



## Praktiske erfaringer med motiverende intervju i rusbehandling

- Hvilke faktorer er viktige for å lykkes?

Kandidatnummer: 1081

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet, Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK14

Antall ord: 10963

Dato 16.03.17

## Sammendrag

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på praktiske erfaringer med motiverende intervju i rusbehandling og hvilke faktorer som er viktige for å lykkes. For å innhente relevant data har jeg brukt kvalitativt semistrukturert intervju, der jeg intervjuet en fagperson med erfaringer knyttet motiverende intervju i rusbehandling. Dette har jeg vurdert og drøftet opp mot eksisterende teori og forskning. Funnene viser at spesifikke faktorer knyttet til motiverende intervju som metode, samt relasjonelle faktorer knyttet til flere typer terapeutisk behandling er viktige elementer for å lykkes. Videre viser funnene at den mellommenneskelige relasjonen kan være avgjørende for resultatet av behandling, noe som er i god overensstemmelse med sentrale deler av relevant teori og forskning.

## Abstract

In this study I have looked closer into practical experiences regarding motivational interviewing in substance abuse treatment, and what factors that are important in achieving successful treatment. I have used qualitatively semi-structured interview to get relevant data through interviewing a nurse with experience in using motivation interviewing in substance abuse treatment. This I have discussed up against already existing theory and research. Findings show that specific factors related to motivational interviewing, and relational factors related to therapeutic treatment in general, are important elements in achieving successful treatment. Further findings show that the interpersonal relationship can be crucial for the treatment outcome, which aligns with central parts in relevant theory and research.

## **En bønn for motiverende intervju**

*Guide me to be a patient companion,  
to listen with a heart as open as the sky.  
Grant me vision to see through her eyes  
and eager ears to hear her story.*

*Create a safe and open mesa on which we may walk together.*

*Make me a clear pool in which she may reflect.*

*Guide me to find in her your beauty and wisdom,  
knowing your desire for her to be in harmony:  
healthy, loving and strong.*

*Let me honor and respect her choosing of her own path,  
and bless her to walk freely.*

*May I know once again that although she and I are different, yet there is a  
peaceful place where we are one.*

Av William R. Miller og Raymond Daw (Miller & Rollnick 2013:51).

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	7
1.2 FØRFORSTÅELSE .....	8
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN .....	8
1.5 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN .....	8
1.6 BEGREPSAVKLARING: .....	9
1.7 OPPGAVENS DISPOSISJON.....	9
<b>2 FAG OG TEORI</b> .....	<b>11</b>
2.1 RUSMISBRUK OG AVHENGIGHET .....	11
2.3 MOTIVASJON .....	12
2.4 MOTIVERENDE INTERVJU (MI).....	13
2.4.1 <i>Fire prosesser i MI</i> .....	14
2.4.2 <i>Verdier og holdninger i MI</i> .....	14
2.4.3 <i>Samtaleteknikk</i> .....	15
2.4.4 <i>Hva sier forskning om effekten av MI?</i> .....	15
2.5 RELASJONELLE FAKTORER I BEHANDLING.....	16
2.5.1 <i>Samarbeid og terapeutisk allianse</i> .....	16
2.5.2 <i>Anerkjennende relasjon</i> .....	17
2.5.3 <i>Opplevelse av mening i behandlingen</i> .....	18
2.5.4 <i>Tilstedeværelse</i> .....	18
2.5.5 <i>Respekt for den andres autonomi</i> .....	19
2.5.6 <i>Empatisk tilnærming</i> .....	19
2.6 SYKEPLEIER SOM ENDRINGSAGENT .....	20
2.6.1 <i>Hva er sykepleie?</i> .....	20
2.6.2 <i>Menneske-til-menneske forhold</i> .....	20
2.6.3 <i>Terapeutisk bruk av seg selv</i> .....	21
2.6.4 <i>Empati</i> .....	21
2.6.5 <i>Håp</i> .....	21

2.6.6 Mening .....	22
2.6.7 Kommunikasjon .....	22
<b>3 METODE.....</b>	<b>23</b>
3.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE .....	23
3.2 KVALITATIVT INTERVJU SOM METODE.....	23
3.4 INTERVJUGUIDE.....	24
3.5 ETIKK .....	24
3.6 UTFØRELSE AV INTERVJUET.....	24
3.7 DATAANALYSE .....	25
<b>4 FUNN OG DRØFTING.....</b>	<b>26</b>
4.1 GENERELLE ERFARINGER MED MOTIVERENDE INTERVJU (MI).....	26
4.1.1 MI som en inspirasjon for samtale.....	26
4.1.2 Samtaleteknikk og kommunikasjon .....	27
4.1.3 MI som en relasjonsfremmende metode.....	28
4.1.4 Rom for å supplere med andre teknikker.....	28
4.2 FAKTORER SOM ER VIKTIGE FOR ET POSITIVT BEHANDLINGSRESULTAT .....	29
4.2.1 Relasjonen mellom pasient og behandler.....	29
4.2.2 Viktigheten av å bli sett .....	32
4.2.3 Endring er pasientens prosess .....	33
4.2.4 Behandlers troverdighet.....	34
4.2.5 Ikke gi opp – ”hvert forsøk har en verdi i seg selv” .....	35
4.3 UTFORDRINGER I MOTIVASJONSARBEID – FRA ET BEHANDLERPERSPEKTIV .....	36
4.3.1 Hva kan årsaken til varierende motivasjon være? .....	36
4.3.2 Langt og hardt arbeid .....	38
4.3.3 Å være vitne til dårlige valg .....	39
4.4 HVA VIL DET SI Å ”LYKKES”? .....	39
<b>5 KONKLUSJON.....</b>	<b>41</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG: .....</b>	<b>44</b>

# 1 Innledning

Rusavhengighet er et stort samfunnsproblem. I følge Folkehelseinstituttet får 10-20 % av befolkningen en ruslidelse i løpet av livet. I perioden 2008-2012 fikk over 100 000 nordmenn behandling for en eller flere ruslidelser i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med rusproblematikk har ofte sammensatte utfordringer, både i forhold til psykisk helse og somatisk sykdom (Folkehelseinstituttet 2016). Sykepleiere vil av den grunn møte disse menneskene på mange steder i helsevesenet, både i kommunalhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Motiverende intervju er en metode som Helsedirektoratet (2016) anbefaler helsepersonell å bruke i møte med rusavhengighet, siden det i noen grad øker sannsynligheten for atferdsendring i tillegg til at det kan være med å skape en god relasjon mellom hjelper og den som ønsker å endre adferd (Helsedirektoratet 2016). I den videre oppgaven vil fokus være på bruk av motiverende intervju i rusbehandling.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for dette temaet startet under en praksisperiode i psykisk helsearbeid. Jeg ble plassert innenfor et tiltak som tilbyr substitusjonsbehandling til personer med en avhengighet for opiater. Her møtte jeg et stort spekter av mennesker med sammensatte utfordringer og ulike ønsker for fremtiden. Felles for dem var rusavhengighet og et ønske om en eller annen form for endring i livet. Årsakene til den nåværende rusavhengigheten var mange; eventyrlyst, mobbing, foreldre med rusproblem, psykiske lidelser og miljø for å nevne noen. Jeg følte meg privilegert som fikk lov å få et lite innblikk i livshistorien til disse menneskene, og samtidig et annet perspektiv på hvordan det er å leve med en sterk avhengighet til rusmidler. Behandlingsstedet tok utgangspunkt i metoden motiverende intervju i mange av samtalene deres, og jeg fikk noe innblikk i denne måten å jobbe på i løpet av ukene i praksis. På mange måter gav dette meg et helt nytt perspektiv på hvordan motivasjonsarbeid kan se ut, og det er noe av grunnen til at jeg ønsker å se nærmere på dette i denne oppgaven.

## **1.2 Førforståelse**

Etter praksisperioden i psykisk helsearbeid sitter jeg igjen med en større respekt for mennesker med rusproblem og for de som velger å arbeide innenfor dette feltet. Jeg har sett litt av hvor vanskelig det kan være å endre livsstil på tross av et stort ønske om et annerledes liv, og drømmer om en lysere fremtid. Årsakene til at noen når målene sine, mens andre ikke gjør det virker for meg svært varierende. Utenfra kan det se ut som en evig runddans med gjentakende forsøk på å komme ut av avhengigheten, der en plutselig opplevde å lykkes. Min opplevelse er at forklaringen til at noen opplever å lykkes er svært individuell. Medvirkende faktorer er mange og ulike, og kan gi et inntrykk av at det er helt tilfeldig hvem som opplever å få et bedre liv gjennom en eller annen form for behandling. Likevel lurer jeg på om denne ”tilfeldigheten” har noen fellestrekk, er det noe som er felles for flere?

## **1.4 Presentasjon av problemstillingen**

I lys av bakgrunn for valg av tema har jeg valgt å formulere problemstillingen på følgende måte:

*Praktiske erfaringer med motiverende intervju i rusbehandling – hvilke faktorer er viktige for å lykkes?*

## **1.5 Avgrensning av problemstillingen**

Problemstilling og funn tar utgangspunkt i et behandlerperspektiv, da jeg i følge retningslinjene for denne oppgaven ikke har mulighet til å innhente data direkte fra pasienter eller brukere. Funnene vil være preget av erfaringer fra pasienter med tyngre rusmisbruk, så faktorene som kommer frem her må leses i lys av det. Grunnet et gjennomgående behandlerperspektiv velger jeg å ha størst fokus på faktorer rundt selve samtalene om endring i behandlingen, selv om det også kunne vært svært interessant å se på hvilke eksterne faktorer som kan virke inn på resultatet av behandlingen. For eksempel viktigheten av gode støttende relasjoner utenfor behandlingen. Egen førforståelse til valgt tema vil høyst trolig påvirke utgangspunktet for vinklingen av oppgaven, sammen med funn fra intervju gjort i starten av skriveprosessen.



## 1.6 Begrepsavklaring:

**Motiverende intervju** - ”Motiverende intervju” (også kalt ”motiverende samtale”) er oversettelse av det engelske navnet ”Motivational interviewing”, som ofte forkortes med ”MI”. Miller og Rollnick har flere definisjoner på metoden, men den enkleste definisjonen lyder slik: ”Motiverende samtale er en samarbeidsorientert samtalemetode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring” (Miller & Rollnick 2013:57). MI kan være en enkeltstående samtale, men består oftest av en til tre samtaler (Ivarsson, Ortiz & Wirbing 2015:10). ”Samtalen” som det refereres til senere i oppgaven er altså et begrep på hele prosessen, og ikke nødvendigvis en enkeltstående samtale.

