

7. Motiverende samtaler om fysisk aktivitet

Forfattere

Barbro Holm Ivarsson, *legitimerad psykolog, Stockholm*

Peter Prescott, *psykolog, Norge*

Innledning

Det finnes dessverre ingen medisin man kan ta for å bli mer fysisk aktiv. Man må gjøre jobben selv, og som de fleste vet, er det ikke alltid like lett. Innstillingen til å bli mer fysisk aktiv varierer også ofte over tid. Man kan være besluttsom og legge konkrete planer bare for å oppleve at motivasjonen forsvinner, de gode planene virker urealistiske, og lysten forsvinner.

Motiverende intervju, MI (motivational interviewing), brukes i dag først og fremst for å hjelpe mennesker med å endre levevaner, og ble opprinnelig utviklet i forbindelse med rådgivning av alkoholikere. Motiverende intervju er en metode som kan brukes i profesjonelle samtaler om skadelig bruk av alkohol/illegale stoffer, tobakk, spilleavhengighet, seksuell risikoferd samt for å fremme økt fysisk aktivitet og gode kostholdsvaner eller forhindre overvekt. Metoden passer i sammenhenger der man vil stimulere en annen person til å endre atferd uten å vekke motstand, og er derfor godt egnet for samtaler om fysisk aktivitet innen for eksempel helsevesenet, helserådgivningen, skolen og idretten.

Motiverende intervju kan brukes som en selvstendig intervensjon for å skape interesse og motivasjon, og forberede og hjelpe en pasient/klient i gang med endring. Motiverende intervju kan også integreres i annen behandling, noe som ser ut til å forbedre effekten av behandlingen.

Dette kapitlet beskriver hvordan motiverende intervju kan brukes for å fremme fysisk aktivitet. For å illustrere metodikken følger vi et motiverende intervju mellom Per, som er helserådgiver, og Eva, en enslig 35-årig sosionom som har tilbakevendende, uspesifikke ryggplager (lumbago).

Forkortelsen MI står for motiverende intervju, og vi bruker betegnelsene hel-sarbeider og pasient.

Motiverende intervju

Motiverende intervju er en pasientsentrert, empatisk samtalemetode. Det betyr at helsearbeideren lytter, forsøker å forstå pasientens perspektiv og legger vekt på at pasienten skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. Samtidig er MI en styrende metode da helsearbeideren velger å utforske og fokusere på noen av de temaene pasienten presenterer, men ikke andre. Slik styrer helsearbeideren pasienten mot en endring.

Motiverende intervju krever god evne til å lytte. Helsearbeideren lytter med aksepterende, ikke-moraliserende interesse, og forsøker å forstå fremfor å overtale eller komme med egne løsninger på pasientens problemer. Det betyr ikke at helsearbeideren lar være å gi informasjon eller praktiske råd, men disse formuleres som forslag som pasienten kan velge å ta til seg eller ikke: «Er det i orden at jeg forteller litt om hva som har hjulpet andre mennesker i samme situasjon?»

MI ser ut til å kunne hjelpe mindre motiverte pasienter, både på grunn av den pasientsentrerte stilen, men også på grunn av måten som motstand mot endring møtes på. Metoden brukes ikke for å forsøke å få en pasient til å gjøre noe hun eller han ikke vil, men har som formål å stimulere pasienten til endring på en respektfull måte og på pasientens egne vilkår.

Endring av levevaner og «endringssnakk»

I MI forsøker helsearbeideren å lokke frem pasientens eget ønske om endring så vel som ressurser i form av tanker, følelser og konkret handling. Helsearbeideren styrker også pasientens selvtillit ved å vise tiltro til at pasienten kan gjennomføre en endring, og understreker at endringen er pasientens eget valg. Pasienten er ansvarlig for sitt liv og vet best selv hvordan endringer bør skje.

Vi kan kjenne igjen pasienter som arbeider konstruktivt med endring, på måten de snakker på. De er motiverte, har ideer om praktiske metoder, tror på seg selv, tar beslutninger og forplikter seg til å følge konkrete planer. Det som er typisk for MI, er at helsearbeideren forsøker å lokke frem, lytte spesifikt etter og forsterke pasientens endringssnakk. Endringssnakk er utsagn som tyder på at pasienten arbeider med sin egen endring. Man antar at pasienten blir påvirket av egne ytringer. Når pasienten snakker, former og forsterkerer hun eller han sine egne vurderinger, og det er dette helsearbeideren aktivt prøver å stimulere.

