



Sykepleieferdigheter innen motiverende intervju (MI)

Kandidatnummer: 132 og 204
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8898
Dato: 14.04 2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04 2020
<u>Tittel</u> Sykepleierferdigheter innen motiverende intervju (MI).	
<u>Problemstilling</u> Hvilke ferdigheter innen motiverende intervju (MI) bør sykepleier beherske for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring? <u>Teoretisk perspektiv</u> Som teoretisk perspektiv presenteres sykepleierens forebyggende funksjon i primærhelsetjenesten og hvilken rolle sykepleieren har på en frisklivssentral. Teorien tar for seg Miller og Rollnicks grunnverk om motiverende intervju (MI), samt autonomi, empati og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Videre presenteres flyten i den motiverende samtalen, den transteoretiske endringsmodellen, etikk og de yrkesetiske retningslinjer. Avslutningsvis nevner vi ulike utdanningsmuligheter innen MI, samt rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen. <u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave som bygger på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Det er benyttet ressurser for artikkelsøk og kliniske oppslagsverk fra høyskolens bibliotek. Fem forskningsartikler, samt annen aktuell litteratur, er benyttet for å besvare problemstillingen. Søkeord som er benyttet: <i>Motivational Interviewing, experiences, nurse og patient</i> . Søk etter fag- og forskningsartikler er foretatt i SveMed+ og PubMed og resultatene presenteres i en matrise. Enkeltsøk er utført i Google Scholar og sykepleien.no. <u>Drøfting</u> Funn fra forskningen hentes frem i drøftingen og diskuteres med vekt på autonomi, empati, relasjon mellom sykepleier og pasient, flyten i den motiverende samtalen og utdanning i MI.	

Konklusjon

For å motivere pasienter som har behov for livsstilsendring har MI vist seg å være en effektiv metode. En frisklivssentral, der sykepleieren arbeider sekundærforebyggende, er en egnet arena for å utføre MI. Den som utfører MI bør ha opplæring og trening i metoden. Økt fokus på utdanning kan gjøre sykepleier bedre rustet til å møte personer med behov for livsstilsendring. Ferdigheter som sykepleier blant annet bør beherske for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring er åpne og lukkede spørsmål, aktiv lytting, oppsummering og bekreftelser. Jo bedre sykepleier behersker MI, desto enklere kan det være å styrke pasientens indre motivasjon til endring.

(Totalt antall ord: 298)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	1
1.2	Begrepsavklaringer.....	1
1.2.1	Motiverende intervju - MI.....	1
1.2.2	Ferdigheter.....	2
1.2.3	Beherske	2
1.2.4	Livsstilsendring	2
1.3	Avgrensninger	2
2	Sykepleieteoretisk referanseramme	4
2.1	Sykepleierens forebyggende funksjon i primærhelsetjenesten.....	4
2.2	Motiverende intervju.....	5
2.2.1	Autonomi.....	6
2.2.2	Empati	7
2.2.3	Relasjon.....	7
2.3	Flyten i den motiverende samtalen	8
2.4	Den transteoretiske endringsmodellen	10
2.5	Etikk.....	10
2.6	Yrkesetiske retningslinjer og juridisk rammeverk	10
2.7	Utdanning innen MI	12
2.8	Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning	12
3	Metode	13
3.1	Litteratur og søkehistorikk.....	13
3.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	14
3.3	Kildekritikk.....	14
4	Presentasjon av forskningsartikler	16
4.1	Artikkelmatrise	17
5	Drøfting	20
5.1	Autonomi	20
5.2	Empati.....	22
5.3	Relasjon	23
5.4	Flyten i den motiverende samtalen	25
5.5	Utdanning	28
6	Oppsummering	31
7	Referanseliste	32

1 Innledning

Livsstilsendring kan være nødvendig for å fremme helse, forebygge og forhindre forverring av sykdom (Kristoffersen, 2016a). Erfaringer underveis i studiet og i praksis har avdekket situasjoner der pasienter har behov for livsstilsendring. Å motivere pasienter til for eksempel vektreduksjon kan være en utfordrende oppgave. Som sykepleiere har vi ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Frisklivssentraler vektlegger helhetlig tilnærming der brukermedvirkning er sentralt og tar utgangspunkt i kunnskap som fremmer helse. Helsesamtalene på frisklivssentraler bygger på prinsippene fra motiverende intervju (MI). MI er en samtalebasert metode der målet under samtalen er å styrke pasientens indre motivasjon til endring. Metoden er anbefalt av Helsedirektoratet (2019). Respekt, autonomi og empati står sentralt i MI og er derfor trukket frem i oppgaven. Som snart ferdig utdannede sykepleiere er det verdifull kunnskap å kjenne til hva som skal til for at MI benyttes slik at pasienter blir motivert til livsstilsendring. Dersom vi skaffer oss denne kompetansen, kan prosessen med å fremme helse og motivere pasienter forenkles.

1.1 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av våre egne erfaringer underveis i utdanningen ønsket vi å utforske bruk av MI. Vi har derfor formulert følgende problemstilling: *Hvilke ferdigheter innen Motiverende intervju (MI) bør sykepleier beherske for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring?*

1.2 Begrepsavklaringer

Følgende fire nøkkelbegreper benyttes i problemstillingen: *Motiverende intervju (MI), ferdigheter, beherske og livsstilsendring.*

1.2.1 Motiverende intervju - MI

«MI er et samarbeidsbasert samtaletilbud som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for og forpliktelse overfor endring» (Miller & Rollnick, 2016, s. 38). MI er en

samtale om endring. Samtalene kan være korte eller lengre intervensjoner, og de kan være rettet mot enkeltindivider eller en gruppe. Samtalene skal være veiledende, ikke styrende. Primærmålet for samtalen er å styrke motivasjon til endring (Miller & Rollnick, 2016).

1.2.2 Ferdigheter

Ferdigheter læres best i situasjoner der sykepleieren gjør egne erfaringer. Under en samtale med pasienten kan sykepleierens egne observasjoner settes inn i en større sammenheng og gi pasienten ny mening og forståelse. Ferdighetene er også avhengig av teoretisk kunnskap for å kunne tolke og forstå hva pasienten sier. Grunnleggende ferdigheter i sykepleie omfatter evnen til å forstå pasientens situasjon og å kommunisere med pasienten slik at pasienten forstår (Kristoffersen, 2016b). Det er ikke definert noe minimumskrav for opplæring i MI. Den nedre grense for kompetanse varierer med sykepleiers ferdighetsnivå og hvor raskt sykepleier opparbeider seg kompetanse (Miller & Rollnick, 2016).

1.2.3 Beherske

Å beherske betyr at en mestrer et fag, en oppgave eller en ferdighet, som for eksempel MI (Språkrådet, 2020). For å ha evne til å motivere pasienter til livsstilsendring, er det formålstjenlig at sykepleieren behersker MI-metoden på en tilfredsstillende måte (Miller & Rollnick, 2016).

1.2.4 Livsstilsendring

Livsstil er pasientens måte å leve på som kommer til uttrykk i holdninger, verdier og handlinger (Kristoffersen, 2016b). Helsefremmende livsstilsendring innebærer at pasienten velger en levemåte som reduserer faren for sykdom eller forverring av allerede oppstått sykdom. Livsstilsendringen kan for eksempel innebære endring av kosthold eller økt aktivitetsnivå (Johansen, 2016). Ulike årsaker knyttet til livsstil kan være økonomi, utdanningsnivå, geografi, alder og kjønn (Kristoffersen, 2016a).

1.3 Avgrensninger

Kontekst for oppgaven er primærhelsetjenesten og den sekundærforebyggende funksjonen til sykepleieren. Primærhelsetjenesten, også kalt kommunehelsetjenesten, tilbyr behandling av pasienter både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse, blant annet på frisklivssentraler

(Kristoffersen, 2016c). Sekundærforebygging består av å identifisere helsesvikt eller avdekke risiko for økt helsesvikt på et tidlig stadium, for deretter å iverksette tiltak for å avverge utvikling av helsesvikt og eventuell sykdom (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

I oppgaven har vi valgt å ikke konkretisere pasienten. Oppgaven omhandler ikke én spesifikk diagnose, men tar for seg pasienter som har behov for veiledning eller oppfølging i forbindelse med forebygging av livsstilssykdom og endring av livsstil. Pasientene er hjemmeboende og besøker en frisklivssentral. Eksempler på livsstilssykdom er hjerteinfarkt, hjerneslag og andre hjerte og karsykdommer, diabetes, overvekt og lungesykdommen kols (Norsk Helseinformatikk, 2017). Etersom respekt, autonomi og empati står sentralt i MI har vi valgt å trekke dette frem i oppgaven. Også relasjon mellom pasient og sykepleier kan være avgjørende for utfallet er derfor inkludert i oppgaveteksten.

2 Sykepleieteoretisk referanseramme

Helsesvikt og sykdom kan redusere pasientens livskvalitet, og for å unngå tilbakefall eller forverring, er forebygging en viktig oppgave (Christiansen, 2020). For å få til god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er det viktig å ha fokus på autonomi, empati og en god relasjon (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleiere har lang tradisjon for å imøtekomme behov for informasjon og veiledning til pasienter og pårørende, og er underlagt klare føringer fra lovverk som beskriver pasientens rettigheter og sykepleiers plikter (Christiansen, 2020).