**Å lykkes** - Det er få gode definisjoner på dette begrepet. Kant mener at ”lykke” ikke lar seg definere, siden det er så nært bundet opp mot den enkeltes personlighet (Svendsen 2015). Noen definerer ”å lykkes” som å oppnå det man ønsker, noe som passer overens med tanken om at lykke er svært personlig. Jeg velger å bruke dette begrepet da å lykkes innenfor rusbehandling kan være ulikt, avhengig av hva målene til den enkelte er.

**Hjelper og klient** - Litteraturen har mange navn på rollene i den profesjonelle relasjonen mellom den som på en eller annen måte utøver hjelp, og den som mottar hjelp. Jeg velger i denne oppgaven å bruke begrepet ”klient” om den som mottar hjelp, og ”hjelper” om den som utøver hjelp. Dette er for å tydeliggjøre det likeverdige forholdet mellom hjelper og den som ønsker endring. Begrepene ”pasient” og ”behandler” blir i noen grad brukt i funn siden dette var begreper intervjupersonen valgte å bruke.

## 1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler. Innledningsvis har jeg presentert oppgavens problemstilling og formål. Videre vil jeg presentere relevant teori for problemstillingen i kapittel 2 Fag og teori, som vil være med å danne grunnlaget for den senere drøftingen. Metodekapitlet gir en beskrivelse av hvordan jeg har gått frem for å hente inn data

presentert i funn. Funnene er tematisert og representert i kapittel 4, og drøftingen er tematisk knyttet til hvert av temaene under samme kapittel. I drøftingen vil data fra funn drøftes opp mot teori, der hensikten er å belyse problemstillingen på en interessant måte fra flere sider.

## 2 Fag og teori

I de neste delkapitlene presenteres teori og forskning som er relevant for tema i oppgaven. Jeg starter med å presentere teori rundt *rusmisbruk og avhengighet* for å gi leseren en forståelse av hvordan rusmidler virker på kroppen, og hva som skjer i hjernen ved avhengighet. For å kunne gjennomføre motiverende intervju er det grunnleggende å vite hva *motivasjon* er, derfor presenteres noe teori rundt dette før nærmere beskrivelser av metoden *motiverende intervju*. *Relasjonen* synes å ha stor betydning i alle typer rusbehandling, og faktorer relatert til dette presenteres derfor etter beskrivelsen av motiverende intervju. Kapitlet avsluttes med se på betydningen av relasjonell sykepleie fra et sykepleieteoretisk perspektiv.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i presentasjonen av teori er hovedsakelig metaanalyser, altså studier der man sammenligner resultater fra tidligere empiriske undersøkelser (Store norske leksikon 2017). Grunnen til dette er at jeg ønsket å få en bredere oversikt over effekten av motiverende intervju, og se hvilke faktorer som utpeker seg som viktige i utførelsen av metoden. For å innhente relevant teori om motiverende intervju, har jeg hovedsakelig brukt boken ”Motiverende samtale – støtte til endring” (2013) skrevet av Miller og Rollnick som er grunnleggerne av metoden. Jeg har også valgt å hente en del litteratur fra bøkene ”Behandling som virker” (Wormnes 2013) og ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” (Travelbee 1999). Wormnes presenterer teori rundt betydningen av relasjon, allianse og kontekst i terapeutisk behandling, og Travelbee gir et sykepleieperspektiv på flere av de samme temaene. Faglitteraturen og forskningen er presentert videre i dette kapitlet og brukt i drøftingen av funn.

### 2.1 Rusmisbruk og avhengighet

Bruk av rusmidler over kortere eller lengre tid kan føre til avhengighet (Folkehelseinstituttet 2015). Rusmidler stimulerer de deler av hjernen som er forbundet med adferd, belønning og motivasjon - hjernens belønningssystem. Meningen med dette systemet er å belønne adferd som fremmer overlevelse; for eksempel inntak av mat og reproduksjon (Jellestad 2012:77).

Når denne delen av hjernen blir stimulert vil hjernen sette i gang en belønningsreaksjon. Dette gir en god følelse, og gjør at vi ønsker å gjenta handlingen. Ved bruk av rusmidler er belønningsreaksjonen i hjernen enda sterkere, og derfor ønsker vi i enda større grad å gjenta handlingen. På sikt vil den gode effekten av rusmidlet svekkes, mens trangen og *motivasjonen* til å bruke rusmidlet vil forsterkes (Folkehelseinstituttet 2015).

Nervecellene skiller ut mindre transmittersubstans (belønningsreaksjon), som fører til at man må ha mer rusmiddel for å oppnå samme gode effekt. Dette kalles også toleranseutvikling. På dette punktet vil man begynne å kjenne abstinenssymptomer når det ikke inntas rusmiddel. I tillegg vil vedvarende rusbruk føre til at det generelle belønningssystemet i hjernen svekkes, og livet uten rus vil dermed føles grått og kjedelig (Barth, Børtveit & Prescott 2013:28).

### **2.3 Motivasjon**

For å kunne gjennomføre gode motiverende intervju er det viktig å forstå hva motivasjon er, hva som er forskjellene på ytre og indre motivasjon, samt hva som kreves i endringsprosesser. Det finnes flere definisjoner på motivasjon, og en av dem er denne: ”Motivasjon er menneskelig drivkraft, det som gir retning til valg og adferd” (Barth m.fl. 2013:13). Det handler om hva som skaper og opprettholder en aktivitet hos den enkelte, i tillegg til hva som gir denne aktiviteten mål og mening.

Ved *indre motivasjon* er selve aktiviteten drivkraften. Dette kan være spontanmotiverte aktiviteter som for eksempel lek. I rusbehandling kan noen bli motivert av å være rusfri i seg selv, eller av å gjennomføre en type behandling. Indre motivasjon kan dessverre ofte være diffus og sårbar. *Ytre motivasjon* kommer som en følge av noe utenfor personen selv. Det kan være gjennom tilbakemelding og råd fra andre, eller det kan være gjennom et oppstått dilemma der man ikke har indre motivasjon for noen av de forestående handlingsalternativene. I rusbehandling kan et eksempel på det siste være å søke behandling for å slippe fengsel. Motivasjonen ligger ikke i behandlingen i seg selv, men dette er et bedre alternativ enn å være i fengsel (Dalland 2011:91-92).

Endringsprosesser krever ofte ekstra energi og motivasjon. Det er som oftest ikke vanskelig å finne hindringer, selv om man ønsker endring. Disse hindringene kan virke uoverkommelige, samtidig vet vi at det *er* mulig å gjennomføre endring. En endringsprosess består av: Føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (Barth m.fl. 2013:61). Motivasjon blir i dette tilfelle en vurdering av om denne endringen er noe man vil bruke tid og krefter på. Her stiller man seg spørsmålet om hvor viktig denne endringen faktisk er, og vurderer dette opp mot hvor mye endringen kommer til å koste (s.25).

## 2.4 Motiverende intervju (MI)

Innledningsvis ble en enkel definisjon på MI presentert. Miller og Rollnick har formulert flere definisjoner på metoden, blant annet også en teknisk definisjon:

MI er en samarbeidsbasert, målrettet kommunikasjonsstil hvor man er spesielt opptatt av endringsnakk, utformet med tanke på å skape personlig motivasjon og forpliktelse overfor et bestemt mål ved å lokke frem og utforske personens egne grunner til endring, i en atmosfære preget av aksept og medfølelse (Miller & Rollnick 2013:58).

Målet for MI er at klienten snakker seg selv til endring, med egne verdier og interesser i sentrum (Miller & Rollnick 2013:58). Metoden er altså *klientbasert* (Ivarsson, Ortiz & Wirbing 2015:12). Samtalen mellom klient og hjelper skal hjelpe klienten til å ta et valg, og bevege seg i retning av et bestemt mål (Barth m.fl. 2013:13). I møte med en person som ønsker endring, kan naturlige reaksjoner hos hjelperen være konfrontasjon eller ønske om å overtale personen til å endre adferdsmønster med gode argumenter (s.17). MI fokuserer på å *støtte klientens autonomi*, kommunisere på en måte som er preget av *aksept og respekt* og å ha en *samarbeidende og ikke-dømmende holdning* i tillegg til en *empatisk tilnærming* (s.22). Noen av disse grunnverdiene blir dypere beskrevet i kapittel 2.4.2 om verdier og holdninger i MI.

### **2.4.1 Fire prosesser i MI**

Miller og Rollnick forklarer på en enkel og forståelig måte hvordan fire sentrale prosesser danner grunnlaget for MI som metode. Jeg velger å ta utgangspunkt i disse når jeg nærmere forklarer hvordan selve gjennomføringen av MI fungerer.

*Engasjere:* I denne prosessen blir et godt samarbeidsforhold skapt. En gjensidig nyttig relasjon starter med å skape engasjement hos klienten. Dette kan ta alt fra sekunder til flere uker. Det er mange faktorer som kan påvirke engasjementet i denne relasjonen, for eksempel hvilken sinnstilstand klient og hjelper befinner seg i under samtalen, og hvilke rammer tjenestetilbudet danner rundt samtalen. Å skape et samarbeid og en god allianse er viktig for de forestående prosessene (Miller & Rollnick 2013:54-55).

*Fokusere:* Her etableres en retning for samtalen. Hva man ønsker å oppnå blir klargjort, og det utvikles ofte endringsmål (s.55-56).

*Fremkalle:* Dette er selve kjernen i MI, og starter når man har valgt seg ut ett eller flere fokusområder. Denne prosessen handler om å hjelpe klienten til å finne frem til argumenter for endring, og sette ord på disse. Målet er at man gjennom et godt samarbeid kan hjelpe klienten til å finne frem til sin egen indre motivasjon for endring (s.56).

*Planlegge:* Prosessen med å planlegge starter når motivasjonen for endringen er sterk nok. Da begynner klienten å tenke mer på *hvordan* endringen kan gjennomføres og *når* den kan starte. Noen ønsker hjelp fra hjelper eller andre fagpersoner i denne planleggingen, andre ønsker å gjennomføre dette selvstendig (s.57).

