

# Sykepleier og den motiverende samtalen til pasienter med alkoholavhengighet

Kandidatnummer: 78 & 209

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8991

Dato: 19. april 2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.22
<p>Tittel Sykepleier og den motiverende samtalen til pasienter med alkoholavhengighet</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p><i>Hvilke faktorer må sykepleier være bevisst ved motiverende samtale for å bidra til reduksjon i alkoholinntak hos pasienter med alkoholavhengighet?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I oppgaven presenteres faglitteratur som beskriver metoden motiverende samtale, og herunder metodens grunnholdning, mekanismer, og omstendigheter rundt samtalen. Videre forklares hva alkoholavhengighet er, mulige konsekvenser av det, og sykepleiers rolle i arbeidet med denne pasientgruppen. Deretter trekkes frem sentrale verdigrunnlag i Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold, samt relevant lovverk og etikk som setter rammer for sykepleiers arbeid.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Metoden for oppgaven er litteraturstudie, der eksisterende forskning og faglitteratur benyttes for å besvare problemstillingen. Under metodekapittelet presenteres og begrunnes fremgangsmåten for valg av forskning og litteratur i oppgaven. Herunder litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I oppgavens drøftingskapittel belyses og drøftes sentrale faktorer sykepleier bør være bevisst i den motiverende samtalen, basert på forskningens resultater og faglitteraturen. Faktorer som sykepleiers kommunikasjonsferdigheter i samtalen, sykepleiers empati og forståelse, pasient- sykepleier-relasjonen, pasientens autonomi, samt sykepleiers egne kunnskaper og etterlevelse av MI-prinsippene, drøftes i dette kapittelet.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleier bør være bevisst sin bruk av MI-kommunikasjonsferdigheter, og hvordan egne holdninger kan påvirke kommunikasjonen. Sykepleier bør også sette pasientens autonomi i samtalen høyt, og påse å ikke overstyre MI-samtalen eller forhaste pasientens endringsprosess. Samtidig anses god etterlevelse av MI-prinsippene som vesentlig for å bidra til reduksjon av pasientens alkoholinntak, og sykepleiers erfaring synes å ikke ha en vesentlig betydning.</p>	

(Totalt antall ord: 245)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Kontekst	2
1.4	Avgrensning av oppgaven	2
1.5	Begrepsavklaring	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b>	<b>4</b>
2.1	Motiverende samtale (MI)	4
2.1.1	Grunnholdningen bak MI	5
2.1.2	Mekanismene bak MI	6
2.1.3	Sykepleiers samtaleferdigheter i MI-samtalen	8
2.1.4	Tidsbruk i MI-samtalen	9
2.1.5	Opplæring	9
2.2	Alkoholavhengighet	10
2.3	Sykepleiers funksjon/rolle	11
2.3.1	Å arbeide med pasienter med alkoholavhengighet	11
2.4	Joyce Travelbee – mellommenneskelige forhold	12
2.5	Juridiske og etiske rammeverk	13
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>14</b>
3.1	Valg av metode	14
3.2	Litteratursøk	15
3.3	Inklusjonskriterier	17
3.3.1	Tabell 2: Inklusjonskriterier	17
3.4	Kritisk vurdering av benyttet forskningslitteratur	18
3.5	Øvrig faglitteratur	19
3.6	Etiske overveielser	19
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsartikler</b>	<b>20</b>
4.1	Syntese	20
4.2	Tabell 3: Artikkelmatrise	20
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>24</b>
5.1	Tilpasse spørsmål og refleksjoner i MI-samtalen	24
5.1.1	Tilpasse åpne, lukkede, negative og positive spørsmål	24
5.1.2	Tilpasse refleksjoner	25
5.2	Sykepleiers empati og forståelse	26
5.3	Partnerskapet i pasient-sykepleier-relasjonen	27
5.4	Tålmodighet og respekt for pasientens autonomi	29
5.5	Å stole på egne kunnskaper	31
5.6	Etterlevelse av MI-prinsippene	32
<b>6</b>	<b>Avslutning</b>	<b>35</b>
	Referanseliste	36

# 1 Innledning

I Norge er det anslått at det til enhver tid er 8% av menn og 3% av kvinner som har en alkoholbrukslidelse (Skogen, 2019). Dette kan medføre en rekke somatiske, psykiske og psykososiale konsekvenser. Som sykepleier møter man jevnlig pasienter med alkoholavhengighet på somatisk sengepost, i psykisk helsevern, eller i kommunenes lavterskeltilbud. Omtrent 6 av 1000 innbyggere var i 2014 i kontakt med primær- eller spesialisthelsetjenesten i Norge grunnet kronisk alkoholavhengighet eller skadelig alkoholbruk (Folkehelseinstituttet, 2021).

Sykepleiere møter altså denne pasientgruppen i store deler av helsetjenesten, og tilbyr behandling for rusproblematikken og eventuelle konsekvenser av denne (Strand, 2021, s. 108). Likevel opplever noen sykepleiere at «det er ubehagelig å snakke med pasienter om drikkevaner» (Abrahamsen, 2016). Samtidig oppgir pasienter på somatisk sengepost at å bli spurt om alkoholvaner i stor grad var relevant (Lid et al., 2020, s. 17). Finnes det en metode som gjør det lettere for sykepleier å ta tak i pasientens alkoholvaner på en hensynsfull og personsentrert måte?

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er motiverende samtale til pasienter med alkoholavhengighet. Ofte møter sykepleieren pasienten med alkoholavhengighet på det tidspunktet pasienten faktisk ønsker å endre på situasjonen sin. Pasientene har ulike mål og motivasjon i møte med sykepleieren. Noen ønsker å redusere alkoholbruket og begrense konsekvensene, mens andre ønsker å bli helt rusfrie (Strand, 2021, s. 108).

Motiverende samtale som kommunikasjonsteknikk for livsstilsendringer, hadde sitt utspring i arbeid med pasienter med alkoholmisbruk. Motiverende samtale er dermed en metode som er mye anvendt i det aktuelle problemområdet, og har vist effektive resultater (Hestvold, 2021, s. 140). Vårt ønske om å skrive om dette temaet sprang ut fra en interesse for motiverende samtale og dens ideologi om å bruke pasientens egne ressurser til endring. I tillegg har vi personlige erfaringer fra praksis der vi har opplevd motiverende samtale som effektivt for livsstilsendringer.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*Hvilke faktorer bør sykepleier være bevisst ved den motiverende samtalen for å bidra til reduksjon i alkoholinntak hos pasienter med alkoholavhengighet?*

## **1.3 Kontekst**

Den aktuelle helsetjenestekonteksten foregår ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), der sykepleiere er en av faggruppene som er med i det tverrfaglige arbeidet (Mørland & Waal, 2016, s. 328; Granamo & Knutstad, 2021). TSB utfører rus- og avhengighetsbehandling innenfor spesialisthelsetjenestene, med både ambulante, polikliniske tjenester og døgninnleggelser (Oslo universitetssykehus, 2021). TSB ble innført i 2004 for at pasienter med rus- og avhengighetsproblemer skulle få samme rettigheter som pasienter i somatisk og psykisk helsevern. I tillegg var det et mål å redusere stigma og nedverdiggende holdninger denne pasientgruppen opplevde, også innad i helsevesenet (Helsedepartementet, 2004, s. 15-16; Skudal, 2021, s. 280). Spesialisthelsetjenesten har i dag en plikt til å tilby behandling ved TSB til pasienter med rusmiddelavhengighet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1a). Blant annet NAV, fastlege, lege i spesialisthelsetjenesten og psykolog kan henvise til behandling ved TSB, og personen kan henvende seg direkte til TSB ved behov for øyeblikkelig hjelp (Haga, 2021, s. 95).

## **1.4 Avgrensning av oppgaven**

I denne oppgaven avgrensner vi kontekst til pasienter som har en form for oppfølging for sin alkoholavhengighet ved en TSB, fordi dette kan være en kontekst der det vil være naturlig at sykepleier gjennomfører en motiverende samtale.

Tema alkohol, fremfor andre rusmidler, ble valgt på bakgrunn av forskning som viser noe sikrere resultater ved bruk av MI som intervensjon ved alkoholavhengighet, enn ved annen ruslidelse (DiClemente, et.al, 2017, s. 877).

Oppgaven vil ta utgangspunkt i at «voksne» er personer over 18 år, basert på målgruppen i de aktuelle forskningsartiklene som vil benyttes i oppgaven. I tillegg er fokuset i

problemstillingen rettet mot hva *sykepleier* bør være bevisst i den motiverende samtalen, noe som også kan være relevant hos en bredere aldersgruppe.

I oppgaven vil vi være oppmerksom på at pasienten kan ha ulike psykiske lidelser i tillegg til rusproblematikken, såkalte ROP-lidelser (Lien & Stensrud, 2020, s. 177-178). Grunnet oppgavens omfang vil fokuset likevel rettes mot faktorer tilknyttet sykepleier i samtalen, og ikke faktorer ved pasientens psykiske helse.

## **1.5 Begrepsavklaring**

I denne oppgaven vil begrepet *pasienter med alkoholavhengighet* benyttes. Dette begrepet benyttes bevisst fremfor begrepet «alkoholavhengige», på tross av at en overvekt av oppgavens inkluderte fag- og forskningslitteratur benytter sistnevnte begrep. Hensikten er å benytte et begrep som muligens kan oppfattes som mindre stigmatisert i helsevesenet og samfunnet forøvrig.

*Autonomi* omfatter pasientens selvbestemmelse (Molven, 2019, s.70).

*MI-prinsipper* er et begrep som benyttes i forskningslitteraturen, som rommer både MI-grunnholdningene og kommunikasjonsferdighetene som benyttes ved MI-samtalen.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I teorikapittelet vil relevant litteratur om motiverende samtale presenteres, samt alkoholavhengighet og sykepleiers rolle i arbeidet med pasientgruppen. Et utdrag av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin teori om sykepleiers kommunikasjon presenteres, samt relevant lovverk og etikk som danner rammeverket sykepleieren arbeider innenfor. For å gjengi den benyttede teorien på en presis måte benyttes begrepet «hjelperen» synonymt med «sykepleieren».