I dette kapittelet vil vi ta for oss sykepleierens forebyggende funksjon i primærhelsetjenesten og sykepleiers rolle på en frisklivssentral. Vi tar for oss metoden MI, autonomi, empati og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Videre skriver vi om flyten i den motiverende samtalen, den transteoretiske endringsmodellen og trekker inn etikk og de yrkesetiske retningslinjer. Avslutningsvis tar vi for oss utdanning innen MI, samt rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen.

2.1 Sykepleierens forebyggende funksjon i primærhelsetjenesten

Sykepleieren i primærhelsetjenesten skal ha kompetanse til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse (Kunnskapsdepartementet, 2008). Forebyggende arbeid innebærer både å oppdage potensielle og nåværende helseutfordringer, motivere pasienter til livsstilsendring, samt skape god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren skal med dette fremme helse, bidra til velvære og sikre god livskvalitet (Kristoffersen, 2016a).

Helseveiledning er en prosess der sykepleier kan fremme helse gjennom å hjelpe pasientene til å mestre en ny livssituasjon. En annen fremgangsmåte for helseveiledning er en profesjonell samtale, slik som for eksempel MI. Hensikten med helseveiledning er å forebygge og fremme pasientenes helse. Pasienter som står foran en livsstilsendring må få kunnskap om egen livssituasjon både før og tiden etter livsstilsendringen. I tillegg må pasientens tiltro til egen gjennomføringsevne styrkes. Veiledning gir pasienten evne til å mestre nye situasjoner slik at de kan oppnå en så god livskvalitet som mulig (Christiansen, 2020).

På frisklivssentraler, som er et kommunalt lavterskeltilbud, arbeider sykepleieren i hovedsak med sekundærforebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2016). En frisklivssentral er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste der målgruppen omfatter friske personer, de som har økt risiko for eller har utviklet sykdom, eller har behov for oppfølging av helsepersonell. Sykepleier på frisklivssentralen hjelper pasienten til å sette konkrete mål, som for eksempel å bli mer fysisk aktiv, finne passende aktiviteter eller tilbud som passer, samt å støtte pasienten til å gjennomføre planlagte tiltak. Veiledningen kan foregå individuelt eller i gruppe (Kristoffersen, 2016c). Frisklivssentraler tar imot pasienter uavhengig av helseutfordringer og diagnose, og brukermedvirkning står sentralt i utvikling av tjenesten og gjennomføring av tilbudene (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Motiverende intervju

MI er en form for helseveiledning (Miller & Rollnick, 2016) og Miller og Rollnick sin tekniske definisjon på MI lyder som følger: «MI er en samarbeidsbasert, målrettet kommunikasjonsstil hvor man er spesielt opptatt av endringssnakk, utformet med tanke på å skape personlig motivasjon og forpliktelse overfor et bestemt mål ved å lokke frem og utforske personens egne grunner til endring, i en atmosfære preget av aksept og medfølelse» (Miller & Rollnick, 2016, s. 58). MI brukes til motivere pasienter til atferdsendring og er anbefalt av Helsedirektoratet (2019). Målet for MI er at pasienten, på egenhånd og gjennom samtale, oppnår endring på bakgrunn av egne verdier og interesser. MI fokuserer på å støtte pasientens autonomi (Miller & Rollnick, 2016). I de fleste tilfeller er det pasienten som best kjenner egen kropp, mens sykepleieren innehar fagkunnskap. Det kan også være at pasienten ikke har tilstrekkelig selvinnsikt eller forstår rekkevidden av konsekvensene ved å ikke endre. I fellesskap skal sykepleier og pasient komme frem til sykepleie som best vil tjene pasienten i den aktuelle situasjonen (Slettebø, 2013). Samtalene innebærer at sykepleieren benytter ferdigheter som åpne og lukkede spørsmål, aktivt lytter til hva pasienten sier, samt oppsummerer og bekrefter hva pasienten har fortalt (Miller & Rollnick, 2016).

Den fundamentale grunnsteinen i MI er holdingssettet i samtalen der nøkkelementene er aksept, medfølelse, samarbeid og fremkalling av endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016). Alle mennesker har potensiale som kan utvikles og pasienter kan ha viktige erfaringer eller evner som gjør at de sitter inne med de beste løsningene på egne problemer. Tro på at endring

kan skje og tro på egen mestring, er av betydning for at pasienter makter å gjøre endringer i eget liv. Respekt, autonomi og empati står derfor sentralt i MI (Ivarsson, 2010).

2.2.1 Autonomi

Autonomi innebærer en opplevelse av indre kontroll, valgfrihet mellom ulike aktivitetsalternativ og at aktiviteten utføres av egen fri vilje (Diseth, 2019). Autonomi er både en etisk og juridisk rettighet, og pasientens rett til medvirkning er nedfelt i lovverket (Brinchmann, 2016). Det er tre måter pasientautonomi kan forstås på. Som et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. *Prinsippet* innebærer at pasientens behov og ønsker respekteres når sykepleiefaglige avgjørelser fattes. Prinsippet gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, ved at sykepleier skal respektere pasientens rett til å foreta valg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Autonomi som *egenskap* vil si pasientens evne til å handle i tråd med egne ønsker og planer. Egenskapen vil kunne variere ut ifra pasientens medisinske og psykiske tilstand. I enkelte tilfeller kan det som er til nytte for pasienten på lengre sikt gå mot dens ønske og vilje på kort sikt. Autonomi som *rettighet* innebærer at pasienten har krav på å få sine valg respektert (Slettebø, 2013). Sykepleieren ivaretar pasientens rett til å være medbestemmende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Når pasientens behov for autonomi er dekket vil det kunne være tilstrekkelig for å bli motivert til endring (Diseth, 2019).

Det som best sikrer at pasienten er mottakelig for informasjon, er når pasienten har samtykket til å motta informasjon (Prescott & Børtveit, 2004). Som sykepleier bør en derfor alltid be pasienten om tillatelse før en kommer med råd. Dette gjelder også innen MI hvor sykepleier aldri skal gi råd eller informasjon til pasienten uten å først be om tillatelse. Pasienten skal ikke gis for mye informasjon eller råd før sykepleieren har satt seg grundig inn i pasientens perspektiv og behov. Deretter må sykepleier hjelpe pasienten til å trekke egne slutninger og ta avgjørelser på bakgrunn av informasjonen som er mottatt. MI er en metode som tar hensyn til pasienter som er mindre beredt for endring (Miller & Rollnick, 2016).

Enkelte ganger kan sykepleier og pasient har ulikt perspektiv. Uansett hva sykepleier måtte mene om hva som er best for pasienten, er det opp til pasienten selv å si ja eller nei til råd eller informasjon (Miller & Rollnick, 2016). En risiko ved å spørre om tillatelse er at pasienten svarer «nei». I tilfeller hvor sykepleier er usikker på om pasienten vil gi tillatelse, er en mulighet å gi beskjed om at det kommer informasjon. Gjennom å forberede pasienten på at

det kommer informasjon, økes graden av mottakelighet (Prescott & Børtveit, 2004). Ved å benytte autonomistøttende formuleringer slik som: «jeg vet ikke om dette rådet er riktig for deg» eller «det er mulig du kjenner til dette» styrker sykepleieren pasientens autonomi. Å anerkjenne pasientens frihet til å selv velge om han eller hun følger rådet, øker sannsynligheten for at pasienten både lytter til og følger råd fra sykepleier (Miller & Rollnick, 2016).

2.2.2 Empati

«Empati er altså evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser, tanker og reaksjoner» (Eide & Eide, 2017, s. 157). Motsatsen til empati er å trekke inn egne perspektiver ut fra antagelse om at den andres perspektiver er misforståtte eller irrelevante (Miller & Rollnick, 2016).

Empati innebærer evne til å formidle at sykepleier forstår pasientens reaksjoner og følelser og det at sykepleier evner å sette seg inn i pasientens situasjon og følelser. For å oppnå empatisk kommunikasjon må sykepleier la pasienten fortelle sin historie. Empati uttrykkes både verbalt og nonverbalt. Verbal empati er å anerkjenne og legitimere pasientens bekymringer ved å bekrefte pasientens følelser. Nonverbal empati er kroppsspråket, som et nikk eller lett berøring (Heyn, 2018).

2.2.3 Relasjon

Å etablere relasjon er en betydningsfull ferdighet hos sykepleieren. Pasienten må føle seg som en likeverdige part for å oppnå effektiv kommunikasjon i samtalen. Økt opplevelse av tillit øker sannsynligheten for at pasienten åpner seg og hvor sykepleier er den profesjonelle part og den som er ansvarlig for å etablere relasjon. Ofte kan det være en grunnleggende asymmetri i forhold mellom pasient og sykepleier. Sykepleier har både innsikt i pasientens sykdom fra første møte og har også en innflytelse på pasienten. Pasientens tidligere kontakt med helsevesenet kan ha innvirkning på relasjon, sykdomsinnsikt og evne til å ta til seg veiledning. For å få til god relasjonsbygging og helseveiledning, må sykepleier være klar over sin maktposisjon, og erkjenne at ikke alle pasienter har grunnleggende tillit til helsevesenet (Heyn, 2018).

Kommunikasjon er en ferdighet som kan læres og som må øves på. Kommunikasjon er ikke en standardprosedyre som gjelder i alle situasjoner da det ikke er noen fasit på hvordan man kommuniserer i enhver situasjon. Hver pasient og pasientsituasjon er unik, noe som medfører at det ikke bare er å lese om kommunikasjon, det må også øves på (Heyn, 2018).

