

Ergoterapeuter og fysioterapeuters erfaringer med motiverende intervju (MI)



Terapeutrollen og klientrelasjonen

Bacheloroppgave

Diakonhjemmet Høgskole

Bachelor i ergoterapi ET11

Cathrine V. Langseth, Camilla V. Topnes

og Camilla M. Orstad

Antall ord: 12 741

31.03 – 22.05 2014

Forord

Vi er tre ergoterapeutstudenter som har skrevet denne bacheloroppgaven ved Diakonhjemmet Høgskole Rogaland. Vi har underveis i arbeidet med oppgaven fått flere viktige bidrag og hjelp fra ulike personer. Vi vil først og fremst rette en stor takk til våre to intervjupersoner, som med sine gode skildringer og erfaringer, har bidratt til å forme denne bacheloroppgaven. Vi vil også takke vår veileder Kjersti Helene Haarr som har vært behjelpelig med konkret og oppklarende veiledning underveis i oppgaven.

Tusen takk til Ingrid R. Strømsvold fra KORUS, som arrangerte at vi fikk delta på MI-seminaret og som holdt et inspirerende lynkurs i MI for oss.

Sandnes, 22. mai 2014

Camilla V. Topnes, Camilla M. Orstad og Cathrine V. Langseth

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	s. 3
1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema	s. 4
1.2 Valg av problemstilling	s. 5
1.3 Valg og avgrensninger	s. 6
1.4 Oppgavens oppbygning	s. 6
1.5 Presentasjon av forskning	s. 7
1.6 Begrepsavklaring	s. 8
1.7 Motiverende intervju	s. 10
2.0 Metode	s. 13
2.1 Innsamling av data	s. 13
2.2 Planlegging av oppgaven	s. 13
2.3 Forskningsetikk	s. 14
2.4 Valg av metode	s. 15
2.4.1 Kvalitativ metode	s. 15
2.4.2 Kvalitativt intervju	s. 15
2.5 Intervjuundersøkelse	s. 16
2.6 Planlegging til intervju	s. 17
2.6.1 Valg av intervjupersoner	s. 17
2.6.2 Forberedelse til intervju	s. 17
2.7 Hermeneutikk	s. 19
2.8 Gjennomføring av intervju	s. 19
2.9 Bearbeiding av intervju	s. 20
2.10 Validitet og reliabilitet	s. 21
2.11 Generaliserbarhet	s. 21
3.0 Resultat	s. 22
4.0 Diskusjon	s. 25
4.1 Metodediskusjon	s. 34
5.0 Konklusjon	s. 37
Kildehenvisning	s. 38

Vedlegg:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. Informasjonsskriv | 3. Intervjuguide |
| 2. Samtykke erklæring | 4. PICO skjema |

1.0 Introduksjon

Helsetilstanden til befolkningen i Norge har forandret seg mye de siste 100 årene. Før var det infeksjonssykdommer som utgjorde en stor trussel for helsen, mens helseutfordringer vi står overfor i dag, mer er rettet mot livsstilsrelaterte sykdommer. De viktigste årsaksfaktorene til denne trenden er relatert til usunne vaner- og livsstil, som inaktivitet, dårlig kosthold og røyking. I tillegg vil andelen eldre i Norge fortsette å øke, noe som gjør at flere lever med livsstilssykdommer. Regjeringen er i St.meld. nr. 16 (2002-2003) og i Meld. St. 34 (2012–2013) tydelige på at dette må det gjøres noe med.

I Meld. St. 34 (2012–2013) står det følgende: «*Helsetjenester forebygger og behandler sykdom, lindrer lidelse og gjenoppretter god helse* ». I tillegg står det følgende «*Innsatsen skal rettes mot å gjøre tjenester og arenaer i ulike faser av livet mer helsevennlige, og tilpasse den enkeltes behov...*».

I denne oppgaven har vi valgt å intervju en ergoterapeut innen hverdagsrehabilitering og en fysioterapeut i en frisklivssentral for å høre deres erfaringer med bruk av motiverende intervju. Både innen hverdagsrehabilitering og i frisklivssentraler er det vanlig med et stort fokus på- og jobbes det aktivt med endring av levevaner. Mæland (2010) hevder at menneskers vaner, levesett og handlinger har stor innflytelse på helsen, sunne levevaner vil både forlenge livet, samt øke årene uten sykdommer. En må i forebyggende arbeid, formidle sammenhengen mellom levevaner og helsen. For å finne strategiske tilnæringsmåter i påvirkningsarbeid mot enten enkeltpersoner eller omgivelsesforhold, er det nødvendig at en har en bred forståelse av hvilke faktorer som styrer menneskers handlinger (Mæland, 2010). Det er mange grunner til å endre levevanen til en sunnere livsstil. Det vil både forebygge og behandle allerede oppstått sykdom og det påvirke oss til å være mer aktive og øke mestringen i hverdagen. Gjennom ergoterapistudiet har det vært mye fokus på nettopp dette, hvor viktig og meningsfullt det er å kunne mestre egen hverdag. For å kunne mestre hverdagen etter en ulykke, eller ved en livsstilssykdom, vil en klient muligens ha behov for opptrening, trening, veiledning eller oppfølging. Kielhofner (2010b) nevner viktigheten med at motivasjonen og vilje er nødvendig for å opprettholde en endring og utførelse av aktivitet. Det er derfor viktig at vi som terapeuter motiverer våre klienter best mulig.

I følge Meld. St. 34 (2012–2013) er det viktig at helsepersonell har gode kunnskap i å veilede mennesker som trenger hjelp til å trene seg opp eller å endre vanene sine. Det stilles dermed store krav til at terapeutene har kunnskaper om hvordan en kan motivere klienter til å ta gode valg. Helsedirektoratet (2013) nevner motiverende intervju som en metode som kan være gunstig å benytte seg av i livsstilsendingsarbeid. Denne metoden å arbeide etter, hjelper terapeuten i samarbeid med klienten i å undersøke faktorer som har betydning for å gjøre en livsstilsendring og den utforsker motivasjonen hos klienten.

1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema

Som en profesjonell yrkesutøver stilles det større krav til kommunikasjons- og relasjonsferdigheter, enn det gjøres i det daglige. Relasjonskompetanse handler først og fremst om å kjenne seg selv og å forstå det som skjer i samspillet med den andre. Fordi vi ønsket å øke kunnskapen om hvordan vi kan møte våre fremtidige klienter på best mulig måte, ønsket vi å se nærmere på temaet ergoterapeutrollen og klientrelasjonen.

På tvers av moduler gjennom ergoterapistudiet, har det hele tiden vært fokus på viktigheten av god kommunikasjon og relasjon. Vi har opplevd at det har vært lite fokus på hvordan vi konkret kan få dette til i praksis, og ønsker derfor å lære mer om hvordan vi kan gjøre dette.

World Health Organization (2013) kom allerede i 2003 med en rapport «Adherence to long-term therapies, Evidence for action» at terapeutens etterlevelse er av en større betydning for om behandlingen blir vellykket. Forskingen til Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010) beskriver også at det er mye som tyder på at terapeutens personlige egenskaper har mye å si for relasjonen og utfallet av terapien. Vi mener at dette underbygger viktigheten med at vi gjennom studiet bør utvikle en praktisk kunnskap og ikke minst ferdighet til både å kommunisere og til å skape gode relasjoner.

De to ergoterapeutiske begrepsmodellene Modellen for menneskelig aktivitet og den Canadiske Modellen for Menneskelig Aktivitet har også stort fokus på viktigheten av en god klient-terapeut relasjon og at den kan påvirke intervensjonen positivt (Kielhofner, 2010b, Townsend & Polatajko, 2008). Men kanskje legger disse mindre

føringer og er mindre definerbare for hvordan vi kan gå frem for å få dette til i praksis?

Med bakgrunn i dette hadde vi et stort ønske om å se nærmere på kommunikasjonsmodeller og konkrete metoder for relasjonsbygging. Fra praksisfeltet hadde noen av oss fått et lite innblikk i hva metoden motiverende intervju gikk ut på og dens positive påvirkning. Vi ønsket derfor å undersøke denne nærmere. Selv om vi hadde fått et lite innblikk i metoden kjente vi den i liten grad. Noen i gruppa var skeptiske til denne metoden og ønsket heller å ha større fokus på terapeutrollen. Etter å ha diskutert dette ble vi enige om å begrense problemstilling til å fokusere på en metode, motiverende intervju. Motiverende intervju er en metode som i de siste årene har fått økt oppmerksomhet. Ved å bli klar over denne metoden, hadde vi et ønske om å utvikle kunnskap som vi kunne få benyttet oss av i vår fremtidige yrkespraksis uavhengig av arbeidsplass. Som tidligere nevnt hadde vi på forhånd ingen kunnskap om bruk av motiverende intervju. Vi ønsket derfor å undersøke med praksisfeltet hvordan denne metoden blir brukt og om den anses som hensiktsmessig å benytte seg av i forhold til kommunikasjons- og relasjonsarbeid, relatert til livsstilsendring.

For å bli bedre kjent med metoden deltok vi på et motiverende intervju-seminar i distriktet, der tidligere kursdeltagere samles for erfaringsutveksling og mer undervisning. Vi tok kontakt med flere kommuner for og undersøkte hvor motiverende intervju ble praktisert. Det viste seg at motiverende intervju er en godt kjent metode både i flere hverdagsrehabiliteringsavdelinger og i frisklivssentraler.

1.2 Valg av problemstilling

I starten av prosessen med å utarbeide vår problemstilling, holdt vi fokus på å innhente kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder og hvordan disse påvirket den ergoterapeutiske intervensjonen. Vi fant etter hvert ut at fokuset vårt ble for vidt i forhold til oppgavens omfang og tid. Derfor måtte vi vurdere flere vinklinger som gikk ut på relasjonen sin påvirkning i resultat av intervensjon. Her så vi og vurderte det til at det ble for utfordrende å skaffe og å få et konkret svar på vår daværende problemstilling. Vi måtte da finne en ny problemstilling som vi kunne få mer utfyllende svar på, siden vi var avhengige av gode svar som vi kunne bygge oppgaven videre på. Videre ønsket vi først kun å benytte oss av ergoterapeuter sine meninger og

erfaringer. Vi ville undersøke nærmere ved hvor stor betydning kommunikasjonsmetoder hadde, og i hvor stor grad de ble benyttet og erfart ute i praksisfeltet til ergoterapeutene.

For å få en enda større bredde på erfaringene innen ulike fagområder, valgte vi og inkluderte en fysioterapeut i problemstillingen, sammen med en ergoterapeut. Dette valget ble tatt på grunnlag av at ergoterapeuter ofte har et nært samarbeid med fysioterapeuter og for at vi var nysgjerrige på å finne ut mer om begge fagfeltene. Vi hadde behov for enda mer avgrensning og valgte å bruke begrepet livsstilsendringsarbeid, da dette kan relateres til begge arbeidsområdene til terapeutene vi intervjuet. Helsedirektoratet anbefaler som tidligere nevnt i oppgaven, at motiverende intervju er en gunstig metode å benytte innenfor livsstilsendringsarbeid. På bakgrunn av dette og etter mange tilpasninger og justeringer, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har ergoterapeut og fysioterapeut med bruk av motiverende intervju i livsstilsendringsarbeid?