Endringssnakk kan deles inn i to hovedkategorier: forberedende endringssnakk og forpliktelse til konkrete planer. Forberedende endringssnakk danner grunnlaget for tiltak som skal gjennomføres og beslutningen som etter hvert skal tas. Forskning tyder på det finnes en sammenheng mellom endringssnakk og endring av levevaner. Dette kan illustreres på følgende måte:

MI → forberedende endringsnakk → beslutning → endring av levevaner

Forberedende endringsnakk kan igjen deles inn i to hovedkategorier: motivasjonsytringer og utsagn om tro på sin egen evne til å klare det.

Eksempel på motivasjonsytringer:

- Ønske om endring: *«Jeg vil komme i bedre form. Egentlig liker jeg å bevege meg. Jeg vil gjerne forandre på dette.»*
- Konkrete endringsgrunner: *«Jeg er lei av å ha en garderobe med klær i størrelse XXL. Jeg er uopplagt, har dårlig kondisjon og er ikke i form.»*
- Nødvendighet: *«Jeg må bare begynne å bevege meg. Ellers kommer det til å gå dårlig.»*

Eksempel på utsagn om tro på sin egen evne til å klare det:

- *«Jeg har klart verre ting for i livet. Det går bra hvis jeg bare tar ett skritt om gangen og klarer å holde unna de negative tankene.»*

Eksempel på utsagn om beslutning:

- *«Jeg har tenkt igjennom dette og bestemt meg. Dette er faktisk noe av det viktigste i livet mitt akkurat nå. Jeg skal begynne allerede i kveld.»*

I MI må helsearbeideren kunne identifisere endringsnakk, for det er disse helsearbeideren forsøker å lytte etter, fremkalle og forsterke. Aktiv lytting i form av åpne spørsmål og refleksjoner benyttes for å holde fokuset på nyansene og forsterke endringsnakk. Sammenfatninger benyttes for å samle de endringsfokuserede ytringene til pasienten.

Innledningen til samtalen

Et motiverende intervju begynner vanligvis med at helsearbeideren utforsker bakgrunnen for kontakt. Hvis pasienten har følt seg presset til å komme til rådgivningen, er det viktig at helsearbeideren viser forståelse for at det ikke alltid er lett å komme til en samtale på slike betingelser, men at samtalen forhåpentligvis skal bli nyttig for pasienten likevel.

Noen ganger må man sette en agenda for samtalen, spesielt hvis det er flere temaer pasienten vil ta opp. I så fall kan det være aktuelt å forhandle om agendaen og at pasient og helsearbeider sammen bestemmer seg for hva som skal være i fokus. Deretter vil det ofte være fornuftig å begynne med det pasienten er mest opptatt av å snakke om. Hvis agendaen er gitt, kan man begynne med å be pasienten fortelle.

Per: «Først vil jeg be deg fortelle om ryggen, hvordan problemene med ryggen påvirker livet ditt, og hva du har gjort for å takle situasjonen. Og så vil jeg gjerne høre litt om ditt syn på trening, på godt og vondt. Er det greit?»

Aktiv lytting

Basisferdigheten i MI er aktiv lytting som bidrar til et godt samarbeidsklima. Gjennom aktiv lytting kan helsearbeideren få en forståelse for pasientens syn på sin situasjon og tanker om problemer og løsninger, samtidig som pasienten kanskje kan få en mer nyansert forståelse av seg selv og sin atferd. I tillegg til å lytte bruker helsearbeideren åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatninger for aktivt å vise forståelse av pasientens opplevelse. Det er også viktig å bekrefte pasienten og hans eller hennes anstrengelser.

A. Åpne spørsmål

Et åpent spørsmål begynner med et spørreord, som for eksempel når, hvor, hvordan eller hva. Det er spørsmål som rent grammatisk ikke kan besvares med «ja» eller «nei», men inviterer pasienten til å snakke og fortelle. Spørsmål som starter med «Hvorfor» kan av noen oppleves som en anklage. Det gjelder selvfølgelig spesielt hvis man spør om hvorfor pasienten gjør noe som virker ufornuftig.

