

KOMPENDIUM

Motiverende samtale i sykepleie

Odil Sætertrø

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Kompendium

Steinkjer 2013



Motiverende samtale i sykepleie

Odil Sætertrø

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Kompendium
ISBN 978-82-7456-695-8
Steinkjer 2013



Sammendrag

Sykepleieren møter mennesker som utsettes for helsemessige utfordringer. Det kan være psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle krav i livet, som kronisk eller akutt og alvorlig sykdom kan medføre. Dette gjelder både pasienter og deres nærpersoner/pårørende. Sykepleieren kommer ofte nært pasienten og hans familie og samtalen er sentral i dette møtet. For å imøtekomme visjoner og læringsutbytter knyttet til sykepleierens helsefremmende ansvarsområde i fagplan for bachelorutdanningen i sykepleie (HiNT 2010) implementeres nå en valgt kommunikasjonsmetode i sykepleiefaget. En av mange kommunikasjons/samtale-metoder kan være Motiverende Intervju (MI) eller Motiverende samtale som det også kalles. Med dette som bakteppe belyses først *hva* MI er og eksisterende forskning presenteres kort. Videre beskrives *hvordan* prinsipper i MI kan anvendes som en av mange samtaleteknikker i samtalen med pasient og pårørende. Det belyses *hvorfor* og *hvordan* MI kan og bør implementeres i bachelorutdanningen i sykepleie, samt *muligheter* og *utfordringer* ved bruk av MI. I teksten benevnes pasient/pårørende som han, og MI-rådgiver/veileder som hun.

Hva er Motiverende Intervju (MI)?

MI er en samtaleteknikk som er pasientsentrert og basert på en konsekvent dyptliggende respekt for pasientens og pårørendes oppfatninger, følelser, tanker og holdninger knyttet til endringer som angår egen helse. MI blir også kalt endringsfokuseret rådgivning og er en metode som ble utviklet på 80-tallet av psykologene William R. Miller og Stephen Rollnick. MI er tuftet på Carl Rogers (1951) prinsipper om pasientsentrert behandling. Det handler i hovedsak om motivasjonsaspekter knyttet til om endring på egne vilkår skal skje, og bygger på en kognitiv og ressursbasert tilnærming (Barth og Näsholm, 2007). MI henter elementer fra mange ulike skoleretninger; sosialpsykologi, kognitiv adferdsteori og humanistisk psykologi (op.cit). Verdigrunnlaget i sykepleie er nedfelt i ICN (2001) og er sterkt forankret i en empatisk holdning og tilnærming i enhver relasjon mellom sykepleier og pasient. Sånn sett kan MI betraktes som en empatisk kommunikasjonsform. Yrkesetiske retningslinjer ble endret i 2011 av Norsk sykepleierforbund med sikte på å styrke oppmerksomheten på sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon (NSF 2011).

MI er en pasientsentrert form for rådgivning (Barth og Näsholm 2007). MI defineres som *en pasientorientert, førende metode til å fremme indre motivasjon for endring ved å utforske og løse ambivalens gjennom kommunikasjon* (op.cit).

MI legger vekt på en empatisk, lyttende, aksepterende, respektfull kommunikasjon der krav om å ivareta pasientens autonomi er sentral. I samtalen er det bevisst bruk av *åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer* for å hente fram og forsterke eksisterende motivasjon og mestringsevne, samt fremheve tendenser til endring. Metoden inneholder en tydelig holdningsforståelse der sykepleieren har en samarbeidende stil og ser på pasienten som en samarbeidspartner, og som ekspert på eget liv. Denne holdningen gjenspeiler de sentrale verdiene i MI og kan sammenfattes i uttrykket: ”Å danse med heller enn å ha brytekamp med klienten” (Miller og Rollnick 2002). Sykepleieren har videre som oppgave å lokke frem pasientens egne tanker, ideer om problematferden og endringer av denne, samt vise respekt for hans autonomi, rett og kapasitet til selvbestemmelse. Goethe uttrykker det slik:

If you treat an individual as he is, he will stay as he is, but if you treat him as if he were what he ought to be and could be, he will become what he ought to be and could be.

Johann Wolfgang Von Goethe

Hva finnes av forskning?