1.3 Valg og avgrensninger

Vi har i denne oppgaven valgt å ha fokus på en spesifikk kommunikasjonsmetode, motiverende intervju. Ved at vi tar utgangspunkt i en metode, utelukker vi kanskje andre aspekter av klient- og terapeutrelasjonen og eventuelt andre erfaringer ergoterapeuten og fysioterapeuten kan ha fra praksis. Ved at vi har hatt fokus på kun en kommunikasjonsmetode, gjør at vi kan dypere inn i denne. I hele oppgaven har vi kun valgt relevant litteratur og forskning basert på vår problemstilling. Vi har valgt å bruke IMRoD-modellen som mal for denne oppgaven, dette for å systematisere og organisere arbeidet og funnene på en best mulig og oversiktlig måte for leseren. Nedenfor, under overskriften "oppgavens oppbygning" presenterer vi mer konkrete detaljer ved- og oversikt over hvordan vi har benyttet oss av IMRoD gjennom oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i introduksjonsdel der vi aktualiserer temaet vårt og tar utgangspunkt for nasjonale anbefalinger som ligger til grunn for bruk av motiverende intervju i livsstilsendring arbeid. Deretter kommer vi inn på hva som er vår bakgrunn

for formål og valg av tema etterfølgt av problemstilling. Videre har vi en presentasjon av aktuell forskning, noe som vi i stor grad bygger oppgaven på. I denne delen gir vi også forklaringer på ulike begreper som går igjen i oppgaven, dette for at leser lettere kan sette seg inn i og forstå helheten av oppgaven. Vi har til slutt valgt å presentere teori om motiverende intervju i denne delen. Dette begrunner vi med at det er hensiktsmessig for leser å få en tidlig forståelse av hva motiverende intervju er.

Metodedelen begynner med å presentere innsamling av data, deretter planlegging av oppgaven og forskningsetikk. Så går vi inn på valg av metode, hvorfor vi har valgt kvalitativ metode og kvalitativt intervju. Dette blir etterfølgt av planlegging, forberedelse, gjennomføring og bearbeiding av intervju.

I resultatdelen beskriver vi funnene som ble gjort i intervjuene, for deretter å drøfte disse funnene opp mot teori og forskning videre i diskusjonsdelen. Her stiller vi også en del spørsmål for å belyse våre refleksjoner omkring de ulike temaene. Til slutt i oppgaven har vi en konklusjon som kort beskriver våre funn og resultater.

1.5 Presentasjon av forskning:

«*Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach*» (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010) tar for seg terapeutens bidrag i psykoterapi i den terapeutiske relasjonen og ser denne i sammenheng med utfall av terapien. Forskingen bygger på spørreskjema der terapeutene har vurdert seg selv og sin behandling. Den konkluderer med at det er viktig å etablere en god relasjon tidlig i et behandlingsforløp og setter fokus på at terapeutens egenskaper og kvaliteter har betydning for relasjonen. Den viser til betydningen av at terapeuter bør utvise en varm og positiv holdning for etablering av en god relasjon og viser til at terapeuter bør gå i seg selv og bli observante sine egne holdninger.

Hensikten med forskningsartikkelen "*Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*" (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005) er å se på effekten av MI i forhold til ulike diagnoser og hva MI kan bety for utfall av terapien. Denne ser på 72 publikasjoner utgitt fra og med 1991 - 2003 ut i fra søk i 16 ulike databaser. Denne kommer frem til at MI kan være et effektivt bidrag i behandling av ulike tilstander relatert til livsstil, som blant annet BMI og høyt blodtrykk. Den viser til at i 80 % av studiene der terapeuten hadde bakgrunn som lege eller psykolog, kunne

det se ut som at MI hadde en effekt. I de undersøkelsene der terapeuten hadde en annen helsefaglig bakgrunn, viser 46 % av tilfellene at MI har effekt. Der terapeuten og klienten hadde møter på over 15 min, og der MI var en del av intervensjonen, viser det seg i 64 % av tilfellene at MI hadde en effekt.

“The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses” (Lundahl & Burke, 2009) har undersøkt tre metaanalyser i tillegg til en metaanalyse forfatterne selv har utført, der hensikten var å se på hvilken verdi MI har i behandling og hvordan MI kan brukes. Hensikten var å skaffe en nøytral oversikt slik at terapeuter selv kan gjøre seg opp en mening om MI er verdifull å bruke i deres terapi. Resultater av denne studien er at MI stiller seg på lik linje med andre metoder for behandling av atferdsendring, men at jo mer MI blir brukt, desto større effekt. Det kommer også frem i studien at MI har mindre effekt ved gruppetrening, enn ved en til en-trening. Det nevnes videre at MI benyttes i ulike formater, men metoden er mest vanlig brukt som en forløper til andre behandlinger. Den forbereder klienten på videre behandling.

1.6 Begrepsavklaring

Anonymisering: Anonymisering er når opplysninger ikke på noen måte kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale. Identifiseringen kan være enten direkte ved navn og personnummer eller indirekte ved navneliste og krypteringsformel. Opplysningene eller datamaterialet er altså anonymisert, når det ikke er mulig å knytte enkeltpersoner til opplysningene. Ved bruk av billed- eller lydopptaker, må disse opptakene slettes, makuleres eller sladdes (Dalland, 2007).

Brukermedvirkning: Crawford mfl. (2002) beskriver brukermedvirkning slik: *“the active participation in the planning, monitoring, and development of health services of patients, patient representatives, and wider public as potential patients”* (siteret i Lerdal & Fagermoen, 2012, s.55).

CMOP-E (The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement)

Den Canadiske modell er en klientsentrert begrepsmodell som brukes for å hjelpe og veilede ergoterapeuter i terapeutiske situasjoner. CMOP-E er basert på en forståelse av betydningsfull aktivitet som et opplevd fenomen (Townsend & Polatajko, 2011).

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

COPM er et semistrukturert intervju, basert på CMOP-E. Formålet med intervjuet er å skaffe informasjon om betydning av forskjellige aktiviteter, utrede aktuelle aktivitetsproblemer og innhente klienten sin egen vurdering- og tilfredshet av aktivitetsutførelse (Ness, 2009).

Frisklivssentral: En kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste der de ansatte har god kompetanse innen endringsfokusert veiledning. Frisklivssentralen gir tilbud om strukturert oppfølging ved endring av levevaner (Lerdal og Fagermoen, 2012). I 2012 kom loven om folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesteloven som anbefaler at det etableres frisklivssentraler i alle kommuner (Helsedirektoratet, 2014).

Hverdagsrehabilitering: Hverdagsrehabilitering er en kommunal helsetjeneste hvor rehabilitering og forebygging gjennomføres i klienten sitt eget hjem. Det er en tverrfaglig, tidsavgrenset og målrettet rehabilitering, som har til formål å sikre at klienten oppnår økt funksjon og deltakelse. På denne måten kan vedkommende mestre hverdagslige oppgaver selv, slik at han kan bo hjemme lengst mulig. Behandlingen i hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i klientens ønsker om aktiviteter i egen hverdag (Tande Bjerkaas & Ness, 2011).

Klientsentrering: I følge Townsend (2003) handler klientsentrering om det å gjøre klienten selvstendig. Ved å gi klienten muligheter og ressurser slik at de kan delta og engasjere seg i aktiviteter som er med på å forme klienten sitt liv (sitert i Kielhofner, 2010a, s. 60).

MOHO (Model of Human Occupation): Ergoterapeutisk begrepsmodell som er evidensbasert, aktivitetsfokusert og klientsentrert. I MOHO ser en på mennesket bestående at tre sammenhengende komponenter, vilje, vane og utøvelseskapasitet. (Kielhofner, 2010b).

Relasjon: Kan beskrives som forbindelse, samhörighet og forhold (Aubert, u.å.). I følge Aadland (2011) kan relasjon beskrives som et forhold eller en forbindelse mellom mennesker og eventuelt fenomener.

Terapi: Samlebetegnelse på all behandling, som for eksempel fysikalsk, medisinsk eller psykologisk. Terapi og terapeut er ikke beskyttede betegnelser som kan benyttes fritt, en har ingen garanti på terapiens seriøsitet og effektivitet (Skre, u. å.).

1.7 Motiverende intervju (MI)

Motiverende intervju eller motiverende samtale som det også kalles på norsk, kommer fra den internasjonale betegnelsen «Motivational interviewing». Den nyeste norske definisjonen for motiverende intervju er i følge Helsedirektoratet (2012) *“motiverende samtale er en samarbeidsrettet samtalestil som har til formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement i forhold til å gjøre endringer.*

Det var amerikaneren William Miller som etablerte MI uttrykket etter at han hadde hatt et forskningsopphold på Hjeltestadklinikken i Bergen i 1982. Motiverende intervju er både en metode og en filosofi som hjelper og utforske motivasjonen hos et menneske. Motiverende intervju blir mye brukt i samtaler med mennesker som har behov for å endre sine levevaner. Det kan for eksempel være røykeslutt, fysisk aktivitet, overvektsproblematikk og mestring av ulike fysiske sykdommer. Det er mange ulike mennesker med forskjellig yrkesbakgrunn og på mange arenaer som benytter seg av motiverende intervju. MI går ut på at terapeuten lytter til og speiler klienten, for å bistå klienten til å reflektere rundt sin problemstilling og finner sin egen motivasjon til endring. Det er viktig at det er klienten som tar avgjørelsene og terapeuten spør om lov til å gi informasjon og råd når dette er nødvendig. For at en utøver kan si at han bruker MI-metoden må alle av de nevnte komponentene i motiverende intervju under benyttes (Barth, Børtveit & Prescott, 2013).

Strategier i motiverende intervju

I følge Barth, Børtveit og Prescott (2013) er det fire kommunikasjonsteknikker i motiverende intervju, som står sentralt i samtale med en klient. Dette er åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelser:

- Åpne spørsmål: Et åpent spørsmål kan ikke besvares med et kort og definert svar, men har mange svaralternativer. Åpne spørsmål begynner som oftest med et spørreord som hva, hvordan, hvilke, hvorfor og på hvilken måte. Et åpent spørsmål legger til rette for at klienten kan fortelle sine oppfatninger, meninger og synspunkt.

- Refleksjoner: I MI er en i stor grad opptatt av å invitere klienten til og utforske og drøfte ulike sider ved en beslutning om en endring. En refleksjon er en gjentakelse og en bekreftelse av klientens utsagn. I motiverende intervju deler en refleksjon i tre – enkel, kompleks og dobbeltsidig refleksjon. En refleksjon har mange funksjoner i en samtale, den bekrefter, viser at en lytter, fokuserer, forsterker, organiserer klientens opplevelse, kan sette ord på uttalte ord og oppmuntre til videre samtale.
- Oppsummering: I en oppsummering vil terapeuten sammenfatte og fremheve det klienten har sagt. Ved å oppsummere, inviterer en klienten til tenke gjennom sammenhenger, motsetninger, dilemmaer eller forhold. Oppsummering deles inn i nøytral oppsummering og oppsummering med slagside. Ved en nøytral oppsummering tas både for og imot argumentene med. I en oppsummering med slagside vil oppsummeringen ha et stort fokus på klientens endringsargumenter. Ved en nøytral oppsummering vil ofte klienten føle seg forstått, men lite utfordret til endring. Ved oppsummering med slagside vil klienten ikke føle seg så godt forstått men bli mer utfordret. Det er viktig å finne en god balanse mellom disse to måtene å oppsummere på.
- Bekreftelser: Motiverende intervju brukes ofte med klienter som trenger å endre sin livsstil, det kan da være nødvendig å bekrefte klienten som god nok. Ved å bekrefte en klient, ønsker en å vise at en verdsetter sider og egenskaper hos klienten for å gi trygghet, minske risikoen for motstand og øke klientens vilje til å ta sjanser på å snakke om det som er vanskelig.

I tillegg til disse fire kommunikasjonsteknikkene er det også flere andre strategier som er universelle i motiverende intervju.

