfelleverdert Engelsk, norsk, dansk og svensk. Aldersgruppe 19-79 år. Poliklinikk og spesialisthelsetjenesten.
Antall treff totalt	13	28
Antall gjennomleste titler	13	28
Antall gjennomleste abstrakt	13	24

Antall gjennomleste fulltekstartikler	9	14
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	2	7
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke relevant.	Inklusjonskriterier: Begge kjønn. Eksklusjonskriterier: Nettbaserte- og telefonintervjuer U-land
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	2	3
Inkludert artikkel nummer 1	Ribu, E., Singstad, T., Torbjørnsen, A., Småstuen, M. C. & Holmen, H. (2020). The feasibility of telephone health counselling provided by a nurse for people with diabetes. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 10(2), 112-126. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-02-04">https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-02-04</a>	
Inkludert artikkel nummer 2	Söderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. <i>Chronic Illness</i> . 14(1), 54-68. <a href="https://doi.org/10.1177/1742395317699449">https://doi.org/10.1177/1742395317699449</a>	Söderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. <i>Chronic Illness</i> . 14(1), 54-68. <a href="https://doi.org/10.1177/1742395317699449">https://doi.org/10.1177/1742395317699449</a>
Inkludert artikkel nummer 3		Selcuk-Tosun, A. & Zincir, H. (2019). The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-

		efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 25(4), 1-12. <a href="https://doi.org/10.1111/ijn.12742">https://doi.org/10.1111/ijn.12742</a>
Inkludert artikkel nummer 4		Dogru, A., Ovayolu, N. & Ovayolu, O. (2019). The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. <i>Journal of the Pakistan Medical Association</i> , 69(3), 294-300. <a href="https://jpma.org.pk/article-details/9065?article_id=9065">https://jpma.org.pk/article-details/9065?article_id=9065</a>

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur som er benyttet i oppgaven er blant annet hentet hos Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Norsk Sykepleierforbund og Diabetesforbundet. Vi anser disse kildene som troverdige og pålitelige på grunn av et velfungerende demokrati og at nordmenn har generelt høy tillit til norske myndigheter. Ifølge Helsedirektoratet er deres arbeid kunnskapsbasert og lener seg på faglig skjønn (Helsedirektoratet, 2022a). I tillegg er litteratur i form av bøker relevant da de enten står oppført på pensumlisten for bachelor i sykepleie eller er skrevet av fagpersoner. Vi anser disse kildene som kvalitetsvurdert da de ligger i pensumlisten. Alt av teori benyttet i oppgaven er utgitt etter 2010. Forskningsartiklene brukt i innledningen og i teoridelen er med på grunnlag av fagfelle vurdering og artiklenes relevans til tema. Primærlitteratur er etterstrebet for å få best mulig resultat og for å hindre feiltolkninger, men sekundærlitteratur er også tatt i bruk. Vi har valgt å bruke teorien om personsentrert sykepleie utarbeidet av McCormack & McCance (2017) på bakgrunn av deres lange erfaring innenfor tema og deres stillinger som professorer. Dette styrker deres etos. Teorien om MI er hentet fra tre ulike bøker. Vi har forsøkt å anvende Miller & Rollnick (2016) i størst mulig grad fordi dette er primærkilden, men på grunn av at boken omfatter mye og tungt materiale har vi valgt å utfylle med Barth et al. (2013) og Ivarsson (2017). Fakta om litteraturstudiet som metode er hentet fra Popenoe et al. (2021) i henhold til høgskolen krav til bacheloroppgaven. Boken av Thidemann (2019) er anvendt for å supplere Popenoe et al.



(2021) over valg av metode, for å vise hvordan en litteraturstudie gjennomføres og for å belyse hvilke krav bacheloroppgaven har til oppsett og struktur.

## 4 Resultater

Resultatkapittelet inneholder en artikkelmatrise over de valgte forskningsartiklernes hensikt, design, funn og kvalitetsvurdering som presenteres i en tabell. I tillegg legges en syntese av hovedfunnene fra forskningsartiklene frem.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Cinahl	Ribu, E., Singstad, T., Torbjørnsen, A., Småstuen, M. C. & Holmen, H. (2020). Norge.	The feasibility of telephone health counselling provided by a nurse for people with diabetes.	Hensikten med studien er å vurdere atferdsendring innen kosthold og fysisk aktivitet hos pasienter med T2DM ved telefonbasert helserådgivning med bruk av prinsippene i MI.	Randomisert kontrollert studie (RCT)	Deltakerens selvrapporterte endringsstadium i kosthold og fysisk aktivitet samsvarte ikke med diabetessykepleierens vurdering av deltakerne. Kosthold og fysisk aktivitet var et hyppig diskutert tema under samtalene og noe deltakerne viste engasjement for i forhold til atferdsendringer. Sykepleieren erfarte at deltakerne i studien møtte opp til telefonsamtalene. Deltakerne i studien var også lett å få kontakt med over	7 av 13 på sjekklisten for RCT studier.

					telefonintervjuer. Resultatene viste at å avtale et bestemt tidspunkt gjorde intervensjonen mer effektiv, ettersom sykepleieren fikk forberedt seg til samtalen.	
Cinahl og PubMed	Söderlund, P. D. (2017). USA.	Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review	Hensikten med studien er å vurdere effektiviteten av MI for bedre egenbehandling ved fysisk aktivitet hos voksne diagnostisert med T2DM.	Oversiktsartikkel	Ut fra ni forskningsartikler var det blandede resultater knyttet til effektivitet av MI ved T2DM. Fire av studiene viste et signifikant utfall ved bruk av MI på pasientenes mestringstro knyttet til fysisk aktivitet. God opplæring og kunnskap om MI-veiledning var knyttet til gode resultater på endringsatferden. Lengere og hyppigere samtaler var også assosiert med signifikante utfall på pasientens mestringstro rundt fysisk aktivitet. Fire av fem studier som manglet signifikante utfall implementerte få MI-samtaler med	6 av 9 på sjekklisten for oversiktsartikler.

					kort varighet, eller hadde et høyt frafall.	
PudMed	Selcuk-Tosun, A. & Zincir, H. (2019). Tyrkia.	The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial.	Denne studien hadde som hensikt å bestemme effekten av transteoretisk modell basert på motiverende intervju på selveffektivitet, metabolsk kontroll og helseatferdsendringer hos voksne med T2DM.	RCT	Mestringstroen hos pasientene økte i begge gruppene, men økningen var størst hos intervensjonsgruppen. I intervensjonsgruppen var 96% av deltakerne i handlingsstadiet positive til ernæring, 92% for trening, og 96% for medisinbruk etter seks måneders oppfølging. I kontrollgruppen var 16% deltakerne i handlingsstadiet positive til ernæring, 8% for trening og 60% for medisinbruk etter seks måneders oppfølging. Studien viste at bruk av MI hos pasienter med T2DM hadde en positiv innvirkning på personens egenbehandling. Resultatene fra baseline til sjetten måneders oppfølging av metabolske kontroll, fysisk aktivitet og kosthold var signifikant.	7 av 13 på sjekklisten for RCT studier.

PubMed	Dogru, A., Ovayolu, N. & Ovayolu, O. (2019). Tyrkia.	The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables.	Hensikten med studien er å evaluere effekten av MI hos pasienter med T2DM knyttet til mestringstro og metabolsk kontroll.	RCT	Studien viste at bruk av MI hos pasienter med T2DM i intervensjonsgruppen påvirket den metabolske kontrollen og pasientenes egenopplevelse av mestringstro positivt. Gjennomsnittscoren for egen opplevd mestringstro hadde et signifikant utfall i intervensjonsgruppen, men utfallet var derimot ikke statistisk signifikant hos deltakerne i kontrollgruppen.	7 av 13 på sjekklisten for RCT studier.
--------	---	--	---	-----	--	---

## **4.2 Syntese av resultatene**

Resultatene i forskningsartiklene viste at ved god utførelse av MI hadde samtalemotoden en positiv effekt knyttet til egenbehandling i form av fysisk aktivitet og endret kosthold hos pasienter med T2DM. Funn i majoriteten av artiklene viser en signifikant større atferdsendring hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen når det gjelder mestringstro fra baseline til endt studie. En av studiene viser liten grad av enighet mellom sykepleier og pasienten når det gjelder endringsstadiet av kostholdsvaner.

## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere hovedfunnene fra det strukturerte søket og belyse problemstillingen ut fra forskningsartiklene og øvrig litteratur. Problemstillingen for oppgaven er “Hvordan kan motiverende intervju bidra til bedre egenbehandling hos pasienter med diabetes mellitus type 2?”. Resultatdiskusjonen vil først ta for seg forutsetninger for å gjennomføre MI. Videre diskuteres MI i de ulike fasene av endringsprosessen i lys av relevant forskning. I metodediskusjonen vil styrker og svakheter knyttet til litteraturstudiet som metode, litteratursøket og utvelgelse av artikler legges frem. Her ser vi også på styrker og svakheter ved de valgte forskningsartiklenes kunnskapstilføring, metode, kontekst, kulturelle forskjeller og overførbarhet.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Forutsetninger for å gjennomføre MI

Utførelse av MI stiller krav til sykepleieren som medmenneske og krever gode kommunikasjonsferdigheter. Sykepleieren må i tråd med Helsepersonelloven (1999, § 4) utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie slik at helsehjelpen til pasienten blir av best mulig kvalitet. Samtidig har god kommunikasjonsevne stor betydning for å skape en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Sykepleieren er nødt til å integrere grunnleggende kommunikasjonsprinsipper i samtalen for å motivere til endring av kosthold og fysisk aktivitet. Dette innebærer blant annet aktiv lytting, åpne spørsmål, refleksjon, empati og å ha en åpen og støttende holdning. Prinsippene i MI vil føre til refleksjon og tankekjør hos pasienten som igjen vil lede til at hen blir en aktiv deltaker i samtalen (Karlsen, 2011, s. 222-223). Personsentrert sykepleie og brukermedvirkning er begreper av stor betydning i MI, hvor metoden tar utgangspunkt i personens ressurser, forutsetninger og erfaringer (Ribu & Singstad, 2019, s. 629). I tillegg til grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, presiserer Dogru et al. (2019, s. 300) viktigheten av å implementere mer tid på opplæring av MI hos sykepleiere nødvendig for å få best mulig utbytte av samtalen. Funn i studien til Söderlund (2018) viste at sykepleiere med gode ferdigheter i MI kan bidra til å fremme atferdsendring (Söderlund, 2018). I en av studiene som Söderlund (2018) har inkludert kom det frem at vedkommende som utførte MI-samtalene hadde for lite kunnskap om gjennomførelsen av MI, og ble derfor vurdert som mindre dyktig. I de andre studiene som viste liten effekt av MI ble ikke opplæringen i MI gjort rede for (Söderlund, 2018, s. 65) og det kan tenkes at ferdighetene påvirket resultatene av studien.

MI kan være til hjelp i endringsprosessen for å få en bedre forståelse av hvor i prosessen pasienten befinner seg. Det er pasienten med T2DM som sitter på all kunnskapen og er ekspert på egne følelser og behov, derfor må sykepleieren evne å ta hensyn til pasientens behov og ønsker (Eriksen, 2015, s. 899). Dette underbygges også av pasient- og brukerrettighetsloven som sier at tjenestetilbudet så langt som mulig skal tilpasses hvert enkelt individ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). MI kan benyttes i de ulike fasene av endringsprosessen for å bedre egenbehandling i form av fysisk aktivitet og kosthold. Hvilket stadie pasienten befinner seg i vil ha betydning for samtalen og behandlingsintervensjoner. Sykepleieren må ta utgangspunkt i hver enkelt pasients unike situasjon og tilpasse veiledningen for å kunne motivere til atferdsendring (Barth et al., 2013, s. 45). Endringsprosessen har fått kritikk for at den trinnvis tar for seg hver enkelt fase der hvert stadie forutsetter at tidligere stadier er fullført (Barth et al., 2013, s. 187). Endringsprosessen bør sees på som en dynamisk prosess der pasienten kan skifte mellom ulike stadier, for eksempel fra overveielsesfasen til handlingsfasen, deretter tilbake til overveielsesfasen (Barth et al., 2013, s. 74).

Resultatene i Dogru et al. (2019, s. 297) viste at deltakernes BMI (kroppsmasseindeks) hadde et signifikant utfall i intervensjonsgruppen der sykepleieren gjennomførte MI. Resultatene kan tyde på at pasientene i intervensjonsgruppen i større grad forbedret kostholdet og/eller at pasientene var mer fysisk aktive. Ut fra resultatene kan det tenkes at deltakerne i studien overvant ambivalensen ved å komme frem til at de negative sidene veide tyngre enn de positive ved atferden. På en annen side er det mulig at pasientene med T2DM som deltok i studien allerede var i overveielsesfasen og hadde et ønske om å gjøre en endring, og at dette påvirket resultatet av forskningen. Forskningsprosjekter er frivillig og vil muligens ikke inkludere pasienter med T2DM som viser stor motstand ettersom denne pasientgruppen sannsynligvis vil takke nei til å delta. Samtidig er dette et problem vi også vil møte på poliklinikker og på sykehus. Pasienter med T2DM har krav på informasjonskurs og oppfølging ved sykehus eller poliklinikk (Helsedirektoratet, 2022b), men helsehjelpen er ikke obligatorisk. Ettersom helsehjelpen bare gis dersom pasienten ønsker det og møter opp, vil ikke sykepleieren få kontakt med alle. T2DM er en livsstilssykdom som for mange vil føre med mye skam og skyld knyttet til sykdommen, noe som kan gjøre det vanskeligere for pasienter med T2DM å oppsøke hjelp (Pleym & Westberg, 2022). Dette noe sykepleieren bør tenke over og ta hensyn til i MI samtalen hos pasientene som søker hjelp. I studien til Ribu et al. (2020) ble MI gjennomført over telefon. Telefonsamtaler kan gjøre det lettere for pasienter



som føler på skam og skyld å oppsøke hjelp. Telefonintervjuer vil også være mer fleksibelt og kreve mindre av pasienten for å møte opp. Funnene i Söderlund (2018, 2. 65) viste at alle studiene med gode resultater enten gjennomførte fysiske MI-samtaler eller en kombinasjon mellom fysiske- og telefonsamtaler. På en annen side vil telefonrådgivning være mindre personlig og det kan være vanskeligere å bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

### **5.1.2 Føroverveielsesfasen**

I føroverveielsesfasen eksisterer et problem, eksempelvis usunt kosthold eller inaktivitet, men pasienten er preget av fornektelse og/eller lite kunnskap rundt tema. I denne fasen er fordelene med atferden større enn ulempene (Barth et al., 2013, s. 63). Sykepleierens rolle overfor pasientene som befinner seg i føroverveielsesfasen kan være å gi individuell informasjon og bevisstgjøre pasienten om potensiell helserisiko for å fremkalle motivasjon for endring (Barth et al., 2013, s. 63). Informering og rådgivning forutsetter at pasienten er mottakelig for informasjonen som gis (Ribu og Singstad, 2019, s. 632), og skal skje på pasientens premisser. Eksempelvis kan dette være etter at sykepleieren har bedt om tillatelse eller pasienten selv ber om det. Dersom informasjon gis uten at pasienten har vist interesse kan det føre til at sykepleieren blir møtt med en defensiv holdning og motstand. Motstand kan handle om at pasienten selv ikke ønsker å gjøre endringer eller motstand direkte mot sykepleieren (Barth et al., 2013, s. 64). Motstand kan være et tegn på at sykepleieren ikke lytter godt nok til pasienten, går for fort frem eller at pasienten opplever å bli overkjørt. Dersom pasienten viser motstand kan sykepleieren være nødt til å endre måten å tilnærme seg pasienten (Barth et al., 2013, s. 93). Motstanden kan også skyldes at pasienten har en negativ holdning til endring før samtalen. Hvis pasienten med T2DM har blitt presset av familie eller venner til å søke hjelp på grunn av usunn livsstil, eller blitt innlagt på sykehus tidligere grunnet senkomplikasjoner kan pasienten vise motstand. Pasienten kan oppleve å være tilfreds med sin gamle atferd og ikke ha et ønske om å for eksempel endre kostholdsvaner eller bli mer aktiv. Sykepleieren må istedenfor å bli oppgitt over pasientens mangel på motivasjon vise nysgjerrighet og åpenhet for å finne årsaken til at pasienten befinner seg i føroverveielsesfasen (Barth et al., 2013, s. 64). Ingen kan tvinge pasienten til å gjennomgå en endring hen selv ikke er interessert i. Sykepleieren sin oppgave er å forsøke å motivere pasienten uten å være konfronterende eller overtalende.

I intervensjonsgruppen i Dogru et al. (2019) sin studie fokuserte sykepleierne som utførte MI på å stille åpne spørsmål med en empatisk og ikke-dømmende holdning til pasientene. Studien

viste et signifikant utfall på mestringstro hos pasientene i intervensjonsgruppen. Dette underbygges av en studie utført av Dellasega (2012), hvor pasienter med T2DM ble intervjuet om sine erfaringer med MI. Deltakerne i studien pekte på forskjellen mellom standardbehandling og MI, der MI vektla en ikke-dømmende samtale hvor pasienten selv fikk ta eierskap til atferdsendringene. Deltakerne i studien følte at de ble lyttet til og forstått, noe som gjorde det lettere å åpne seg og være mottakelig for sykepleierens veiledning og forslag til endring (Dellasega, 2012, s. 39). Funnene i studiene samsvarer med verdigrunnlaget for MI som blant annet legger vekt på en ikke-dømmende tilnærming og kommunikasjon basert på aksept og respekt (Barth et al., 2013, s. 22). MI bygger på samarbeid mellom sykepleieren og pasienten gjennom samtaler der begge skal jobbe mot et felles mål. Grunnleggende for at MI skal være til hjelp for pasienten er å skape en trygg relasjon bygget på medfølelse (Barth et al., 2013, s. 22). Eksempelvis kan pasienten med T2DM fortelle at hen synes det er vanskelig å begynne å trene. Sykepleieren kan vise medfølelse for at pasienten synes det er vanskelig å være i mere fysisk aktivitet og fortelle at hen ikke er alene om å synes dette er vanskelig. Videre kan sykepleieren prøve å finne ut av hva pasienten føler gjør dette vanskelig ved å stille åpne og ikke-dømmende spørsmål.