Det finnes mye forskning fra de to siste tiårene på MI, men av ulik kvalitet rent metodisk. I denne sammenheng avgrenses det til noen få studier. Den ferskeste Cochraneoversikten i litteratursøk som er gjort er utført av Smedslund et.al. (2011) og den baseres på over 59 studier knyttet til behandling av rusmisbruk. Resultatene viser at behandling med MI har redusert bruken av rusmidler i større grad enn når ingen behandling tilbys. 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. Kvaliteten på forskningen tilsier at konklusjonene er noe usikre, ny forskning kan dessuten endre konklusjonene/resultatene.

MI ble opprinnelig utviklet og anvendt i klinisk arbeid med mennesker med rusmiddelproblemer (Barth 2007) og har etter hvert også blitt brukt overfor spiseforstyrrelser (Folkehelseinstituttet 2009), spillavhengighet, vansker med å etterleve behandlingsopplegg, endring av kosthold og fysisk aktivitet (alle sistnevnte fra kilden Stiftelsen Bergenklinikkene 2011), dobbeltdiagnoser (Kunnskapssenteret 2008) og røyking (Burke, Atowitz og Duun 2002). Resultater som angår røykeavvenning viser ikke til effekt når det gjelder endring av

adferd (op.cit). Dette kan ha sammenheng med dårlig oppfølging. Metoden har derimot vist seg å være anvendelig i korttidsforebyggende og helsefremmende intervensjoner overfor ungdom (Knight, R et.al. 2005) så vel som ved langtidsoppfølging av personer med kroniske lidelser. En metaanalyse av Rubak et.al. (2005) samt en studie av Houston Miller, N. (2008) viser henholdsvis til gode resultater ved bruk av MI anvendt i rehabilitering av bl.a. hjerteopererte og oppfølging av koronarlidelser når det gjelder endring av livsstil. MI anbefales også innen forebygging, diagnostikk og behandling for personer med diabetes (Helsedirektoratet 2009). Av kontrollerte kliniske effektstudier pekes det på at MI har dokumentert behandlingseffekt ved alkohol- og stoffavhengighet, diabetes, hypertensjon, dobbeldiagnoser og bulimi (Bruke, Arkowitz og Duun, 2002). Effektstudier av MI (Bruke, Arkowitz og Menchola, 2003) viser at MI har effekt, men disse kan i mindre grad forklare hvordan og hvorfor. Smedslund et.al (2011) viser effekt på ren MI knyttet til rusbehandling. Resultatene i studien viser at de personer som har mottatt MI har redusert deres bruk av rusmidler i mye større grad enn de som ikke har mottatt noen form for behandling. Hvis man sammenligner MI med andre typer tilnærminger eller behandlinger, er disse like effektive som MI i forhold til å redusere mengden av inntak av rusmidler (Hetteima et.al. 2005). Samme studien (op.cit.) viser at MI har stor effekt som rusbehandling, og at effekten er størst de første månedene. Studien viser at MI skaper endring raskt i løpet av kort tid, så går motivasjonen for endring ned. Dette fordrer at pasienten må følges opp for å vedlikeholde motivasjonen for endring.

De nevnte studier indikerer at det har en verdi å finne forklaringer på *hvordan og hvorfor* MI har effekt. Det kan se ut som det mangler forskning på hvilke momenter eller prosesser i MI som er virksomme og sammenhengen mellom disse eventuelle momenter og den effekt MI har. Miller og Rollnick (2002) vektlegger imidlertid ambivalens som et særegent kjennetegn i MI, og nettopp det, kan danne grunnlag for videre empiriske undersøkelser om mulige teoretiske forklaringer knyttet til ambivalensutforskning i MI. Festinger (1957) viser til kognitiv dissonansteori og denne kan relateres til ambivalensutforskningen i MI. På grunn av at hun (MI-rådgiver) undersøker begge sider av hans ambivalens, blir denne oppløst og sannsynliggjør en mobilisering av endringsmotivasjon. Festinger (op.cit) påpeker at ambivalens binder energi til endringen. I følge Barth (2011) er det i hovedsak 3 faktorer som leder til forandring og som slår gjennom rent forskningsmessig. For det første *empatien*, dernest en *ikke-konfronterende* stil og til slutt faktoren ”evoke”(eng)- ”*vekke til live*” forandringsprosesser som er tuftet på pasienten selv.