- Ambivalens: Det er vanlig at en klient opplever ambivalens i forhold til en utfordring og en endring. Alle endringer medfører både goder og utfordringer. I MI er det vanlig og systematisk og utforske ambivalensen, ved å sortere det positive fra det negative. Ved å gjøre en slik utforskning vil klienten lettere få en oversikt over sine tanker og følelser i forhold endringen (Barth et al., 2013).
- Motstand: I MI brukes begrepet motstand om når terapeuten opplever at klientens endringsprosess stopper opp og de ikke samarbeider så godt sammen. Motstand ses på som et signal om at terapeuten må endre sin måte å møte klienten på. At en klient signaliserer motstand kan bety at terapeuten går for fort frem, ikke hører

etter, overser ytre faktorer i klientens liv, ikke respekterer klientens selvbestemmelse eller ikke tar hensyn til klientens ambivalens (Barth et al., 2013).

- Endringsnakk: Med endringsnakk (kalles også selvmotiverende ytringer) menes ytringer i forhold til endring. Slike ytringer er uttalelser som viser at klienten har innsikt i at atferden er problemskapende, uttrykker bekymring i forhold til problemet og tanker om endring (Barth et al., 2013).
- Informasjonsutveksling: Ved bruk av MI er terapeuten forsiktig med å gi informasjon til klienten, dette fordi den største endringen skjer når klienten kommer til løsningen selv. Av og til kan det allikevel være nødvendig med informasjon til klienten. Da ber først terapeuten om lov til å snakke om og å gi informasjon, utforsker klientens kunnskaper i forhold til emnet, gi tilpasset informasjon, utforske og bearbeide (Barth et al., 2013).
- MI – spirit: I MI er den spesielle holdningen, atmosfæren og grunnsteinen i modellen. Disse holdningene er at terapeuten skal lytte, interessere seg, akseptere, vise empati, ha en åpen innstilling, ha respekt, gi selvbestemmelse og optimisme ovenfor klienten. I MI har en tro på at klienten er ekspert på seg selv og kan finne de beste løsningene (Ivarsson, 2010).

2.0 Metode:

I metodedelene sier vi noe om hvordan vi går frem for å skaffe eller å etterprøve kunnskap (Dalland, 2012).

2.1 Innsamling av data

For å kunne belyse problemstillingen er vi avhengige av data, noe som vil være grunnleggende for arbeidet vårt. Fordi kunnskap er ulike fremstillinger av virkeligheten, er det viktig å stille seg kritisk til det som samles inn og at innsamlede data kan begrunnes (Thomassen, 2006). I arbeidet med å samle inn data må en i første omgang skaffe seg en oversikt over hvilke data som finnes og hva som trengs for å kunne svare på problemstillingen. Deretter må det vurderes hvor denne informasjonen hentes fra og om kilden er pålitelig. Vi må også bli klar over hvilke krav og begrensninger vi setter når vi henter inn data og det kan være nyttig å tenke gjennom hvordan disse begrensningene kan påvirke resultatet (Dalland, 2012).

I første omgang løste vi dette ved å søke litteratur, forskning og andre artikler om relasjon mellom klient og terapeut og om Motiverende Intervju. Vi tenkte også på de ergoterapeutiske teorier og metodene Vi undersøkte i praksisfeltet (kommunehelseførstelinjetjenesten) hvor denne metoden brukes. Etter å ha skaffet oss en oversikt over aktuell informasjon, vurderte vi om kildene og teorien kunne være pålitelige. Forskningsartiklene ble nøye gjennomgått og vurdert (se vedlegg 4). Blant annet ble alder på publikasjonene vurdert, forfatterens for forståelse, metodebruk, om den hadde et kumulativt grunnlag samt om hensikten med forskningen og om konklusjonen kom tydelig frem. Under datainnsamlingen fikk vi en forståelse av MI som metode og dens virkning på relasjoner og motivasjonsarbeid. Vi måtte hele tiden stille oss kritiske spørsmål og stadig overveie mulige begrensninger med metoden. Dette for å få et mest mulig nøytralt og objektivt syn som mulig.

2.2 Planlegging av oppgaven:

Det er lurt å lage en prosjektoversikt, et skjelett til oppgaven, slik at en vet hva en skal jobbe med og mot. Ved å lage en prosjektoversikt, kan en plassere ideer og oppdagelser når de dukker opp. Det er tre hovedgrunner til å lage en prosjektoversikt: For å planlegge arbeidet, nyttig med en oversikt og det gir grunnlag

for etiske overveielser. I denne fasen finner en også ut om noen har skrevet om dette emnet før (Dalland, 2012).

Vi begynte tidlig å jobbe med å utarbeide en problemstilling, da denne ville bli veldig styrende og rettningsførende for oppgaven vår. Vi satte også tidlig opp en oversikt over hvilke type teori vi tenkte var nyttig at lå til grunn for oppgaven. Etter hvert satte vi også opp en oversikt over hvilke emner som skulle belyses i metode delen. Vi har under hele arbeidet puttet inn stikkord på emner, teorier og lignende som vi har funnet interessante og aktuelle for oss.

2.3 Forskningsetikk

I en undersøkelse er det mange hensyn og avgjørelser som skal tas. En viktig oppgave i denne prosessen er å ta riktige avgjørelser da våre valg kan få konsekvenser for undersøkelsen. Enkeltpersoners integritet skal ivaretas på en god måte. Som en hjelp til å ta best mulig avgjørelser, må en allerede i planleggingsfasen være oppmerksomme på ulike konflikter som kan opptre (Dalland, 2012).

Vi var allerede på planleggingsstadiet observante på hvilke mulige etiske utfordringer vi kunne møte på. Ved å se nærmere på forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013) kunne dette gi oss ett grunnlag for videre resonnering. I tillegg stilte vi oss spørsmål om hvilke etiske utfordringer metodevalget kunne gi oss, samt om metoden som verktøy ville påvirke svaret vårt på problemstillingen. Samtidig overveiet vi hvordan det å arbeide etter en relativt ny metode, kunne påvirke svaret på problemstillingen, det samme gjaldt også intervjupersonene og informasjonen som ble gitt til dem. Vi måtte sørge for at intervjupersonene hadde fått nødvendig informasjon om vår undersøkelse på forhånd og siden det var personlige erfaringer vi var ute etter, valgte vi å innhente samtykke til at informasjon fra dem kunne bli brukt i oppgaven vår. Dette som et ledd i å ivareta anonymiteten til intervjupersonene. Vi vurderte også hvilke andre hensyn til anonymitet vi måtte ta og hvilken betydning eller konsekvenser det ville gi vedkommende å stille til intervju. I tillegg stilte vi oss spørsmål om anonymiteten ville få betydning for oss og løsningen på problemstillingen.

2.4 Valg av metode

Metode er et redskap i møte med det vi ønsker å undersøke og til hjelp for å samle inn data til undersøkelsen. Ved valg av metode må vi være klar over hvilke krav som stilles til undersøkelsen og hvordan den som redskap, vil kunne lede oss frem til svar på problemstillingen. Ved valg av metode må vi vurdere om den er hensiktsmessig og om det er eventuelle etiske spørsmål og utfordringer knyttet til den (Dalland, 2012). Dalland (2012) presenterer to ulike metoder å arbeide etter, kvalitativt og kvantitativ metode. Begge disse metodene forteller på hver sin måte noe om samfunnet vi lever i. Kvantitativ metode gir data i målbare dataer som for eksempel tall. Den kvalitative metoden ser på meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. I vår prosess ved å velge metode, måtte vi tenke gjennom hva vi ønsket å finne ut. Vi diskuterte hvordan metodevalget ville få betydning for svar på problemstilling. Siden vi ønsket å undersøke hvordan noe er i virkeligheten og stille empiriske spørsmål for dermed å kunne gå dypere inn på personlige erfaringer, valgte vi kvalitativ fremgangsmåte. Med dette som verktøy kunne vi finne frem til informasjon av subjektiv art og gi et best mulig bilde av intervjupersonenes erfaringer.

2.4.1 Kvalitativ metode

Den kvalitative forskningsmetoden tar utgangspunkt i å finne frem til sammenhenger og helheter i det som undersøkes. Den hjelper oss til å se ting innenfra og er gunstig og bruke når det er meninger og opplevelser som skal undersøkes. For og få til dette, må en ha direkte kontakt og et jeg-du forhold til intervjupersonene. Dette for å kunne gå i dybden av det som skal undersøkes, slik at en kan få mest mulig informasjon (Dalland, 2012).

Vi mente at den kvalitative metoden var den metoden som best egnet seg for oss, i arbeidet med å samle inn data og for å svare på problemstillingen. Vi kunne også valgt en kvantitativ metode, men da kunne vi ha gått glipp av viktig informasjon som subjektive opplevelser. Den kvalitative metoden kan gi oss fortrinn ved at den bedre hjelper oss å undersøke fenomener dypere.

2.4.2 Kvalitativt intervju

Målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få muligheten til å sette seg inn i intervjupersonenes egne beskrivelser. Intervjuet skal være rettet mot

intervjupersonens livssituasjon, og det er vedkommende sine erfaringer og meninger vi skal få en dypere forståelse av. En må være klar over at det er flere aspekter ved det kvalitative intervjuet som er av betydning, som at det som skjer i interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson er viktig. Denne kontakten er grunnleggende for det kvalitative intervjuet. Derfor må vi som intervjuere legge forholdene til rette for et best mulig intervjuklimate. Vi må også legge til rette for mest mulig nyanserte beskrivelser og stille oss åpne og nysgjerrige ovenfor den informasjonen som blir gitt. Ved at intervjuet skjer i interaksjon mellom to personer, kan en bevisst anvende denne informasjon til og oppnå en bedre forståelse av intervjupersonens livsverdenen (Dalland, 2012). Kvale og Brinkmann (2009) beskriver 12 ulike aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet. Alle aspektene forekommer i et intervju, dette er ikke ulike intervju typer. Dette er livsverden, mening, kvalitativt, destruktivt, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, tvetydighet, endring, følsomhet, mellommenneskelig situasjon og positiv opplevelse.

Ved å benytte oss av kvalitativt intervju kunne vi gjennom samtale, få innsikt i hvordan MI blir benyttet i praksis. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at i alle intervju er en innom de 12 forskjellige aspekter i kvalitativt forskningsintervju. På bakgrunn av dette påstår vi at det var vi også, men med særlig vekt på noen av dem som mening, kvalitativt, fokusert, tvetydighet og mellommenneskelig situasjon.

2.5 Intervjuundersøkelse

I følge Kvale og Brinkmann (2009) består en intervjuundersøkelse av 7 faser. Disse 7 fasene er en idealisert forløp som skal sette forskeren i stand til å ta veloverveide beslutninger i forhold til metoden, kunnskap, metodiske valgmuligheter, etiske implikasjoner og valgenes forventede konsekvens.

Vi har brukt disse fasene for utgangspunkt i vår metode, resultat og diskusjonsdel.

1. Tematisering: Formuler formålet med undersøkelsen og beskriver hvordan emnet oppfattes. *Hvorfor* trengs dette studiet? *Hva* finnes allerede av kunnskap? *Hvordan* skal vi innhente kunnskap?
2. Planlegging: Planlegg studien, hvordan skaffe den informasjonen en er ute etter?
3. Intervjuing: Utfør intervjuene med utgangspunkt i en intervjuguide og reflekter over hvilken type kunnskap en ønsker å finne

4. Transkribering: Skriv ned det muntlige intervjuet til en tekst slik at det er klart for analysering
5. Analysering: Bestem hvilken analysemetode som passer best for intervjuet og oppgavens formål
6. Verifisering: Undersøk funnenes generaliserbarhet, pålitelighet, validitet og reliabilitet
7. Rapportering: Presenter funnene og metodebruken i et lesbart produkt som overholder vitenskapelige kriterier

2.6 Planlegging til intervju

2.6.1 Valg av intervjupersoner:

Valg av intervjupersoner kan gjøres på to måter, strategisk og tilfeldig utvalg. Ved strategisk valg, velger en person som en regner med kan bidra til å belyse problemstillingen. Ved tilfeldig valg velges intervjupersonene ut tilfeldig for eksempel ved loddtrekning. I et kvalitativt intervju vil intervju med to til tre intervjupersoner som oftest gi nok informasjon til å belyse problemstillingen (Dalland, 2012).