### **5.1.3 Overveielsesfasen**

I overveielsesfasen vil de negative sidene ved atferden være en større bekymring enn i føroverveielsesfasen (Barth et al., 2013, s. 65). Pasienten kan i overveielsesfasen begynne å bekymre seg for helseutfordringene atferden kan medføre på sikt, eksempelvis at hen ikke får tatt like stor del i barnas hverdag grunnet den fysiske formen. Hvert individ vil reagere og opptre forskjellig. Noen vil bruke mye tid på å tenke og bekymre seg, mens andre vil prøve å skyve tankene vekk ettersom det kan være en psykisk belastning. Pasienten har ennå ikke tatt noen beslutning om endring og ambivalens er et kjennetegn i overveielsesfasen (Barth et al., 2013, s. 65). Pasienten kan for eksempel ha et ønske om å endre kostholdet ettersom hen vet at sunt kosthold er bra for helsen og forebygger senkomplikasjoner. På den andre siden får pasienten mye glede av usunn mat og har for lite kunnskap om kostholdsendringer. Ifølge Barth et al. (2013, s. 19-20) peker flere studier på denne problemstillingen, at selv i møte med negative konsekvenser fortsetter personen i samme mønster. I slike tilfeller har sykepleieren en sentral rolle i å fremme pasientens mestringstro, være optimistisk og ha tro på at pasienten klarer å gjennomføre atferdsendringene.

En strategi sykepleieren kan bruke i MI er ambivalensutforskning der pasienten skal reflektere over positive og negative aspekter knyttet til atferdsendringer (Barth, 2016, s. 79). I studien til Ribu et al. (2020, s. 122) kommer det tydelig frem at pasientene snakket om hvor mye innsats og tid det koster for å oppnå atferdsendring i form av fysisk aktivitet og kosthold. I slike settinger må sykepleieren tilrettelegge for at pasienten selv kan få vurdere og reflektere over egne vaner og atferdsmønstre. Samtidig som pasientens ambivalens utforskes vil sykepleieren måtte forsøke å øke pasienten indre motivasjon, og dermed fremme endringsprosessen (Barth et al., 2016, s. 88). Dersom pasienten har et ambivalent forhold til fysisk aktivitet kan sykepleieren stille spørsmål som “Er det greit for deg at vi snakker om hvordan du ser på fysisk aktivitets negative og positive sider?”. Ved å be om tillatelse og stille åpne spørsmål blir samtalen personsentrert og pasientens autonomi ivaretatt. Dette underbygges av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Hvis pasienten klarer å legge mye av ambivalensen bak seg er det lettere for sykepleieren å føre samtalen mot planlagt endring og forpliktelsene som følger med (Barth et al., 2013, s. 187). Planleggingen må skje på pasientens premisser og sykepleieren må legge opp samtalen på en slik måte at valget om endring ligger hos pasienten og ikke blir bestemt av sykepleieren (Ivarsson, 2017, s. 58). Eksempelvis kan sykepleieren stille spørsmål som “Hva tenker du videre nå, hva er du klar for å gjøre?”. Hvis pasienten da forteller at hen ønsker å spise et mere sunt og variert kosthold kan sykepleieren spørre hvordan og når hen ønsker å begynne. På denne måten vil pasienten selv legge føringene for hva som skal skje og når det skal skje, og er en god strategi for å ivareta pasientens autonomi.

#### **5.1.4 Forberedelsesfasen**

Pasienter som befinner seg i forberedelsesfasen har et større ønske om atferdsendring og legger ned mer ressurser og innsats for å oppnå ønsket mål. Likevel står pasienten med T2DM overfor to hovedutfordringer. Forpliktelse til endring og praktiske forberedelser må på plass for at endringen skal være gjennomførbar (Barth et al., 2013, s. 66). MI er en personsentrert samtale hvor sykepleieren, ved hjelp av partnerskap med pasienten, skal være løsningsorientert for å utarbeide en individuell behandlingsplan for å tilrettelegge og motivere for blant annet fysisk aktivitet (Söderlund, 2018, s. 55). En slik plan må utvikles i samarbeid med pasienten for å gi pasienten medbestemmelsesrett hvilket er et viktig prinsipp i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Eksempelvis har studien til Selcuk-Tosun & Zincir (2019, s. 9) utstyrt intervensjonsgruppen med skrittellere i håp om at pasientene med T2DM skal motiveres til å være i mere fysisk aktivitet. En slik

intervensjon kan sees på som en praktisk løsning for å skape motivasjon til atferdsendring, og er en del av forberedelsesfasen (Barth et al., 2013, s. 66). Forsøket i studien resulterte i at intervensjonsgruppen hadde en vesentlig økning av fysisk aktivitet etter seks måneder og viser at tiltaket var hensiktsmessig (Selcuk-Tosun & Zincir, 2019, s. 9). Ved å motivere en pasient med T2DM til å benytte skritteller i en MI-samtale så kan dette bidra til en økt ambisjon om å være i mere fysisk aktivitet.

Forberedelsene kan også innebære å lage en individuell kostholdsplan som vil være realistisk over lengre tid. I forberedelsesfasen vil pasienten ofte være mer mottakelig for veiledning, men kan likevel være preget av ambivalens. Forskjellen fra tidligere stadier er at pasienten vil ha et mer avslappet forhold til ambivalensen i forberedelsesfasen. Forberedelsesfasen er en relativt kort og konsis fase hvor pasienten enten iverksetter atferdsendring eller sklir tilbake til overveielsesfasen med sterkere ambivalens. (Barth et al., 2013, s. 66-67). Sykepleieren bør gjennom MI forsøke å lede pasienten i en positiv retning og fremkalle pasientens egen motivasjon (Söderlund, 2018, s. 55), Sykepleieren kan eksempelvis spørre pasienten om hen ønsker råd om kosthold og hvilke matvarer som bør unngås. Hos pasienter med T2DM er det ekstra viktig å begrense inntaket av mat og drikke med mye sukker (Diabetesforbundet, 2020). Dersom pasienten er glad i å spise syltetøy kan enkle grep som å kjøpe syltetøy uten tilsatt sukker være et steg i riktig retning. Et annet enkelt kostholdsrad kan være å kjøpe magre meieriprodukter. Kostholdsrad til pasienter med T2DM gis blant annet for å forebygge hjerte- og karsykdommer, som er en vanlig og utbredt senkomplikasjonen av sykdommen (Pleym & Westberg, 2022).

### **5.1.5 Handlingsfasen**

Handlingsfasen er der endringer blir gjennomført og er knyttet mot fysiske atferdsendringer som kommer mer til syne (Barth et al., 2013, s. 67). Handlinger knyttet til kosthold og fysisk aktivitet kan være å begynne å kjøpe inn og spise sunnere mat og å gå turer regelmessig. Det er pasienten selv som må gjennomføre handlingene, men sykepleieren kan være en støttespiller i pasientens atferdsendring. I forskningen til Selcuk-Tosun & Zincir (2019, s. 6) vurderte de som utførte MI på månedlig basis hvilken fase pasientene med T2DM befant seg i ved hjelp av et skjema pasientene fylte ut. Hvis deltakerne selv rapporterte at de befant seg i handlingsfasen, fortsatte intervjuene med forsøk på å hindre pasientene fra å falle tilbake i tidligere faser. Dersom pasientene hadde falt tilbake til tidligere faser, ble MI brukt for å

motivere pasientene til å komme tilbake i handlingsfasen og til å gjennomføre planlagte atferdsendringer (Selcuk-Tosun & Zincir, 2019, s. 6).

Ribu et al. (2020) fant i sin studie en divergens mellom sykepleierens og deltakers vurdering av deltakerens endringsstadium. I studien vurderte sykepleierne atferdsendringene som mer positive enn deltakerne selv, både når det kom til kosthold og fysisk aktivitet. Dette viser viktigheten av at sykepleieren og pasient har en felles forståelse av hvor i prosessen pasienten befinner seg, slik at sykepleieren kan hjelpe pasienten ut fra deres ståsted. Samtidig kan en pasient med T2DM befinne seg i ulike endringsfaser for forskjellige mål (Barth et al., 2013, s. 75). Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å vurdere hvor i prosessen pasienten befinner seg, dersom flere atferdsendringer skal gjennomføres. Dette underbygges av resultatene i Söderlund (2018, s. 65-66). I studiene med signifikante resultater var MI-samtalen rettet mot fysisk aktivitet alene, eller sammen med en annen atferdsendring. Derimot fokuserte MI samtalen seg om tre til seks atferdsendringer i de studiene som ikke var assosiert med signifikante utfall. Pasienten kan befinne seg i handlingsfasen når det gjelder kosthold, men fremdeles befinne seg i overveiellesfasen når det gjelder fysisk aktivitet. Det kan derfor være hensiktsmessig å fokusere på et fåtall atferdsendringer samtidig, for at endringen ikke skal føles overveldende og uopnåelig for pasienten.