Miller og Rollnick bruker ikke begrepet relasjon, men henter frem partnerskap mellom sykepleier og pasient. Partnerskapet handler om å både se pasienten som en partner man samarbeider med og å skape en empatisk eller medmenneskelig atmosfære i samtalen. MI brukes ikke *på* noen, men utføres *for* og *sammen* med en person (Miller & Rollnick, 2016).

2.3 Flyten i den motiverende samtalen

Når sykepleier har en MI-samtale, benyttes grunnleggende kommunikasjonsferdigheter slik som åpne og lukkede spørsmål, bekreftelse, refleksjoner og oppsummeringer. Måten de brukes på kan variere fra samtale til samtale (Miller & Rollnick, 2016).

Åpne spørsmål oppmuntrer pasienten til å reflektere og utdype tema i samtalen (Miller & Rollnick, 2016) og inviterer ofte til lengre fortellende svar (Ivarsson, 2010). De åpne spørsmålene kan beskrives som utforskende og gir ikke avgrenset bestemte svar. Åpne spørsmål kan fremkalle motivasjon hos pasienten og stake ut kursen videre mot endring (Miller & Rollnick, 2016). Ofte begynner åpne spørsmål med spørreord som for eksempel hvilke, hva, hvordan og hvem (KoRus – Sør, 2019).

Lukkede spørsmål etterspør konkret informasjon, om for eksempel antall sigaretter per dag, og kan være en nyttig opplysning videre i samtalen. Lukkede spørsmål begrenser pasientens svarmuligheter og dersom det stilles flere lukkede spørsmål på rad, kan dette bidra at pasientens mister engasjement i samtalen (Miller & Rollnick, 2016). De lukkede spørsmålene starter som regel med et verb først i setningen som for eksempel: «*har du det bra?*» (KoRus – Sør, 2019).

Bekreftelse innebærer at sykepleieren sier noe som får pasienten til å føle seg sett, satt pris på som person, som anerkjenner pasientens gode egenskaper, kompetanse, styrke og anstrengelser (Ivarsson, 2010). Bekreftelser støtter og oppmuntrer pasienten og har flere positive funksjoner i en relasjon. Positivitet har en gjensidig effekt og tilfører engasjement.

Engasjement bygger og støtter gjennomføringsevnen til pasienten underveis i behandlingen. Konfrontasjon kan true pasientens selvbylde, som igjen kan true pasientens autonomi og medføre at pasienten kan havne i forsvarsposisjon. For at en bekreftelse skal kjennes ektefølt, bør den helst komme i du-form. Da blir den ikke oppfattet som sykepleiers egen mening (Miller & Rollnick, 2016). Eksempler på bekræftelser kan være: «*Du jobber hardt med dette*», eller «*Du er en sterk person*» (Ivarsson, 2010).

Refleksjoner regnes for å være den kommunikasjonsferdigheten innen MI som skaper størst drivkraft i endringsprosessen (KoRus – Sør, 2019). En refleksjon gir pasienten mulighet til å få gjenfortalt egne utsagn ordrett eller formulert med andre ord av samme betydning (Ivarsson, 2010). På denne måten kan pasienten fundere litt over eget utsagn (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleier kan på en måte gjette seg til hva pasienten mener, og er betydningsfullt for å styrke forståelsen av samtaleinnholdet (Ivarsson, 2010). Det finnes tre ulike refleksjoner som benyttes innen MI. *Enkle refleksjoner*, som gjenspeiler hva pasienten sier. *Komplekse refleksjoner*, som avdekker en underliggende mening eller følelse. *Dobbelttsidige refleksjoner*, som tar hensyn til flere perspektiver og tydeliggjør ambivalensen (KoRus – Sør, 2019). Gjennom ulike typer refleksjoner kan sykepleier bidra til å tydeliggjøre pasientens utsagn, følelser, tanker, meninger, motstand, ambivalens, og motivasjon. Samtaler med flere refleksjoner enn spørsmål setter i gang mer endringssnakk (Ivarsson, 2010) og endringssnakk øker sannsynligheten for endring. Et eksempel på en refleksjon fra sykepleier, der pasienten sier «*Jeg burde ikke drikke så mye*», kan være: «*Du drikker mer enn du burde*» (KoRus – Sør, 2019).

Oppsummering dekker enkelte av de samme funksjonene som refleksjoner (Ivarsson, 2010). En oppsummering er et resymé av to eller flere elementer pasienten har fortalt underveis i samtalen. Oppsummeringer kan fungere som en avslutning på det som har blitt sagt, eller som overgang til neste tema. Den gir også pasienten mulighet til å tilføye eller korrigere innholdet i samtalen. En god oppsummering kan få pasienten til å føle seg sett, anerkjent og forstått (Miller & Rollnick, 2016). Når pasienten hører sykepleier gjenfortelle samtalen kan pasienten etterhvert bli mer selvreflekterende og dermed også utfordre sitt eget perspektiv av innholdet i samtalen (Barth & Näsholm, 2006).

2.4 Den transteoretiske endringsmodellen

Den transteoretiske endringsmodellen (Christiansen, 2020), utviklet av psykologene Prochaska og DiClemente, beskriver hvordan personlige endringsprosesser arter seg i ulike forløp eller faser. Endringsmodellen, som er utviklet parallelt med MI, er betydningsfull for tankemåten rundt helsefremmende arbeid og kan gi sykepleier bedre mulighet til å både påvirke og støtte pasientens endringsprosess. Den transteoretiske modellen inndeles i fem faser: *føroverveielse*, der pasienten ikke fokuserer på problemet, men har likevel en tanke om bekymring. *Overveielse*, der pasienten gir uttrykk for endring, men fremhever positive sider ved problemet. *Forberedelse*, der pasienten skifter perspektiv og ambivalensen er mindre tydelig. *Handlingsfasen*, der pasienten jobber med endring av tillærte atferdsmønstre og resultater kommer til syne i for eksempel vektreduksjon. *Vedlikeholdsfasen*, der pasienten arbeider bevisst for å opprettholde nye atferdsmønstre. Sykepleier må være klar over at pasientens holdninger og motivasjon for endring ikke er statisk, men kan svinge mellom ulike fasene (Christiansen, 2020).

2.5 Etikk

Etikk i sykepleie bygger på fire prinsipper. *Velgjørenhet* – plikten til å gjøre godt mot andre. *Ikke skade* – plikten til å ikke skade andre. *Autonomi* - plikten til å respektere autonome personers beslutninger og *rettferdighet* – plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig. Prinsippene må sees på som likeverdige (Brinchmann, 2016).

Pasientautonomi er et betydningsfullt, etisk og juridisk prinsipp (Brinchmann, 2016) som bygger på at menneskeverdet er absolutt og ikke avhenger av indre og ytre kjennetegn eller pasientens yteevne. Dette menneskesynet, også kalt autonomiprinsippet, legger til grunn at pasienten har krav på respekt og følgelig selvbestemmelsesrett (Lunde, 2016). Autonomi er en sentral del av holdningssett i MI (Miller & Rollnick, 2016) og er derfor trukket fram i oppgaven.

2.6 Yrkesetiske retningslinjer og juridisk rammeverk

De yrkesetiske retningslinjer reguleres i stor grad av lovverket og sammen utfyller de hverandre som forpliktende og retningsgivende for hvordan sykepleier skal handle og forholde seg, særskilt når sykepleier står ovenfor etiske problemstillinger. Yrkesetikken til sykepleiere fremheves som et viktig verktøy og bidrar både til selvkontroll, gjennom at de

fungerer som allmenn modell på god sykepleie, og til å legitimere sykepleieprofesjonens virksomhet (Molven, 2016).

Grunnlaget for sykepleie angis i de yrkesetiske retningslinjene og beskriver hvordan sykepleier skal ha respekt for den enkeltes menneskes liv og iboende enhet. I tillegg skal sykepleie baseres på kunnskap med fokus på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleie skal utføres innenfor rammene som følger lover og retningslinjer. Dette medfører at sykepleier må ha nødvendig kunnskap om lovgivning (Molven, 2016). De yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pasienters rett til helse- og omsorgstjenester reguleres i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hvor formålet er å bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekt for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Helsepersonelloven (1999) definerer helsehjelp «som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell». Formålet med Helsepersonelloven (1999) er å bidra til tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge.

Selvbestemmelsesretten er en grunnleggende verdi i møte med helsevesenet (Slettebø, 2013). Som en del av sykepleierens helsefremmende rolle er det å veilede, gi tilpasset informasjon og formidle kunnskap nødvendig. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) lovfester at informasjonen som formidles, gis på en hensynsfull måte og at den er tilpasset pasienten. Videre påpeker pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har rett til medvirkning og informasjon, helsetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten og meninger til pasienten skal vektlegges. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes pasients evne til å gi og motta informasjon. Pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, i tillegg informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Med mindre det foreligger lovhjemmel eller rettsgrunnlag kan helsehjelp kun gis med pasientens samtykke.

2.7 Utdanning innen MI

Flere ulike instanser organiserer opplæring i MI, men det kan se ut til at det ikke eksisterer et standardisert utdanningsløp eller offentlig krav til MI-utdanning. En grunnutdanning i MI bør vare i 2-4 dager, etterfulgt av vedlikehold av kunnskap gjennom trening og veiledning (Ivarsson, Hultqvist & Gjestrud, 2017). Spennvidden i opplæringstilbudet i Norge varierer fra korte nettbaserte introduksjonskurs (Kursguiden.no, 2020), til studier på universitet med 30 studiepoeng (Nord universitet, 2020). Flere høyskoler i Norge tilbyr ulike videreutdanningsprogram i MI (Ivarsson, 2010) og det finnes også en oversikt over norske utdannede lærere med tilknytning til det internasjonale nettverket Motivational Interviewing Network of Trainers (2019) (MINT). MINT har utviklet ulike retningslinjer for læring, implementering, trening, forståelse av og forskning innen MI.