Noen kjennetegn og prinsipper som MI som kan knyttes til sykepleie:

1. Motivasjonen til forandring skal komme fra pasient og/eller pårørende selv og skal ikke pådyttes fra helsepersonell (her sykepleieren). Utgangspunktet er at han er ekspert på eget liv, vet hva han vil og hva han kan, noe hun må stole på.
2. Gjennom samtalen kan hun hjelpe han til å konkretisere sine personlige verdier og mål.
3. Overtalelse er ikke nødvendigvis en effektiv metode for å finne ut av ambivalens¹. Han endrer ikke adferd fordi hun har en bestemt mening om hva som er bra for pasienten og det kan se ut som han gir etter for sykepleierens ”bestilling”. Hun kan i mange tilfeller bidra med viktig informasjon/fagkunnskap som inngår i hans beslutningsgrunnlag. Det anses som en del av ”MI’s ånd” å spørre pasienten om lov/be om tillatelse til å gi informasjon (sykepleierens fagkunnskap) underveis i samtalen.
4. Hun er i rollen som samtalepartner lyttende, spørrende og tilbakeholdende. Med oppriktig interesse og spørsmål stimulerer hun pasient og pårørende til å analysere sin situasjon, sine problemer/utfordringer og sine muligheter.
5. Hun er styrende når det gjelder å fastholde hans oppmerksomhet på temaet, men ikke-styrende når det dreier seg om definering av mål og metode for endring av eller modifisering av risikoatferd. Han stimuleres gjennom anvendelse av spørsmål til å utdype sine utsagn og synspunkt. Denne måten kan være et bidrag til at han oppnår en bedre forståelse av sin situasjon gjennom egen refleksjon²
6. Motstand³ mot endringer kan oppfattes som reaksjon på hennes innsats og ikke som et karaktertrekk hos pasient/pårørende.

Motivasjon og mestringstro, viktige elementer i MI

Motiverende samtale handler naturlig nok om motivasjon. Gausdal (2000) definerer motivasjon slik: *Personer som er indre motivert er engasjert for sin egen del – for den spontane opplevelsen av tilfredsstillelse som assosieres med deres ytelse.* Mestringstro som kan knyttes til motivasjon, defineres som *troen på evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for og nå ønsket mål. Blant de mekanismene som styrer eget initiativ til å handle, er ikke noe mer virkningsfullt enn troen på egen evne til å mestre, altså*

¹ Ambivalens; når pasienten på den ene siden er motivert for endring, og samtidig er usikker på om han/hun vil lykkes, eller at tiden for endring ikke er ”moden”, en intrapsykisk konflikt (Barth 2007, s 102).

Ambivalensutforskning kjennetegner MI i forhold til andre samtaleteknikker

² Refleksjon: Etertanke, tilbakekasting (kilde: Tveiten (2008))

³ Motstand oppstår når pasienten forsvarer seg, motivasjonens motsats, Non-change-talk (Barth 2007 og Miller og Rollnick 2002)

mestringstro (Bandura 1993). Å styrke troen på egen evne til endring vil derfor være noe av målet med MI og dette knyttes til selvbestemmelse. Begrepet selvbestemmelse er nært knyttet til motivasjon. Deci og Flaste (1996) konkluderer blant annet med at et viktig mål vil være å fremheve økt selvbestemmelse. Dette vil bety større valgfrihet, eget initiativ til endringshandlinger og økt personlig ansvar. Å fremheve selvbestemmelsen baseres på å oppdage den indre motivasjon (Wadel, C 1990) gjennom blant annet prinsippene i MI.

Hva kjennetegner en MI-samtale?

Prinsippene i MI er de samme uansett kontekst eller hvilken type samtale det gjelder (Barth 2007). Grunntrekkene ved MI er at samtalen alltid er *pasientsentrert*, at man har en *reflekterende posisjon* og at samtalen følger en bestemt *rytme og struktur*.

