



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Bacheloroppgave i sykepleie

Motiverende Intervju – En nøkkel til forandring?

Hvordan kan sykepleier bruke MI for å motivere den hjemmeboende pasient til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon?

Motivational Interviewing – A change of pace?

How can a nurse use MI to motivate patients living at home to achieve their goals and master their home situation?

Kandidatnummer: 141

Kull: 2013-2016

Antall ord: 9639

Innleveringsdato: 19.05.16

”Hvis det skal lykkes mig at føre et menneske mod et bestemt mål, må jeg først finde derhen hvor han befinder sig, og begynde lige der” (Søren Kirkegaard, 1859).

Sammendrag

Sykepleiere har et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. I hjemmesykepleien møter sykepleieren mennesker som lever med svekket helse og sykdom og det kan være store variasjoner i pasientenes evne til å mestre sin hjemmesituasjon. Rusmiddelavhengige er et eksempel på en liten, men økende gruppe som trenger hjelp nettopp på bakgrunn av dette. Videre er Motiverende Intervju (MI) en evidensbasert samtalemethode som brukes i helsesektoren i de sammenhenger hvor en ønsker å bidra til atferdsendringer gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon. Målet og hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan anvende samtalemethode på en måte som kan være sykepleiefaglig forankret og således være en nøkkel til forandring i sykepleierens arbeid. Problemstillingen lyder som følger: Hvordan kan sykepleier bruke MI for å motivere den hjemmeboende pasient til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon?

Oppgaven er et litteraturstudium og bygger på eksisterende fag- og forskningslitteratur. I tillegg brukes erfaringskunnskap blant annet som bakgrunn for et fiktivt pasientcase som omhandler en pasient som har utfordringer knyttet til rusrelaterte helseproblemer. Drøftingen tar utgangspunkt i dette pasientcasen og diskuteres i lys av fem MI-prinsipper forkortet EDRAS, sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori om sykepleie, og hjemmesykepleiens overordnede mål.

Hovedfunnene er knyttet til hvordan MI-prinsippene kan være sykepleiefaglig relevante og på denne måten utgjøre bærebjelkene i sykepleierens arbeid med å anvende MI for å motivere til atferd som fremmer helse og forebygger sykdom. Sentralt i arbeidet står bruken av MI-teknikker som empatisk lytting, og det pekes på utfordringer knyttet til sykepleierens anvendelse av disse teknikkene i møte med den rusmiddelavhengige pasienten. I drøftingen stilles det spørsmål ved om flere faktorer enn pasientens indre motivasjon kan påvirke om sykepleieren vil lykkes i motivasjonsarbeidet og videre forskning på emnet oppfordres til å ha et bredere perspektiv enn en-til-en-interaksjonsprosessperspektivet som denne oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i.

Nøkkelord: Motiverende Samtale, Motiverende Intervju (MI), sykepleier, helsefremming, sykdomsforebygging, mestring

Abstract

Nurses have a responsibility to promote health and to prevent disease. When nurses meet patients living at home the likelihood of meeting many different ways of coping with impaired health and disease is present. Patients who suffer from substance dependence is an example of a small, but increasing group who needs help related to the factors described above. Therefore, the situation described above is believed to influence the patient's ability to master their home situation in a way that addresses the nurse's responsibility. Furthermore, Motivational Interviewing (MI) is an evidence based counselling approach and is commonly used in the healthcare sector where the goal is to motivate patients to change behaviour by addressing and strengthen their inner motivation. The goal and purpose of this bachelor thesis is to examine how MI can be applied into nursing practice and to which degree the nurse can use it as a tool in his or her work to contribute to "a change of pace". The main issue addressed in this paper will be: How can a nurse use MI to motivate patients living at home to achieve their goals and master their home situation?

The paper is a literature study based on existing scientific articles and literature. Moreover, experienced-based knowledge is applied to author and express a fictitious patient case regarding a patient who experiences substance related health problems. The discussion is based on this patient case together with five principles of MI (shortened EDRAS), nursing theorist Joyce Travelbee's theory of nursing and the overall goals of the Home Healthcare Service. In this thesis, main findings suggest that the principle of MI named "empathy" and "empathic listening" is central to the nurse when applying MI as a counselling approach when meeting patients who suffer from substance dependence. However, this is not without some elements of objection or reflection as several challenges are presented. An example is the question regarding whether there can be more factors than that of the patient's inner motivation that can decide whether the nurses will succeed or not. Further research on this subject is therefore encouraged to take into account a broader perspective than the one-on-one-interaction process perspective that is the foundation of this bachelor thesis.

Keywords: Motivational Interviewing (MI), home healthcare nurses, health promotion, counselling approach

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	ii
Abstract.....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og utdyping av problemstilling.....	2
1.4 Disposisjon av oppgaven.....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Litteratursøk.....	4
2.2 Valg av kilder.....	5
2.3 Metode- og kildekritikk	6
2.4 Etiske retningslinjer	7
3.0 Teori	8
3.1 Travelbees sykepleieteori.....	8
3.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie og sentrale begreper.....	8
3.1.2 Kommunikasjon og menneske-til-menneske-forholdet	9
3.2 Motiverende Intervju	10
3.2.1 MI-spirit	11
3.2.2 MI-prinsippene EDRAS.....	12
3.3 Hjemmesykepleien og rusmiddelavhengige	15
3.3.1 Mål i hjemmesykepleien	15
3.3.2 Rusmiddelavhengige og rusrelaterte helseproblemer	16
3.3.3 Et pasientcase	16
3.4 Presentasjon av aktuell forskning.....	16
3.4.1 En metaanalyse av MI.....	16
3.4.2 MI-undervisning for sykepleiere i hjemmesykepleien.....	17
4.0 Drøfting	18
4.1 Sykepleieren som en endringsagent.....	18
4.2 MI som en nøkkel til forandring.....	19
4.2.1 Sykepleieren og prinsipp nr. 1: Empati	19
4.2.2 Sykepleieren og prinsipp nr. 2: Diskrepans	21

4.2.3 Sykepleieren og prinsipp nr. 3: Rulle med motstand	22
4.2.4 Sykepleieren og prinsipp nr. 4: Akseptere ambivalens	24
4.2.5 Sykepleieren og prinsipp nr. 5: Styrke mestringstillitt.....	25
5.0 Avslutning	27
Litteraturliste	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at ”sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”. Sykepleieren skal også understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten og ha ”et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7-8).

Hjemmesykepleien er en lovpålagt tjeneste (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og her møter en mennesker som lever med svekket helse og sykdom. Det kan være store variasjoner i pasientenes evne til å mestre sin hjemmesituasjon og i dette ligger en oppfatning av egenomsorg som ”den enkeltes innsats for å fremme egen helse og forebygge sykdom” slik Nylenna og Braut (2009) definerer begrepet i Store medisinske leksikon. De yrkesetiske retningslinjene over kan dermed synes å underbygge sykepleierens ansvar for å bidra til at pasientene når sine mål og mestrer sin hjemmesituasjon. Det å møte hjemmeboende alkoholavhengige som tilsynelatende neglisjerer sin egen helse og takker nei til helsehjelp, står dermed i sterk kontrast til sykepleierens faglige, etiske og juridiske ansvar beskrevet over. Dette er en problemstilling som undertegnede har møtt flere ganger i praksisfeltet og bakgrunnen for det fiktive pasientcasen som blir presentert i denne oppgaven. Av egne erfaringer kan samtalen ofte være sentral i møte med pasientene og min interesse er derfor knyttet opp mot hvordan sykepleieren kan bruke samtalen som en nøkkel til forandring, eller formulert på en annen måte; bruke samtalen for å motivere til atferdsendring som kan fremme helse og forebygge sykdom. Viktigheten av temaet understrekes av Regjeringen i deres beskrivelse av Morgendagens omsorg:

Brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring. Større grad av egenomsorg er viktig for å gi den enkelte bedre helse og livskvalitet, men også av stor betydning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bruke MI for å motivere den hjemmeboende pasient til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon?

1.3 Avgrensning og utdyping av problemstilling

Motiverende Intervju (MI) er en samtalemetode som blir mye brukt i helsesektoren og da gjerne med formål om å hjelpe mennesker til å legge om livsstilen for å unngå sykdom (Kristoffersen, 2011a, s. 368). MI har også vist seg å være effektiv i arbeidet med å motivere til atferdsendring og bistå ved endringsprosesser, og Helsedirektoratet (2016) har en egen ressurside som omhandler metoden. MI ansees derfor som relevant for sykepleiere og fokus i denne bacheloroppgaven vil derfor være knyttet opp mot hvordan sykepleieren kan anvende MI som et redskap i møte med pasienten og det øvrige arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom. Tvang er et sterkt virkemiddel som hører til sjeldenhetene og oppgaven avgrenses derfor til å omhandle problemstillinger og tiltak som ikke faller under dette viktige temaet.

