

Nielsen, Magnus

**En undersøkelse av hvilken
innvirkning og effekt motiverende
intervju kan ha i behandlingsforløpet
til klienter med opiat – og/eller
opiatavhengighet
- En litteraturstudie om terapeutisk
tilnærming i recovery-orientert
praksis, basert på nyere forskning**

Bacheloroppgave i Bachelor i Vernepleoe

Veileder: Witsøe, Aud Elisabeth

September 2021

Nielsen, Magnus

**En undersøkelse av hvilken innvirkning
og effekt motiverende
intervju kan ha i behandlingsforløpet
til klienter med opiat – og/eller
opiatavhengighet
- En litteraturstudie om terapeutisk
tilnærming i recovery-orientert**

Bacheloroppgave i Bachelor i Vernepleie
Veileder: Witsøe, Aud Elisabeth
September 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Få innsikt i innvirkning og effekt av motiverende intervju (MI) i recovery-orientert praksis. Det er relevant for forståelsen å kartlegge hva som kan styrke klientens prognose for bedring under og etter rehabilitering. Formålet er å belyse metodens funksjon som behandlingsmetode og undersøke metodens etterprøvnbarhet og evidens.

Metode: Dette er en litteraturstudie med fem artikler har til hensikt å belyse problemstilling. I tillegg til de utvalgte artikler er relevant pensum og faglitteratur benyttet for å underbygge artiklene

Resultat: MI viser best effekt i kombinasjon med annen psykoterapi og som oppstartsbehandling (tidlig intervensjon). Artiklene viser at MI som ledd i recovery-orientert praksis og i substituttbehandling kan være en motivasjonsfaktor til å oppsøke og gjennomføre behandling. Metoden viser motstridende resultater på både kort- og langtidseffekt.

Drøfting: Det er ikke alle som er mottakelige for MI. I diskusjonen drøftes resultater av MI-intervensjon og i hvilken kontekst terapien har effekt. Det understrekes at klientens psykiske helse, motivasjon og timing er avgjørende for å vurdere MI som metode. Klientens helsetilstand ved MI-intervensjon er relevant for utfallet av intervensjon. MI-terapeut bør ha kjennskap til rusavhengighet, rusens virkning og abstinensbehandling før beslutning om MI-intervensjon. Det kreves kartlegging og observasjon av atferd hvis MI skal vurderes som del av et behandlingsopplegg.

Konklusjon. Brukermedvirkning og autonomi blir ivaretatt med MI, hvis fagpersonell utfører metoden riktig. Tjenesteyter kan oppleve å bli en bedre samtalepartner som lytter mer aktivt og skaper et godt grunnlag for videre miljøterapeutisk arbeid. Medmenneskelighet, empati og god samtalekompetanse er viktige særtrekk for å kunne lykkes med metodebruk i recovery. I artiklene fremheves den indre motivasjonen som en fundamental faktor for å kunne stå i behandling og ettervern.

Nøkkelord: Recovery-orientert praksis, relasjonskompetanse, kompetanseheving, rusavhengighet, psykoterapi og motiverende intervju

Abstract

Background

This literature study is taking a closer look into personal interventions, basically motivational interview as a method for lifestyle change.

Aims

Exploring how the Motivational Interview (MI) method applied during the recovery-process can strengthen the client's prognosis for improvement during and after rehabilitation.

Design (method)

Five research articles were found through searches in different databases. The articles were analyzed and some themes were highlighted to create a broader understanding of the topic.

Findings

The articles refer to the lack of research and results based on empirical experiences in the field. In addition, it emerges that healthcare professionals have insufficient knowledge of motivational interview and drug abuse.

Discussion

Research shows that MI can be a good way to explore patients' motivation for further behavioral therapy. It is very interesting results about how the MI method shows great results combined with other therapeutic interventions, but is not preferred as method in a longer time perspective.

Conclusion

Not every patient is susceptible to MI. It is emphasized that parameters such as client's mental health, motivation and recovery process timing are significant to evaluate MI as a method.