Eksempler på relevante, åpne spørsmål:

- «Kan du fortelle/si litt om ...?»
- «Hvordan har det seg at du mener det kan være nødvendig å endre på dette?»
- «Hvordan påvirker ryggsmertene deg i hverdagen?»
- «Hva ville du kunne gjøre hvis ryggen var bedre?»
- «Hva har du prøvd tidligere for å bli bedre i ryggen?»
- «Hvilken erfaring har du hatt med trening, på godt og vondt?»
- «Hvordan ser du på det med å bli mer fysisk aktiv hvis du tenker fremover?»
- «Hva kan være neste skritt mot endring?»

Per: «Kan du fortelle om ryggplagene og hvordan de påvirker deg i hverdagen?»

Eva svarer: «Ja, det går litt opp og ned. Innimellom er ryggen bra, men andre ganger ... ja, da er alt bare smerter og slit. Når det er som verst, klarer jeg verken å ligge eller sitte, og det er så vidt jeg klarer å gå på jobb. Noen dager klarer jeg nesten ikke å ta på meg sokker og bukse. Smertene er så store at jeg ikke orker å være aktiv. Det går ut over søvnen også. Alt blir så slitsomt og stressende og tungt. På jobben er det alltid høyt tempo, og jeg skal jo være til støtte for mennesker som har det enda vanskeligere enn meg. Det kan være vanskelig nok, det, men når jeg selv har vondt, da ... da blir det av og til en sykemelding. Dessuten orker jeg ikke å være sosial. Jeg er bare irritert og orker ikke å bry meg om andre.»

Legg merke til Evas endringssnakk i form av motivasjonsytringer om negative konsekvenser av ryggsmertene. Legg også merke til at hun ikke har noen endringssnakk som formidler et ønske om forandring, eller om at det er nødvendig med en forandring. Hun uttrykker heller ingen tro på sin egen evne til å kunne klare det, og hun sier ingenting om tiltak eller beslutninger.

B. Refleksjoner

Ved siden av betydningen å tenke over betyr å reflektere betyr å kaste noe tilbake. Det kan sammenlignes med å være som et speil for pasienten. Helsearbeidere som bruker refleksjon naturlig i kommunikasjonen, oppleves som empatiske. Man kan reflektere gjennom å gjenta det pasienten sier, eller bare deler av det. Noen ganger vil et enkelt ord være en god refleksjon.. Det er viktig å understreke at en refleksjon ikke er et spørsmål.

Helsearbeideren kan reflektere uten å endre noe særlig på det pasienten har sagt:

- Gjentakelse: «på jobben er det alltid høyt tempo», «vanskelig å få på klærne»
- Synonym: «ryggproblemene varierer», «du har vanskelig for å klare oppgaver i hverdagen»

Helsearbeideren kan også velge å reflektere en underliggende mening eller følelse:

- Underliggende mening: «ryggplagene ødelegger mye for deg»
- Underliggende følelse: «du er frustrert», «du er oppgitt»

Refleksjoner styrer samtalen og holdre fokus på relevante tema. Slik kan helsearbeideren velge ett tema fremfor et annet. Hvis Per gjentar «slitsomt og tungt», snakker Eva antakeligvis videre om hvordan det er å være sliten og føle seg tom for energi. Dersom Per gjentar «det går litt opp og ned», vil samtalen trolig fortsette rundt dette temaet, og hvis Per gjentar «alltid høyt tempo på jobben», fortsetter Eva å snakke om hvordan hun har det på jobben.

Per: «Når du har vondt i ryggen, blir dagen din annerledes.» (Refleksjon)

Eva: «Ja, alt blir så mye mer slitsomt og vanskelig. Jeg tenker nesten bare på smertene og hvordan jeg skal komme meg gjennom dagen. Og sånn er det til ryggen blir bedre.»

Per: «Det er et slit når det står på, og så går det gradvis over. Hvordan har det vært med å prøve fysisk aktivitet for å bli bedre i ryggen?» (Refleksjon og åpent spørsmål)

Eva: «Når jeg har vondt, orker jeg ikke så mye. Det blir vel ikke så mye trening når ryggen er bedre heller. Jeg prøver å motivere meg, men det blir ikke så mye av det. Av og til tar jeg meg sammen og fortsetter en stund. Jeg vet at jeg burde trene mer.»

Legg merke til Evas endringssnakk. Her er det eksempler på motivasjonsytringer: «mer slitsomt og vanskelig», intensjon om endring: «jeg burde trene mer» og beslutninger i kortere perioder: «tar meg sammen». Uttrykket «fortsetter en stund» sier også noe om at hun har konkrete måter å bedrive fysisk aktivitet på.