### **2.4.2 Verdier og holdninger i MI**

”Når vi observerte dem som var under opplæring i bruk av metoden, var det som om vi hadde lært dem ordene, men ikke musikken” (Miller & Rollnick 2013:41). Hjelperens stil, holdninger og motivasjon kan virke inn på om motiveringssamtaler lykkes eller ikke. Grunnholdningene i MI har mye til felles med andre samtalemetoder, men er enda tettere knyttet opp mot selve samtalepraksisen (Barth m.fl. 2013:22-23). Miller og Rollnick oppsummerer holdningssettet til MI i fire elementer; *Partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling* (2013:42).

MI er en metode som blir gjort for og sammen med den andre, og er på den måten et *partnerskap* mellom hjelper og klient (Miller & Rollnick 2013:42). Dette partnerskapet er bygget på en *aksept*. Aksept innebærer å anerkjenne den andres indre verdi og potensial (absolutt verdi), en interesse for å aktivt forstå hvordan verden ser ut for den andre (nøyaktig empati) og respektere dens rett til å styre seg selv (autonomistøtte). Aksept handler også om å bekrefte og anerkjenne den andres styrker og innsats (bekreftelse) (s.44-46). *Medfølelse* handler her om å prioritere den andres behov, i tillegg til å fremme den andres ve og vel. Gjennom dette kan man på en god måte bygge opp en fortjent tillit i relasjonen (s.47). *Fremkalling* handler om å synliggjøre styrkene og ressursene til klienten ved å fokusere på det den andre allerede har, fremfor det som mangler (s.47-48). Felles for disse fire grunnholdningene i MI er at klientens perspektiv er i sentrum. Dette kalles tradisjonelt *personsentrert omsorg* (s.49).

### **2.4.3 Samtaleteknikk**

MI-prosessen tar utgangspunkt i fire sentrale kommunikasjonsteknikker; bruk av *åpne spørsmål*, *bekreftelse*, *refleksjon* rundt klientens uttalelser og *oppsummering* av samtalsinnhold (Miller & Rollnick 2013:93). I tillegg er *refleksiv lytting* en grunnleggende ferdighet gjennom alle prosessene i MI, noe som innebærer å komme med reflekterte påstander eller gjetninger om hva den andre mener. Dette gjøres for å styrke forståelsen til hjelperen gjennom at klienten får muligheten til å bekrefte eller reformulere det som har blitt sagt (s.92). Miller og Rollnick knytter også evnen til å gi informasjon og rådgivning opp mot samtaleteknikker. I MI gjøres dette etter å ha spurt om tillatelse, eller hvis klienten ber om det. Hjelperen skal hjelpe den andre til å trekke sine egne slutninger, ut ifra informasjonen som er lagt fram (s.63).

### **2.4.4 Hva sier forskning om effekten av MI?**

I de senere årene har det blitt gjort flere større meta-analyser for å kartlegge hvilken effekt bruk av MI egentlig har. En analyse bestående av 59 studier konkluderte med at bruk av MI er effektivt sammenlignet med ingen behandling, men at resultatet (=reduert rusbruk) er ganske likt sammenlignet med andre metoder (Smedslund m.fl. 2011). I en annen analyse bestående av 119 studier kom det frem at 75% av deltakerne oppnådde noe

effekt av MI, 25% av deltakerne oppnådde en moderat til sterk effekt, mens 50% oppnådde liten, men meningsfull effekt av metoden. Samme studie viser at MI oppnår forholdsvis likt resultat som andre metoder, men på kortere tid (Lundahl m.fl. 2010:151-152).

## **2.5 Relasjonelle faktorer i behandling**

”When a specific treatment is delivered in the context of an interpersonal relationship, the two are inseparable” (Miller & Moyers 2014:407). I de foregående delkapitlene har jeg utdypet hvilke spesifikke faktorer som er sentrale i MI-metoden. I de neste delkapitlene vil fokus være på det Miller og Moyers (2014) omtaler som ”Common, non-specific factors” i behandling, altså faktorer som kan påvirke behandlingsresultatet, men som ikke nødvendigvis er knyttet til den spesifikke metoden eller teknikken som blir brukt. Slike faktorer er felles for alle terapeutiske behandlingstilnærminger, også ved bruk av motiverende intervju.

Miller og Moyers drar frem at relasjonelle faktorer ofte er blitt oversett, derav navnet ”non-specific factors”. De mener det burde være et større fokus på disse faktorene i både forskning og utdanning, siden de er av så stor betydning for behandlingsresultatet (2014:407). Wormnes understreker at relasjonen ofte er av større betydning enn teknikkene og metodene som blir brukt i behandling. Han viser til forskning der behandlerens teknikk eller metode ikke spilte en avgjørende rolle for om behandlingen lyktes (2013:18). Helheten og det personlige møtet mellom hjelper og klient var derimot faktorer som var avgjørende for utfallet av behandlingen (s.105). I dagens teori handler det altså ikke lenger om å lage et stort skille mellom teknikk og relasjon, men om å forstå og se betydningene av hvordan disse delene virker sammen (s.103).

### **2.5.1 Samarbeid og terapeutisk allianse**

”Det å komme sammen er en begynnelse; det å holde sammen er utvikling; det å jobbe sammen – samarbeide – er suksess” [Ford, ref. i Miller & Rollnick 2013:69]. Samarbeid og allianse er sentralt i kvaliteten på relasjonen mellom klient og hjelper (Miller og Rollnick 2013:55). Wormnes skiller mellom *terapeutisk allianse*, og *arbeidsallianse*.



Terapeutisk allianse blir beskrevet som evnen klient og hjelper har til å knytte personlige bånd, mens arbeidsallianse handler mer om at klient og hjelper danner seg en felles enighet og forpliktelse mot oppgaver og mål i behandlingen. En god allianse oppstår når alle disse faktorene er til stede. Myndiggjøring er sentralt i prosessen med å skape et godt samarbeid og en god allianse. For å klare å gjennomføre en endring er det viktig å fremme klientens tro på at han selv har makt til å påvirke egen livssituasjon (Wormnes 2013:58-59).

Forskning er med på å underbygge viktigheten av disse faktorene. Miller og Moyers fant i sin metastudie liten eller ingen forskjell mellom resultatene til ulike metoder i rusbehandling i likhet med andre studier. Derimot var relasjonelle faktorer som empati og terapeutisk allianse avgjørende for resultatet av behandlingen (Miller & Moyers 2014:401). Å spørre hva som er viktigst blir i denne studien sammenlignet med å spørre om hva som er av størst betydning for å vurdere kvaliteten på et måltid; kvaliteten på råvarene eller ferdighetene til kokken (s.407). En annen undersøkelse gjort i 2005 viste at kvaliteten på den tidlige alliansen mellom klient og hjelper hadde stor innvirkning på om klienten ble i behandling, eller droppet ut. Kvaliteten på alliansen ble her vurdert ut ifra et klientperspektiv (Meier m.fl. 2006).

### **2.5.2 Anerkjennende relasjon**

Erkjennelse og anerkjennelse i mellommenneskelige relasjoner kan danne rom for selvutvikling (Bae & Waastad 1992:5). *Erkjennelse* kan beskrives som det å være ærlig med seg selv, å tillate seg selv å komme nær og kjenne på egne sider som kanskje ikke er så behagelige. *Anerkjennelse* kan forklares som å stå hos, å være lojal og trofast mot det som er nært og kjent (s.9).

Mennesker i utvikling strever for å bli anerkjent. Frykten for å bli forlatt og frykten for å bli kontrollert gjør at man blir avhengig av anerkjennelse for å kunne bygge opp styrke i seg selv. Dette gjør at den andre i relasjonen, for eksempel foreldre eller terapeuter, får en maktposisjon. Denne maktposisjonen kan brukes positivt til å skape selvakseptering og

fremme autonomi, mens misbruk av posisjonen kan føre til tvil, usikkerhet, manglende autonomi og bryte ned den andres utvikling (Bae 1992:37-38).

Anerkjennende relasjoner åpner opp for å uttrykke både likhet og ulikhet, og samtidig vise innlevelse og nærhet. Hvordan en anerkjennende relasjon konkret uttrykker seg vil variere fra relasjon til relasjon. Væremåter og kommunikasjon som bidrar til en anerkjennende atmosfære er lytting, speiling, bekreftelse, åpne og undrende spørsmål i tillegg til innlevelse. Dette kan også beskrives som holdninger (Bae 1992:38-39).

### **2.5.3 Opplevelse av mening i behandlingen**

Klientens opplevelse av *mening* gir grobunn for følelser som håp og optimisme. Disse følelsene er sentrale for om klienten er mottakelig for behandlingen (Wormnes 2013:16). Dersom behandlingen oppleves meningsfull, vil dette skape en forventning om bedring. En forventning om bedring skaper bedring. Tidligere erfaringer vil være med å styrke eller svekke psykologisk forventning, og dermed klientens mottagelighet for behandling. Opplevelse av mening og bedring i tidligere behandling, vil øke sjansen for et positivt resultat i nåværende behandling. Relasjonen til tidligere behandlere vil være sentral i hvilke opplevelser vi tar med oss til nye behandlingsopplegg (s.157).

### **2.5.4 Tilstedeværelse**

Gendlin sier at ”Essensen i arbeidet med en annen person er å være tilstede som et levende vesen” [ ref. i Wormnes 2013:104]. I øyeblikket registreres mye hos den andre, for eksempel kroppsstilling, ansiktsuttrykk, pust, språktone og lydstyrke. Dette er med på å påvirke både kommunikasjonen og relasjonen mellom to parter. Over tid kan relasjonen endres eller utvikles. En liten forandring i den skapte relasjonen kan føre til at ny mening oppstår i et øyeblikk (s.104). Wormnes skriver at det er lett at hjelperen går glipp av disse øyeblikkene, men at det ofte er disse klientene husker best fra behandlingen. Møtet og kontakten som skapes i *øyeblikket* legger grunnlaget for hvilken opplevelse vi sitter igjen med. Å være var for disse øyeblikkene krever bevissthet og tilstedeværelse (s.105).

### **2.5.5 Respekt for den andres autonomi**

Respekt for den andres autonomi og integritet er sentralt for at klienten skal oppleve trygghet og selvtillit (Wormnes 2013:58). De fleste mennesker vil bestemme sine egne mål. I møte med personer vi oppfatter som autoriteter, kan vi oppleve at friheten vår trues. Velmente råd og forsøk på overtalelse kan vekke selvbeskyttelse, protest og uvilje hos den andre (Barth m.fl. 2013:18). Valgfriheten begrenses, og den andre føler en trang til å forsvare seg for å bekrefte sin egen frihet. Hvis vi derimot anerkjenner den andres valgfrihet, kan det føre til åpenhet og senket selvforsvar. For å oppnå dette må man som hjelper slippe tanken eller troen på at man har myndighet til å endre andres atferd (Miller & Rollnick 2013:46).