Pasientsentrering vil si at det alltid er hans egen virkelighetsforståelse, slik som oppfatninger, tanker, følelser og opplevelser, som er utgangspunktet. Til tross for at det er hun som styrer samtalen er hun sjelden eksperten. Det er klienten/pasienten (påførende som er ekspert (er) på sine liv og dette er alltid et utgangspunkt i relasjonsetableringen. Målet er endring og et viktig arbeid er å skape en god atmosfære, en relasjon basert på trygghet og tillit. Endring er ikke oppnåelig hvis han ikke er klar for forandring til noe bedre hva angår for eksempel egen helse. Endringen må skje på hans egne vilkår. En forutsetning for at samtalen skal føre til utvikling og endring (her menes både intra- og interpersonlig), er at samtalen foregår på et *reflekterende nivå*. Winnicott (1993) skapte begrepet mellomområdet som en metafor for ”området” mellom den indre og ytre virkelighet. Med det menes ”området” han kan bevege seg selv i mentalt, for å tenke nye tanker på bakgrunn av at han med en viss distanse betrakter seg selv. Hun arbeider bevisst for at han kan reflektere over sitt eget perspektiv og etter hvert andre perspektiver på saken. Samtidig tar han stilling til eventuell endring. Her står han fritt til å tenke hypotetisk, dvs. at man da har mulighet til å prøve ut (mentalt) ulike handlingsalternativer uten at det oppleves som forpliktende eller som en trussel for selvfølelsen. Sykepleieren som dialogpartner må i denne sammenheng ikke ha en bestemt oppfatning av hva som er rett eller galt, det fører ikke fram (Barth 2007). Alle MI-samtaler har en *rytme og en struktur*, noe som krever en god arbeidsrelasjon. Relasjonens betydning er stor på bakgrunn av at innholdet i samtalen skal preges av trygghet og at man under veis kan gå over til et reflekterende perspektiv. Hun må være kjent med at i begynnelsen kan han ofte være usikker og ambivalent i forhold til henne. I den første fasen er det av vesentlig betydning at hun anerkjenner, respekterer og aksepterer vedkommende med sine utfordringer, feil og

mangler. En anerkjennende atmosfære skapes gjennom empatisk lytting og bekreftende speilinger. Når han er trygg nok er han klar til å starte arbeide med endring i form av egenobservasjon og selvrefleksjon. Under hele samtalen balanseres det på to plan samtidig; innholdsplanet og relasjonsplanet og det er svært individuelt hvor lang tid det tar før man kommer inn på innholdet. Her må det også tas hensyn til motstand hos han. Saken eller problemet kan ha både gode og dårlige sider og motivasjonen hos han kan variere fra tid til annen. Målet vil være å styrke framhenting av og presisering av hans motivasjon. Når så han ser ut til å ha en opplevelse av å ta en beslutning går man over i en mer aktiv handlingsfase. De forpliktende beslutningene kan i større grad medføre varig atferdsendring. I denne fasen vil det bli viktig og utforske selve beslutningen og skape et mellomområde/ reflekterende rom på selve beslutningen. Det reflekterende rommet benevnes som et symbol på et rom mellom den indre og ytre virkelighet, et rom der han kan ”*tenke tanker om sine egne tanker*” (Barth 2007 s.37). Dette ”rommet” kan bidra til å styrke hans opplevde krav og forpliktelse. Hans beslutninger i form av uttalelser bør fremheves og styrkes i samtalen. Ofte når han hører hennes formulering av hans beslutning (er) på en uforpliktende måte, kan det føre det til større suksess med å gjøre endringer. En kort oppsummering av rytme og struktur vil være disse fem fasene i MI-samtalen (op.cit):

1. Kontakt- og relasjonsskapende fase. Hennes hovedoppgave er her å skape tilstrekkelig trygghet til at han er i stand til å motta den hjelp som tilbys.
2. Nøytralt utforskende fase. Nøytral utforskning av hans opplevelse for å kartlegge saken og skape en felles oppfatning av utgangspunktet for endring.
3. Perspektivutvidende fase. I denne fasen skjer en utforskning av andre perspektiver og andres oppfatninger av saken. Begreper som diskrepans⁴, ambivalens og motstand er sentrale her.
4. Motivasjonsbyggende fase. Her fokuseres det på endringsmotivasjonen. Oppmerksomheten rettes mot endringstanker og man retter blikket framover mot beslutning og endring.
5. Beslutnings- og forpliktelsesfase. Beslutningen utforskes og underbygges og han blir her stadig mer bevisst og jobber med å underbygge sitt eget ansvar for beslutningen. Sannsynligheten for at endringen blir gjennomført øker.

Hvordan gjennomføre en MI-samtale?

Å vise at man er en god og aktiv lytter kommer fram ved at hun bekrefter gjennom ord på en måte som gjør at han kan kontrollere at innholdet i budskapet er oppfattet, at hun skjønner hva

⁴ Diskrepans: Manglende overensstemmelse, i blant en kompliserende kontrast. En diskrepansopplevelse har man når man observerer en slik kontrast og det ligger en emosjonell ladning i observasjonen som skaper uro. (Barth 2007 s. 82)

han mener. Gjennom åpne spørsmål i form av ”hva” – ”hvordan” – ”på hvilken måte” kan han få stor frihet i å svare, spørsmålene inviterer han til å finne ut hva han selv mener.