C. Sammenfatninger

Sammenfatninger og refleksjoner er egentlig to sider av samme sak. Forskjellen ligger i hvor mye man tar med. I en refleksjon gjentar man ett eller to elementer av det pasienten har sagt. En sammenfatning inneholder flere elementer. Sammenfatninger fungerer også som små referater og bidrar til at visse deler av samtalen blir fremhevet og lettere husket. Et underliggende budskap i sammenfatninger er empati: «Jeg hører hva du sier, jeg forsøker å forstå og huske, for det du sier, er viktig, og jeg vil være sikker på at jeg har forstått deg rett.»

Til forskjell fra åpne spørsmål og refleksjoner forekommer ikke sammenfatninger så ofte i dagligtalen, men er mer beholdt profesjonell kommunikasjon.

Per: «Kan jeg ta en sammenfatning og se om jeg har forstått deg rett?» (Ber om tillatelse)

Eva: «Ja.»

Per: «Ryggproblemene kommer og går. Innimellom er ryggen bra, og innimellom vond. Når ryggen ikke er bra, plages du av smerter, og da tenker du bare på hvordan du skal komme deg gjennom dagen. Det går utover humøret, og du orker mindre og får gjort mindre både privat og på jobben. Du får trent i perioder, men det virker ikke som om du er helt fornøyd med din egen innsats.» (Sammenfatning)

Eva: «Ja, det stemmer.»

Per: «Du nevnte at du burde trene mer. Hvordan ser du på fysisk aktivitet for å forebygge og lindre rygg smerter?» (Åpent spørsmål)

Eva: «Jeg vet at jeg burde trene, men det er også et ork.»

Per: «Hva har du forsøkt som har vært til hjelp?» (Åpent spørsmål)

Eva: «Å gå på treningsstudio og gjøre øvelser er ikke noe for meg. Spaserturer fungerer best. Problemet er å få det inn i den daglige rutinen. Det tar jo tid å gå. Jobben tar også mye tid og er så stressende.»

Per: «Jobben tar veldig mye tid og er stressende, og så langt har det vært vanskelig å få tid til trening i hverdagen, samtidig som du vet at trening hjelper. Du har best erfaring med spaserturer.» (Sammenfatning)

MI virker enkelt i teorien, men er vanskeligere i praksis. Selv om man er vant til å kommunisere og lytte, krever systematisk og målrettet bruk av aktiv lytting øvelse før det blir en automatisk ferdighet. Det som viser seg å være vanskeligst, er å lære seg å gjøre refleksjoner på en systematisk, men likevel naturlig måte. Samtidig er refleksjoner og sammenfatninger det mest grunnleggende i MI.

Skalering for å hente frem endringsnakk

Vi skal se nærmere på to skaleringsspørsmål som kan brukes for å hente frem endringsnakk om motivasjon i form av forandring og tro på egen evne til å kunne klare det.

Skalering av viktighet

Per: «Er det i orden at jeg stiller deg et par spørsmål om hvordan du ser på fysisk aktivitet?» (Ber om lov)

Eva: «Ja.»

Per: «Tenk deg en skala fra 0 til 10, der 0 betyr at det ikke er viktig i det hele tatt, og 10 betyr at det er svært viktig. Hvor vil du plassere ditt syn på fysisk aktivitet på en slik skala? Hvilket tall vil du gi deg selv?»

Eva: «5.»

0 _____ 5 _____ 10
Ikke viktig _____ Svært viktig

Helsearbeideren kan bruke et oppfølgingsspørsmål lengre ned på skalaen for å hente frem endringssnakk:

Per: «Hva er det som gjør at du sier fem og ikke for eksempel tre?» (Åpent spørsmål)

Eva: «Jammen det er jo viktig å røre på seg for å få en bedre rygg. Jeg vet at det hjelper, og ryggen holder på å ta knekken på meg.»

Det er også mulig å stille et oppfølgingsspørsmål lengre opp på skalaen:

Per: «Du plasserer deg på fem fordi du har mye vondt i ryggen i perioder. Hva skal til for at du skal plassere deg litt høyere på skalaen?» (Refleksjon og åpent spørsmål)

Eva: «Ja, si det ... det er vel hvis det blir enda verre. Og så kanskje hvis jeg begynner å gå mer og blir bedre. Da blir det viktig å fortsette.»