#### **5.1.6 Vedlikeholdsfasen**

Siste fase i endringsprosessen er vedlikeholdsfasen. Her må den nye atferden bli mer automatisert og vanepreget (Barth et al., 2013, s. 69). MI samtaler i vedlikeholdsfasen bør ha fokus på hvordan pasienten har det, hvordan det går og hva hen tenker om nåværende situasjon (Ivarsson, 2017, s. 60). For å få til varige endringer må pasienten hele tiden jobbe for å ikke falle tilbake i gamle mønstre. Livet byr på utfordringer og noe perioder kan kreve større innsats for å fortsette med den nye atferden. Motivasjon og mestringstro er avgjørende for å opprettholde den nye atferden. For eksempel kan en travel periode på jobb eller utfordringer hjemme gjøre det vanskeligere å sette av tid til fysisk aktivitet. Sykepleieren bør rette fokuset mot det pasienten har gjort bra, være positiv og støttende over selv små endringer. Kanskje har pasienten fått til å gå et par turer til tross for dårlig tid og spist litt mindre sukker enn tidligere. Ifølge Ivarsson (2017, s. 60) må samtidig mislykkede forsøk og tilbakefall snakkes om på en konstruktiv måte, og sykepleieren bør få frem at dette er en naturlig del av endringsprosessen.

Ifølge Dogru et al. (2019) er MI en veiledningsteknikk som er enkel å implementere og effektiv for å oppnå tilstrekkelig atferdsendring, men forutsetter at endringene er varige. I vedlikeholdsfasen kan pasienter møte på situasjoner der det er risiko for å falle tilbake i gamle vaner og sykepleieren kan gjennom støttesamtaler bidra til mestring av situasjonene. Sykepleieren må i slike situasjoner forsøke å holde pasientens motivasjon oppe ved å bidra med optimisme (Barth et al. 2013, s. 70). Et langvarig tilbakefall vil føre til at pasienten på nytt må vurdere om hen vil gjøre et endringsforsøk, noe som vil kreve stor innsats. Det vil derfor være hensiktsmessig å prøve å unngå at tilbakefall oppstår. Få studier rapporterer hvorvidt atferdsendringene hos pasientene med T2DM er varige. Studien til Dogru et al. (2019) rapporterer ikke hvordan atferdsendringene hos pasientene var i etterkant av studien, og det er mulig at flere av deltakerne faller tilbake i gamle mønstre etter endt studie. For å vite om MI gir varige endringer er det aktuelt å se på deltakernes mestringstro en stund etter studien er avsluttet. I Selcuk-Tosun & Zincir (2019) opplyser de om at det pågår en studie som vurderer langtidseffekten av intervensjonen i studien, men studien har foreløpig ikke noe resultater på langtidseffekt. Langtidseffekten av MI-intervensjonen vil gi et godt bilde på om pasientene med T2DM vedlikeholder endringene som er gjennomført, og bør implementeres i videre forskning.

I Dogru et al. (2019, s. 295) ble fire MI-samtaler på 15-20 minutter gjennomført hos hver deltaker i intervensjonsgruppen. Resultatene av studien viste bedre opplevd mestringstro hos intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Ifølge Ivarsson (2017, s. 12) har forskning vist at korte samtaler på ca. 15 min kan ha effekt, men at lengre og hyppigere samtaler oftere fører til varig endring hos pasienten. Dette underbygges av studien til Söderlund (2018, s. 64) som viste høyest forbedring av mestringstro vedrørende fysisk aktivitet hos pasienter med T2DM som hadde hyppige og lengre MI-samtaler. Samtalene i disse studiene hadde en varighet på 30-45 min. Ettersom MI er en personsentrert samtalemetode som bygges på partnerskap mellom pasient og sykepleier (Miller & Rollnick, 2013/2016, s. 42), er det nødvendig at samtalen er lang nok for å skape tillit og bygge en god relasjon.

## **5.2 Metodediskusjon**

### **5.2.1 Litteraturstudiet, litteratursøk og utvelgelse av artikler**

Litteraturstudiet som metode har både styrker og svakheter som må sees i lys av hverandre. En litteraturstudie kan være en god måte å innhente forskning på da funn fra ulike

forskningsstudier sammenfattes. På den andre siden kan det sees på som negativt ettersom det ikke blir utført egen forskning. Litteraturstudiet er basert på kunnskapsbasert praksis som er utarbeidet for å kvalitetssikre helsetjenestene og omhandler blant annet å ta avgjørelser på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap (Helsebiblioteket, 2021). En annen styrke med et litteraturstudie er kravet om å gjøre et grundig systematisk litteratursøk som gjør resultatene mer generalisert. Et slikt søk er essensielt for å kunne ha tillit til teorien som er publisert. I tillegg forsikrer det at artiklene er kvalitetssikret, forhindrer skjevheter i søket og gir resultater basert på ønskede inklusjons- og eksklusjonskriterier (Folkehelseinstituttet, 2022). Siden man er nødt til å formulere en presis fremgangsmåte med dokumentasjon og skriftlig loggføring over søkeprosessen er det enkelt å etterprøve søket for en andrepert. Et strukturert litteratursøk krever både tid, kunnskaps- og arbeidskompetanse. Her er man nødt til å lese seg opp og gjøre et grundig forarbeid før man setter i gang med søket (Folkehelseinstituttet, 2022). Samtidig vil gjennomføringen av et så begrenset søk med inklusjons- og eksklusjonskriterier forårsake at relevante og gode forskningsartikler kan forsvinne selv om kriteriene er spisset mot problemstillingen.

I etterkant har vi oppdaget blant annet ett søkeord som mange av artiklene bruker. Mestringstro, eller “self-efficacy” på engelsk, er hyppig brukt i mange forskningsartikler. Hadde vi brukt dette ordet i søket kunne vi spart oss for mye tid og muligens ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Risikoen ved å gjennomføre et så begrenset søk med få søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier er at man kan forårsake at relevante og gode forskningsartikler kan forsvinne selv om kriteriene er spisset mot problemstillingen. Samtidig vil et stort søk være tidkrevende og gjøre at man må benytte seg av ytterligere avgrensninger og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Siden vi er to om bacheloroppgaven gikk utvelgelsesprosessen trolig raskere enn om man hadde skrevet alene. Vi gjennomgikk en database hver, henholdsvis CINAHL og PubMed, og presenterte forskningsartiklene vi mente var relevant for oppgaven til hverandre. Likevel møtte vi på noen utfordringer. Et gjentakende problem var inklusjonskriterien som gjaldt i-land. Vi fant forskningsartikler vi mente var relevante for oppgaven men var fra eksempelvis Tyrkia. Vi valgte likevel å inkludere artiklene, men hadde strengere krav for troverdighet og overførbarhet. Dette blir presentert senere i denne delen av oppgaven.

### **5.2.2 Kunnskapstilføring**

Forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven baserer seg på samme kunnskapsgrunnlag og gir like resultater selv om metodene er noe forskjellige. Studien til Ribu et al. (2020) ser på gjennomførbarheten av telefonintervjuer til pasienter med T2DM. Studien er gjennomført i Norge, men er skrevet på engelsk og utgitt i et anerkjent tidsskrift. Det faktum at studien er gjennomført over telefon er trolig en svakhet på noen områder. Ved å ha telefonrådgivning mister man en stor del av den personsenterte tilnærmingen og kommunikasjon vil trolig bli påvirket. I MI er sykepleier avhengig av å skape en trygg og tillitsfull atmosfære for å opprette en dialog med tanker og følelser hos pasienten med T2DM. En annen svakhet er at Ribu et al. (2020, s. 122) selv påpeker at intensiteten på samtalene var for lav og understreker viktigheten av å ha hyppige telefonintervjuer for å få best utbytte og resultater. I motsetning til Ribu et al. (2020), som utfører telefonintervjuer hjemmefra, er de tre gjenværende forskningsartiklene utført på poliklinikk og/eller sykehus. Söderlund (2018), Dogru et al. (2019) og Selcuk-Tosun & Zincir (2019) kartlegger effektiviteten og opplevelsen av MI for å bedre egenbehandling hos voksne pasienter med T2DM, og ser på hvordan endringsprosessen kan implementeres for bedre resultat. Her er en klar styrke at MI blir utført ansikt til ansikt kontra over telefon. Kommunikasjon er grunnpilaren i MI, og foruten god kommunikasjon vil trolig relasjonen og tilliten bli svekket (Barth et al., 2013, s. 58-59). På den andre siden hevder Ribu et al. (2020, s. 122) at fordelene med å ha telefonrådgivning er at det er nokså enkelt å få kontakt med pasientene med T2DM i forhold til vanlige konsultasjoner på poliklinikk eller sykehus. I tillegg påpekes det at det muligens vil være enklere å opprettholde behandlingen og unngå frafall (Ribu et al., 2020, s. 113). I en tid med mer eksponering for teknologi er det en styrke å utforske muligheten og effektiviteten av konsultasjoner over telefon. En klar styrke er at hele tre av fire artikler omtaler endringsprosessen, og konkluderer med at den er et godt verktøy å ta i bruk vedrørende atferdsendring i form av fysisk aktivitet og kosthold. Ulempen er at det er kun Söderlund (2018) som ikke har anvendt og omtalt denne prosessen i forskningsartikkelen, og gjør de samlede resultatene heterogene.