### 2.1 Motiverende samtale (MI)

Motiverende samtale er en samtalemetode som ble utviklet av de to psykologene William R. Miller og Steven Rollnick, inspirert av deres arbeid med alkoholavhengige i Hjeltestad i Norge. Siden har metoden blitt brukt til flere grupper som ønsker hjelp til å øke egen motivasjon for atferdsendringer (Hestvold, 2021, s. 140; Miller & Rollnick, 2016, s. 416). Av Miller og Rollnick defineres motiverende samtale som:

(...) en samarbeidsbasert, målrettet kommunikasjonsstil hvor man er spesielt opptatt av endringssnakk, utformet med tanke på å skape personlig motivasjon og forpliktelse ovenfor et bestemt mål ved å lokke frem og utforske personens egne grunner til endring, i en atmosfære preget av aksept og medfølelse (2016, s. 58).

MI er den engelske forkortelsen for *motivational interviewing*, eller på norsk *motiverende intervju*. Ordet *intervju* kan gi negative assosiasjoner til ord som *forhør*, *foredrag* eller *monolog*. Derfor brukes gjerne begrepet *motiverende samtale*, som forklares av Miller og Rollnick ved at MI fremfor alt er en positiv samtale om endring, som baserer seg på et samarbeid og dialog. Hensikten er å veilede samtalen, ikke å styre den (2016, s. 38; Hestvold, 2021, s. 140). MI som forkortelse for motiverende samtale vil bli brukt gjennomgående i oppgaven.

## 2.1.1 Grunnholdningen bak MI

I oppgaven tar vi utgangspunkt i MI-teorien til grunnleggerne, Miller & Rollnick, som utgangspunkt for MI-metodens grunnholdning. Miller og Rollnick trekker frem partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling som vil bli kort beskrevet i dette kapittelet (2016, s. 42-48).

### 2.1.1.1 Partnerskap

Første grunnholdning bygger på at MI-samtalen er et aktivt samarbeid mellom begge parter i samtalen. MI er ikke en teknikk som gjøres “på noen”. Miller & Rollnick sammenligner MI-samtalen med en dans, der noen må lede an. Dette partnerskapet bunner i gjensidig respekt til hverandre. Hjelperen skal forstå pasientens nåværende standpunkt, uten å forsøke og forandre det. Hjelperen skal heller ikke gi ekspertråd som ikke er etterspurt, da ingen er ekspert eller har fasiten på pasientens personlige endringsprosess (2016, s. 42-43).

### 2.1.1.2 Aksept

Grunnholdningen, aksept, inneholder fire deler. Første del handler om pasientens *absolutte verdi*, altså å anerkjenne og løfte opp menneskets indre verdi og potensiale. *Nøyaktig empati* handler om å sette seg selv i den andres situasjon, og ha en interesse for å forstå denne situasjonen. Dette skal ikke forveksles med sympati, som kan sidestilles med å “synes synd på” noen. Heller ikke identifikasjon skal benyttes, da dette innebærer at hjelperen retter fokuset mot seg selv, ved å for eksempel si “jeg har også opplevd...”. Hjelperen bør unngå å trekke inn egne perspektiver og overføre disse til pasienten, som om det også er pasientens virkelighet (Miller & Rollnick, 2016, s. 44-45). *Autonomistøtte* handler om å respektere hverandres autonomi i samtalen. Miller & Rollnick trekker frem at det motsatte av dette kan være å si “Du kan ikke drikke alkohol” (2016, s. 46). Slike utsagn begrenser valgfriheten. Pasienten kan da kjenne et behov for å motbevise dette, og dermed bevise sin egen frihet. Å støtte pasientens autonomi kan handle om å “gi fra seg en myndighet du egentlig aldri har fått utdelt” (Miller & Rollnick, 2016, s. 46). Siste del av aksept er *bekreftelse*, der hjelperen leter etter den andres styrker og deretter fremhever og anerkjenner disse (Miller & Rollnick, 2016, s. 46).



### 2.1.1.3 Medfølelse

Medfølelse i MI- samtalen innebærer å prioritere og fremme den andres behov. Å arbeide ut ifra medfølelse handler om “å ha hjertet på rette sted slik at du gjør deg fortjent til tilliten du bygger opp” (Miller & Rollnick, 2016, s. 47).

### 2.1.1.4 Fremkalling

Den siste grunnholdningen i MI innebærer en tilnærming der løsningen allerede ligger hos pasienten selv på et ubevisst plan. Hjelperens rolle blir å bevisstgjøre, gjennom samtalen, løsningene pasienten allerede har. Fremkalling henger sammen med pasientens ambivalens. Pasienter som opplever ambivalens innehar argumenter både for og imot endring. Hjelperens oppgave er å hjelpe pasienten med å fremkalle disse argumentene (Miller & Rollnick, 2016, s. 48).

## 2.1.2 Mekanismene bak MI

MI bygger på flere mekanismer som stimulerer til adferdsendring. I de følgende underkapitlene vil det presenteres noen sentrale mekanismer som kan bidra i forståelsen av hvordan atferdsendring oppstår.

### 2.1.2.1 Ambivalens og endringssnakk

Innenfor MI tenker man at pasienten ofte befinner seg i en ambivalens mellom ulike sider, de gamle vanene på den ene siden, og endring på den andre siden. Pasienten vil ofte oppleve denne ubalansen som ubehagelig. Ved MI kan sykepleier hjelpe med å hente frem argumenter og egen motivasjon for endring, såkalt *endringssnakk* (Hestvold, 2021, s. 144). Det motsatte av endringssnakk er *status quo-snakk*, altså argumenter imot endring. For at pasienten skal lene seg mot endring, må argumentene for endring være sterkere enn argumentene for status-quo. Sykepleiers rolle er å la pasienten utdype endringssnakk, og deretter forsterke det pasienten uttrykker (Andresen, 2021, s. 375, 380).

### 2.1.2.2 Indre og ytre motivasjon

Indre motivasjon er mer effektivt enn ytre motivasjon, men motivasjon utenfra kan internaliseres og bli til indre motivasjon. Den indre motivasjonen styrkes av positive tilbakemeldinger, opplevelsen av kontroll, autonomi, kompetanse og tilhørighet. Etter hvert kan adferdsendringene automatiseres, og de blir til en vane, men dette kan ta lang tid (Mæland, 2021, s. 122-123).

### 2.1.2.3 Endringsprosessen

Endringsprosessen er et begrep som benyttes både i fag- og forskningslitteraturen, og kan beskrives som at personer befinner seg i ulike stadier etter hvor motiverte og klare de er for endring (Noordman et al., 2013, s. 60). Pasienter følger ofte de samme fasene, som er systematisert og beskrevet i modellen for endringsprosesser (Mæland, 2021, s. 123).

*Føroverveielsefasen:* Personen opplever ikke selv at adferden er problematisk, og er ikke motivert for å endre adferd. Hendelser som at sykdom oppstår kan være et utløsende moment for å motivere til endring (Mæland, 2021, s. 123).

*Overveielsefasen:* Personen anerkjenner at adferden er problematisk, men har ikke bestemt seg for å endre den ennå. Personen er mer mottakelig for ytre påvirkning. Personens egne forventninger til hvilke fordeler adferdsendringen vil medføre, ytre forventninger, og forventninger til hvorvidt endringen er gjennomførbar, vil i denne fasen påvirke om personen utvikler et ønske om endring (Mæland, 2021, s. 124).

*Forberedelsesfasen:* Personen har besluttet å endre adferden, og begynner å planlegge gjennomføringen (Mæland, 2021, s. 124).

*Handlingsfasen:* Personen utfører adferdsendringene, og bruker mye tanker og krefter på dette. Her kan det være viktig at personen er forberedt på hvilke utfordringer som kan oppstå, og planlegger hva som kan gjøres ved slik motstand (Mæland, 2021, s. 124).

*Vedlikeholdsfasen:* Adferden har blitt automatisert, og fokuset er å forebygge tilbakefall. Faktorer som medfører ubalanse i personens liv kan medvirke til tilbakefall, og de fleste vil oppleve dette. Det kan eksempelvis være stress, bekymringer, konflikter med andre, og sosialt

press for å gjenoppta avvent adferd. Etter et tilbakefall kan det være utfordrende å komme på rett spor igjen, men å overkomme et tilbakefall styrker mestringsforventingene til fremtidige tilbakefall. For å mestre tilbakefall, er det hensiktsmessig at personen lærer å gjenkjenne risikosituasjoner der tilbakefall er mer sannsynlig, være forberedt på hvordan et tilbakefall kan mestres, og ha en realistisk tanke om at tilbakefall kan oppstå (Mæland, 2021, s. 124-125).

### **2.1.3 Sykepleiers samtaleferdigheter i MI-samtalen**

Miller og Rollnick (2016) og Andresen (2021) omtaler lederen av samtalen som “hjelper”. Hestvold (2021) plasserer sykepleieren som MI-samtalens hjelper, noe som samsvarer med oppgavens sykepleiefaglige perspektiv. Videre i oppgaven omtales hjelperen i MI-samtalen derfor som sykepleier.

Det finnes flere fallgruver for sykepleier i MI-samtalen. Blant annet bør sykepleier unngå å gi informasjon som pasienten selv ikke har etterspurt, og unngå at egne oppfatninger kommer til syne og påvirker samtalen (Hestvold, 2021, s. 144, 151). Sykepleier bør heller innta en veiledende og utforskende rolle i MI-samtalen (Andresen, 2021, s. 380; Miller & Rollnick, 2016, s. 416). Sykepleier skal bekrefte, anerkjenne og trekke frem det positive i samtalen, og skape engasjement og relasjon i samtalen, som demper behov for å gå i forsvar (Miller & Rollnick, 2016, s. 95-96). Åpne spørsmål og refleksjoner er også to sentrale samtaleferdigheter for sykepleieren i MI-samtalen. Disse vil beskrives nærmere da de vil bli viet fokus i oppgavens diskusjonsdel.

#### *2.1.3.1 Stille åpne spørsmål*

Hensikten med åpne spørsmål er å åpne for at pasienten kan respondere med et mer utfyllende svar. Det vil også stimulere til refleksjon, og kan starte en prosess der pasienten begynner å vurdere de negative og positive aspektene ved den nåværende avhengighetstilværelsen. Eksempler på et åpent spørsmål sykepleier kan benytte er «Hva liker du med å drikke alkohol?» (Hestvold, 2021, s. 147-148).