Per: «Både verre plager og trening som fungerer, ville gi et høyere tall.» (Refleksjon)

Skalering tro på egen evne til å klare det hvis man bestemmer seg

Per: «Hvis du virkelig bestemte deg for å trene regelmessig, hvor stor tro har du på din evne til å klare det? På en skala fra 0 til 10, der 0 betyr at du ikke har noen tro på din evne til å klare det, og 10 betyr at du helt sikkert ville klare det?»

Eva: «Slik det er nå – 2.»

0 _____ 2 _____ 10
Ingen tro på _____ Sterk tro på
egen evne _____ egen evne
til å klare det _____ til å klare det

Oppfølgingsspørsmål lengre ned på skalaen:

Per: «Hvorfor sier du 2 og ikke 0.» (Åpent spørsmål)

Eva: «Jeg vet jo egentlig at jeg kan klare det hvis jeg virkelig vil, men jeg vet også hvordan det er når jeg skal ut etter en lang dag på jobben, eller når det regner eller jeg er sliten. Jeg har jo klart det før i perioder. Det er et spørsmål om selvdisciplin.»

Oppfølgingsspørsmål lengre opp på skalaen:

Per: «Du har en del selvdisciplin som kan hjelpe deg, og du har klart det før. Hva skal til for at du skal kunne komme litt høyere opp på skalaen, til for eksempel tre, eller enda høyere?» (Refleksjon og åpent spørsmål)

Eva: «Det handler om å bestemme seg. Gjøre trening til en del av hverdagen og sette i gang. Jeg liker jo egentlig å røre på meg, for da føler jeg meg bedre både fysisk og psykisk.»

Per: «Du mener at det er ganske viktig å begynne å trene. Du har nevnt flere grunner. Samtidig har du ikke så stor tro på din egen evne til virkelig å klare det. Men det skulle hjelpe med selvdisciplin og sterk besluttsomhet. Det virker som om du har en del selvsaboterende tanker som gjør at selvdisiplinen din svikter.» (Sammenfatning)

Ulike pasienter har ulik beredskap for endring, og grovt sett kan beredskapen deles inn i tre stadier.

Tabell 7.1. Endringsstadier

Ikke beredt – ikke klar	Usikker – ambivalent	Beredt til å handle
Lav beredskap eller manglende interesse for endring	Vekslende beredskap for endring, ambivalens	Høy beredskap for endring
<i>Fokus:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Skape diskrepans • Lokke frem ambivalens 	<i>Fokus:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Utforske ambivalens • Beslutning 	<i>Fokus:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Praktiske metoder • Forpliktelse til å følge en plan
<i>Hva man kan snakke om:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Syn på nåværende situasjon • Forandringer over tid • Fordeler og ulemper med fysisk aktivitet 	<i>Hva man kan snakke om:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fordeler/ulemper med situasjonen / med endring • Hindringer og løsninger • Små skritt for å prøve ut endring 	<i>Hva man kan snakke om:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Praktisk planlegging • Måte å oppnå fremgang på • Tidspunkt for endringsforsøket

Overgangen mellom stadiene er glidende, og de kan også overlappe hverandre. Pasientens innstilling til endring kan skifte ofte over tid, og kan veksle mellom manglende interesse, ambivalens og beredskap. Ideelt sett bidrar en (eller) flere motiverende intervju til at pasienten tar en beslutning og forplikter seg til endring, men når det gjelder pasienter som befinner seg tidlig i endringsprosessen, er målet i stedet å aktivere motivasjonstanker. Det er en tidkrevende prosess å endre levevanene sine. Helsearbeideren bør ikke forvente seg store endringer på kort sikt hos pasienter som befinner seg i et tidlig stadium av prosessen, men hvis pasienten får hjelp til å tenke gjennom levevaner og konsekvenser, kan det skje en endring tidligere enn ellers.