Vi valgte ut intervjupersoner strategisk, dette fordi vi hadde kriterier til deres bakgrunnskunnskap og yrkeserfaring. I arbeidet med å velge ut intervjupersoner, stilte vi spørsmål om deres bakgrunn og erfaring. Vi stilte krav til at personene måtte ha bakgrunn som ergo- eller fysioterapeut og skulle ha gjennomført kurs eller utdanning i motiverende intervju. Dette ble gjort for å sikre det teoretiske grunnlaget.

Intervjuperson 1 jobber som ergoterapeut innen hverdagsrehabilitering i en kommune med mindre enn 30 000 innbyggere. Høsten 2012 deltok hun på et todagers motiverende intervju-kurs.

Intervjuperson 2 jobber som fysioterapeut i en frisklivssentral i en kommune med mindre enn 20 000 innbyggere, hun tok videreutdanning i motiverende intervju i høsten 2013.

2.6.2 Forberedelse til intervju

Arbeidet som gjøres i denne fasen, er grunnleggende for om intervjuet blir vellykket. I forkant av intervjuet er det viktig å gi nok informasjon til intervjupersonen, slik at vedkommende vet hva intervjuet skal dreie seg om. Da kan en også unngå å bruke

intervjutiden på oppklaring. Det er viktig å sette seg inn i relevant teori slik at intervjuer kan stille relevante spørsmål underveis. Intervjuguiden er et nyttig verktøy i et intervju. Både fordi den strukturerer intervjuet, men og fordi en får forberede seg til intervjuet både faglig og mentalt. Intervjuguiden kan utformes på mange måter. Den kan være åpen med stikkord, eller ha mer utformede spørsmål. Ved bruk av halvstrukturert intervju er det mulig å endre på intervjuguidens struktur, etter behov. Intervjuguiden skal fungere veiledende under intervjuet, bidra til å holde samtalen på rett spor og samtidig hjelpe oss i tematiseringen av spørsmålene. Det kan være en fordel å begynne med ufarlige og ikke - personlige spørsmål i starten. På den måten kan en etablere en trygghet og relasjon, før en kommer til mer personlige og utfordrende spørsmål. For at intervjupersonene skal være best mulig forberedt, og for ivaretagelse av deres integritet, skal de informeres i forkant. Denne informasjonen kan inneholde praktiske opplysninger om intervjuet, som for eksempel problemstilling og om bruk av båndopptaker, men også innhenting av samtykke og taushetsplikt (Dalland, 2012).

Motiverende intervju var på forhånd en ukjent tilnæringsmetode for oss. I forkant av intervjuet satte vi oss inn i metoden ved å lese litteratur, publikasjoner, lynkurs i MI og deltok på en-dags motiverende intervju-seminar. Ved at vi på forhånd hadde satt oss inn i MI som metode, kunne vi bedre vite hva vi ønsket og få ut av intervjuet.

Vi kontaktet først aktuelle intervjupersoner per telefon for å avtale tidspunkt og sted for intervjuet. Vi utarbeidet to skriv som blant annet inneholdt informasjon om oss, hvorfor vi tok kontakt med dem, vår problemstilling, kontaktinformasjon og at vi ønsket å bruke båndopptaker under intervjuet. Dette ble sendt på mail i forkant av intervjuene til intervjupersonene (se vedlegg 1 og 2) sammen med en bekreftelse for intervjuets tidspunkt.

Vi diskuterte så hva vi trengte av informasjon for å kunne svare på problemstillingen. Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med emner, temaer og noen spørsmål som vi ønsket å gå nærmere inn på under intervjuet (se vedlegg 3). Intervjuguiden ble også sendt i forkant av intervjuene slik at hensikten med intervjuet skulle være så klar som mulig, og at det skulle være mulig for intervjupersonene å stille oss oppklarende spørsmål. Vi vurderte det slik at dersom intervjupersonene fikk spørsmålene på forhånd, kunne de også møte bedre forberedt, at samtalen kunne

flyte lettere og at vi dermed kunne få et grundigere innsyn i deres erfaringer og tanker.

2.7 Hermeneutikk

I følge Dalland (2012) betyr hermeneutikk fortolkningslære. Fortolkning betyr at en forsøker å gi mening til det en studerer, noe som fremstår uklart, selvmotsigende eller kaotisk. Den hermeneutiske tolkningen går ut på at en skal finne skjulte meninger i et fenomen, og videre tolke disse. Når en utforsker hermeneutisk, nærmer en seg fenomenet med sin egen førforståelse. Førforståelsen består av kunnskaper, tanker, inntrykk og følelser som vi har om emnet. Førforståelsen er en ressurs som vi benytter for å tolke og forstå fenomenet som vi undersøker. For å kunne oppnå en fullstendig forståelse av fenomenet, må en veksle mellom å se på helheten og de ulike delene av fenomenet.

Når vi tolket intervjuene, gjorde vi dette med vår førforståelse som bestod av vår kunnskap og inntrykk av blant annet MI, frisklivssentral og hverdagsrehabilitering. Ut fra dette kan vi sammenligne og relatere vår førforståelse videre til svarene, meningene og erfaringene som kom frem under intervjuet. Dette kan hjelpe oss å tolke og forstå meningen med informasjonen. For å kunne finne helhetsinntrykket og en fullstendig forståelse av intervjuet, må vi under tolkningen veksle mellom se på intervjuet som helhet, samt skille mellom og tolke de ulike delene av intervjuet.

2.8 Gjennomføring av intervju:

Det kan være en fordel at intervjuet foregår i et rom der det ikke er forstyrrelser. Det er viktig å tydeliggjøre at det er opptil intervjupersonen om vedkommende ønsker å svare og at intervjuet kan avbrytes hvis det er ønskelig. Det er viktig å tydeliggjøre bruken av lydopptaket, at opptaket bare skal høres av intervjuerne og vil bli slettet etter transkribering (Dalland, 2012).

Vi møtte intervjupersonene på deres arena og derfor hadde vi lite kontroll over omgivelsene. Intervjuene foregikk på et kontor og på et møterom, uten forstyrrelser av kollegaer som kom inn i rommet, men det var veldig lytt gjennom døren til fysioterapeuten. I begge intervjuene var det noe forstyrrende lyder utenfor bygget. Begge intervjupersonene ble informert om at de kunne gi svar på det de selv ønsket,

at intervjuene ble anonymisert og at lydfilen ville bli slettet etter transkribering. Under intervjuet observerte vi kroppsspråket til intervjupersonene og lignende, da dette kunne bidra med viktige opplysninger som ikke kommer frem muntlig.

2.9 Bearbeiding av intervju:

Det muntlige intervjuet må først skrives om til en tekst, ord for ord. Dette kalles å transkribere, som vil si å skrive ned den muntlige samtalen. Ved transkribering mister en den informasjonen som ikke lar seg skrive ned i et skriftlig produkt, dette kan for eksempel være stemmebruk, nyanser, mimikk og kroppsspråk. Neste steg er å bearbeide teksten slik at den får mer flyt og å ta bort unødvendige ord som *liksom* og *sånn*. Deretter analyserer en transkriberingen, da tematiseres intervjuet. Analyse kan beskrives som et granskningsarbeid der en må finne ut hva materialet inneholder av informasjon (Dalland, 2012).

Ved kvalitativt orienterte data kan det være utfordrende å finne innholdet. En må ofte kombinere det å se på både helheten og de ulike delene av materialet for å finne ut mest mulig. For å kunne danne et foreløpig helhetsinntrykk av datamaterialet en sitter på, gjøres dette ved å lese gjennom for eksempel utskrifter fra intervjuer, dagboknotater og observasjonsnotater. Ut fra det som samlet kommer frem fra dette, kan en trekke frem sitater eller situasjoner som beskriver hovedinntrykket. Så gjøres en tematisk bearbeiding. Da lages en liste over temaer som en ønsker å belyse i forhold til problemstillingen, så samler en uttalelser under det passende temaet. Siste del av denne prosessen er å vurdere svarene. En sammenligner da svarene ifra de ulike intervjuene, uttalelser som likner hverandre fra ulike intervjuer, legges større vekt. Det er også viktig å notere noe om hvilken tyngde en legger de ulike svarene. For å tematisere intervjuet, må ene lese nøye gjennom intervjuet for å finne ulike temaer som er nevnt og kan her benytte/ følge intervjuguiden. Alle temaene som fremgår i intervjuet skal legges til. En kan også bemerke/ trekke frem temaer som ikke er nevnt (Dalland, 2012).

Vi transkriberte og språkvasket begge intervjuene, for at det skulle bli mest mulig flyt i teksten. Etter dette analyserte vi intervjuene, ved å tematisere sitatene i kategoriene motstand, erfaringer med MI, MI som metode, bruk av elementer av MI, klient-terapeut relasjon, utfordringer med bruk av MI, fysioterapi og MI og ergoterapi og MI. Vi valgte og fargekode sitatene for å skille intervjupersonenes sitater fra hverandre,

samtidig som vi ivaretok intervjupersonens anonymitet. Til slutt har vi vurdert sitatene og valgt ut hvilke vi opplever har best kvalitet og viser erfaringer med bruk av MI i livsstilsendringsarbeid fra flere sider.

2.10 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet beskriver hvor pålitelig et resultat er. Vi må gjennomføre målinger på en korrekt måte og eventuelle feilmarginer må oppgis. Validitet er det samme som gyldighet og relevans, som går ut på om intervjustudien undersøker det den var ment til å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2010).

Gjennom hele oppgaven og særlig under tolkningsarbeidet av intervjuet, har vi fokusert på at det vi fremlegger som resultat, må ha validitet og reliabilitet. Vi har delt opp intervjuet og vurdert de ulike delene opp mot validitet og reliabilitet. Videre hentet vi ut direkte sitater med erfaringer og opplevelser som intervjupersonene selv hadde. Dette gjorde vi for at resultatene skulle bli mest mulig gyldige og pålitelige.

2.11 Generaliserbarhet

I følge Dalland (2012) handler generalisering om å finne ut om det er stor sannsynlighet om resultatene kan overføres og være gyldige i populasjonen og i lignende hendelser. En benytter seg av sitt teoretiske utgangspunkt for å utføre vurderinger i hvilken grad det en hører og ser kan generaliseres.

I vår oppgave har det ikke vært aktuelt å generalisere resultatene, da undersøkelsen vår har gått ut på å finne den enkeltes erfaringer innen bruk av MI som metode. Selv om resultatet ikke kan generaliseres, kan resultatene være gjenkjennbare for andre fysioterapeuter og ergoterapeuter som bruker MI.

