

Effekt av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring

Notat fra Kunnskapssenteret
Formidling av oppsummert forskning
April 2015

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Notat: ISBN 978-82-8121-941-0

April 2015

Tittel	Effekt av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring
English title	Effect of motivational interviewing on alcohol, tobacco, physical activity and nutrition
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Kurtze, Nanna, prosjektleder, <i>Seniorforsker, Kunnskapssenteret</i> Berg, Rigmor C, <i>fungerende seksjonsleder, Kunnskapssenteret</i>
ISBN	978-82-8121-941-0
Notat	April – 2015
Prosjektnummer	636
Publikasjonstype	Formidling av oppsummert forskning
Antall sider	28
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Motivational interviewing, physical activity, nutrition
Sitering	Kurtze N, Berg RC. Effekt av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring. Notat 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, april 2015

Hovedfunn

Høyt alkoholforbruk, røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold gir økt risiko for dårlig helse. I dette notatet har vi vurdert om motiverende samtale har effekt på å endre levevaner når det gjelder disse fire risikofaktorene. Motiverende samtale er en samtale mellom behandler og klient som har til hensikt å forsterke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring.

Notatet er basert på omtaler av seks systematiske oversikter om bruk av motiverende samtale. Tre av disse omhandler alkohol-/narkotikamisbruk og røyking, én fysisk aktivitet og to kosthold og fysisk aktivitet. Vi fant at:

Resultater

- Motiverende samtale reduserer muligens bruken av rusmidler blant mennesker med rusproblemer rett etter at behandlingen er gitt. 1-12 måneder etter samtalen er det muligens liten eller ingen effekt.
- Motiverende samtale har trolig liten eller svært liten effekt på hvor mye og hvor ofte unge drikker alkohol.
- Motiverende samtale kan muligens hjelpe røykere å slutte.
- Motiverende samtale i tillegg til vanlig behandling eller oppfølging, kan trolig øke grad av fysisk aktivitet noe blant personer som har langvarige helseutfordringer. Imidlertid påvirkes den funksjonelle treningskapasiteten trolig lite blant denne populasjonen.
- Det foreligger ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fastslå om motiverende samtale fremmer endring i kosthold og fysisk aktivitet hos voksne.
- Motiverende samtale kan trolig fremme vekttap hos overvektige og fedmepasienter, men påvirker trolig ikke mengde kroppsfett.

Key messages

High alcohol consumption, smoking, physical inactivity and an unhealthy diet increase the risk of poor health. In this paper, we considered the effect of motivational interviewing on behavior change with regard to these four risk factors. Motivational interviewing is a type of counseling intends to enhance a person's motivation and commitment to behavior change.

This paper is based on structured summaries of six systematic reviews about the use of motivational interviewing. Three of the systematic reviews concern alcohol-/drug abuse and smoking, one addresses physical activity and two concern diet and physical activity. We found that:

Results

- Motivational interviewing for substance abuse may reduce substance abuse in the immediately post intervention period. However, 1-12 months post intervention, there may be limited or no effect of MI on substance abuse.
- Motivational interviewing probably has little or very little effect on the amount of alcohol, and the frequency of alcohol consumption, among young people.
- Motivational interviewing may help smokers quit smoking.
- Motivational interviewing, in addition to conventional treatment and follow-up, may lead to increased physical activity among people with long-term health problems. However, motivational interviewing probably does not improve functional exercise capacity among this population.
- There is insufficient evidence to determine whether motivational interviewing promotes changes in diet or physical activity in adults.
- Motivational interviewing appears to promote weight loss in overweight and obese patients, but it probably does not affect body mass index.

Innhold

HOVEDFUNN	2
INNHold	4
FORORD	5
INNLEDNING	6
Bakgrunn	6
Motiverende samtale (MI)	6
Kunnskapssenterets publikasjoner	7
METODE	9
MI FOR RUSMIDDELPROBLEMER	11
MI FOR ALKOHOLPROBLEMER	14
MI FOR RØYKING	17
MI FOR FYSISK INAKTIVITET OG USUNT KOSTHOLD	19
MI for fysisk inaktivitet	20
MI for usunt kosthold og fysisk inaktivitet hos voksne	22
MI for overvekt	24
DISKUSJON	26
REFERANSER	27

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å besvare spørsmål om effekten av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Rigmor C Berg
Fungerende seksjonsleder

Nanna Kurtze
Prosjektleder

Innledning

Bakgrunn

Helsedirektoratet ønsker mer kunnskap om effekten av motiverende samtale (engelsk 'motivational interviewing', MI) på endring av levevaner når det gjelder alkohol, røyking, fysisk aktivitet og ernæring. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk derfor i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide et notat om effekter av MI på disse områdene. I dette notatet presenterer vi systematiske oversikter som oppsummerer effekter av MI når det gjelder alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring.

Notatet er basert på omtaler av seks systematiske oversikter. Tre av disse omhandler alkohol-/narkotikamisbruk og røyking, og disse omtalene er utarbeidet ved Kunnskapssenteret tidligere. I tillegg søkte vi etter systematiske oversikter om effekt av motiverende samtale på fysisk aktivitet og kostholdsendringer. Vi identifiserte tre systematiske oversikter om dette temaet: én om fysisk aktivitet og to om kosthold og fysisk aktivitet. Vi utarbeidet en omtale for hver av disse.