**RECOVERY
IS SCARY.
BUT SO IS
REMAINING
EXACTLY
THE SAME.**

- DR. ALLISON CHASE

INNHold

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse og bakgrunn for valgt tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning	6
1.4 MI som metode og begrepsavklaring	7
1.5 Oppgavens disposisjon	10
2.0 Teori.....	11
2.1 MI-intervensjon og fakta om metoden	11
2.2 Recovery-orientert praksis og rusavhengighet.....	12
2.3 Kommunikasjonsteori og relasjonskompetanse	12
2.4 MI som første steg i psykoterapi	13
2.4.1 Utforskning av ambivalens og diskrepans	14
3.0 Metode (Vitenskapsteori og metodevalg).....	15
3.1 Teoretisk referanseramme	15
3.2 Fremgangsmåte	16
3.3 Litteratursøk som metode.....	16
3.4 Søkeprosess.....	20
3.4.1 Utvelgelse av litteratur til analyse	23
4.0 Oppsummering av resultater	23
4.1 Tematabell og presentasjon av litteraturmatriser	24
4.2 Sammenfatning av resultater.....	30
Tema 1. MI som psykoterapeutisk metode, innvirkning og effekt.....	30
Tema 2. Recovery-orientert praksis.....	31
Tema 3. Relasjonsbygging med rusavhengige i endringsprosess	32
5.0 Diskusjon	32
Tema 1. Innvirkning og effekt av MI på rusavhengige klienter.	32
Tema 2. Utdringer med recovery-orientert praksis.....	34
Tema 3. MI-intervensjon og positive effekter for klient	35
Metodediskusjon og kritisk refleksjon (metodiske overveielser)	36
6.0 Oppsummering og konklusjon	37
7.0 Referanseliste.....	38

1.0 Innledning

Som vernepleierstudent, samt gjennom erfaring som miljøterapeut i psykiatri og rusomsorg, har jeg fått erfare at det er god profesjonsetikk å holde seg oppdatert på forskning for å utøve forsvarlig praksis i arbeid med klienter. Å lære systematisk metodisk arbeid over tid er forventet av profesjonsutøvere som plikter å jobbe i tråd med forsvarlighetsprinsippet jf. (lov om helsepersonell § 4), en sentral bestemmelse i helsereetten som stiller krav til helsepersonellens utførelse av arbeidet. Den profesjonelle kompetansen kommer av erfaring.

1.1 Begrunnelse og bakgrunn for valgt tema

I miljøarbeid er evnen til samhandling vesentlig for å oppnå en god relasjon til de man omgås. Mye av kommunikasjonen skjer verbalt, men det fins også flere måter å samhandle på. I mitt arbeid som miljøterapeut i psykiatri og rusomsorg har jeg fått erfare både god og dårlig samhandling, jeg vil derfor hovedsakelig synliggjøre resultater som styrker klientens forståelse av seg selv om omverdenen.

Våre erfaringer fra oppvekst og miljøbetingelse påvirker vår forståelse av andre mennesker og situasjoner. Allerede før vi har møtt en person har vi dannet en mening om eksempelvis livstil, livssyn eller holdninger som i enkelte tilfeller kan komme i konflikt med vår egen oppfattelse av hvordan «min» og «din» verden bør være. Et sitat fra *Bære eller bryte* (Røkenes & Hanssen, 2012 s.14) forklarer forforståelse på denne måten: «Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker, for eksempel den kulturen vi er en del av». Videre hevder Røkenes & Hanssen (2012) at forforståelse kan være skadelig i en hjelperrelasjon hvis behovet for effektivisering blir altoppslukende. Forfatterne konkluderer med at det er hensiktsmessig med en god dialog for å skape relasjoner som ikke oppleves krenkende, men likeverdige (O. H. Røkenes & Hanssen, 2012, s. 14-15).

1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

«Hvilken innvirkning og effekt kan motiverende intervju ha i behandlingsforløpet til voksne ressurssterke klienter med opiat- og/eller alkoholavhengighet?»

Ofte er det slik at dobbeltdiagnostikk forekommer innen rusomsorg, men i denne oppgaven er det ressurspersoner som ønsker hjelp som vil bli satt søkelys på. Mennesker med alvorlig grad av rus- og psykiatri lidelser (Samtidig rus og psykiatri-lidelser), dobbeltdiagnoser og demenstilstander vil ikke bli prioritert på grunn av at MI sin samtaleteknikk er ment for klienter som er realitetsorientert (Barth, 2007).

Opiat- og alkoholavhengighet er ifølge Helsedirektoratet et stort problem i befolkningen. Medikamenter og alkohol kan også fremkalle akutte- og forbigående psykoser, særlig ved abstinensbehandling (Helsedirektoratet, 2020).