Eksempel på spørsmål som kan styrke mestringstilliten:

- *Hvilke sterke sider har du som du kan bruke i denne situasjonen?
- *Hvilke erfaringer har du med å klare å gjennomføre noe du virkelig ønsker?
- *Hva kan du gjøre for virkelig å lykkes med dette?

Eks.1.

Dette (eks.1) bidrar også til egen utforskning av saken gjennom tanke og å sette ord på det.

Videre kan hun utforske ved hjelp av enkle og komplekse refleksjoner. *Enkle refleksjoner* vil være å gjenta det pasienten uttrykker på en bekreftende måte, uten at det formuleres som et spørsmål. *Komplekse refleksjoner* tilfører noe mer enn det som sies, for eksempel at hun omdanner hans uttrykk til noe som peker på opplevelser, følelser, ønsker og behov (se eks.2). Her gjelder det for henne å finne/lytte til ”gullkorn” eller ”markører” i hans utsagn. Gode refleksjoner kan bidra til endringssnakk (Barth 2007) som på engelsk kalles change talk (Allison, J. 2011). Disse markørene er tegn på at samtalen er på rett spor, og at det da blir i ”MI’s ånd” å hjelpe han til å utdype denne uttalelsen. Det kan gjøres med å kommentere bekreftende og reflektere på uttalelsene.

Eksempler på enkle og komplekse refleksjoner for å styre samtalen

(eks.en overvektig kvinne som f.eks, er hjerteoperert og uttrykker at hun føler seg mislykket fordi hun ikke klarer å gå ned i vekt, uttrykker angst og trøster seg med søtsaker, sier hun synes det er slitsomt....)

Sykepleier: *Det ville vært gunstig for deg å gå ned i vekt.* (enkel refleksjon)

Pasient: *Ja, det ville vært utrolig deilig dersom jeg kunne gå litt ned i vekt, ville følt meg fornøyd med meg selv og bruke klær i mindre størrelser. Jeg har ikke råd til nye klær. Har dårlig samvittighet for datteren min, hun må ikke se meg spise... for hvis hun ser det, må jo hun også få godterier...*

Sykepleier: *Det ville innebære flere gevinster for deg, om du kunne finne en måte å gå ned i vekt på som fungerer for deg.* (kompleks refleksjon)

Eks. 2.

Gjennom oppsummeringer underveis i samtalen forsterker hun endrings snakket. Det har en betydning at det signaliseres en tro på pasientens og pårørendes evne, tiltro til seg selv og egen mestring, eks. 3 illustrerer hvordan en oppsummering kan være.

Eksempel på oppsummering:

Sykepleieren: *La oss oppsummere litt. Vekten din er som plager deg, og du tenker veldig mye på det. Du vet hvordan du bør spise for å gå ned og du gjør ditt beste. Du greier stort sett å holde deg hele dagen, og samtidig hvis noe skjer i løpet av dagen og om det hender noe, er det søtsaker og brus igjen. Du forstår ikke helt hva som skjer med deg, og føler det er slitsomt. Det er viktig for deg å ta kontrollen over dette, og det ville betydd mye for deg om du kunne finne en måte å gå ned i vekt på som fungerer for deg.*

Eks. 3.

Alle eksemplene er hentet fra Ivarsson, B.H (2010)

Hvorfor MI i sykepleie?

Framtidens helsebehov (St.meld.nr 25) sannsynliggjør vektlegging av brukermedvirkning og en grunnleggende holdning om at pasienten og pårørende er ekspert(er) på seg selv (Barth 2007, Espnes 2009, Tveiten 2008). Ny helse- og omsorgslov trådte i kraft 1.januar 2012 (HOD, 2011b) og dennes intensjon er å få helse inn i “*alt vi gjør*“, i tråd med den helsefremmende tenkningen (HOD 2011a). Mæland (2002 s.17) definerer helsefremming som ”*den prosessen som setter den enkelte så vels om fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse*”. Loven er en oppfølging av stortingsmelding nr. 47, også kjent som *Samhandlingsreformen*. Ny folkehelselov har fire hovedprinsipper; bærekraftig utvikling, helse i alle politikkområder /eks.skole, kultur og samferdsel, føre-var-prinsippet og utjevning av sosiale ulikheter. Disse prinsippene er i tråd med prinsippene i Ottowacharteret⁵, slik det ble utformet av WHO i 1986. Den nye folkehelseloven bygger med dette opp under det helsefremmende arbeidet. At helse også skapes utenfor helsesektoren, har også bachelorutdanningen i sykepleie lagt til grunn (HiNT, 2010). Dette må derfor gjelde sykepleie og gjennomsyre all kommunikasjon i relasjoner mellom sykepleier, pasient og pårørende. I forlengelse av dette vil det også gjelde