Folkehelsen og sykdomsmønstre har endret seg de siste tiårene og dermed også folkehelsearbeidet. Det har skjedd et skifte fra vektlegging av opplysningsarbeid og planlagt påvirkning av atferd over mot dialog og brukermedvirkning (1, 2). Med helseatferd menes livsstil og levevaner som har betydning for helsen, bl.a. fysisk aktivitet, ernæring, røyking og alkoholbruk. Noen av våre største helseutfordringer er høyt alkoholforbruk, røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold, som regnes å være risikofaktorer for den totale sykdomsbyrden i den vestlige verden. Andre risikofaktorer kan være overvekt, blodtrykk og høyt kolesterol, som alle kan være en følge av usunn helseatferd (3).

Motiverende samtale (MI)

Motiverende samtale (MI) ble først beskrevet av Miller i 1983 (4) og senere utarbeidet av Miller og Rollnick (5). MI integrerer relasjonsprinsippene til Rogers (6) med kognitive atferdsstrategier. Miller og Rollnicks nyere definisjon på MI er: en samarbeidende konversasjonsmåte for å forsterke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring (7).

Hovedmålet med MI er å hjelpe klientene til å utforske motstridende tanker og følelser. MI er også kalt endringsfokuseret rådgivning eller veiledning. MI bygger på fire prinsipper: a) uttrykke empati, b) utvikle diskrepans, c) flyte med motstanden, d) støtte mestringstro (8). Geir Smedslund ved Kunnskapssenteret beskriver MI slik: «Behandleren skal være medfølende og hjelpe klienten til å oppdage selvmotsigelser, for eksempel mellom klientens holdninger og atferd. Behandleren skal ikke utfordre motstanden, men aktivt utforske den. Behandleren skal også støtte klientutsagn som fremmer forandring» (<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/motiverende-intervju-kan-muligens-hjelpe-roykere-a-slutte>).

I den tredje utgaven av boka om MI «Motivational Interviewing: Helping People Change» (7) tydeliggjør forfatterne de fire prosessene i MI. Disse er å engasjere (relasjonsbygging), fokusere, utforske og planlegge. I engasjementsfasen etableres en arbeidsrelasjon og et samarbeid mellom partene som er nødvendig for at samtaleforløpet skal kunne gjennomføres. Fokuseringsfasen innebærer å klargjøre retningen mot et mål om å endre atferd, for eksempel aktivitetsnivå. Utforsningsprosessen innebærer å fremkalle personens egen motivasjon for endring og selv argumentere for dette. Planleggingsprosessen innebærer både å forsterke forpliktelsen til endring og å utforme en handlingsplan.

I det følgende presenterer vi resultatene fra seks systematiske oversikter som har undersøkt effekt av MI. Først presenterer vi resultatene om effekt på å behandle rusproblemer og redusere alkoholkonsum hos unge, deretter effekt på å få folk til å slutte å røyke. Til sist presenterer vi resultatene om bruk av MI for å motivere folk til økt fysisk aktivitet og for å endre kostvaner.

Kunnskapssenterets publikasjoner

Motiverende samtale er utbredt både her til lands og i mange andre land, og det finnes etter hvert mye dokumentasjon om effekten av motiverende samtale på levevaner. Ansatte ved Kunnskapssenteret har utarbeidet flere systematiske oversikter som omhandler motiverende samtale. Disse inkluderer:

- Denison, E., Vist, G. E., Underdal, V., Berg, R.C.: Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Rapport nr 12-2012. Systematisk oversikt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, november 2012.
- Berg, R.C., Tikkanen, R., Ross, M.W.: Motiverende samtale for HIV relatert atferd for menn som har sex med menn. Rapport nr 17-2011. Systematisk oversikt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, oktober 2012.
- Nilsen ES, Underland V, Johansen M.: Motiverende samtale for å endre levevaner Notat 2010. ISBN 978-82-8121-346-3.

Disse tre systematiske oversiktene omhandler imidlertid ikke atferdsendring når det gjelder alkohol, tobakk, fysisk aktivitet eller ernæring, og de er derfor ikke omtalt i dette notatet. De kan allikevel være av interesse når det gjelder effekten av motiverende samtale på andre atferds områder.

De følgende to systematiske oversiktene er utarbeidet av ansatte ved Kunnskapssenteret og er omtalt i dette notatet:

- Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm K.T, Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M., Karlsen, K.: Motivational interviewing for substance abuse (Review). Cochrane Database of Systematic reviews 2010. Issue 5. Art. No.: CD008063. DOI: 0.1002/14651858.CD008063.pub2
- Kurtze, N, Fønhus, M. S.: Blir man mer fysisk aktiv av motiverende samtale? Systematisk oversikt 2014 – formidlet av Kunnskapssenteret januar 2015.

Metode

Vi gjennomførte en vurdering og oppsummering av systematiske oversikter som har undersøkt effekten av motiverende samtale på alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og ernæring. Vi utførte et søk på søkeordene «motivational interviewing» og «motiverende samtale» på Kunnskapssenteret nettsider, i Cochrane Library, MEDLINE og Campbell Library. Vi fant at det er publisert flere systematiske oversikter og omtaler (en formidling av en systematisk oversikt som har som mål å oppsummere oversikten slik at den enkelt kan forstås av brukere av helsetjenester) om motiverende samtale publisert siden 2010.