### **2.5.6 Empatisk tilnærming**

Empati defineres på ulike måter, alt etter om man legger vekt på den affektive eller kognitive delen av begrepet (Wormnes 2013:55). Miller og Rollnick sier dette om empati: ”Empati er evnen til å sette seg inn i den andres referanseramme, og en overbevisning om at det er verd innsatsen å gjøre nettopp det” (Miller & Rollnick 2013:45).

Wormnes viser til forskning som peker på at empati gir en følelse av å bli forstått, og at dette er med på å danne trygghet. Trygghet i behandlingen legger grunn for større åpenhet og stabilitet hos klienten. Annen forskning viser at empati kan være med på å bryte isolasjon og styrke myndiggjøring, der klienten opprettholder et kjent adferdsmønster for å unngå angst. Empati kan hjelpe klientene ved at de føler de er verdt en annens respekt. Forståelse fra en annen kan gi håp om at det nytter å uttrykke seg. Empati hjelper behandleren med å forstå klientens opplevelser, og dermed velge metoder og tilnærminger som samsvarer med klientens egne erfaringer og preferanser (Wormnes 2013:55-56).

## **2.6 Sykepleier som endringsagent**

I de neste avsnittene ønsker jeg å se på relasjonelle forhold fra et sykepleieteoretisk perspektiv. Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og har utarbeidet en filosofi som ofte blir plassert innenfor interaksjonsteorier i sykepleie. Travelbee kaller sykepleier en ”endringsagent” da målet og hensikten med sykepleie ofte innebærer en eller annen form for endring hos pasienten for å opprettholde størst mulig grad av helse (Travelbee 1999:30). Med utgangspunkt i dette vil de neste delkapitlene omhandle sentrale begrep i Travelbees sykepleieteori som menneske-til-menneske forhold, terapeutisk bruk av seg selv, empati, håp og mening. Til slutt presenteres kort Travelbees tanker rundt bruk av kommunikasjonsteknikker.

### **2.6.1 Hva er sykepleie?**

Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess, og at denne prosessen er dynamisk. I sykepleierens møte med den syke har begge mulighet til å påvirke hverandre. Sykepleieren kan frembringe endring gjennom å arbeide målrettet, med innsikt og omtenkksomhet (Travelbee 1999:30). Travelbee definerer sykepleie på følgende måte:

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 1999:29).

### **2.6.2 Menneske-til-menneske forhold**

Et menneske-til-menneske forhold er noe sykepleier bevisst etablerer og opprettholder for å ivareta individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov. Her deles erfaringer og opplevelser fra begge parter (Travelbee 1999:41). I et menneske-til-menneske forhold ser ikke partene seg som ”sykepleier” og ”pasient”, men som unike mennesker (s.171). I dette ligger sykepleiers evne til å forstå sykdom som menneskelig erfaring. Uten denne evnen vil omsorgen bli overfladisk og upersonlig (s.126). Et menneske-til-menneske forhold dannes i følge Travelbee gjennom det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (s.172).

### **2.6.3 Terapeutisk bruk av seg selv**

Terapeutisk bruk av seg selv handler om å bruke personligheten sin bevisst i samhandling med pasienten på en hensiktsmessig måte. Dette krever selvforståelse og innsikt i det å være menneske, samt innsikt og evne til å tolke hva som er drivkreftene bak egen og andres atferd. Travelbee karakteriserer denne evnen som et kjennetegn på profesjonell sykepleie. Det innebærer disiplin, selvinnsett, fornuft, empati, logikk og medfølelse. Denne egenskapen er hele tiden i utvikling, og vokser frem over tid. Målet er oppnådd når den terapeutiske tilnærming er med på å lindre eller redusere plagene til pasienten (Travelbee 1999:44).

### **2.6.4 Empati**

I følge Travelbee handler empati om å kunne leve seg inn i, forstå og ta del i den psykiske tilstanden en annen person befinner seg i på et gitt tidspunkt. Det handler om evnen til å kunne se forbi det ytre, og kjenne på opplevelser den andre har i sitt indre (Travelbee 1999:193). I motsetning til nyere forskning som understreker den affektive dimensjonen i empati, tenker Travelbee mener empati er en bevisst intellektuell prosess. Empati er med på å skape nærhet og kontakt mellom mennesker. Det er ikke noe som tilfeldigvis oppstår, men noe som skjer som en følge av visse likheter i erfaringsbakgrunn (Kristoffersen 2014:220). Empati gjør at man kan forstå og forutsi den andres atferd (Travelbee 1999:195). Travelbee skiller empati fra sympati og medfølelse. Hun mener sympati og medfølelse handler om et ønske om å lindre plager og hjelpe pasienten, noe som ikke er en del av empatiprosessen (s.200).

### **2.6.5 Håp**

Håp er et sentralt begrep i Travelbees sykepleieteori. Hun definerer håp på følgende måte:

Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger i det oppnåelige (Travelbee 1999:117).

Den som håper tror på en forandring eller forbedring, mens den som mangler håp ikke ser noen vei ut av vanskelighetene (s.117-118). Lynch sier at "Håp... er en fornemmelse av

det mulige” [ref. i Travelbee 1999:117]. Gjennom å håpe kan man få en opplevelse av autonomi og frihet, siden håp gir en viss valgmulighet. Dette kan igjen føre til en følelse av at man har kontroll over eget liv. Travelbee mener at trygghet på at man vil få hjelp når man trenger det, er grunnlaget for å bevare og utvikle håp (s.118-119). Ved å bli avvist hjelp, kan man miste tilliten til andre og kjenne på håpløshet. En person uten håp kan føle seg fanget i sine egne problemer, og har det ofte for vondt til å tenke framover. Dette kan gjøre seg utslag i atferd som likegyldighet, aggresjon, fortvilelse, pessimisme og desperasjon. Ofte oppstår dette når lidelsen har vært intens for lenge. En av sykepleiers oppgaver er å hjelpe den andre til å opprettholde eller gjenvinne håp. Dette skjer i følge Travelbee gjennom kvalifisert omsorg, villighet og tilgjengelighet (s.122-123).

### **2.6.6 Mening**

Filosofen Nietzsche sier at: ”Den som har et hvorfor å leve for, kan bære nesten ethvert hvordan” [ref. i Travelbee 1999:225]. Travelbee understreker at mening er personlig og subjektivt, og at det ikke kan gis fra ett menneske til et annet. Mening er knyttet til det å bry seg om noe utenfor seg selv, samtidig som det oppstår når en person opplever at han har verdi og er betydningsfull. Dette legger grunnlaget for tanken om at mennesket er avhengig av støtte fra både profesjonelle hjelpere, samt fra sine nærmeste (Travelbee 1999:226-227).

### **2.6.7 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er grunnleggende for å skape et godt menneske-til-menneske forhold, og uttrykkes både verbalt og ikke-verbalt. Det er gjennom kommunikasjon at man blir kjent med den andre. Målet er å forstå hva den andre formidler, og bruke informasjonen her til å planlegge sykepleie (Travelbee 1999:135-136). Travelbee nevner flere ulike teknikker og metoder man kan ta i bruk for å kommunisere på en god og effektiv måte, blant annet åpne spørsmål og speiling. Hun understreker at alle sykepleiere er ulike, og at man bør bruke en metode som føles naturlig og komfortabel. Det handler om å være fortrolig med de metodene man velger å bruke, å vite *hva* man vil oppnå og *hvorfor* man bruker dem (s.154).

## 3 Metode

Aubert sier ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” [ref. i Dalland 2012:111]. Jeg har valgt kvalitativt intervju som metode.

### 3.1 Bakgrunn for valg av metode

I problemstillingen har jeg valgt å fokusere på *praktiske erfaringer med motiverende intervju i rusbehandling*, og hvilke faktorer som er viktige for å lykkes med denne metoden. Jeg startet med å finne relevant forskning for temaet ved å bruke søkeordene ”Substance abuse” og ”Motivational interviewing” i databaser som Cinahl og SveMed+. Mye av forskningen dreide seg om hvilket resultat bruk av motiverende intervju hadde, sammenlignet med å ikke bruke det. For å besvare problemstillingen min på en mest mulig interessant måte, begynte jeg å tenke mer i retning av en kvalitativ tilnæringsmetode. Forskjellen mellom *kvantitativt* orienterte metoder og *kvalitativt* orienterte ligger i hvordan man har samlet inn data. *Praktiske erfaringer* er vanskelig å tallfeste, så derfor tenkte jeg det kunne være interessant å innhente data direkte fra en fagperson med nærhet til feltet. Valget falt derfor på kvalitativt intervju.

### 3.2 Kvalitativt intervju som metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativt semistrukturert intervju som metode for å innhente *praktiske erfaringer* fra en fagperson. Ved semistrukturerte intervju er ikke hvert spørsmål ferdig formulert på forhånd, men intervjuguiden inneholder tema, eller beskrivelser, som man tar utgangspunkt i ved gjennomføringen av intervjuet (Malt 2015). Før jeg gikk i gang med intervjuprosessen, brukte jeg tid på å formulere egen forforståelse til tema. Ved bruk av kvalitativt intervju som metode er det intervjueren som er instrumentet for datainnsamlingen, og jeg ønsket derfor å være mest mulig bevisst mitt eget ståsted før jeg gikk i gang. Intervju er en metode som læres gjennom praksis (Dalland 2012:151). Liten erfaring i bruk av denne metoden kan være en mulig kritikk i vurderingen av kvaliteten på funn. 3.3 Valg av intervjuperson

Glasdam skriver at det i utførelsen av intervju er viktig å ha kjennskap til tema man vil undersøke, og personene man har tenkt å intervju (2015:100). I praksisperioden til

emnet ”psykisk helsearbeid”, kom jeg i kontakt med en sykepleier med mye erfaring innenfor psykiatri og rusbehandling. Jeg deltok på et fagmøte der metoden ”motiverende intervju” ble diskutert, og visste at dette var en metode sykepleieren hadde både kunnskap og erfaring med. Etter jeg hadde bestemt meg for å bruke intervju som metode, tok jeg kontakt med denne sykepleieren og spurte om han ville delta i et intervju med tema ”motiverende intervju i rusbehandling”, noe han var positiv til. Bakgrunn for valg av intervjuerperson var altså ikke tilfeldig, men *strategisk* (Dalland 2012:163).