### **5.2.3 Metode**

Forskningsartiklene vi har valgt er kvantitative metoder som randomiserte kontrollstudier og oversiktsartikkel. Oversiktsartikkelen tar for seg syv randomiserte kontrollstudier, én ikke-randomisert kontrollstudie og én kvasiekperimentell studie. Majoriteten av forskningsartiklene, det vil si Dogru et al. (2019), Selcuk-Tosun & Zincir (2019) og Ribu et al. (2020) er randomiserte kontrollstudier. Deltakerne i de to førstnevnte blir fordelt i to like



grupper, intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Her vil intervensjonsgruppen motta MI i prosessen om bedre egenbehandling mens kontrollgruppen står uten. Som sagt er Ribu et al. (2020) en randomisert kontrollstudie, men sier ikke noe om antall deltakere som er inkludert. Siden forskningen er hentet fra en tidligere studie gjennomført i Norge måtte primærstudien undersøkes. Dette er en tredelt randomisert kontrollstudie med to intervensjonsgrupper og én kontrollgruppe. Her blir også deltakerne delt i like grupper (Torbjørnsen et al., 2014, s. 7). I studien til Ribu et al. (2020), som vi benytter, har forfatterne tatt utgangspunkt i én av intervensjonsgruppene fra primærstudien, nemlig gruppen som har mottatt helserådgivning over telefon (Ribu et al., 2020, s. 114). Forskningsartikkelen til Söderlund (2018) er en oversiktsartikkel med datainnsamling fra PubMed, CINAHL og PsycINFO. For å se på metodene i lys av hverandre er det både styrker og svakheter i begge. Hovedforskjellen er at forfatterne utfører forskningen selv i randomiserte kontrollstudier kontra oversiktsartikkelen der forfatteren tar høyde for og sammenfatter tidligere publisert forskning. Randomiserte kontrollstudier har en fordel med at de utfører forskningen selv og publiserer derfor primærlitteratur. Oversiktsartikkelen blir sekundærlitteratur. En styrke i metoden til Söderlund (2018) er at studien har anvendt totalt ni primærstudier som bidrar til et bredt resultat. En svakhet med datainnsamlingen i Söderlund (2018) er at artiklene er hentet fra år 2000 til 2016 og kan knyttes til mangelen på forskningens faglig oppdaterte kunnskap. De randomiserte kontrollstudiene er på den andre siden nyere forskning.

#### **5.2.4 Kulturelle forskjeller og overførbarhet**

Troverdigheten i forskningsartiklene er et viktig element i vurderingen av deres overførbarhet, generaliserbarhet og pålitelighet (Dragset & Ellingsen, 2011, s. 8). Studien til Dogru et al. (2019) og Selcuk-Tosun & Zincir (2019) er gjennomført i Tyrkia, noe som kan sees på som en svakhet med artiklene. På lik linje er Söderlund (2018) sine inkluderte artikler hentet fra et mangfold av land som blant annet Nederland, Danmark, USA, Tyrkia og Canada. På grunnlag av en stor geografisk distanse på flertall av artiklene kan det være eventuelle kulturforskjeller som kan gjøre at resultatene avviker og overførbarheten svekkes. Dogru et al. (2019, s. 300) påpeker at studien er ikke kan generaliseres som følge av at studien kun er begrenset til én region i Tyrkia. Selcuk-Tosun & Zincir (2019, s. 8-9) hevder også at studien alene ikke kan bli generalisert, men sammen med andre kan artikkelen bidra til generalisering. Til tross for dette inkluderer vi artikkelen på grunnlag av dens relevans med henhold til hensikten med studien, og mangel på Europeisk forskning. Prinsippene i MI er de samme uavhengig av geografisk posisjon og funnene i artikkelen vil derfor kunne være overførbare. Studien til

Ribu et al. (2020, s. 113) er i motsetning til de tre ovenstående artiklene en norsk randomisert kontrollstudie, og er en betydelig styrke ved at funnene er svært overførbare til det norske helsevesenet. Innledningsvis i oppgaven redegjorde vi for at konteksten på oppgaven er satt til poliklinikk og sykehus. I majoriteten av Söderlund (2018) sine ni inkluderte forskningsartikler er konteksten satt til poliklinikk eller diabetessenter, og er relevant for vår problemstillingen. Ulempen med variasjon i kontekst er mangelen på homogen tilnærming. I motsetning er forskningsartiklene til Dogru et al. (2019) og Selcuk-Tosun & Zincir (2019) utført på offentlig sykehus og poliklinikk som samsvarer med oppgaven. Dette bidrar til å styrke artiklenes overførbarhet. Konteksten i Ribu et al. (2020, s. 115) skiller seg ut ved at deltakerne i studien befinner seg utenfor en helseinstitusjon når de mottar telefonhelserådgivning. En svakhet med denne konteksten, på lik linje med Söderlund (2018), er at det kan fremkomme avvik i resultatene da konteksten ikke samsvarer fullstendig med oppgaven.

## 6 Konklusjon

T2DM er en global utfordring hvor prevalensen stadig øker. T2DM blir sett på som en av de tøffeste kroniske sykdommene å håndtere, hvor egenbehandling er bærebjelken i diabetesbehandlingen. God egenbehandling har blant annet vist at utviklingen av senkomplikasjoner kan bli betydelig redusert. I løpet av oppgaven har vi fått et godt bilde på hvordan MI kan bidra til bedre egenbehandling hos pasienter med T2DM. Som sykepleier kan man møte pasientene med T2DM i mange ledd av helsetjenesten ettersom sykdommen er svært utbredt i befolkningen. Sykepleierens veiledende funksjon blir sentral i møte med pasienter med T2DM. Ettersom MI er en veiledningsbasert og personsentrert samtalemetode vil det gjennom flere samtaler trolig dannes en god relasjon gjennom god kommunikasjon og partnerskap rik på tillit, empati, aksept, fremkallelse og medfølelse for pasienten. Disse grunnverdiene i MI kan danne et fundament for samtalene, og bidrar til at mestringstro og motivasjonen hos pasienten styrkes. Veien videre i endringsprosessen kan derfor bli lettere i tillegg til at man bidrar til å forhindre tilbakefall til gamle mønstre. Forskning tyder derimot på at sykepleier og pasient har ulik oppfatning av hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg. Her er det essensielt med en felles forståelse om pasientens mestringstro og motivasjon for at sykepleieren skal kunne yte hjelp ut ifra hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg. MI bør implementeres i større grad i dagens praksis på grunnlag av forskningens signifikante utfall. Forskning viser at sykepleiere har for lite kunnskap og kompetanse vedrørende MI og per dags dato bør sykepleiere få bedre opplæring og innføring i utførelsen av MI. Selv om det trolig vil koste å implementere en slik intervensjon, vil det med stor sannsynlighet ha god effekt for pasienten på lang sikt.

## 7 Referanseliste

- Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (s. 123-146). Akribe.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). Motiverende intervju- samtaler om endring. Gyldendal Akademisk.
- Carpenter, R., DiChiacchio, T. & Barker, K. (2019). Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), s. 70-91. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H.-S. & Wollin, J. (2011). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 637-644. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011>
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Diabetesforbundet. (2020, 25. november). Kostholdsrådene for deg med diabetes. Hentet 30.11.22 fra <https://www.diabetes.no/kosthold/diabetesvennlig-kosthold/kostradene-for-deg-med-diabetes/>
- Diabetesforbundet. (2021a, 03. november). *Komplikasjoner ved diabetes*. Hentet den 11.11.22 fra <https://www.diabetes.no/felles/komplikasjoner/>
- Diabetesforbundet. (2021b, 11. mars). *Årsaker til diabetes*. <https://www.diabetes.no/hva-er-diabetes/arsaker-til-diabetes/>
- Dogru, A., Ovayolu, N. & Ovayolu, O. (2019). The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(3), 294-300. [https://jpma.org.pk/article-details/9065?article\\_id=9065](https://jpma.org.pk/article-details/9065?article_id=9065)
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.

- Folkehelseinstituttet. (2020, 13. november). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*. Hentet 23.11.22 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 22. april). *Søke etter litteratur*. Hentet 24.11.22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/litteratursok/soke-etter-litteratur/>
- Gullestad, L. (2014). Hjerte- og karsykdom. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 167-178). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2019, 30. april). *Diabetes type 2 - behandling*. Helsedirektoratet. Hentet 23.02.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/diabetes-type-2-behandling>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 05.12.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2022a, 05. april). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet 08.11.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet (2022b, 5. august). *Diabetes type 2*. Helsenorge. Hentet 06.12.22 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-2/>
- Helsedirektoratet og diabetesforbundet. (2018). *Veiviser: god egenbehandling av diabetes* [Brosjyre]. <https://www.diabetes.no/globalassets/brosjyrer/veiviser-for-god-egenbehandling.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 14. september). *Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet 21.11.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen#opplaering-i-spesialisthelsetjenesten-for-nydiagnostiserte-pasienter-med-diabetes-sammendrag>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- International Diabetes Federation (u.å.). Key global findings 2021. *IDF Diabetes Atlas*. Hentet 17.11.22 fra <https://diabetesatlas.org>
- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Akribe.