I denne oppgaven blir personene som har hjelpebehov omtalt som klient og fagperson eller tjenesteyter og tjenestemottaker. Beskrivelsen som klient har rot til den personsentrerte behandlingsformen som MI er. MI som metodisk tilnærming kan gis til personer som er tilsynelatende friske. MI som behandling var ifølge Ivarson, referert av Helsedirektoratet (2019), ut ifra de første konsultasjonene knyttet opp imot mennesker med ressurser til å opprettholde et høyt rusbruk eller lider av diagnosen avhengighet (Barth, 2007).

Samtaleterapi synes jeg er en spennende del av miljøterapeutisk arbeid. Litt ute i skriveprosessen kom jeg til slutt fram til at hovedtema relasjonskompetanse, MI og recovery-orientert praksis var tema jeg ville undersøke nærmere.

1.3 Hvorfor er MI som metode relevant for vernepleierfaget?

Recovery-orientert praksis er de siste årene blitt mer omtalt i helsefremmende arbeid. MI er en metode som ofte blir benyttet i forbindelse med rehabilitering og endrings- og motivasjonsarbeid. NAPHA (nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) er blant pådriverne for økt brukerinvolvering og vektlegging av en recovery-orientert behandlingsstruktur. NAPHA mener at med en mestringsorientert holdning til pasienten bør ha en sentral rolle i moderne helsetjenester for å sikre trygge rammer og bedre kvalitet på helsetjenester som tilbys (Slade, 2007; NAPHA, 2021).

MI er en metode som naturlig tilhører begrepet recovery og som ofte blir benyttet i forbindelse med endring- og motivasjonsarbeid.

Metoden MI sitt mål er blant annet å fremme kommunikasjonen mellom klient og fagperson. Dialog, samarbeid og adekvat kommunikasjon mellom instanser på individ- og systemnivå er nødvendig for å skape resultater. Videre hevder Fellesorganisasjonen at samarbeid er vesentlig for å kunne utøve forsvarlige helsetjenester, og at det er et pålagt samfunnsansvar og plikt for kommende profesjonsutøvere å legge til rette for individuelt tilpasset hjelp og jobbe etter de grunnleggende verdiene. På bakgrunn av MI sin rolle i et helhetlig pasientforløp og forbindelsen til selvbestemmelsesteori og autonomi anser jeg MI som relevant for vernepleieryrket (Olafsen, 2018). Motivasjonsteorien som er beskrevet i *Atferdsanalytisk miljøbehandling* (Viken, 2019, s. 124) mener jeg også er viktig å trekke fram i forbindelse med endringsarbeid. Studien er relevant på bakgrunn av MI-metodens manglende etterprøvbare og valide forskningsresultater. Dette er til tross for omfattende forskning på denne formen for psykoterapi. Jeg kommer nærmere inn på årsaker til manglende evidens samt virkning og effekt i kapittel 4.2.

1.4 MI som metode og begrepsavklaring

For å forstå MI som metode er det flere fremmedord som er aktuelle å forklare tidlig i oppgaven. Begrepene som blir forklart i 1.4 om MI er hentet fra *Motiverende samtale – endring på egne vilkår* (Barth, 2007). Denne boken har jeg benyttet som støttelitteratur fordi den beskriver prosessen MI fra start til mål.

Diskrepans er en uoverensstemmelse (avvik) i tankemønsteret som forteller oss at våre handlinger og væremåte ikke er av slik karakter vi ønsker å fremstille oss selv

på. Dette er i flere tilfeller selvinnsikten og en moralsk brist som kan få fram både sinne og frustrasjon, men også en vilje til å overveie egne evner til å endre livstil (Barth, 2007).

En terapeut bruker **refleksiv lytting** og observerer atferd ved MI. Under en samtale ser vi om klientens væremåte er i strid med verdsettet klienten forteller om, og vi kan stille **oppsummerende spørsmål** for å vise at vi har en **aktiv og lyttende samtalestil**. Møtet med pasient er mest hensiktsmessig hvis motstand mot endring anerkjennes og respekteres. I MI er motstand en naturlig reaksjon på en rolig samtalestil/intervensjon. Motstandsyttringene er inndelt i 4 kategorier:

Reaktans. Å motsette seg å ta imot hjelp hvis problemet fremstilles på en måte som om vi vet løsningen på klientens problemer. (Barth, 2007 s. 102). Unngå **argumentasjon** ved snakk om endring, men heller fortsette en god rytme og samtaleflyt.