3.0 Resultat

Empiri er kunnskap som bygger på erfaring. Vi har stilt empiriske spørsmål for å finne ut hvordan noe er i virkeligheten. Som Dalland (2012) skriver så skal en tilstrebe at innsamlede data blir gjengitt så nøyaktig som mulig og minst mulig preget av den som undersøker. Vi må være klar over at det alltid vil være en sjanse for at vi tolker ting ulikt, men at resultatene skal kunne bli kontrollert, etterprøvd og kritisert (Dalland, 2012). Resultatene våre bygger på vår oppfattelse og tolkning av det som ble sagt under intervjuene og som vi mener er relevant for vår problemstilling: *Hvilke erfaringer har ergoterapeuter/fysioterapeuter med bruk av motiverende intervju i livsstilsendringsarbeid?*

Motiverende intervju som metode

Intervjupersonene forteller hvordan strategiene i metoden blir brukt i møte med klienter. Begge forteller at det er stort sett voksne klienter de møter som har behov for å endre vanene sine. Dette gjelder enten i forbindelse med opptrening og ved forhindring av videre skade eller sykdom, som et ledd i det helseforebyggende arbeidet og å forebygge livsstilssykdommer. MI-metoden hjelper dem med å komme i gang med samtaler og begge beskriver denne samtaleteknikken som en fin fremgangsmåte for å trygge klienten og etablere en relasjon. De erfarer at metoden gir dem retningslinjer for hvordan en kan spørre spørsmål og for hvordan en som terapeut skal forholde seg i relasjonen og innby til endringsnakk. Intervjupersonene har fokus på hvilken betydning motivasjonen har for endring av vaner og at det er helt nødvendig for dem i det videre arbeidet at klienten finner frem til denne. I dette arbeidet sa begge at det er nødvendig at terapeuten har en støttende og forståelsesfull holdning. Som ergoterapeuten sa, så er det ikke terapeutene som skal finne løsningene og heller ikke komme til klientene med en ferdig pakke med løsninger eller tiltak. Terapeuten sin oppgave er å støtte opp om det klienten sier og utforske dette i det videre samarbeidet. Hun sa også om MI at «*det er en inviterende måte og spør på, du legger ballen over til brukeren, det er de som skal finne sine egne løsninger*» Fysioterapeuten beskriver MI som en målrettet og klientsentrert samtalemetode, et verktøy som hjelper henne i å finne frem til klientens motivasjon og som hele tiden har fokus på at det skal skje en forandring.

MI sin relevans til ergoterapi og fysioterapi

Da våre intervjupersoner ble introdusert for MI som metode for første gang, så de begge to at den kunne relateres til deres yrkesbakgrunn og det de hadde lært gjennom utdanningene sine på en god måte. Som fysioterapeuten sa så bygget den oppunder de verdiene som allerede lå i bunn og kunnskapen om viktigheten med en god klient – terapeut relasjon. Samtidig sa hun noe om at hun som fysioterapeut, i utgangspunktet kanskje var noe mer opplært i at det er terapeuten som bestemmer hva som skal bli gjort og at dette kanskje ikke stemte så godt overens med verdiene fra MI. Ergoterapeuten uttalte at hun fort så at MI og COPM relaterte godt til hverandre, og at denne kombinasjonen var noe som ofte ble brukt på hennes arbeidsplass. Hun beskrev videre hvordan begge disse metodene tar utgangspunkt i å finne frem til hva som er viktig for klienten.

MI og relasjon

Under intervjuene deler begge to sine tanker om hvordan en god relasjon påvirker samarbeidet mellom klient og terapeut. Ergoterapeuten beskriver at hun synes samarbeidet fungerer best når relasjonen er god, men at hun er noe usikker på hvor mye relasjonen har betydning for resultatet av intervensjonen. Hun kommer med noen eksempler der hun ser relasjonen som utfordrende og at personlighet kanskje kan ha en del å si i forhold til dette. Fysioterapeuten sier at relasjonen er en grunnstein når hun arbeider med klienter og livsstilsendring. Hun sier videre at trygghet er viktig da samtalene kan dreie seg om ømfintlige tema som uohensiktsmessige vaner og endring av disse, noe som kan være ubehagelige for klienten. Hun uttaler at «*Ved måten du bruker MI på, klarer du å skape en god atmosfære som gir gjensidig samarbeid og du viser respekt og aksept på en god måte*» og at dette kan bidra til et tillitsforhold. Dermed kan en bygge opp under klientens motivasjon for endring.

MI og motivasjon

Ergoterapeuten forteller at arbeidet hennes går ut på å motivere klientene til og trene seg opp etter en sykdom eller skade. Ofte møter hun på klienter som i mindre grad er motiverte for trening. Hun forteller at det da er en viktig oppgave å kunne utfordre vedkommende, få klienten selv til å tenke gjennom konsekvenser av ikke å trene, for deretter å støtte opp om klientens egne tanker om løsninger. Fysioterapeuten sier

også at *«du må jobbe mye med å hente frem motivasjon og gode grunner for at klienten skal gjøre endringer»*, men at dette arbeidet kommer an på hvor motivert klienten er i utgangspunktet. Noen ganger opplever hun at en klient kommer til henne med motstridene følelser til å gjøre endringer. Hun sier at det da er viktig å akseptere denne ambivalensen og at hun snakker sammen med klienten om fordeler og ulemper ved dagens situasjon. Sammen prøver de å komme frem til positive og negative sider ved å gjøre en endring. På spørsmål om MI-metoden hjelper henne i arbeidet med å undersøke og å bygge opp under en klients motivasjon svarer hun; *«Jeg har nå et verktøy å bruke for å hjelpe klientene i å finne frem til motivasjon og å holde på motivasjonen, enn hva jeg hadde hatt uten kjennskap eller kunnskap om MI»*.

Utfordringer ved bruk av MI

Begge våre intervjupersoner gir tilbakemeldinger at de opplever metoden som utfordrende å bruke og at de har behov for mer erfaring i bruken av den. Ergoterapeuten legger vekt på at hun bare bruker elementer fra metoden i sitt arbeid. Dette fordi hun opplever metoden i sin helhet er utfordrende. Videre forteller hun om viktigheten med kursing og stadig oppfriskning i bruk av metoden. Hun sier at *«jeg ser at jeg ofte går i fella og gjerne spør litt for direkte spørsmål og gjerne ja og nei, - lukka spørsmål»*. Hun begrunner dette med at vi ofte tenker løsninger og at vi har et stort ønske om å kunne være til hjelp. Videre blir det nevnt at hun savner mer kunnskap om hvordan hun kan møte klienter med motivasjonsutfordringer, noe som er en problemstilling hun ofte møter på i jobben sin. Hun sier at metoden kan være krevende for både klienten og terapeuten. For noen klienter hun møter, er det uvant å ha selvbestemmelse i sin egen behandling, og dermed kan det oppleves som utfordrende at terapeuten ikke kommer med løsningene eller tiltak med en gang. Fysioterapeuten sier også at hun ikke føler seg fullt utlært i metoden og at MI er en utfordrende metode å bruke. Dette fordi du skal forsøke å hente frem motivasjonen hos klienten og at det noen ganger kan det være vanskelig å vite hvor klienten er i forhold til dette. Hun sier også at *«Du kan sitte med veldig mange gode råd og tips om hva deltakeren bør gjøre for at han skal få ei bedre helse, men istedenfor å komme med masse råd, må vi prøve å hente frem denne kunnskapen hos dem selv»*.

4.0 Diskusjon

Her presenteres funnene fra intervjuene og drøftes opp mot aktuell teori og forskning. Dette skal til sammen svare på problemstillingen (Dalland, 2012).

Motiverende intervju som metode

Som fagperson må en kunne begrunne sine valg av handlinger ut i fra fagområdets kunnskap og etiske verdier. Som terapeut kan en velge å støtte seg til ulike teorier eller metoder som kan bidra til å styrke relasjon og kommunikasjonen med klienter. En teori vil alltid være noe vi mennesker har konstruert ut ifra de fenomener en møter og i samhandling med andre mennesker (Kielhofner, 2010b). I vår problemstilling har vi valgt å se nærmere på motiverende intervju, som er en spesifikk kommunikasjonsmetode. Som vi var inne på innledningsvis har vi gjennom studiet opplevd et behov for å lære definerte retningslinjer for hvordan en kan kommunisere og skape gode relasjoner til våre fremtidige klienter. Vi kan spør oss selv hva som skaper dette behovet, da vi gjennom hele studiet har hatt fokus på kommunikasjon og relasjon. Burde vi ikke ha gode nok kommunikasjons- og relasjonsferdigheter nå? Er det som nyutdannet lettere å forholde seg til noe så konkret som en metode for å kunne begrunne våre valg? Vi mener at kommunikasjon- og relasjonsferdigheter er noe som utvikles gjennom hele livet og at vi dermed hele tiden har et potensial til forbedring, både som nyutdannet eller som erfaren. Underveis i prosessen med å sette oss inn i MI som metode, dukket det opp tanker om hva som egentlig er så spesielt med MI og er det et klart skille mellom strategiene i MI og generelle kommunikasjons- og relasjonsferdigheter? Vi mener at MI sine kommunikasjonsstrategier og generelle kommunikasjons- og relasjonsferdigheter går "hånd i hånd", men som Barth, Børtveit og Prescott (2013) beskriver, så legger MI - metoden føringer for hvordan en kan bruke kommunikasjon til lede klienten frem mot en endring. Dette fører oss videre til spørsmålet om man må ha gode kommunikasjons- og relasjonsferdigheter i bunn for å kunne tilegne seg MI metoden? Eller er det slik at alle kan benytte seg av MI i sin intervensjon med klienter? Det kommer frem resultater i forskningen til Rubak, Sandbæk, Christensen og Lauritzen (2005) at MI viste nesten dobbel så stor effekt, når den ble praktisert av fagpersoner som psykologer og leger, i forhold til når metoden ble benyttet av andre helsearbeidere. Vi stiller spørsmål til hva som kan være årsaken til dette? Er opplæring og erfaring i

bruk av metode utslagsgivende eller kan det være de individuelle forskjellene i kommunikasjons og relasjonsferdigheter som har betydning for MIs effekt i intervensjonen?

Det viktigste i jobben vår som ergoterapeuter vil være klientene våre og det å tilstrebe og bli en god terapeut for dem. Vi vil komme til å måtte forholde oss til mange ulike mennesker, men som vi uansett vil ønske å kunne bistå på best mulig måte. Vi mener at det uansett kan være nyttig å ha en metode som kan støtte og veilede oss i møte med klienter som kan ha en utfordrende hverdag. Samtidig som vi velger å støtte oss til en konkret metode må vi også tenke gjennom hvilke begrensninger dette kan føre til. Ved å følge en konkret metode kan dette kanskje føre til at handlingene våre blir for mye retningsførende og at dette kan igjen gi lite rom for variabler og tilpasninger?

På bakgrunn av samtalene med intervjupersonene våre, har vi prøvd å belyse om motiverende intervju kan være en metode ergoterapeuter kan støtte seg til. En av våre intervjupersoner uttrykket noe om dette, når vi snakker om motiverende intervju og behovet for å ha spesifikke metoder å støtte seg til for å styrke relasjon og kommunikasjonen med klienter: *«Det er godt at det er noe eget i motiverende intervju, at det er en spesifikk metode på hvordan du skal gå frem»*. Dette utsagnet sier noe om at motiverende intervju kan fungere som en slik metode i ergoterapeutisk intervensjon. Intervjupersonen som uttalte dette har selv jobbet som terapeut i flere år, men opplever fortsatt behov for å bruke en kommunikasjonsmetode i møte med brukere.

Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010) nevner i sin forskning at metodevalg er viktig for utfall av terapi, men at effekten av metoden avhenger mer av terapeuten sin kommunikasjonsstil. Forfatterne mener også at personlige egenskaper hos terapeuten er viktigere enn metoder og utdanning. De setter også fokus på viktigheten av at terapeuten går i seg selv og hele tiden arbeider med sin kommunikasjonsstil. Denne forskningen tar riktignok utgangspunkt i langtidsbehandlinger og psykoterapi, men vi mener uansett at funnene deres ikke er uten betydning for oss som ergoterapeuter.

Vi har valgt å nevne de to ergoterapeutiske modellene MOHO og CMOP-E i denne oppgaven, fordi vi kan kjenne igjen verdier og holdninger fra disse i beskrivelser av motiverende intervju.

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO)

MOHO er en ergoterapeutisk begrepsmodell som er klientsentrert og evidensbasert. Siden 1980 har MOHO vokst frem til internasjonalt å bli den mest utbredte begrepsmodellen. I MOHO ser en på mennesket bestående av tre sammenhengende komponenter, vilje, vane og utøvelseskapasitet. Kielhofner (2010b) hevder at vilje benevner motivasjon for aktivitet. Viljemessige prosesser består av at viljemessige følelser og tanker oppstår, deretter opplever, tolker, forutser og velger en aktivitet. Dette er en fortløpende prosess. Ved vanedannelse beskrives prosessen der aktivitet organiseres i rutiner (Kielhofner, 2010b).