Vi valgte ut de systematiske oversiktene og omtalene som omhandlet alkohol, tobakk, fysisk aktivitet eller ernæring. Inklusjonskriteriene var:

- Populasjon: Unge og voksne personer.
- Tiltak: Motiverende samtale og variasjoner av dette tiltaket slik som Brief Motivational Interviewing og Motivational Enhancement Therapy.
- Sammenligning: Ingen tiltak, venteliste eller annet aktivt tiltak.
- Utfall: Bruk av alkohol, tobakk, rusmidler. Fysisk aktivitet eller inaktivitet. Ernæring.

Omtaler er allerede vurdert med tanke på metodisk kvalitet og GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) ([gradeworking-group.org](http://www.gradeworking-group.org)) vurdering er gjennomført. Derfor vurderte vi den metodiske kvaliteten kun på de systematiske oversiktene. Vi benyttet Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av systematiske oversikter: <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>. Kun systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet ble inkludert. Vi valgte så ut de mest relevante utfallene og benyttet GRADE for å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene som ble presentert i studiene. Ved hjelp av GRADE vurderte vi kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsmål på tvers av de studier som har målt utfallet.

GRADE har åtte kriterier, fem nedgraderingskriterier og tre oppgraderingskriterier. Randomiserte kontrollerte studier starter på høy kvalitet. Observasjonsstudier starter med lav kvalitet. Begge studietyper kan nedgraderes og observasjonsstudier kan også oppgraderes. Kriterier for nedgradering er: risiko for systematiske skjevheter (bias), konsistens (samsvar mellom studiene), presisjon av resultat, direktehet (hvor

like studiedeltakerne er, intervensjonene og utfallsmålene i de inkluderte studiene i forhold til de personer, tiltak og utfall vi ønsket å studere) og publikasjonsskjevhet. Kriterier for oppgradering er: sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom intervensjon og utfall, store eller veldig store dose–responseeffekter og der alle forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten. Vi baserte oss på analysene, og eventuelt graderingene slik de var presentert i de inkluderte systematiske oversiktene. Vi beskriver tilliten til dokumentasjonen som høy, middels, lav eller svært lav, se tabell 1.

Tabell 1: Vurdering av tillit til resultatene i henhold til GRADE

Gradering	Betydning	Symbol
Høy kvalitet	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.	⊕⊕⊕⊕
Middels kvalitet	Vi har middels tillit til effektestimater: det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig.	⊕⊕⊕⊖
Lav kvalitet	Vi har begrenset tillit til effektestimater: Effektestimater kan være vesentlig ulikt den sanne effekten.	⊕⊕⊖⊖
Svært lav kvalitet	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.	⊕⊖⊖⊖

MI for rusmiddelproblemer

Denne omtalen er basert på en Cochrane-oversikt utarbeidet ved Kunnskapscentret. Oversikten omhandler MI for behandling av mennesker med rusproblemer (alkohol og narkotika) (9).

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av motiverende samtale for å for å behandle mennesker med rusproblemer. MI ble sammenlignet med ingen tiltak eller andre tiltak.

Resultatene viser at mennesker som har blitt behandlet med MI har redusert bruken av rusmidler mer enn mennesker som ikke har mottatt noen behandling rett etter at behandling er gitt. Etter mellom 1-12 måneder viser studiene at det muligens er liten eller ingen effekt av MI.

Derimot ser det ut som at andre aktive behandlinger, standard behandling eller det å bli vurdert og få tilbakemelding, kan være like effektivt som MI. Det var ikke nok data for å konkludere om effektene av MI på å bli værende i behandling, motivasjon for endring eller gjentatte lovbrudd. Kvaliteten på forskningen gjør at vi må være forsiktige i våre konklusjoner, og ny forskning kan endre dem.

Vi har videre sammenfattet resultatene i en resultattabell for å si noe om effekten og kvaliteten på dokumentasjonen.

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Liten, moderat eller stor forskjell?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Grad av rusmisbruk rett etter intervensjon	Stor effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕○○ Liten	0,79 SMD ¹ lavere hos de som fikk motiverende samtale (0,48 til 1,09 høyere)* 4 studier med 202 deltagere
Grad av rusmisbruk etter 1-6 måneder	Liten eller svært liten effekt ved behandling av motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels	0,17 SMD ¹ lavere hos de som fikk motiverende samtale (0,09 til 0,26 høyere)* 15 studier med 2327 deltagere

Grad av rusmisbruk etter 7-12 måneder	Liten eller svært liten effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕○○ Liten	0,15 SMD ¹ høyere hos de som fikk motiverende samtale (0,04 til 0,25 høyere)* 12 studier med 2326 deltagere
Grad av rusmisbruk etter 12 måneder (gjennomsnittlig)	Ingen effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕○○ Liten	0,06 SMD ¹ lavere hos de som fikk motiverende samtale (0,16 lavere til 0,28 høyere)* 1 studie med 363 deltagere

¹ Forfatterne brukte standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk *Standard Mean Difference* – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter (bruk av ulike skåringsinstrumenter). * Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD sier vi at SMD på 0,2 er en «liten effekt», SMD på 0,5 er en «moderat effekt» og SMD på 0,8 er en «stor effekt».

Bakgrunn

Mer enn 76 millioner mennesker på verdensbasis har alkoholproblemer, og ytterligere 15 millioner har narkotikaproblemer.