### **3.4 Intervjuguide**

Jeg har liten erfaring med bruk av intervju som metode, og ønsket derfor å være godt forberedt i forkant. I utformingen av intervjuguiden ønsket jeg å ha en god mal for samtale, men samtidig en åpning for å følge opp andre tema som kunne komme fram under intervjuet. Jeg satte opp tema som var sentrale i den foreløpige formuleringen av problemstillingen, og formulerte noen spørsmål til hvert tema. Intervjuguiden er lagt ved som vedlegg til oppgaven.

### **3.5 Etikk**

I *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)* § 1 finner vi lovhjemler som skal ”...beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger” (Lovdata 2015). Før intervjuet ble gjennomført gikk vi gjennom kravene til anonymitet, og vi fant sammen ut av begrep jeg kunne bruke om behandlingsstedet for å være sikker på at anonymiteten ble opprettholdt gjennom behandlingen av data. Det ble informert om at intervjuet ville bli tatt opp med båndopptaker, innholdet transkribert og funnene brukt i en skriftlig bacheloroppgave. Båndopptakeren som ble brukt var ikke koblet til internett. Det ble informert om at opptaket ville bli slettet så snart oppgaven var godkjent. Intervjuerpersonen samtykket til dette.

### **3.6 Utførelse av intervjuet**

Selve intervjuet ble utført på arbeidsplassen til intervjuerpersonen. Jeg fulgte tema fra intervjuguiden, med hovedvekt på de to siste temaene som omhandlet *motivasjon hos brukere og erfaringer med motiverende intervju som metode*. Intervjuerpersonen gav gode,



reflekterte og utfyllende svar. Mot slutten av intervjuet opplevde jeg at intervjupersonen på mange måter følte seg ferdig med det han ville si, likevel var det da noen av de mest interessante funnene kom frem. Intervjuet forløp uten avbrytelser.

### **3.7 Dataanalyse**

Etter utførelse av intervjuet, begynte prosessen med å analysere data. I tolkningen prøvde jeg å forklare innholdet fra intervjuet i tillegg til å finne mening med den informasjonen jeg hadde fått (Dalland 2012:178). Gjennom intervjuguiden hadde jeg allerede fått en viss struktur på intervjuet, noe som gjorde det lettere å sortere data i etterkant. Først startet jeg med å transkribere innholdet fra båndopptakeren. Deretter leste jeg igjennom innholdet flere ganger, og fikk en oversikt over hvilke tema som kom tydelig fram. Jeg laget fire hovedkategorier, med aktuelle tema under hver hovedkategori. Jeg sorterte så innholdet fra transkripsjonen i de ulike temaene, og markerte hvilke sitater jeg kunne bruke innenfor hvert tema. Etter dette startet arbeidet med å skrive ut funnene i en rapport.

## 4 Funn og drøfting

Ut ifra intervjuet kom det frem flere interessante funn som er relevante for problemstillingen. Jeg har systematisert disse i 4 kategorier; *generelle erfaringer knyttet til motiverende intervju, faktorer som er viktige for et positivt resultat, utfordringer i motivasjonsarbeid i rusbehandling og hva vil det egentlig si å lykkes?* Funnene er tematisert og presentert under hver kategori, derfor er det naturlig å ta drøftingen tematisk knyttet til hver av disse kategoriene. En del av temaene i de neste delkapitlene henger tett sammen, så derfor må systematiseringen leses i lys av dette. Direkte sitat fra intervju er i funnene markert med *kursiv*.

### 4.1 Generelle erfaringer med motiverende intervju (MI)

Funnene innenfor denne kategorien er systematisert i fire tema, der intervjupersonens erfaringer knyttet til selve metoden motiverende intervju presenteres. Presentasjonen av funn drøftes tematisk opp mot relevant teori og forskning i hvert av de neste delkapitlene.

#### 4.1.1 MI som en inspirasjon for samtale

På behandlingsstedet blir MI-teknikker brukt mye, men ikke som planlagte behandlingstimer. Intervjupersonen forteller at hverdagen her kan være uforutsigbar og mer preget av at man må ta ting som de kommer, og møte folk når de er der.

*Vi bruker nok MI-teknikker mye. Kanskje ikke alltid ved å tenke over at det er det vi gjør, men det er en forståelse av motivasjon eller endring som vi tenker samsvarer med hvordan vi ser verden på, og som oppleves meningsfull.*

Konfrontasjon har en liten plass her, sammenlignet med noen andre typer rusbehandling.

*Vi er mer opptatt av å finne ut hva de ønsker, hva som er viktig for de og hvilke målsettinger de har – og eventuelt vi kan bistå med.*

I funnene ser vi at behandlingsstedet er opptatt av å støtte opp under klientens egne ønsker og målsettinger, og at de på denne måten har fokus på autonomi. Autonomi er et sentralt prinsipp i holdningssettet til MI, og handler om å respektere den andres rett til å ta egne valg (Miller & Rollnick 2013:45). Dette prinsippet kommer også frem i tanken om at MI er en klientbasert metode, der målet er at klienten skal snakke seg selv til endring (s.58). Respekt for den andres autonomi er i følge teorien med på å åpne opp samtalen, mens konfrontasjon kan vekke protest og en følelse av frihetsberøvelse (s.46). Respekt for den andres autonomi legger altså grunnlaget for en tosidig åpenhet i samtaler om endring, noe som er viktig for dannelse av et godt samarbeidsforhold og den videre endringsprosessen.

#### **4.1.2 Samtaleteknikk og kommunikasjon**

Intervjupersonen forteller at elementer fra MI-metoden som for eksempel ambivalensutforskning blir brukt i samtale, sammen med åpne og utforskende spørsmål for å finne ut av hva som skal til for at brukerne skal gå i gang med en endringsprosess. For å holde seg oppdatert på MI-metoden blir dette jevnlig tatt opp på fagmøter.

Funnene gjør det vanskelig å drøfte om samtaleteknikken i MI er en faktor som er av stor betydning for resultatet av behandlingen, da behandlingsstedet kun bruker elementer av metoden i behandling. Bruk av åpne og utforskende spørsmål er likevel viktige kommunikasjonsteknikker i MI, sammen med bekreftelse, refleksjon og oppsummering av samtalens innhold (Miller & Rollnick 2013:93).

Travelbee mener kommunikasjon danner grunnlaget for å skape et godt menneske-til-menneske forhold, både gjennom non-verbal og verbal kommunikasjon (Travelbee 1999:135). Wormnes skriver om viktigheten av *tilstedeværelse* i øyeblikket. Han mener vi kommuniserer både med kroppsstilling, ansiktsuttrykk, pust, språktone og lydstyrke, og at dette kan være med å påvirke både kommunikasjonen og relasjonen mellom to parter (2013:104). Egne erfaringer underbygger at hverdagen i rusomsorgen kan være svært uforutsigbar. Jeg tenker derfor at tilstedeværelse er ekstra viktig. Åpne og undrende spørsmål legger til rette for åpenhet i samtalen, og dermed grunnlag for dannelse av en

trygg relasjon mellom partene. Det vi kommuniserer i øyeblikket avslører om vi er tilstede og klar til å møte den andre.

#### **4.1.3 MI som en relasjonsfremmende metode**

Intervjupersonen trekker fram at hans erfaring er at MI er en god måte å jobbe med motivasjon på, som også er relasjonsfremmende. Jo mer man bruker metoden, jo bedre relasjon får man, og jo tydeligere kan man av og til være – gitt at relasjonen er trygg, selv om ikke det ligger implisitt i en MI- måte å tenke på.

Miller har utarbeidet metoden ”motiverende intervju”, og samtidig drevet forskning på betydningen av relasjonelle faktorer i behandling. Det kan derfor tenkes at Miller har implementert en del av disse faktorene i MI. Vi kan blant annet se spor av relasjonelle faktorer i holdningssettet til MI, der *partnerskap*, *aksept*, *medfølelse* og *fremkalling* er fire viktige elementer (Miller & Rollnick 2013:42). Forskning viser at flere av disse faktorene kan virke relasjonsfremmende, noe jeg kommer til å utdype nærmere under kapittel 4.2.

#### **4.1.4 Rom for å supplere med andre teknikker**

*Har man en trygg og god relasjon med folk, så har man av og til råd til å gi de et lite spark bak, altså å være litt tydeligere på ting.*

Intervjupersonen forteller videre at dette krever en god relasjon, som kanskje har blitt opparbeidet gjennom flere år. Han trekker frem det å ha positive forventninger til folk, i tillegg til å tidvis kunne stille noen krav.

*Positive forventninger kan være; Altså, jeg tror faktisk at du klarer å gjennomføre dette, eller; jeg tror du klarer å møte her i morgen. Det går veldig fint hvis du tenker deg litt om, går i gang med det og gjennomfører det. Når det gjelder krav kan det for eksempel handle om akseptert adferd; Jeg aksepterer faktisk ikke at folk truer meg og lignende.*

Slike ting kan være med på å fremme en endring i adferd, selv om det i utgangspunktet ikke er en del av motiverende intervju som metode. Intervjupersonen poengterer at de i

dette tiltaket hovedsakelig jobber med å få folk *inn* i behandling, og at teknikker som positive forventninger og krav kan fungere da.

Verdiene i MI legger vekt på å støtte klientens autonomi og samtidig ha en samarbeidende og ikke-dømmende holdning (Barth, Børtveit & Prescott 2013:22). Kommunikasjonen skal være preget av blant annet åpne spørsmål, bekreftelse og refleksiv lytting (Miller & Rollnick 2013:92-93). Hvorvidt dette er prinsipp og teknikker som må stå alene kan i lys av disse funnene diskuteres. Å ha positive forventninger og stille krav er i utgangspunktet ikke en del av en MI- måte å tenke på, og kan sees på som ødeleggende. Basert på funnene kan man likevel argumentere for at dette kan fremme endring.

Jeg tenker at tillit har en sentralt plass her. Egen erfaring er at det er lettere å være tydeligere på ting i relasjoner som er preget av tillitt, der den andre har erfart at man ønsker dem vel. Å bygge opp en relasjon preget av tillitt tar tid, i funnene ser vi at det kan ta flere år. Kanskje kan man tenke at å supplere med ”tydeligere” teknikker kan fremme endring hvis det er gjort på rett tid, mens det kan virke ødeleggende om det blir gjort for tidlig.