2.8 Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning

Dagens rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) er hjemlet i Universitets- og høyskoleloven (2005). Det overordnede målet er å utdanne reflekterte sykepleiere som kan jobbe tverrfaglig og som setter mennesket i sentrum. Sykepleiere skal ha kompetanse om helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling. Videre skal sykepleiere også beherske særegne og spesialiserte undervisnings- og veiledningsoppgaver.

I den nye forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2019), som trer i kraft fra høsten 2020, står det at formålet med utdanningen er at «Sykepleierutdanningen skal kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for å ivareta menneskets grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Grunnlaget for omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie er oppdatert kunnskap, skikkethet og respekt for menneskers autonomi og medbestemmelse». Respekt for menneskers autonomi er i likhet med den nye forskriften en sentral del av holdningssett i MI (Miller & Rollnick, 2016).

3 Metode

En metode er et verktøy som brukes til å undersøke og komme frem til ny kunnskap. Metode forteller om fremgangsmåten som er benyttet for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017).

Oppgaven er en litterær oppgave som bygger på eksisterende fag- og forskningslitteratur (Thidemann & Thidemann, 2015). For å finne aktuelle artikler har vi benyttet ressurser for artikkelsøk og kliniske oppslagsverk fra høyskolens bibliotek. Vi har mottatt tekniske råd og veiledning fra bibliotekar til gjennomføring av systematiske søk, i tillegg til råd fra veileder. Dermed anses benyttet litteratur som pålitelige kilder. Litteratur fra pensumliste hadde ikke stort nok spekter til å belyse problemstillingen vår, derfor ble det innhentet ytterligere aktuell litteratur. For å presentere relevant teori om motiverende intervju har vi i stor grad benyttet boken «Motiverende samtale – støtte til endring» (2016), ettersom den er skrevet av grunnleggerne av metoden, Miller og Rollnick. Andre bøker om MI har vi fått anbefalt av MINT-instruktør. Artiklene som er valgt benytter kvantitative, kvalitative og kvasiekperimentell metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017). En kvasiekperimentell metode har betydning på forskning av effekt på intervensjoner (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Metodene bidrar til bedre forståelse av et fenomen og bidrar til at oppgavens problemstilling besvares (Dalland, 2017).

3.1 Litteratur og søkehistorikk

Søk etter fag- og forskningsartikler er foretatt i SveMed+ og PubMed. SveMed+ dekker nordiske tidsskrifter innen medisin og helsefag. PubMed dekker både biomedisinsk grunnforskning, klinisk sykdomsorientert materiale og inneholder referanser til tidsskriftartikler fra over 5500 medisinske og helsefaglige tidsskrifter. Enkeltsøk er utført i Google Scholar og sykepleien.no. Google Scholar er Googles litteratur-søkemotor. Den er ikke egnet for systematisk søk innenfor et fagområde, men kan være nyttig for å finne en spesifikk referanse eller for å utforske et tema. Sykepleien.no publiserer nyheter og fagstoff og er en viktig formidler av fag- og forskningsartikler innen sykepleiefaget. Alle overskrifter og sammendrag ble lest, basert på dette ble aktuelle artikler valgt. Tabellen under viser oversikt over søkehistorikk for de valgte forskningsartiklene.

Nr.	Databaser	Dato for søk	Søkeord med kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Relevante	Inkludert
1	SweMed+	16.01.2020	«Motivational interviewing»	Publisert de siste 8 årene	71	1	1
2	PubMed	16.01.2020	«Motivational interviewing» AND «experiences» AND «nurse» AND «patient»	Publisert de siste 8 årene	63	7	4

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å inkludere artikler som fylte følgende kriterier: fagfellevurdert, fulltekst og ikke eldre enn 8 år. Artikler fra asiatiske, sør-amerikanske og afrikanske land er ekskludert, ettersom kultur og helsevesen i disse landene kan skille seg fra det vi har i Norge. Artikler på andre språk enn skandinavisk og engelsk er også ekskludert.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere, tolke og analysere kilder som er innhentet (Christoffersen et al., 2015).

For å unngå at andre forfattere har feiltolket dokumenter bør man ifølge retningslinjer for oppgaveskriving på Lovisenberg Diakonale Høgskole (2019) alltid tilstrebe å oppsøke primærkilden. Så langt det har vært mulig er det benyttet primærkilder i oppgaven. Det har enkelte ganger vært utfordrende å finne tilbake til primærkilden og sekundærkilder har derfor blitt benyttet i stedet. Bruk av sekundærkilder øker mulighet for at essensen i primærkilden blir feiltolket, som videre kan bli feiltolket i denne oppgaven. Det er brukt en oversatt utgave av Miller & Rollnick som kan medføre at oversetteren går glipp av noe, samtidig er det enklere for oss å forstå en norsk tekst. Vi har selv lest og oversatt forskningsartikler fra engelsk til norsk, noe som kan medføre feiltolkninger. Vi har bevisst valgt forskningsartikler av nyere dato for å få oppdatert kunnskap. Vi har begrenset erfaring med litteratursøk og har funnet frem til relevante søkeord basert på problemstillingen. Det kan ikke utelukkes at relevante søkeord har uteblitt, at vi kan ha gått glipp av resultater i andre databaser.

Forskningsartiklene fra Sverige er overførbare til Norge ettersom vårt samfunn har relativt lik kultur med lik oppbygging av helsetjenester og velferdsstat, samt utdanningssystem. Én artikkel fra USA tar for seg opplæring av sykepleierstudenter. Helsevesenet i USA har en annen oppbygning enn det norske helsevesen. Sykepleiestudiet i USA er annerledes sammenliknet med den norske sykepleieutdanningen med tanke på oppbygning av studiet, innhold og krav til praksis. USA og Norge har felles vestlig kulturbakgrunn med lik type

forskning, der resultatene er knyttet til menneskelig læring. På bakgrunn av dette mener vi artikkelen er overførbart til Norge. Ingen av de valgte artiklene er spesifikt fra frisklivssentraler. Ettersom helsesenter og frisklivssentraler har samme pasientgruppe, sykepleiefunksjon og rolle anser, vi artiklene overførbare til konteksten for oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Artiklene i artikkelmatrisen omhandler hvordan MI bidrar til en positiv endring i sykepleiers alliansekompetanse, at inkonsekvent bruk av MI resulterer i mindre endringssnakk, at MI krever opplæring, trening, tilbakemelding, åpenhet og vilje til å lære, og hvordan sykepleiestudenter som under studiet får opplæring i metoden bruker MI konsekvent uten å falle tilbake til gamle vaner. Vi har nedenfor satt artiklene inn i en matrise for enkelt og oversiktlig gjøre rede for hensikt, metode og resultater.

4.1 Artikkelmatrise

Nr:	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Maria Charlotte Berge, Vegard Breiseth, Lars Lilja, Tore Aune	Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i Motiverende Intervju	Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid 2018;15(4) s.296-308	Studien undersøker i hvilken grad utdanning i samtalemetoden Motiverende Intervju påvirker terapeuters opplevde alliansekompetanse.	<p>Studien har et triangulerende mixed method-design (Erzberg & Keller, 2003) som benytter en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode.</p> <p>Deltakere var studenter med minimum 3-årig helse- og/eller sosialfag deltok på videreutdanning i MI ved Nord universitetet, Norge.</p> <p>Delstudie I, Kvantitativ del, N=26 Spørreskjema.</p> <p>Delstudie II, Kvalitativ del, N=12 Semistrukturert intervjuguide som bygger på de samme kategoriene som spørreskjemaet benyttet.</p>	Denne studien tyder på at Motiverende Intervju kan være en egnet kompetansehevingsintervensjon for terapeuter i helse- og sosialrelaterte yrkesgrupper som bidrar til en positiv endring i opplevelsen av egen alliansekompetanse. Deltakerne formidler gjennom kvantitative og kvalitative resultater at de i etterkant av utdanning i Motiverende Intervju kjenner seg som bedre allianseskapere, opplever seg faglig sterkere, og er tryggere i terapeutrollen. De evner i større grad å skape enighet for terapiprosessens mål og oppgaver. Gjennom metodens personsentrerte fokus har de blitt mer bevisste på alliansen og relasjonens verdi, samt egen påvirkningskraft. Deltakerne beskriver at de har lagt egen eksperterolle til side og inntatt en mer reflekterende og lyttende rolle.
2.	Bonnie J. Nesbitt, Debra A. Murray, Angela R. Mensink	Teaching motivational interviewing to nurse practitioner students: A pilot study	Journal of the American Association of Nurse Practitioner 26 (2014) pp.131–135	Studien undersøker resultatene av en kortfattet pedagogisk opplæringsmodul for sykepleierstudenter i bruk av motiverende intervju (MI) Om studentene bruker MI-konsekvent etter opplæring.	<p>Kvasiekperimentell pilotstudie.</p> <p>Bekvemmelighetsutvalg med N=14 sykepleiestudenter. Videopptak av samtaler før og etter opplæring i MI, ble brukt i studien. Sykepleiestudenter fra Viterbo University, La Crosse, Wisconsin, USA.</p>	Studiet finner at sykepleiestudenter som har fått MI undervisning stiller færre lukkede spørsmål, stiller flere åpne spørsmål, gir vesentlig mindre råd til pasientene. Markant økning av oppsummering (speiling) av hva pasienten sier. 100 % av studentene mente undervisningen var svært lærerik eller veldig lærerik og medførte konsekvent bruk av MI.