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO) beskriver ergoterapeutiske strategier, som støtter og veileder klienten, i sitt ønske om å arbeide frem mot målet om forandring. Disse strategiene går blant annet ut på å anerkjenne og oppmuntre klienten, gi tilbakemeldinger, samt observere og forstå hans følelser. I MOHO er det helt avgjørende at ergoterapeuten skal kunne underbygge viljen til forandring og oppnå en effektiv terapi. Dette gjøres ved å anerkjenne klienten, som vil si at ergoterapeuten viser respekt for perspektivet eller opplevelsen til klienten. Dersom klienten har meget lav funksjonsevne, kan anerkjennelse av klientens unike personlighet og tilstedeværelse virke understøttende på klientens vilje. Ergoterapeut og klient skal i fellesskap komme frem til løsninger til endring for klienten (Kielhofner, 2010b).

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement CMOP-E

Den Canadiske modell er en klientsentrert begrepsmodell som brukes for å hjelpe og veilede ergoterapeuter i terapeutiske situasjoner (Townsend & Polatajko, 2011).

CMOP-E er basert på en forståelse av betydningsfull aktivitet som et opplevd fenomen. CMOP-E er en praksisorientert modell der å fremme utøvelsen av meningsfulle aktiviteter er i sentrum, sammen med det spirituelle mennesket og omgivelsene. Modellen deler mennesket i hovedsak inn i tre ulike utførelseskomponenter, det fysiske, det affektive og det kognitive. Det fysiske er det mennesket utfører og den fysiske handlingen. Det affektive er det mennesket føler.

Det kognitive er det mennesket tenker og hvordan det bearbeider ulike inntrykk. Disse prinsippene om mennesket bygger opp forståelse for ergoterapi mener Townsend og Polatajko (2011). Det er utarbeidet en modell etter CMOP-E. Den består av en kjerne – det åndelige i mennesket. Rundt kjernen er de menneskelige egenskapene som fysiske, kognitive og affektive sidene som definerer mennesket. Rundt dette er aktivitetene rundt mennesket – arbeid, fritid og egenomsorg. Den ytterste sirkelen er omgivelsene rundt mennesket, det sosiale, kulturelle, institusjonelle og det fysiske. Alle disse ulike komponentene i de ulike lagene påvirker hverandre, dermed vil mennesket bli påvirket av og påvirke sine aktiviteter og omgivelsene. Basert på CMOP-E er det utarbeidet en arbeidsprosessmodell (CPPF), den skal hjelpe ergoterapeuten å strukturere sitt arbeid med en klient/klientgruppe. I handlingspunkt 2 klargjøre og modifisere fokuseres det mye på å få en best mulig relasjon mellom klient og terapeut. Dette fordi de skal jobbe sammen og har dermed behov for å være på best mulig bølgelengde og ha gjensidige forventninger (Townsend & Polatajko, 2011).

Både MOHO og CMOP-E har et stort fokus på klienten, hva han tenker og hva han vil. I intervjuet med ergoterapeuten fortalte hun noe om hvordan de ergoterapeutiske modellene og MI fungerte sammen. *«Jeg syntes ikke det var mye nytt i motiverende intervju, men at det var en fin måte og metode som jeg kunne bruke og som jeg kan stå inne for, dette passer veldig til ergoterapi fordi du skal ta tak i det som er viktig for vedkommende»*

I hverdagsrehabilitering bruker de COPM som et kartleggingsverktøy og hun oppdaget allerede på MI-kurset at MI og COPM gikk godt overens. Hun sier videre at MI og COPM blant annet har til felles at de begge tar utgangspunkt i og snakker om problemene, før en snakker om og finner løsninger på utfordringene. Hun beskriver hvordan de i hverdagsrehabilitering bruker disse to metodene sammen i praksis. Ergoterapeuten forteller at hun har større fokus på MI i starten av behandlingen, men erstatter MI etterhvert med COPM. Dette for å kartlegge klientens situasjon, ønsker og behov. Intervjupersonen uttalte også at mange av verdiene i MI passer veldig godt til ergoterapi. Basert på vår kunnskap om ergoterapi og MI, ser vi at verdier og egenskaper som at terapeuten skal lytte, bruke åpne spørsmål, interessere seg, akseptere, vise empati, ha en åpen innstilling, ha respekt, gi selvbestemmelse og optimisme ovenfor klienten er tydelige og viktige i MI og i ergoterapifaget og

modellene. Fysioterapeuten opplever også at motiverende intervju fungerer godt sammen med den fysioterapeutiske forståelsen, da den grunnleggende holdningen i forhold til relasjon mellom terapeut og klient er lik. Når hun ble kjent med MI opplevde hun at den bygget videre på de verdiene hun allerede hadde i bunn som fysioterapeut. Hun trekker videre frem et punkt der fysioterapi utdannelsen skiller seg ut i forhold til MI og det er i forhold til at det er fysioterapeuten som oftest bestemmer hva som skal gjøres i en intervensjon, selv om terapeuten og klienten har et felles mål.

Relasjon i motiverende intervju

Som nevnt innledningsvis vil vi som fagpersoner møte på kommunikasjon- og relasjons utfordringer. Å ha en god relasjonskompetanse betyr at en som terapeut kan være sensitiv på det som skjer i interaksjonen, at en kan forstå, sette seg inn i og samhandle med klientene på en slik måte at klienten kan føle seg ivaretatt og trygg (Røkenes & Hansen, 2006). Dette er terapeutens ansvar, og vedkommende kan legge til rette for en god relasjon ved å opptre positiv, lyttende, vise åpenhet og respekt og ha en aksepterende holdning. Dette viser også Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010) til. De støtter opp om at terapeutens holdning legger til rette for god relasjon og at det er en av de viktigste faktorene for utfallet av terapien. Samtidig viser forfatterne til at det å skape en god relasjon i begynnelsen av et behandlingsforløp er særs relevant for utfallet av terapien (Nissen-Lie et al., 2010). Vi mener at dette stiller store krav til terapeutens relasjonelle ferdigheter. Kanskje kan strategiene fra MI og med MI-spiriten i bakhodet, gi føringer for hvordan vi skal få til dette i praksis.

En sentral verdi i motiverende intervju er at interaksjonen skal foregå i et åpent og aksepterende miljø, noe fysioterapeuten bekrefter under intervjuet. De fire kommunikasjonsteknikkene eller strategiene som åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelser kan bidra til å styrke relasjonen helt i fra starten av. Fysioterapeuten nevner at hun i begynnelsen av et behandlingsforløp, er ekstra observant på å stille inviterende spørsmål, gjerne på en slik måte som for eksempel "er det greit for deg at jeg sier noe om kosthold?" Hun gir dermed klienten anledning til å ta føringen. Hun sier også at hun har fått bekreftelser fra klienter om at dette er en god måte å bli møtt på.

Begge våre intervjupersoner jobber til daglig med mennesker og vi går derfor ut i fra at de har erfaringer fra møte med ulike klienter. Som ergoterapeuten sier, hjelper strategiene fra metoden henne med å bygge opp om relasjonen og at det er en god innfallsvinkel å starte en samtale med klienten på. Fysioterapeuten sier også at måten hun møter klienten og blant annet måten og spør spørsmål på, er det med på å bygge en trygg og god relasjon. Hun sier videre at: *“Med en god relasjon vil klienten/ deltakeren kanskje ha et større ønske om å gjøre en endring og dermed fortsette samarbeidet”*. Med dette bekrefter hun det samme som Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010) at det er viktig å ha fokus på å etablere en god relasjon allerede fra starten.

Intervjupersonene hadde noe ulikt syn på relasjonens påvirkning, den ene mente at det muligens gikk an å få til et greit samarbeid, selv om relasjonen ikke var optimal. Hun begrunnet dette med at det ikke alltid er like lett å legge til rette for en god relasjon og at en god relasjon kan være personavhengig. Vi kan undre oss om det er gitt at en terapeut alltid klarer å bygge en god relasjon til klienten, uavhengig av hvem en møter. Vi tenker at kjemi er en viktig faktor som kan påvirke relasjonen mellom klient og terapeut. Dette kan videre få betydning for intervensjonen og resultatene av denne. Vi tror også at personlighet, kjønn og alder kan påvirke samarbeidet og intervensjonen mellom klient og terapeut. Kanskje kan det være enklere å skape en god klient- terapeut relasjon dersom en har noe til felles? En annen påvirkningsfaktor kan være grunnholdningene og fagkunnskapene i ergoterapi- og fysioterapiutdannelsene. Vil dette ha noe å si for relasjonen og intervensjonen ved bruk av MI? Uansett yrkesbakgrunn er det viktig at terapeuten reflekterer over sine holdninger og eventuelle fordommer som kan påvirke relasjonen. Vi tenker at dersom terapeuten for eksempel har dårlige erfaringer eller fordommer mot enkelte brukergrupper, kan dette påvirke relasjonen mellom klient og terapeut på en negativ måte. Selv om alle disse faktorene kan påvirke relasjonen tror vi det er mange ulike måter å bruke MI på og må tilpasses hver enkelt deltaker, terapeut, situasjoner og utfordring.

Motivasjon og motiverende intervju

Å arbeide med endring av vaner kan være utfordrende, noe begge intervjupersonene bekrefter. Dette forklarer Kielhofner (2010b) med at vaner har blitt internalisert

gjennom gjentakelser over tid og dermed blitt automatiserte. De har blitt en del av vårt daglige handlingsmønster og vår egen identitet, men hva når våre vaner ikke er hensiktsmessige for oss? Og hvordan er det da mulig å innarbeide nye, mer hensiktsmessige vaner? Mæland (2010) skriver at kunnskap ikke er nok for at vi skal endre vår atferd. Det er også viktig å ta hensyn til generelle verdier og holdninger som ligger til grunn for handlingene. Dette kan være påvirkningsfaktorer som materielle forhold eller sosialt og kulturelt miljø. Når vi vet at våre vaner er tett forbundet med vår identitet og selvoppfattelse, er det forståelig at det stilles store krav til motivasjonen hos klienten og terapeuten i arbeidet med en atferdsendring.

Hensikten med motiverende intervju er som tidligere nevnt, og utforske klientens motivasjon for endring. En filosofi i MI er at motivasjonen må komme innenfra og det er derfor helt nødvendig med høy grad av selvbestemmelse. Relasjonen skal legge til rette for at klienten kan være åpen, slik at hans tanker og følelser kan komme frem. Deretter kan en utforske disse i samarbeid med terapeuten (Barth et al., 2013). Som fysioterapeuten sa under intervjuet, så er det å skape en god relasjon allerede i starten av forholdet, spesielt viktig for å kunne hente frem klientens egne grunner for å endre vanene sine og for å hente frem motivasjonen. Lundahl og Burke (2009) viser til at kunnskap og motivasjon er viktig for endring av vaner og atferd. I MI (Barth et al., 2013). tilbyr terapeuten sin ekspertise, ved og spør vedkommende om det er greit at informasjon blir gitt. Dermed blir det også lagt til rette for at klienten kan ta valg om informasjonen er nyttig for ham og dermed kan hans selvbestemmelse bli ivarettatt. Gjennom kommunikasjonsstrategiene gis det rom for at klienten kan komme med sine tanker, følelser og meninger. Fysioterapeuten sier hun har erfart at klientene blir mer engasjerte når de opplever å bli hørt. Hun sier også at dersom klienten gis mulighet til å komme med utdypende svar, så kan det sette i gang en tankeprosess hos klienten som er gunstig i utforsking av motivasjon. Hun mener også at dersom det er klienten som kommer frem til løsningen om hvordan vedkommende vil endre sine vaner, er dette mye mer virkningsfullt enn at hun som terapeut kommer med fasiten.