Ikke beredt – uinteressert

Pasienter som ikke er klare for forandring, søker som regel ikke frivillig rådgivning om levevaner. De blir ofte presset av andre til å gå til en samtale, eller helsearbeideren tar opp temaet når pasienten søker hjelp for et annet problem (opportunistisk intervensjon). Pasienten kan derfor ha motstand mot å snakke om den vanskelige livsstilen, i dette tilfellet fysisk aktivitet. Helsearbeiderens stil kan være avgjørende for hvorvidt det blir en konstruktiv samtale. Når pasienter er presset til rådgivning, er det viktig at helsearbeideren viser respekt og forståelse for pasientens motvilje til å snakke om saken. Innledningsvis bør man drøfte bakgrunnen for kontakten og snakke om hva samtalen går ut på for å skape tillit. *«Det virker som om du er sendt hit av legen din. Hvordan opplever du det? Når du nå engang er her – er det i orden at vi likevel snakker litt om ryggsmertene dine og dette med fysisk aktivitet, og ser om jeg kan være til hjelp for deg på noen måte?»*

Helsearbeideren bør be pasienten om tillatelse til å snakke om emnet: *«Det er flere ting som kan virke inn på ryggsmertene. Er det i orden at vi snakker litt om det?»*

Pasienter med lav motivasjon viser oftemotstand mot å bli påvirket. Helsearbeiderens evne til å lytte respektfullt er derfor avgjørende for om pasienten kan utforske problemet på en konstruktiv måte eller reagerer med motstand og forsvar. Hvis helsearbeider er en ensidig talsmann for endring kan pasientens motstand aktiveres. Det er viktig å være balansert i tilnærmingen. Både endringssnakket og pasientens motargumenter, bør reflekteres og sammenfattes. Gjennom respektfull lytting kan opplevelsen av diskrepans tre fram og pasienten kan bli mer oppmerksom på forskjellen mellom hvordan pasienten handler er nå, og hvordan pasienten egentlig synes at han eller hun burde ha handlet.

Se tabell 7.1 for sammendrag av samtalefokus på dette stadiet.

Usikker – ambivalent

Målet på dette stadiet er å utforske ambivalens overfor levevaner og eventuell endring, samt å bistå pasienten med å styrke ønsket om endring. Aller helst vil helsearbeideren stimulere pasienten til å ta en beslutning eller et skritt i retning mot en endring, selv om hun eller han fortsetter å være usikker.

Evas ambivalens overfor spaserturer er vist i tabell 7.2.

Tabell 7.2. Eksempler på argumenter for og mot endring

- Argument mot endring (for status quo)	+ Argument for endring (mot status quo)
<ul style="list-style-type: none"> • Det er vanskelig å få plass til det i en travel hverdag • Et ork å gå ut • Krever selvdisciplin • Tar tid • Vondt i begynnelsen • Dårlig vær 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt fysisk og psykisk velvære • Ryggen holder på å ta knekken på meg • Mindre smerter på sikt • Mindre irritasjon • Bedre søvn • Orke mer på jobben og privat, mer sosial • Mer fornøyd med meg selv

Eva er ambivalent til å bli mer fysisk aktiv. Ambivalens er egentlig en motivasjonskonflikt mellom «vil og vil ikke». Det ser imidlertid også ut som om Eva opplever et annet vanlig dilemma: troen på egen evne til å klare det er lavere enn motivasjonen, hvilket kan leses i svarene på skalerings spørsmålene.

En forpliktende beslutning kan hjelpe Eva til å holde fast ved motivasjonen.. I tillegg trenger hun å tenke ut en overkommelig plan. Eva har antakeligvis selv-saboterende tanker, det vil si automatiske negative tanker som dukker opp og svekker beslutningen.

Per: «Det som taler mot regelmessige spaserturer, er at det tar tid, at det er et ork, og at det krever selvdisciplin. Det kan også gjøre mer vondt i begynnelsen, og det er vanskelig, synes du. Av og til er det været som hindrer deg. Samtidig tenker du at du må gjøre noe, for ryggen holder på å ta knekken på deg. Du blir sliten, trett og irritert og har store smerter. Du tenker at regelmessig trening vil ha en god innvirkning på både kroppen og humøret ditt, du vil få mer energi på jobben og privat og bli mer sosial. Dessuten liker du egentlig å gå (sammenfatning) ... Eva, hva vil du gjøre nå? Hva blir neste skritt for deg?» (Åpent spørsmål, nøkkelspørsmål)

Eva: «Ja, når man ser det slik, har jeg jo bare én ting å gjøre. Jeg må ta meg sammen og komme ordentlig i gang, men det er vanskelig. Jeg må virkelig bestemme meg denne gangen.»

I sammenfatningen gjentar Per en del av det som har kommet frem tidligere i samtalen. Per avslutter med nøkkelspørsmålet om hvordan Eva kan ta et skritt videre.

Se tabell 7.2 for sammendrag av samtalefokus på dette stadiet.