Nr:	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
3.	Elisabeth Häggström, Ann-Sofi Ostlund, Barbro Wadensten, Helena Lindqvist, Marja-Leena Kristofferzon	Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing	Journal of advanced nursing, November 2016, Vol.72(11), pp.2844- 2856	Studien undersøker hva slags type språk/MI-samtale som utføres mellom sykepleiere og pasienter og hvilken type språkbruk som kan forutsi endringssnakk hos pasientene.	Beskrivende og prediktiv metode. Deltakere N=23 er sykepleiere i primærhelsetjenesten fra to kommuner sentralt i Sverige. Femti lydopptak av motivasjonssamtaler mellom 23 sykepleiere og 50 pasienter ble analysert og kodet.	Studiet finner at åpne spørsmål kontra lukkede spørsmål og komplekse refleksjoner kontra enkle refleksjoner gav vesentlig mer endringssnakk, mens inkonsekvens bruk av MI og samtidig enkle refleksjoner ikke gav mindre endringssnakk kontra konsekvent bruk av MI uten refleksjoner. Funn viser vesentlig høyere sannsynlighet for å ikke oppnå endringssnakk ved ikke konsekvent bruk av MI-språk. Nøytrale spørsmål kontra positive og negative spørsmål, nøytrale refleksjoner kontra positive og negative refleksjoner gir nøytralt svar som ikke tar for seg endring eller opprettholder adferd. Negative spørsmål sammenlignet med nøytrale og positive spørsmål og refleksjoner gir en vesentlig høyre sannsynlighet for å oppnå endringssnakk. Positive spørsmål sammenlignet med nøytrale og negative spørsmål og refleksjoner gir en vesentlig høyere sannsynlighet for å ikke oppnå endringssnakk. Funn viser at hvilken vinkling spørsmålene har (positiv, negativ eller nøytral) er viktigere kontra om det er åpne eller lukkede spørsmål.
4.	Ann-Sofi Östlund, Barbro Wadensten, Marja-Leena Kristofferzon, Elisabeth Häggström	Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method	Nurse Education in Practice, March 2015, Vol.15(2), pp.111-118	Studien undersøker erfaringer hos sykepleiere som innehar MI opplæring.	Kvalitativ semistrukturerte intervjuer. Deltakere N=20 er sykepleiere i primærhelsetjenesten, fra to fylker i Sverige.	Sykepleierne rapporterte at MI er et nyttig verktøy for pasienter som har behov for livsstilsendring. Studiet finner at det krever mye mer enn et enkelt kurs for å endre gamle vaner. MI krever øvelse, tilbakemelding, åpenhet og vilje til å lære og bruke MI. Studiet peker på at årsaker til å ikke bruke MI ser ut til å være: mangel på trening/utdanning, støtte, passende arbeidsoppgaver, pasienter, samt fravær interesse for MI.

Nr:	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
5.	Elisabeth Brobeck, Sigrid Odenrants, Håkan Bergh, Cathrine Hildingh.	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study	BMC Nursing, May 5, 2014, Vol.13(1)	Studien beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplever livsstilsamtaler basert på motiverende intervju.	Kvalitativ metode med beskrivende design. Deltakerne N=20 er sykepleiere i primærhelsetjenesten i en kommune sørvest i Sverige.	Funn fremhever at livsstilsamtaler basert på motiverende intervju kan aktivere pasienters selvbestemmelse i prosessen med livsstilsendring. Pasientene rapporterte av MI-samtalene gjorde dem motiverte og bevisst på egen rolle i å utføre livsstilsendringer.

5 Drøfting

For å besvare problemstillingen vår vil vi i dette kapitelet hente frem og diskutere pasientens autonomi, altså pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre trekker vi frem sykepleiers empati, altså sykepleiers evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, samt viktigheten av en tilfredsstillende relasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonsferdigheter, der åpne og lukkede spørsmål, bekreftelse, refleksjon og oppsummeringer trekkes frem. Videre anser vi det også som relevant for vår problemstilling å fokusere på utdanning og viktigheten av å vedlikeholde ferdigheter. Drøftingen tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling og belyses gjennom funn i fem forskningsartikler, samt støttelitteratur.

5.1 Autonomi

Autonomi er respekten for pasientens valgfrihet og selvbestemmelsesrett (Miller & Rollnick, 2016). Selvbestemmelse omfatter pasientens behov for å bli lyttet til, bli sett, hørt og forstått. Selvbestemmelse innebærer også hva som er viktig for pasienten selv og at pasientens behov blir tatt hensyn til (Eide & Eide, 2017). Pasientautonomi er ifølge Brinchmann (2016) et betydningsfullt, etisk og juridisk prinsipp, som omfatter plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Pasientautonomi er også en grunnleggende del av holdingssettet til Miller og Rollnick (2016). Ifølge Brobeck, Odenrants, Bergh og Hildingh (2014) er pasientautonomi et sentralt begrep innen sykepleie. En forutsetning for dagens sykepleie er at pasientene i økende grad er deltakende i egen behandling, men noen ganger kan det være enklere for sykepleier å forvente at pasientene gjør som de blir fortalt, noe som kan svekke pasientautonomien. Pasienten kan også befinne seg på ulike stadier av endringsprosessen, noe den transteoretiske endringsmodellen kan gi et bilde av. Det kan være lett for sykepleier å automatisk tenke at pasienten befinner seg i annen fase av endringsprosessen enn den at pasienten faktisk er i.

Når sykepleieren gjør valg for pasienten oppnås ikke ekte pasientautonomi. Det kan oppstå et etisk dilemma dersom sykepleier inntar en ekspertrolle. Når Brobeck et al. (2014) skal beskrive ekte pasientautonomi gjør de det slik: ekte pasientautonomi foreligger kun når sykepleier har gitt nødvendig informasjon til pasienten, for så å støtte pasientens egne

endelige beslutning. Dette er på linje med hva som er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 kapittel 3) der det står følgende: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker». Paralleller kan også trekkes til frisklivssentraler der brukermedvirkning står sentralt, både i utvikling av tjenesten og i gjennomføring av tilbudene (Helsedirektoratet, 2016).

Som snart ferdig utdannede sykepleiere, har vi underveis i studiet formet grunnlaget for å kunne utøve omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie. Vi har ervervet oppdatert kunnskap og fått undervisning om både pasientens autonomi og rett til medbestemmelse. Opplæringen vi har fått, er etter vår mening, i henhold til de nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dersom informasjon og veiledning ikke tilpasses pasientens evne, kan det resultere i at pasienten ikke oppfatter budskapet og at helsehjelpen ikke når frem. Er derimot informasjonen og veiledning gitt på en tilstrekkelig måte, får pasienten tilgang på kunnskap som kan fremme egen helse. I yrkesetiske retningslinjer §2.4 (Norsk Sykepleierforbund, 2019), står det at sykepleier skal gjennom tilpasset informasjon gi pasienten mulighet til å ta selvstendige valg. Dette understøttes av autonomiprinsippet, som omhandler pasientens rett til å bli informert og velge selv (Brinchmann, 2016).

Grunnleggerne av MI, Miller og Rollnick (2016), skriver at MI er en samarbeidsrelatert samtalestil som er mer preget av å veilede fremfor å styre. Samtalen skal styrke pasientens egen motivasjon for endring og gjøres *for* og *sammen* med pasienten. Det er pasienten selv og ikke sykepleieren som skal ta en beslutning (Eide & Eide, 2017). Pasientene er, i de fleste tilfeller, som regel ekspert på egen situasjon og kan dermed vurdere hva som kan være den beste løsningen. Ved å la pasientene foreta valg og bestemme over egen behandling opplevde samtlige av deltakerne til Berge, Breiseth, Lilja og Aune (2018) større enighet om hvilke mål behandlingen skulle ha. Den økte forståelsen gjør sykepleierne mer bevisste på å sette mål med hensyn til hvor i endringsprosessen pasientene befinner seg (Berge et al., 2018). Berge et al. (2018) avdekket at dette gir en økt forståelse for at pasientens deltakelse påvirker autonomien og motivasjonen til å gjennomføre endring. Å akseptere negative følelser,

bekreftede behov for valgfrihet og å forklare hvorfor spesifikke arbeidsoppgaver er nødvendige er de samme prinsippene som i samtaleformen MI, med hensikt om å motivere til endring (Diseth, 2019).

Fra et studentperspektiv kan det være hensiktsmessig å se nærmere på hvilke erfaringer pasienter har med MI. Livsstilsendringer kan ofte være mer utfordrende enn forventet og kan i tillegg være krevende å opprettholde. Dersom pasienter ønsker å endre livsstil må de erverve kunnskap om egen helse og skape forståelse for hva livsstilsendring innebærer. Sykepleiernes forebyggende funksjon er nettopp å fremme helse, bidra til velvære og sikre god livskvalitet. Flere studier viser at MI er et nyttig verktøy som sykepleiere kan benytte til motivering av pasienter. MI får pasienten til å føle seg bekreftet og respektert fremfor å bli møtt med en moralsk pekefinger. Dette gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjer som beskriver hvordan sykepleier skal ha respekt for den enkelte mennesket rett og iboende enhet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Bruk av MI kan føre til en realitetsorientering hos pasienten, som igjen kan medvirke til livsstilsendring. Fravær av autonomi og selvbestemmelse kan gi dårlig utsikter for endring. MI gir pasientene en følelse av velvære og å ikke være alene om problemet, noe som forsterker motivasjonen for å håndtere livsstilsendring (Brobeck et al., 2014).