Motiverende Intervju, motiverende samtale og endringsfokusert rådgivning er alle navn som peker mot den samme metoden som på engelsk heter *Motivational Interviewing*, internasjonalt forkortet MI (Ivarsson, 2010, s. 7; Barth og Näsholm, 2007, s. 35). I denne oppgaven brukes Motiverende Intervju og MI fordi begrepene ligger nærmest opp mot den engelske forkortelsen. I litteraturen som omhandler MI brukes også begreper som rådgiver/behandler og klient. I denne oppgaven brukes imidlertid begrepene sykepleier og pasient med henvisning til begrepene over for å klargjøre metodens anvendbarhet i en sykepleiesammenheng. Unntakene er i de tilfellene hvor det benyttes direkte sitat fra primærkilden.

I Travelbees teori om sykepleie står mennesket som individ sentralt, og forfatteren tar et oppgjør med begrepene sykepleier og pasient som hun mener dekker over og utsletter det enkelte menneskets personlige og spesielle trekk (Kristoffersen, 2011b, s. 219). Samtidig skriver hun at ”termen sykepleier anvendes bare av rent praktiske kommunikasjonshensyn” og forfatteren av denne oppgaven velger dermed av samme hensyn å bruke begrepene sykepleier og pasient i beskrivelsen og drøftingen av overnevnte teori (Travelbee, 1999, s.

49). Sykepleieren avgrenses også til hunkjønn for å klargjøre hvem som blir beskrevet ved hun/han-formuleringer da pasienten i det fiktive caset er en mann.

Det siste punktet som må nevnes i avgrensning og utdypning av problemstillingen er begrepet rusmiddelavhengige. Fjørtoft (2012), som brukes som primærkilde i oppgavens beskrivelse av hjemmesykepleie, skriver om og bruker begrepet rusmisbrukere. Nyere forskning og litteratur på området (se for eksempel Lossius, 2012, s. 23-39) bruker imidlertid begrepene rusmiddelavhengige og alkoholavhengige, og det er disse begrepene som vil bli brukt videre i denne oppgaven.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven starter med en metodedel, etterfulgt av en teoridel som består av fire underkapitler. Her blir Travelbees sykepleieteori, Motiverende Intervju, rusmiddelavhengige i hjemmesykepleien med et pasientcase, og aktuell forskning presentert. Dette danner grunnlaget for den videre drøftingen rundt teori, forskning og egne erfaringer. For å sette oppgaven i et sykepleieperspektiv vil problemstillingen bli drøftet i lys av Joyce Travelbees teori om sykepleie.

2.0 Metode

I dette kapittelet presenteres bakgrunn og begrunnelse for de metodiske valgene som er foretatt i arbeidet med å utforme denne bacheloroppgaven. Oppgaven er et litteraturstudium som betyr at den bygger på en systematisk gjennomgang av eksisterende fag- og forskningslitteratur innenfor et avgrenset tema/område, og målet er å svare på problemstillingen presentert i kapittel 1.2 (Dalland, 2012, s. 228-229). I tillegg brukes erfaringskunnskap i et forsøk på å operasjonalisere og nyansere litteraturen i en praktisk sykepleiehverdag.

Motiverende Intervju er en evidensbasert samtalemetode og metoden bygger på systematisk innhentet kunnskap som undersøker effekten av intervensjonen. Denne måten å forske på er sterkt forankret i det naturvitenskapelige paradigmet hvor objektive data som innsamles empirisk, og dermed danner grunnlaget for å kunne forklare sammenhenger, er gullstandarden. Metaanalyser og effektstudier er eksempler på kvantitative forskningsmetoder som tillegges stor sannhetsverdi innen denne tradisjonen (Thisted, 2010, s. 27-30). MI er også en klientsentrert samtalemetode og har sterke røtter til en humanistisk-eksistensiell tradisjon, og sammen med sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, kan en si at de to teoriene også er representanter for det humanvitenskapelige paradigmet som vektlegger en subjektiv og fortolkende tilgang til virkeligheten. Metodisk innebærer dette de to tradisjonene hermeneutikk og fenomenologi hvor førstnevnte er opptatt av fortolkning og sistnevnte har fenomener som sitt hovedanliggende (Thisted, 2010, s. 48-54). Oppgaven bygger altså på litteratur som stammer fra både det naturvitenskapelige og det humanvitenskapelige paradigmet. Thisted (2010, s. 81-83) påpeker at dette forholdet ikke trenger å være motsetningsfylt når en søker å *beskrive* hvordan tingene henger sammen innenfor et felt/problemstilling, uten å forklare *hvorfor*. I denne oppgaven søker forfatteren derfor å besvare problemstillingen på en deskriptiv måte med pasienten i sentrum, samtidig som selve premisset for problemformuleringen og bruken av MI er naturvitenskapelig forankret.

2.1 Litteratursøk

I starten ble den nordiske databasen SweMed+ brukt for å finne MeSH-termer. Søkeordet ”motivational interviewing” ble blant annet tatt med videre til den internasjonale databasen PubMed. Her ble det funnet en rekke fag- og forskningsartikler om MI og Oria/BIBSYS ble også brukt i de tilfeller hvor det var vanskelig å få lesertilgang til artiklene. Utfordringen var å

finne artikler som rettet seg spesifikt mot MI, sykepleier og pasientopplevelser som egenomsorg/mestring/håp, og artikler som omhandlet MI uten at metoden var knyttet opp mot andre bestemte behandlingsformer eller pasientgrupper. Erfaringer fra søket gjorde at problemstillingen blant annet ble reformulert flere ganger, og pasientopplevelser ble sløffet til fordel for MI, sykepleier og undervisning. Artikkelen som presenteres i punkt 3.4.2 ble funnet i PubMed etter denne endringen. Videre ble det, etter å ha lest en rekke litteraturlister i både bøker og artikler som omhandlet MI, klart at noen forfattere syntes å være mer sentrale enn andre og at en del henvisninger var rettet mot oversiktsartikler. Det ble derfor søkt på spesifikke forfatternavn og oversiktsartikler i Google Scholar for å få et bredere innblikk i hvem som hadde sitert disse. Dette førte også til at nye relevante søkeord dukket opp og et eksempel var søkeordet ”systematic review”. Artikkelen som blir presentert i punkt 3.4.1 ble funnet på denne måten i Google Scholar.

2.2 Valg av kilder

Litteraturstudiet baserer seg på eksisterende kunnskap og det er viktig å være tydelig på hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som har vært brukt ved utvelgelsen av kilder slik at oppgaven blir transparent (Dalland, 2012, s. 228-229). Særlig to kriterier har vært sentrale ved valg av kilder; ønsket om å lese primærlitteratur for å kunne føre en så presis referering og kreditering som mulig, og ønsket om å lese så oppdatert og ny forskning som mulig. Kilder som ikke har møtt disse kravene har blitt valgt bort. Videre har det vært ønskelig med bruk av pensumlitteratur fordi dette anses som kvalitetssikrede kilder som også er relevant for sykepleierutdanningen. Kirkevold (1998), Thisted (2010), Kristoffersen (2011a, 2011b), Dalland (2012), Fjørtoft (2012) og Lossius (2012) er alle hentet fra *Fagplan for Bachelor i sykepleie 2015-2016* som er gjeldende ved undertegnede høyskole.

Fremstillingen av MI i denne oppgaven bygger i hovedsak på litteratur av forfatterne Barth, Børtveit og Prescott (2001), Barth og Näsholm (2007), Ivarsson (2010) og Ivarsson og Ortiz (2015). Dette er blant annet på bakgrunn av at undertegnede har vært på foredrag med Tom Barth, hovedforfatter i to av bøkene over. I etterkant av foredraget sendte han en pensumliste for MI-studiet ved HiNT og noen spesifikke bokforslag, deriblant håndboken til Ivarsson og Ortiz (2015).

Videre har det i arbeidet med søk etter forskningsartikler vært ønskelig med engelsk forskningslitteratur som er fagfellevurdert, blant annet fordi større oversiktsartikler i hovedsak bygger på fagfellevurderte primærstudier publisert på engelsk. Den norske oversettelsen av Travelbee (1999) er blitt valgt fordi 2. utgaven av originalboken har utgått fra forlaget. Erfaringskunnskapen som brukes i oppgaven bygger på fire års arbeid i hjemmesykepleien, først som ufaglært og senere som sykepleiestudent.