Motiverende samtale er en psykologisk behandling som blant annet har som mål å hjelpe mennesker med å kutte ned på eller slutte å bruke alkohol eller narkotika. Rusmisbrukeren og veilederen møtes vanligvis mellom én og fire ganger, og hver samtale varer i cirka én time. Veilederen uttrykker at han eller hun forstår hvordan klienten opplever sitt problem og støtter klienten i å gjøre sine egne valg. Han eller hun forsøker ikke å overbevise klienten til å forandre på noe, men diskuterer mulige konsekvenser både av å forandre seg og å fortsette på samme måten. De diskuterer også klientens mål og hvor de står i dag i forhold til disse målene.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i november 2010, og fant 59 studier med til sammen 13,342 personer som de inkluderte i oversikten. Studiene var fra USA (44), Australia (5), Nederland (3), UK (3), Canada (2) og en fra henholdsvis Tyskland og New Zealand. Det var ingen begrensning i deltagerens alder eller andre deltagerkarakteristika.

Forfatterne søkte etter studier som hadde inkludert mennesker med alkohol- eller narkotikaproblemer og som hadde fordelt dem tilfeldig til MI eller til en kontrollgruppe som enten ikke fikk noen behandling eller fikk en annen type behandling. De inkluderte bare studier som hadde sjekket video- eller lydopptak av behandlingstimerne for å være sikre på at behandlingen som var gitt svarte til prinsippene for MI.

Motiverende samtale skulle tilbys på én av følgende tre måter: 1) som frittstående terapi, 2) integrert med en annen terapi og 3) som et forspill til en annen terapi (f.eks. kognitiv atferdsterapi). Bare individuelle, ansikt til ansikt tiltak ble inkludert.

Måletidspunkt for utfallene i studiene varierte fra rett etter tiltaksslutt, kort oppfølgingstid inntil 6 måneder, medium oppfølgingstid fra 6 måneder inntil 12 måneder og langtidsoppfølging i 12 måneder eller mer.

Kilde:

Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD008063. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.

Les hele oversikten i Cochrane Library:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full>

MI for alkoholproblemer

Underland V, Denison E. Omtale av Cochrane-oversikt 2014.

Motiverende samtale har trolig liten effekt på alkoholkonsum hos unge mennesker mellom 15 og 26 år. Effektene er små og vil trolig ikke ha betydning i praksis. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av motiverende samtale for å forebygge alkoholmisbruk hos unge mennesker (15-26 år) sammenlignet med ingen tiltak eller andre tiltak.

Forfatterne fant at:

- Motiverende samtale har trolig liten eller svært liten effekt på mengde av alkohol som konsumeres hos unge mennesker (middels tillit til resultatet)
- Motiverende samtale har trolig liten eller svært liten effekt på hvor ofte unge mennesker drikker alkohol (middels tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Liten, moderat eller stor forskjell?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Mengde av alkohol som konsumeres trolig liten eller svært liten forskjell i hvor mye alkohol som konsumeres etter 4 eller flere måneder	Liten eller svært liten effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels	0,14 SMD ¹ lavere hos de som fikk motiverende samtale (0,20 til 0,08 lavere)* 28 studier med 6676 deltagere
Hyppeghet av alkoholkonsum trolig liten eller svært liten forskjell	Liten eller svært liten effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels	0,11 SMD ¹ lavere hos de som fikk motiverende samtale (0,19 til 0,03 lavere)* 16 studier med 4390 deltagere

¹ Forfatterne brukte standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk *Standard Mean Difference* – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter (bruk av ulike skåringsinstrumenter). * Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD sier vi at SMD på 0,2 er en «liten effekt», SMD på 0,5 er en «moderat effekt» og SMD på 0,8 er en «stor effekt».

Bakgrunn

Hvert år dør omtrent 2,5 millioner mennesker på grunn av alkoholmisbruk og cirka ni prosent av disse er unge mennesker mellom 15 og 25 år. Dødsfallene skyldes oftest trafikkuhell, drap, selvmord eller drukning.

Motiverende samtale (engelsk *motivational interviewing*, MI) er en metode som ofte brukes for å forebygge eller redusere alkoholkonsum hos unge mennesker. Formålet med motiverende samtale, som er basert på samarbeid mellom terapeuten og klienten, er å styrke klientens motivasjon og engasjement i forhold til å gjøre endringer. De viktigste prinsippene i motiverende samtale er at terapeuten viser empati, hjelper personen i å utvikle innsikt i manglende samsvar mellom hvordan en har det og hvordan en ønsker å ha det. Videre er det viktig at terapeuten respekterer klientens motstand mot endring og støtter tiltro til mestring.

Ifølge Helsedirektoratet brukes motiverende samtale i Norge på flere områder der det er ønskelig med endring av atferd, for eksempel for å redusere bruk av alkohol og tobakk eller for å støtte økt fysisk aktivitet. I slike tilfeller brukes motiverende samtale som en metode i rådgivning og konsultasjon. Metoden kan også brukes i terapissammenheng, for eksempel i mestring av rusproblemer.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i oktober 2013, og fant 66 studier med til sammen 17901 personer som de inkluderte i oversikten. Studiene var fra USA (56), Storbritannia (4), Sveits (2), og én fra henholdsvis Australia, Spania, Brasil og Canada. Gjennomsnittsalderen på personene i studiene varierte fra 15 til 26 år og andel mannlige deltakere varierte fra 22 % til 90 %.

Settingen varierte; 40 studier ble gjennomført på høyskoler, 14 i helsevesenet (blant annet innen psykiatri, ved behandling av rusmisbruk og ved intensivavdelinger på sykehus) mens andre studier foregikk på ungdomssentre og ungdomsanstalter, eller i militæret.