Beredt til å handle

Når pasienten er klar til å sette i gang med handling, rettes fokuset mot å styrke forpliktelsen til endring og utarbeide en konkret og realistisk plan. Dessuten er dette et stadium hvor pasienten er mer innstilt på å samarbeide om å mestre vanskeligheter og hindringer. Selv om pasientens egne ideer er best, er pasienten også mottakelig for praktiske råd.

Per: «Kan jeg stille deg et viktig spørsmål?»

Eva: «Ja.»

Per: «Mener du virkelig at du vil begynne å trene? Er det alvor?»

Eva: «Ja, det må jeg. Jeg har ikke noe annet valg.» Forpliktelse

Per: «OK. Er det i orden om vi går videre og ser på et par ting? For det første: Hvordan skal du gå frem helt konkret? Hva er planen din? For det andre: Selv-saboterende tanker – er det noe som kan ødelegge for deg nå?»

Se tabell 7.2 for sammendrag av samtalefokus på dette stadiet.

Tilby informasjon

Selv om hovedstrategien i MI er å aktivere pasientens egne ideer om løsninger, tilbyr helsearbeideren også informasjon og gir råd og forslag ved behov. Når helsearbeideren gjør det, er det viktig å ivareta pasientens aktive deltakelse. Det er ofte vanskelig for pasienten å ta imot, huske og omsette helsearbeiderens ideer og forslag i praksis. Informasjon og råd som ikke føles relevante eller er ønsket, vekker lett motstand, spesielt hos pasienter som er lite motiverte. Derfor er det viktig å be om lov til å gi informasjon og finne ut hva pasienten allerede vet, slik at informasjonen kan skreddersys etter pasientens behov.

1. Forberede

Informer pasienten om at det kommer informasjon og be om lov:

Per: «Jeg har litt informasjon om hvilke tanker som dukker opp og gjør at man ikke tar spaserturen som man har bestemt seg for. Er det i orden at jeg sier litt om det?»

Eva: «Ja, det er fint.»

2. Skreddersy

Helsearbeideren finner ut hva pasienten allerede vet om emnet, for å unngå å gi informasjon som pasienten allerede har. Pasientens svar bekreftes, og betydningen av informasjonen forsterkes gjennom oppfølgingsspørsmål og refleksjoner:

Per: «Før jeg forteller litt, vil jeg spørre om hva du selv har opplevd. Hvilke tanker hindrer deg fra å komme deg ut på tur?»

Eva: «Det er ikke så lett å si. Jeg mister liksom gnisten. Noen ganger orker jeg ikke, eller så er det noe med været. Jeg finner på unnskyldninger for å bli hjemme.»

3. Reflektere og gi informasjon

Per: «Det er ikke alltid så lett å sette ord på det som skjer. Når man skal endre vaner, er det slett ikke uvanlig å få det vi kaller for selv-saboterende tanker. Det er tanker som kommer av seg selv uten at man merker det. De kan svekke selv-

disiplinen og motivasjonen. Som for eksempel «ikke i dag», «det er for kaldt, det regner, det er for varmt osv.», «det har vært en slitsom dag på jobben, og jeg fortjener å hvile», «jeg er for trett», «det hjelper ikke likevel, jeg kommer aldri til å klare det».

4. Gi pasienten mulighet til å bearbeide informasjonen

Per: «Hva tenker du om dette?»

Eva: «Jeg kjenner meg igjen. Det er som om jeg skulle sagt det selv, men jeg vet ikke hvordan jeg skal unngå å gi etter for tankene.»

Per: «Selvsaboterende tanker er noe nesten alle har når de skal endre på vaner. Det hjelper å bli oppmerksom på tankene og møte dem med konstruktive motargumenter. Det er to spørsmål som kan gjøre det lettere å forstå dette: 1. Hva skjer når du ikke tar den planlagte spaserturen? 2. Hva skjer om du følger planen og tar spaserturen selv om du ikke har lyst? Svaret på det siste spørsmålet sier noe om det du allerede gjør, som hjelper. Det gjelder å bruke slike strategier mer bevisst for å holde motivasjonen oppe. Skal vi se litt nærmere på det?»

Etter å ha gitt informasjonen, går Per over til å lokke frem Evas egne ressurser.