2.3 Metode- og kildekritikk

Litteraturstudier kan synes å inneholde noen begrensninger og dette vil bli forsøkt illustrert med følgende tankeeksperiment: Hvis en starter oppgaveprosessen med å velge ut litteratur for å bygge opp argumenter og belyse en valgt problemstilling og senere bruker denne teorien til å drøfte den valgte problemstillingen, er det ikke da en fare for at litteratur som ikke passer inn og taler i mot de argumentene en ønsker å føre vil bli valgt bort i teorien slik at drøftingen blir skjev? Eller formulert på en annen måte; kan en med dette designet finne det en vil finne fordi forfatteren står fritt til å endre og omformulere problemstillingen gjennom hele skriveprosessen? Innenfor den kvantitative forskningstradisjonen bruker en begrepet bias om systematiske feil i undersøkelsesopplegget og som påvirker validiteten (gyldigheten) i negativ retning (Thisted, 2010, s. 141, 152). Undertegnede kan altså ha blitt påvirket av kildematerialet og farget av egen interesse slik at utvalget og beskrivelsen av litteraturen kan ha blitt skjevt på grunn av subjektive fortolkninger. Samtidig er hele dette metodekapittelet en styrke fordi åpenhet og bevissthet rundt valg av metode og kilder er avgjørende for studiets validitet, og Thisted (2010, s. 223) påpeker at det nettopp er vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som utgjør det metodiske redskapet i et litteraturstudium.

Barth, Børtveit og Prescott (2001) presenterer MI slik metoden har utviklet seg i Norge og Barth og Näsholm (2007) peker på at den skandinaviske metoden for MI skiller seg litt fra den utviklingen en ser internasjonalt og i USA. Ivarsson og Näsholm er begge svenske forfattere slik at litteraturen som omhandler MI er forankret i en skandinavisk tradisjon. Dette er en fordel fordi metoden er operasjonalisert i forhold til det helsevesenet vi har i denne delen av verden. Samtidig kan det kan være en ulempe ved vektleggingen av eksempelvis internasjonale metaanalyser da det kan være begrensninger i hvor generaliserbare disse funnene er til det norske helsevesenet. Siste delen av dette underkapitlet tar derfor for seg metode- og kildekritikk rettet mot artiklene presentert i kapittel 3.4.

Første- og sisteforfatteren av metaanalysen til Lundahl mfl. (2010, s. 137-160) er medlemmer i MINT-gruppen (Motivational Interviewing Network of Trainers) og kan derfor være biased, jamfør (jf.) etiske retningslinjer om habilitet. Dette blir det imidlertid opplyst om i artikkelen og forfatterne skriver at de eksplisitt har sagt til forskningsteamet at positive og negative funn har vært forventet og ønsket velkommen for å motvirke denne potensielle skjevheten. En styrke med artikkelen er at den er det hittil største og mest omfattende metastudiet som er gjennomført for å undersøke effekten av MI. En svakhet er at den begynner å bli noen år gammel da litteratursøket ble gjennomført i 2007. Videre er en styrke ved forskningsartikkelen til Pyle (2015, s. 79-83) at den er relativt ny og har en kvantitativ tilnærming for å undersøke effekten av MI relatert til sykepleiepraksis i hjemmesykepleien. En klar utfordring er at studiet tok plass i USA, Pennsylvania, slik at overføringsverdien til det norske helsevesenet og den norske tilnærmingen til MI er begrenset.

2.4 Etiske retningslinjer

I punkt 3.3.3 presenteres et fiktivt pasientcase som bygger på en samlet erfaring fra arbeid i hjemmesykepleien. Informasjonen i caset kan derfor ikke spores tilbake til en enkelt situasjon og på denne måten blir både taushetsplikten og etiske retningslinjer ivarettatt. Ettersom oppgaven er et litteraturstudium og ikke basert på selvstendig forskning er fagspesifikke retningslinjer fra NEM ikke aktuelle, men de generelle forskningsetiske retningslinjene beskrevet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) anerkjennes og brukes til inspirasjon. Dette betyr at forfatteren av denne oppgaven etterstreber en aktivitet som er basert på ærlighet, åpenhet, dokumenterbarhet og systematikk i behandlingen av primær- og sekundærlitteratur.

3.0 Teori

Dette kapitlet bygger på en systematisk gjennomgang av eksisterende fag- og forskningslitteratur og teorien som blir presentert vil danne grunnlaget for den videre drøftingen av oppgavens problemstilling.

3.1 Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som har hatt og fremdeles har stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning (Kristoffersen, 2011b, s. 213). Hennes hovedverk er andre utgaven av boken *Interpersonal Aspects of Nursing* fra 1971. Marriner-Tomey og Aligood (2006, referert i Kristoffersen, 2011b, s. 213) påpeker at hennes teori kan betegnes som en sykepleiefilosofi siden den er sterkt forankret i og bygger på eksistensialistisk filosofi. I denne oppgaven vil imidlertid begrepet teori bli brukt med mål om en konsekvent og helhetlig fremstilling. Hennes inspirasjon fra eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi plasserer henne innenfor den humanvitenskapelige tradisjon som er opptatt av menneskelige forhold og den menneskelige verden (Kristoffersen, 2011b, s. 216; Thisted, 2010, s. 48). Dette kapitlet starter med en innføring i sentrale begreper i Travelbees teori, etterfulgt av en utdyping av hennes syn på kommunikasjon.

3.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie og sentrale begreper

Sentralt i Travelbees sykepleieteori er begrepene menneske som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s. 114). Flere av disse begrepene finner vi igjen i hennes definisjon på sykepleie som omhandler sykepleiens mål og hensikt:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Med mellommenneskelig prosess menes at sykepleie alltid, direkte, eller indirekte, dreier seg om mennesker, og med prosess menes at enhver sykepleiesituasjon er dynamisk. Videre inngår forandring i alle sykepleiesituasjoner som et resultat av det ene individets innvirkning på det andre og Travelbee skriver at sykepleieaktivitet er ”å identifisere og være i stand til å

frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkksom måte” (1999, s. 29-30). For å kunne realisere sykepleiens mål og hensikt må sykepleieren være en endringsagent som arbeider for å forebygge sykdom og lidelse, og handle slik at høyest mulig nivå av helse kan opprettholdes. Travelbee understreker dette og skriver: ”I den forstand er sykepleie en tjeneste som har som uttrykkelig hensikt å få mottakeren av tjenesten til å forandre seg”.

Videre blir menneske definert som et ”unikt og uerstattelig individ (...), lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve” (Travelbee, 1999, s. 54). Denne oppfatningen kommer klart til uttrykk i hennes beskrivelse av begrepet lidelse som uløselig knyttet til det å være menneske og som dermed er en felles livserfaring som før eller siden kommer til alle mennesker, samtidig som den enkeltes opplevelse av lidelse er unik og egen. Travelbee skriver videre at det å finne mening i sykdom og lidelse ikke handler om å se på sykdom som et positivt gode, men som en erfaring som *kan* ha en selvaktualiserende betydning for den syke dersom hun/han får hjelp til å finne mening i sykdomserfaringen. Sykepleier kan imidlertid ikke ”gi” mening til en pasient fordi mening bare kan finnes av den syke selv, som gjennomlever en bestemt livserfaring (Travelbee, 1999, s. 37, 98, 226).

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold står sentralt i Travelbees teori fordi hun skriver at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås ved etableringen av dette forholdet som er: ”En erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom to mennesker – en sykepleier og en person (eller familie) som har behov for sykepleierens tjenester” (Travelbee, 1999, s. 41, 177). Forholdet er betydningsfullt for begge parter, sykepleieren er også et menneske med sine egne behov, og forholdet er en stadig prosess hvor forandring skjer som resultat av dette samspillet. Travelbee presiserer imidlertid at ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet ligger hos den profesjonelle sykepleieren og ikke hos den syke, og at reell kontakt ikke kan oppstå før det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som et unikt menneskelig individ, jf. hennes definisjon av menneske (Travelbee, 1999, s. 30, 171-178).

3.1.2 Kommunikasjon og menneske-til-menneske-forholdet

Kommunikasjon er for Travelbee en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre, den er kontinuerlig, og ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk,

tonefall, bevegelser og berøring (non-verbalt) etableres et virkelig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2011b, s. 221). Hun skriver følgende:

All interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt. Det som avgjør om målene nås, er sykepleierens atferd i denne interaktive prosessen, og graden av hensiktsmessighet for den syke i handlingene hennes (Travelbee, 1999, s. 135).

Samtidig presiserer hun at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel til å oppnå interaksjonsprosessens mål, nemlig sykepleiens mål og hensikt. Sykepleieren bør dessuten tilstrebe en meningsfylt dialog med hver enkelt person hun forholder seg til i betydningen av at det gir mening for den syke, og en slik dialog kjennetegnes av en målrettet, gjensidig kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 140-148).

Travelbee skriver detaljert om kommunikasjonsferdigheter og teknikker som hun mener sykepleieren må arbeide med å utvikle og hun mener at en forutsetning for bruken av disse ferdighetene, som alltid vil være utviklet i større eller mindre grad hos den enkelte sykepleier, er evnen til å sette det andre individet i fokus (Kristoffersen, 2011b, s. 222; Travelbee, 1999, s. 152-160). Dersom en ikke mestrer dette er det fare for at kommunikasjonen bryter sammen fordi den syke ikke oppleves som et individ. Om teknikkene skriver hun at de må brukes med skjønn og fornuft, de garanterer ikke ønsket kontakt dersom sykepleieren for eksempel innehar en holdning preget av likegyldighet og manglende engasjement, og det er alltid en mulighet for at hun blir mer opptatt av teknikken enn grunnen til at teknikken bør brukes. Når sykepleieren vet hvorfor og hva hun ønsker å oppnå med dem er teknikkene imidlertid av stor nytte.