Lukkede spørsmål kan også være i tråd med MI, om de benyttes som en slags oppsummering eller refleksjon. Et eksempel på dette er: “så du opplever at drikkingen er et problem fordi det påvirker økonomien og relasjonene dine?” (Miller & Rollnick, 2016, s. 93-94).

### *2.1.3.2 Refleksjoner*

At sykepleier reflekterer det pasienten forteller, innebærer at sykepleieren trekker frem deler av pasientens budskap, og speiler dette tilbake igjen. Det kan gjøres ved å trekke frem enkeltord, eller å gjenfortelle budskapet med andre ord. Hensikten er å vise pasienten at sykepleier ønsker å forstå det som formidles, bekrefte at budskapet er riktig oppfattet, og invitere til å utforske tema videre. Det kan også styre samtalen i en hensiktsmessig retning, ved at sykepleier reflekterer det som oppfattes sentralt å utforske videre (Hestvold, 2021, s. 146-147; Miller & Rollnick, 2016, s. 98).

### **2.1.4 Tidsbruk i MI-samtalen**

Miller og Rollnick trekker frem at sykepleier kan kjenne på tidspress i løpet av MI-samtalen. Ofte er konsultasjonen satt opp med liten tid, og sykepleier kan i større grad ta styringen i samtalen for å raskere oppnå resultater innen oppsatt tid. MI-samtalen krever ikke en viss oppsatt tid for å fungere, men er en måte å kommunisere på. Kortvarige MI-samtaler kan også medføre endring. Riktig bruk av samtaleferdighetene innen MI kan gjøre at pasienten opplever kvalitetstid i løpet av selv en kort samtale, ved å for eksempel kun stille et åpent spørsmål (Miller & Rollnick, 2016, s. 353, 355).

### **2.1.5 Opplæring**

Miller og Rollnick trekker fram at opplæring i MI-metoden ikke er en «engangsopplæring», men en kontinuerlig læringsprosess (2016, s. 375). Opplæringen kan gjøres ved å benytte MI i praksis, og samtidig motta tilbakemeldinger fra en veileder (Miller & Rollnick, 2016, s. 363).

## 2.2 Alkoholavhengighet

I oppgaven benyttes definisjonen til klassifiserings- og diagnosesystemet ICD-10 for å definere begrepet alkoholavhengighet. Her defineres F10.2: «avhengighetssyndrom: psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol» som:

«(Når) En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand» (ICD-10, 2019; Helsedirektoratet, a).

En sentral del av kriteriene for å kunne sette diagnosen avhengighetssyndrom, er at pasienten «Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, (...) og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang» (Helsedirektoratet, b).

Alkohol er det vanligste rusmiddelet å benytte i Norge, og har vist seg å være dels arvelig og dels grunnet familiær miljøpåvirkning (Lien & Stensrud, 2020, s.178; Mæland, 2021, s. 115). Alkohol anses gjerne som mer sosialt akseptert enn andre rusmidler. Likevel er det like avhengighetsskapende som flere andre rusmidler, og gir flere endringer i adferd og sanseopplevelser hos den som inntar det. Alkoholrus kan medføre positive opplevelser som oppstemthet, frihet og utadvendthet, økt velbehag og mindre engstelse. Det kan også medføre opplevelser som sinne, fysisk aggresjon, søvnighet, økt reaksjonstid, og nedsatt motorikk og oppfattelse (Håkonsen, 2018, s. 382, 383).

Et høyt alkoholinntak kan medføre økt risiko for skader, ulykker og utøvelse av vold. Over tid kan det også øke risikoen for komorbide lidelser som ulike typer kreft, hjerneslag, demens, leversykdom, hjertearytmier, betent bukspyttkjertel, og høyt blodtrykk (Helsenorge, 2019; Mæland, 2021, s. 187). Det kan også føre til utfordringer med økonomi, opprettholdelse av relasjoner, isolasjon, og hverdagslig fungering (Håkonsen, 2018, s. 392). På verdensbasis anslås det at omtrent 4% av alle dødsfall kan relateres til bruk av alkohol (Hole, 2014, s. 39).

## 2.3 Sykepleiers funksjon/rolle

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, har sykepleier en helsefremmende og forebyggende funksjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). *Sykdomsforebyggende arbeid* er å «fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død». Det tar utgangspunkt i risikofaktorene for sykdom, og hvordan disse kan forebygges (Mæland, 2016, s. 17, 78). *Helsefremmende arbeid* handler om faktorer som kan fremme helsen, fremfor risikofaktorer for sykdom. Helsefremmende arbeid er «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse» (Mæland, 2016, s. 17).

Innenfor helsefremmende arbeid anses pasienten som en samarbeidspartner, som man ønsker å involvere i planlegging og gjennomføring av tiltak. Dette er en form for brukermedvirkning som fordrer at sykepleier overlater makt og styring til pasienten (Mæland, 2021, s. 81).

### 2.3.1 Å arbeide med pasienter med alkoholavhengighet

Pasienter som sliter med rus og avhengighet, er en pasientgruppe som har opplevd å bli stigmatisert av helsepersonell over tid (Helsedepartementet, 2004, s. 15-16). Å se alkoholavhengighet som en sykdom på samme måte som andre somatiske sykdommer, kan bidra til å omforme sykepleiers holdning til pasientgruppen, til en mer empatisk og ikke-dømmende holdning (Strand, 2021, s. 109).

*Motivasjon* kan defineres som «de positive kreftene i individet som ønsker en positiv endring, men som står i et samtidig spenningsforhold til de kreftene som bidrar til fortsatt avhengighet» (Hole, 2014, s. 107). En person med alkoholavhengighet kan altså oppleve en ambivalens mellom ønsket om å avslutte, og ønsket om å fortsette med bruken av alkohol. Motivasjon er noe som også kan skapes i fellesskap (Hole, 2014, s.108). Å hjelpe pasienten med å synliggjøre fordeler og ulemper ved alkoholinntaket, kan tydeliggjøre ovenfor pasienten hvorvidt en endring vil være hensiktsmessig og ønskelig. Som hjelpere bør man fremheve pasientens motivasjon til endring, samtidig som man anerkjenner kreftene som motvirker motivasjonen (Hole, 2014, s. 107).

## 2.4 Joyce Travelbee – mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier og forfatter. Hennes teori legger vekt på forståelsen og viktigheten av de mellommenneskelige forholdene i sykepleiefaget (Kirkevold, 1998, s. 113). Vi vil benytte hennes teori og tankesett til å forstå sykepleiers funksjon i kommunikasjonen i MI-samtalen med den alkoholavhengige pasienten.

En av sykepleiers funksjoner er ifølge Travelbee å hjelpe pasienten til å oppnå så optimal helse som mulig (2001, s.36-37). Travelbee omtaler helsefremmende undervisning i sykepleien som «å bistå den enkelte med å finne mening i sykdom og helsefremmende tiltak, ikke å formidle informasjonen i og for seg» (2001, s. 35). En viktig del av hvordan sykepleier oppnår denne funksjonen er gjennom «menneske- til-menneske-forhold». Et av målene med dette forholdet er blant annet å forebygge eller mestre sykdom hos individet eller samfunnet (Travelbee, 2001, s. 41).

Kommunikasjon ligger til grunn for opprettelsen av «menneske-til-menneske-forholdet» Gjennom blant annet holdninger og atferd, kommuniserer sykepleier og pasient kontinuerlig (Travelbee, 2001, s. 135-136). En av grunntankene til Travelbee at denne relasjonen skal være mellom to likeverdige mennesker (2001, s. 171). Alle mennesker, inkludert sykepleiere, bedømmer andres atferd. Sykepleier bør ikke prøve å fjerne alle holdningene sine i kommunikasjonen, men heller være bevisst hvilke holdninger hun/han innehar. Da kan man også bli bevisst hvordan egne holdninger kan påvirke kommunikasjonen med pasienten (Travelbee, 2001, s. 198). Sykepleier kan til tross for egne holdninger, akseptere pasienten, ved å løfte de «beste» sidene ved pasienten, og se forbi eventuelle «uønskede» sider (Travelbee, 2001, s. 199).

## 2.5 Juridiske og etiske rammeverk

I utøvelsen av faglig forsvarlig sykepleie må sykepleier forholde seg til relevant lovverk, retningslinjer og etikk (Molven, 2019, s.17). I de yrkesetiske retningslinjene trekkes det frem at sykepleier blant annet «har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.1). I henhold til folkehelseloven skal folkehelsearbeid blant annet «fremme befolkningens helse, trivsel og forebygge psykisk sykdom, somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2011, §1). Videre verner pasient- og brukerrettighetsloven om pasientenes rettigheter i møte med helsevesenet. Her er pasientens rett til medvirkning i behandling sentralt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Det aktuelle behandlingsstedet for oppgaven, TSB, omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Lovens formål omfatter blant annet «å fremme folkehelsen». Rusmiddelavhengige skal tilbys behandling ved TSB av spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1, §2-1). Et av hovedmålene i de nasjonale avrusningsretningslinjene er «å bidra til å øke pasientens motivasjon for å redusere eller avslutte bruk av rusmidler», samt «å fremme pasientens egen mestring»(Welle-Strand, 2016, s. 14-17). Innenfor sykepleieetikken anses autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet som relevant. Autonomiprinsippet bygger på et syn om at mennesket skal ha respekt, og derfor selvbestemmelsesrett. Velgjørhetsprinsippet innebærer at sykepleier ikke skal påføre skade, men forhindre smerte og lidelse (Molven, 2019, s. 70-71).



### **3 Metode**

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som innebærer å samle inn litteratur, kritisk vurdere den og deretter sammenfatte dette. Bacheloroppgaven stiller derfor krav til systematiske søk for å finne eksisterende forskning og litteratur på område man ønsker å undersøke (Thidemann, 2019, s. 77).

Metoden i oppgaven er verktøyet og fremgangsmåten som brukes for å samle inn passende data til det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2020, s. 53; Thidemann, 2019, s. 74). I dette kapitlet begrunnes valgt metode, samt en gjennomgang av søkene som er foretatt for å komme fram til de valgte forskningsartiklene. Kildekritikk og etiske overveielser vil også bli presentert.