⁵ Ottowacharteret (1986) er et politisk dokument som ble utarbeidet på WHO's (World Health Organisation) første verdenskongress i helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada, for å bygge opp en helsefremmende politikk.

kollegial veiledning, samhandling, tverrfaglig og flerfaglig samarbeid som kan knyttes til den helsefremmende sykepleieren (Gammersvik, Å. og Alvsvåg, H., 2009).

De indre og ytre ressursene, og mestringsevne hos mennesket vil sannsynligvis få større oppmerksomhet ved hjelp av MI som samtalem metode. Med MI som en individrettet samtalem metode økes sannsynligheten for at han opplever egen styrke til å mestre utfordringer, alvorlig kroniske lidelser og til eventuelt å endre handlingsmønster. Gjennom å tilstrebe at studentene får en introduksjon i MI, d.v.s kjennskap til og grunnleggende ferdigheter i MI, kan det være mulig å oppnå helsefremmende fokus og pasientsentrert tilnærming (HiNT, 2010).

Sykepleierens pedagogiske funksjon berører pasienter, pårørende, studenter og kolleger. MI kan være en relevant kommunikasjonsmetode å få innført allerede i bachelorutdanningen slik at studenten har et verktøy å anvende innen samtaler, veiledning og undervisning både knyttet til medarbeidere, pasienter og pårørende. Nyere pensumlitteratur i sykepleieutdanningen refererer til MI som en samtalem metode i sykepleie på ulike arenaer (Kristoffersen, N. J. m.fl., 2011).

Muligheter og utfordringer ved å bruke MI i sykepleie og å implementere MI i bachelorutdanningen i sykepleie.

Mulighetene til å bruke MI i sykepleie er mange. Sykepleieren møter pasienter og deres pårørende på mange arenaer. I Fagplan for bachelorutdanningen i sykepleie (HiNT, 2010) synliggjøres det i læringsutbyttene for sykepleierstudentene bl.a. at de skal være i stand til å *reflektere over hva det vil si å være pasient og pårørende og sikre ivaretagelse av pasienters autonomi og medvirkning i et helsefremmende perspektiv*. Studentene skal også *ha kunnskap om teorier og metoder innen pedagogikk og kommunikasjon som grunnlag for samhandling, pasientundervisning og veiledning*. Sentralt her vil være en gjennomgripende respekt for pasientens og pårørendes rett til medvirkning, og sykepleierens evne til å tilrettelegge for dette (op.cit.). Arenaer der MI anvendes kan være i alle sammenhenger der pasient og/eller pårørende gjennom samtaler har som mål å endre handlingsvalg som angår eget liv og helse. Med dagens krav til effektivitet i helsetjenesten kan MI være aktuell å gjennomføre så fremt det blir gjort en vurdering av om pasient og pårørende ønsker en endring. Å implementere denne form for kommunikasjonsform er i tråd med Fagplanen (op.cit) og læringsutbyttene i

alle emner i utdanningen skal operasjonaliseres. Dermed ligger det gode forutsetninger for implementering i nært samarbeid med lærere i fagstab.

Utfordringer ved å anvende MI kan være flere. Først og fremst bør man ha inngående kunnskap og gode ferdigheter for å anvende MI på en god måte. Dette kan ikke forventes av studentene på bachelornivå, målet her vil være at studentene får kjennskap til metoden. Ved å innføre MI som et eget tema i undervisning på sykepleierutdanningen kan det by på flere utfordringer. En av disse kan være fagstabens ulike forståelse for betydningen av MI som en kommunikasjonsferdighet knyttet til helsefremmende sykepleie. En av de største utfordringene ved implementering av dette tenkningsgrunnlaget og handlingsberedskapen vil sannsynligvis være at "hjelperen" skal legge bort ekspertrollen, fagrollen og være en aktiv lyttende samtalepartner som har *tillit til at den andre er ekspert på eget liv*. Dette kan være en stor utfordring/hindring både i tenkning, holdning og ferdighetsmessig når vi skal jobbe helsefremmende.