- Kristofferson, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm Akademisk.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 40- 54). Cappelen Damm Akademisk.
- Lundestad, K. B. (2014). Diabetes og mat. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 71-75). Gyldendal Akademisk.
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The person-centred practice framework. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (2. utg., s. 36-63). Wiley Blackwell.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring* (A. Sjøbu, Overs.) Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 2013).
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 27. juli). *Randomiserte, kontrollerte studier- en gullstandard*. Hentet 01.12.22 fra <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/randomiserte-kontrollerte-studier/?page=all>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet den 11.11.22 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nystad, W. (2022, 20. mai). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 30.11.22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Os, I. & Jenssen, T. (2014). Diabetes og hypertensjon. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 149-159). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pleym, K. & Westberg, M. (2022). God sykepleie gir færre komplikasjoner ved diabetes type 2. *Sykepleien forskning*, 110(87875). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87875>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/105715821991949>
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning*, 5(3), 238-246. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>

- Ribu, E., Singstad, T., Torbjørnsen, A., Småstuen, M. C. & Holmen, H. (2020). The feasibility of telephone health counselling provided by a nurse for people with diabetes. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(2), 112-126. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-02-04>
- Ribu, L. & Singstad, T. (2019). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 592-644). Cappelen Damm Akademisk.
- Sagen, J. V. (2011a). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (s. 147-157). Akribe.
- Sagen, J. V. (2011b). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (s. 19-67). Akribe.
- Selcuk-Tosun, A. & Zincir, H. (2019). The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 25(4), 1-12. <https://doi.org/10.1111/ijn.12742>
- Soderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illness*. 14(1), 54-68. <https://doi.org/10.1177/1742395317699449>
- Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 23.11.22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.Utg.) Universitetsforlaget.
- Thorsby, P. M. (2014). Type 2- diabetes kan forebygges. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 67-70). Gyldendal Akademisk.
- Torbjørnsen, A., Jenum, A. K., Småstuen, M. C., Årsand E., Holmen H., Wahl, A. K. & Ribu, L. (2014). A Low-Intensity Mobile Health Intervention With and Without Health Counseling for Persons With Type 2 Diabetes, Part 1: Baseline and Short-Term Results From a Randomized Controlled Trial in the Norwegian Part of RENEWING HEALTH. *JMIR mHealth uHealth*, 2(4), 1-17. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3535>

## 8 Vedlegg

### 8.1 Sjekkliste Ribu et al. (2020)

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Ribu, E., Singstad, T., Torbjørnsen, A., Småstuen, M. C. & Holmen, H. (2020). The feasibility of telephone health counselling provided by a nurse for people with diabetes. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(2), 112-126. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-02-04>



## Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

### 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

**Kommentar:** Studien ble gjort for å se på gjennomførbarheten av telefonhelserådgivning gitt av en sykepleier ved bruk av motiverende intervju til en pasient med T2DM. Forskningsspørsmålet er klart og tydelig og ble gjennomført for å vurdere utfall av telefonhelserådgivning for pasienter med T2DM. Innledningsvis gjør forfatterne rede for hvilken gruppe mennesker skal forsker på, nemlig pasienter med T2DM. Videre presenteres tiltaket, telefonbaserte intervensjoner som kan gi pasienter mer ansvar for egenbehandling. I studien blir tre ulike intervensjonsgrupper sammenliknet for å se på effekten av telefonbaserte intervensjoner. Samtalene varte fra minimum 10 minutter til maks 74 minutter per deltaker.

### 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

**Kommentar:** Pasienten som utfylte inklusjonskriteriene skrev under på skriftlig samtykke og ble deretter randomisert gjennom et datagenerert system til blokkrandomisering for å sikre god balanse og variasjon i fordelingen. Det ble 51 i intervensjonsgruppen uten helserådgivning, 50 i intervensjonsgruppen med helserådgivning og 50 i kontrollgruppen. Blokkrandomisering sikrer at antall deltakere i hver gruppe oppfylles. Randomiseringen var tilstrekkelig for å unngå bias da et datagenerert system sikrer en god fordelingsmåte.

### 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er grunner til frafall beskrevet?

- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

**Kommentar:** I starten av studien var det 51 deltakere i intervensjonsgruppen ute helserådgivning, 50 i intervensjonsgruppen som hadde helserådgivning og 50 deltakere i kontrollgruppen. På slutten av studien er det frafall på 21 % med lik fordeling i gruppene. Frafall presenteres i løpende tekst og i tabell og var blant annet for krevende, teknologiske problemer, at deltakerne ikke svarte på forespørslene, reise, sykdom og dødsfall. Alle deltakerne ble analysert i den gruppen de ble randomisert til. Noen av deltakerne gikk glipp av en økt, men tok de gjenværende øktene senere.

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

**Tips:**

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:** Denne studien hadde ikke kvalifikasjoner til å utføre blinding av deltakerne, helsepersonell eller forskere. Dette på grunn av intervensjonens art, det vil si motiverende intervju, som krevde åpenlyst deltakelse. Vi antar at manglende blinding ikke vil påvirke resultatene med tanke på hensikten med studien.

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

**Kommentar:** Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene vedrørende baseline-variablene. Alder, kjønn og sosioøkonomisk status er relativt like. I intervensjonsgruppen uten helserådgivning hadde et stort antall revmatisme kontra de to resterende gruppene. På lik linje hadde kontrollgruppen flere deltakere med depressive symptomer enn de to andre gruppene. I intervensjonsgruppen med helserådgivning hadde deltakerne et høyt nivå av sykелighet og alvorlig sykdom forårsaket av diabetes, noe som kan påvirke resultatene. I tillegg ble det rapportert deltakere med depressive symptomer som har en sammenheng med nedsatt selvledelse. Disse forskjellene kan muligens skape en differens på resultatene.

## 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:** Det er tre intervensjonsgrupper med ulik behandlingsplan. Hovedforskjellen er at kontrollgruppen kun fikk vanlig behandling i henhold til norske retningslinjer med fastlegekonsultasjon hver 2- 6 måned. Begge intervensjonsgruppene fikk en smarttelefon med en FTA (Few|Touch Application) dagbok for å blant annet registrere kosthold og fysisk aktivitet. I tillegg fikk den siste intervensjonsgruppen helseveiledning hos diabetesspesialist basert på blant annet motiverende intervju og endringsprosessen. Det er den siste gruppen med FTA-dagbok og helseveiledning som er i vår forskningsartikkel. Utenom dette ble gruppene behandlet likt.

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:** Forskningsartikkelen har utført en styrkeberegning og konkluderte med et estimat på 34 deltakere i hver gruppe. For å kompensere for frafall ble utvalget satt til 50 deltakere i hver av de tre gruppene (totalt 150). Totalt ble 151 deltakere inkludert. Det ble anvendt spørreskjemaer som deltakerne svarte på, men jeg finner ikke konkret hvilke spørreskjema som er brukt. Resultatene ble presentert i løpende tekst og i tabell. Statistiske analyser ble utført ved bruk av SPSS ver.26 og Cohen's kappas ble brukt i vurderingen av diabetessykepleierens vurdering av hver deltakers plassering i endringsprosessen samt deltakerens egen vurdering. Finner ingen p-verdi i artikkelen, heller ikke manglende data. Vi mener at resultatene presenteres godt i artikkelen, men på grunn av ovenstående punkter som vi ikke finner svar på velger vi å huke av på «uklart».

## 8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

**Kommentar:** Konfidensintervallet er oppgitt og er på 95%.

## 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:** Dette punktet er noe uklart, men forskningsartikkelen hevder at kostnadseffektivitetsdataene vil bli analysert. I tillegg skriver de at gjennomsnittsverdier for hver komponent, totale kostnader og effektivitet vil bli rapportert.

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?

- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

**Kommentar:** Resultatene kan med stor sannsynlighet overføres til praksis. Som sykepleier møter man pasienter med T2DM i mange kontekster og det er derfor nødvendig å ha kunnskap og ferdigheter om sykdommen, men også om hvordan man utfører motiverende intervju. Helsesrådgivning over telefon er kanskje ikke hyppig brukt, men i en tid med mer eksponering for teknologi er det positivt å utforske muligheten og effektiviteten av konsultasjoner over telefon og/eller app på mobilen. Utfallene i studien er viktige for pasientene da denne type behandling kan ha god effekt på egenbehandlingen hos pasienter med T2DM.

## 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

**Kommentar:** Om tiltaket i studien er bedre enn dagens praksis kan diskuteres. På en måte kan dette være en god måte å utføre en slik samtale. For det første er det relativt enkelt å få tak i deltakerne over telefon kontra standard konsultasjoner på poliklinikk og/eller sykehus hvor en brøkdel av deltakerne ikke møter til timen. Her kunne man spart samfunnets økonomi. For det andre er det tidseffektivt da det er enklere for helsepersonell å konsentrere seg om dialogen pga mindre forstyrrelser. Tilsvarende for pasienten. På den andre siden mister man mye av den pasientnære relasjonen hvor man bygger tillit og trygghet ved å ha slike telefonsamtaler. Særlig motiverende intervju bygger på disse verdiene. Når det gjelder telefonene kan det blir omdiskutert. Den eldre generasjonen vil trolig ha litt mer vanskeligheter med å tilvenne seg teknologien enn den yngre generasjonen. Eventuelt kan man supplere eller benytte seg av denne metode for de som ønsker det. Motiverende intervju er en samtalemetode som krever at personen som skal utføre intervjuet har kunnskap og kompetanse innenfor dette fagområdet. En bachelorgrad i sykepleie tar ikke høyde for dette. Dersom man skulle anvendt dette i større grad bør man implementere bruken av motiverende intervju i utdanningen.