3.2 Motiverende Intervju

Motiverende Intervju (MI) er en evidensbasert samtaleform som stammer fra arbeidet til psykologene William Miller og Steven Rollnick. Miller utviklet MI-metoden i begynnelsen av 1980-årene gjennom sitt arbeid med alkoholavhengige mennesker, og senere innledet han et samarbeid med Rollnick, en metodeutvikler innenfor rådgivning for helse- og

omsorgssektoren (Ivarsson og Ortiz, 2015, s. 19). En definisjon på MI hentet fra Miller og Rollnick lyder som følger:

MI er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon (Ivarsson, 2010, s. 9).

MI-samtalen består altså av to personer; pasienten og sykepleieren. Ivarsson utdyper videre at MI er klientsentrert fordi det er pasientens eget syn på sin situasjon og livsstil som er i fokus og ikke sykepleierens, og dessuten er rådgivningen målrettet. Motivasjon forstås som de faktorer som igangsetter, gir retning og intensitet til atferd, og som opprettholder denne (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 50). Sykepleierens oppgave i motivasjonsarbeidet er å løfte frem og vektlegge de sidene ved pasientens tanker, følelser og opplevelser som kan danne grunnlag for endring, og Barth og Näsholm (2007, s. 13) understreker at det å skape rom for refleksjon er et viktig mål.

Sentralt står også det at sykepleieren må kunne hente frem og identifisere endringsnakk fordi pasienten blir påvirket av egne ytringer slik at en samtale om ønsker, grunner, behov for og evne til endring produserer motivasjon for endring og dermed stimulerer endringsprosessen. Sykepleieren bruker ulike MI-teknikker for å hjelpe pasienten med å utforske sine muligheter og målet er å forsterke endringsnakk og at pasienten etter hvert fatter en beslutning om atferdsendring som er indre motivert (Ivarsson, 2010, s. 10, 33-34). MI-teknikkene utgjør en plattform for MI-samtalen og gir sykepleieren styringsmuligheter og teknikkene springer ut fra fem sentrale *prinsipper* i MI forkortet EDRAS: Sykepleieren skal være empatisk, kunne fokusere samtalen på pasientens opplevelse av diskrepans, rulle med pasientens motstand, akseptere ambivalens og styrke pasientens mestringstillitt (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 142-145). Disse prinsippene vil bli presentert i punkt 3.2.2.

3.2.1 MI-spirit

Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 140) påpeker at det er en balansegang mellom påvirkning og manipulering i alle de tilfeller hvor pasienten ikke har full kontroll og forståelse for de virkemidlene som brukes i møte med en profesjonell metode. Sykepleier må derfor anvende MI på en måte som ivaretar det som på engelsk kalles for *MI-spirit*, grunnsteinen og

forutsetningen for MI. Ivarsson (2010, s. 12-13) forklarer dette som en holdning og atmosfære i samtalen som innebærer at sykepleieren viser respekt for pasientens autonomi og selvbestemmelse, og at sykepleieren er fordomsfri. Det sentrale er at det er pasienten selv som skal formulere og argumentere for forandring, og at sykepleieren lytter på en empatisk og respektfull måte (Ivarsson og Ortiz, 2015, s. 24). MI er altså en metode som har røtter i humanistisk psykologi da denne tradisjonen tar utgangspunkt i at mennesket har et iboende potensiale som det streber etter å utvikle (Ivarsson, 2010, s. 12), og Miller uttrykker dette selv på følgende måte:

MI draws upon both cognitive (eg. reframing) and behavioral methods (eg. differential reinforcement), but in spirit, MI is unmistakably part of the humanistic-existential tradition (Miller, 2003, referert i Barth og Näsholm, 2007, s. 62).

3.2.2 MI-prinsippene EDRAS

Prinsipp nr. 1: Empati

Det at sykepleieren viser empati, respekt og interesse er helt avgjørende i MI (Ivarsson, 2010, s. 19). Sykepleieren må kunne leve seg inn i pasientens situasjon og formidle denne forståelsen tilbake til pasienten, og her er lytte- og kommunikasjonsteknikker viktige (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 145). Empatisk lytting består av de fire teknikkene bekreftelse, åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer og videre følger en kort forklaring for hver av disse.

Bekreftelse handler om at sykepleieren må vise at hun ser og setter pris på den kompetansen, styrken og de anstrengelser som pasienten måtte ha (Ivarsson, 2010, s. 15). Et eksempel på dette er at sykepleieren sier til pasienten: ”Du viser styrke og er utholdende”.

Åpne spørsmål inviterer pasienten til å fortelle det han vil fortelle, samtidig som sykepleieren formidler interesse for hvordan pasienten faktisk tenker. I MI-samtalen er det et mål at sykepleieren søker å stille flere åpne enn lukkede spørsmål og eksempler er å innlede spørsmål med formuleringer som begynner med hvordan, hva, på hvilke måte og fortell (Ivarsson og Ortiz, 2015, s. 25; Ivarsson, 2010, s. 15-16).

Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 150) skriver om *refleksjoner* at de er ”kortere eller lengre konstateringer der man gjentar eller reformulerer noe som nylig har blitt sagt”. Å gjenta eller reformulere det pasienten har sagt med samme betydning kalles for en enkel refleksjon, mens en kompleks refleksjon er når sykepleieren forsøker å fange den underliggende meningen i det pasienten sier og formidler dette tilbake til ham. Ivarsson skriver også at refleksjoner er en teknikk som sykepleieren kan bruke selektivt for å hente frem og støtte opp under endringssnakk og dermed styre samtalen mot et mål (2010, s. 10, 16-17).

Oppsummeringer er sammenfatninger av to eller flere momenter av det pasienten har sagt og dette er en anledning for sykepleieren til å få bekreftet at hun har forstått rett og for pasienten til å kunne komme med innvendinger dersom det er feil (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 147-148).

Prinsipp nr. 2: Diskrepans

Diskrepans blir av Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 143) definert som ”uoverensstemmelse eller forskjell mellom opplevelse av to tilstander eller situasjoner”. I MI vil sykepleieren derfor bidra til at pasienten utvikler en følelse av at alt ikke er som det burde være og at noe bør endres, blant annet ved å fokusere på negative konsekvenser av nåværende atferd og på positive konsekvenser av ønsket situasjon og tilhørende atferd (Ivarsson, 2010, s. 19). Et eksempel på diskrepans er når en pasient tenker på hvordan han har det nå, i forhold til hvordan han ønsker å ha det. Økt opplevelse av diskrepans fører til at pasienten blir ambivalent (prinsipp nr. 4), og diskrepans kan dermed bli en meningsfull begynnelse på og være selve drivkraften i endringsprosessen (Barth og Näsholm, 2007, s. 83).

Prinsipp nr. 3: Rulle med motstand

Ivarsson (2010, s. 20-21) skriver at en i MI tenker at motstand er noe som sykepleieren selv ofte fremkaller gjennom sin måte å snakke på. Eksempler på dette er når sykepleieren ikke viser tilstrekkelig respekt og følsomhet, kommer med råd som pasienten ikke vil ha eller når sykepleieren forsøker å overbevise og overtale pasienten til et standpunkt som han selv ikke har. Motstand er en naturlig reaksjon på påvirkningsforsøk, og dette kommer gjerne til uttrykk ved at pasienten blir sint, irritabel og uinteressert i å snakke med sykepleieren. Videre skriver Miller og Rollnick (2002, referert i Barth og Näsholm, 2007, s. 106-107) at ”en stor utfordring for de fleste hjelpere er den automatiske korreksjonsrefleksjonen”. Dette omhandler tendensen til å gjøre noe eller rydde opp når man ser og hører ting som er feil, og dermed

korrigere pasienten i stedet for å la pasienten selv formulere korreksjonen. Å rulle med motstand er et MI-prinsipp som går ut på å akseptere pasientens motforestillinger og unngå å konfrontere ham i de tilfellene hvor sykepleieren er uenig. På denne måten mister motstanden litt av sin kraft og sykepleieren unngår at dette blir fokus i samtalen (Barth, Børtveit og Prescott, s. 144).

Når sykepleieren ruller med motstand er teknikkene fra empatisk lytting beskrevet under ”Prinsipp nr. 1: Empati” sentrale. Sykepleieren kan rulle med motstanden ved å reflektere, bekrefte og støtte det hun hører og på denne måten formidle aksept for det pasienten sier slik at pasienten ikke føler seg angrepet og tvunget til å argumentere for hvorfor ting er som de er. Resultatet er ofte at motstanden legger seg, og ved at pasienten blir møtt på en måte som er i tråd med MI-spirit beskrevet i punkt 3.2.1, er MI en metode som forebygger motstand (Ivarsson, 2010, s. 21-22). Her skiller MI seg fra andre strategier som møter motstand med å tolke, kommentere, konfrontere eller ignorere den (Barth og Näsholm, 2007, s. 119). Samme forfattere nevner også det å stille ”be om lov”-spørsmål som en strategi for å forebygge motstand (2007, s. 122-123).