5.2 Empati

Miller og Rollnick (2016) skriver at empati ikke må forveksles med varme, aksept, åpenhet eller å støtte pasienten. Sykepleier som ikke tar hensyn til eller avviser pasientens perspektiv, skårer lavt på empati. Eide og Eide (2017) beskriver empati som evnen til å forstå pasientens indre liv og at empati gir sykepleier et utgangspunkt for å respondere på en god måte, støtte pasienten og styrke tilknytningen mellom sykepleier og pasient. Östlund, Wadensten, Kristofferzon og Häggström (2015) har innhentet erfaringer fra 20 sykepleiere som innehar MI-opplæring og som har praktisert MI i snitt på 5,4 år. Alle sykepleierne i studien mente at MI er en respektfull og verdifull tilnæringsmåte, og beskriver hvordan MI-metoden fremkaller empatiske evner ved å få dem til å lytte til pasienten og forhindre at de overtar situasjonen. Sykepleierne fortalte at de tidligere, før opplæring og praktisering av MI, ga pasientene flere råd og ikke lyttet til pasienten i like stor grad som etter MI-trening. MI gjorde sykepleierne til bedre lyttere uten å innta rollen som rådgiver eller ekspert. Videre følte sykepleierne til Östlund et al. (2015) at metoden satte dem på samme nivå som pasienten. Før

sykepleierne gir pasientene informasjon må de spørre om tillatelse, noe som fremmer en åpen dialog og den empatiske tilnærmingen. Östlund et al. (2015) påpeker at MI fremmer god mellommenneskelig kontakt og gir en positiv atmosfære, noe som ytterligere fremkaller og forsterker sykepleierens empatiske evner. Funnene til Östlund et al. (2015) sammenfaller med funn i Kristofferzon, Östlund, Häggström og Wadensten (2015) sin studie.

Kristofferzon et al. (2015) har sett nærmere på hvordan 12 sykepleiere presterer under MI-samtaler og trekker frem viktigheten av å være empatisk, ikke-dømmende og belærende i MI for å skape en åpen dialog med pasienten. Empati er et viktig grunnlag for å styrke tilknytning og å stimulere motivasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleier og pasient kan enkelte ganger ha ulik kulturell bakgrunn, noe som kan medføre forutinntatt syn på situasjonen slik at den empatiske tilnærmingen kan bli utfordrende, skriver Christiansen (2020). Det er avgjørende at sykepleier kan legge fordommer til side og leve seg inn i pasientens unike situasjon, uansett kulturell bakgrunn. Som sykepleier må en være klar over at en kan utsettes for overføring av følelser, hvor sykepleier både kan oppleve å leve seg inn i og bli påvirket av pasienten. Helsepersonell kan ha vansker med å møte engstelig, triste eller sinte pasienter på en god og åpen måte. Det kan medføre vanskeligheter med å ha et konstruktivt perspektiv på situasjonen (Eide & Eide, 2017). Christiansen trekker også frem at sykepleieren derfor bør vektlegge mest mulig helhetlig og humanistisk tilnærming til pasienter og pårørende. Berge et al. (2018) har sett hvordan sykepleiere opplever endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter MI-utdanning og hvordan sykepleierne trekker frem betydning av å få pasienten til å føle seg akseptert, sett og hørt ved å vise pasienten empatisk forståelse. Ifølge Berge et al. (2018) er forståelse verdsatt som et nøkkelaspekt for den terapeutiske prosessen og er spesielt vektlagt i MI og hvor sykepleierne forklarer at de har blitt mer opptatt av hva empati innebærer og viktigheten av å ha en ikke-dømmende tilnærming til pasienten.

5.3 Relasjon

Relasjon mellom sykepleier og pasient kan påvirke utfallet i en samtale, derfor er det viktig at sykepleier opparbeider tillit slik at pasienten tør å åpne seg og stoler på sykepleieren (Eide & Eide, 2017). Vi har et lovverk i Helsepersonelloven (1999) som sikrer tillit til helsepersonell. Relasjon mellom sykepleier og pasient kan også vekke dype personlige følelser hvor sykepleier og pasient kan ha ulike forventninger. Forventninger eller fravær av forventninger kan forårsake skuffelse som videre kan bidra til at motivasjonen til pasienten svekkes.

Kvaliteten på relasjon mellom sykepleier og pasient kan dermed påvirke både prosessen og resultatene (Eide & Eide, 2017).

Brobeck et al. (2014) beskriver viktigheten av å skape et konfidensielt forhold bygget på tillit mellom pasient og sykepleier og skriver videre at den gjensidige samhandlingen blir sett på som nødvendig for å bidra til livsstilsendring. Sykepleierne i studiet forteller at i et nært forhold mellom sykepleier og pasient, føler pasientene at de kan være ærlige og åpne med sykepleieren. Å snakke med en annen person om problemer var et skremmende skritt for mange pasienter, men da de hadde mot til å snakke følte de seg frigjort, skriver Brobeck et al. (2014).

Forholdet mellom sykepleier og pasient blir ifølge Hilton, Lane og Johnston (2016) ofte kalt den terapeutiske alliansen. Ettersom kvaliteten på den terapeutiske alliansen kan være avgjørende for om utfallet av behandlingen blir vellykkede eller ikke, er det viktig å anerkjenne sykepleieren og pasientens mellommenneskelige bånd, skriver Hilton et al. (2016). Graham (2004) formulerer seg litt annerledes enn Hilton et al. (2016) og Eide og Eide (2017) ved å si at det er *styrken* i det terapeutiske forholdet mellom sykepleieren og pasienten som øker sannsynlighet for endring. Den sterke relasjonen medfører at pasienten får en *egen* motivasjon til å utføre endringen, istedenfor et forsøk på å «glede» sykepleierens ønske om endring. Berge et al. (2018) uttaler at samtlige sykepleiere i studien observerte at MI fremmer det relasjonelle aspektet ved alliansen og på positiv innvirkning i møte med pasienten. Pasienten må kjenne en gjensidig relasjon med sykepleieren og føle at sykepleieren lytter (Brobeck et al., 2014). Nymberg og Drevenhorn (2016) fremhever den personlige kjemien med sykepleier som utslagsgivende for endringsprosessen. Pasienten må kunne stole på sykepleieren. Brobeck et al. (2014) og Nymberg og Drevenhorn (2016) er på linje med (Lærum, 2007), som skriver at behandler-pasient-samspillet er betydningsfull for behandlingsresultatet.

Etter utdanning i MI opplevde sykepleierne til Berge et al. (2018) at pasientene følte seg mer sett og hørt, samt fikk økt tillit og åpenhet i dialogen. Dette er på linje med Brobeck et al. (2014), som beskriver at sykepleierens evne til å samarbeide er betydningsfull for at pasientene åpner seg og snakker om problemene sine. Fortrolighet mellom sykepleier og pasient er utslagsgivende for å endre en usunn livsstil, skriver Brobeck et al. (2014). Berge et al. (2018) uttaler videre at flertallet av sykepleierne fikk en større bevissthet rundt sin egen

rolle, påvirkningskraft og kjente seg som bedre relasjonsbyggere etter MI-utdanningen. Sykepleierne fikk økt bevissthet for betydningen av mellommenneskelige og relasjonelle aspekter ved samarbeid, og dermed en bedre forståelse for hvordan de kan legge til rette for en terapeutisk relasjon.

5.4 Flyten i den motiverende samtalen

Én av fire sentrale kommunikasjonsferdigheter er åpne spørsmål. Ifølge respondentene til Östlund et al. (2015) motiveres pasienter til å snakke mer om seg selv og sin situasjon gjennom bruk av åpne spørsmål. Häggström et al. (2016) uttaler en sterk kobling mellom åpne spørsmål og endringsnakk. Ved å sammenligne åpne med lukkede spørsmål, fant Häggström et al. (2016) en signifikant større sannsynlighet for fremkalling av endringsnakk der det ble stilt åpne kontra lukkede spørsmål. For å fremme endringsnakk i samtaler må sykepleier ifølge Häggström et al. (2016) stille flere åpne spørsmål med refleksjoner. Åpne spørsmål og refleksjoner med fokus på pasientenes eget ønske om endring øker motivasjonen til å endre livsstil. Berge et al. (2018) trekker frem effekten av endring som sykepleierne opplever ved tilnærming med å benytte åpne spørsmål og refleksjoner. Åpne spørsmålene bidrar til at pasientene i større grad åpner seg. Östlund et al. (2015) viser til at åpne spørsmål medfører at pasientene blir mer engasjerte i å endre atferd eller i det minste gjør dem mer mottakelig for ideen om endring. Åpne spørsmål tydeliggjør ifølge Berge et al. (2018) hvor pasientene er i prosessen og hvor de ønsker å komme. Å arbeide med oppgaver og å nå mål som har betydning, vil potensielt heve den subjektive følelsen av tilfredshet og mestring, noe som igjen gir pasienten mulighet til personlig vekst. Ved å etterspørre pasientenes erfaring med MI, fant Brobeck et al. (2014) at pasientene lettere beskrev tanker rundt endring av livsstil med egne ord, dersom de ble stilt åpne spørsmål under samtalen. Brobeck et al. (2014) avdekket videre at vinklingen på spørsmålene (positiv, negativ eller nøytral) kan være viktigere, kontra om de er åpne eller lukkede.