Motiverende samtale omfattet elementer som; tiltak for å øke bevissthet om fordeler, konsekvenser og risiko ved atferd, og utvikling av ferdigheter for å løse problemer og ta beslutninger for å endre atferd. I 49 av studiene bestod tiltaket i én enkelt samtale hvorav lengden varierte. I 43 av studiene varte behandlingen under en time,

hvorav den korteste varte 15 minutter. Det mest intensive tiltaket bestod i fem motiverende samtaler på til sammen 19 timer. Det er ikke presisert hvem som ga tiltaket. Forfatterne av den systematiske oversikten påpeker at det er stor variasjon i måtene utfallene ble målt på, blant annet ved hjelp av ulike spørreskjema, og for hvilke perioder alkoholkonsumet ble registrert for. I tillegg er siste måletidspunkt for utfallene i studiene fra en måned oppfølgingstid til fire års oppfølgingstid.

Kilde

Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NML. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD007025. DOI: 10.1002/14651858.CD007025.pub2 (10).

Les hele oversikten i Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007025.pub2/abstract> “

MI for røyking

Smedslund G. Omtale av Cochrane-oversikt 2010

I en systematisk oversikt av Lai og kollegaer (11) konkluderer man med at Motiverende samtale kan hjelpe røykere å slutte, men at resultatene bør tolkes med forsiktighet på grunn av variasjoner i studiekvalitet, kvalitet på behandling og mulighet for at det finnes upubliserte studier med andre konklusjoner.

Hva sier forskningen?

Dokumentasjon fra forskning kan være av varierende kvalitet. Vi skiller mellom dokumentasjon av høy, moderat, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, jo mer kan vi stole på dokumentasjonen. Vi bruker ordet «trolig» for å markere moderat kvalitet, og ordet «muligens» for å markere lav kvalitet.

- En oversikt som sammenfatter funn fra 14 studier viser at motiverende samtale for røykere muligens kan øke sannsynligheten for å bli røykfri over en oppfølgingstid på 1-12 måneder. Resultatene viste at i snitt ble 116 per tusen som fikk MI røykfrie, sammenliknet med 91 per tusen for de som ikke fikk tiltaket. Dette tilsvarer en 27 prosent større sjans for å lykkes for de som fikk tiltaket sammenliknet med placebogruppen (fra 14 prosent til 42 prosent større).
- Forfatterne gjorde også noen indirekte sammenlikninger av subgrupper. Disse resultatene er svært usikre fordi deltakerne ikke hadde blitt tilfeldig fordelt til grupper.
- To studier hvor fastleger gav tiltaket viste bedre effekt (RR: 3,49, 95% KI: 1,53-7,94) i forhold til fire studier hvor sykepleiere gav tiltaket (RR: 1,23, 95% KI: 0,90-1,66) og 9 studier hvor rådgivere gav tiltaket (RR:1,27, 95% KI: 1,12-1,43).
- Åtte studier hvor det motiverende samtalen varte mer enn 20 minutter gav bedre effekt (RR: 1,31, 95% KI: 1,16-1,49) enn fem studier hvor tiltaket varte kortere enn 20 minutter (RR: 1,14, 95% KI: 0,80-1,63).

Vi har videre sammenfattet resultatene i en resultattabell for å si noe om sjansene for røykeslutt og kvaliteten på dokumentasjonen.

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Kontroll	Motiverende samtale	Tillit til resultatet
Røykeslutt	91 per 1000	116 per 1000 1.27 (1.14, 1.42)*	⊕⊕○○ Liten

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. (Den angir hvor rimelig det er å anta at resultatene ikke bare gjelder for dem som ble undersøkt akkurat her, men også for alle andre liknende personer. Det er rimelig å anta at resultatet i 95 av 100 tilfeller vil ligge innenfor den oppgitte feilmarginen.). Grunn til nedgradering: Bare 6 av 14 studier hadde en tilfredsstillende randomiseringsprosedyre og bare 3 studier hadde skjult allokering. En asymmetrisk "funnel plot" gir grunn til å mistenke publikasjonsbias og/eller selektiv rapportering. Kvaliteten går derfor ned fra høy til lav.

Bakgrunn

Sigarettøyking er en av de viktigste årsakene til sykdom på verdensbasis. Det finnes i dag mange medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder for røykeslutt med god dokumentert effekt. Enkle råd fra lege kan øke sannsynligheten for å slutte å røyke, og nikotinerstatninger, bupropion og varenicline har også dokumentert effekt sammenliknet med placebo. En kombinasjon av medikamentelle og atferdsmessige tiltak har også vist god effekt.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over studier som har undersøkt hvordan motiverende samtale virker på røykeslutt. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 14 studier publisert mellom 1997 og 2008 som de inkluderte i oversikten. Studiene hadde til sammen 10 538 deltakere, og 12 av studiene var fra USA.

Studiene sammenlignet motiverende samtale med korte råd/standard behandling. En svakhet er at bare én studie brukte et validert instrument: *the Motivational Interviewing Skill Code* (MISC) for å måle om prinsippene for MI ble overholdt i behandlingen.

Kilde

Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No: CD006936. DOI:10.1002/14651858. CD006936.pub2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006936/frame.html>

MI for fysisk inaktivitet og usunt kosthold

Norge og verden for øvrig står overfor en global trend med sykdommer som ofte er knyttet til livsstil, til hva vi spiser og drikker og hvor fysisk aktive vi er.

Fra et helseperspektiv er fysisk inaktivitet den fjerde viktigste årsak til død av kronisk sykdom, som hjerte- og karsykdommer, slag, diabetes og kreft (www.glo-balpa.org.uk). Det er bare 20 prosent av den norske voksne befolkningen som tilfredsstillter anbefalingen om minst 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet (12).