Sykepleierens arena er mange og mangfoldig. Den akutte alvorlig syke pasienten og hans/hennes pårørende så vel som den kroniske syke pasienten vil være i møte med sykepleieren. Akuttsykepleie krever snarrådighet på bakgrunn av solid basiskunnskap ved for eksempel å redde liv. Å gjennomføre strukturerte MI kan være tidkrevende og faktisk være feil i bestemte situasjoner, for eksempel når pasient og pårørende opplever å være i stor sorg eller i krisesituasjoner. I slike situasjoner er støtte, empati og anerkjennelse fortsatt sentralt, men da er samtalens fokus ikke på endring. En MI-samtale kan også gjennomføres på kort tid, som for eksempel målrettet samtale med et fokus på tema/utfordring problem som angår pasient eller pårørende. Det er også alltid grunnlag for en samtale i etterkant av for eksempel den akutte situasjonen for videre mestring og evt.adferdsendring, men det må alltid gjøres en utforsking på om hvorvidt pasient/pårørende ønsker en samtale der endring er i fokus.

Hvordan implementere MI på bachelorutdanningen i sykepleie?

På bakgrunn av de mange arenaer sykepleieren møter pasient og pårørende på, kreves det en grunnleggende opplæring i MI. Opplæringen kan gjennomføres i grunnutdanningen i sykepleie i form av en introduksjon. Det vil være av betydning at studentene er kjent med at MI ikke kan anvendes til alle pasienter til enhver tid. MI må, som andre metoder, anvendes på riktig måte, i riktig kontekst og til riktig tid.

Å implementere MI teoretisk og praktisk krever først og fremst en grunnleggende innsikt i MI. ***Hensikten med å implementere MI i sykepleierutdanningen vil være å styrke forståelsen og etablere handlingsberedskap knyttet til den helsefremmende tilnærmingen i form av kommunikasjonsteknikker.*** Dette med vektlegging på at basisferdigheten i MI er aktiv lytting, kan bidra til et godt samarbeidsklima mellom partene. Ved bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatninger/oppsummeringer for aktivt å vise forståelse av brukerens opplevelser, *synliggjør* man den aktive lyttingen. MI kan virke enkelt i teorien, men er vanskeligere i praksis – spesielt systematisk og målrettet bruk av aktiv lytting. Aktiv lytting i motiverende samtaler vil si en ”forlengelse” av bekreftende kommunikasjon (Eide og Eide, 2007).

En måte å styrke denne kunnskapen på er å gjennomføre et samarbeidsprosjekt mellom skole, studenter og praksisfelt. Et pågående samarbeidsprosjekt mellom HiNT (sykepleiefag), Friskgården Grong, Levanger kommune, Midtre Namdal samkommune jobber nå med dette som mål. Gjennom aksjonsforskning, noe som vil si å forske på seg selv i samarbeid med mange aktører for å endre fra noe til noe nytt, kan bidra til økt kompetanse blant lærere, praksisfelt og studenter når det gjelder MI. Helsedepartementet utgir heftet av Ivarson, B (2010) *Motiverende samtale Praktisk håndbok for helse – og omsorgssektoren* gratis. Dette heftet vil være tilgjengelig som anbefalt litteratur til studenter i undervisning og til lærere knyttet til formidling av prosjektet på fagdager. Linker som viser praktisk øvelse på MI må også gjøres tilgjengelig for studenter og lærere (se linker i litteraturlisten). Det vil være viktig å øke kompetansen blant ledelse og lærerstab i form av kompetanseutvikling, i første omgang tematisere dette i fagmøter, så teoretisk gjennomgang og praktiske øvelser. På bakgrunn av at det er et gjennomgripende tenkningsgrunnlag knyttet til helsefremmende fokus i sykepleie og krav til handlingskompetanse i tråd med St.meld nr.25, St.meld nr 47 og ny fagplan for sykepleierutdanningen i HiNT (2010) kan det være hensiktsmessig å innføre pasientsentrert samtaleteknikk i bachelorutdanningen, noe som MI representerer.

Litteratur:

Allison, Jeff (2001). Forelesning MI-utdanningen på HiNT Levanger 12.05.201.

Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York. W.H. Freeman and Company.