#### **3.1 Valg av metode**

Kvantitativ metode omhandler målbare og objektive data, og dermed en bredere statistisk oversikt (Thidemann, 2019, 75). Kvalitativ metode har som mål å få kunnskap om subjektive opplevelser, meninger og erfaringer hos en gruppe mennesker, og dermed få en dybdekunnskap innenfor temaet (Thidemann, 2019, s. 76).

Ettersom problemstillingen etterspør hvilke faktorer sykepleier må være bevisst ved MI, har vi valgt å inkludere både artikler med kvantitativ og kvalitativ metode i oppgaven. Kvalitativ metode vil fortelle noe om sykepleiers subjektive opplevelse ved bruk av MI. Kvantitative data vil fortelle noe om den målbare endringen i inntatte alkoholenheter, etter MI-intervensjon. Å kombinere to forskjellige metoder, såkalt metodetriangulering, vil også kunne veie opp for eventuelle svakheter ved den ene metoden, og dermed styrke resultater som samsvarer (Thidemann, 2019, s. 77).

## 3.2 Litteratursøk

I prosessen med å finne forskningslitteratur, ble det foretatt søk i databasene Pubmed, CINAHL og Google scholar. Søkene som ledet frem til oppgavens forskningsartikler ble funnet i Pubmed og CINAHL. Pubmed er en database med forskning i gratis fulltekstversjon hentet fra MEDLINE (NLM, 2021). CINAHL er en database med hovedsaklig sykepleiefaglige tidsskriftartikler (Helsebiblioteket, u.å).

I begynnelsen av søkeprosessen ble det foretatt flere åpne søk ved å kombinere søkeord som «Motivational Interviewing» og «drugs». Disse søkene var hensiktsmessige for å lede frem til store systematiske oversiktsartikler. Ingen ytterligere avgrensninger ble satt på dette tidspunktet, for å unngå at potensielt relevante resultater ble filtrert vekk av søkedatabasen. Senere i søkeprosessen ble det benyttet søkeord mer spesifikt rettet mot å besvare den fastslåtte problemstillingen, som «motivational interviewing», «health promotion», «substance abuse», «experiences», «mechanisms», «nurses», og «communication» i ulike kombinasjoner. Søkeordene ledet frem til oppgavens utvalgte forskningsartikler. For å ikke utelate relevante artikler, ble det også benyttet flere synonymmer og liknende termer i søkene enn de som omtales her.

Utplukking av potensielt relevante artikler ble gjort ved å vurdere artiklene etter relevans basert på inklusjonskriterier. Dette ble gjort trinnvis ved å først vurdere artikkelens overskrift. Deretter ble abstraktet gjennomlest, før artikkelen ble hentet ut i fullversjon. Fullversjonen ble gjennomlest ved å markere resultater som var relevant for oppgaven, samt faktorer i forskningsartikkelens struktur og metode som kunne påvirke både relevans for oppgaven, samt artikkelens troverdighet og anvendbarhet.

**Tabell 1: Søkehistorikk**

Søk	Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Antall leste abstrakter	Artikkel inkludert
1	07.12.21	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «drugs».		268	19	DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J. (2017).  «Motivational Interviewing, Enhancement, and Brief Interventions Over the Last Decade: A Review of Reviews of Efficacy and Effectiveness».
2	05.01.22	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «experiences» AND «nurses»		74	9	Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011).  «Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice».
3	05.01.22	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «health promotion»	MeSH Major Topic	87	11	Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013).  «Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle».
4	16.03.22	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «Mechanisms» AND «review»		50	6	Apodaca, T.R & Longabaugh, R. (2009).  «Mechanisms of change in motivational interviewing:a review and preliminary evaluation of the evidence».

5	31.03.22	CINAHL	S1 (MH «Motivational interviewing» + S2 (MH «Communication+» + S3 «Nurses» S4 S1 AND S2 AND S3	52	7	Östlund, A. S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M. L. (2016). «Primary care nurses communication and its influence on patient talk during motivational interviewing».
---	----------	--------	--	----	---	---

### 3.3 Inklusjonskriterier

Søkene etter forskningsartiklene ble foretatt på bakgrunn av inklusjonskriteriene som vist i tabell 2. Vi har avgrenset til artikler publisert etter 1983, da MI som metode først ble omtalt av W.R Miller i 1983 (Miller, 1983). Søk eldre enn dette vil dermed være irrelevant for problemstillingen. Samtidig har artikler publisert de siste 20 årene blitt manuelt vurdert som noe mer relevante. Dette med bakgrunn i at det finnes et bredere utvalg av forskningsdata tilgjengelig fra nyere tid, da MI har rukket å bli benyttet som en anerkjent metode i flere tiår.

Kriteriene “pasienter over 18 år” og “fagfellevurdert” ble ikke avgrenset i selve søket, men plukket ut manuelt ved gjennomlesning, for å unngå å spisse søket for mye. Studier utført i Skandinavia ble foretrukket ved søk etter enkeltstudier, med bakgrunn i deres overførbarhet til norsk helsevesen.

#### 3.3.1 Tabell 2: Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for artikler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter over 18 år</li> <li>• Motiverende samtale er intervensjon</li> <li>• Publisert i 1983 eller senere</li> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Språk: Norsk, dansk, svensk eller engelsk</li> </ul>

### **3.4 Kritisk vurdering av benyttet forskningslitteratur**

Alle de inkluderte forskningsartiklene har IMRAD-struktur, er publisert i et fagfelleurdert tidsskrift sjekket i DBH-registeret, og er relevant for oppgavens problemstilling. Det er unngått å benytte forskningsartikler med en metodedel som mangler vesentlig informasjon, eller med et svært komplisert språk og utydelige resultater. Dette for å unngå mistolkning av forskningsdataene i oppgaven.

To systematiske oversiktsartikler er benyttet i oppgaven, som kan gi et sammenfattet overblikk over forskning som finnes på temaet. Samtidig bør det tas i betraktning at systematiske oversiktsartikler er en sammenfatning av resultater fra en rekke studier, som igjen er tolket av en gruppe forskere. Resultatene vil derfor kunne bære preg av forskernes egne refleksjoner.

I oppgaven er det hovedsakelig inkludert artikler der forskningen er utført i skandinaviske land, for å sikre størst mulig overføringsverdi til norsk helsevesen. To av artiklene er likevel kvantitative systematiske oversiktsartikler utført i USA. Disse er inkludert da de sammenfatter globale resultater av MI, som kan ha overføringsverdi også i Norge. De tre kvalitative enkeltstudiene som benyttes er utført i Nederland og Sverige, og er ikke inkludert i de benyttede oversiktsartiklene. Sykepleiernes opplevelse fra Sverige og Nederland vil kunne ha overføringsverdi til norsk helsevesen, basert på de mange likhetene mellom helsevesenene (Regjeringen, 2022). Likevel er disse mindre studier som baserer seg på sykepleiers opplevelse innenfor en mindre forsøksgruppe. I diskusjonsdelen vil det derfor benyttes metodetraingulering mellom enkeltstudiene og oversiktsartiklene, for å underbygge samsvarende resultater (Thidemann, 2019, s. 77).

Alle forskningsartiklene er gjennomlest på engelsk. Det vil derfor foreligge en risiko for feiltolkning i vår oversettelse av forskningsresultatene til norsk. Direkte sitater fra sykepleiers opplevelse er gjengitt på originalspråket engelsk, for å redusere risikoen for feiltolkning noe. Oppgaven som en helhet fremstiller likevel vår tolkning av forskningsmaterialet, og dette bør tas i betraktning.

### **3.5 Øvrig faglitteratur**

Det er gjort vurderinger av hvilken kilde som er mest hensiktsmessig for å fremstille teorien mest mulig korrekt. For eksempel er boken av grunnleggerne av MI, Miller & Rollnick (2016), benyttet for å belyse hva MI er, og hvilke grunnprinsipper metoden er bygget på. Pensumlitteratur og annen faglitteratur som Hestvold (2021) og Andresen (2021) er benyttet supplerende, og for å spesifikt belyse sykepleiers rolle i MI.

Mæland (2021) er også benyttet for å belyse sykepleiers rolle innenfor atferdsendring og helsefremmende arbeid. Litteraturen til sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) er anvendt for å trekke inn det sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven. Det er benyttet oversatte versjoner av både Miller og Rollnick, og Joyce Travelbee sine teorier. Det vil derfor foreligge en risiko for feiltolkning i den oversatte litteraturen.

For å kunne omtale hvilke rammer sykepleier arbeider innenfor har vi gått direkte inn i lovverket og de yrkesetiske retningslinjene. Ethiske prinsipper er hentet fra Molven (2017). For statistikk, utbredelse og diagnoseverktøy har Helsedirektoratet og Helsenorge blitt benyttet.

### **3.6 Ethiske overveielser**

I oppgaven er det benyttet forskningslitteratur og faglitteratur for å belyse og besvare oppgavens problemstilling. Det er gjennomgående benyttet kildehenvisning som følger oppgavens retningslinjer, for å korrekt kreditere forfatterne av benyttet fag- og forskningslitteratur. Der egne erfaringer eller refleksjoner benyttes, tydeliggjøres dette i teksten, og involverte parter anonymiseres fullstendig.

## 4 Presentasjon av forskningsartikler

### 4.1 Syntese

De mest sentrale funnene i forskningsartiklene var at MI synes å være en effektiv metode for å bidra til reduksjon i alkoholinntak, både ved korte og lengre samtaler. Det er indikasjoner for at god etterlevelse av MI-teknikker hos behandler gir større sannsynlighet for adferdsendring. Sannsynligheten synes også å øke dersom pasienten har mye endringssnakk. Måten sykepleier kommuniserer på, har innvirkning på hvor mye endringssnakk og status-quo-snakk pasienten responderer med. I MI-samtalen tilpasser sykepleierne mengden forståelse og empati de kommuniserer til pasienten, ut fra hvilken fase i endringsprosessen pasienten befinner seg i. Sykepleiere opplever at det kan være utfordrende å utvise tilstrekkelig med tålmodighet underveis i pasientens endringsprosess.

### 4.2 Tabell 3: Artikkelmatrix

Nr.	Forfatter/ år	Tittel	Tidss krift	Hensikt	Metode	Funn
1	DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J. (2017).	Motivational Interviewing, Enhancement, and Brief Interventions Over the Last Decade: A Review of Reviews of Efficacy and Effectiveness	Psychology of addictive behaviors. 2017, Vol. 31(8), 862-887.	Å systematisk oppsummere funn fra eksisterende studier som omhandler motiverende intervju sin effektivitet hos pasienter med bruk av spesifikke rusmidler, og hos gamblere.	En systematisk oversiktsartikkel av 34 fagfelleverderte studier mellom 2007-2017.	-De 20 studiene som omhandlet alkohol viste signifikant reduksjon i alkoholinntak, ved både korte og lengre intervensjoner med MI.  -2 studier viste at MI med stor sannsynlighet var mer effektiv for å redusere alkoholinntak enn ingen behandling hos voksne.  -De få studiene i den systematiske oversiktsartikkel som omhandler behandler etterlevelse av MI-prinsippene, indikerer at god etterlevelse kan øke effektiviteten av MI.

2	Apodaca, T.R & Longabaugh, R. (2009).	Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence	Addiction journal. Vol. 104 (5), 705-715.	Undersøke hvilke variabler innen MI som er mest effektiv for livsstilsendring.	Systematisk oversiktsartikkel. 19 artikler møtte inklusjonskriterier .	<p>-Inkonsekvent bruk av MI-prinsipper hos behandler ga mindre effekt på livsstilsendringer.</p> <p>-Pasienter som får MI-intervensjon har større sannsynlighet for å drive endringssnakk, Mer endringssnakk synes å være indikator for større sannsynlighet for gjennomføring av livsstilsendringen.</p>
3	Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013).	Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle	Social science & medicine (1982), 87, 60-67.	Undersøke om, og hvordan sykepleiere tilpasser MI og generelle kommunikasjonsferdigheter til hvilken endringsfase pasienten befinner seg i.	Kvalitativ studie utført i Nederland. 103 konsultasjoner vedrørende livsstilsendringer ble brukt i studien. Sykepleierne visste ikke på forhånd hvilke konsultasjoner som ville bli filmet og ikke, eller hva som ble undersøkt. De ble analysert hjelp av to analyseverktøy som blant annet analyserte sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, og hvor i endringsprosessen pasienten befant seg. 19 utvalgte sykepleiere fylte ut et kort spørreskjema etter hver konsultasjon, hvorav 13 av disse sykepleiere hadde ytterligere opplæring i MI, og 6 av dem hadde kun grunnopplæring i MI.	<p>-I handlingsfasen og vedlikeholdsfasen brukte sykepleierne mer empati, og anerkjente pasientens utfordringer knyttet til livsstilsendringer, sammenlignet med de andre fasene</p> <p>-Sykepleierne var mer oppmerksomme for pasientens hint om råd i overveiellesfasen.</p> <p>-Sykepleierne benyttet mer av MI-teknikker til pasienter tidlig i fasene enn de senere fasene.</p> <p>-Sykepleierens kliniske kompetanse hadde ingen påviselig effekt på hvor langt i endringsprosessen pasienten kom.</p> <p>- Det ble ikke funnet vesentlige forskjeller eller betydning av lengden på sykepleierens MI-opplæring for resultatet av samtalen.</p> <p><i>*Se kap. 2.1.2.3 for de ulike endringsfasene.</i></p>



4	Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011).	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	Journal of Clinical Nursing. Vol. 20. (23-24), 3322-3330.	Undersøke sykepleiere i primærhelsetjenesten sin erfaring med motiverende intervju som helsefremmende metode.	Kvalitativ studie med deskriptivt design. 20 sykepleiere med 3-10 års erfaring med aktiv bruk av MI, og jobbet i primærhelsetjenesten med pasienter med livsstilsproblematikk, gjennomgikk et kvalitativt intervju i form av samtale rundt sykepleierens erfaring med MI som helsefremmende metode. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert.	<p>-Sykepleierne opplevde MI som en tidkrevende ferdighet, og at de måtte finne en passende anledning til å benytte metoden.</p> <p>-Sykepleierne opplevde at MI var en metode som måtte trenes opp og krevde lenger erfaring.</p> <p>-Sykepleierne påpekte at det var lett å falle tilbake i gamle mønstre, og å informere og gi råd igjen.</p> <p>-Sykepleierne ble ivrige i handlingsfasen og presset pasienten til å foreta endringer før pasienten var klar.</p> <p>-Sykepleierne opplevde at endring var en langvarig prosess, og at de burde la pasienten bruke den tiden som han/hun trengte.</p> <p>-Sykepleierne opplevde at å være empatisk og å vise pasienten respekt var viktig for best mulig effekt i samtalen.</p> <p>-Sykepleierne opplevde at MI var en effektiv metode i det helsefremmende arbeidet, og tydeliggjorde sykepleiers helsefremmende rolle.</p>
5	Östlund, A. S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M. L. (2016).	Primary care nurses communication and its influence on patient talk during motivational interviewing.	Journal of Advanced Nursing. Vol. 72 (11), 2844-2856.	Beskrive hvilken form for verbal kommunikasjon som oppstår under motiverende tale mellom sykepleiere i primærhelsetjenesten og pasientene deres. Undersøke hvordan sykepleiers verbale kommunikasjon påvirker pasientens endringssnakk	Kvantitativt beskrivende og pediktivt design. 23 sykepleiere i primærhelsetjenesten som hadde opplæring i MI, og 0,5-11 års erfaring med bruk av MI, tok lydopptak av totalt 50 MI-samtaler med ulike pasienter. Disse ble analysert og kodet av to av forskerne med et verktøy utviklet spesifikt for MI-samtaler.	<p>73% sannsynlighet for endringssnakk hos pasienten dersom sykepleier stilte negative spørsmål, og 65% sannsynlighet dersom sykepleier brukte positive refleksjoner.</p> <p>62% sannsynlighet for status-quo-snakk hos pasienten dersom sykepleier stilte positive spørsmål, og 61% sannsynlighet dersom sykepleier brukte negative refleksjoner. Negative refleksjoner ga 8% sannsynlighet for endringssnakk.</p> <p>11% sannsynlighet for endringssnakk og 3% sannsynlighet for status-quo-</p>

				, nøytral snakk og status quo-snakk.	Forskernes koding ble kvalitetssikret. Kodene ble brukt til å beregne sannsynligheten for om pasienten responderte med endringssnakk, status-quo snakk eller nøytralt snakk, basert på om sykepleier brukte åpne eller lukkede spørsmål, positive eller negative spørsmål, og positive eller negative refleksjoner eller informasjon, og hvorvidt sykepleier hadde god etterlevelse av MI-prinsippene	snakk dersom sykepleier stilte lukkede spørsmål.  25% sannsynlighet for endringssnakk-ved bruk av åpne spørsmål.  20% sannsynlighet for endringssnakk, og 4% sannsynlighet for status-quo-snakk om sykepleier hadde god etterlevelse av MI-prinsippene.  22% sannsynlighet for endringssnakk, og 7% sannsynlighet for status-quo-snakk om sykepleier hadde dårlig etterlevelse av MI-prinsippene.
--	--	--	--	--------------------------------------	---	---

## 5 Diskusjon

I diskusjonsskapittelet vil det drøftes og trekkes frem sentrale faktorer sykepleier bør være bevisst ved den motiverende samtalen for at samtalen skal ha sin potensielle alkoholreducerende effekt. Faktorer ved selve samtalen og egen kommunikasjon vil drøftes først, deretter vil faktorer rundt samtalen gjennomgås.

### 5.1 Tilpasse spørsmål og refleksjoner i MI-samtalen

Miller & Rollnick trekker frem åpne spørsmål og refleksjoner som to sentrale kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier gjennom MI-samtalen (2016, s. 93, 98). Samtidig viser Östlund et al. at sykepleierne i studien brukte ulike former for åpne spørsmål og refleksjoner; negative, og positive. Dette viste seg å ha en effekt på hvor mye endringssnakk pasienten responderte med (2016, s. 2851-2853). Mer endringssnakk er igjen forbundet med større sannsynlighet for at pasienten gjennomfører tilsiktet endring (Apodaca & Longabaugh, 2009, s. 712). Slik sett kan en muligens anta at det vil være positivt dersom sykepleier i MI-samtalen kommuniserer på en måte som fremkaller pasientens endringssnakk. I de påfølgende avsnittene (5.1.1 og 5.1.2) drøftes det om sykepleier kan vinkle spørsmål og refleksjoner i MI-samtalen for å stimulere til endringssnakk.

#### 5.1.1 Tilpasse åpne, lukkede, negative og positive spørsmål

Å stille spørsmål som undersøker ambivalensen i pasientens ønske om endring, er en del av grunnprinsippene i MI. Dette fordrer at sykepleier både stiller spørsmål som undersøker fordelene, og ulempen ved å fortsette med nåværende adferd (Miller & Rollnick, 2016, s. 48). Studien til Östlund et al. deler slike spørsmål inn i «negative» og «positive» spørsmål. Med et negativt spørsmål, menes spørsmål som undersøker *ulempen* med pasientens nåværende adferd (2016, s.2847). Et eksempel på et slikt spørsmål kan være «hvilke konsekvenser får det for deg når du drikker mye alkohol?». Motsatt er positive spørsmål, som undersøker *fordelen* med pasientens nåværende adferd. Det kan eksempelvis være «hva opplever du som positivt med det å drikke alkohol?». Det viste seg i studien at negative spørsmål ga langt høyere sannsynlighet for endringssnakk (73%), enn positive spørsmål gjorde (15%). Likeledes ga positive spørsmål langt høyere sannsynlighet for status-quo-snakk (62%), enn det negative spørsmål gjorde (2%) (Östlund et al., 2016, s. 2852). Det antydes altså at spørsmål som

undersøker ulempen med pasientens nåværende alkoholinntak, er mer effektivt for å fremkalle endringssnakk.

I følge Miller og Rollnick er åpne spørsmål i tråd med MI-prinsippene, mens bruk av lukkede spørsmål må gjøres med forsiktighet (2016, s. 93-94). I studien til Östlund et al., viser resultatene at bruk av åpne spørsmål var mer effektivt for å fremkalle endringssnakk (25%), enn lukkede spørsmål (11%). Dette samsvarer altså med MI-prinsippene. Interessant nok viste det seg at det likevel var langt mer sannsynlig at lukkede spørsmål medførte endringssnakk (11%), enn at det medførte status-quo-snakk (3%). Slik som også Östlund et al. trekker frem, er det mulig at dette kan skyldes at sykepleierne var gode til å identifisere hvilke situasjoner det kunne være nyttig å bruke et lukket spørsmål (2016, s. 2852-2854). Dette viser altså at åpne spørsmål trolig er mest effektivt for å fremkalle endringssnakk. Samtidig kan det også tenkes at godt tilpassede, lukkede spørsmål til en viss grad kan fremkalle endringssnakk.

Dessuten kan også lukkede spørsmål vinkles som positive eller negative spørsmål (Östlund et al., 2016, s. 2847). En kan dermed tenke seg at å vinkle et lukket spørsmål positivt, altså rettet mot endring, vil ha en større sannsynlighet for å fremkalle endringssnakk hos pasienten. Eksempelvis vil det å stille spørsmålet «er det slik at du ønsker å drikke mindre alkohol?», fremfor «er det slik at du ønsker å fortsette å drikke i samme kvanta som du gjør nå?», muligens ha større sannsynlighet for å påvirke pasienten til å trekkes mot endring.

### **5.1.2 Tilpasse refleksjoner**

Som sett i teorien er refleksjoner en sentral teknikk sykepleier kan benytte i MI-samtalen (Hestvold, 2021, s. 146-147). Refleksjoner kan blant annet deles inn i negative og positive refleksjoner. Negative refleksjoner reflekterer pasientens argumenter for å fortsette nåværende adferd. Eksempelvis kan sykepleier reflektere det pasienten sier med «så du føler deg mer avslappet når du drikker». Positive refleksjoner reflekterer pasientens argumenter for endring. Et eksempel på det kan være «så drikkingen din har gjort at du har fått et mindre nettverk». I studien til Östlund et al. viste det seg at positive refleksjoner var langt mer effektivt for å stimulere til pasientens endringssnakk (65%), sammenlignet med negative refleksjoner (8%) (2016, s. 2852). Disse resultatene viser at bruk av positive refleksjoner trolig er mer effektivt for å fremkalle endringssnakk.

## 5.2 Sykepleiers empati og forståelse

Sykepleierne i studien til Noordman et al. tilpasset bruken av empati og forståelse etter hvor langt pasienten hadde kommet i endringsprosessen. Sykepleierne viste mer forståelse og empati til pasientene i handlingsfasen og vedlikeholdsfasen i forhold til de andre fasene (2013, s. 62, 64). Dette er senere faser i endringsprosessen, der pasienten har kommet så langt at han/hun har begynt å utføre livsstilsendringen (Mæland, 2021, s. 124-125). Det kan være nærliggende å tenke at det å befinne seg tidlig i fasene, altså før-overveielsesfasen eller overveielsesfasen, kan være minst like krevende som i de senere fasene. Dette på bakgrunn av at tidlig i fasene utforskes ambivalensen hos pasienten, og det kan være svært ubehagelig å i det hele tatt ta valget om endring (Hestvold, 2021, s. 144). Man kan derfor undres over hvorfor sykepleierne viste mer empati til pasientene som hadde kommet lengst i endringsprosessen. Det skal likevel sies at det også finnes hindre å overkomme i de senere fasene, der pasienten må være forberedt på tilbakefall og det kan være krevende å internalisere endringen som en ny vane i hverdagen (Mæland, 2021, s. 124-125). Sykepleierne brukte interessant nok mer MI-teknikker til pasientene i de tidlige fasene, enn i de senere fasene (Noordman et al., 2013, s. 64). Med andre ord merket sykepleierne at pasienten hadde behov for flere MI-teknikker tidlig i endringsprosessen, men tilpasset ikke empatien deretter.

En mulig forklaring på sykepleiernes fordeling av empati til de som hadde kommet lengst i endringsprosessen, kan kanskje være preget av sykepleiers egne holdninger til pasientgruppen. Pasienter som lider av alkoholavhengighet, opplever i større grad å bli stigmatisert av helsepersonell (Helsedepartementet, 2004, s. 15-16). Det kan være krevende for sykepleier å likestille alkoholavhengigheten med andre sykdommer, da man kan tenke at helseskadene ved alkoholavhengigheten er selvpåførte (Strand, 2021, s. 109). På bakgrunn av helsepersonells holdninger til alkoholavhengighet kan man tenke seg at en pasient som har tatt valget om å redusere sitt alkoholinntak, og som har startet nedtrappingen, vil være mindre stigmatisert enn en som ikke har kommet like langt. Sykepleier vil kanskje oppleve mer forståelse og empati til en pasient som gjør store fremskritt, og dermed er på vei vekk fra den stigmatiserte alkoholavhengigheten. Det er muligens også enklere å relatere seg til en pasient som forsøker å implementere nye vaner, fremfor en som viser mye motstand til endring av egne alkoholvaner.

Travelbee understreker nettopp hvordan sykepleiers holdninger kan påvirke samtalen. Dersom sykepleiers bruk av empati sent i endringsfasene er et resultat av egne holdninger, er det ikke slik at sykepleierne nødvendigvis må undertrykke disse holdningene. Sykepleierne bør heller være bevisst hvordan holdningene kan påvirke kommunikasjonen med pasienten (2001, s. 198). Videre trekker Travelbee frem en måte sykepleier kan akseptere pasienten til tross for egne holdninger. Sykepleier kan løfte de «bedre» sidene ved pasienten, og se forbi de «uønskede» sidene (2001, s. 199). På denne måten kan sykepleier vektlegge pasientens andre kvaliteter, og dermed ikke fokusere like mye på pasienten som et “alkoholavhengig” individ.

Resultatene fra Noordman et al. om sykepleiers bruk av empati er utført i Nederland og i primærhelsetjenesten (2013, s. 60), noe som ikke nødvendigvis vil samsvare med sykepleierne ved konteksten TSB i Norge. Ved en TSB er pasientgruppen rusavhengige pasienter, der sykepleierne blant annet utfører spesialisert behandling til pasienter med alkoholavhengighet (Oslo universitetssykehus, 2021). Det er mulig at sykepleiere som jobber ved TSB vil være mer bevisst sine fordommer enn sykepleiere i primærhelsetjenesten, grunnet sin kompetanse og erfaring med pasientgruppen. Dessuten viste det seg at å være empatisk og å vise pasienten respekt var viktig for å oppnå best mulig effekt i samtalen (Brobeck et al., 2011, s.3325). En kan derfor anta at sykepleier bør være bevisst hvordan egne holdninger kan påvirke egen empati og forståelse i MI-samtalen.

### **5.3 Partnerskapet i pasient-sykepleier-relasjonen**

Partnerskap mellom sykepleier og pasient er en av grunnholdningene bak MI som metode, og fordrer et aktivt samarbeid (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43). Samarbeidet krever god kontakt, gjensidig tillit og arbeid mot et felles mål (Eide & Eide, 2018, s. 123). I følge Travelbee skal forholdet mellom pasient og sykepleier være basert på likeverd (2001, s. 171). Litteraturen trekker også frem MI som en likeverdig og samarbeidende relasjon (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43). Likevel er det mulig å argumentere for at pasient og sykepleier har ulike roller i det likeverdige samarbeidet. På den ene siden er det pasienten som skal ha styringen i samtalen, og selv bestemme om, og hvordan endringen eventuelt skal gjennomføres. På den andre siden har sykepleier en viktig rolle ved å lede samtalen igjennom spørsmål og refleksjoner (Hestvold, 2021, s. 146-148; Miller & Rollnick, 2016, s. 48). Dermed kan en argumentere for at sykepleier har en potensiell makt til å overstyre samtalen, ved å kunne styre den i en retning som pasienten ikke ønsker eller er klar for. Dermed bør

sykepleier være bevisst å ikke misbruke sin potensielle makt i MI-samtalen, for å ivareta det likeverdige forholdet.

Et av målene med å danne denne likeverdige relasjon mellom sykepleier og pasient, er ifølge Travelbee, å forebygge eller mestre sykdom hos pasienten (2001, s. 41). Sykepleier har blant annet en helsefremmende og forebyggende funksjon etter de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.1). I studien til Brobeck et al. opplevde sykepleierne at MI var effektivt å benytte i det helsefremmende arbeidet (2011, s. 3326). Ved å bidra til reduksjon i pasientens alkoholinntak, kan man argumentere for at man bedriver helsefremmende arbeid. Sykepleier kan ved MI sette pasienten i stand til å se faktorer som påvirker egen helse, og legge til rette for at pasienten kan ta tak i og forbedre helsen (Mæland, 2021, s. 17). Et høyt alkoholinntak gir risiko for en rekke somatiske, psykiske og sosiale skader. Om sykepleier bistår pasienten i å redusere inntaket av alkohol, vil også flere av de nevnte helseskadene kunne bli redusert eller avverget (Helsenorge, 2019; Mæland, 2021, s. 187). Etter folkehelseloven rommer folkehelsearbeid både å fremme helse og forebygge sykdom (Folkehelseloven, 2011, §1). Ved at sykepleierne arbeider sykdomsforebyggende og helsefremmende ved hjelp av MI, vil dette kunne bidra til å redusere pasientens alkoholinntak, og dermed forebygge en rekke lidelser.

Innenfor det helsefremmende arbeidet understrekes det, på samme måte som ved MI, at sykepleier og pasient er samarbeidspartnere, og at sykepleier må gi fra seg makt og styring (Mæland, 2021, s. 81). Det at sykepleier ikke skal fortelle pasienten hvordan han/hun skal foreta en endring i MI, samsvarer med Travelbee sine tanker i den helsefremmende undervisningen. Hun mente at sykepleier skulle "bistå" pasienten med å finne mening ved helsefremmende tiltak, og ikke nødvendigvis formidle informasjonen (2001, s. 35). I Brobeck et al. sin studie opplevde sykepleierne nettopp sin helsefremmende rolle tydeligere ved bruk av MI, og at det var mer effektivt at pasienten selv kom fram til løsningen enn at sykepleierne hadde fortalt dem den samme informasjonen (2011, s. 3326). Sykepleiernes opplevelse underbygger en av grunnholdningene i MI, fremkalling. Sykepleier skal fremkalle de løsningene pasienten selv har, men sitter ikke på fasiten selv, og kan dermed ikke fortelle dem løsningen (Miller & Rollnick, 2016, s. 48). På den ene siden skal sykepleier og pasient være likeverdige samarbeidspartnere. På den andre siden er det pasienten som bestemmer om endringen i det hele tatt skal finne sted, og hvordan den skal utføres. Sykepleier bør være

bevisst sin fremkallende rolle i dette partnerskapet, og sin potensielle makt til å overstyre samtalen (Miller & Rollnick, 2016, s. 42,43, 48).

#### **5.4 Tålmodighet og respekt for pasientens autonomi**

En del av sykepleiers rolle i MI-samtalen er å lede pasienten gjennom de ulike stadiene for endring (Andresen, 2021, s. 359). Sykepleierne i studien til Brobeck et al. påpekte at sykepleiere bør akseptere at endringsprosessen er tidkrevende og en dynamisk prosess (2011, s. 3325). Ofte må man tilbake til en tidligere fase, før man igjen kan gå videre til neste (Andresen, 2021, s. 361). Dette kan kanskje oppfattes tidkrevende og fordrer en tålmodighet hos sykepleier.

Videre påpekte sykepleierne viktigheten av å unngå å fremskynde endringsprosessen, da dette kunne minske sannsynligheten for at pasienten gjennomførte livsstilsendringen. I handlingsfasen opplevde sykepleierne at de kunne bli for ivrige, og presset pasienten til å ta beslutninger før pasienten var klar for det (Brobeck et al., 2011, s. 3325). I handlingsfasen er det tross alt viktig at pasienten er forberedt på utfordringer ved endringen, og har planer for hvordan disse utfordringene skal møtes (Mæland, 2021, s. 124-125). Om sykepleierne i handlingsfasen ikke tar seg tid til å forberede pasienten på utfordringene som kan komme, kan det tenkes at pasienten ikke er like forberedt på å takle utfordringene når de oppstår. Dette kan medføre større risiko for tilbakefall i endringsprosessen (Mæland, 2021, s. 125).

Det å gjennomføre en adferdsendring kan ta lang tid, og det er svært vanlig å oppleve tilbakefall i prosessen (Mæland, 2021, s. 123,124). Som sykepleierne i studien til Brobeck et al. påpeker, er det derfor viktig å ha en holdning som viser aksept og toleranse for at pasienten opplever tilbakefall i endringsprosessen;

*«You prepare them in advance that a relapse is not bad, it is another obstacle to go through again. So it's nothing to be ashamed. It's just a part of the process. You try to make them not ashamed of this or see it as a failure»*

(Brobeck et al., 2011, s. 3327).

Dersom sykepleier viser aksept, slik som i sitatet ovenfor, anerkjenner sykepleier hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen og fremhever pasientens potensiale til endring



(Miller & Rollnick, 2016, s. 44-45). Slik sett kan man kanskje si at dersom sykepleier aksepterer hvor pasienten befinner seg under endringsprosessen, vil det kanskje bli enklere for pasienten å selv akseptere at endring tar den tiden det tar, og at tilbakefall er sannsynlig på veien mot endring.

Hvor raskt pasienten beveger seg til neste fase i endringsprosessen, viser seg i forskningslitteraturen å ikke være avhengig av sykepleiers MI-kompetanse (Noordman et al., 2013, s. 63). Dette kan kanskje tyde på at det i stor grad er pasienten som har kontrollen på tempoet i endringsprosessen, og pasienten kan ikke presses over i neste endringsfase før han/hun selv er klar. En erfaren MI-sykepleier kan ikke «dytte» pasienten raskere til endring, enn en mindre erfaren sykepleier. Det er nemlig ikke en ferdighet sykepleier skal overføre til pasienten, men en endringsprosess som fordrer stor grad av pasientens medvirkning (Miller & Rollnick, 2016, s. 42, 46). At sykepleier aksepterer hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen kan dermed være en måte å ivareta pasientens autonomi.

At sykepleier ivaretar pasientens autonomi i endringsprosessen vil også være å handle etter lovens rammer, da pasienten har rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Å ivareta pasientens autonomi vil også innebære at sykepleier handler etter autonomiprinsippet i etikken, som setter pasientens selvbestemmelsesrett høyt. På den ene siden skal altså sykepleier følge autonomiprinsippet der pasienten selv skal medvirke (Molven, 2019, s. 70). På den andre siden kan sykepleier handle etter velgjørhetsprinsippet, der sykepleier skal forhindre og redusere smerte og lidelse (Molven, 2019, s. 71). Sett fra sykepleiers perspektiv, kan kanskje et møte med en pasient med alkoholavhengighet vekke et ønske om å fjerne den helseskadelige faktoren så raskt som mulig, og dermed instinktivt handle etter velgjørhetsprinsippet. Sykepleierens instinkt til å handle etter velgjørhetsprinsippet, kan muligens forklare hvorfor noen sykepleiere i studien til Brobeck et al. opplevde at de hadde en tendens til å presse pasienten til endring før pasienten selv var klar (2011, s. 3325).

Det kan være forståelig å handle etter velgjørhetsprinsippet i møte med pasienter med alkoholavhengighet. Dersom sykepleieren serverer pasienten løsningen på alkoholproblemet, for eksempel «du må drikke mindre», kan dette skape en motstand hos pasienten basert på en følelse av frihetsbegrensning. Dersom det derimot er pasienten selv som kommer med ønsket om endring, vil motstanden mot endring minske (Miller & Rollnick, 2016, s. 46). Dette

grunner i at indre motivasjon er mest effektivt for å skape adferdsendringer. Pasientens indre motivasjon vil igjen styrkes av opplevelsen av å ha kontroll (Mæland, 2021, s. 122). Det kan dermed se ut til at å ivareta pasientens autonomi i MI-samtalen kan styrke pasientens motivasjon for endring. Sykepleier bør derfor være bevisst på å handle etter autonomiprinsippet, da pasientens medvirkning er viktig for å styrke den indre motivasjonen, og dermed medvirke til adferdsendring.

## **5.5 Å stole på egne kunnskaper**

Sykepleierne i studien til Brobeck et al. opplevde at det tar tid å mestre det å lede en MI-samtale, og at dette krever både god erfaring og opplæring i metoden (2011, s. 3325). En annen studie viste derimot at sykepleiere generelt sett hadde gode intuitive ferdigheter til å tilpasse kommunikasjonsferdighetene sine etter hvor pasientene befant seg i endringsprosessen. Et eksempel på hvordan sykepleierne tilpasset kommunikasjonen, var at de benyttet mer av sine MI-ferdigheter tidlig i endringsprosessen (Noordman et al., 2013, s.64). En mulig forklaring på dette kan være at sykepleierne oppfattet at pasienten tidlig i endringsprosessen trengte flere kommunikasjonsferdigheter for å utforske pasientens ambivalens, og engasjere til endringssnakk. Sykepleierne var også mer oppmerksomme for hint og råd tidlig i fasene. Noordman et al. fant at sykepleierne tilpasset kommunikasjonen slik intuitivt gjennomgående i samtalene (2013, s. 62). Likevel opplever sykepleierne i studien til Brobeck et al. at MI som metode krever lang erfaring. En nylig utdannet sykepleier fra studien fortalte:

«When you are a newly-qualified nurse, there are a lot of technical issues and when meeting the patient, it is so new and everything. So in order to have a deeper interview, I think you must have worked for some time, that's what I think»

(Brobeck et al., 2011, s. 3325)

Til tross for sykepleiernes opplevelse av mangel på erfaring, viste studien til Noordman et al. at det ikke fantes vesentlige forskjeller i kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne som hadde ytterligere opplæring i MI, sammenlignet med sykepleierne med kun grunnopplæring (2013, s. 63). Dette kan muligens si noe om at sykepleiere har flere kunnskaper og ferdigheter innenfor MI enn de selv er bevisst. Samtidig trekker Miller & Rollnick frem at opplæring innen MI er en kontinuerlig læringsprosess, og at det er viktig å prøve MI i praksis og motta

tilbakemeldinger underveis som en del av læringen (2016, s. 375, 363). Sykepleiere i studien til Brobeck et al. opplever også, i tråd med Miller & Rollnick, at MI er en ferdighet som må trenes opp, og trekker frem viktigheten av å faktisk benytte MI oftere i samtaler til pasienter (2011, s. 3325). Oppsummert kan man kanskje hevde at sykepleiere bør våge å benytte MI i praksis til tross for manglende erfaring, og i større grad stole på egne kunnskaper til å tilpasse kommunikasjon etter pasientens endringsfase.

## **5.6 Etterlevelse av MI-prinsippene**

Resultatene i Brobeck et al. viste at sykepleierne opplevde MI som tidkrevende, og de måtte finne en passende mulighet til å benytte metoden (2011, s. 3326) Likevel kommer det fram i flere studier at selv en kort MI-samtale vil kunne gi gode effekter (Diclemente et al., 2017, s. 875). Det at MI-samtalen ikke krever en viss tid støttes også av Miller og Rollnick, som understreker at det er de riktige samtaleteknikkene innenfor MI som har betydning, og ikke lengden på samtalen (2016, s. 353-355).

At en del sykepleiere har en oppfatning av at man må sette av svært god tid til en MI-samtale, stemmer også med personlige erfaringer fra praksis. Likevel trekker Miller & Rollnick frem at en MI-samtale kan være så kort som kun et åpent spørsmål. Selv en slik svært kort intervensjon vil kunne stimulere til refleksjon (2016, s. 353, 355). Noen sykepleiere i samme studie oppga at de kunne benytte MI-ferdigheter i både korte og lengre samtaler, uten at dette var planlagt som en MI-samtale (Brobeck et al., 2011, s. 3326). Av egne erfaringer fra praksis er det også opplevd at kun en kort samtale med et par åpne spørsmål har «sådd et frø» hos pasienten, og at pasienten har vist tegn til livsstilsendring et par dager senere. Sammenfattet kan det virke som at sykepleiere anser MI som en mer kompleks og tidkrevende metode enn det forskning og faglitteratur antyder.

Forestillingen om at MI er tidkrevende kombinert med liten oppsatt tid til samtalen, kan få sykepleier til å oppleve et tidspress under konsultasjonene. Følelsen av tidspress kan få sykepleier til å overstyre samtalen og pasienten videre i endringsprosessen, før pasienten er klar for det (Miller & Rollnick, 2016, s. 353, 355). Kanskje er opplevelsen av tidspress en del av roten til at sykepleierne i studien til Brobeck et al. oppga at det var vanskelig å konsekvent følge MI-prinsippene, og dermed falle tilbake i gamle mønstre (2011, s. 3325). Herunder å gi råd, og dermed komme med løsningen selv, nettopp for å nå raskere resultater. Samtidig viser

forskningen at dersom sykepleier hadde god etterlevelse av MI-prinsippene i samtalen, resulterte dette i større reduksjon av alkoholinntak hos pasienten (Diclemente et al., 2017, s. 883-885, 874 ), og likeledes at å ikke følge MI-prinsipper ga svakere resultater (Apodaca & Longabaugh, 2009, s.71). Disse resultatene kan muligens antyde behovet for at sykepleier aktivt benytter MI-prinsippene, uavhengig av samtalens varighet, for at samtalen skal ha god effekt.

Det kan tenkes at intuisjonen sykepleieren praktiserer MI vil ha betydning for i hvilken grad sykepleier opplever tidspress. Forskningslitteraturen baserer seg på sykepleiere fra primærhelsetjenesten, en kontekst der sykepleiere ofte har mange og varierte arbeidsoppgaver. Den ene svenske studien trekker frem at sykepleiere i det svenske helsevesenet har ulike arbeidsoppgaver, og jobber på ulike institusjoner. Det var stor variasjon i hvor ofte sykepleierne benyttet MI, alt fra en gang i uka til på heltid (Östlund et al., 2016, s. 2849). TSB derimot, er en institusjon der det er tilrettelagt for samtaler som en vesentlig del av behandlingen (Oslo universitetssykehus, 2021). Det kan derfor være nærliggende å tenke at TSB vil være en kontekst der sykepleieren har tid og anledning til å gjennomføre en MI-samtale, uten den samme opplevelsen av tidspress som i andre helsetjenestekontekster.

Apodaca og Longabaugh trekker frem at sykepleierens etterlevelse av MI-prinsippene var vesentlig for å fremkalle pasientens endringssnakk. Videre viste det seg at mer endringssnakk ga større sannsynlighet for at MI-samtalen resulterte i en adferdsendring (2009, s.711-712). Interessant nok viser resultatene til Östlund et al. at dersom sykepleier har mangelfull etterlevelse av MI-prinsipper, øker *både* sannsynligheten for endringssnakk og status-quo-snakk. I tillegg var sannsynligheten for endringssnakk overraskende noe lavere ved god etterlevelse av MI-prinsipper (2016, s. 2852-2853). Oppsummert kan disse resultatene muligens tolkes som at sannsynligheten for endringssnakk var omtrent like stor ved både god og dårlig etterlevelse. Forskjellen mellom god og dårlig etterlevelse av MI-prinsippene, så ut til å vise seg ved mengden status-quo-snakk i samtalen. Det var altså noe mindre status-quo-snakk ved god etterlevelse av MI-prinsipper (Östlund et al., 2016, s.2853).

Det kan kanskje trekkes paralleller mellom resultatene til Östlund et al. og ambivalensen pasienten opplever under MI-samtalen. For at pasienten skal komme ut av ambivalensen og bestemme seg for endring, må mengden endringssnakk være større enn mengden status-quo-snakk (Andresen, 2021, s. 375; Hestvold, 2021, s. 144). Med andre ord, å redusere mengden

status- quo-snak, kan også medføre at det blir en overvekt av endringssnak i samtalen. En overvekt av endringssnak vil dermed kunne bidra til å vippe argumentene over mot endring, slik at pasienten tar en avgjørelse om å redusere alkoholinntaket. Sykepleier bør dermed være bevisst at god etterlevelse av MI-prinsipper kan være vesentlig for å stimulere til mer endringssnak, eller mindre status-quo-snak, som igjen gir større sannsynlighet for atferdsendring.

## 6 Avslutning

*Hvilke faktorer bør sykepleier være bevisst ved den motiverende samtalen for å bidra til reduksjon i alkoholinntak hos pasienter med alkoholavhengighet?*

Forskningslitteraturen viser at motiverende samtale til pasienter med alkoholavhengighet kan bidra til å redusere pasientenes alkoholinntak. Sykepleier som hjelper i samtalen har en viktig rolle for å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv til endring. Med bakgrunn i forskning og faglitteratur som er presentert i denne oppgaven er det trukket frem og diskutert noen sentrale faktorer sykepleier bør være bevisst for at MI- samtalen skal ha størst effekt.

Sammenfattet bør sykepleier bruke flere åpne spørsmål, negative spørsmål og positive refleksjoner i kommunikasjonen med pasienten. Videre bør sykepleier være bevisst hvordan egne holdninger kan påvirke sykepleiers empati og forståelse i MI-samtalen, og dermed påvirke kommunikasjonen med pasienten. Sykepleier har en fremkallende rolle i partnerskapet med pasienten, og bør være oppmerksom på at samtalen bør ledes etter pasientens premisser. Pasientens autonomi settes høyt av litteraturen, lovverket og etikken som sykepleier arbeider innenfor. Sykepleier kan ivareta pasientens autonomi ved å ta seg tid til å respektere pasientens fremgang og tilbakefall i endringsprosessen. Sykepleier bør være bevisst at å benytte MI i praksis, er viktig for å utvikle erfaring og MI-ferdigheter. For å stimulere til endringssnakk og dermed øke sannsynligheten for adferdsendring, bør sykepleier ha god etterlevelse av MI-prinsippene.

Dersom sykepleier er bevisst de oppramsede faktorene og dermed bidrar til å redusere alkoholinntaket til pasienten, vil sykepleier samtidig kunne ha en helsefremmende rolle. Det ble funnet lite forskning på MI innenfor spesialisthelsetjenesten og TSB. Oppgaven baserer seg derfor på resultater fra primærhelsetjenesten. Det kan tyde på at det er et behov for ytterligere forskning innenfor sykepleiers rolle i MI i spesialisthelsetjenesten.

## Referanseliste

- Abrahamsen, N. (2016, 4. april). Legene skal spørre deg om drikkevaner. *Budstikka*.  
<https://www.budstikka.no/nyheter/legene-skal-sporre-deg-om-drikkevaner/70841/>
- Andresen, N. E. (2021). Motiverende samtale. I K. Lossius (Red.),  
*Håndbok i rusbehandling* (s. 353-392). Gyldendal Akademisk.
- Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009).  
Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary  
evaluation of the evidence. *Addiction*, *104*(5), 705–715.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02527.x>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenocrants, 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>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J.  
(2017). Motivational interviewing, Enhancement, and Brief Interventions Over the  
Last Decade: A Review of Reviews of Efficacy and Effectivness. *Psychology of  
addictive behaviors*, *31*(8), 862-887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Eide, E. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 18.september). *Alkoholavhengighet (indikator 5)*.  
Hentet 9.desember 2021 fra  
<https://www.fhi.no/nettpub/ncd/alkohol/alkoholavhengighet/>
- Folkehelseeloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.  
Hentet 16. desember 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Granamo, A.L & Knutstad, U. (2021).  
Sykepleieren i rusfeltet: usynlig og generell eller tydelig og spesiell?. *Sykepleien*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86452>
- Haga, W. (2021). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.),  
*Håndbok i rusbehandling* (s. 94-101). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Hentet 8. januar 2022 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i*

*spesialisthelsetjenesteloven*. (Nr. I-8/2004). [Rundskriv]. B.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Hesledirektoratet (a). *Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV*. Hentet 14.03.22 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm>

Hesledirektoratet (b). *Avhengighetsyndrom i ICD-10*. Hentet 14.03.22 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>

Helsenorge. (2019, 4.juli). *Alkohol og helse*. I *Helsenorge*. Hentet 9. desember 2021 fra

<https://www.helsenorge.no/alkohol/alkohol-og-helse/>

Hestvold, I.V. (2021). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske lidelser. I L. G. Heyn. (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-160). Gyldendal akademisk.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: en innføring*. Universitetsforlaget.

Håkonsen, K.M (2018) *Psykologi og psykiske lidelser*

ICD-10. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health

Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO. Hentet 20.03.22 fra

<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10.2>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. (2.utg.).

Ad Notam Gyldendal.

Lid, T. G., Tvedt, H., Idsøe, B. N., Hustvedt, I. B., & Nesvåg, S. (2020).

Innlagt på somatisk avdeling; er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleienf.2020.80932](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80932)



- Lien, L & Stensrud, B. (2020). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse- «ROP-lidelser». I M.T. Gonzales. (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (S. 177- 186). Gyldendal akademisk.
- Miller, R. W. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioral Psychotherapy* 11, 147-172. <https://www.vad.be/assets/1961>
- Miller, W. R & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. (A. Sjøbu, Overs.) Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg.). Gyldendal juridisk.
- Mæland, J.G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5. utg). Universitetsforlaget.
- Mørland, J & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- NLM. (2021, 10.februar). MEDLINE: Overview. *National Library of Medicine`s*. Hentet 20.mars 2022 fra [https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_overview.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html)
- Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social science & medicine*, 87, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.019>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 16.desember 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2021, 2. august). *Introduksjon til TSB*. Hentet 6. desember, 2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb#pasientrettigheter>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2022, 29.mars). *Nederland: reiseinformasjon*. Hentet 6. april 2022 fra [https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_nederland/id2414872/?expand=factbox2859155](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_nederland/id2414872/?expand=factbox2859155)

- Skogen, J.C. (2019, 6.desember). *Rusbruklidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
Hentet 9.desember 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Skudal, E. (2021). Avrusning. I K. Lossius (Red.),  
*Håndbok i rusbehandling* (s. 279-295). Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61).  
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Strand, L. R. (2021). Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser.  
I L. G. Heyn. (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 88- 117). Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.).  
Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.  
(K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Welle-Strand, G. (2016, 12. mai).  
*Nasjonal faglig retningslinje for avrusning – fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Fagkonferansen for Follo v/ Helsedirektoratet. [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning – fra rusmidler og ...https://www.rus-ost.no](https://www.rus-ost.no) > [filedownload](#)  
> [uploads](#)
- Östlund, A. S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M. L. (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>