## **4.2 Faktorer som er viktige for et positivt behandlingsresultat**

I dette kapittelet presenteres spesifikke faktorer intervjupersonen erfarer som viktige for et positivt behandlingsresultat. Disse må leses i lys av funn fra forrige kategori. Funnene drøftes opp mot teori og forskning i hvert delkapittel. I delkapittel 4.2.1 ”Relasjonen mellom pasient og behandler” deler jeg drøftingen inn i to undertema; *anerkjennende relasjoner* og *menneske-til-menneske forhold*.

### **4.2.1 Relasjonen mellom pasient og behandler**

*Relasjonen er viktig, og kan være avgjørende i om man får til noe. Det er viktig at folk stoler på oss, og tror på at vi er til hjelp på en eller annen måte. Det er viktig at de opplever å bli sett og hørt.*

Intervjupersonen forteller at de noen ganger opplever å bli testet eller utfordret i forhold til akkurat det. Brukere trenger å vite om behandlerne kommer til å støtte dem selv om de ikke alltid er like lette å ha med å gjøre.

*Vi har ulike styrker og svakheter som kanskje klaffer bedre med noen, andre med andre.*

Den som får en god relasjon med en pasient, ender ofte opp med å bli primærkontakt. Noen ganger kan det være vanskelig å få til en god dialog, og da kan det hjelpe å finne en litt annen innfallsvinkel der man møtes på litt andre premisser enn det å snakke om behandling og medisiner.

*Vi prøver å være på tilbudssiden i forhold til det å følge folk til møter eller ut av poliklinikken på ulike vis. Det er jo veldig ofte sånn at mer uformelle samtaler i andre type settinger kan være veldig gode relasjonsbyggende arenaer hvor man møtes på et litt annet nivå enn å være pasient og behandler.*

I disse funnene ser vi at relasjonen er viktig, og faktisk også avgjørende for hvordan behandlingen forløper. Miller og Moyers skriver at; ”When a specific treatment is delivered in the context of an interpersonal relationship, the two are inseparable” (2014:407). De mener relasjonen er av stor betydning i all terapeutisk behandling. Forskning viser at metoden motiverende intervju gir gode resultater, men at resultatet sammenlignet med andre kjente metoder er forholdsvis likt (Smedslund m.fl. 2011). En annen studie viser derimot at relasjonen og den terapeutiske alliansen mellom klient og hjelper er av stor betydning for resultat av behandlingen (Miller & Moyers 2014:401). Wormnes er av samme oppfatning og viser til forskning der relasjonen var av mye større betydning enn hvilke metoder eller teknikker man valgte å bruke (2013:18). Teorien peker her i retning om at spesifikke faktorer knyttet til metoden man velger å bruke er viktig, men ikke er avgjørende for resultatet. Relasjonelle faktorer kan derimot være av svært stor betydning. Videre vil jeg trekke inn noen relasjonsbyggende faktorer som kan kobles opp mot disse funnene:

### ***Anerkjennende relasjoner***

Intervjupersonen trekker frem at behandlerne noen ganger opplever å bli testet på om de faktisk kommer til å støtte klientene på tross av problematisk atferd. Kanskje kan dette ha en sammenheng med teorien rundt betydningen av anerkjennende relasjoner. I en behandlingsrelasjon kan behandleren få en form for maktposisjon, der den andre i relasjonen er avhengig av anerkjennelse for å kunne bygge opp indre styrke. Klienten vil ha en frykt for å bli kontrollert og forlatt (Bae 1992:37), eller i denne sammenhengen kanskje en frykt for å bli ”gitt opp”. Anerkjennelse i relasjonen til tross for problematisk atferd, og klarhet på at man aldri gir noen opp, kan i lys av teorien hjelpe den andre i prosessen med å bygge opp indre styrke. Intervjupersonen understreker viktigheten av å aldri gi noen opp. Dette kommer jeg tilbake til i delkapittel 4.2.5.

### ***Menneske-til-menneske forhold***

I funnene kommer det frem at det å møtes i andre settinger kan være relasjonsbyggende. Arenaer utenfor behandlingsstedet kan gjøre at man møtes på et litt annet nivå enn ”pasient” og ”behandler”. Travelbee understreker viktigheten av å se forbi rollene som ”sykepleier” og ”pasient”, og se hverandre som unike mennesker (Travelbee 1999:171). Da kan et menneske-til-menneske forhold dannes, som åpner opp for at erfaringer og opplevelser kan deles (s.41). Funnene viser at det tidvis kan det være vanskelig å få en god dialog mellom hjelper og klient, og i lys av teorien kan det tenkes at grunnen er manglende evne til å se forbi rollene som ”sykepleier” og ”pasient”. Dannelse av et menneske-til-menneske forhold kan legge til rette for det Travelbee kaller terapeutisk bruk av seg selv, som handler om å bruke personligheten sin bevisst i møte med den andre der målet er å lindre plager (s.44). Travelbee kaller sykepleier en ”endringsagent (s.30), og i lys av hennes teori kan man tenke at det å møtes i andre settinger kan legge til rette for både dannelsen av et menneske til menneske forhold, samtidig som sykepleier da får mulighet til å fremme endring ved å bevisst bruke personligheten sin i møte med den andre.

#### 4.2.2 Viktigheten av å bli sett

*Nå ved jul var det en tidligere pasient som ringte og takket for julekort som vi hadde sendt under behandlingen. Det var det julekortet de hadde fått det året, og pasienten fortalte hvor mye det hadde betydd at det kom noe i posten, mens vedkommende var i behandling. Og det sier vel kanskje noe om at man da blir sett på en annen måte enn liksom den profesjonelle... og at det av og til kan være viktig. En sånn menneskelig omsorg der man bryr seg, og tenker på deg.*

Slike ting er ikke en del av en behandlingstilnærming i utgangspunktet, men kan gjøre stor forskjell. Intervjupersonen forteller at de prøver å besøke folk hvis de er på sykehuset, ringer og spør hvordan det går med folk, og av og til minner dem på at noen tenker på dem.

*...Ikke for å jakte de ned på noe som helst vis, men litt sånn.. ja, genuin omtenksomhet for folk da, og det håper jeg jo og tenker jeg jo bidrar i et motivasjonsarbeid på en eller annen måte. Han nevner at det å bli sett er noe pasienter har trukket frem som positivt ved tiltaket.*

Ønsket om å se klientene og ville dem vel er funn som kan knyttes opp mot empati og medfølelse. Miller og Rollnick sier at ”empati er evnen til å sette seg inn i den andres referanseramme” (2013:45), mens *medfølelse* handler om å fremme den andres vel og prioritere dens behov (s.47). Wormnes skriver at empati kan være med å bryte isolasjon og styrke myndiggjøring der klienten kjenner på frykt i møte med det som er ukjent. Han henviser også til forskning som viser at følelsen av å bli forstått danner trygghet, som igjen kan lede til større åpenhet og stabilitet hos klienten (Wormnes 2013:55). I lys av dette kan man tenke at å bli sett når livet er vanskelig, kan gi en følelse av å bli forstått. Handlinger der man gjør en innsats for å sette seg inn i referanserammene til den andre, kan legge til rette for en større åpenhet hos klienten, og styrke dens egen evne til å gjennomføre endring.



Jeg tenker at empati er noe av det viktigste i opparbeidelsen av tillitt i en relasjon. Empati kan bidra til at hjelperen forstår klientens opplevelser, slik at man bruker metoder eller innfallsvinkler som samsvarer med klientens erfaringer og preferanser (Wormnes 2013:56). Det kan være å besøke folk på sykehuset, eller sende de et julekort. Jeg tenker at sensitivitet for den enkeltes behov er viktig både for at behandlingen skal være mest mulig riktig, og for at klienten skal føle seg sett og forstått. Travelbee mener empati er en *bevisst* intellektuell prosess (1999:193). Dette peker i retning om at hjelper bevisst må sette seg inn i referanserammene til den andre, og ha en tro på at det er verdt innsatsen.

#### **4.2.3 Endring er pasientens prosess**

*Jeg tenker at det er, og vil vedvare å være viktig for oss å være på et sted hvor vi støtter opp under at endring er pasientens prosess.*

Intervjupersonen understreker flere ganger viktigheten av dette, i tillegg til viktigheten av å minne seg selv på å bli flinkere til å bruke teknikker innenfor MI; *Å utforske ambivalens, og jobbe med å få fatt i hva pasientene selv mener er viktig for endring.* Dette er ofte vanskelig, men likevel sentralt.

*Man må prøve å finne den veien der folk er med på sin egen endringsprosess, det er vanskelig å tvinge folk til å leve et annet liv enn de gjør hvis de ikke på en eller annen måte vil det selv. Noen ganger kan man tenke at "sånn her blir du kvitt rusavhengigheten din" og "dette funker for alle", men sensitivitet for den enkeltes ønsker og mål er viktig for at en som ønsker endring beholder motivasjonen.*

Funnene understreker her viktigheten av at endring er klientens prosess. Respekt for klientens egen endringsprosess danner grunnlaget for samarbeid. I motiverende intervju er samarbeid utgangspunktet for metoden. Dette samarbeidet kan etableres i løpet av et øyeblikk, eller det kan ta lengre tid (Miller & Rollnick 2013:54). Wormnes beskriver samarbeid eller *arbeidsallianse* som evnen til å danne seg felles enighet og forpliktelse mot oppgaver og mål i relasjonen mellom klient og behandler. Han beskriver videre *terapeutisk allianse* som evnen til å skape personlige bånd i denne relasjonen (2013:59). Samarbeid kan være utfordrende, kanskje spesielt i rusbehandling der man "konkurrerer"

med rusmidler. Endringsprosesser er et langt og hardt arbeid, og krever mye fra både klient og hjelper. Samtidig viser forskning at *kvaliteten* på samarbeidsforholdet, vurdert ut ifra et klientperspektiv, er avgjørende for om klienten blir i behandling eller dropper ut (Meier m.fl. 2006).

#### **4.2.4 Behandlers troverdighet**

Behandlers troverdighet er viktig i det å jobbe med motivasjon hos andre.

*Hvis jeg ikke tror på prosjektet, blir jeg en dårlig endringsmotivator.*

Det å ha en underliggende tro på at dette nytter og ”dette nytter for deg”, er viktig for å fremstå troverdig og for å kunne fremme motivasjon hos den andre. Samtidig er det viktig å kunne stå inne for metoden som blir brukt i motivasjonsarbeid.