Helsedirektoratet har utgitt de offisielle norske anbefalingene for ernæring og fysisk aktivitet (13). De arbeider sammen med nasjonalt råd for ernæring slik at befolkningen får et best mulig kosthold og kan endre dårlige kostholdsvaner. De nye norske anbefalingene er utarbeidet på grunnlag av et nordisk samarbeid og anbefalinger basert på forskning (13, 14).

Vi omtaler i det følgende én systematisk oversikt om effekten av MI på fysisk aktivitet, og to systematiske oversikter om effekten av MI på både kosthold/vekttap og fysisk aktivitet. Det er noe overlapp mellom de tre oversiktene. Vi presenterer oversiktene i kronologisk rekkefølge, og starter med de nyeste oversiktene.

MI for fysisk inaktivitet

Motiverende samtale i tillegg til vanlig behandling eller oppfølging kan føre til økt fysisk aktivitet hos personer som har langvarige helseutfordringer. Økningen er beskjeden og det er usikkert hvorvidt denne økningen kan ses over lengre tid. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra *Clinical Rehabilitation*.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av motiverende samtale for å øke fysisk aktivitet hos personer som har langvarige helseutfordringer. De sammenliknet personer som fikk motiverende samtale med de som ikke fikk og fant at:

- Den fysiske aktiviteten trolig øker noe av motiverende samtale (middels tillit til resultatet).
- Den funksjonelle treningskapasiteten trolig påvirkes lite av motiverende samtale (middels tillit til resultatet).
- Det er usikkert hvilken effekt motiverende samtale har på kondisjon (svært liten tillit til resultatet).

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Liten, moderat eller stor forskjell?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Fysisk aktivitet ¹ personer som har langvarige helseutfordringer blir trolig noe mer fysisk aktive av motiverende samtale	Liten effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels	SMD ² 0,19 høyere hos de som fikk motiverende samtale (0,06 til 0,32) *
Funksjonell treningskapasitet motiverende samtale gir trolig liten eller ingen forskjell i funksjonell treningskapasitet hos personer som har langvarige helseutfordringer	Liten eller ingen effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels	SMD ² 0,13 høyere hos de som fikk motiverende samtale (-0,08 til 0,34) *
Kondisjon (kardiorespiratorisk form) det er usikkert hvilken effekt motiverende samtale har på kondisjon	-	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall med svært liten tillit

¹ I de fleste tilfeller ble fysisk aktivitet selvrapportert. ² Forfatterne brukte standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk Standard Mean Difference – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter (bruk av ulike skåringsinstrumenter). Når vi forenkler tolkingen av effekt i form av SMD sier vi at SMD på 0,2 er en «liten effekt», SMD på 0,5 er en «moderat effekt» og SMD på 0,8 er en «stor effekt».
* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden.

Bakgrunn

Det er bred enighet om at fysisk aktivitet og trening har helsebringende effekter. Som for befolkningen for øvrig, kan det være at personer med langvarige helseutfordringer ikke er tilstrekkelig fysisk aktive. Dette kan medføre økt sykkelighet, dødelighet og sykdomsbyrde. Det er derfor nødvendig med effektive metoder som kan hjelpe personer med langvarige helseutfordringer til å øke sin fysiske aktivitet.

Hva er denne informasjonen basert på?

Oversiktsforfatterne gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i januar 2014 og inkluderte ti studier med til sammen 1176 voksne personer som hadde langvarige helseutfordringer. Helseutfordringene var knyttet til ulike diagnoser, slik som fibromyalgi, multippel sklerose, hjerte-karsykdom og overvekt/fedme. I alle studiene ble effekten målt rett etter at tiltaket var avsluttet. Åtte av studiene var utført i USA, én i Australia og én i Canada. Det var 821 kvinner og 355 menn i disse studiene.

Oversiktsforfatterne definerte MI definert ut i fra tre kjerneegenskaper:

- et klart fokus på å endre atferd (dvs. fysisk aktivitet),
- bruk av empatisk (reflekterende) lytting i et samarbeidsforhold for å forstå personens perspektiv rundt å endre atferd, og
- vekt på å fremkalle personens motivasjon for endring (dvs. personen lager sine egne argumenter for endring)

I de inkluderte studiene varierte tiltakene noe. I seks av studiene var MI hovedtiltaket, mens det i fire var et tilleggstilak. Hensikten med tiltaket varierte også: I tre studier var målet å øke fysisk aktivitet alene, mens det i fire studier var flere andre helserelevante atferdsmål ved siden av fysisk aktivitet. I to studier hadde deltakerne valget mellom å fokusere på fysisk aktivitet eller andre helserelevante mål. Tiltaket måtte gis personlig (enten via telefon eller ansikt-til-ansikt). I de fleste studiene ble motiverende samtale gitt via en kombinasjon av telefon og ansikt-til-ansikt. Antall sesjoner varierte fra 1 til 11, sesjonstiden varierte og varigheten på tiltaket varte mellom 3 og 18 måneder. Hvem som tilbød motiverende samtale varierte også, samt mengden opplæring disse fikk. Åtte studier rapporterte at de hadde målt behandlingstrokap («treatment fidelity»), hvorav kun tre hadde brukt validerte og pålitelige måleinstrumenter.

Kilde

O'Halloran P, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil December 2014 28:1159-1171 (15).