Barth, Tom og Näsholm, Christina (2007). *Motiverende samtale – endring på egne vilkår*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Barth (2011) Forelesning MI-utdanningen, HiNT på Levanger 02.11.2011.

Burke, Arkowitz og Duun (2002) The efficacy of motivational interviewing. I: W. R. Miller & S. Rollnick (red), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 217–250). New York: Guilford Press

Bunkholdt, V. (2005). *Psykologi – en innføring for helse – og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo Universitetsforlaget AS

Deci, E og Flaste, R (1996) *Why we do what we do : understanding self-motivation*. New York. Penguin.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007): *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo : Gyldendal akademisk

Festinger, Leon (1957) *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill. Row, Peterson and Company, America.

Folkehelseinstituttet (2009)

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15.4589:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:72090::1:5569:1:::0:0 [Lastet ned 17.10.2011]

Gausdal, A (2000) *Litteraturstudie om indre motivasjon i arbeidslivet*. Høgskolen i Vestfold. Rapport 1/2000 ISBN (trykt utg.): 82-7860-038-4

Gammersvik, Å, og Avlsvåg, H (2009) Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. nr 2. 5.årgang.

Hettema, Steele & Rollnick (2005) Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111
<http://www.kunnskapsenteret.no/Publikasjoner/Motivational+interviewing+for+substance+abuse.12444.cms>

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostisering og behandling.* www.helsedirektoratet.no/diabetes

HiNT (2010) Ny fagplan i bachelorutdanningen i sykepleie. (Godkjent 26.03.2010).
<http://www.hint.no/content/view/full/42763> [Lastet ned 10.08.2011]

HOD (2011a) St.prp.90L *Forslag til lovvedtak. Lov og folkehelsearbeid.*
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503> [Lastet ned 02.10.2011]

HOD (2011 b) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester.* <http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse%20%2b%20og%20%2b%20omsorgsdepartementet&&>

Houston Miller N, Taylor CB. Lifestyle management for patients with coronary heart disease. I: *Current Issues in Cardiac Rehabilitation*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1995. Monograph nr 2.

ICN International Council of Nurses (2001): <http://www.icn.ch/> [Lastet ned 01.11.2011]

Ivarsson, Barbro H., (2011) *MI- motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse – og omsorgssektoren.* Sverige: Gothia Förlag

Knight R., Lon Sherritt, Shari Van Hook, Elizabeth C. Gates, Sharon Levy, Grace Chang (2005) Adolescent health brief. Motivational interviewing for adolescents substance use: A pilot study. *Journal of Adolescent Health Volume 37*, s.167 – 169.

Kristoffersen, N.J, m.fl.,(2011) *Grunnleggende sykepleie Bind 3.* Gyldendal Norsk Forlag. Bind 3: *Pasientfenomener og livsutfordringer.* 2. utg. Oslo : Gyldendal akademisk. ISBN 978-82-05-40008-5

Kunnskapssenteret (2008) Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 -2008. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.* Oslo .Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Hva+er+effekten+av+psykososiale+tiltak+ved+dobbeldiagnose%3F.28821.cms>

Kupecz, D. (2001). Caring for Children with Type 2 Diabetes. *The Nurse Practitioner, Vol. 26 (No. 12)*, s. 56-60.

Langslet, Gro (2008) *Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) i organisasjonsutvikling* I Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 45, nummer 3](#), 2008, side 343-348:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=42741&a=2

Miller, W.R. og Rollnick, S.(2002) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (second edition) New York. Guilford Press.

Mæland J.G (2002) *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Tano Aschehoeug, Oslo.

NSF (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lastet ned mai 2012]

Rogers, Carl (1951) *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Boston, Houghton Mifflin.

Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal General Practice*. 2005;55:305-312. External Resolver Basic Bibliographic Links

Tveiten, S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen. Fagbokforlaget.

Smedslund et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full> [Lastet ned 02.10.2011]

Stiftelsen Bergensklinikkene (2011) www.bergensklinikkene.no

St.melding nr 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

St.meld.nr 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid.

WHO (1986) Ottowacharteret <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [Lastet ned mai 2012]

Winnicott (1993) *Den skapende Impulsen*. Stockholm:Natur og Kultur I Barth, T. og Näsholm, C (2007) *Motiverende samtale – endring på egne vilkår*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Nyttige linker:

http://www.motivationalinterview.org/quick_links/about_mi.html

<http://www.somra.se/>

<http://www.motiverandesamtal.org/>