Prinsipp nr. 4: Akseptere ambivalens

Ambivalens forstås som motstridende følelser, tanker og holdninger overfor en og samme ting (Barth og Näsholm, 2007, s. 90). Som nevnt i avsnittet ”Prinsipp nr. 2: Diskrepans” kan en se på ambivalens hos en pasient som resultatet av opplevelsen av økt diskrepans (Ivarsson, 2010, s. 19). Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 144) skriver at ambivalens kan ses på som selve motoren i en endringsprosess fordi energien i ambivalensen kan drive frem og styrke en beslutning om forandring. Det dreier seg da om pasientens opplevelse av motsetningene mellom ønskede og uønskede sider av egen atferd, og ønsket om å gjøre endringer og ønsket om å ikke forandre på noe som helst. I MI aksepteres ambivalens som normalt og vanlig, samtidig som det utgjør et hinder for endring. Sykepleierens oppgave er å utforske og tydeliggjøre ambivalensen for pasienten, og å bruke refleksjoner og oppsummeringer for å forsterke de positive sidene ved endring. Et eksempel er å spørre ”hva ville du kunne oppnå ved å slutte å røyke” og ”hva blir neste skritt for deg”? Og selv om målet er å stimulere pasienten til å fatte en beslutning, er det pasienten selv som skal trekke slutningene og ikke sykepleieren (Ivarsson, 2010, s. 39, 44).

Prinsipp nr. 5: Styrke mestringstillitt

Målet er at pasienten skal kunne tenke ”jeg tror at jeg vil få til det jeg har bestemt meg for, og at jeg kan klare å håndtere vanskeligheter som oppstår underveis” og dette er viktig fordi en uten en slik praktisk fundert selvtillit kan føre pasienten i en retning som hun/han ikke har forutsetninger for å kunne mestre (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 145). Sykepleierens oppgave er derfor å styrke og underbygge pasientens tiltro til egen mestring, og dette kan gjøres ved å vise optimisme og forsøke å gi håp gjennom bruken av empatisk lytting og ved å stille åpne spørsmål. Eksempel på spørsmål som styrker mestringstillitten er ”hvilke sterke sider har du som du kan bruke i denne situasjonen?”. Sykepleieren kan også stille skalerings spørsmål som ”på en skala fra 0-10, hvor sikker er du på din evne til å gjennomføre dette dersom du har bestemt deg for det?” for å stimulere pasienten til å tenke på egen tiltro til mestringsevne (Ivarsson, 2010, s. 20, 30-33). Når pasienten snakker om sin evne til endring er dette en form for endringssnakk slik det står beskrevet i kapittel 3.2 over.

3.3 Hjemmesykepleien og rusmiddelavhengige

I det videre presenteres hjemmesykepleien som en lovpålagt tjeneste med egne mål. Deretter følger en beskrivelse av rusmiddelavhengige i hjemmesykepleien og til slutt presenteres et fiktivt pasientcase basert på undertegnede s erfaringsskunnskap fra praksisfeltet.

3.3.1 Mål i hjemmesykepleien

Fjørtoft (2012, s. 19-20) trekker frem tre overordnede mål for hjemmesykepleien som tjeneste: I hjemmesykepleien er det et uttalt mål at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. Dernest skal hjemmesykepleien bidra til det gode liv og dette fordrer en helhetlig tilnærming med fokus på personlige, psykososiale, miljømessige, økonomiske og kulturelle faktorer. Det tredje målet er at den enkelte pasient skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Dette er tett knyttet opp mot lovverket da hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten og underlagt helse- og omsorgstjenesteloven (2011) slik at det tredje målet forutsetter at pasienten skal kunne få nødvendig helsehjelp. Videre argumenterer Fjørtoft for at selv om hjemmesykepleien er en behovsorientert tjeneste, så er det viktig å se på hva som fremmer helse og gir mening for den enkelte, slik at pasienten på denne måten kan bruke sin helse som en ressurs for å mestre hverdagslivet (2012, s. 20).

3.3.2 Rusmiddelavhengige og rusrelaterte helseproblemer

Fjørtoft (2012, s. 99-101) skriver at rusmiddelavhengige er en liten, men økende pasientgruppe i hjemmesykepleien. Et fellestrekk for denne gruppen er at rusmiddelproblemer gir avhengighetsproblemer, og at dette i neste omgang bidrar til helseskadelig atferd og dermed et omfattende behov for helsetjenester. Eldre alkoholavhengige som trenger hjelp på grunn av svekket helse og egenomsorg blir her trukket frem som en av tre hovedgrupper som hjemmesykepleien møter med rusrelaterte helseproblemer. Rusrelaterte helseproblemer kan være knyttet til både til misbruket i seg selv og/eller konsekvensene av mangel på egenomsorg. Videre er en sykepleiefaglig utfordring i møte med rusmiddelavhengige å oppnå kontakt og tillit og å videreformidle håp da mange har negative erfaringer med helsetjenesten og er opptatt av hvordan de blir møtt og behandlet, heller enn selve helseplagene sine.

3.3.3 Et pasientcase

Trond er en 75 år gammel mann som bor alene i en leilighet. Han har vært alkoholavhengig store deler av sitt voksne liv og ” har vært ute en vinternatt før ” som han selv sier. Trond har hatt Diabetes Mellitus type 2 i over 20 år, og de siste 5 årene har han blitt behandlet med insulin. Det var etter dette at hjemmesykepleien kom inn i bildet. Hjemmesykepleien er nå inne hos ham to ganger i døgnet og måler blodsukker, setter insulin og hjelper til med tilberedning av mat. I perioder er det lite matvarer i leiligheten hans fordi pengene blir brukt opp på innkjøp av alkohol. Når hjemmesykepleien er inne hos Trond er uttalelser som ”jeg er så lei av at dere maser på meg!” vanlige. Tronds største frykt er imidlertid å havne på sykehjem, han ønsker å bo i sitt eget hjem og dø der når den tid kommer.

3.4 Presentasjon av aktuell forskning

Til slutt i denne teoridelen presenteres to forskningsartikler som er relevante for denne oppgaven. For omtale av artiklenes metodiske begrensninger og kritikk henvises det til kapittel 2.3.

3.4.1 En metaanalyse av MI

Lundahl mfl. (2010, s. 137-160) har gjennomført en metaanalyse hvor de ser på Motiverende Intervju i rådgivningssammenheng sammenlignet med andre typer intervensjoner. *A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies* bygger på 119 primærstudier hvor det blant annet er store variasjoner i forhold til i hvilke sammenhenger MI

blir brukt. Eksempler er bruken av MI ved avhengighetsproblematikk (tobakk, alkohol og marihuana), helse relatert atferd (trening, kosthold, sikker sex), gambling og ved engasjement i behandling. Hovedfunnet er at MI-metoden utgjør en liten, men signifikant positivt effekt og at dette er gjeldende over et bredt spekter av problemområder. På bakgrunn av analysen understreker forfatterne følgende:

From a broad perspective, a robust literature exists that examines the ability of MI to promote healthy behavior change across a wide variety of problem areas. That 119 studies met our inclusion criteria is remarkable and suggests MI is an approach that will be part of the treatment landscape for the foreseeable future (Lundahl mfl., 2010, s. 150).

3.4.2 MI-undervisning for sykepleiere i hjemmesykepleien

Pyle (2015, s. 79-83) sin fagartikkel *A Motivational Interviewing Education Intervention for Home Healthcare Nurses* beskriver hvordan et relativt kort undervisningsprogram i MI har vist seg å være en effektiv intervensjon for å styrke sykepleiernes mestringstro relatert til kommunikasjonssevner og bruken av MI. Forfatterne skriver at særlige utfordringer som ble rapportert fra sykepleierne i starten av undervisningsprogrammet var det å skifte fokus fra en sykepleierrettet kommunikasjon til en pasientsentrert kommunikasjon i møte med pasienter som utøvde atferd som var negativ for helsen. I tillegg opplevde sykepleierne det utfordrende å møte verbal motstand fra pasientene med å rulle med motstand, jf. prinsipp nr. 3 presentert i punkt 3.2.2.

4.0 Drøfting

Dette kapitlet starter med å ta for seg sykepleieren som en endringsagent i lys av Joyce Travelbees syn på sykepleie og ånden i Motiverende Intervju. Den videre drøftingsdelen tar utgangspunkt i de fem MI-prinsippene presentert i kapittel 3.2 og baserer seg på teori, forskning og undertegnede egne erfaringer og refleksjoner knyttet til oppgavens problemstilling i et sykepleieperspektiv.