Utfordringer ved bruk av motiverende intervju

Begge våre intervjupersoner bekrefter at det til tider kan være utfordrende å ta vare på klientens autonomi og det å være tålmodig. Terapeutene sier også at det kan

være lett å komme med løsninger, før klienten er klar eller ser disse selv. Barth, Børtveit og Prescott (2013) beskriver at dersom terapeuten blir overivrig, kan dette føre til at klienten blir defensiv og at det dermed kan oppstå en motstand i samarbeidet om endring. Barth, Børtveit og Prescott forklarer videre at terapeuten ofte kan føle seg hjelpeløs i situasjoner der motivasjonsutfordringen er stor. Vi undrer oss hvordan denne følelsen kan påvirke terapeutens rolle i relasjonen og vil vedkommende da møte klienter med disse utfordringene på en annen måte i motsetning til de klienter som er bedre motivert for endring?

Ergoterapeuten viser også til et annet eksempel der hun beskriver hvordan eldre mennesker kanskje har et annet forhold til helsetjenesten. Hun forteller: *“Det er en del som ikke vant med at de skal få lov til å vurdere seg selv, det er kjempevanskelig.”* Kanskje er den eldre generasjonen mer vant til å være mottakere av helsetjenester? Vi kan derfor tenke oss at en klient på 80 år synes det er uvant at han må komme med sine egne meninger, vurdere seg selv og på denne måten være aktiv i intervensjonen. Kanskje kan klientens holdninger til helsevesenet føre til at klienten føler motstand til intervensjonen? Vi kan forstå at det som terapeut kan være utfordrende å møte på denne etiske problemstillingen. Er det slik at vi kan forvente at en 80-åring skal kunne finne sine egne utfordringer og løsninger? Eller kan vi noen ganger gi løsningene til dem som har utfordringer med dette? Dersom 80-åringen er lite motivert for trening eller livsstilsendring, bør kanskje terapeuten tenke over hvor grensen går i arbeidet med og utforske motivasjonen.

Vi kan undre oss over om våre intervjupersoner kunne møtt disse utfordringene på en annen måte, dersom de hadde følt seg mer erfarne. Begge sier noe om at de ikke føler seg ferdig utlært og ergoterapeuten sier hun har for lite kunnskap i hvordan hun skal møte denne motstanden til endringer som klienter opplever.

Kurs og utdanning i motiverende intervju

En av intervjupersonene uttalte følgende: *“Hvis vi skal kunne bruke MI ifra a til og, så må vi oppdatere oss hele tiden, vi bruker heller brøkdeler av det”*. Basert på dette opplever vi at MI er en utfordrende metode å bruke. Det er nok mange grunner til at MI er utfordrende å bruke. En grunn til dette tror vi kan være at det stiller store krav til deg som terapeut til at du skal ha kunnskaper og erfaring med motiverende intervju. I tillegg krever det mye av deg som person, for eksempel ved hvordan du stiller

spørsmål og at du er observant på ditt eget kroppsspråk. Alle disse utfordringene kan bli vanskelige å mestre hvis du ikke har nok kunnskap og erfaring med bruk av motiverende intervju. Siden denne metoden da er og utfordrende å bruke, undrer vi oss over om det gir nok kunnskaper å gå på et to-dagers kurs? Selv om en av intervjupersonene våre har kurs i motiverende intervju og den andre har videreutdanning, sier begge at de stadig er nødt til å minne seg på MI - strategiene og at det er nødvendig med oppfriskning og erfaringsutveksling dersom en skal skaffe seg nok erfaring i bruken MI. Vi undrer oss over om en noen gang kan bli ferdig utdannet innen MI, siden vi stadig utvikler oss, får ny kunnskap og stadig vil møte nye klienter og utfordringer.

Bruk av elementer i motiverende intervju

Fysioterapeuten svarer følgende på spørsmål om hvordan hun bruker MI: *“Jeg bruker elementer av det gjennom hele forløpet, men kanskje mer noen ganger enn andre. Det kommer kanskje litt an på hva samtalen dreier seg om”*. Hun forteller videre at det kommer an på hvor klienten er i endringsprosessen og hvilke endringer han ønsker å gjøre, som avgjør hvordan hun bruker MI. Det kommer også frem at hun i starten ofte må jobbe mye mer å hente frem motivasjon og grunner for å gjøre endringen hos klienten for å sette i gang en endringsprosess, da kan det være nyttig å bruke MI. Fysioterapeuten forteller også at de bruker motiverende intervju i de fleste helsesamtalene, både i individuelle samtaler men også når holder også kurs prøver de å bruke elementer fra MI. Basert på forskningsartiklene til Lundahl & Burke (2009) og Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen (2005) har de funnet for få studier til at de kan vise til at motiverende intervju fungerer på grupper. Selv om det er lite forskning som støttet at motiverende intervju fungerer i grupper, synes vi at det er interessant å høre at fysioterapeuten opplever at bruk av MI-elementer også fungerer i grupper. Vi tror at en del av verdiene i MI som åpne spørsmål, oppsummering, refleksjon og bekreftelse kan fungere godt i en gruppe hvis gruppelederne bruker disse teknikkene i gruppen. I intervjuet med ergoterapeuten uttrykker hun: *“Min erfaring med MI er at det fungerer, men at jeg bruker bare deler av det. Det er nyttig å ha MI i bakgrunn.”* Ergoterapeuten opplever at MI er nyttig i hennes arbeidssituasjon, men at hun bruker MI mest i begynnelsen av intervensjonen. Hun sier også at det er en utfordrende og krevende metode å bruke, da hun må omstille seg og tenke på en annen måte. Ergoterapeuten sa også: *“Det å*

bruke MI i sin helhet, ville nok hatt en helt annen virkning.” Siden ergoterapeuten opplever at det er utfordrende å bruke hele MI-metoden i hverdagsrehabilitering undrer vi oss på om det finnes en annen metode som kunne fungert enda bedre gjennom hele forløpet i hverdagsrehabilitering? Vi tror at det vil ha en positiv påvirkning på de fleste klienter at terapeutene benytter de 4 strategiene i MI: åpne spørsmål, oppsummering, refleksjon og bekreftelse.

4.1 Metodediskusjon

Med vår problemstilling ønsket vi å undersøke ergoterapeuter og fysioterapeuter sine praksiserfaringer i bruk av motiverende intervju. Vi vurderte hvilken metode som var mest relevant for oss, basert på hva vi ønsket å finne ut. Vi konkluderte med at dette var kvalitativ metode. Vi mente at på denne måten ville vi kunne undersøke deres erfaringer for å få mest mulig relevant informasjon til vår oppgave. Å møte intervjupersonene ved direkte kontakt, mener vi ga oss uvurderlig informasjon, slik som spontane uttalelser og uttalelser som ble underbygget av kroppsspråk. Både vi og intervjupersonene hadde mulighet til å spørre oppklarende spørsmål. Vi mener at dette ga oss informasjon som vi vanskelig kunne fått ved bruk av annen metode som for eksempel spørreskjema. Vi kunne også valgt en kvantitativ metode, men vi mener at da måtte vi ha endret på problemstillingen vår. Dette kunne gitt oss et annet resultat, og dermed en annen vinkling på oppgaven enn den som var viktig for oss. Fordelen med å ha valgt kvantitativ metode hadde vært at vi da kunne nådd flere terapeuter, vi hadde fått et større materiale å arbeide videre med og kanskje kunne vi sett om resultatet kunne generaliseres og være gyldig i lignende situasjoner. Vi kunne for eksempel sendt ut spørreundersøkelser der vi ønsket å finne mer ut om deres erfaringer ved bruk av motiverende intervju, men vi ville uansett ikke klart å kunne gått i dybden og heller ikke fått frem subjektive opplevelser.

Ved bruk av kvalitativt intervju innhentes data gjennom samtale. Informasjon fra intervjuet kan derfor bli påvirket av ulike faktorer som for eksempel omgivelser, intervjusituasjon og gjensidige forventninger. Under intervjuene våre var det ulike faktorer som kan ha påvirket svarene vi fikk, for eksempel lyder utenfor og at det under en samtale alltid er fare for misforståelser. Vi må hele tiden passe på å være kritiske til våre tolkninger av intervjupersonene og situasjonen rundt. Det kan være utfordrende for oss å skille om det er personlighet eller intervjusituasjon som påvirker svarene de gir. Når for eksempel intervjupersonen svarer fort på spørsmål og

benytter seg av mange ord, er dette fordi personen alltid gjør det, eller blir vedkommende kanskje preget av omstendighetene? Vi kan undre oss over om dette påvirker svarene hun gir?

Siden vi kun har intervjuet to personer i forhold til deres erfaringer med motiverende intervju kan dette påvirke resultatet i denne oppgaven. Hadde vi intervjuet flere eller andre kunne dette ha gitt andre resultater. Det er vanskelig å si noe om våre intervjupersoners erfaringer, er noe som gjelder flere ergoterapeuter og fysioterapeuter som har erfaring med denne metoden.

Det har vært nytt for oss å jobbe etter kvalitativ forskningsmetode og det å utføre kvalitativt intervju. Det at vi ikke hadde kunnskaper om denne metoden før vi startet arbeidet med oppgaven, har gitt oss andre utfordringer enn om metoden hadde vært kjent for oss. Kanskje kan dette ha påvirket eller begrenset utfallet av oppgaven?

Som Dalland (2012) beskriver så er det ikke alltid avgjørende for forskning om det er studenter eller erfarne forskere som utfører undersøkelsen. Det at en har en vilje og evne til å kunne sette seg inn i en metode og følge dens retningslinjer, kan være vel så avgjørende for resultatet av undersøkelsen og om en dermed kan kalle det for forskning.

Vi ser også muligheten for at siden vi ikke hadde kjennskap til MI metoden på forhånd, om dette kan ha begrenset oss noe. Kanskje hadde vi reflektert og vurdert annerledes dersom vi hadde mer kunnskap og forståelse for metoden før denne undersøkelsen? Hadde vi da stilt andre krav til intervjupersonene? Hadde vi da hatt et bedre grunnlag i utarbeidelsen av intervjuguiden?

I vår innsamling av data har vi hatt fokus på å velge forskning og teori av nyere dato. Dette for at grunnlaget for oppgaven skal være mest mulig oppdatert og gyldig.

I forbindelse med forskningen til Rubak, Sandbæk, Christensen og Lauritzen (2005) kommer det frem at forfatterne kun har benyttet seg av studier der samtlige personer og grupper det ble forsket på, benyttet MI i sin helhet i intervensjonen. De ville ikke benytte seg av personer eller grupper som bare benyttet MI delvis, for å kvalitetssikre forskningen. Intervjupersonene våre hevder at de kun benytter deler eller elementer av MI. Kan dette ha påvirket oppgaven vår på noen måte, det at vi under utvelgelsen av intervjupersoner ikke hadde reflektert over eller var kritiske til, i hvor stor grad intervjupersonene benyttet MI? Kanskje erfaringene og svarene hadde vært mer

utdypet og bredere hvis de hadde brukt MI i sin helhet? Hadde funnene våre blitt annerledes enn hovedfunnene vi har nå; *relasjon* og *utfordringer*?

Hvis det hadde vært gjort mer forskning på negative konsekvenser, ville dette kunne påvirket vår for forståelse og holdning i forhold til bruk av motiverende intervju.

Kanskje hadde vi vært mer kritiske til bruken av MI og møtt intervjupersonene på en annen måte? Forskningen til Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen (2005) viser til et behov for mer forskning i forhold til implementering av motiverende intervju i praksis og negative konsekvenser ved bruk av MI. Dette er noe som ikke er forsket på enda, og vi ser behovet for en slik forskning. Både for å få mer kunnskap om hvordan dette på best mulig måte kan implementeres i praksis og om det faktisk har noen negative konsekvenser ved å bruke motiverende intervju.