MI for usunt kosthold og fysisk inaktivitet hos voksne

Det finnes ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fastslå om MI fremmer bedre kosthold og mer fysisk aktivitet hos voksne. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*.

Hva sier forskningen?

Den systematiske oversikten oppsummerer funn fra studier som har undersøkt effekten av MI for å fremme endring i kosthold og fysisk aktivitet hos voksne. Grupper som mottok MI ble sammenliknet med grupper som fikk annen behandling uten MI («attention control»).

Studiene viste at:

- Det foreligger ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fastslå om MI fremmer endring i kosthold og fysisk aktivitet.

Oversikten rapporterte om en heterogen samling av studier som hadde lav til moderat kvalitet. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Resultater

Søket resulterte i 1765 artikler, hvorav åtte randomiserte kontrollerte studier møtte alle inklusjonskriteriene. To av studiene rapporterte bare kostholdsutfall, tre studier rapporterte bare utfall relatert til fysisk aktivitet og tre studier rapporterte begge deler. Studiene var utført henholdsvis i USA (4), Nederland (2) og én i Tyskland og New Zealand. Fem av studiene vurderte behandlingstrokap til MI («MI fidelity monitored»).

To av de fem studiene som rapporterte om kosthold fant positive effekter av tiltaket. Den ene studien fant en lavere skåre på inntak av mettet fett i gruppen som fikk MI av en ernæringsfysiolog ($\beta = 0,23$, $p < 0,01$) sammenliknet med en gruppe som fikk råd av en ernæringsfysiolog (som ikke var trent i MI). Den andre studien rapporterte en signifikant lavere forskjell i inntak av energi fra fett (2,6 %, $p < 0,001$) i favør av MI sammenliknet med standard behandling.

Ingen av de seks studiene som omhandlet fysisk aktivitet fant signifikante forskjeller mellom dem som fikk MI og kontrollgruppen.

Bakgrunn

Den systematiske oversikten omhandlet voksne (18 år og eldre). Aldersspennet var fra 44,3 år til 65 år. Oversikten inkluderte åtte randomiserte kontrollerte studier.

Det var 2144 deltagere totalt i de åtte studiene, og antall deltagere i studiene varierte fra 22 til 968. Varigheten på MI-tiltaket varierte på tvers av studiene, det gjorde også oppfølgingstiden, som var fra 12 til 104 uker. Tre av studiene omfattet bare kvinner. De resterende studiene hadde fra 45 % til 90 % deltagende kvinner, og rapporterte ikke resultater for menn og kvinner separat. Eventuelle kjønnsforskjeller kunne derfor ikke undersøkes.

Profesjonene på de som utførte MI varierte. Eksempelvis var det sykepleiere, psykologer og ernæringsfysiologer. Alle MI-sesjonene ble holdt én-til-én. Innledende rådgivningsøkter varte mellom 20 og 60 minutter med oppfølgende rådgivningsmøter fra 15 til 60 minutter. Utfall av interesse inkluderte endringer i kosthold og/eller endring i fysisk aktivitet/stillesittende atferd.

Forfatterne konkluderte med at for å styrke kunnskapsgrunnlaget er det behov for studier av høy kvalitet som måler endring av atferd relatert til kosthold og fysisk aktivitet, og som evaluerer og rapporterer MI-troskap («treatment fidelity»). Forfatterne slo ikke sammen resultatene fra studiene. Vi kan derfor ikke trekke noen overordnet konklusjon om effekten av MI for å fremme endring i kosthold og fysisk aktivitet.

Kilde

Hollis J, Williams L, Collins C, Morgan P. Effectiveness of interventions using motivational interviewing for dietary and physical activity modification in adults: A systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*; 2013 (16).

MI for overvekt

MI synes å fremme vekttap hos overvektige og fedmepasienter. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra *Obesity Review*.

Hva sier forskningen?

Den systematiske oversikten og meta-analysen oppsummerer funn fra studier som har undersøkt effekt av motiverende samtale for å redusere kroppsmasse, målt ved endring i kroppsvekt i kg eller BMI i kg m⁻². Grupper som mottok MI ble sammenliknet med grupper som ikke fikk MI (standardbehandling, opplæring, «attention control» eller ingen behandling). Den metodiske kvaliteten på studiene var moderat til lav.

Forfatterne fant at:

- Det var en signifikant reduksjon i kroppsvekt (kg) for pasienter som mottok MI sammenliknet med kontrollgruppen, men ingen signifikant reduksjon i BMI. Motiverende samtale har trolig middels effekt på reduksjon i kroppsvekt (kg) (middels tillit til resultatet).

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Liten, moderat eller stor forskjell?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Kroppsvekt (kg) reduksjon	Moderat effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels ^a	WMD ² = -1,47 kg lavere hos de som fikk motiverende samtale (-2,05, -0,88)* 8 studier med 1577 deltagere
BMI ³	Liten eller svært liten effekt ved behandling med motiverende samtale	⊕⊕⊕○ Middels ^a	WMD = -0,25 kg m ⁻² lavere (-0,50, 0,01) 7 studier med 1304 deltagere

¹ Forfatterne brukte standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk *Standard Mean Difference* – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter (bruk av ulike skåringsinstrumenter). * Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD sier vi at SMD på 0.2 er en «liten effekt», SMD på 0.5 er en «moderat effekt» og SMD på 0.8 er en «stor effekt». WMD² = weighted mean difference. BMI³ = kroppsmasseindeks i kg m⁻².

Bakgrunn

Forekomsten av overvekt og fedme har økt over hele kloden og særlig i den vestlige verden i de siste tiårene. I USA er mer enn 68 % av den voksne befolkningen overvektige med en kroppsmasseindeks på 25,0 kg m⁻² eller høyere. Over halvparten av den voksne befolkningen i Europa er overvektige. Også i Norge øker forekomsten av overvekt og fedme i alle aldersgrupper. Etiologien er i stor grad multifaktoriell.

MI er én mulig strategi for å oppmuntre til vekttap. MI er en strategi designet for å forsterke pasientens motivasjon til endring og etterlevelse av behandlingen.

Den systematiske oversikten inkluderte randomiserte kontrollerte studier der forfatterne hadde definert intervensjonen som MI, eller hvor forfatternes beskrivelse av intervensjonen indikerte bruk av denne metoden. Måten MI ble gitt varierte mellom studiene, og det samme gjaldt oppfølgingstiden (3 til 18 måneder). Den profesjonelle bakgrunnen til de som ga intervensjonen varierte også, og inkluderte eksempelvis sykepleiere, psykologer og helsesrådgivere. Måten MI ble gitt varierte mellom individuell (ansikt-til-ansikt, per telefon) og gruppetimer. Dosen av MI varierte fra 50 til 323 minutter.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser (frem til november 2009). 12 randomiserte kontrollerte studier ble inkludert i den systematiske oversikten, og 11 studier ble inkludert i meta-analysen. De 11 studiene, som rapporterte gjennomsnittlig (mean) endring i kroppsmasse, hadde totalt 1448 deltagere. Antall deltagere per studie varierte fra 22 til 599 og andelen kvinner fra 3 % til 100 %. Det var hovedsakelig kvinner i de inkluderte studiene. Aldersspennet var fra 41 til 62 år.

De inkluderte studiene ble gruppert basert på rapportert vektutfall (body mass index (BMI) i kg m^{-2} eller kroppsvekt i kg) og slått sammen for å vurdere effektestimater. Oversikten inkluderte en studiepopulasjon av overvektige voksne med $\text{BMI} \geq 25,0 \text{ kg m}^{-2}$. Begrepet kroppsmasse i oversikten omfatter både BMI og kroppsvekt. Hovedutfallet var endring i kroppsmasse rapportert enten som kroppsvekt i kg eller BMI i kg m^{-2} .

Kilde:

Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *ObesRev* 2011;12(9):709-723. (17).

Les hele artikkelen i PubMed Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed-health/PMH0034856/>

Diskusjon

Motiverende samtale er utbredt både her til lands og i mange andre land, og det finnes etter hvert mye dokumentasjon om effekten av motiverende samtale på levener vaner slik som alkoholforbruk, røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold. I dette notatet samlet vi omtaler av seks systematiske oversikter. Vi fant vitenskapelig dokumentasjon av middels og lav kvalitet for at motiverende samtale trolig fører til små positive atferdsendringer når det gjelder bruk av rusmidler, røyking og grad av fysisk aktivitet.

Resultatene fra de seks systematiske oversiktene som er omtalt her indikerer at motiverende samtale muligens reduserer bruken av rusmidler blant mennesker med rusproblemer og hjelper røykere å slutte. I tillegg viser resultatene at motiverende samtale trolig fremmer vekttap hos overvektige og fedmepasienter, samt kan øke grad av fysisk aktivitet noe når samtalen gis i tillegg til vanlig behandling eller oppfølging, men den funksjonelle treningskapasiteten påvirkes trolig lite. Det er imidlertid trolig liten eller svært liten effekt av motiverende samtale når det gjelder hvor mye og hvor ofte unge drikker alkohol. Det foreligger heller ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fastslå om motiverende samtale fremmer endring i kosthold og fysisk aktivitet hos voksne.

Dette notatet er basert på funn rapportert i eksisterende systematiske oversikter. Vi har dermed kunnet favne et stort fagfelt i ett notat. Ved å baserer oss på store arbeider som allerede er utført, unngår vi dessuten dobbeltarbeid. En av ulempen ved vår tilnærming er at vi kan ha gått glipp av vesentlige forskningsfunn.

Referanser

1. Ottawa Charter for Health promotion. Geneva: 1986.
2. Jakarta Declaration about Health promotion into the 21st millenium. Geneva: 1997.
3. The world health report 2002- reducing risks, promoting healthy life. Geneva: 2002.
4. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. Behavioural Psychotherapy 1983;11(2):147-172.
5. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
6. Rogers CR. Client-centered therapy. Boston: Houston-Mifflin; 1951.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing - Helping People Change. Third Ed. ed. New York: The Guilford Press; 2013.
8. Miller WRR, S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed ed. New York: Guilford Press; 2002.
9. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. CochraneDatabaseSystRev 2011(5):CD008063.
10. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;8:CD007025.
11. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database SystRev 2010(1):CD006936.
12. NCD - strategi 2013-2017 For forebygging, diagnostisering, behandling og rehvabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte - og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. 2013.
13. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold ernæring og fysisk aktivitet. 2014.
14. Nordic Nutrition Recommendations 2012 Integrating life through diet and physical ativity. 2014.
15. O'Halloran P, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic

health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation* 2014;Epub ahead of print.

16. Hollis J, Williams L, Collins C, Morgan P. Effectiveness of interventions using motivational interviewing for dietary and physical activity modification in adults: A systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*; 2013.
17. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *ObesRev* 2011;12(9):709-723.