4.1 Sykepleieren som en endringsagent

Som det fremgår av kapittel 3.1 beskrives Joyce Travelbees sykepleieteori som sterkt forankret i eksistensialistisk filosofi og inspirert av humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2011b, s. 213-216). Travelbees definisjon av mennesket som ”et unikt og uerstattelig individ (...), lik og samtidig ulik alle andre mennesker som har levd eller vil komme til å leve” underbygger dette. For Travelbee er sykepleie, av definisjon, en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper et individ til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finner mening i disse erfaringene. Videre skal sykepleierens handlinger eller aktivitet være å ”identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenksum måte” slik at sykepleieren må være en endringsagent som arbeider med å realisere sykepleiens mål og hensikt, jf. definisjonen av sykepleie over. Sykepleie skal derfor i følge Travelbee være ”en tjeneste som har som uttrykkelig hensikt å få mottakeren av tjenesten til å forandre seg” (1999, s. 29-30).

Videre er Motiverende Intervju presentert i kapittel 3.2 en metode som bygger på *MI-spirit*, og dette innebærer i følge Ivarsson en holdning og atmosfære i samtalen som ivaretar pasientens autonomi og selvbestemmelse. Metoden tar utgangspunkt i at mennesket har et iboende potensiale som det streber etter å utvikle og det sentrale beror på at det er pasienten selv som skal formulere og argumentere for forandringer, jf. Miller og Rollnicks definisjon av MI (Ivarsson og Ortiz, 2015, s. 24; Ivarsson, 2010, s. 9-13). Barth og Näsholm (2007, s. 13) skriver også at sykepleierens oppgave i motivasjonsarbeidet er å løfte frem og vektlegge de sidene ved pasientens tanker, følelser og opplevelser som kan danne grunnlag for endring. Dette synes å være forenelig med Travelbees beskrivelse av sykepleieren som en endringsagent, sykepleieaktivitet som evnen til å frembringe forandringer på en målrettet måte, og sykepleie som en tjeneste som har forandring som et vesentlig anliggende.

Sykepleieren kan derfor være en endringsagent som ved hjelp av MI arbeider med å motivere pasienten til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon slik problemstillingen adresserer.

4.2 MI som en nøkkel til forandring

Fjørtoft (2012, s. 19-20) skriver i kapittel 3.3 at det finnes tre overordnede mål for hjemmesykepleien som tjeneste; den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, hjemmesykepleien skal bidra til det gode liv, og den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Trond er en eldre pasient som er alkoholavhengig og som lider av Diabetes Mellitus type 2, og dette kan føre til et hjelpebehov som er knyttet til svekket helse og egenomsorg generelt, og rusrelaterte helseproblemer knyttet til misbruket og/eller konsekvensene av mangel på egenomsorg spesielt (Fjørtoft, 2012, s. 99-101). Sykepleierens bruk av MI er relevant i møte med Trond der hjelpebehovet og de rusrelaterte helseproblemene får konsekvenser for hans evne til å ivareta de tre overnevnte målene.

Sentralt i arbeidet står det at sykepleier bruker ulike MI-prinsipper og tilhørende teknikker for å hjelpe Trond med å utforske sine muligheter og sette egne mål slik at han kan fatte en beslutning om atferdsendring som er indre motivert (Ivarsson, 2010, s. 9-10).

Problemstillingen ”hvordan kan sykepleier bruke MI for å motivere den hjemmeboende pasient til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon?” innebærer derfor to hensyn: Det handler om å hjelpe Trond til å identifisere og nå sine mål og finne det som gir mening for ham, samtidig som sykepleieren arbeider som en endringsagent med et forebyggende perspektiv i en tjeneste med egne mål. Eksempler vil følge i den videre drøftingen som tar utgangspunkt i sykepleierens bruk av MI-prinsippene fra punkt 3.2.2 som en nøkkel til forandring i møte med Trond.

4.2.1 Sykepleieren og prinsipp nr. 1: Empati

Det å oppnå kontakt og tillitt og å videreformidle håp er et mål som Fjørtoft (2012, s. 101) trekker frem som en særlig sykepleiefaglig utfordring i møte med rusmiddelavhengige pasienter i hjemmesykepleien. Mange har negative erfaringer med helsetjenesten og er mer opptatt av hvordan de blir møtt og behandlet, heller enn selve helseplagene sine. Trond har levd et langt liv med sin alkoholavhengighet og diabetes og et viktig mål for sykepleieren vil derfor være å kunne møte ham på en empatisk måte for å oppnå kontakt og tillitt slik Fjørtoft beskriver. I følge *prinsipp nr. 1: Empati* kan sykepleieren bruke empatisk lytting for å fremme

dette målet fordi de fire kommunikasjonsteknikkene er viktige for sykepleierens evne til å leve seg inn i Tronds situasjon og for å formidle denne forståelsen tilbake til ham (Barth, Børtveit og Prescott, 2001, s. 145).

Sykepleieren kan for eksempel bekrefte det Trond sier om at han har vært ute en vinternatt før og si ”du har levd et hardt liv og viser styrke som sitter her nå” for å formidle at hun ser og setter pris på den styrken og de anstrengelser som dette må ha medført for ham. Hun kan også stille åpne spørsmål som ”fortell hva som er viktig for deg i dag” for å invitere Trond til å fortelle det han vil fortelle og samtidig formidle interesse (Ivarsson, 2010, s. 15-17). Videre kan uttalelser som ”jeg er så lei av at dere maser på meg!” møtes med en enkel refleksjon der sykepleieren formidler empati ved å gjenta det Trond sier for å vise forståelse (”du er lei av at vi maser sånn på deg”). Hun kan også forsøke å fange opp den underliggende meningen i det Trond sier og formidle dette tilbake til ham (kompleks refleksjon). ”Du er redd for å havne på sykehjem og ønsker å bo hjemme til du dør” er et siste eksempel på hvordan sykepleieren kan få bekreftet eller avkreftet at hun har forstått Trond på rett måte og er en oppsummering slik det er beskrevet i punkt 3.2.2.

Som det fremgår i punkt 3.1.2 vektlegger Travelbee kommunikasjon som en prosess som gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og ”til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt” (1999, s. 135). Å leve seg inn i pasientens situasjon og å bli kjent med ham som menneske er noe som dermed går igjen i litteraturen hennes. Et annet moment i Travelbees beskrivelse av kommunikasjonsprosessen er hennes syn på sykepleierens atferd som avgjørende for om de overnevnte målene om å oppnå sykepleiens mål og hensikt nås. Sykepleierens bruk av *prinsipp nr. 1: Empati* kan dermed være en type atferd som kan føre til at sykepleieren, med Travelbees ord, kan etablere et menneske-til-menneskeforhold med Trond og dermed hjelpe til med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. For Travelbee (1999, s. 172) er det også den profesjonelle sykepleiers ansvar å etablere og opprettholde menneske-til-menneskeforholdet, slik at sykepleierens bruk av prinsippet også kan sies å være sykepleiefaglig forankret.

En innvending mot MI-teoriens beskrivelse av kommunikasjonsteknikkene innen empatisk lytting er at non-verbal kommunikasjon ikke omtales. Hvis sykepleieren for eksempel ikke

lykkes med å anvende teknikkene i møte med Trond, kan det da tenkes at det kan være flere faktorer enn selve teknikkene som er med på å påvirke utfallet? Her har Travelbee en bredere tilnærming i sin beskrivelse av kommunikasjon som en prosess som både er verbal og nonverbal, slik at undertegnede etterlyser med teori på område fra MI-feltet.

En annen innvending mot sykepleierens bruk av empatisk lytting beror på egne erfaringer fra arbeidet med å møte rusmiddelavhengige i hjemmesykepleien. Det å forsøke å komme med en kompleks refleksjon for å trekke frem den underliggende meningen i det pasienten sier kan fort slå tilbake mot sykepleieren fordi det kan oppleves direkte galt for pasienten, og det er gjerne ikke alle situasjoner som gir like mye rom for sykepleieren til å prøve og feile. Teknikkene kan derfor bli kostbare for relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og sykepleier vil gjerne profitere på å vise skjønn i en praktisk hverdag.

4.2.2 Sykepleieren og prinsipp nr. 2: Diskrepans

I punkt 3.4.1 presenteres artikkelen *A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies* som konkluderer med at MI er en metode som er effektiv i arbeidet med å fremme atferdsendringer som er positive for helsen. Dette er gjeldende over et bredt spekter av problemområder, herunder avhengighetsproblematikk av typen alkohol. Fjørtoft beskriver i punkt 3.3.2 hvordan rusmiddelavhengighet og rusrelaterte helseproblemer påvirker pasienters hjelpebehov, noe som også er en relevant faktor for Tronds evne til å mestre sin hjemmesituasjon. Beskrivelsen av Tronds hjemmesituasjon danner et bilde av en kompleks situasjon som inneholder flere momenter og artikkelen til Lundahl mfl. (2010, s. 137-160) styrker sykepleierens arbeid med å anvende MI for å bidra til atferdsendringer nettopp fordi den har vist seg å være effektiv over et bredt spekter av problemområder. Første steg er, som det fremgår i punkt 3.2.2, at sykepleieren bidrar til at pasienten utvikler en følelse av diskrepans slik at han senere blir ambivalent, selve motoren i endringsprosessen.