Møte motstand med respekt

Pasienter kan som nevnt føle motstand mot både rådgivning og endring, og det er viktig at motstanden ikke får for stor plass i samtalen. Måten helsearbeideren møter pasientens skepsis og motreaksjoner på, er avgjørende. Helsearbeideren kan skape motstand ved å forsøke å presse på hardere enn pasienten er klar for, og ved å argumentere, konfrontere, provosere, overtale eller bruke andre sterke forsøk på å påvirke. Det kan også vekkes en motreaksjon hos pasienten når helsearbeideren tilfører noe nytt. Dette kommer ofte til uttrykk ved at pasienten sier: «Ja, men ...»

Motstand kommer blant annet til uttrykk gjennom pasientens motstandsyttringer. Disse går ofte i motsatt retning av endringsnakk og handler for eksempel om at det ikke er nødvendig eller ønskelig med endring, at det er positive sider ved vanen, at det ikke er riktig tidspunkt eller om hjelpeløshet. Mye motstand i rådgivningssamtaler gir både lavere tilfredsstillelse hos pasienten og helsearbeideren og dårligere effekt av rådgivningen.

MI er en metode som forebygger motstand ved at helsearbeidere har en respektfull og aksepterende stil. Å vise forståelse for ambivalens og møte pasienten der hun eller han befinner seg i endringsprosessen, motvirker også motstand. Dessuten er det et grunnleggende prinsipp i MI at det er pasienten som står fritt til å velge om hun eller han vil endre levevanene sine, og også måten og tidspunktet det skal skje på.

Etter som helsearbeideren i MI forsøker å påvirke pasienten i retning av en endring i levevaner, er det sannsynlig at det skapes motstand. En vanlig MI-strategi for å møte motstand er å ta et skritt tilbake og reflektere pasientens synspunkter. Det kalles å «rulle med motstand». Med dette viser man at man respekterer det pasientens sier, og forsøker å forstå budskapet bak motstanden.

Per: «Det hadde vært bra for deg å begynne å trene regelmessig.» (Anbefaling)

Eva: «Ja, men sånn som hverdagen min er nå, klarer jeg det bare ikke, men det er klart det hadde vært bra for ryggen.»

Per: «Hverdagen er slitsom, og det er vanskelig å få tid til trening, samtidig som det ville ha vært bra for ryggen.» (Dobbeltsidig refleksjon)

Eva: «Ja, jeg vet at jeg burde, men jeg skjønner ikke hvordan jeg skal få det til ... kanskje i helgene.»

Per: «Før vi ser på hvordan du kan få det til, kan vi kanskje se litt nærmere på hva som ville ha vært bra for ryggen.»

Per møter motstanden med en dobbeltsidig refleksjon som speiler begge sidene av saken, tar et skritt tilbake og forsøker å utforske motivasjonen.

Oppfølging

Når det er mulig, bør man tilby pasienten en oppfølgings samtale.

Per: «Endringer av levevaner er vanligvis ikke gjort på en dag; det tar gjerne litt tid før man får det til å fungere. Skal vi møtes igjen, så jeg får høre hvordan det går?»

Eva: «Gjerne, det synes jeg er en god idé.»

Hvis pasienten sier «Nei, takk», kan helsearbeideren svare: «Du er alltid velkommen til å ta kontakt hvis du vil snakke litt mer. Jeg ønsker deg deg lykke til med det du har bestemt deg for.»

Evidens

Metaanalyser viser MIs positive virkning og potensial for å øke etterlevelsen etter programmer for kosthold og fysisk aktivitet (1,2). Imidlertid finnes det ennå forholdsvis få studier på området, men flere studier er under publisering. Se hjemmesidene www.fhi.se/m og <http://www.motivationalinterview.org>

Referanser

1. Hetteama J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;(1):91-111.
2. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T & Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55: 305–312. 2005

Hjemmesider

www.fhi.se/mi – svensk hemsida om MI.

www.motivationalinterview.org – internationell hemsida om MI.

Bøker og manualer

Barth T, Børtveit T, Prescott P. Förändringsfokuserat rådgivning. Oslo: Gyldendal; 2001.

Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006. Norsk oversettelse: Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.

Holm Ivarsson B. Motiverande samtal MI. I: Fossum B, red. Kommunikation. Samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur. In press 2007.

Holm Ivarsson B, Pantzar M. Introduktion till motiverande samtal. En handledning för skolhälsovården. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002. Svensk oversettelse: Motiverande samtal. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003.

Prescott P, Bortveit T. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal Oslo 2004.

Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. A guide for practitioners. New York: Churchill Livingstone; 1999.