En annen sentral kommunikasjonsferdighet i MI, er lukkede spørsmål. I motsetning til åpne spørsmål som inviterer til lengre svar, kan lukkede spørsmål besvares med ja eller nei (Miller & Rollnick, 2016). Dersom sykepleieren stiller et lukket spørsmål kan det resultere i et kort svar, og at pasienten passivt venter på neste spørsmål. Sykepleieren løper dermed en risiko for å gå glipp av viktig informasjon (Ivarsson, 2010).

Häggström et al. (2016) har sett nærmere på sykepleiers kommunikasjon med pasienter og dataanalysen i studiet avdekket at sykepleierne oftere stilte nøytrale lukkede spørsmål, enn åpne spørsmål. Årsaken til dette var hovedsakelig for å innhente informasjon. Miller og Rollnick (2016) tilføyer i sin bok at lukkede spørsmål også kan være i tråd med MI. Lukkede spørsmål trenger ikke å etterspørre konkret informasjon, men kan også legges frem som en utfordring. Sykepleieren kan for eksempel spørre: «Hadde det ikke vært fint å *ville* slutte å røyke?». Det kan også legges til ved oppsummering ved å spørre: «Da er det dette du vil gjøre?». I følge Häggström et al. (2016) gir åpne kontra lukkede spørsmål vesentlig mer endringssnakk. Funn gjort av Nesbitt, Murray og Mensink (2014) viser at sykepleiestudenter stiller vesentlig færre lukkede spørsmål etter undervisning i MI, noe som kan tyde på at opplæring i MI er formålstjenlig.

Både åpne og lukkede spørsmål er viktige innen MI og begge spørsmålstypene er betydningsfulle for å bygge tillit og å kunne vise forståelse og empati med pasienten (Häggström et al., 2016).

Bekreftelser står også sentralt innen MI. Ved bekreftende kommunikasjon viser sykepleier at det pasienten har formidlet med ord er forstått, noe som skaper trygghet og tillit og som også kan være avgjørende for å bygge en god relasjon (Eide & Eide, 2017). Bekreftelsen kan vises både med verbal og nonverbal kommunikasjon (KoRus – Sør, 2019). Pasienten ønsker å bli sett og anerkjent for det vedkommende gjør og gjennom tilbakemeldinger fra sykepleier kan pasienten bygge opp troen på seg selv (Miller & Rollnick, 2016). Brobeck et al. (2014) har sett på hvilke erfaringer pasienter har med samtaler om livsstilsendring der MI-metoden har vært benyttet. Funnene viser at pasientene opplever samtalene om livsstilsendring som meningsfulle dersom pasientene får bekreftelser underveis i dialogen, noe som medførte at pasientene fikk en følelse av velvære.

Nymberg og Drevenhorn (2016) har også sett på pasientenes erfaringer med samtaler om livsstilsendring der sykepleier har benyttet MI. Studiet avdekket at sykepleiere har en nyttig funksjon i å hjelpe pasienter med å endre livsstil og bekrefte gode vaner. Ifølge Miller og Rollnick (2016) anerkjenner bekreftelser både innsatsvilje og styrker hos den enkelte person. Bekreftelser er også med på å støtte personens autonomi i valg av retning og egen vei.

Refleksjon handler om å gjenspeile hva pasienten fremstiller i en samtale og bekrefter ovenfor pasienten at sykepleieren lytter. Samtidig kan sykepleier få bekreftet at det pasienten sier faktisk stemmer (Ivarsson, 2010). Ifølge Berge et al. (2018) skaper refleksjoner en felles

forståelse for pasientens situasjon, motivasjon og ønsker for behandlingen. Dette er på linje med (Prescott & Børtveit, 2004) som viser til et eksempel som støtter den felles forståelsen, for deretter å gå videre og drøfte ulike handlingsalternativer. Sykepleieren finner en retning sammen med pasienten uten at denne er gitt på forhånd. Dette bidrar til at pasientene i større grad åpner seg, skriver Berge et al. (2018), og tydeliggjør hvor pasientene er i prosessen og hvor de ønsker å komme.

Häggström et al. (2016) finner en sterk kobling mellom de ulike typer refleksjon og endringssnakk. De har derfor sett nærmere på måten sykepleiere kommuniserer med pasienter på og om kommunikasjonsmåten har en innflytelse på pasientens motivasjon. Ifølge Häggström et al. (2016) kan måten refleksjoner fremstilles på være forskjellig og gi ulik effekt. Negative refleksjoner gir et nøytralt svar som ikke bygger opp under atferdsendringen. Nesbitt et al. (2014) gjennomførte lydopptak av 14 sykepleiestudenter ved Viterbo University i Wisconsin. Analyse av opptakene avdekket betydelige endringer fra det første opptaket, før MI-opplæring, til det andre opptaket, etter MI-opplæring. Studentene hadde en betydelig økning i bruk av refleksjoner etter MI-opplæring. Både Häggström et al. (2016) og Nesbitt et al. (2014) ser en tydelig kobling mellom bruk av refleksjoner og endringssnakk. Det kan derfor tyde på at de 14 studentene til Nesbitt et al. (2014) kan ha bedre forutsetninger til å lykkes med å endre motivasjon hos pasienter etter opplæringen.

Oppsummeringer er en sammenfatning av to eller flere elementer som pasienten har nevnt i samtalen. Oppsummeringer er et kortfattet referat av tema man har vært innom og brukes til å samle det som blir sagt mot slutten av et tema eller mot slutten av en samtale (Miller & Rollnick, 2016). Ifølge Nesbitt et al. (2014) sørger oppsummeringer for at pasientens perspektiv blir gjengitt riktig. Videre konkluderes det med at sykepleierstudentene etter fullføring av studiet, økte bruken av oppsummeringer i samtaler. Ved bruk av MI mener Berge et al. (2018) at teknikker, slik som oppsummeringer, maksimerer pasientens opplevelse av at sykepleieren virkelig forsøker å forstå. Paralleller kan trekkes til Kristofferzon et al. (2015), som i likhet med Berge et al. (2018) hevder at oppsummeringer fremmer forståelse.

Oppsummeringen viser at pasienten blir lyttet til og at det pasienten sier er av verdi (Kristofferzon et al., 2015). Oppsummeringer knytter en forbindelse mellom innhold og følelser, samt bidrar til å bekrefte og anerkjenne pasienten. Det sammenfaller også med at

oppsummeringer fremmer forståelsen og viser pasienten at sykepleieren har lyttet godt og anerkjenner det pasienten sier (Miller & Rollnick, 2016).

5.5 Utdanning

Opplæring bør inneholde fire generelle ferdighetskomponenter bestående av kunnskap og holdningssett, engasjement, planlegging og integrering, og fokusering og fremkalling (Miller & Rollnick, 2016). Miller og Rollnick (2016) har utarbeidet retningslinjer for hvordan de tenker seg at opplæring i MI bør foregå. Først vil et innføringsseminar innlede opplæring av kliniske ferdigheter, deretter trenger sykepleieren stabil læring over tid. Dette forutsetter læring med individuelle tilbakemeldinger.

Et innføringsseminar er innledningen i opplæring av en ny klinisk ferdighet. Miller og Rollnick (2016) mener derfor at kontinuerlig veiledning under observasjoner ute i praksis må til for å øke kompetansen. De anbefaler derfor ikke flere en ett innføringsseminar. Ettersom ferdigheter kan glemmes over tid, påpeker Miller og Rollnick (2016) viktigheten av å vedlikeholde ferdigheter. For å unngå å falle tilbake til gamle vaner, henviser Ivarsson et al. (2017) til forskning som viser at oppfølging og tilbakemelding på hvordan MI utføres er viktig for å opprettholde korrekt MI-metode.

I rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) står det at sykepleiere skal ha kompetanse til å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Sykepleierstudenter som mottar opplæring i MI under sykepleiergrunnutdanningen, vil ifølge Nesbitt et al. (2014) automatisk stille færre lukkede og flere åpne spørsmål. I tillegg bruker sykepleierstudentene flere refleksjoner underveis i samtalen, samt markert økning av oppsummering på slutten av MI-samtalen. I studien til Nesbitt et al. (2014) rapporterte alle studentene at de benyttet MI også etter utdanningen. Selv om studien til Nesbitt et al. (2014) er fra USA og det amerikanske helsevesenet avviker noe fra det norske, er det allikevel mange likheter mellom landene. Både Norge og USA har felles vestlig kulturbakgrunn med lik forskningsmetode og resultater knyttet til menneskelig læring.

Ved å motta MI-opplæring under utdanningsløpet kan MI bli en integrert del av måten sykepleier kommuniserer, noe som kan forhindre at en faller tilbake til gamle vaner og inkonsekvent bruk av MI. Statens folkhälsoinstitut (2012) i Sverige har utarbeidet en kortfattet liste i form av et kort som kan oppbevares i lommen. Listen inneholder stikkord og

kan være et nyttig verktøy for sykepleieren underveis i samtalen. Ved å bruke listen kan sykepleier unngå å arbeide MI-inkonsekvent. Dersom sykepleier behersker og opprettholder MI-ferdighetene etter utdanning, kan målet om å motivere pasienter til livsstilsendring bli enklere å oppnå.