## Oppsummering av vurderingen

Oppsummeringen av denne forskningsartikkelen konkluderer vi som god. Det er noen av underpunktene på spørsmålene som mangler/vi ikke finner i teksten men hovedpunktene er med. Vi mener at forskningsspørsmålet bidrar til å besvare problemstillingen vår i stor grad. Det samme gjør metoden forskerne har brukt. Å anvende telefonhelsesrådgivning er en smart og tidseffektiv samtalemetode med motiverende intervju for å iverksette en atferdsendring i form av fysisk aktivitet og kosthold.

## 8.2 Sjekkliste Söderlund (2018)

# Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

|

### Kritisk vurdering av:

Soderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illness*. 14(1), 54-68. <https://doi.org/10.1177/1742395317699449>



## Del A: Kan du stole på resultatene?

### 1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

**Kommentar:** Formålet er klart formulert. Hensikten med gjennomgangsstudien er å undersøke effektiviteten av MI som intervensjon for å bidra til å forbedre egenbehandling i form av fysisk aktivitet for voksne diagnostisert med T2DM. Studiene som benyttes i oversikten ble utført på deltakere i USA, Canada, Europa, Asia og Sør-Afrika. Alle deltakerne i intervensjonsgruppene får MI-samtaler, men av noe ulik hyppighet og varighet.

### 2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
  - effekt – randomisert kontrollert studie
  - årsak – kohortstudie
  - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - prognose – kohortstudie
  - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
  - populasjon
  - tiltak
  - sammenligning
  - utfall

**Kommentar:** Oversiktsartikkelen inkluderte syv RCT studier, en ikke-randomisert kontrollert studie og en kvasi-eksperimentell studie. Studiedesignene samsvarer med spørsmålet i oversikten av oversiktsartikkelen, som tar for seg effekten av MI for forbedring av selvledelse av fysisk aktivitet hos pasienter med T2DM. Oversiktsartikkelen har som formål å se på voksne personer med T2DM. Alle artiklene som er inkludert i oversikten tar for seg voksne, med ulikt aldersspenn. Felles for artiklene er at alle deltakerne er over 18 år.

### 3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar:** Söderlund har søkt i CINAHL, PubMed og PsycINFO for å finne forskningsstudier. Dette er kjente og anerkjente søkeartikler som styrker søkeresultatene. Søket ble begrenset til studier mellom 2000 og 2016. Forskning skrevet tilbake i 2000 kan være utdatert og mindre relevant for dagens praksis, noe som kan ses på som en svakhet i studien. Søkeordene som er brukt er «MI», «health coaching», «wellness coaching», «diabetes type 2», «diabetes», «obesity», «physical activity» og «exercise». Kun artikler skrevet på engelsk er inkludert i studien, noe som kan gi skjevhet i bias. Studier ble ekskludert dersom utvalgspopulasjonen var 10 eller mindre, eller hvis MI ble brukt sammen med en annen intervensjonsstrategi eller veiledningsmetode. Dette begrenser antallet artikler, men fører til at artiklene som blir benyttet har en større relevant for problemstillingen.

#### 4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:** De inkluderte studiene er ble vurdert ved bruk av PRISMA sjekkliste. PRISMA er et kjent verktøy i bruk av oversiktsartikler. Det kommer ikke frem i oversiktsartikkelen hvem eller hvor mange som har gjennomgått artiklene.

#### 5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar:** Resultatene i studien er ikke slått sammen statistisk til en metaanalyse.



**Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva forteller resultatene?

### 6. Hva er resultatene?

**Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - numbers needed to treat (NNT)
  - numbers needed to harm (NNH)
  - odds ratio (OR)
  - relativ risiko (RR)
  - relativ risikoreduksjon (RRR)
  - absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar:** Totalt ni studier oppfylte kriteriene. Fire av studiene viste forbedring av fysisk aktivitet ved bruk av motiverende intervju, mens tre av de viste ingen signifikant endring ved bruk av MI. Resultatene i de ni studiene blir presentert separat, både i en tabell og løpende tekst.

### 7. Hvor presise er resultatene?

**Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar:** Studien av Cinar & Schou hadde et konfidensintervall på 95%, utenom det står det ingenting om KI eller IQR i oversiktsartikkelen.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis

- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar:** Til tross for at studiene ble utført i andre land i Europa vil artikkelen ha en viss overførbarhet til det norske helsevesenet. MI er en samtalem metode som er lik uavhengig av geografisk plassering, og oversiktsartikkelen er bygget på resultater fra studier utført i ulike land som generaliserer resultatene. Studien til Söderlund er basert på ni studier fra ulike geografiske områder, som gjør at resultatene kan generaliseres i større grad enn enkeltstudier utført i disse landene.

## 9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

**Kommentar:** Oversikten inneholder lite informasjon om hvem og hvor mange som vurderte artiklene. Dersom Söderlund hadde sagt noe mer om studiene som er benyttet ville det bidratt til å styrke påliteligheten. Samtidig kommer det frem at PRISMA er benyttet for utvelgelsen av artiklene. Overordnet synes vi Söderlund har redegjort godt for forskningen som er benyttet og svart på problemstillingen i oversiktsartikkelen.

## 10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar:** MI er en tidskrevende samtalem metode, ettersom den foregår mellom sykepleier og en pasient. Annen veiledning kan utføres i grupper, og er dermed mer tidseffektivt. Resultatene av studien peker også på viktighet av at den som utfører MI innehar gode ferdigheter i samtalem metoden. MI krever også at pasienten er pliktoppfyllende og setter av tid for å møte opp til avtaler. Samtidig kan MI være en foretrukket samtalem metode dersom det utføres av sykepleiere som er dyktige i MI, og bidra til en god egenbehandling hos pasienter med T2DM. Intervensjonen har heller ingen kjente ulemper for pasienter eller noen dokumenterte bivirkninger. Dersom MI kan føre til at pasienter er mer i fysisk aktivitet og dermed bedre egenbehandling, kan dette muligens forebygge senkomplikasjoner og være en gevinst for pasienten selv og helsevesenet. Tidsbruk er dokumentert i de fleste studiene, men kostnadene er ikke nevnt i artikkelen. Dette gjør det vanskelig å konkludere med om fordelene veier opp for ulemper og kostnader.

## 8.3 Sjekkliste Dogru et al. (2019)

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Dogru, A., Ovayolu, N. & Ovayolu, O. (2019). The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(3), 294-300. [https://jpma.org.pk/article-details/9065?article\\_id=9065](https://jpma.org.pk/article-details/9065?article_id=9065)



## Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

### 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

**Kommentar:** Studien ble gjort for å vurdere effekten av MI hos pasienter med diabetes på mestringsstro og metabolske variabler. Tiltaket i intervensjonsgruppen var fire MI samtaler mellom en diabetessykepleier og pasienten. Samtalene hadde en lengde på 15-20 minutter.

Forskningsspørsmålet er tydelig med hensyn til populasjon, tiltak, sammenlikning og utfall. Det er pasienter med T2DM som undersøkes, tiltaket er allerede nevnt innledningsvis, de sammenlikner to grupper (intervensjonsgruppe og kontrollgruppe) og presenterer utfallet.

### 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

**Kommentar:** Randomiseringen ble gjennomført etter innleggelsesrekkefølge, der oddetall var intervensjonsgruppen og partall var kontrollgruppen. Denne måten å fordele deltakerne på kan være en svakhet i studien ettersom det kan forårsake systematisk skjevhet da en slik randomisering trolig ikke sikrer en god fordelingsmåte.

### 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

**Kommentar:** Det var ingen av deltakerne som falt fra under studien og det er ikke oppgitt at studien ble avsluttet tidligere enn planlagt. Det vil si at det var 60 deltakere i starten av studien og på slutten.

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

**Tips:**

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Denne studien hadde ikke kvalifikasjoner til å utføre blinding av deltakerne, helsepersonell eller forskere. Dette på grunn av intervensjonens art, det vil si motiverende intervju, som krevde åpenlyst deltakelse. Vi antar at manglende blinding ikke vil påvirke resultatene med tanke på hensikten med studien.

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkaraktistika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

**Kommentar:** Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt alder, kjønn, utdanningsnivå eller tilstedeværelse av annen kronisk sykdom.

### 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:** Kontrollgruppen ble fulgt opp gjennom standard diabetesoppfølging, mens intervensjonsgruppen fulgte standard oppfølging samt fire motiverende intervjuer med omtrent en måneds mellomrom. Utenom dette ble gruppene behandlet likt.

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:** Baseline ble målt og beskrevet både i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Resultatene viste en økt baseline ved selveffektivitet og atferdsendring hos pasientene i intervensjonsgruppen. Hos deltakerne i kontrollgruppen viste baseline gikk ned ved slutten av studien. Det er omtalt at det er utført statistiske tester for å finne ut hvor mange deltakere som trengs, men noe uklart hvor mange de kom frem til. I studien ble spørreskjema Perceived Diabetes Self- Management Scale (PDSMS) brukt, og inneholder spørsmål om sosiodemografiske kjennetegn (eks alder, kjønn osv), sykdomsrelaterte kjennetegn (eks varlighet av diabetes osv) samt metabolske variabler (eks høyde). Resultatene er presentert i løpende tekst samt tabell. Finner ingen ukomplette eller manglende data i studien. Det var ingen frafall i gruppene, og kan dermed ikke ha påvirket resultatene.  $P < 0,05$ .