Begge intervju personene ser og anbefaler at motiverende intervju kan benyttes på flere arenaer. Basert på intervjupersonene sine erfaringer, forskning og teori, mener vi at motiverende intervju kan være en god metode til å bruke i arbeid med mennesker. Vi opplever at strategiene og holdningene i motiverende intervju relaterer svært godt til de ergoterapeutiske modeller. På bakgrunn av dette vil vi anbefale alle ergoterapeuter å sette seg inn i MI. Kanskje kan det vurderes om MI er aktuelt for ergoterapiutdannelsen? Videre vil vi anbefale at alle som bruker motiverende intervju holder seg oppdatert på materialet og på ny forskning som blir gjort. Dette for å sikre kvaliteten ved bruk av MI og for å øke deres kompetanse innen MI, slik at de kan ha et best mulig utgangspunkt i møte med sine klienter.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett nærmere på metoden motiverende intervju og hvilke erfaringer ergoterapeuter og fysioterapeuter har med bruk av denne. Vår problemstilling har vært: **Hvilke erfaringer har ergoterapeut og fysioterapeut med bruk av motiverende intervju i livsstilsendringsarbeid?**

For å få svar på denne problemstillingen har vi benyttet oss av kvalitativ metode og gjennom intervju, har vi fått innsikt i erfaringene til en ergoterapeut i hverdagsrehabilitering og en fysioterapeut i en frisklivssentral. Som en del av forberedelsene til intervju, måtte vi sette oss inn i motiverende intervju som metode da vi ikke hadde erfaring med denne fra før. Dette gjorde vi ved at vi fikk innføring i metoden av en MI-kursinstruktør, deltok på seminar samt leste teori og forskning om metoden. I begge intervjuene kom det frem at både ergoterapeuten og fysioterapeuten hadde mange gode erfaringer og noen utfordringer med bruk av motiverende intervju på sin arbeidspraksis. Vi har brukt to forskningsartikler (Lundahl & Burke, 2009, og Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005) i denne oppgaven som viser at motiverende intervju har effekt i behandling av ulike tilstander relatert til livsstil. Vi har også brukt en forskning av Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010), der de konkluderer med at det er viktig å etablere en god relasjon tidlig i et behandlingsforløp og setter fokus på at terapeutens egenskaper og kvaliteter har betydning for relasjonen. Vi opplever derfor at Nissen-Lie sin forskning støtter opp om de funnene vi fant i intervjuene våre om at MI er en metode som påvirker relasjon og kommunikasjon mellom terapeut og klient på en god måte. Det er verd å merke seg at vi at vi ikke har funnet noen forskning som tilsier at MI ikke har noen effekt. Vi baserer funnene våre på intervjuene og aktuell litteratur og mener dermed at motiverende intervju kan være nyttig for oss som ergoterapeuter på våre fremtidige arbeidsplasser. Dette fordi MI gir tydelige føringer på hvordan vi kan stille spørsmål, finne klientens motivasjon og veilede oss i arbeidet med å legge til rette for gode relasjoner til våre klienter.

Kildehenvisning:

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg -vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Aubert, K. E. (u.å.) *Relasjon*. Hentet 16. mai 2014 fra <http://snl.no/relasjon>

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013) *Motiverende intervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Bjerkaas, K. E. T. & Ness, N. E. (2011, 30. desember). *Hva er hverdagsrehabilitering?* Hentet 16. mai 2014 fra <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013, 31. oktober) *Forskningsetisk sjekkliste*. Hentet 20. mai 2014 fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>

Helsedirektoratet (2012, 12. juni) *Hva er motiverende samtale*. Hentet 21. mai 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/Hva-er-motiverende-samtale.aspx>

Helsedirektoratet (2013, 2. mai) *Frisklivssamtalen – Å snakke om endring*. Hentet 25. april fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/helsesamtalen/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2014, 19. mai) *Hva er en frisklivsentral?* Hentet 21.05.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/om-frisklivssentraler/Sider/hva-er-en-frisklivsentral.aspx>

Hvinden, K. (2012). Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red).

Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. (s. 48-62).
Oslo: Gyldendal akademisk.

Ivarsson, B. H. (2010) *MI Motiverende intervju*. Stockholm: Gothia forlag

Kielhofner, G. (2010a). *Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grunnlag* (3. utgave). København: Munksgaard Danmark.

Kielhofner, G. (2010b) *MOHO Modellen for menneskelig aktivitet – ergoterapi til utdanning og praksis*. Munksgaard Danmark. København.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lerdal, A. & Hannevig Celius, E. (2012). Trening på resept – en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen, (Red.). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 161-184). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lundahl, B. & Burke, B. L. (2009) *The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses*. Hentet 10. April 2014 fra

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffaculty.fortlewis.edu%2Fburke_b%2Fcriticalthinking%2Freadings%2Fmi-burke.pdf&ei=_aNoU9rkMae7Aa8_4CgDw&usq=AFQjCNGFjOJNF-

Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar*. Hentet 18.mai 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N. E. (2009, 04. mars). *Vurderingsredskap C-F – Canadian Occupational Performance Messure (COPM)*. Hentet 18. mai 2014 fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Redskap/Vurderingsredskap-C-F#COPM>

Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010) *Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach*. Hentet 25. Mars 2014 fra [http://www.researchgate.net/publication/45828557_Therapist_predictors_of_early_patient-](http://www.researchgate.net/publication/45828557_Therapist_predictors_of_early_patient-rated)

Norsk Ergoterapeutforbund (u.å) *Hverdagsrehabilitering - møter samfunnets utfordringer*. Hentet 5. mai 2014 fra [http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-](http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering)

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005) *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. Hentet 5. April 2014 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/?amp=&blobtype=pdf>

Røkenes, O. H. & Hansen, P. H. (2006) *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Trondheim: Fagbokforlaget.

Skre, I. B. (u. å.) *Terapi*. Hentet 16. mai 2014 fra <http://snl.no/terapi>

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Hentet 29. april 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis - Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2008) *Menneskelig aktivitet II*. København: Munksgaard Danmark.

World Health Organization (2013) *Adherence to long-term therapies*. Hentet 7. mai 2014 fra http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

Vedlegg 1

INFORMASJONSSKRIV

23.04.2014

Vi er 3 ergoterapeutstudenter ved Diakonhjemmet Høgskole Rogaland som er i gang med bacheloroppgave. Temaet for bacheloroppgaven er ergoterapeutrollen og klientrelasjonen. Vår problemstilling er:

Hvilke erfaringer har ergoterapeuter/fysioterapeuter med bruk av motiverende intervju i livsstilsendringsarbeid?

Vi vil i den anledningen vil vi intervjuer ergoterapeut/ fysioterapeut i frisklivssentral/ hverdagsrehabilitering som har erfaring med bruk av motiverende intervju.

I denne oppgaven velger vi å benytte oss av kvalitativ metode og vil derfor ha en samtale med deg om dine erfaringer og tanker/refleksjoner rundt bruken av metoden.

Vi ønsker å benytte oss av en båndopptaker og samt ta notater under intervjuet, dette for å få mest mulig korrekt og nøyaktig gjengivelse. Vi vil behandle opplysningene konfidensielt og anonymiteten vil ivaretas. Vi regner med at intervjuet vil ta ca. 1 time.

Ved spørsmål og lignende ta kontakt med Camilla Orstad tlf. 915 45 206.

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Camilla Topnes, Camilla Orstad og Cathrine V. Langseth

Vedlegg 2

Samtykkeskjema til bruk av opplysninger og informasjon til bacheloroppgave

I forbindelse med vår bacheloroppgave ved Diakonhjemmet høgskole, Rogaland ønsker vi å innhente samtykke til bruk av opplysninger gitt i intervju med praksisfeltet.

Jeg gir med dette samtykke til at Cathrine V. Langseth, Camilla V. Topnes og Camilla M. Orstad kan få bruke de opplysninger og informasjon gitt av meg til bruk i oppgaven.

Jeg samtykker også til av navnet frisklivsentral/hjemmerehabilitering blir brukt i oppgaven.

Jeg godtar at det vil bli brukt båndopptaker under samtalen/intervjuet, at opplysningene ikke vil bli misbrukt og at lydfilen vil bli slettet etter transkribering.

Jeg er også innforstått med at studentene har skrevet under på taushetserklæring som oppbevares på studiestedet.

.....
Informantens signatur

.....
Dato/sted

.....
Camilla V. Topnes

.....
Cathrine V. Langseth

.....
Camilla M. Orstad

Vedlegg 3

Tema	Intervju- hjelpespørsmål	Notat	Observasjon
Innledende	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle litt om din yrkesbakgrunn/erfaring? - Kan du fortelle litt om arbeidsplassen din - Hvilke typer brukergrupper har dere? (alder, diagnose, situasjon, kjønn) - Arbeidsplassens erfaring/organisering/bruk av MI - Hvor mange bruker MI? - Hvor mange ansatte har vært på kurs/utdanning i det? - Er det krav fra arbeidsplass at du/dere benytter MI 		
Bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilken erfaring/bakgrunn/kjennskap har du til MI? - Hvor/hvordan har du lært det? - Kan du fortelle litt om MI? - Hva var din forforståelse/tanker/inntrykk av MI i forkant av kurs/utdanning? - Hva tenker du om MI nå (etterpå)? <p>Snakker dere kolleger sammen om erfaringer i bruk av MI?</p>		
Bruk av MI	<ul style="list-style-type: none"> - I hvilke situasjoner blir MI brukt? - Er det noen situasjoner/brukergrupper MI ikke kan/bør brukes? - Syns du at bruk av MI er hensiktsmessig? Hvorfor/hvorfor ikke? - Hvilke tilbakemeldinger får dere av klienter? - Hvordan opplever du at klienter responderer på bruk av MI? - Hvordan tenker du at bruk av MI kan bidra til å motivere klienter? - Er det noen komponenter fra MI du bruker mer enn andre? (i tilfelle hvilke og hvorfor) 		
Relasjon	<ul style="list-style-type: none"> -Hvordan tenker du at MI kan bidra til å påvirke relasjonen til klienten? - Hvordan tenker du at en (god) relasjon påvirker resultatet av intervensjonen? 		
Utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Opplever du noen spesifikke utfordringer ved bruk av MI? (bruke MI i sin helhet?) - Er det nødvendig med bruk av metoder som MI i møte med klienter? (Hvorfor/hvorfor ikke) 		
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> - Tenker du at det er viktig at terapeuter har kunnskap om teknikker som MI? - Hvordan tenker du at MI kunne blitt mer brukt? - Hvordan synes du MI passer sammen med den faglige forståelse generelt (fysio-/ergoterapi-perspektiv)? - Vil du anbefale andre fagpersoner å ta i bruk det samme? 		

Vedlegg 4

Redegjørelse for valg av forskning

Søkemotor: EBSCO, PubMed, OTSeeker, Cochrane Library , CINAHL, Google Scholar, EMBASE, Idunn, Helsebiblioteket

P pasient/problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. sammenligning	O utfall
Engelske ord: Motivational interviewing Client relationship Therapeutic relationship Health behavior Working alliance	Lifestyle intervention Motivational intervention, Health promotion Early intervention Occupational therapy	Negative impact	Motivation Effects of Motivational interviewing Effects of occupational therapy
Norske ord: Klientrelasjon Relasjon Hverdagsmestring Motiverende intervju Helsesamtale Livsstil	Intervensjon Kommunikasjon Ergoterapi		God relasjon Adferdsendring Mestring Effekt Helse

- Forskningsartikkelen Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach av Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010) ble funnet omtalt i artikkelen «Terapeuten bør gå i seg selv» på forskning.no
- Forskningsartikkelen *The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses* av Lundahl & Burke (2009) ble funnet i artikkelen Motiverende samtale for å endre levevaner (Systematisk litteratursøk) på kunnskapsenteret.no