Sykepleierne i studien til Bergh, Brobeck, Odencrants og Hildingh (2011) hadde tre til ti års erfaring med å praktisere MI. I studien beskriver sykepleierne det å bruke MI som krevende. De påpekte at det var nødvendig med både personlig erfaring, opplæring og mulighet til å praktisere MI for å bli dyktig. I tillegg var det viktig å ha en genuin interesse for MI. Miller og Rollnick (2016) hevder at det er det utopi å tenke at egenstudier eller deltakelse på seminar vil øke forståelsen for MI. Dette sammenfaller med Bergh et al. (2011), der sykepleierne anbefalte regelmessig trening i MI, slik at de kunne videreutvikle ferdigheter ved å praktisere metoden i sitt daglige arbeide. I liket med Miller og Rollnick (2016) trodde ikke sykepleierne at det ville være mulig å tilegne seg MI-ferdigheter kun ved selvstudium. Selvstudium eller deltakelse på seminar antas kun å øke forståelsen for MI, men at det ikke er grunn til å anta at en slik strategi gir MI-ferdigheter.

Når det gjelder MI-ferdigheter, skriver Miller og Rollnick (2016) at det er stor sannsynlighet for at deltakerne *tror* at de har lært metoden ved å delta på et seminar, men at realiteten er en annen. Berge et al. (2018) har sett på sykepleiers opplevelse av egen alliansekompetanse, altså evnen til å bygge relasjoner, før og etter videreutdanningskurs i MI (30 studiepoeng, Nord universitet (2020)). I studien ble det funnet flere ferdigheter innen MI som gir sykepleier styrket kompetanse for å blant annet å kunne motivere pasienter. Flere sykepleiere utdyper i etterkant av studien at de tilegnet seg økt trygghet og tillit til egen kompetanse og samtlige av deltakere formidlet at de vurderer seg selv som faglig sterkere. Sykepleierne kjente seg mer kompetente i sin profesjonelle rolle, hevder Berge et al. (2018). Ifølge Östlund et al. (2015) er det grunn til å tro at utilstrekkelig implementering av MI først og fremst er et spørsmål om sykepleierens personlige holdninger og tillit til egne evner. Sykepleierne som benyttet MI i Östlund et al. (2015) sin studie hadde selv ansvar for å lære seg MI, men ettersom MI-opplæringen ble utført på ulike måter og ikke inneholdt samme mengde teori, tilegnet ikke alle sykepleierne seg korrekt MI-metode. Dette står i kontrast til hvordan Miller og Rollnick (2016) tenker seg at opplæring i MI bør foregå.

Sykepleiere i studien til Östlund et al. (2015) hadde i snitt jobbet som sykepleiere i 26 år og beskrev hvor vanskelig det var å endre gamle vaner og lære seg nye metoder, slik som for eksempel MI. Det var lett å falle tilbake til gamle samtaleteknikker når sykepleieren var sliten eller hadde stor arbeidsmengde. At ingen av sykepleierne oppnådde begynderferdigheter i noen deler av en økt, kan indikere at de har fått for lite opplæring, tilbakemelding, veiledning og/eller støtte. Uten riktig veiledning kan sykepleier innta en tilnærming som er autoritær, konfronterende eller skyldfremmende, hevder Kristofferzon et al. (2015). Også dette funnet avviker i forhold til Miller og Rollnick (2016) sin rettesnor om at sykepleier trenger en stabil læring over tid og at videre læring forutsetter individuelle tilbakemeldinger. Når det gjelder inkonsekvent ferdighetstrening i MI, mener Graham (2004) at kvaliteten på den terapeutiske omsorgen kan være som en loddtrekning. Det refereres til egen klinisk erfaring innen rusfeltet, der både sykepleieren og pasientens ferdigheter, kunnskaper, erfaring og terapeutisk tilnærming ikke tas hensyn til ved allokering av pasientene. Alle disse faktorene virker inn på om måloppnåelse, hevder Graham (2004).

6 Oppsummering

Hensikten med oppgaven er å se på hvilke ferdigheter innen MI som sykepleier bør beherske for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring.

Livsstilsendring kan være nødvendig for å fremme helse, forebygge eller forhindre forverring av sykdom. Vi vurderer at en frisklivssentral, der sykepleieren arbeider sekundærforebyggende, er en egnet arena for å utføre MI. Arbeidet med oppgaven har vist oss at MI er en effektiv metode til å motivere pasienter til livsstilsendring. Viktigheten av at sykepleier har en fordomsfri, empatisk og respektfull holdning der pasientens autonomi står sentralt er også betydningsfull. Relasjonen mellom sykepleier og pasient påvirker hvorvidt livsstilsendring blir vellykket. For å unngå at sykepleier faller tilbake til inkonsekvent MI-bruk, er det nødvendig at sykepleier får mulighet til å trene på og vedlikeholde MI-ferdighetene. Det er altså nødvendig med opplæring i MI, enten i form av etterutdanning eller som en del av grunnutdanningen til sykepleiere.

Vi ser at MI er en hensiktsmessig metode og tenker at det bør være mer fokus på MI-opplæring i grunnutdanningen. Økt fokus på utdanning kan gjøre sykepleier bedre rustet til å møte personer med behov for livsstilsendring. I arbeidet med oppgaven har det blitt særlig tydelig for oss at sykepleier bør beherske åpne og lukkede spørsmål, aktiv lytting, oppsummering og bekreftelser, for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring. Jo bedre sykepleier behersker MI desto enklere kan det være å styrke pasientens indre motivasjon til livsstilsendring.

7 Referanseliste

- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa människa till förändring på hennes egna villkor* Studentlitteratur.
- Berge, M. C., Breiseth, V., Lilja, L. & Aune, T. (2018). Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i motiverende intervju. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 296-308. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-04>
- Bergh, H., Brobeck, E., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322-3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(6), 385. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Christiansen, B. (2020). *Helseveiledning* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Dalland, O. (2017). Den litterære oppgaven. I *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 207-215). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diseth, Å. (2019). *Motivasjonspsykologi: hvordan behov, tanker og emosjoner fremmer prestasjoner og mestring* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Graham, J. (2004). Motivational interviewing: a hammer looking for a nail? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 494-497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00744.x>
- Helsedirektoratet. (2016). Frisklivssentraler. Hentet 26.02.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral#diagnoseuavhengige-tilbud>
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler - etablering, organisering og tilbud*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 21juni 1999 nr 64*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Oslo: Gyldendal.
- Hilton, C., Lane, C. & Johnston, L. (2016). Has Motivational Interviewing Fallen into its Own Premature Focus Trap? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(2), 145-158. <https://doi.org/10.1007/s10447-016-9262-y>

- Hägström, E., Östlund, A.-S., Wadensten, B., Lindqvist, H., Kristofferzon, M.-L. & Östlund, A.-S. (2016). Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2844-2856. <https://doi.org/10.1111/jan.13052>
- Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju : praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia.
- Ivarsson, B. H., Hultqvist, H. L. & Gjestrud, G. (2017). *MI: motiverende samtaler: en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansen, E. (2016). Sirkulasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Grunnleggende behov* (3. utg., s. 129-166). Oslo: Gyldendal akademisk.
- KoRus – Sør. (2019). Grunnleggende prinsipper i MI. Hentet 06.02.2020 fra <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Del-2-Grunnleggende-prinsipper-i-MI1.pdf>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 295-340). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie - kunnskap og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie fag og funksjon*. (3. utg., s. 139-192). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie - fag og funksjon* (3. . utg., bd. b. 1, s. 193-265). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie fag og funksjon*. (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristofferzon, M.-L., Östlund, A.-S., Häggström, E. & Wadensten, B. (2015). Researchers from University of Gavle Detail Findings in Family Medicine (Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study). *Health & Medicine Week*, 2968. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0304-z>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinjer for sykepleierutdanning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20nasjonale%20retningslinjer%20for>
- Kursguiden.no. (2020). Kurs: Nettkurs MI (Motiverende Intervju). Hentet 13.02.2020 fra <https://www.kursguiden.no/kurs/Mindfulness/Nettkurs-MI-Motiverende-Intervju/>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2019). Retningslinjer for oppgaveskriving - Referanser og referanseliste. Hentet 12.12.2019 fra <https://www.ldh.no/bibliotek2/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste--8046>
- Lunde, B. V. (2016). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 162-184). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lærum, E. (2007). *Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap* Fagbokforlaget.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale : støtte til endring*. Bergen: Fagbokforl.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. . utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.

- Motivational Interviewing Network of Trainers. (2019). Welcome to the Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT). Hentet 18.01.2020 fra <https://motivationalinterviewing.org>
- Nesbitt, J. B., Murray, A. D. & Mensink, R. A. (2014). Teaching motivational interviewing to nurse practitioner students: A pilot study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(3), 131-135. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12041>
- Nord universitet. (2020). Motiverende Intervju - Videreutdanning. Hentet 13.02.2020 fra https://www.nord.no/no/studier/motiverende-intervju?fbclid=IwAR1eX_9x8wUPsqZopYtleknNNCeADERwfzXgLkCCLv5ZNa1XTEZfNtZRWRI
- Norsk Helseinformatikk. (2017). Livsstilssykdommer. Hentet 26.02.2020 fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 07.02.2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse - led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 349-355. <https://doi.org/10.1111/scs.12254>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven av 2 juli 1999 nr 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Språkrådet. (2020). Bokmålsordboka. Hentet 11.03.2020 fra <https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=beherske>
- Statens folkhälsoinstitut. (2012). Levnadsvanor och hälsa - motiverande samtal. Hentet 25.01.2020 fra <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e48ee3af8c38453aaeb93714777ce89a/mi-sticka.pdf>
- Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Universitets- og høyskoleloven. (2005). *Lov om universiteter og høyskoler m.v av 01 april 2005 nr 15*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15?q=universiteter%20og%20høyskoler>
- Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L. & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>