### 8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?



**Kommentar:** KI/CI er ikke oppgitt.

## 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:** Forskningen belyser ikke kostnader knyttet til intervensjonen.

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

**Kommentar:** Ettersom utvalget i studien er begrenset til en region i Tyrkia er det usikkert om resultatet er overførbart til det norske helsevesenet. På en annen side benyttes de samme prinsippene i MI som i Norge, og vi velger å huke av på «ja». Som sykepleier møter man pasienter med T2DM i mange kontekster og det er derfor nødvendig å ha kunnskap og ferdigheter om sykdommen, men også om hvordan man utfører motiverende intervju. Utfallet er viktig for pasienter, da motiverende intervju viser seg å være effektivt for å iverksette atferdsendring.

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

**Kommentar:** Dersom sykepleiere har kunnskapen til å gjennomføre MI kreves få ressurser for å gjennomføre intervjuene, men det innebærer at sykepleieren får god opplæring i MI eller at det er implementert i utdanningen. Det kan være tidkrevende å iverksette en ny behandlingsmåte, men vil trolig ha stor innvirkning i senere tid.

## Oppsummering av vurderingen

Oppsummeringen av denne forskningsartikkelen konkluderer vi som nokså god. Studien inneholder mange gode argumenter og vi mener at forskningsspørsmålet bidrar til å besvare problemstillingen vår i stor grad. Det samme gjør metoden forskerne har brukt. På den andre siden er studiens overførbarhet til det norske helsevesenet noe uklart ettersom studien er utført på en begrenset pasientgruppe i Tyrkia.



## 8.4 Sjekkliste Selcuk-Tosun & Zincir (2019)

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Selcuk-Tosun, A. & Zincir, H. (2019). The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 25(4), 1-12.

<https://doi.org/10.1111/ijn.12742>



## Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

### 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

**Kommentar:** Denne studien hadde som mål å bestemme effekten av transteoretisk modell basert på motiverende intervju ved selveffektivitet, metabolsk kontroll og helseatferdsendringer hos voksne med T2DM. Deltakerne i studien var mellom 20-65 år, og hadde en BMI over 25. Deltakerne i studien ble delt i to like grupper, der intervensjonsgruppen fikk MI-samtaler og utdelt skritteller i tillegg til vanlig behandling.

### 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

**Kommentar:** Studiegruppen bestod av personer som oppfylte studiens inklusjonskriterier. Deltakerne ble fordelt i to grupper med 35 deltakere i hver gruppe. Fordelingen ble utført av en uavhengig statistiker fra databransjen. Randomiseringen ble utført ved hjelp av et dataprogram.

### 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

**Kommentar:** 70 deltakere ble inkludert i studien, men i løpet av studien ble 10 deltakere fra hver gruppe ekskludert eller forlot studien. Studien ble derfor gjennomført med 50 deltakere, 25 i hver gruppe. Grunner til frafallet er beskrevet i studien, og gjaldt blant annet at deltakere ikke møtte opp til bestemt tid. Det er ikke sagt noe om at studien ble avsluttet tidligere enn planlagt.

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:** Deltakerne i studien ble ikke blendet med tanke på hvilke tiltak de fikk ettersom dette ikke er gjennomførbart eller hensiktsmessig ved bruk av MI som intervensjon. Samtidig var forskeren som utførte studien var også ansvarlig for vurderingen, og derfor ble ikke kriteriene for blinding oppfylt.

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

**Kommentar:** Hver gruppe hadde 35 deltakere ved begynnelsen av studien, og var signifikant like når det gjelder alder, kjønn, utdanningsnivå og sykdomsvarighet. Baseline var tilnærmet lik på de fleste områder, men BMIen hos pasientene var gjennomsnittlig noe høyere i intervensjonsgruppen enn i

kontrollgruppen. Dette kan muligens ha påvirket resultatene, ettersom BMI var en av målingene som ble brukt i resultatene av studien.

## 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

**Kommentar:** Intervensjonsgruppen ble utstyrt med skritteller, noe som kan ha utfall for resultatene og ha innvirkning på bias. Utenom dette var tiltakene utenom MI var like for begge gruppene. Målingstidspunktene for begge gruppene var like, og ble utført seks måneder etter studiens start.

## Del C: Hva er resultatene?

## 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha påvirket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

**Kommentar:** Gruppestørrelsen på deltakere ble bestemt på grunnlag av gjennomsnittsscore av mestringsstro for oppfølgingen i en studie utført av Kartal og Özsoy. Antall deltakere ble derfor bestemt til å være 70 deltakere, med en feilmargen på 5%. At intervensjonsgruppen ble utstyrt med skritteller og kan være en svakhet med studien ble identifisert. Et spørreskjema om personopplysninger med spørsmål om kjønn, alder, utdanningsnivå og varigheten av T2DM ble gitt. Samtidig ble høyde, BMI, vekt, midjeomkrets, blodsukkernivå, aktivitetsnivå og stadier for endring i helseatferd målt før og etter studien. Under hvert intervju vurderte forskeren hver deltaker med et skjema for stadium av atferdsendring. Resultatene av studien ble presentert prosentvis i tabell og fritekst. Statistiske tester som ble brukt i studien var SPSS Statistics|versjon 22.0. P-verdien er rapportert.  $P < 0,05$  ble sett på som statistisk signifikant.

Kilder til skjevheter er rapportert, og det trekkes blant annet frem at pasientene som deltok i studien søkte seg til en helseklinikk. I tillegg ble få antall deltakere og selvrapporterte målinger trukket frem som mulig kilder til bias.

## 8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

**Kommentar:** Vi kan ikke finne noe om konfidensintervall i studien.

## 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

**Kommentar:** Studien viste at bruk av en transteoretisk-basert MI samtale hos pasienter med T2DM økte nivået av deres egeneffektivitet og påvirket deres metabolske kontroll og helseendringssatferd positivt. Det ikke rapportert om noen uønskede hendelser knyttet til MI, og en slik intervensjon vil i ingen eller liten grad ha en negativ effekt på pasienters mestringstro og egenbehandling. En kostnadseffektanalyse er ikke gjennomført i studien, og det vil derfor være vanskelig å si hvorvidt fordelene ved tiltaket veier opp for bivirkninger og kostnader. |

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

**Kommentar:** Studien tar for seg T2DM som er et økende problem i Norge og et dagsaktuelt tema. Å rette mer oppmerksomhet mot å bedre pasientens egenbehandling vil kunne forhindre senkomplikasjoner og øke livskvaliteten hos pasientene. Studien viser at bruk av MI kan øke

mestringstroen hos pasienter med T2DM og disse resultatene kan i en viss grad overføres til min praksis. At studien er utført i Tyrkia er en svakhet, ettersom overførbarheten til det norske helsevesenet ikke er like stor som andre land som for eksempel Sverige. På en annen side er MI en internasjonal samtalem metode som er lik uavhengig av geografisk posisjon. Resultatene av studien kan ikke alene generaliseres på grunn av det eksperimentelle designet, men kan være med å bidra til generalisering. Ved å undersøke bruken av motiverende intervju over ulike geografiske områder vil det kunne gi et større bilde av hvorvidt det er en god samtalem metode i møte med pasienter med T2DM. T2DM er et stort helseproblem i Norge men også resten av verden, og patofysiologien er den samme uavhengig av hvor man bor.

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

**Kommentar:** Den økende forekomsten av T2DM og komplikasjonene forårsaket av sykdommen er store kostnader for helsevesenet. Dersom MI integreres pasientforløpet hos pasienter med T2DM og fører til bedre egenbehandling hos pasientene, kan utvikling av sykdommen og senkomplikasjoner hindres. Dette krever gode ferdigheter og opplæring i MI hos sykepleieren. I forkant av studien tok forskeren et kurs i MI. Hvorvidt kostnadene og ressursbruken for opplæring og gjennomføring av MI-samtaler er bedre enn dagens praksis er uklart.

## Oppsummering av vurderingen

Studien tar for seg bruk av motiverende intervju hos pasienter med diabetes mellitus type 2. Studien er godt beskrevet og underbygger forskningsspørsmålet. Resultatene hos intervensjonsgruppen viser en signifikant økning i mestringstro og metabolsk kontroll hos pasienter med T2DM. Studien har med mange viktige momenter og vi ser på den som en god studie å ta i bruk i vår oppgave. Å ta i bruk MI krever opplæring og tid fra sykepleieren, men utover dette kreves det bruk av få ressurser.

Artikkelen utført hos pasienter som selv søkte om å delta, noe som er en svakhet med studien. Studien er også utført i Tyrkia som minsker overførbarheten til det norske helsevesenet. Samtidig er forskningsartikkelen relevant for vår problemstilling og MI som samtalem metode er brukt verden over. Studien kan sammen med annen forskning være til hjelp til å svare på problemstillingen for vår oppgave.