*Du må kanskje kunne si at jeg ville opplevd endring på den måten hvis det var jeg som skulle gjøre den endringen.*

Om man bruker en metode med elementer man ikke kjenner seg så godt igjen i, kan dette minske troverdigheten. Intervjupersonen trekker frem at motiverende intervju på mange måter samsvarer med hvordan han, og andre ansatte i tiltaket, ville ønsket å opplevd endring selv, og at dette er noe av grunnen til at denne måten å jobbe på oppleves som meningsfull.

Travelbees teori underbygger disse funnene med å si at sykepleiere bør bruke de metodene som føles naturlig, der man er fortrolig med *hva* man vil oppnå og *hvorfor* man bruker dem (Travelbee 1999:154). Å ha en underliggende tro på at arbeidet faktisk nytter er viktig for å fremstå troverdig. På den måten kan man si at behandlers fortrolighet med metoden kan påvirke behandlers troverdighet. Behandlers troverdighet kan igjen påvirke resultatet av behandlingen.

Opplevelse av mening kan også kobles inn mot disse funnene. Wormnes sier at opplevelse av mening, skaper følelser som håp og optimisme. Disse følelsene er sentrale i

om klienten er mottakelig for behandling (2013:16). Intervjupersonen trekker frem at opplevelse av mening i behandlingen også er viktig for behandleren, og at å ha en faktisk tro på at arbeidet nytter kan påvirke motivasjonen til klienten. Travelbee mener derimot at mening er personlig og subjektivt, og at det ikke kan overføres fra et menneske til et annet. Mening kan oppstå når en person opplever at han har verdi og er betydningsfull (1999:226-227). Her tenker jeg at selve følelsen av mening ikke kan overføres mellom mennesker, men at man som hjelper kan være med å trekke frem *spirende* følelser av mening hos klienten ved å ha en tro på at arbeidet nytter og ved å gi klienten verdi.

#### **4.2.5 Ikke gi opp – ”hvert forsøk har en verdi i seg selv”**

Å gi folk nye sjanser og ikke gi opp, er noe intervjupersonen gjentakende trekker frem som sentralt.

*At pasienter ikke blir opplevd som håpløse. Selv om det kan gå både en og to og tre og femten runder før de kommer et reelt steg videre.*

Det er så mange faktorer som skal til for at alt skal klaffe, og dette er viktig å ha med seg i tankene når pasienter prøver på nytt og på nytt. Sammen med tanken på at hvert forsøk har en verdi. Plutselig så klaffer det.

Egne erfaringer underbygger at det er mange faktorer som skal til for at alt skal klaffe. På mange måter kan det være lett å miste motet når klienter prøver å gjennomføre behandling for tjuende gang. Likevel er det kanskje akkurat her det er ekstra viktig at hjelperen ikke gir opp, men holder fokus på faktorene som kan hjelpe den enkelte i forsøket på å lykkes - og tenke at *hvert forsøk har en verdi i seg selv*.

Hvilken erfaring klienter sitter igjen med etter en behandling, vil virke positivt eller negativt inn på videre forsøk (Wormnes 2013:157). Dermed kan man tenke at positive erfaringer knyttet til en behandling, blant annet gjennom faktorer som tillit, anerkjennelse, samarbeid og empati vil være med å legge et større grunnlag for å lykkes neste gang. Hvert forsøk har en verdi i seg selv, og gir etter denne tanken også potensielt positiv verdi til videre forsøk.

### **4.3 utfordringer i motivasjonsarbeid – fra et behandlerperspektiv**

Utfordringene i motivasjonsarbeid med denne gruppen mennesker er mange. Under denne kategorien presenteres funnene i tre tema med tilhørende drøfting. Etter dette kapittelet presenteres teori og drøfting rundt temaet ”hva vil det si å lykkes?”.

#### **4.3.1 Hva kan årsaken til varierende motivasjon være?**

Intervjupersonen nevner ulike utfordringer i arbeid med denne gruppen mennesker, blant annet at det kan være lett å si at ”han ville ikke” eller ”han var ikke motivert”, i stedet for å gå litt i dybden på hvorfor ikke brukeren var motivert.

*Det er ikke vanskelig å finne begrunnelse for at folk ikke er motiverte, det er stort sett ganske enkelt her på huset.. Så det er vi jo klar over - at man av og til må være mer ryddige i problemstillinger, og prøve få litt fatt i hva de egentlig handler om.*

Intervjupersonen sier at noen ganger kan det handle om:

#### ***Frykt for det ukjente***

*Det man har er trygt, altså uansett hvor kjipt eller dårlig eller utrygt ting er så vet man i hvertfall hva et er. Det å skulle gjøre noe annet kan være skremmende uansett om man tenker at det skal bli bedre. Endring er utfordrende og ukjent. Denne frykten kan mange ganger være kamuflert. For eksempel som ”jeg skal bare gjøre det først”.*

#### ***Frykt for å feile***

*Tidligere erfaringer og opplevelser kan gjøre det vanskelig å gå tilbake å si at beklager, nå skal jeg leve et annet liv.... Mange har kanskje sagt slike ting flere ganger, men endt opp med å skuffe både folk rundt seg og seg selv.*

#### ***Usikker fremtid***

*...Man stiller jo ikke fremst i noen allmenn jobbsøkerkø eller sånne ting når man har en lang ruskarriere bak seg, lite arbeidserfaring og kanskje man har droppet ut av skolegang osv. Slike utfordringer kan virke uoverkommelige, og motivasjonen derfor kan være varierende.*

### ***Vanskelig å stå i motivasjon over tid***

Det er vanskelig å stå i motivasjon over tid, uansett hvor motivert man er eller hvor godt man vet man burde gjøre denne endringen. *Det tror jeg ikke er noe unikt med rusavhengige som sådan, samtidig så er det veldig lite i behandlingsapparatet som kan konkurrere med effekten av rusmidler for å ta bort ubehag.*

Flere av årsakene til varierende motivasjon kan knyttes til håp eller mangel på håp. Wormnes sier at forventning om bedring, skaper bedring (2013:157). Travelbee definerer håp på denne måten: ”Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger i det oppnåelige” (1999:117).

Å ha et håp eller en forventning om bedring kan være utfordrende for mange i rusbehandling. Funnene viser at en av utfordringene i motivasjonsarbeid er klientens frykt for å feile. Mange har utallige ganger forsøkt å komme seg ut av et liv preget av avhengighet, og sitter dermed igjen med en frykt for å skuffe seg selv og andre enda en gang. Travelbee sier at håpløshet kan oppstå etter avvist hjelp eller når lidelsen i livet har vært intens for lenge. En slik person vil føle seg fanget i sine egne problemer, og har for stor smerte til å klare å tenke framover. Håpløshet kan vise seg gjennom atferd som likegyldighet, aggresjon, fortvilelse og desperasjon (Travelbee 1999:122-123).

Egen erfaring er at slik type atferd dessverre er forholdsvis vanlig i møte med mennesker med rusproblematikk. Håpløsheten har hos mange fått stor plass, spesielt på dager uten rus der omstendighetene rundt eget liv plutselig blir litt for klare. Årsaken til håpløshet blant mennesker med en rusavhengighet er ganske sikkert sammensatt, likevel er det mulig å tenke at en av årsakene kan være opplevelsen av å bli forlatt – å ikke få den hjelpen man trenger på riktig tidspunkt. Intervjupersonen understreker flere ganger viktigheten av å aldri gi folk opp. Å være tilgjengelig og klar når noen ønsker å gjøre et nytt forsøk. Trygghet på at man vil få den hjelpen man trenger, når man trenger den er

ifølge Travelbee grunnleggende for å bevare og utvikle håp (1999:118). Hun mener dette er en viktig sykepleieoppgave, der kvalifisert omsorg, villighet og tilgjengelighet er tre sentrale stikkord (s.123).

Fravær av håp hos den andre vil gjøre det vanskelig å fremme motivasjon. Å ha en tro på at arbeidet nytter, å være tilgjengelig når klienten ønsker endring sammen med sensitivitet for atferd som er et resultat av håpløshet er noen viktige oppgaver for hjelperen.

#### **4.3.2 Langt og hardt arbeid**

*Det er ikke gull og grønne skoger vi selger. Det er et langt og hardt arbeid vi tilbyr, og i bunn og grunn så tar vi også bort det mest effektive for å dempe eller ta bort ubehag på kort sikt – som ofte er rusmidler.*

Intervjupersonen understreker viktigheten av å være åpen og tydelig på dette fra starten av. Det kan kreve mye å stå i slike prosesser. Spesielt for brukeren - men også som fagperson kan man oppleve å bli utslitt.

Teorien viser at å holde på motivasjonen gjennom endringsprosesser krever ekstra energi, krefter og tid. Motivasjonen kan variere gjennom en endringsprosess, og til tider kan det virke umulig å overkomme hindringene som oppstår underveis (Barth m.fl. 2013:25).

Ved endring som innebærer redusert rusbruk vil man ofte kjenne på intense abstinenssymptomer, samtidig som livet kan føles grått og kjedelig (s.28). Egen erfaring er at psykiske problemer som angst og depresjon kan få større utslag i disse periodene. Blant annet siden omstendighetene rundt eget liv blir tydeligere. Funnene understreker at å stå i denne prosessen virkelig er et langt og hardt arbeid. Tydelig på dette fra starten kan forberede klienten på hva som ligger foran. Samtidig tenker jeg at det i slike situasjoner er viktig at hjelpere støtter hverandre, for å unngå å bli utslitt.

### **4.3.3 Å være vitne til dårlige valg**

*Det kan være vondt å se på rett og slett, at folk velger å ruse seg i stedet for å dra på avrusning for eksempel.*

Intervjupersonen forteller at man jo som fagperson vet en del om risikoen til slik type adferd, og at det kan være en utfordring å være vitne til at folk gang på gang gjøre andre valg enn det man tenker er riktig.