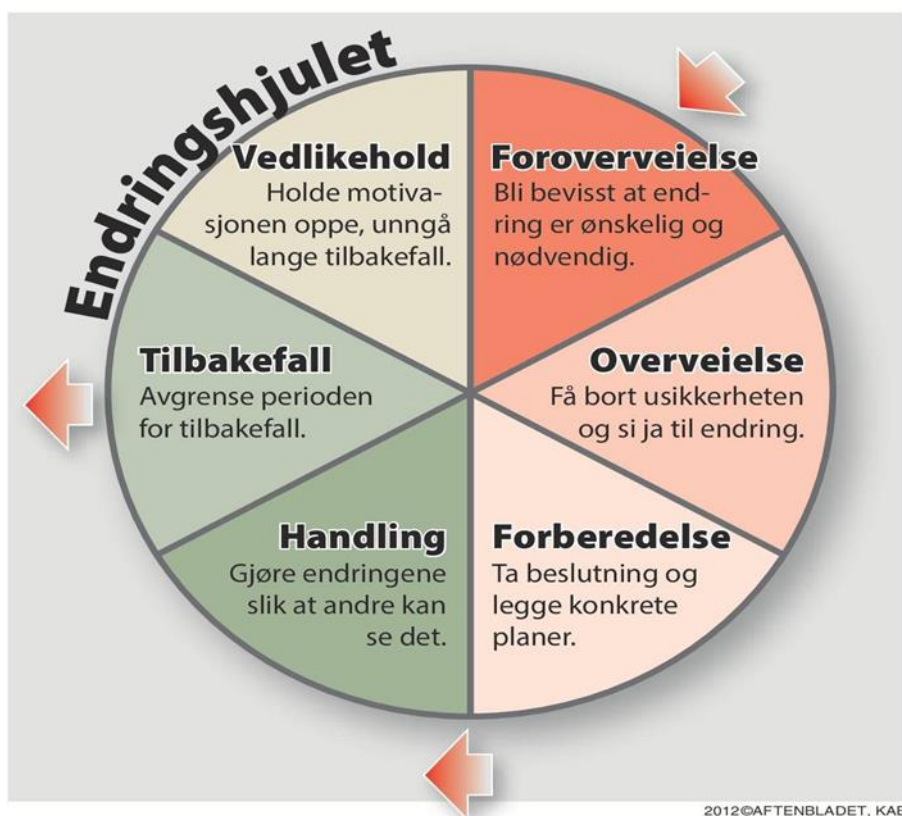
Ambivalens. Handler om hvordan vi vinger mot den ene eller andre retningen, og er i tvil om endring er mulig. En illustrasjon er ambivalenskrysset beskrevet i (Barth, 2007). Et veikryss med to mulige veivalg har forskjellig utfall. Poenget med å utforske ambivalens er klientens bevissthet og anerkjennelse om at beslutning om handling kan føre med seg plusser og minuser uansett hvilke planer og valg som blir gjort.

Hvis vi ser på endringsmodellen (SOC modell) til Prochaskas og DiClementes som vist under, møter vi klienten i en sinnstilstand som kan utvikles dynamisk i behandlingsforløpet. Utforskning av ambivalens er en kjerneelementene i MI.

Beskyttelse. Vi mennesker har flere forsvarsmekanismer som skal hindre vår sårbarhet for å føle skam og skyld. Derfor skjerner vi oss for sannheten og bygger en vegg mot å for eksempel vise følelser eller forklare hvilken sinnstilstand vi befinner oss i (Barth, 2007).

Spill. Terapeutens evne til å gi en form for positiv feedback og holde samtalen i gang til tross for klientens bortforklaringer om problemet. Dette omtales som å «rulle med motstand» (Barth, 2007)

Stages of change modellen. Endringshjulet - Den transteoretiske modellen for endring. Modellen gir en god illustrasjon av ulike stadier og sammenhenger fagpersonell kan møte sårbare mennesker med hjelpebehov.



Dette hjulet blir også kalt svingdørprinsippet fordi det er medregnet et tilbakefall. Om det skjer er opp til klientens vilje og evne til å ta de riktige valgene. Hvis det ikke skjer, finner klienten veien ut svingdøren basert på en tillært beslutningsdyktighet. Handlingsrommet før problematferd skjer er en kritisk fase (Barth, 2007).