En gjentagende utfordring hos Trond er at det i perioder er lite matvarer i leiligheten hans fordi pengene blir brukt opp på innkjøp av alkohol. En måte sykepleieren kan møte utfordringen på, og som er i tråd med MI-metoden, er å anvende MI-teknikker fra empatisk lytting for å utforske hva han selv tenker om sin situasjon og dermed stimulere til uttalelser som inneholder diskrepans (Ivarsson, 2010, s. 9-10). Dette er et alternativ til å fortelle ham hvor dumt det er å bruke opp pengene på alkohol og å forklare hvorfor atferden kan være

negativ for hans diabetes og helsetilstand forøvrig, hvor argumentene for forandring kommer fra sykepleieren og ikke fra Trond selv.

Eksempel på diskrepans relatert til utfordringen over er uttalelsen ”jeg skulle hatt mer penger til mat nå, men jeg har brukt opp alt på alkohol”. Sykepleieren kan møte uttalelsen ved å tydeliggjøre de negative konsekvensene av nåværende atferd (Trond er tom for penger og har lite mat) og ved å fokusere på de positive konsekvensene av ønsket situasjon og tilhørende atferd (Trond har nok mat og penger til neste lønning). MI-teknikkene fra empatisk lytting brukes aktivt i arbeidet med *prinsipp nr. 2: Diskrepans*, og for behandling av utfordringer knyttet til sykepleierens anvendelse av disse teknikkene henvises leseren til punkt 4.2.1.

Et siste poeng er, som det fremgår i punkt 3.1.2, at Travelbee hevder kommunikasjon i en sykepleiesammenheng er et middel til å oppnå sykepleiens mål og hensikt, og hvor det sentrale beror på at dialogen gir mening for den syke selv (1999, s. 140, 148). Når sykepleieren bruker MI-teknikker for å oppnå diskrepans, og hvor fokus er rettet mot hva pasienten selv tenker om sin situasjon, synes dermed *prinsipp nr. 2: Diskrepans* å være forenelig med sykepleieteoretikerens standpunkt over.

4.2.3 Sykepleieren og prinsipp nr. 3: Rulle med motstand

Å rulle med motstand står sentralt i MI, noe som også avspeiles i mengden litteratur som omhandler prinsippet. Sykepleierens anvendelse av prinsippet vektlegges særlig fordi en tenker at motstand er noe som hun kan fremkalle gjennom sin måte å snakke på (Ivarsson, 2010, s. 20-21). Dette knytter Miller og Rollnick til den automatiske korreksjonsrefleksjonen som sykepleierens tendens til å ville rydde opp og gjøre noe når hun ser og hører ting som er feil (2002, referert i Barth og Näsholm, 2007, s. 106-107). Når sykepleieren møter utfordringer i Tronds hjemmesituasjon og korrigerer ham i stedet for å la ham selv formulere korreksjonen mister hun dermed det klientsentrerte perspektivet som er så viktig i MI, og fremkaller motstand slik Ivarsson beskriver i punkt 3.2.2. Dette er forenelig med Travelbees beskrivelse av brudd i kommunikasjonen som resultatet av at sykepleieren ikke setter det andre individet i fokus og dermed mislykkes i å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og det øvrige arbeidet med å nå sykepleiens mål og hensikt (1999, s. 41, 135, 158).

Barth, Børtveit og Prescott (2007, s. 122-123) skriver at sykepleieren kan rulle med motstand ved å møte motstand med aksept og ved å unngå å konfrontere pasienten i de tilfellene hvor hun er uenig slik at motstanden mister litt av sin kraft. Når sykepleieren møter uttalelser som ”jeg så lei av at dere maser på meg!” med teknikkene fra empatisk lytting slik det er beskrevet i punkt 4.2.1 er dette altså en måte å rulle med motstand på og som dermed forebygger at Trond skal føle seg angrepet eller tvunget til å argumentere for hvorfor ting er som de er. Sykepleieren kan også stille ”be om lov”-spørsmål slik Barth og Näsholm (2007, s. 122-123) beskriver og si ”er det greit for deg at vi snakker litt mer om dette som legen har sagt om diabetes og mat?” og på denne måten understreke Tronds rett til å bestemme selv.

En innvending mot *prinsipp nr. 3: Rulle med motstand* og teknikkene fra empatisk lytting forøvrig, er som tidligere nevnt mangelen på beskrivelsen av hva som skjer dersom sykepleieren opplever utfordringer eller direkte mislykkes i anvendelsen av disse teknikkene. Elementer fra artikkelen *A Motivational Interviewing Education Intervention for Home Healthcare Nurses* presentert i punkt 3.4.2 kan imidlertid være med på å nyansere bildet fordi Pyle (2015, s. 79-83) beskriver hvordan sykepleierne opplevde det å rulle med motstand som en av hovedutfordringene i arbeidet med å adaptere metoden til en praktisk hverdag i hjemmesykepleien. Sykepleierne rapporterte også om utfordringer knyttet til det å skifte fokus fra en sykepleierrettet kommunikasjon til en pasientrettet kommunikasjon i møte med pasienter som utøvde atferd som var negativ for helsen.

Det er verdt å merke seg funnene presentert over fordi det er plausibelt å anta at sykepleieren vil møte motstand og oppleve lignende utfordringer knyttet til den automatiske korreksjonsrefleksen i arbeidet med å motivere Trond. Informasjon om at andre har opplevd lignende utfordringer vil gjerne kunne styrke hennes muligheter for selv å lykkes i dette arbeidet. Travelbee (1999, s. 152) synes også å argumentere for et mer nyansert bilde fordi hun mener at kommunikasjonsferdigheter er noe som vil være utviklet i større eller mindre grad hos den enkelte sykepleier. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne lykkes i arbeidet med *prinsipp nr. 3: Rulle med motstand* synes derfor å være mer enn hensynet til selve teknikken, da eksempelvis faktorer som beror på sykepleierens kompetanse og non-verbal atferd, jf. punkt 4.2.1.

4.2.4 Sykepleieren og prinsipp nr. 4: Akseptere ambivalens

Av caset presentert i punkt 3.3.3 kan en tenke seg følgende: Trond ønsker på den ene siden å leve livet sitt slik han gjør nå, bo hjemme og kjøpe inn mat og drikke som han selv vil. På den andre siden fører dette til konsekvenser for helsen som gjør at hjemmesykepleien forsøker å gripe inn og ”maser” på ham, noe han ikke er spesielt glad for. Samtidig er Trond klar på at han ønsker å bo hjemme og dø der når den dagen kommer, fordi det å havne på sykehjem er hans største frykt. Dette synes å være forenelig med ambivalens slik det er beskrevet i punkt 3.2.2. I sykepleierens arbeid med å tydeliggjøre ambivalensen for Trond kan hun eksempelvis si ”hva kan du gjøre for å unngå å bli så dårlig at du må på sykehjem?” for å utforske Tronds egne tanker rundt endringsmuligheter for nettopp å unngå å havne på sykehjem.

Videre er det, som Ivarsson (2010, s. 39, 44) selv også adresserer, en utfordring med ambivalens at den utgjør et hinder for endring i MI fordi det er pasienten selv som skal trekke slutningene og ikke sykepleieren. I praksis betyr det at sykepleieren kan risikere at hun ikke kommer noe vei i arbeidet med å tydeliggjøre ambivalensen for Trond fordi det ikke fører til at han tar en beslutning om å endre atferd. Utfordringen inneholder også elementer fra Travelbees beskrivelse av sykepleie slik det fremgår av punkt 3.1.1 idet hun skriver at det å finne mening i sykdom og lidelse handler om å se på sykdom som en erfaring som kan ha en selvaktualiserende betydning for den syke dersom han får hjelp til å finne mening i sykdomserfaringen (1999, s. 37, 226). Og som det drøftes i punkt 4.2.2 er det den syke selv som må finne denne meningen da sykepleieren ikke kan ”gi” mening til Trond.

Både Travelbee og MI synes dermed å ha en positiv innstilling til at pasienten vil komme frem til en løsning som kan være positiv for helsen ved hjelp av en-til-en-interaksjonsprosess mellom sykepleier og pasient. En innvending mot begge overnevnte teorier er derfor spørsmålet; hva skjer dersom sykepleieren bruker MI og likevel ikke lykkes i å motivere Trond til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon? Eller formulert på en annen måte; hva skjer dersom det er andre faktorer enn motivasjon og mening alene som påvirker om hun lykkes i dette arbeidet?