Dette er en utfordring hvor prinsippet om autonomi kan virke vanskelig å etterleve. Her er det også en utfordring å ikke møte klienten med konfrontasjon. Travelbee beskriver sykepleier som en endringsagent, da målet for sykepleie ofte innebærer en eller annen form for endring hos den hos pasienten for å opprettholde størst mulig grad av helse (1999:30). I tilfeller der man er vitne til dårlige valg kan man si at det blir en konflikt mellom ønsket om å være en endringsagent for å opprettholde helse, og samtidig respektere den andres rett til å ta egne valg. Sykepleier, og andre fagpersoner, har som intervjupersonen sier kunnskap om risikofylt atferd, og samtidig et sterkt ønske om å fremme helse. Denne utfordringen møter man på i mange deler av helsevesenet, men kanskje blir det ekstra tydelig i arbeid med rusavhengighet der destruktiv atferd er såpass åpenbar.

### **4.4 Hva vil det si å ”lykkes”?**

*Jeg tenker at vi lykkes når folk opplever de har det bedre, på en eller annen måte.*

Folk innenfor denne brukergruppen har ofte sammensatte utfordringer, både i forhold til rus, sosial situasjon, økonomi, utdanning og psykisk helse. Det kan være vanskelig å måle ”hvem lykkes” når det er så mange faktorer som spiller inn. Å få folk inn i ordinær behandling kan være én måte ”å lykkes på”, alt etter hvilken definisjon man bruker.

*...Samtidig kan vi jo ha folk som har det veldig bra en periode, og så skjærer det seg. De er i ferd med å gå over i en annen behandling, og så har vi jo.. vi har jo lykket i den perioden de hadde det bra - eller bedre - allikevel.*

Intervjupersonen forteller videre at mange ganger ønsker nok behandlere å lykkes mer, samtidig som man ikke har kontroll over hele behandlingsforløpet. Det er mange ting som skal klaffe.

*Kanskje vi lykkes med at noen bruker mindre rusmidler, så da har vi jo lykket med noe i hvertfall. Også er det jo også et spørsmål om hvem det er som lykkes – er det oss eller brukeren?*

Forskning måler ofte effekten eller resultatene fra behandling i redusert rusbruk. Større reduksjon i rusbruk, vil si et vellykket resultat. Likevel er det da et spørsmål om hvem som lykkes – behandlingsstedet eller klienten? På en side kan man si at reduksjon i rusbruk er noe som de fleste i rusbehandling ønsker, og at det derfor er et greit utgangspunkt for å si noe om effekten av rusbehandling. Intervjupersonen mener derimot at det er vanskelig å måle hvem som lykkes i rusbehandling. Noen kan oppleve å ha det bedre i perioder, mens andre opplever bedring over lang tid. Begge deler er en måte ”å lykkes” på. Fra et behandlerperspektiv kan ”å lykkes” være å få folk inn i behandling, mens fra et klientperspektiv kan det være noe helt annet. Med utgangspunkt i at man lykkes når folk opplever de har det bedre, vil ”å lykkes” være svært individuelt. For noen kan det være å komme i jobb, for andre å opprettholde kontakt med familie. Noen vil kun oppleve å lykkes ved å være rusfri, mens andre er fornøyd med å redusere rusbruken. Slike tanker er viktige å ha med seg i utforskningen av hva den enkeltes mål og ønsker er.



## 5 Konklusjon

Gjennom intervju har jeg presentert en fagpersons erfaringer med bruk av *motiverende intervju*. Sentrale funn er drøftet opp mot teori og forskning. Uansett hvordan man definerer ”å lykkes”, vil ulike faktorer virke inn på resultatet av behandling. Funnene viser at spesifikke faktorer knyttet til MI som metode, samt relasjonelle faktorer knyttet til flere typer terapeutisk behandling er viktige elementer for å lykkes. Funnene viser videre at den mellommenneskelige relasjonen kan være *avgjørende* for resultatet av behandling, noe som er i god overensstemmelse med forskningen. Da relasjonelle faktorer er svært viktige for et positivt resultat, vil noen viktige sykepleieroppgaver være å bruke kunnskap og ferdigheter til å skape og opprettholde en god og trygg relasjon til klienten. I tillegg er det viktig å holde seg oppdatert på hva forskningen sier er viktige faktorer knyttet til gjennomføring av behandling.

Denne oppgaven har hatt et gjennomgående behandlerperspektiv, og det er derfor naturlig at fokus har vært på hjelperens ansvar i dannelsen av gode relasjoner. En relasjon er likevel en dynamisk prosess mellom to parter. Et spørsmål man kan stille seg er hvilken betydning den andres evner til å danne gode relasjoner har. Vil de som evner å danne gode relasjoner i utgangspunktet ha lettere for ”å lykkes” med behandling? Er det en sammenheng mellom hvor dype problemer klienten har, og tilsvarende dennes evne til å danne gode relasjoner? Slike spørsmål krever et klientperspektiv, og kan være interessante for videre undersøkelse.

## Litteraturliste

- Andresen, N.E. (2012) Motiverende samtale. I: Kari Lossius (red.) *Håndbok I rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barth, Børtveit & Prescott (2013) *Motiverende intervju – samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bae, B., Waastad, J.E. (1992) *Erkjennelse og anerkjennelse – perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bae, B. (1992) Relasjon som vågestykke – læring om seg selv og andre. I: Bae, B., Waastad, J.E. (red.) *Erkjennelse og anerkjennelse – perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk 5. Utgave
- Folkehelseinstituttet (2015) *Avhengighet – faktaark*. Hentet 02.02.17 fra: <https://www.fhi.no/ml/alkohol/avhengighet---faktaark/>
- Folkehelseinstituttet (2016) *Ruslidelser i Norge*. Hentet 14.02.17 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse-og-sykdom/hovedpunkter>
- Ivarsson, B.H., Ortiz, L., Wirbing, P. (2015) *MI – Motiverende samtaler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet.no (2016) *Motiverende intervju som metode*. Hentet 27.01.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>
- Glasdam, S. (2015) *Bachelorprosjekter indenfor det sundhetsfaglige område – indblik i vitenskapelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Jellestad, F.K. (2012) Hjernen og rusavhengighet. I: Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2014) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lossius, K. (2012) Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lovdata (2015) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet 25.01.17 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Bruke, B.L (2011) A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of empirical Studies. *Research on social work practice* 20(2): 137-160. DOI: 10.1177/1049731509347850
- Malt, U. (2015) *Strukturert Intervju*. I Store norske leksikon. Hentet 10.02.17 fra: [https://snl.no/strukturert\\_intervju](https://snl.no/strukturert_intervju)
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C. & Heller R.F. (2006) The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment drop out. *Drug and Alcohol dependence*, 83 (1): 57-64. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010
- Miller, R.W. & Moyers, T.B. (2014) The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110:401-413. DOI: 10.1111/add.12693
- Miller, R.W. & Rollnick, S. (2013) *Motiverende samtale – støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. (2011) Motivational interviewing for substance abuse. *The cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.
- Store norske leksikon (2017) *Metaanalyse*. Hentet 07.03.17 fra: <https://snl.no/metaanalyse>
- Svendsen, L. F. H. (2015) *Lykke*. I Store norske leksikon. Hentet 14.02.17 fra <https://snl.no/lykke>.
- Teigen, Karl Halvor (2016). *Motivasjon*. Hentet 02.02.17 fra: <https://snl.no/motivasjon>
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wormnes, B. (2013) *Behandling som virker – relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

## Vedlegg:

### **Intervju-guide**

Det skal informeres om at intervjuet og funnene blir anonymisert, og at funnene vil bli transkribert og analysert i etterkant av intervjuet. Intervjupersonen trenger ikke å svare på alle spørsmål, og kan velge å avslutte intervjuet når som helst. Det vil bli brukt lydopptaker uten internettilkobling under intervjuet. Det skal innhentes muntlig samtykke før intervjuet blir gjennomført.

### **Problemstilling:**

*Praktiske erfaringer med motiverende intervju i rusbehandling – hvilke faktorer er viktige for å lykkes?*

### **Bakgrunnsopplysninger**

- *Hvilken helsefaglig bakgrunn har du?*
- *Hva gjorde at du startet å arbeide innenfor rusomsorgen?*
- *Hva er din rolle i Lasso-prosjektet?*

### **Lasso-prosjektet**

- *Hva går Lasso-prosjektet ut på? Hvorfor ble det startet? Hva er målet med arbeidet?*
- *Hva kan Lasso tilby som ikke andre prosjekter/tiltak innenfor rusomsorgen kan tilby?*
- *Bygger Lasso på noen bestemt ideologi?*
- *Er prosjektet tilknyttet eller bygget på forskning? På hvilken måte?*

### **Brukergruppen i Lasso**

- *Hvem er ”brukeren” i Lasso? Statistikk?*
- *Hvor mange brukere er innom dere i løpet av et år?*
- *Hvor mange % blir sendt videre til annen type behandling fra Lasso?*
- *Hvilke krav stiller dere til brukeren for å kunne starte opp med substitusjonsbehandling?*
- *Hvordan hører brukere om Lasso, og hvordan kommer de i kontakt med dere?*

- *Hva skjer videre - etter en bruker har tatt kontakt med Lasso?*

### **Motivasjon hos brukere**

- *Hvilke tanker har du rundt begrepet motivasjon?*
- *Hvordan arbeider dere i Lasso for å kartlegge evt. fremme? (ytre ->indre) motivasjon hos brukerne dere møter?*
- *Hva vil du si er noen av de viktigste faktorene for at brukere skal gjennomføre behandling og unngå tilbakefall?*
- *Hvor viktig vil du si motivasjon er for et positivt resultat (=reduert bruk av opioider og/eller evt. sidemisbruk) ?*
- *Hva er de største utfordringene i motivasjonsarbeid med denne brukergruppen?*

### **Bruk av ”Motiverende intervju” som metode**

- *Hvilken erfaring har du med metoden ”motiverende intervju”?*
  - *Positive erfaringer? Negative erfaringer?*
- *Hvordan blir MI brukt i Lasso?*
- *Hvilke faktorer er etter din erfaring viktige for at motiverende intervju skal ha et positivt resultat?*
  - *Hva er viktigst? (Eks: God relasjon? Kommunikasjon? Empati? God gjennomføring av MI i seg selv? Status bruker er i under samtalen? Rammene rundt samtalen?)*
  - *Hvilke faktorer er viktige for et positivt resultat uavhengig av om MI som metode blir brukt eller ikke?*
  - *Styrker og svakheter i MI-metoden?*
- *Har du erfaring med andre metoder i motivasjonsarbeid? I så fall hvilke?*

### **Om å lykkes i arbeidet**

- *I hvilken grad vil du si at dere lykkes? Kanskje også: Hva vil det si å lykkes i dette arbeidet?*