MITI. Motivational Interviewing Treatment Integrity (Moyers et al., 2016) er et validert, globalt kvalitetsvurderingsverktøy for samtaleferdigheter. Kodingsprogram for samtalestil blir tatt opp eksempelvis åpne og lukkede spørsmål, enkle og komplekse refleksjoner og oppsummeringer. Første artikkel i denne litteraturstudien bygger på blir screeningverktøy benyttet forbindelse med opplæring av fagpersonell som skal lære MI-metoden. Hensikten er å dokumentere samtaleferdigheter.

Andre begrepsavklaringer

OAUD. Opioid and alcohol use disorders. Dette omfatter for eksempel vanedannende benzodiazepiner og alkoholmisbruk (Helsedirektoratet.no, 2016).

INTERSUBJEKTIVITET. Betyr å dele felles opplevelser i en gitt kontekst. I et intersubjektivt rom skaper vi forståelse om den andre personen slik at «vi-følelsen» kommer til syne (H. O. Røkenes & Hanssen, 2017, s. 48).

CBT og KAT. Cognitive behavioural therapy og kognitiv atferdsterapi.

Denne atferdsterapien utforsker sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. KAT er en anerkjent psykoterapeutisk metode mot psykiske helseplager (*Hva er kognitiv atferdsterapi?*, 2021).

Aksept- og forpliktelsesterapi - En nyere form for kognitiv atferdsterapi

Assertive Community Treatment. ACT og brukes ofte i samarbeid mellom primærhelsetjenesten (fastlegen) og spesialisthelsetjenesten (psykologer, psykiatere). ACT er oppsøkende terapi som forventer mer mestring, sosial fungering og integrering i samfunnet (Helsedirektoratet, 2021).

NAPHA. Norsk kompetansesenter for psykisk helsearbeid (OmNapha, 2021)

KoRus. Kompetansesenter for rusarbeid (KoRus, 2021)

Begge overnevnte har utnevnt samfunnsoppdrag i opplysningsvirksomhet og satsingsfeltet er brukermedvirkning og recovery. Organisasjonene støtter kommuner i å utvikle rusfaglig kompetanse og utdanne helsepersonell. Helsedirektoratet er oppdragsgiver for begge overnevnte kompetansesenter.

1.5 Oppgavens disposisjon

Innledning og teoridel, henholdsvis kapittel 1 og 2 inneholder grunnleggende teori som vil bli diskutert i kapittel 5. I metodekapittel 3 viser jeg stegvis hvordan jeg gikk fram for å finne litteratur. Kapittelet inneholder en skjematisk og strukturert forklaring på trinnene i en søkeprosess og fremgangsmåte. Videre i kapittel 4 blir resultater fra artiklene presentert og analysert i litteraturmatiser. Her oppsummeres resultater og det vil bli sammenfattet et større utvalg av tema fra alle artikler for å finne sammenhenger og trekke ut de viktigste for min oppgave. Innledningsvis i kapittel 5 trekker jeg frem de tre mest relevante temaene som er grunnlaget for resultatfremstilling. Disse blir bestemt ut ifra sammenstillingstabellen om tema. Resultatene blir diskutert og drøftet opp imot betydningen for min problemstilling. Det blir fremstilt et bilde av hvordan de ulike resultatene kan forstås gjennom teori.

Diskusjonen i kapittel 5 blir avsluttet med en kritisk refleksjon over valgt metode og litteratur. Eksempelvis om hvilke elementer i oppgaven som kunne blitt gjort bedre og hva jeg er fornøyd med. I konklusjonen vil jeg trekke linjer tilbake til problemstilling for å se hvor godt den er belyst og prøve å forklare hva funnene betyr for min problemstilling.

Oppsummerte resultat blir sammenfattet og er grunnlag for diskusjon i kapittel 5. Det blir fremstilt et bilde av hvordan de ulike resultatene kan forstås gjennom teori og hva de betyr for min oppgave. Diskusjonen blir avsluttet med en kritisk refleksjon og over egenvalgt metode og kvalitet/relevans litteratur. Eksempler på kritisk refleksjon over eget arbeid er hvilke elementer i oppgaven som kunne blitt gjort bedre og hva jeg er fornøyd med.

Videre skal jeg i konklusjonen vil trekke linjer tilbake til problemstilling for å se hvor godt den er belyst og forklare på hvilken måte funn har sammenheng med problemstilling. I hele prosessen er sammenheng mellom avsnitt og kapitler viktig å følge med på slik at oppgaven har en rød tråd som er lett å følge.