Fjørtofts beskrivelse av rusmiddelavhengige i punkt 3.3.2 tyder nettopp på at det kan være flere faktorer enn motivasjon og mening som vil påvirke Tronds mål og evne til å mestre sin hjemmesituasjon. Dette fordi rusmiddelproblemer gir avhengighetsproblemer som igjen fører til helseskadelig atferd (Fjørtoft, 2010, s. 100). Sykepleierens møte med Trond når han er

nøktern kontra når han er sterkt påvirket av alkohol vil, slik undertegnede også erfarer det, være et eksempel på en variabel som vil påvirke utfallet av motivasjonsarbeidet i større eller mindre grad. Oppgavens problemformulering synes også å være mangelfull i den forstand at en-til-en-interaksjonsprosessperspektivet ekskluderer en tredjepart som for eksempel en tverrfaglig tilnærming ville innebære, eller pårørende som en ressurs.

Et siste poeng som styrker sykepleierens bruk av MI og *prinsipp nr. 4: Akseptere ambivalens* er som det fremgår av punkt 3.2.2 om at MI er en metode som forebygger motstand gjennom bruken av empatisk lytting. Der andre strategier møter motstand med å tolke, kommentere, konfrontere eller ignorere det pasienten sier, forsøker sykepleieren ved hjelp av MI å formidle aksept for det som blir sagt, for den ambivalensen som pasienten måtte ha, og å rulle med motstanden (Ivarsson, 2010, s. 22; Barth og Näsholm, 2007, s. 119). Det verste som kan skje når sykepleieren bruker MI i en praktisk hverdag er dermed at hun fremkaller motstand som vil stå i veien for endringsprosessen. Og ettersom de andre strategiene allerede synes å gjøre dette i sin natur, stiller sykepleierens forebyggende tilnærming ved hjelp av MI i en særegen posisjon.

4.2.5 Sykepleieren og prinsipp nr. 5: Styrke mestringstillitt

Som det fremgår i punkt 3.2.2 står det at sykepleieren styrker og underbygger pasientens tillitt til egen mestring sentralt i MI. Mestring og det å styrke mestringstillitt er også det prinsippet som har bredest støtte blant de øvrige teoriene som blir presentert i kapittel 3, og dette gir sykepleieren en særlig tyngde i anvendelsen av MI-prinsippet i møte med Trond. Begrepet mestring går igjen i Travelbees teori og er en del av hennes definisjon av sykepleie og Fjørtoft argumenterer for et syn der sykepleier ser på helse som en ressurs for å kunne mestre hverdagslivet. Pyle (2015, s. 79-83) viser også at MI-undervisning for sykepleiere kan styrke deres egen mestringstillitt, noe som er et gjentakende tema i undertegnedes drøfting av nettopp sykepleierens anvendelse av MI. Endelig understreker yrkesetiske retningslinjer, presentert i kapittel 1.1, at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten.

Eksempler på hvordan sykepleieren kan styrke Tronds mestringstillitt er å bruke empatisk lytting og stille spørsmål som ” hva var det som gjorde at du klarte dette sist gang?” og ”hvilke egenskaper har du som kan være nyttig for deg i denne situasjonen?”.

Skalerings spørsmål som ”når du har bestemt deg for noe hvor sikker er du da på at du klarer å gjennomføre på en skala fra 0-10?” vil også hjelpe Trond til å reflektere over egen mestringsevne. Det sykepleieren oppnår i dette arbeidet er uttalelser fra Trond som omhandler hans egen evne til endring, noe som er positivt fordi det er en type endringssnakk som kan være med på å styrke en beslutning om atferdsendring slik oppgavens problemstilling adresserer.

Et siste poeng er knyttet til det som fremgår av punkt 3.2.1 om at det finnes en balansegang mellom påvirkning og manipulering i alle de tilfeller hvor pasienten ikke har full kontroll og forståelse for de virkemidlene som sykepleieren bruker. Dette er en problemstilling som krever etisk refleksjon fra sykepleieren, noe som understrekes av Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 145) i punkt 3.2.2 idet de skriver at sykepleieren ikke skal føre pasienter i en retning som de ikke har forutsetninger for å mestre. Sentralt i sykepleierens arbeid med å anvende *prinsipp nr. 5: Styrke mestringstillitt* ligger derfor en antagelse om at sykepleieren må utøve en praksis som er etisk forsvarlig hvor hun også kan innse begrensninger ved metoden og situasjonen forøvrig. Et eksempel på hvordan sykepleieren kan sikre en praksis som er etisk forsvarlig er at hun, som det også fremgår i punkt 4.2.1, viser skjønn i sin anvendelse av MI og at hun i arbeidet med å motivere Trond vurderer hans antatte nytte av tiltakene versus de personlige kostnadene dette vil innebærer for ham. På denne måten kan sykepleieren møte ham innenfor rammene av en profesjonell og lovpålagt tjeneste som hjemmesykepleien er, og ivareta sitt faglige, etiske og juridiske ansvar for egen praksis slik det også står nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7).

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har MI blitt presentert som en samtalem metode der sykepleieren ved hjelp av ulike MI-prinsipper og tilhørende teknikker forsøker å lokke frem og forsterke pasientens egen motivasjon for atferdsendringer. Dette på bakgrunn av sykepleierens ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, i lys av Joyce Travelbees teori om sykepleie og illustrert med et fiktivt pasientcase fra hjemmesykepleien.

I drøftingen av oppgavens problemstilling ”hvordan kan sykepleier bruke MI for å motivere den hjemmeboende pasient til å nå sine mål og mestre sin hjemmesituasjon?” vektlegges sykepleieren som en endringsagent slik Travelbee beskriver, og MI som en nøkkel til forandring. Det foreligger ikke noe fasitsvar på hvordan sykepleieren kan løse problemstillingen, og i tråd med de overnevnte teoriene humanistisk-eksistensielle tradisjoner er det vel rimelig å anta at det kun er ”Trond” selv som sitter på dette svaret. De fem MI-prinsippene EDRAS utgjør imidlertid bærebjelkene for sykepleierens anvendelse av metoden og innebærer empati (nr. 1), diskrepans (nr. 2), rulle med motstand (nr. 3), akseptere ambivalens (nr. 4) og å styrke mestringstillitt (nr. 5).

I drøftingen reises det også spørsmål knyttet til om det kan være flere faktorer enn pasientens indre motivasjon som kan påvirke om sykepleieren vil lykkes i motivasjonsarbeidet, eksempelvis egenskaper knyttet til sykepleieren (egen mestringstillitt, non-verbal atferd), pasienten (rusmiddelavhengighet) og situasjonen forøvrig (etikk). Funnene argumenterer for en bredere tilnærming til problemstillingen enn det som er blitt valgt for denne oppgaven og framtidige forfattere oppfordres til å utforske hvordan sykepleieren eksempelvis kan bruke MI som en ressurs i en tverrfaglig tilnærming og i samarbeid med pårørende.

Når det er sagt foreligger det et solid forskningsgrunnlag som underbygger MI som en evidensbasert metode, og det er interessant at denne metoden synes å inneholde sentrale elementer i Travelbees teori om sykepleie og som dermed gjør MI til en samtalem metode som også kan være sykepleiefaglig forankret. På bakgrunn av dette slutter undertegnede seg til Lundahl mfl. (2010, s. 150) sin konklusjon om at Motiverende Intervju utvilsomt er en metode som er kommet for å bli – forhåpentligvis også for sykepleiere.

Litteraturliste

- Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001) *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, T. og Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig fra: <<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>> [Lest 09. april 2016].
- Fjørtoft, A.-K. (2012) *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helsedirektoratet (2016) *Motiverende intervju (MI)* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>> [Lest 14. april 2016].
- Ivarsson, B.H. (2010) *MI – Motiverende intervju: praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia.
- Ivarsson, B.H. og Ortiz, L. (2015) *Den motiverende samtale: praktisk håndbok til samtaler med eldre*. København: Munksgaard.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2011a) Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 337-385.
- Kristoffersen, N.J. (2011b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. red. *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 207-280.
- Lossius, K. (2012) Om å ruse seg. I: Lossius, K. red. *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 23-39.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. og Burke, B.L. (2010) A Meta-Analysis

- of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* [Internett], 20 (2), s. 137-160. DOI:10.1177/1049731509347850
- Marriner-Tomey, A. og Alligood, M.-R. red. (2006) *Nursing theorists and their work*. London: Mosby. Referert i: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. red. (2011) *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*.
- Miller, W.R. (2003) Motivational Interviewing. *Minuet*, 10 (2), s. 2. Referert i: Barth, T. og Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Miller, W.R. og Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2. utg. New York: Guilford Press. Referert i: Barth, T. og Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nylenna, M. og Braut, G.S. (13. februar 2009) Egenomsorg, i: *Store medisinske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: < <https://sml.snl.no/egenomsorg> > [Lest 31. mars 2016].
- Pyle, J.J. (2015) A Motivational Interviewing Education Intervention for Home Healthcare Nurses. *Home Healthcare Now* [Internett], 33 (2), s. 79-83. DOI:10.1097/NHH.0000000000000184
- Thisted, J. (2010) *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: Motiverende Intervju – En nøkkel til forandring?

Tittel på engelsk: Motivational Interviewing – A change of pace?

Kandidatnummer: 141

Forfatter(e): Birgitte D. Thomassen

Årstall: 2013-2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei