

Holm, Anja Kristiane
Mostue, Caroline
Saifi, Nora

Motiverende intervju – Ergoterapi i forkledning?

Muliggjørelse av livsstilsendring for personer med ROP-lidelser.

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi
Veileder: Hjelle, Ellen Gabrielsen
Mai 2019

Holm, Anja Kristiane
Mostue, Caroline
Saifi, Nora

Motiverende intervju – Ergoterapi i forkledning?

Muliggjørelse av livsstilsendring for personer med ROP-lidelser.

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi
Veileder: Hjelle, Ellen Gabrielsen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Tittel:	Motiverende intervju – Ergoterapi i forkledning? Muliggjørelse av livsstilsendring for personer med ROP-lidelser.
Forfattere:	Anja Kristiane Holm 473239 Caroline Mostue 473229 Nora Saifi 473258
Veileder:	Ellen Gabrielsen Hjelle
Stikkord/ Nøkkelord	Motiverende intervju, ROP-lidelser, Ruslidelser, Ergoterapi, Litteraturstudie

Antall ord: 12348	Antall vedlegg: 4	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: Rus og psykiatrilidelser (ROP) opptrer ofte samtidig. Undersøkelser viser at omkring 65 prosent av brukere med rusmiddelproblematikk som er brukere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester, også har psykiske utfordringer som preger deres daglige fungering i stor grad. ROP-lidelser er ofte forbundet med sosiale utfordringer og lavere deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Personene faller lettere utenfor behandlingstiltak, og det er fortsatt behov for økt kompetanse med tanke på utredning, behandling og oppfølging.</p> <p>Nasjonale myndigheter har økt satsningen på bruk av motiverende intervju (MI). Tidligere har MI i stor grad vært benyttet i arbeid med personer med alvorlige psykiske lidelser, men benyttes nå også for personer med mildere psykiske utfordringer. MI er nedfelt som en anbefalt samtalemetode i spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor, i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.</p>		

Mål: Formålet med denne studien er å finne et svar på om motiverende intervju (MI) kan benyttes av ergoterapeuter som en intervensjon for livsstilsendring, for personer som lider av ROP-lidelser.

Metode: Dette er en litteraturstudie som har analysert både kvalitative og kvantitative forskningsstudier. De analyserte studiene ble valgt på bakgrunn av utvalgte eksklusjons- og inklusjonskriterier.

Resultater: Resultatene viser hvordan bruk av MI som en intervensjon har virkning på personer med overdrevent alkohol- og/eller rusinntak, også i sammenheng med psykiske lidelser.

Konklusjon: Funnene som er gjort gir en indikasjon på at MI som intervensjon samsvarer med ergoterapeutisk tilnærming for brukere i en endringsprosess, og er en intervensjon som kan benyttes av ergoterapeuter i deres arbeid med brukere som har en ROP-lidelse.

Abstract

Title:	Motivational Interview – Occupational therapy in disguise? Enabling lifestyle change for people with Co-Occuring disorders.
Authors:	Anja Kristiane Holm 473239 Caroline Mostue 473229 Nora Saifi 473258
Supervisor:	Ellen Gabrielsen Hjelle
Keywords:	Motivational Interview, Co-Occurring Disorders, Substance Use Disorders, Occupational Therapy, Literature Review.

Number of words: 12348	Number of appendix: 4	Availability (open/confidential): Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Drug related disorders and mental disorders often co-occur. Studies show that around 65 percent of patients with drug issues that use municipal health-, care- and welfare services, also struggle with mental challenges that highly affects their functioning in daily living. Co-occurring disorders (COD) is often associated with social challenges and less participation regarding meaningful activities. They fall out of treatment more easily, and there is still need for increased competence in regards to examination, treatment and follow-up.</p> <p>The National authorities in Norway has increased the focus on the use of motivational interview (MI). MI is a recommended conversation method in secondary care and municipal sector, in the national professional guideline for examination, treatment and follow-up of people with co-morbid drug disorder and mental disorder.</p>		

Aim: The aim of this study is to find an answer to if motivational interviewing can be used by occupational therapists as an intervention for lifestyle change, in working with people that suffer from Co-occurring disorders.

Method: Both qualitative and quantitative research studies has been used. The studies were chosen on the basis of selected exclusion and inclusion criteria.

Results: The results show how MI as an intervention has an impact on patients with exaggerated use of alcohol and/or other drugs, along with mental illnesses.

Conclusion: The findings indicate that MI as an intervention matches occupational therapy approaches for people in a change process, and is an intervention that can be used by occupational therapists in their work.

FORORD

Tre år med målrettet arbeid nærmer seg slutten, og de siste månedene har vært preget av intenst arbeid innenfor et interessant tema, og nå kan vi si oss stolte av å presentere vårt sluttprodukt. Vi ønsker å benytte anledningen til å takke alle som har vært med og støttet oss under vårt bachelorarbeid. Spesielt ønsker vi å rette en takk til vår veileder, Ellen Gabrielsen Hjelle, som på en god måte har ledet oss gjennom oppgaven. Våre nærmeste fortjener også en takk for all tålmodighet og oppmuntring. Vi vil også takke hverandre for et godt og lærerikt samarbeid, på tross av lange, dog innholdsrike arbeidsdager. Verset nedenfor gjenspeiler hvilken reise vår målgruppe står ovenfor, og hvordan vi som ergoterapeuter vil støtte denne reisen gjennom forandring.

Eg ser at du er trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.

Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.

(Utdrag fra: Eg ser, Bjørn Eidsvåg, 1983)

Gjøvik, 05.05.2019

Anja Kristiane Holm, Caroline Mostue og Nora Saifi

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	8
1.1	<i>Bakgrunn.....</i>	8
1.1.2	ROP-lidelser	9
1.1.3	Motiverende intervju	11
1.1.4	Relevans for ergoterapifaget	12
1.2	<i>PICO-skjema.....</i>	13
1.3	<i>Hensikt og forskningsspørsmål</i>	13
1.4	<i>Begrepsavklaring</i>	14
1.4.1	MI.....	14
1.4.2	Engasjement	14
1.4.3	Motivasjon	14
1.4.4	Empowerment	14
1.4.5	Psykisk lidelse	15
1.4.6	Psykisk helse	15
1.4.7	ROP-lidelser	15
1.4.8	Stemningslidelse.....	15
1.4.9	Ytre motivasjon	16
1.4.10	Indre motivasjon	16
1.4.11	Autonomi	16
1.5	<i>Teoriforankring.....</i>	16
1.5.1	Teoretisk rammeverk	17
1.5.2	Statlige føringer.....	18
1.5.3	Øvrig litteratur.....	18
2.0	Metode	19
2.1	<i>Pragmatisk verdensbilde.....</i>	19
2.2	<i>Reliabilitet og validitet</i>	20
2.3	<i>Datainnsamling og studieutvelgelse.....</i>	20
2.4	<i>Analyseprosessen</i>	22
2.5	<i>Etiske overveielser.....</i>	24
2.5.1	Etiske utfordringer	24
2.5.2	Forskningsetikk	25
3.0	Resultater	25
3.1	<i>Alkohol.....</i>	26
3.1.1	Ungdom	26
3.1.2	Voksne	27
3.2	<i>Andre rusmidler.....</i>	28
3.2.1	Ungdom	28

3.2.2 Voksne	29
3.3 Depresjon.....	29
3.4 Psykoselidelser.....	30
3.5 Motivasjon for endring.....	31
3.6 Aktivitet og deltakelse.....	31
3.7 Oppsummering av resultater.....	32
4.0 Diskusjon.....	33
4.1 Alkohol.....	33
4.1.1 Ungdom	33
4.1.2 Voksne	35
4.2 Andre rusmidler.....	36
4.2.1 Ungdom	36
4.2.2 Voksne	36
4.3 Depresjon.....	37
4.4 Psykoselidelser.....	38
4.5 Motivasjon for endring	39
4.5.1 Tvungen kontra frivillig deltakelse.....	39
4.5.2 Kartlegging av motivasjon	40
4.5.3 Indre motivasjon.....	41
4.5.4 Ytre motivasjon	42
4.6 Aktivitet og deltakelse.....	42
4.7 Praktiske implikasjoner	43
4.8 Relevans for ergoterapifaget.....	44
4.9 Metodekritikk	46
5.0 Konklusjon	48
6.0 Referanseliste.....	50
7.0 Vedlegg	57
Vedlegg 1: PICO.....	57
Vedlegg 2: Søkelogg.....	58
Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	60
Vedlegg 4: Flytdiagram.....	61

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

De fleste av oss opplever både opp- og nedturen i hverdagen, og en slik variasjon i følelsene er helt normal. Likevel kan noen oppleve at disse svingningene er så sterke at de i stor grad påvirker hverdagslivet negativt, og det betegnes da som en stemningslidelse. Stemningslidelser deles gjerne inn i angst og depresjon, hvor depresjon, i tillegg til psykoselidelser, vil ha størst fokus i denne studien. Depresjon er kjennetegnet ved lavt stemningsnivå med nedstemthet og mangel på energi og interesse, og ofte følger også somatiske symptomer, som vekttap, smerter og redusert motorikk. Depressive tilstander er oftere kroniske enn forbigående, og utløses av en kombinasjon av genetisk sårbarhet og psykologisk stress. Deprimerte pasienter har ofte negative tanker om seg selv med følelser preget av håpløshet og fortvilelse, og dette er ofte en lært tilstand, hvor det vil være hensiktsmessig å arbeide med avlæring og erstatning, med mer optimistiske og positive tanker. Enkelte personer velger å forsøke å dempe sine emosjonelle utfordringer med å søke andre bevissthetstilstander, i form av rus for å rømme fra den vanskelige hverdagen, og rusrelaterte sosiale utfordringer er en svært alvorlig problemstilling i samfunnet (Helgesen, 2015).

Lettere psykiske lidelser preget av angst og depresjon, samt rusrelaterte lidelser utgjør hoveddelen av den psykiske sykeligheten i befolkningen, hvor kvinner utgjør den største andelen som utvikler angst- og depresjonslidelser, mens menn utgjør den høyeste andelen som opplever rusrelaterte lidelser. Det er utfordrende å vise til klare tall på utviklingen av psykisk helse i befolkningen over tid, da det er store metodeutfordringer knyttet til kartlegging av disse. Det er gjort befolkningsundersøkelser som ikke viser til noen klar endring av denne form for sykelighet, men på bakgrunn av redusert stigma og mer åpenhet rundt disse lidelsene, samt et større hjelpeapparat, er det en klarhet rundt at disse lidelsene er blitt mer synlige de siste årene (Mæland, 2016).

1.1.2 ROP-lidelser

Omtrent én av seks voksne i den norske befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem, rusmiddelproblem eller en kombinasjon av disse, hvor angst og depresjon er blant de vanligste lidelsene, og rundt fem prosent har vært til behandling innenfor psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er blitt en økt bevissthet rundt hvordan rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) ofte opptrer samtidig. Undersøkelser viser at omkring 65 prosent av brukere med rusmiddelproblematikk som er brukere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester også har psykiske utfordringer som preger deres daglige fungering i stor grad. Tilsvarende viser tall fra akuttpsykiatrien at om lag halvparten av pasientene som er innlagt har et rusmiddelproblem, i tillegg til sine psykiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2014).

For de som har et høyt forbruk av rusmidler, er alkoholinntak ansett som den største utfordringen. Alkoholinntaket i den norske befolkningen har økt betydelig i løpet av de siste 15 årene, og er det rusmiddelet som per i dag har forårsaket flest sosiale og helsemessige skader, som den nest viktigste risikofaktoren for sykdom og tidlig død (Helsedirektoratet, 2014). I likhet med øvrige rusmidler opptrer alkoholforstyrrelser ofte samtidig med depressive lidelser, hvor det blant de som lider av alkoholforstyrrelser ses så mye som 50% med en tilleggsdepresjon, og mennesker med depressive lidelser har opptil 40% sannsynlighet for å utvikle alkoholforstyrrelser. Denne samtidigheten øker sannsynligheten for større sykdomsbyrde enn hver enkelt av lidelsene hver for seg, og kostnadsutfordringene for samfunnet knyttet til dette er betydelige, på bakgrunn av høyt nivå av helsehjelp, utilstrekkelige behandlingsutfall, høy arbeidsledighet og tapt produktivitet (Riper *et al.*, 2013).

ROP-lidelser er ofte forbundet med sosiale utfordringer og lavere deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Brewer, Godley og Hulvershorn, 2017). Rusmiddelbruk forverrer sykdomsbaner, øker behandlingstkostnader, og er assosiert med mange negative utfall, og er derfor en kompliserende behandlingfaktor hos personer med psykiske lidelser (Van Dorn *et al.*, 2017). De viktigste konsekvensene som følger av ROP-lidelser er blant annet økt sykefravær, uførhet, redusert livskvalitet og økt dødelighet, og disse utfordringene er en viktig årsak til at mange

personer i yrkesaktiv alder faller utenfor arbeidslivet (Helsedirektoratet, 2014). ROP-lidelser fører også i mange tilfeller til dårlig økonomi og vanskeligheter med å klare seg selvstendig, da disse personene i stor grad bruker rusmidler på en ødeleggende måte. De faller lettere utenfor behandlingstiltak, til tross for økt bevissthet de siste årene rundt denne gruppen, og det er fortsatt behov for økt kompetanse med tanke på utredning, behandling og oppfølging. En stor utfordring for behandlingsapparatet er at en i mange tilfeller ikke ser den sammensatte lidelsen, og en forutsetning for at denne gruppen mottar riktig behandling er et bredt kunnskapsnivå med gode holdninger og interesse for feltet. Disse pasientene er avhengige av behandlere som viser respekt og empati, samt evne til å se verdighet på tross av at de selv ikke tar ansvar og følger opp egen helse og behandling (Helsedirektoratet, 2012).

For personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk er den forventede levealderen ansett som 15-20 år kortere enn for den øvrige befolkningen. De har som kjent økt forekomst av unaturlig død, men overdødeligheten kan også i stor grad knyttes til somatiske sykdommer, som følge av genetisk sårbarhet knyttet til psykiske lidelser, levevaner, psykososialt stress og ensomhet, bivirkninger av legemidler, infeksjoner og sykdomstilstander som følge av rusmiddelmissbruk, samt manglende diagnostisering og forsinket behandling (Helsedirektoratet, 2018a). Personer med psykoselidelser er overrepresentert i gruppen som har utviklet alkohol- og ruslidelser, og sannsynligheten for å utvikle disse lidelsene dersom en har en psykoselidelse er estimert til henholdsvis tre og seks ganger høyere enn for den øvrige befolkningen (Barrowclough *et al.*, 2010). Det er utarbeidet anbefalinger som har som formål å bidra til bedre helse og økt livskvalitet og levealder for personer med ROP-lidelser, ved å tilby tiltak som utvikles i samarbeid med den enkelte bruker. Ett viktig mål i dette arbeidet omhandler økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, da dette er ansett som helt avgjørende for endring av levevaner (Helsedirektoratet, 2018a).

Livsstilssykdommer er definert som sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever, og på grunn av økt levealder og endringer i levemåte er dette sykdommer som har økt i forekomst i industrialiserte land. Livsstilssykdommer utvikler seg over tid, og når sykdommen er

etablert, vil den være utfordrende å behandle. Likevel er dette sykdommer som vi i stor grad kan forebygge gjennom blant annet kosthold, livsstil og miljø (Norsk helseinformatikk, 2017).

1.1.3 Motiverende intervju

Motivasjonsarbeid er et helt sentralt område for alle livsstilsintervensjoner, og samtalemotiverende intervju (MI) er anbefalt for veiledning i endring av levevaner (Brown *et al*, 2015). Nasjonale myndigheter har økt satsningen på bruk av MI, hvor MI er nedfelt som en anbefalt samtalemotiverte metode i spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor (Helsedirektoratet, 2012). Tidligere har MI i stor grad vært benyttet i arbeid med personer med alvorlige psykiske lidelser, men på bakgrunn av økt oppmerksomhet og kunnskap om samspillet mellom rusmiddelbruk og psykiske lidelser, også mindre alvorlige lidelser, benyttes MI nå også for personer med mildere psykiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2012).

MI gjennomføres ved bruk av fire strategier, hvor den første strategien går ut på å sette en agenda for samtalen, ved å gi personen alternativer for hva samtalen skal fokusere på. På denne måten sikres brukermedvirkning, og personen kan oppleve å selv kunne styre samtalen. Neste strategi handler om informasjonsutveksling, hvor behandleren gir relevant informasjon for å påvirke personen til å foreta endringer. Informasjonsutveksling handler om å gi saklige, relevante og nøytrale fakta, og samtidig undersøke hva personen allerede har av informasjon. Dette må ikke forveksles med overtalelse, da det er opp til personen selv å avgjøre om han eller hun ønsker å ta til seg informasjonen som blir gitt (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

Tredje strategi handler om å måle viktighet og tiltro. Her starter en med å be om tillatelse til å stille spørsmål om hvordan personen ser på det å gjøre endringer. Videre stiller en spørsmål om skalering av viktighet eller betydning av å gjøre endringer, før en stiller spørsmål om hvor trygg personen er på at han eller hun vil klare å gjennomføre endringen. Her gir en gjerne personen

mulighet til å svare et tall mellom 0 og 10 for å forenkle svaret. Den fjerde og siste strategien går ut på å hjelpe personen til å ta beslutninger ved å legge til rette for at han eller hun selv får uttrykke disse, samt forsterke og gjøre personen mer bevisst på beslutningen som tas. Ved at en dweler ved følelser kan en bidra til at beslutningen oppleves sterkere og tydeligere, for å øke opplevelsen av at beslutningen er viktig og riktig. Her snur en gjerne oppmerksomheten fra spørsmål om motivasjon over til hvordan endringen kan gjennomføres i praksis. Fordelen med bruk av strategier er at en får oversikt og har en tydelig plan for hvordan en har tenkt til å gå fram, og det sikrer også at en gjør ting grundig og kan oppnå et godt resultat (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

1.1.4 Relevans for ergoterapifaget

Grunnverdiene og teknikkene innenfor MI bidrar til å skape en trygg relasjon mellom behandler og tjenestemottaker, og bidrar til å øke muligheten for endring (Helsedirektoratet, 2017). Dette henger godt sammen med kjernekompetansen til ergoterapeuter, som handler om å se det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Ergoterapeuter benytter begrepet hverdagsmestring, som handler om å bistå enkeltindividet med å muliggjøre hverdagen gjennom aktivitet, både i lek, læring, arbeid og omsorg. Hver enkelt styrer selv eget liv, og derfor gjelder det å selv kunne definere hva som er betydningsfullt og viktig. Aktivitet er like mye et mål som et virkemiddel for å øke ferdigheter (Ergoterapeutene, u.å.). Ved bruk av MI oppnår personen en bevisstgjøring rundt endring av egen vilje og vaner, da metoden kan fungere som en selvovertalende metode, som resulterer i at personen selv kommer frem til råd, metoder og muligheter til forandring (Bagøien *et al.*, 2013).

De ergoterapeutiske strategiene for endring omhandler blant annet at ergoterapeuten skal strukturere, utpeke, gi tilbakemeldinger, anerkjenne, rådgi, oppmuntre og coache (Kielhofner, 2015). Ved å sette disse strategiene opp mot de fire strategiene i MI, kan en se en klar sammenheng og på denne måten argumentere for at dette er en samtalemetode som er relevant

for ergoterapeuter. Et viktig aspekt innenfor MI er trygghet mellom pasient og behandler, for å bidra til endring. Som ergoterapeut avdekker en brukerens behov, ønsker og interesser, samt respekterer brukerens rettigheter (Ergoterapeutene, u.å.), og for å oppnå vellykket ergoterapi er en avhengig av å kombinere ulike strategier. Ergoterapeutisk tilnærming baserer seg på et samspill mellom hva brukeren ønsker å oppnå med behandling, ut ifra hvilke tanker, følelser og handlinger som kan dukke opp (Kielhofner, 2015).

1.2 PICO-skjema

For å komme frem til en presis problemstilling ble det utarbeidet et PICO-skjema, for å tydeliggjøre temaet, og presisere hva det er ønskelig at studien skal finne svar på. Bruk av PICO-skjemaet bidrar også til et klarere og mer presist litteratursøk (Helsebiblioteket, u.å.). Se vedlegg 1 for skjema.

1.3 Hensikt og forskningsspørsmål

Den økte bevisstheten rundt sammenhengen mellom rus- og psykiatrilidelser, samt at disse lidelsene ofte er koblet mot for eksempel lav deltakelse, sosiale barrierer og lavere livskvalitet, viser et behov for økt kompetanse på dette området. Hensikten med dette litteraturstudiet er derfor å belyse hvordan MI som strategi kan bidra til endringer i levevaner hos personer med ROP-lidelser, og om dette er en intervensjon som er relevant for ergoterapeuter.

Med bakgrunn i dette, er problemstillingen i denne studien: Hvordan bidrar bruk av motiverende intervju til livsstilsendringer for personer med ROP-lidelser, og er denne metoden relevant for ergoterapeuter?

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 MI

Motiverende intervju er en samtalemetode, som har som hensikt å øke personers motivasjon for endring (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

1.4.2 Engasjement

Engasjement er en muliggjørende ferdighet som påvirker personers til aktiv deltakelse i eget liv, for seg selv og andre (Townsend og Polatajko, 2013).

1.4.3 Motivasjon

Motivasjon kan beskrives som å være klar for endring. Motivasjonen økes dersom en føler viktighet og har tro på at en forandring kan oppnås (Rosdahl, 2013).

1.4.4 Empowerment

Empowerment handler om å oppnå en større makt og kontroll over eget liv og helse (Mæland, 2016).

1.4.5 Psykisk lidelse

Betegnelsen psykisk lidelse benyttes om tilstander som oppleves som belastende og faller innenfor diagnose kriterier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

1.4.6 Psykisk helse

Psykisk helse er et overordnet begrep som omhandler god psykisk helse, livskvalitet, psykiske plager og lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

1.4.7 ROP-lidelser

ROP-lidelser er en fellesbetegnelse på rus- og psykiatrilidelser som opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2012).

1.4.8 Stemningslidelse

Stemningslidelse omhandler store variasjoner i følelsesmessige stemningsleie, som i stor grad påvirker funksjon og livskvalitet (Helgesen, 2015).

1.4.9 Ytre motivasjon

Ytre motivasjon beskriver faktorene som påvirker motivasjonen for handling ut ifra konsekvensene handlingen kan medføre. Ved ytre motivasjon er det ingen sammenheng mellom handling og målsetting (Helgesen, 2017).

1.4.10 Indre motivasjon

Indre motivasjon er kun knyttet til egenverdi, og omhandler motivasjon for handling på grunn av eventuelle personlige gevinster. Indre motivasjon baserer seg på lysten til gjennomføring og muligheten til å ta selvstendige valg (Helgesen, 2017).

1.4.11 Autonomi

Autonomi omhandler menneskers selvbestemmelse i eget liv, og ansvarlighet for egne valg (Barth, Børtveit og Prescott, 2013)

1.5 Teoriforankring

Her fremvises studiens rammeverk, statlige føringer, og litteratur som er innhentet for denne studien.

1.5.1 Teoretisk rammeverk

1.5.1.1 MOHO-modellen

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO-modellen) er en ergoterapeutisk modell som baserer seg på tre komponenter som ser på menneskers individuelle motivasjon for aktivitet (vilje), organisering av hverdagen (vanedannelse) og kapasitet til utførelse (utøvelseskapasitet), sett i sammenheng med miljø og kontekst (omgivelser) (Kielhofner, 2015).

I denne studien er MOHO-modellen valgt som et teoretisk rammeverk på bakgrunn av hvordan den ergoterapeutiske modellen ser på hvordan menneskelig atferd utartes og forandres, sett i sammenheng med de tre komponentene med omgivelser som en positiv eller negativ faktor (Kielhofner, 2015). Komponentene vilje, vanedannelse, utøvelseskapasitet og omgivelser er dynamiske, og en endring av en eller flere av disse vil føre til nye tanker, følelser og atferdsmønstre. For varig endring må forandringen av de nye tankene, følelsene og atferdsmønstrene vedvare over lengre tid, og gjentakelse av dette krever støtte fra omgivelsene, og ved tilstrekkelig gjentakelse vil dette danne en vedvarende forandring for individet (Kielhofner, 2015). Vilje beskriver behovet for handling, som er det grunnleggende motivet for aktivitet. Vanedannelse beskriver rutiner som er gjentakende, og rutiner skapes når aktiviteten organiseres i mønstre eller rutiner og blir en del av identiteten vår. Utøvelseskapasitet beskriver de fysiske og psykiske ressursene, samt begrensningene som fremstår under utførelse av en aktivitet (Kielhofner, 2015). Resultatene av valgt forskningslitteratur vil diskuteres og knyttes opp mot komponentene i MOHO-modellen for å skape et bredere bilde av hvordan vilje, vanedannelse, utøvelseskapasitet og omgivelser påvirker livsstilsendring, samt hvordan grunnprinsippene i MI kan sees i sammenheng med den ergoterapeutiske modellen.

1.5.1.2 Motiverende intervju

For å opparbeide en sentral forståelse av MI som samtalem metode, er det innhentet informasjon fra utvalgt litteratur som beskriver denne metoden (Barth, Børtveit og Prescott, 2013; Miller og Rollnick, 2013). Litteraturen inneholder essensiell informasjon om selve metoden MI, hvordan MI bør anvendes, de ulike elementene og prinsippene i metoden, samt noe forskningsevidens og MI sin utvikling (Barth, Børtveit og Prescott, 2013; Miller og Rollnick, 2013). I denne studien er litteraturen benyttet både til forarbeidet, for å skape en forståelse og dekke kunnskapshull angående MI, men også videre for å knytte metoden opp mot ergoterapi.

1.5.2 Statlige føringer

Helsedirektoratet er benyttet for innhenting av retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Det er også benyttet for innhenting av informasjon om behandlingstiltak, prevalens og ressurser, samt begrensninger sett i lys av studiens problemstilling (Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratets oppgave er å formidle informasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet står ansvarlig for å iverksette allerede vedtatt politikk, og har som mål å påvirke befolkningen sin helse positivt (Helsedirektoratet, 2018b).

1.5.3 Øvrig litteratur

For å understreke og begrunne ulike strategier og virkemidler er litteratur som beskriver forebyggende helsearbeid benyttet (Mæland, 2016). Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge for sykdom eller skade, samt å fremme befolkningens helse. Teorien bygger oppunder hvordan hvert individ i et fellesskap kan jobbe mot, og nå, det potensialet hver enkelt har, for å kunne leve et så meningsfullt liv som mulig. En sentral tankegang innenfor forebyggende

helsearbeid er å gi personer en følelse av medvirkning og forståelse over egen helse, for å oppnå Empowerment (Mæland, 2016).

For å forsterke den ergoterapeutiske tilnærmingen til sykdomsbildet som medfølger ROP-lidelser er det benyttet litteratur som beskriver psykisk sykdom (Helgesen, 2015; Nyboe, Johannsen og Jørgensen, 2016; Helgesen, 2017). Innenfor psykisk sykdom kreves det samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, og Nyboe, Johannsen og Jørgensen, (2016) beskriver hvordan spesielt ergoterapeuter kan anvende ulike strategier og verdier gjennom behandlingen. Teorien er benyttet for å danne et bredere teorigrunnlag innenfor psykisk sykdom, samt å forstå og fremstille hvilke resultater MI har på personer med ROP-lidelser.

2.0 Metode

Metode er redskapet en benytter seg av i møte med det en ønsker å undersøke, og forenkler datainnsamlingen (Dalland, 2017). For denne studien er det gjennomført et strukturert litteratursøk, ved å innhente både kvantitative og kvalitative data, for å sikre innhenting av tilstrekkelig informasjon knyttet til temaet. Dataene som er hentet inn, har blitt tatt sikte på å fremstå som en helhet og med sammenheng (Dalland, 2017).

2.1 Pragmatisk verdensbilde

Denne studien baserer seg på det pragmatiske verdensbildet, som igjen baserer seg på handling, situasjoner og konsekvenser. I stedet for å løse seg til en bestemt metodikk vil pragmatikere undersøke all tilgjengelig informasjon, uten å ta hensyn til hva slags studier og litteratur det er,

for å forstå problemet. Det er viktig å benytte samfunnsvitenskapelig forskning for å belyse et forskningsproblem, samt hente ut kunnskap om problemet (Creswell, 2009).

Studier som er skrevet ut ifra det pragmatiske verdensbildet forholder seg ikke til en enkelt metode, men benytter seg av en blandet metodikk, og tar for seg både kvantitative og kvalitative studier i sin forskning. For å forstå verden ser pragmatikere på ulike typer data og studier for å skape en større forståelse (Creswell, 2009).

2.2 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet gjelder for oppgavens pålitelighet. Utforming av PICO-skjema har bidratt til reliabilitet i studien. PICO-skjemaet ble utformet av alle tre studentene, for å kunne utføre litteratursøk på en så samsvarende måte som mulig. Det ble gjennomført en tematisk analyse, i to trinn, hvor studentene i første omgang analyserte studiene individuelt, for så å analysere i fellesskap, for å sikre og avdekke tilstrekkelig relevant informasjon (Aveyard, 2014).

Validitet gjelder for oppgavens gyldighet og relevans (Dalland, 2017). Det er viktig å sikre at metoden som er benyttet samsvarer med problemstillingen, og gjør det mulig å kunne besvare problemstillingen. Denne studien er basert på det pragmatiske verdensbildet, da det anses som relevant for studiens hensikt og problemstilling.

2.3 Datainnsamling og studieutvelgelse

Det ble søkt etter relevante studier gjennom PubMed, PsycINFO, Medline, Cinahl og OTseeker. Søkeordene som ble benyttet var Motivational interviewing, mental disorders, substance-related

disorders, dual-diagnosis, substance use OR abuse, young adults, adults, community participation, social participation, occupational therapy OR OT, psychiatric comorbidity, comorbid disorders, therapy, comorbidity OR comorbidities, participation, drug addiction, drug abuse og drug therapy.

Database og dato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline (Ovid) 21.01.19	1.Motivational interviewing 2.Mental disorders 3.Substance-related disorders 4.Dual-diagnosis 5.Substance abuse 6.Young adults 7.Community participation 8.Social participation	1 og 2 og 3	19

Eksempel på søkelogg. Fullstendig søkelogg ligger vedlagt (Se vedlegg 2).

Etter å ha gjennomført et søk, ble 275 sammendrag gjennomgått, og ut ifra disse ble 11 beholdt for videre analyse. Det ble gjennomført et nytt søk, med avgrensning til reviews. Her ble 110 sammendrag gjennomgått, og ut ifra disse ble 13 beholdt for videre analyse. Etter avsluttet søk ble 24 fullstendige studier gjennomgått.

12 studier ble ekskludert på bakgrunn av studiens kriterier. På bakgrunn av studiens kriterier for innhold var det ønskelig med studier som tester intervensjoner basert på MI eller prinsipper fra MI, samt informanter som består av personer med rus- og/eller psykiatrilidelser. Studier ble ekskludert dersom MI eller prinsipper fra MI ikke var en av hovedintervensjonene, og dersom målgruppen var begrenset til spesifikke grupper utover aldersbegrensninger. Dette ville for

eksempel være studier som begrenset seg til eksempelvis homofile, gravide eller mennesker med HIV/AIDS. En systematisk oversikt over studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier ligger vedlagt (Se vedlegg 3).

Videre ble sjekklister fra folkehelseinstituttet benyttet for å kvalitetssikre de valgte studiene. Det ble benyttet spesifikke sjekklister ut ifra type studie. På bakgrunn av dette ble fire av studiene ekskludert ved bruk av sjekklister, og åtte studier ble valgt for videre analyse i denne studien. Denne prosessen er grafisk fremstilt i et flytdiagram, etter inspirasjon fra flytdiagrammet i studien gjort av Kohler og Hofmann (2015). (Se vedlegg 4).

2.4 Analyseprosessen

I denne studien er tematisk analyse benyttet, med hensikt i å oppnå en forståelse av hvordan MI kan benyttes som en strategi, for å bidra til livsstilsendringer for personer med ROP-lidelser. Formålet med analysen var å kunne se hvordan tidligere studier og litteratur viser til resultater om livsstilsendring hos personer med ROP-lidelser, ved bruk av MI som intervensjon.

Det første steget av analyseprosessen i denne studien var å kritisk vurdere studiene. I denne studien ble det benyttet ulike sjekklister, for å kunne vurdere kvaliteten av studiene. Hva slags type studie som skal kritisk vurderes avgjør hvilken sjekklister som benyttes (Helsebiblioteket, 2016). Videre ble resultat- og diskusjonsdelene i studiene avgjørende for om de ble inkludert, og her ble temaer identifisert, og litteratur hvor det var temaer som kunne kombineres med inklusjonskriteriene eller temaer som direkte kunne kobles opp mot problemstillingen ble inkludert videre. I denne studien vil dataen kategoriseres i temaer, som vil bli visuelt fremstilt, for så og slås sammen og sammenlignes. For å skape en dypere forståelse for dataen som ble samlet inn ble kategoriene for temaene endret underveis i prosessen (Aveyard, 2014).

Litteraturstudie som metode ble et naturlig valg etter at PICO-skjemaet var utarbeidet, da hensikten med studiet ikke var å undersøke ergoterapeuters erfaringer ved bruk av MI, men å undersøke effekten av selve intervensjonen, og det er trolig vanskelig å avdekke dette ved intervju eller observasjon. For å best kunne besvare problemstillingen ble det gjennomført strukturerte litteratursøk for innhenting av informasjon.

Ved å følge stegene i litteraturen skrevet av Aveyard (2014) ble det klart at bruk av PICO-skjema var nyttig for å utforme problemstilling. Boken er delt inn i ulike kapitler, som hvert omhandler ulike trinn i gjennomføring av et litteratursøk. Innhenting av litteratur ble startet med å utføre strukturerte litteratursøk etter studier som falt innenfor denne studiens inklusjonskriterier, altså en deduktiv tilnærming. Videre ble sammendragene på de aktuelle studiene gjennomgått, for å avgjøre om det var relevant å analysere dataene. Etter valg av studier ble de kritisk analysert ved hjelp av en sjekklister, og det ble avgjort hvilke funn som var ønskelig å inkludere og eventuelt ekskludere i denne studien. Videre ble de ferdig analyserte resultatene sammenlignet, før funnene til slutt ble diskutert.

Navn på artikkel og forfatter	The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - A randomised controlled trial with two year follow-up. Bagøien, <i>et al</i> (2013)
Mål	Effekt av MI ved ROP
Kontekst	18 – 80 år, innlagt ved akutt psykiatrisk avdeling
Depresjon	Kom ikke med klare resultater på symptomer.
Psykoselidelse	Kom ikke med klare resultater på symptomer.
Alkohol	Voksne. Reduksjon i alkoholinntak ved MI. Intervensjonsgruppen hadde en større reduksjon enn kontrollgruppen etter 12 mnd, vedvarte ved oppfølging 2 år etter start av studie.

Andre rusmidler	Voksne. Etter 12 måneder rapporterte intervensjonsgruppen vedvarende effekt. Ved to års oppfølging etter start hadde intervensjonsgruppen redusert sitt forbruk sammenlignet med start, mens kontrollgruppen hadde økt inntak av rusmidler.
Motivasjon	Betalt gjennomføring i form av lottokuponger.
Aktivitet og deltakelse	Stor andel av deltakere som fullfører har høy inntekt i form av lønn eller studiestipend.
Intervensjon	To individuelle økter med MI.
Kontrollgruppe	Ordinær behandling.
Måling av effekt	Selvrapportering, urinprøver.

Eksempel på analyse av studie.

2.5. Ethiske overveielser

2.5.1 Ethiske utfordringer

Temaet som utforskes i denne studien kan for mange oppleves krenkende, da personer med ROP-lidelser, og spesielt rusproblematikk er en stigmatisert gruppe. Det er derfor viktig at det gjennom avhandlingen er bevissthet rundt hvordan denne gruppen omtales. Intensjonen med studien er ikke at denne gruppen er nødt til å endre sin væremåte, for at den oppleves feil i forhold til de øvrige i samfunnet, men at dersom personene ønsker en endring undersøkes det hvordan helsepersonell kan bidra til å muliggjøre dette. Det er viktig at det gjennom avhandlingen er bevissthet rundt hvordan både pårørende og personer med ROP-lidelser vil oppfatte studiens beskrivelser av dem som gruppe.

2.5.2 Forskningsetikk

Alle som skal utføre et forskningsprosjekt må forsikre seg om at forskningen foregår på en måte som er etisk forsvarlig. Med tanke på dette vil de fire prinsippene fra de generelle forskningsetiske retningslinjene være viktig å tenke på når en leser gjennom og skal velge forskningsstudier til litteraturstudien. Disse prinsippene omhandler å behandle informanter og deltakere med respekt, sikre at forskningen gir gode konsekvenser, men akseptere tilfeller med uheldige konsekvenser. Prosjektet skal være rettferdig utformet og utført, og til slutt plikter forskeren å vise integritet ved å være åpen, ærlig og ansvarsfull (De nasjonale forskningsetiske komiteene, u.å.). I denne studien vil det ikke innhentes informasjon direkte fra informanter, men det er likevel bevissthet rundt at studien beskriver en gruppe mennesker, og deres levemåte.

Det er viktig å være sikker på at studiene som blir valgt ut, er fagfellevurdert og er godkjent av en etisk komité, for å sikre kvaliteten og validiteten på studiene (Forsberg og Wengstrøm, 2008), og derfor er det benyttet kvalifiserte sjekklister før endelig utvelgelse av studier.

3.0 Resultater

I alt ble åtte studier valgt ut for analyse. Av disse var tre randomiserte kontrollerte enkeltstudier (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016) og fem oversiktsstudier (Riper *et al.*, 2013; Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Kohler og Hofmann, 2015; Li *et al.*, 2015; Joseph og Basu, 2016), som har gått inn i tidligere publisert forskning på temaet, hovedsakelig med utgangspunkt i engelskspråklig litteratur. Samtlige studier hadde som formål å undersøke effekten av MI som intervensjon, enten alene eller som supplement til annen behandling. Studiene baserte seg i stor grad på selvrapporing for måling av effekt, men enkelte studier målte i tillegg leverfunksjonsskader, utslag på urinprøver og alkoholkonsentrasjon i blodet (Bagøien *et al.*, 2013; Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Joseph og Basu, 2016). De randomiserte kontrollerte studiene undersøkte effekten av MI som et individuelt tilbud for personer med ROP-

lidelser (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016). Tre av oversiktsstudiene undersøkte effekten av MI for reduksjon av alkoholinntak (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Kohler og Hofmann, 2015; Joseph og Basu, 2016), én undersøkte MI kombinert med kognitiv atferdsterapi for behandling av ROP-lidelser (Riper *et al.*, 2013), og én studie undersøkte effekten av MI i behandling av ruslidelser hos ungdom (Li *et al.*, 2015).

MI-intervensjonene ble i hovedsak gitt av sykepleiere, men også annet helsepersonell, som sosionomer og psykologer, samt forskningsassistenter. Resultatene fra studiene vil videre presenteres etter kategorier basert på funn i de enkelte studier, henholdsvis effekten av MI på mengde og frekvens av alkoholinntak og inntak av andre rusmidler, depresjons- og psykosesymptomer, samt kartlegging og observasjon av motivasjon for endring, og videre effekt på aktivitet og deltakelse. Innenfor de ulike temaene vil også effekten sammenlignes ut ifra om intervensjonene er gitt til ungdom eller voksne, og hvilke eventuelle ulikheter som dukket opp.

3.1 Alkohol

3.1.1 Ungdom

To oversiktsstudier dokumenterte effekten av MI hos ungdom med overdrevent alkoholinntak (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Kohler og Hofmann, 2014). I begge studiene fikk intervensjonsgruppen individuelle samtaler basert på prinsippene i MI, og kontrollgruppene fikk ordinær behandling. I Kohler og Hofmann (2015) sin studie viser de også til at kontrollgruppen i tillegg til ordinær behandling mottok informasjon om mulige risikoer, samt behandling for personer som misbruker alkohol. I denne studien viste resultatene at MI som intervensjon reduserte alkoholinntaket minst like mye som kontrollintervensjonen, og at antall dager med overdrevent alkoholinntak var betydelig lavere i intervensjonsgruppen. Ved å ekskludere en enkeltstudie som skilte seg ut fra de øvrige studiene på bakgrunn av i hvilket land studien ble gjennomført, viste de samlede resultatene at MI var mer effektivt enn andre intervensjoner i å

redusere både antall dager og mengde alkoholinntak (Kohler og Hofmann, 2015). Sett i sammenheng med resultatene fra Appiah-Brempong *et al.* (2014) sin studie sees MI som en intervensjon som fører til en tydelig større reduksjon i alkoholinntak enn ordinær behandling, samt informasjon om risiko og behandlingstilbud.

I studien gjennomført av Kohler og Hofmann (2015) viser resultatene fra fem av seks studier at unge mennesker inntok mindre alkohol etter å ha vært innlagt, uavhengig av om de har vært i intervensjons- eller kontrollgruppen, samt at lavest antall dager med alkoholinntak viste seg før endt studie i fire av seks studier (Kohler og Hofmann, 2015). Halvparten av studiene viste det laveste inntaket av alkohol ved oppfølging etter 3 eller 6 måneder, før inntaket gradvis begynte å øke igjen (Kohler og Hofmann, 2015). I studien gjennomført av Appiah-Brempong *et al.* (2014) viser de også til at ordinær behandling reduserer alkoholinntak ved oppfølging etter en til seks måneder, men at MI-gruppen har en større effekt. Likevel viser studien i likhet med studien gjennomført av Kohler og Hofmann (2015) at effekten avtar etter seks måneder uten behandling. Det kom også frem at MI har samme effekt som kognitiv atferdsterapi (Appiah-Brempong *et al.*, 2014). Ved MI som intervensjon sammenlignet med ingen behandling, sees en tydelig reduksjon i alkoholinntak for intervensjonsgruppen. MI som intervensjon med og uten tilbakemelding, viser at de som mottok tilbakemelding inntok færre enheter alkohol pr uke sammenlignet med kontrollgruppen, mens de som mottok MI som intervensjon alene ikke hadde noen tydelig effekt sammenlignet med kontrollgruppen. MI førte til en tydelig avholdenhet til overdrevent alkoholbruk (Appiah-Brempong *et al.*, 2014).

3.1.2 Voksne

Tre randomiserte kontrollerte enkeltstudier (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016) og to oversiktsstudier (Riper *et al.*, 2013; Joseph og Basu, 2016) hvor voksne med overdrevent alkoholinntak var en del av studien, viste reduksjon i alkoholinntak ved implementering av MI. I følge Satre *et al.* (2016) rapporterte intervensjonsgruppen den største

effekten etter seks måneders oppfølging, med et marginalt lavere inntak enn kontrollgruppen. Dette samsvarer med intervensjonsgruppene hos Barrowclough *et al.* (2010) og Bagøien *et al.* (2013), som etter 12 måneder rapporterte en større reduksjon enn kontrollgruppen, og dette vedvarte ved oppfølging to år etter start. I studiene fra Barrowclough *et al.* (2010), Bagøien *et al.* (2013) og Satre *et al.* (2016) ble intervensjonen gjennomført for personer med ROP-lidelser, og i sistnevnte studie viser resultatene større effekt i reduksjon av alkoholinntak enn på depressive symptomer. I studien gjennomført av Barrowclough *et al.* (2010) viste resultatene ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe på antall dager rusfri, men intervensjonsgruppen viser til et tydelig lavere inntak.

I studien til Joseph og Basu (2016) var resultatene sprikende, hvor omkring halvparten av resultatene viste en tydelig reduksjon av alkoholinntak ved 3-24 måneders oppfølging for intervensjonsgruppen, mens de resterende ikke viste noen ulikheter mellom intervensjons- og kontrollgruppe etter 6-12 måneder. Studien gjort av Riper *et al.* (2013) viser også liten effekt i reduksjon av alkoholinntak hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, men viser samtidig at digital behandling, samt færre behandlingstimer kan ha en merkbar positiv effekt, sammenlignet med behandling ansikt-til-ansikt og et høyere antall behandlingstimer. Studier hvor kognitiv atferdsterapi (CBT) og MI ble benyttet som et supplement til behandling av personer med ROP-lidelser ble inntaket holdt stabilt etter behandling (Riper *et al.*, 2013).

3.2 Andre rusmidler

3.2.1 Ungdom

Én oversiktsstudie (Li *et al.*, 2015) baserte seg på publiserte studier og dokumenterte effekten av MI som intervensjon for å redusere inntaket av ulovlige rusmidler hos ungdom. Flertallet av studiene benyttet MI alene som behandling, og studien gjort av Li *et al.* (2015) viser at MI har en liten men tydelig effekt, spesielt når det blir implementert i spesialisthelsetjenesten fremfor

primærhelsetjenesten. Resultatene viser likevel til en større effekt ved implementering i skolesituasjon, og resultatene viser også en liten, men tydelig effekt av MI sammenlignet med ordinær behandling, men resultatene var samsvarende med behandling kun bestående av rådgivning. Effekten var noe tydeligere ved oppfølging kort tid etter behandling sammenlignet med oppfølging etter en lengre periode (Li *et al.*, 2015).

3.2.2 Voksne

Tre randomiserte kontrollerte enkeltstudier viste resultater hos voksne med ROP-lidelser som inntar ulike rusmidler (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016). I studien gjort av Satre *et al.* (2016) ble bruk av cannabis, som er det mest brukte rusmiddelet, redusert både hos intervensjons- og kontrollgruppen. Etter seks måneder rapporterte intervensjonsgruppen et lavere inntak enn kontrollgruppen. I likhet med effekten på alkohol i samme studie, ga dette også en større effekt på reduksjon av cannabisbruk enn på depresjonssymptomer (Satre *et al.*, 2016). Etter 12 måneder rapporterte også intervensjonsgruppen i studien av Bagøien *et al.* (2013) vedvarende effekt. Ved to års oppfølging hadde kontrollgruppen økt inntaket av rusmidler sammenlignet med start av behandlingen, mens intervensjonsgruppen hadde redusert sitt forbruk (Bagøien *et al.*, 2013). Resultatet i studien gjennomført av Barrowclough *et al.* (2010) viser ingen endring i antall dager som rusfri, men intervensjonsgruppen hadde et tydeligere lavere inntak av rusmidler.

3.3 Depresjon

Ingen av studiene inkludert i denne sammenfatningen beskrev effekten av MI for ungdom med depresjon, men to studier (Riper *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016) beskrev effekten på voksne med depressive symptomer. I studien gjennomført av Satre *et al.* (2016) ble brukerne kartlagt ut ifra psykiske symptomer, og ut fra dette ble brukere med pågående manier og psykosesyntomer

ekskludert, mens brukere med moderat grad av depresjonssymptomer ble inkludert i studien. I studien gjennomført av Riper *et al.* (2013) ble MI kombinert med kognitiv atferdsterapi, og i begge studiene vist en liten, men samtidig tydelig effekt på reduksjon av depresjonssymptomer, sammenlignet med kontrollgruppen som mottok ordinær behandling, og denne effekten viste seg tidligere enn effekten på reduksjon av alkoholinntak i studien gjennomført av Riper *et al.* (2013). I samme studie viste resultatene at digital terapi fremfor terapi ansikt-til-ansikt, i likhet med effekt på reduksjon av alkoholinntak, hadde en tydelig positiv effekt på reduksjon av depresjonssymptomer (Riper *et al.*, 2013).

3.4 Psykoselidelser

Ingen av studiene beskrev effekten av MI for ungdom med psykoselidelser, men én av studiene undersøkte effekten av MI på voksne personer med psykoselidelser i sammenheng med alkohol- og rusmiddelmissbruk (Barrowclough *et al.*, 2010). Målet med studien var å oppmuntre til, og å opprettholde engasjement i terapi, hvor de fokuserte på livsstilsendring i samtalen, for å forhindre motstand for de personene som hadde lav motivasjon for reduksjon av alkohol- og rusmiddelinntak. Resultatene viser at en høyere andel av brukerne i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen ble innlagt under oppfølging, og en marginalt høyere andel av brukere i intervensjonsgruppen opplevde minst ett tilbakefall i psykosesymptomer, men denne forskjellen var ikke tydelig. Det var heller ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene med tanke på symptomer eller fungering. Resultatene viser at marginalt flere i intervensjonsgruppen hadde utøvet selvskading både etter 12- og 24 måneders oppfølging, men forskjellen mellom gruppene var heller ikke her signifikant (Barrowclough *et al.*, 2010).

3.5 Motivasjon for endring

Kun fem av studiene inkludert i dette studiet (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2015; Satre *et al.*, 2016) presenterte informasjon om motivasjon for endring, til tross for at dette er en avgjørende faktor for endringsfokuset behandling. I studien gjennomført av Satre *et al.* (2016) var det ikke et krav for deltakerne å ha et ønske om å redusere inntak av rusmidler, og i studien gjennomført av Barrowclough *et al.* (2010) kommer det frem at få av deltakerne var motiverte for endring i forkant av behandling. På tross av at verken intervensjons- eller kontrollgruppen viste store effekter på innleggelser, tilbakefall, psykosesymptomer, funksjon og selvskadning, viste likevel resultatene at deltakerne i intervensjonsgruppen hadde økt motivasjon for endring i inntak av rusmidler under behandlingen. Denne økningen i motivasjon var dog ikke lenger synlig ved oppfølging ett år etter fullført behandling av ROP-lidelser (Barrowclough *et al.*, 2010).

I studien gjennomført av Li *et al.* (2015) vistest ingen tydelig effekt av MI ved endring av rusbruksatferd, men derimot en tydelig effekt på holdningsendring. I følge Bagøien *et al.* (2013) gir utforsking av personens bruk av rusmidler, samt tidligere forsøk på endring, en økt motivasjon for forandring, for å øke egen livskvalitet. I to av oversiktsstudiene (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2015) var deltakerne i enkelte av de analyserte studiene pålagt å delta, og ved deltakelse i studiene gjort av Bagøien *et al.* (2013) og Satre *et al.* (2016) fikk deltakerne betalt for gjennomføring av intervjuer og oppfølging, henholdsvis med lottokuponger og gavekort. Det ble også benyttet et skjema for kartlegging av motivasjon før behandling, men kartleggingen ble ikke videre evaluert i studien (Satre *et al.*, 2016).

3.6 Aktivitet og deltakelse

De analyserte studiene har stort fokus på effekten av MI for reduksjon av rusmiddelinntak, men få sier noe om effekten dette har på aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. En studie som har med

dette perspektivet er studien gjort av Kohler og Hofmann (2015), hvor ett av målene var å skape en forståelse om hvilke risikoer overdrevent inntak av alkohol kan medføre, som for eksempel bilkjøring i påvirket tilstand, vold og alkoholrelaterte skader, og i denne studien hadde kontrollgruppen en høyere andel av bilkjøring i påvirket tilstand. Studien ønsket også å redusere andelen som faller ut av skole og jobb, på grunn av uhensiktsmessig bruk av rusmidler (Kohler og Hofmann, 2015). Resultater viser at en høyere andel av de som fullfører behandlingen er personer som har inntekt i form av arbeid eller utdanning (Bagøien *et al.*, 2013). I studien gjennomført av Barrowclough *et al.* (2010) målte de generelle kroppsfunksjoner ved start, hvor deltakerne viste generell lav funksjon, samt symptomer på selvskading, og etter endt studie var grad av selvskading redusert i begge grupper.

3.7 Oppsummering av resultater

Etter å ha analysert resultatene av de valgte studiene, kan det oppsummeres med at både MI og ordinær behandling ser ut til å redusere alkoholinntak og inntak av ulovlige rusmidler, men at MI som intervensjon resulterer i et betydelig redusert antall dager med overdrevent alkoholinntak, og et redusert inntak av ulovlige rusmidler hos ungdom, sammenlignet med ordinær behandling, men at inntaket gradvis økte etter oppfølging seks måneder etter endt behandling (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Kohler og Hofmann, 2015; Li *et al.*, 2015). Hos voksne vistes derimot den største effekten både på reduksjon av alkoholinntak og andre rusmidler fra seks måneder etter endt behandling, og denne effekten var fortsatt synlig ved to års oppfølging (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013; Satre *et al.*, 2016).

På reduksjon av depresjonssymptomer vistes en liten men tydelig effekt ved MI-intervensjon sammenlignet med ordinær behandling, og denne effekten viste seg tidligere enn effekten på reduksjon av alkoholinntak (Riper *et al.*, 2013), mens reduksjon av psykosesymptomer ikke ble oppnådd for ROP-pasienter med psykoselidelser (Barrowclough *et al.*, 2010). Enkelte studier viser til at brukerne i liten grad var motiverte for behandling eller at motivasjon for behandling

ikke var et krav (Barrowclough *et al.*, 2010; Satre *et al.*, 2016), og det kommer også frem at enkelte deltakere var pålagt behandling for sine utfordringer (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2015). Enkelte studier benyttet seg også av betaling for deltakelse i form av blant annet lottokuponger (Bagøien *et al.*, 2013) og gavekort (Satre *et al.*, 2016). Én studie dokumenterte økt motivasjon for endring underveis i studien, men denne endringen avtok etter videre oppfølging (Barrowclough *et al.*, 2010).

4.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil det fokuseres på hvordan resultatene fra studiene samsvarer med arbeidsmetodene innenfor ergoterapi. De ulike aspektene ved MI som intervensjon vil bli sammenlignet med teorien fra MOHO-modellen, for å belyse den ergoterapeutiske tilnærmingen, og resultatene vil drøftes opp mot relevant teori for å belyse ulike synspunkter og refleksjoner. I likhet med i resultatkapittelet vil diskusjonen struktureres ut ifra alkohol- og annet rusmiddelinntak, depresjons- og psykoselidelser, motivasjon for endring samt aktivitet og deltakelse. Det vil i tillegg diskuteres rundt praktiske implikasjoner, samt studiens relevans for ergoterapifaget, og til slutt en diskusjon rundt valg av metode.

4.1 Alkohol

4.1.1 Ungdom

Å holde på en atferdsendring over tid viser seg i mange tilfeller å være mer utfordrende enn å gjennomføre selve endringen, og de fleste som forsøker å gjøre endringer i forhold til avhengighet faller tilbake til tidligere vaner over tid. Dette skyldes gjerne stress og bekymring, konflikter og sosialt press (Mæland, 2016). I studiene kommer det frem at MI har god effekt på reduksjon av alkoholinntak og rusmiddelbruk hos ungdom, men at i motsetning til hos voksne

brukere reduseres effekten gradvis etter endt oppfølging (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Kohler og Hofmann, 2015). Dette kan knyttes til det presset som ungdom gjerne utsettes for gjennom sitt sosiale miljø og behovet for å passe inn og å bli akseptert (Mæland, 2016), og det kan også forklares med at ungdomstiden gjerne er kjennetegnet av en økende trang til selvbestemmelse, og dette er ofte en periode i livet hvor store endringer skjer, både fysisk, emosjonelt og sosialt. En går fra å være barn til å bli voksen, kroppen forandrer seg og følelsene er store og voldsomme, og preget av mye stress og uro. Som voksen er roller en viktig del av identiteten, og en har gjerne ulike roller i arbeidslivet, i familien, blant venner og på fritidsaktiviteter (Kielhofner, 2015).

Voksnes forhold til vaner er en sterk faktor for endring, da de ofte føler en tilhørighet eller et ansvar, mens ungdom til sammenligning har en større trang til selvstendighet og selvbestemmelse, og ønsker å ta selvstendige valg for å fremme egen tilfredsstillelse, samtidig som de ønsker å leve opp til forventninger fra voksne. I løpet av ungdomsårene skjer store forandringer i verdier og interesser når ungdommen flytter ut fra sine foresattes hjem, og oppholder seg mer med jevnaldrende. Her vil interesser skape et uttrykk for identitet, og en tilegner seg ofte verdier og interesser fra annen ungdom. Som ungdom i forandring møter en på nye dilemmaer, og det å skulle stå til ansvar for egne valg, og ikke føle på samme tilhørighet og ansvar som en voksen, kan skape negativ effekt på behandling av for eksempel rusmidler, da en som ungdom ønsker å skape en identitet samsvarende med de rundt seg (Kielhofner, 2015).

Ungdom må forholde seg til både kortsiktige og langsiktige valg som har betydning og gir mening for en selv, samtidig som de må leve opp til økende forventninger fra omverdenen, og dette kan påvirke deres vilje og evner til å ta gode valg for seg selv. Effekten av MI er tydelig under behandling, men en kan anta at effekten reduseres på bakgrunn av at ungdommen fortsatt er under utvikling, og kan ha behov for en tettere oppfølging, slik at de holdningene og ønskene om endring som oppstår under MI-samtalene opprettholdes over tid, samtidig som ungdommen finner seg selv og sin rolle på veien inn i voksenlivet (Kielhofner, 2015). Dersom disse ungdommene får tettere oppfølging og hjelp til å hindre tilbakefall kan dette bidra til større positive resultater, ved at opplevelsen av å ha klart utfordringen styrker følelsen av mestring, og

øker sannsynligheten for at ungdommen vil fortette og jobbe mot målet om endring av livsstil og vaner (Mæland, 2016).

4.1.2 Voksne

Ved oppfølging 24 måneder etter endt studie registrerte enkelte studier at effekten på reduksjon av alkoholinntak etter endt behandling vedvarte helt frem til siste kontroll (Barrowclough *et al.*, 2010; Bagøien *et al.*, 2013). I studien gjennomført av Bagøien *et al.* (2013) tilegnet deltakerne seg kognitive ferdigheter for hvordan de kunne håndtere og benytte seg av disse ferdighetene ved et eventuelt tilbakefall. Sammenlignet med oversiktsstudien av Kohler og Hofmann (2015) viser dette en tydelig effekt av hvilken virkning intervensjonen kan ha over lang tid. Faktorer som kan spille inn på et vedvarende resultat som er oppnådd av Barrowclough *et al.* (2010) og Bagøien *et al.* (2013) kan være ulike strategier og tiltak som gjøres i intervensjonen.

I studien gjennomført av Bagøien *et al.* (2013) kommer det frem at det har vært jobbet med hvordan deltakerne skal tilegne seg ferdigheter som skal forhindre tilbakefall under og etter endt behandling. Denne effekten av behandling kan forklares med påvirknings- og virkekräften vanene våre har. Vaner defineres som tillærte egenskaper, og automatiske reaksjoner som oppstår i trygge omgivelser eller kjente situasjoner, og må innarbeides og gjentas for å tilegnes. Ved å for eksempel tilegne seg egne og personlige løsninger på hvordan et ønske om inntak av rusmidler skal håndteres og snus, kan en adaptere en vane og strategi for å unngå tilbakefall og tydelige svekkelser i livskvalitet på grunn av mangel på tidligere vane (Kielhofner, 2015).

4.2 Andre rusmidler

4.2.1 Ungdom

Resultater viser en betydelig effekt ved implementering på skolen, fremfor primærhelsetjenesten samt spesialisthelsetjenesten (Li *et al.*, 2015). Ved implementering i skolen kan omgivelsene gi støtte ved at sosiale eller kulturelle faktorer påvirker motivasjonen. Ved en slik implementering av behandling kan en oppnå en større gruppe mennesker som gir støtte, da en ikke blir plassert i et nytt miljø for behandling, men mottar behandling i kjent miljø, blant andre mennesker en føler seg trygg på (Kielhofner, 2015).

Resultatene viser en liten men tydelig effekt av MI sammenlignet med ordinær behandling, men samtidig ses ingen forskjell mellom MI og kun rådgivning (Li *et al.*, 2015). Dette kan forklares med at både MI og rådgivning er intervensjoner som kan oppleves mindre inntrengende enn ordinær behandling, spesielt dersom ungdommen ikke er motivert for endring. I så tilfelle kan ordinær behandling oppleves påtvungent, mens MI og rådgivning gir større muligheter for selvbestemmelse og mulighet for å ta selvstendige beslutninger om eventuell endring av vaner (Kielhofner, 2015). Studien viser også en noe tydeligere effekt ved oppfølging kort tid etter behandling sammenlignet med oppfølging etter en lengre periode, og dette kan som nevnt i avsnittet om alkoholinntak hos ungdom, forklares med store endringer, fysisk, emosjonelt og sosialt (Kielhofner, 2015), samt presset som oppleves gjennom sosialt miljø og behovet for å passe inn (Mæland, 2016).

4.2.2 Voksne

Gjennom studien gjort av Bagøien *et al.* (2013) kommer det frem at deltakerne som mottok MI-intervensjon fortsatt hadde redusert sitt inntak av rusmidler ved to års oppfølging, sammenlignet med mengden ved start, mens deltakerne som mottok ordinær behandling hadde økt sitt inntak. I

samme studie kommer det frem at MI hadde en liten men tydelig effekt på depresjonssymptomer (Bagøien *et al.*, 2013), og det er derfor nærliggende å anta at påvirkningen på depresjonssymptomer bidro til at brukerne oppnådde økt motivasjon for videre reduksjon av rusmiddelinntak.

4.3 Depresjon

Det kommer frem i en av studiene at digital behandling og færre timer med behandling, fungerte bedre for deltakerne enn ordinær ansikt-til-ansikt behandling, og det viste seg også å være mer økonomisk lønnsomt for tjenesteyter å ta i bruk denne behandlingen fremfor ordinær behandling, hvor bruker og behandler er fysisk tilstede. Digital behandling vil i denne studien innebære programmer og tjenester som ble utført over internett eller en smarttelefon, og eksempler på slike tjenester kan blant annet være ulike applikasjoner på smarttelefoner (Riper *et al.*, 2013).

Personer som lider av depresjon er som tidligere beskrevet i stor grad preget av lavt stemningsnivå og mangel på energi og interesse (Helgesen, 2015). Det er derfor nærliggende å trekke en slutning om at en av grunnene til at digital behandling hadde bedre effekt for deltakerne i denne studien, kan ha vært det faktum at det senker terskelen for å oppsøke hjelp og behandling, da hjelpen er lettere tilgjengelig og ikke krever like mye av brukerne i form av tiltak for å bevege seg ut av huset. Rus- og alkohollidelser er stigmatiserende, og det kan i mange tilfeller gjøre det utfordrende å samle mot til å måtte fysisk møte opp et sted for å få hjelp, eller dersom en trenger snakke om utfordringer en har. En annen grunn til at denne type intervensjon hadde god effekt, kan være at brukerne opplever trygghet i form av bedre oversikt med informasjon om veien videre og annen relevant informasjon, tilgjengelig og samlet på ett sted. Med tiden er det blitt mer aksept rundt åpenhet om mildere psykiske lidelser, i form av angst og depresjon, men det er fortsatt stor grad av stigma rundt alkohol- og rusmiddelmisbruk, og dette kan være en medvirkende årsak til at digital behandling hadde en mer positiv effekt på denne brukergruppen (Paulsen og Gundersen, 2018).

Likevel er det viktig med bevissthet rundt det faktum at personer som lider av depresjon i mange tilfeller isolerer seg sosialt, og det kan derfor stilles spørsmål rundt om effekten som ses tidlig i studien vil være opprettholdt over tid, da sosial isolasjon kan forsterke depresjonssymptomer, og er et aspekt det er viktig å jobbe mot for å redusere depresjonslidelser (Helsedirektoratet, 2016.). Det ville derfor vært hensiktsmessig å undersøke effekten av digital behandling på depresjonspasienter over en lengre periode, for å få et sikrere resultat av effekten dette har på depresjonssymptomer.

4.4 Psykoselidelser

Studien gjennomført av Barrowclough *et al.* (2010) viser ingen reduksjon i psykosesymptomer eller fungering for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, til tross for at samtalene baserte seg på livsstilsendring fremfor et tydelig fokus på reduksjon av alkohol- og rusmiddelinntak. Dette kan forklares med at personer med psykoselidelser har sammensatte utfordringer med lav motivasjon for endring (Barrowclough *et al.*, 2010).

Disse personene har ofte utfordringer med realitetsorientering på grunn av vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, og de er gjerne preget av angst og depresjoner i tillegg, som gjør behandling og motivasjonsarbeid utfordrende (Nyboe, Johannsen og Jørgensen, 2016). Likevel ses en økning i motivasjon for endring til tross for at denne økningen ikke varer utover ett år, og dette kan forklares med at ett år med behandling ikke er tilstrekkelig for personer med et stort og komplekst symptoms- og sykdomsbilde (Barrowclough *et al.*, 2010).

4.5 Motivasjon for endring

4.5.1 Tvungen kontra frivillig deltakelse

Gjennom analyse av de valgte studiene kom det frem at deltakerne i enkelte studier (Appiah-Brempong *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2015) var pålagt å delta i behandling med MI. Dette er et aspekt det kan være hensiktsmessig å stille seg noe kritisk til, da dette strider imot prinsippet om at hjelperen skal støtte brukerens autonomi, som er med på å danne verdigrunnlaget for MI. Autonomi handler om at mennesker selv bestemmer i sitt liv og har ansvar for sine valg, og for å sikre at personenes autonomi er ivaretatt er en avhengig av at samarbeidet er frivillig og selvvalgt fra brukerens side. Som utøver av MI er det derfor viktig at en viser forståelse for at ingen liker å bli presset verken til endring eller behandling, og en kan derfor stille seg spørsmål om resultatene fra studiene hvor brukernes autonomi ikke var ivaretatt, er gyldige og gir et korrekt bilde av effekten av MI som intervensjon (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

Likevel skal en være forsiktig med å undergrave disse resultatene, da brukernes autonomi kan ha blitt ivaretatt under selve samtalene, ved at helsepersonellet som har gjennomført samtalene har sikret at brukerne selv fikk styre samtalene og være med på å bestemme hva som skulle drøftes, samt at behandleren innhentet tillatelse til å stille spørsmål og sikret at brukerne selv fikk bestemme om de ønsket å endre sin livsstil og sine vaner (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). En kan også stille seg spørsmålsteget ved disse deltakernes motivasjon for å gjennomgå en endringsprosess. Brukerne kan ha mange argumenter for hvorfor de ikke kan eller ønsker å gjennomføre endringer i sine vaner, da rusavhengigheten gjerne har vært langvarig og er en del av innarbeidete vaner. MI er en intervensjon som har som formål å øke brukernes motivasjon for endring ved at en sammen ser på utfordringer og mulige løsninger på disse, men dersom brukerne i utgangspunktet ikke har et ønske om å endre sin atferd og sine utfordringer, er det stor sannsynlighet for at deres misbruk ikke vil reduseres ved denne type behandling (Barth, Børtveit og Prescott, 2013).

4.5.2 Kartlegging av motivasjon

En studie kartla deltakernes motivasjon for endring før de ga intervensjonen, samt etter at intervensjonen var gitt (Barrowclough *et al.*, 2010). Dette kan være nyttig for at behandleren skal få en forståelse for hvor brukeren er med tanke på motivasjon eller eventuelt motstand for endring. Under MI-samtalene benyttes denne informasjonen for å sikre gode spørsmål for refleksjon for brukerne, slik at samtalen dreier seg om hva brukeren selv anser som sine utfordringer og hva brukeren selv ønsker å endre eller jobbe med. Dersom brukeren er lite motivert for endring er det hensiktsmessig for behandleren å være klar over dette, slik at han eller hun kan legge til rette for refleksjon rundt brukerens kvaler. Dette vil igjen kunne bidra til økt endringssnakk slik at motivasjonen for endring kan påvirkes i positiv retning (Bart, Børtveit og Prescott, 2013).

Bakgrunnen for at deltakerne ikke ønsker en endring kan ligge i tvil om egen mestring og kapasitet til endring, og liten tillit til egne evner. Ved å snakke om disse utfordringene kan brukerens selvtillit økes, slik at han eller hun ser at det er mulig å kunne endre sin tankegang (Bart, Børtveit og Prescott, 2013). På bakgrunn av dette kan en stille spørsmål ved hvorfor denne kartleggingen ikke er en del av alle studier på effekten av MI i en endringsprosess, da det er høyst relevant for hvordan samtalene legges opp og hvor fokuset skal være under samtalene. Til tross for at dette ikke er undersøkt nærmere gjennom denne studien, bør en ha med seg at dette er faktorer som kan ha påvirket resultatene av studiene i større eller mindre grad (Aveyard, 2014).

Resultatene fra denne studien gjort av Barrowclough *et al.* (2010) viste økt motivasjon for endring underveis, men denne motivasjonen avtok etter to år. Grunnen til at motivasjonen avtok under oppfølging av behandling etter to år, kan ha en sammenheng med om deltakerne fikk tett oppfølging etter behandling eller ikke. Det er viktig å fortsette kommunikasjonen med brukeren underveis og etter avsluttet terapi, for å opprettholde tillit og ha ærlige samtaler med brukeren dersom det er mangel på fremskritt eller oppstår utfordringer underveis (Kielhofner, 2015). Det er også relevant å knytte dette opp mot hvor motiverte deltakerne var i forkant av behandling, eller om de hadde et eget ønske om reduksjon av inntak av rusmidler. Resultatet kan være preget

av at motivasjonen ikke var tilstrekkelig, da det ikke var et krav om at deltakerne var motiverte for endring i forkant av studien. Det er mulig at resultatet ville vært annerledes etter to år dersom det var et krav om å være motivert for endring for å delta i studien (Barrowclough *et al.*, 2010).

4.5.3 Indre motivasjon

Ut ifra resultatene fra studien gjennomført av Satre *et al.* (2016) viste behandlingen effekt på reduksjon av alkoholinntak og cannabisbruk, både hos intervensjonsgruppen og hos kontrollgruppen. Ved depresjon hadde intervensjonen hos både Bagøien *et al.* (2013) og Satre *et al.* (2016) en mindre effekt enn ved bruk av rusmidler, men effekten ved depresjonssymptomer er likevel viktig, da dette er positive resultater som viser til endring hos brukerne. I studien gjort av Bagøien *et al.* (2013) viste også behandlingen reduksjon av alkoholinntak, samt inntak av andre rusmidler. Bruk av MI forutsetter å skape en indre motivasjon ved å legge opp en samtale hvor brukere selv ser mulighet til forandring, ut ifra egne verdier og interesser, fremfor å føle på en påtvungen behandling som pasient (Miller og Rollnick, 2013). Ut ifra Miller og Rollnick (2013) sitt formål med å skape en indre motivasjon for endring av vaner og livsstil, går studiene til Bagøien *et al.* (2013) og Satre *et al.* (2016) imot disse prinsippene, hvor deltakelsen kan være påvirket av ytre faktorer som økonomisk vinning, fremfor deltakelse basert på ønske om endring.

Det ble benyttet et kartleggingsverktøy i studien av Satre *et al.* (2016) for å avdekke motivasjonen til deltakerne. Resultatet av motivasjonskartleggingen er ikke fremstilt, og gjør det utfordrende å si noe om motivasjonen til deltakerne utover i behandlingsprogrammet. Sett ut ifra effekten indre motivasjon har, kunne antagelig resultatene vært sterkere ved deltakelse basert på viljestyrte faktorer som tanker og følelser ovenfor livsstilsendring, og en sterkere indre motivasjon kunne bidratt til en mer langvarig endring (Kielhofner, 2015). Oppfølgingsfasen i studien gjort av Satre *et al.* (2016) varer seks måneder etter endt behandling, og det kunne vært hensiktsmessig med en lengre oppfølgingsperiode for å undersøke langtidseffekten av intervensjonen.

4.5.4 Ytre motivasjon

Vilje defineres ut ifra tanker, følelser, verdier, oppfattelse av egen kapasitet og effektivitet, derav følelse av handlingsevne og interesser (Kielhofner, 2015). I studien gjennomført av Bagøien *et al.* (2013) mottok deltakerne lottokuponger, og i studien gjort av Satre *et al.* (2016) mottok deltakerne gavekort for hver behandlingstime de deltok i, med mulighet for økonomisk vinning ved å gjennomføre behandlingen.

Gjennom å skape en ytre motivasjon ved å tilby lokkende premier til deltakerne kan en skape et engasjement for deltakelse. Som nevnt kan vilje defineres ut ifra aspekter som verdier og interesser. I et slikt tilfelle kan verdier, som er en individuell overbevisning som vil øke egen handlingsevne, skape en ytre motivasjon for deltakelse, og det blir vanskelig å si om deltakerne ønsker behandlingen for å gjøre en livsstilsendring med ønske om forandring, eller om de velger å delta på grunn av mulighet for god økonomisk fortjeneste ved deltakelse (Kielhofner, 2015).

4.6 Aktivitet og deltakelse

Studiene som er analysert har hatt som mål å se på effekten av MI for å redusere inntak av alkohol og andre rusmidler, og målet med denne studien er å undersøke om denne endringen av vaner kan ha en videre effekt på endring av vaner og livsstil. Vaner er basert på våre mest grunnleggende oppfatninger av hvordan hverdagen henger sammen, og er derfor et element som kan gjøre forandring utfordrende, ved at virkeligheten kan oppleves kaotisk og ukontrollert (Kielhofner, 2015).

Dersom brukerne inntar en lavere mengde rusmidler kan dette påvirke deres livskvalitet, men for å endre livsstil og bedre livskvalitet kan det være hensiktsmessig å erstatte avhengigheten med

mer meningsfylte aktiviteter. Et eksempel på dette kan være å sørge for regelmessig fysisk aktivitet og trening, gjerne i fellesskap med andre, slik at en får mulighet til å danne nye sosiale nettverk. Fysisk aktivitet virker inn på humøret, reduserer psykiske symptomer og stress, og vil være en viktig del av behandling av både psykiatri- og rusmiddelproblematikk, både som løsning, men også som forebyggende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

I samtlige analyserte studier har det hovedsakelig vært fokusert på effekten MI har hatt på reduksjon av inntak av alkohol og andre rusmidler, men det er ikke vurdert den videre effekten denne reduksjonen har på livet til deltakerne. Det er nærliggende å tenke at dette kan bidra til et mer meningsfylt hverdagsliv, samt økt aktivitet og deltakelse, og det kan argumenteres for at dette bør undersøkes ved videre studier. MOHO-modellen beskriver hvordan mennesker innehar komponentene vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet, som alle bidrar til å påvirke vår aktivitetsdeltakelse i hverdagen, og det er nærliggende å tenke at det er ønskelig for brukerne å oppnå en større kontroll over egen hverdag og eget liv (Kielhofner, 2015). Ved å undersøke hvordan disse komponentene kan påvirkes ved reduksjon av alkohol- og rusmiddelinntak, vil en kunne se om det har en positiv effekt på brukernes livskvalitet, aktivitet og sosial deltakelse, ved å blant annet undersøke grad av aktivitetsdeltakelse.

4.7 Praktiske implikasjoner

Både de analyserte oversiktsstudiene og denne litteraturstudien er av praktiske årsaker basert på tidligere studier hovedsakelig publisert på engelsk språk. Studiene som er analysert gir likevel et helhetlig inntrykk av effekten av MI på inntak av alkohol og andre rusmidler, på tross av at det er bevissthet rundt det faktum at studier ekskludert på bakgrunn av språk kan inneholde verdifulle data om effekten av MI, eksempelvis i land med ulike kulturer.

I samtlige studier ble det benyttet selvrapporing av inntak av rusmidler før, under og etter behandling. Selvrapporing gir deltakerne større deltakelse i behandlingen, og lar deltakerne bli hørt og sett. Ved selvrapporing skapes gjerne positive tanker og følelser om behandlingen, og dette bidrar til at deltakeren kan være med på å påvirke prosessen, og øke brukervedvirkningen (Kielhofner, 2015). For å kunne få en mest mulig korrekt statistikk på reduksjon og økning på inntak av rusmidler, kan selvrapporing kombinert med for eksempel godkjente prøver for å avdekke inntak av alkohol og andre rusmidler være mest hensiktsmessig, for å kunne gi et presist resultat av intervensjonen. Kun tre av studiene (Bagøien *et al.*, 2013; Appiah-Brempong *et al.* 2014; Joseph og Basu, 2016) gjennomførte tilleggsundersøkelser til selvrapporingen, henholdsvis i form av måling av utslag på urinprøver, alkoholkonsentrasjon i blodet og leverfunksjonsskader. Dette er undersøkelser som kan være med på å sikre validiteten av resultatene, og en kan stille seg kritisk til hvorfor ikke alle studier benyttet disse formene for undersøkelser, men kun baserte seg på selvrapporing.

I en studie kommer det frem at sannsynligheten for at personer med høyere inntekt fullfører behandling er større (Bagøien *et al.*, 2013). Det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse, hvor sosioøkonomisk status statistisk sett gir litt bedre helse. Ut ifra dette kan en anta at det kan trekkes en linje til svaret på hvorfor sannsynligheten for at personer med høyere inntekt fullfører behandling, er høyere enn for personer med lavere inntekt. Dette kan også begrunnes med at personer som er under utdanning eller i arbeid gjerne er omgitt av et større sosialt nettverk enn personer som ikke er yrkesaktive eller under utdanning, og dette kan i stor grad bidra til å påvirke om brukerne fullfører behandling eller ikke (Helsedirektoratet, 2018c).

4.8 Relevans for ergoterapifaget

MI-intervensjonen ble i de analyserte studiene ikke utført av ergoterapeuter, men av annet helsepersonell, i hovedsak sykepleiere, men også sosionomer og psykologer, samt

forskningsassistenter. Videre vil de ergoterapeutiske strategiene for endring sees i sammenheng med de fire strategiene innenfor MI.

Som beskrevet innledningsvis går den første strategien innenfor MI ut på å sette en agenda for samtalen ved å legge frem alternativer for hva samtalen kan fokusere på (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Denne strategien kan ses i sammenheng med den ergoterapeutiske strategien som omhandler strukturering. I likhet med strategien i MI handler dette om å sørge for en avgrensning ved å gi brukeren flere alternativer for hva samtalen eller intervensjonen skal fokusere på. Her vil en gjerne også trekke inn utpeking, som handler om å skape en forståelse for personlige og omgivelsesmessige muligheter, og videre gi bekreftende tilbakemeldinger ut ifra informasjonen som har kommet frem. Dette handler om å gjenta det som er diskutert for å sikre en felles forståelse for videre arbeid. Videre vil det være naturlig å anerkjenne brukerens opplevelse av sin situasjon og sine utfordringer, for å skape en trygg terapeutisk relasjon (Kielhofner, 2015).

Videre går MI-samtalen ut på informasjonsutveksling, hvor helsepersonell gir brukeren relevant informasjon for å påvirke til endringer, med fokus på saklighet, relevans og nøytralitet (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Dette henger sammen med den ergoterapeutiske strategien som handler om å rådgi, hvor behandleren drøfter mål og strategier i fellesskap med brukeren, samt strategien om å oppmuntre brukeren til å gjennomgå en endring som for brukeren oppleves utfordrende eller krevende (Kielhofner, 2015). Den neste strategien i MI handler om at brukeren selv får skalere viktighet og betydning av å gjøre endringer (Barth, Børtveit og Prescott, 2013), og dette kan ses i sammenheng med ergoterapeuters fokus på viktigheten av at personen selv er i sentrum, og at brukeren selv skal få ta beslutninger som påvirker en selv (Kielhofner, 2015).

Den siste strategien i MI handler om å bistå brukeren i beslutningstaking ved å legge til rette for at brukeren selv uttrykker disse, og en snur gjerne oppmerksomheten fra spørsmål om motivasjon, til hvordan endringen kan gjennomføres i praksis (Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Her kan en se sammenhengen med den ergoterapeutiske strategien som handler om coaching,

hvor en veileder bruker slik at han eller hun utvikler sin utøvelseskapasitet og øker sine ferdigheter for å gjennomføre endringer i sine vaner (Kielhofner, 2015).

MI er ikke klassifisert som en ergoterapeutisk intervensjon, og gjennom analyse av valgte studier kommer det heller ikke frem at ergoterapeuter utøver MI. Likevel kommer det tydelig frem under arbeidet med denne studien at metoden bygger på de samme prinsippene som ergoterapeuter legger til grunn for sitt arbeid. Det er derfor stor sannsynlighet for at ergoterapeuter kan benytte seg av denne samtalemotoden i arbeid med personer i forandringsprosesser.

4.9 Metodekritikk

Metodekritikken inneholder diskusjon og kritisk refleksjon rundt metodedelen av studien. Det vil diskuteres rundt valg av metode, tidligere forventninger, analyse av valgte studier, etiske utfordringer, begrensninger og videre anbefalinger.

Ved valg av metode for denne studien, ble det drøftet rundt hvilken metode som var mest hensiktsmessig å benytte seg av for å besvare problemstillingen. Det ble valgt å gjennomføre et litteraturstudium, da dette ble ansett som det mest hensiktsmessige for å finne svar på effekten av MI som intervensjon. Dersom intervju hadde blitt anvendt som metode, er det sannsynlig å anta at resultatene ville vist tydeligere ergoterapeutens rolle innenfor bruk av MI. Til tross for at litteraturstudie ble valgt som metode for å besvare problemstillingen, ble det likevel utfordrende å danne et helhetlig bilde av effekten, spesielt på endringer i aktivitet og deltakelse, men relevansen for ergoterapi kommer tydelig frem gjennom studien.

I forkant av arbeidet med denne studien hadde studentene en forventning om hva forskningen ville gi av svar. Det var en forventning om at det ville finnes studier som inkluderte ergoterapeuters rolle i prosessen, samt vise at MI hadde god effekt på livsstilsendring hos personer med ROP-lidelser. Det var også en forventning om at studiene ville vise resultater på hvordan brukernes livskvalitet ville øke som følge av økt motivasjon for endring. Det var bevissthet rundt å inneha en nøytral tilnærming til studienes resultater, både i forkant av og underveis i analyseprosessen, men samtidig er det nærliggende å anta at studentenes forventninger kan ha hatt påvirkning på fremstillingen av resultatene i denne studien.

Gjennom analyse av valgte studier viste det seg likevel at samtlige studier i hovedsak rapporterte endring i form av økning eller reduksjon av inntak av alkohol og andre rusmidler, og i noen grad effekt på psykiske symptomer, og det var lite fokus på hvordan dette videre påvirket brukernes livskvalitet, aktivitet og deltakelse. Det ble ikke funnet studier som viser ergoterapeutens rolle innenfor bruk av MI for personer med ROP-lidelser. Likevel er det viktig å påpeke at denne forskningen også kan foreligge, men ikke ble fanget opp gjennom artikkelsøket. Ut ifra denne studien kan det konkluderes med at det ikke er gjennomført forskning som undersøker denne påvirkningen. Likevel er det bevissthet for studentene rundt mulighetene for at denne forskningen foreligger, men at artikkelsøket kan ha svakheter som påvirker funnene av studier (Aveyard, 2014). Mulige justeringer som kunne vært gjort for å sikre et tydeligere resultat, kunne vært å benytte flere eller andre søkeord og databaser, samt hatt en annen innfallsvinkel under vurdering av sammendrag, slik at andre studier ville blitt valgt ut for videre analyse. Det kunne også vært hensiktsmessig å inkludere et større antall studier, for å få et sikrere resultat.

Det ble brukt mye tid på analysen av valgte studier da det opplevdes utfordrende å velge ut temaer og kategorier. Dette kan forklares med at studiene ikke viste tydelig relevante resultater for studiens formål.

Innledningsvis ble det fremstilt ulike etiske utfordringer som kunne oppstå underveis i studien, blant annet bevissthet rundt hvordan personer med ROP-lidelser omtales i studien, og hvordan

studentene kan hindre oppfatning av at disse personene er forventet å endre sin levemåte. Det har vært bevissthet rundt dette fra studentenes side, og det kommer frem gjennom beskrivelsene av hvordan MI som intervensjon skal gjennomføres. På tross av dette er det bevissthet rundt det faktum at studentenes formuleringer kan mistolkes og oppfattes på en annen måte enn det som er ønskelig.

Studien hadde tidsbegrensninger, og perioden for søk ble avsluttet i overkant av én måned innen ferdigstilling av oppgaven. På bakgrunn av dette er det viktig å påpeke at nyere forskning med andre resultater kan ha blitt publisert etter endt søk. I tillegg kan også tilgangen på publisert forskning ha vært noe begrenset, da denne studien kun har hatt tilgang på søkemotorer som universitetet har avtaler med (Aveyard, 2014).

Ut ifra analyse av studier anbefales videre forskning på effekten reduksjon av alkohol- og rusmiddelinntak har på livsstil og vaner, men disse anbefalingene baserer seg på studentenes vurderinger og erfaringer gjennom denne studien, og det må derfor påpekes at disse anbefalingene kan være påvirket av subjektive oppfatninger (Aveyard, 2014).

5.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om MI kan benyttes av ergoterapeuter som en intervensjon, for å skape en livstilendring for personer med ROP-lidelser. Resultatene viser at MI resulterer i et betydelig redusert antall dager med overdrevent alkoholinntak, og et redusert inntak av ulovlig rusmidler, både hos ungdom og voksne. Hos voksne viste resultatene at intervensjonen hadde en mer langvarig effekt enn hos ungdom. MI hadde også effekt på depresjonssymptomer, men her var effekten mindre enn på inntak av alkohol og andre rusmidler. MI hadde derimot ingen effekt på psykosesyntomer. Det var ulike krav om motivasjon både i forkant, underveis, og ved oppfølging etter behandling. Resultatene på motivasjon for endring

viste ikke store effekter på innleggelser, tilbakefall og psykosesymptomer, funksjon og selvskading, men deltakerne økte likevel motivasjon for endring på inntak av rusmidler under behandling. Denne effekten var ikke lenger synlig ved oppfølging etter to år. En studie viste ingen tydelig effekt på endring av rusbruksatferd, men betydelig effekt på holdningsendring.

MI-intervensjonen i de analyserte studiene ble ikke utført av ergoterapeuter, men av annet helsepersonell. Likevel kan en se en klar sammenheng mellom de ergoterapeutiske strategiene for endring og strategiene i MI, blant annet fokuset på trygghet mellom bruker og helsepersonell, oppmuntring til endring, brukermedvirkning, og fokus på å sikre at brukeren selv tar beslutninger som påvirker eget liv. Som en konklusjon kan en si at MI med fordel kan benyttes av ergoterapeuter som arbeider med livsstilsendring for personer med ROP-lidelser.

6.0 Referanseliste

Appiah-Brempong, E., Okyere, P., Owusu-Addo, E. og Cross, R. (2014) Motivational Interviewing Interventions and Alcohol Abuse among College Students: A Systematic Review, *American Journal of Health Promotion*, 29(1), s. e32-e42. DOI: 10.4278/ajhp.130502-LIT-222

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care – a practical guide*. 3. utgave.

New York: Open University Press

Bagøien, G., Bjørngaard, J. H., Østensen, C., Reitan, S. K., Romundstad, P. og Morken, G. (2013) The effects of motivational interviewing on substance use admitted to a psychiatric emergency unit – a randomized controlled trial with two year follow-up, *BMC Psychiatry*, 13(93) s. 1-10. DOI: 1471-244X/13/93

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Eisner, E., Lewis, S., Moring, J., Steel, C. og Tarrier, N. (2010) Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial, *BMJ*, 341(7784) s. 1-12. DOI: 10.1136/bmj.c6325

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2013) *Motiverende intervju – samtaler om endring*. 1. utgave. 2.opplag.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Brewer, S., Godley, M. D. og Hulvershorn, L. A. (2017) Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?, *Curr Psychiatry Rep*, 19(5), s. 1-9. DOI: 10.1007/s11920-017-0755-0

Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., Strong, D. R., Picotte, M. D., Monti, P. M., MacPherson, L., Matsko, S. V. og Hunt, J. I. (2015) Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59(u.n.), s. 20-29. DOI: 10.1016/j.jsat.2015.06.016

Creswell, J. W. (2009) *Research design – Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3. utgave.

Los Angeles: SAGE

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. 3. opplag.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

De nasjonale forskningsetiske komiteene (u.å) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.

Tilgjengelig fra: https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf?fbclid=IwAR3sblUwZRke3WH9rkNvqb2M-k_N_5mOtZ81uUv37Bd9J1QKlkb3fESivs (Hentet 07.03.19)

Ergoterapeutene (u.å.) *Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/?fbclid=IwAR17rIiSiKCVzI6X4lcB3psTwjMbEC9IdvAHop7IeCfJ97Ta0VECdCNyRQ> (Hentet 22.02.19)

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008) *Att Göra Systematiska Litteraturstudier: Värdering, Analys Och Presentation Av Omvårdnadsforskning*. 2. Utgave.

Stockholm: Natur och Kultur.

Helgesen, L. A. (2017) *Menneskets dimensjoner - Lærebok I psykologi*. 3. utgave. 1.opplag.

Oslo: Cappelen Damm AS

Helgesen, L. A. (2015) *Menneskets dimensjoner - Lærebok I psykologi*. 2. utgave. 3.opplag.

Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 08.03.19)

Helsebiblioteket (u.å.) *PICO*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 21.02.19)

Helsedirektoratet (2018a) *Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Somatisk%20helse%20og%20levevaner%20-%20Pakkeforløp%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf?fbclid=IwAR2rhtPQvdp6D2450vKgSIy0KN-phJzAiJqVCw-lAITfAgMO6GdhEEXogUE> (Hentet: 19.02.19)

Helsedirektoratet (2018b) *Dette gjør Helsedirektoratet*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> (Hentet: 20.04.19)

Helsedirektoratet (2018c) *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad> (Hentet: 04.05.2019)

Helsedirektoratet (2017) *Motiverende intervju som metode*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#opplevelse-av-mestring> (Hentet: 19.02.19)

Helsedirektoratet (2016) *Angst og depresjon*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon> (Hentet: 28.04.2019)

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf> (Hentet: 04.05.2019)

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (Hentet: 19.02.19)

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (Hentet: 29.04.2019)

Joseph, J. og Basu, D. (2016) Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials, *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), s. 56-64. DOI: 10.1093/alcalc/agw054

Kielhofner, G. (2015) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet*. 2. utgave. 3.opplag.

København: Munksgaard

Kohler, S. og Hofmann, A. (2015) Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis, *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), s. 107-117. DOI: 10.1093/alcalc/agu098

Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S. og Wong, P. (2015) Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis, *Addiction*, 111(5), s. 795-805. DOI: 10.1111/add.13285

Miller, W. R. og Rollnick, S. (2013) *Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring*. 3. utgave. 2.opplag.

Stockholm: Natur och Kultur

Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis* 4. utgave.

Oslo: Universitetsforlaget

Norsk helseinformatikk (2017) *Livsstilssykdommer*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/?page=1> (Hentet: 03.04.2018)

Nyboe, N., Johannsen, S. og Jørgensen, P. (2016) *Psykiatri*. 2. udgave. 1.opplag.

København: Munksgaard

Paulsen, C. Th. og Gundersen, T. (2018) *Ut av skammen*. Tilgjengelig fra:

<https://psykiskhelse.no/nyheter/ut-av-skammen> (Hentet: 22.04.2019)

Riper, H., Andersson, G., Hunter, S., de Wit, J., Berking, M. og Cuijpers, P. (2013) Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis, *Addiction*, 109(3), s. 394-406. DOI:

10.1111/add.12441

Rosdahl, G. (2013). *Den motiverende samtale i teori og praksis*. 1.utgave. 1.opplag.

København: Munksgaard.

Satre, D., Leibowitz, A., Sterling, S., Lu, Y., Travis, A. og Weisner, C. (2016) A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), s. 571-579. DOI:

10.1037/ccp0000096

Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (2013) *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. 1. udgave. 5. oplag.

København: Munksgaard.

Van Dorn, R. A., Desmarais, S. L., Rade, C. B., Burris, E. N., Cuddeback, G. S., Johnson, K. L., Tueller, S. J., Comfort, M. L. og Mueser, K. T. (2017) Jail-to-community treatment continuum for adults with co-occurring substance use and mental disorders: study protocol for a pilot randomized controlled trial, *BioMed Central*, 18(365) s.1-22. DOI: 10.1186/s13063-017-2088-z

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO

P	I	C	O
ROP	Motiverende intervju	Ordinær behandling	Motivasjon for endring
Psykiske lidelser			Høyere livskvalitet
Rusmisbruk			Selvstendighet
Ruslidelser			Aktivitet og deltakelse

Vedlegg 2: Søkelogg

Database og dato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline(Ovid) 21.02.19	1.Motivational interviewin g 2.Mental disorders 3.Substance- related disorders 4.Dual-diagnosis 5.Substance abuse 6.Young adults 7.Community participation 8.Social participation	1 og 2 og 3	19
Medline(Ovid) 26.03.19		1 AND 3	394 (Begrenset til review og siste 5 år)
CINAHL 20.03.19	1.Motivational interviewin g 2. Mental disorders	1 og 11	624

	<ul style="list-style-type: none"> 3. Substance abuse 4. Young adults 5. Substance-related disorders 6. Occupational Therapy 7. Psychiatric Comorbidity 8. Substance use 9. Comorbid disorders 10. Therapy 11. Comorbidity 12. Participation 13. Comorbidities 		
<p>PsycINFO</p> <p>20.03.19</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Motivational interviewing 2. Mental disorders 3. Comorbidity 4. Drug addiction 5. Drug Abuse 6. Drug Therapy 7. Participation 8. Adults. 	1 og 2 og 3 eller 4 eller 5 eller 6 og 8	7

Vedlegg 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Fagfellevurderte studier	Studier som ikke har MI som en av hovedintervensjonene
Studier som baserer seg på ROP-lidelser eller ruslidelser	Studier hvor målgruppen var begrenset til spesifikke grupper.
Skandinavisk- eller engelskspråklige studier	

Vedlegg 4: Flytdiagram