2.0 Teori

2.1 MI-intervensjon og fakta om metoden

MI anses for å være en evidensbasert metode, og det fins nesten 1000 studier som viser at dette kan gi bedre resultater enn det som er tradisjonell rådgivning som er det vanlige [...] Det hevdes at MI tar sikte på å utvikle mennesker med «potensial» (Ivarson, 2018, sitert på Helsedirektoratet.no (2018)). Med potensial menes at personen har evne til å se sine egne problem og ressurser. MI har til hensikt å skape en god relasjon til klient med en empatisk tilnærming. Målet er at klienten skal komme fram til løsningen basert på egne refleksjoner som er et resultat av åpne spørsmål som får klienten til å reflektere over egen livssituasjon. I et MI intervju, også kalt motiverende samtale - er relasjonell oppvarming et grunnleggende element. I endringsarbeid blir terapeutens verbale rolle satt litt til side og det er ønskelig at klienten tar ordet ved å fortelle hva som er problemet (Barth, 2007)

2.2 Recovery-orientert praksis og rusavhengighet

Recovery-orientert praksis er en ideologi som ser mulighetene til å leve et meningsfullt liv, til tross for at dårlig helse setter begrensninger (Slade, 2009). Rapporten *100 ways to support recovery* (Napha 2013) synliggjør behovet for fagpersonell med kunnskap om recovery i helsetjenester. Grunnverdiene i slike prosesser er tilknytning, håp, identitet, mening og empowerment. Empowerment handler om at klienten skal få muligheten til å ta ansvar for egen utvikling, og forklares som personlig recovery. "En dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller." (Anthony 1993, referert i Slade 2017). Klinisk recovery innebærer å gjenvinne sosial funksjon og ta tilbake kontrollen over eget liv (Slade, 2017).

I boka *Nykter - Om Avhengighet og Recovery* hevder Karlsen (2014) at avhengighetssyndromet er en progressiv sykdom. Ifølge terapeuten er mennesket født avhengig og «dependence» ikke nødvendigvis trenger å handle om rusmiddel eller opiater. Han mener rusavhengighet er en følelsessykdom som mange mennesker har. Rusmiddel demper smerte og stimulerer til økt velvære, ro eller rusfølelse. Rusavhengighet er en biopsykososial lidelse ifølge og svært vanskelig å komme ut av hvis behandling uteblir (Helsedirektoratet, 2020).

2.3 Kommunikasjonsteori og relasjonskompetanse

Kommunikasjonsteori er et stort fagfelt. Den daglige kommunikasjonen oss imellom, og hvilken rolle vi velger å ha er opp til den enkelte. Måten fagpersonell til klienter er ifølge en blanding av formell og uformell yrkesrolle, der den formelle rollen er nedfelt i arbeidsinstruksen og den uformelle handler om personlig egnethet og hvem du er som person (Røkenes & Hanssen s. 242).

Å utvikle relasjonskompetanse handler om å være reflektert, forståelsesfull og sette seg inn i hvordan andre fremstår, og hvilken atferd de ønsker å ha. Hvis bærende relasjoner utvikles over tid, er ofte forklaringen god miljøbehandling og tilrettelagte forhold. Det som kjennetegner god miljøterapi, er blant annet terapeutens grunnleggende forståelse av problemet. Endringspotensialet til klienten kommer som oftest lettere frem hvis samtalen har en oppmuntrende tone. Selvfølgelig som

klienten kan få ved å se seg selv objektivt kan i en MI-kontekst føre til at klient tar de riktige avgjørelsene for seg selv.

2.4 MI som første steg i psykoterapi

MI har opprinnelse fra humanistisk psykologi. Abraham Maslow og Carl Rogers ønsket å starte en ny variant av psykologi. De humanistiske motivasjonsteoriene fremmer individets ansvar for egne valg og legger viktige egenskaper i mennesket. Eksempler er evne til relasjonsbygging og selvutvikling. Imsen (2017) definerer behovene som "being needs" (s. 304). Et av MI- metodens mål er å få klient til å forstå at å realisere seg selv ikke nødvendigvis er en enkel oppgave. Klienter som er tilregnelig og har en intelligens innenfor normalen forstår forskjellen mellom rett og galt. Klienten har selv et personlig ansvar for å utvikle ferdigheter som er forenelig med normer og regler i samfunnet. Som tidligere nevnt er det formålstjenlig at behandler i interaksjon med klienten fremstår imøtekommende og viser omtanke ovenfor klient.

Hvis klient evner å gjennomføre den første samtalen kan det være starten på en endringsprosess. Ved første dialog har tjenesteyters fremtoning betydning for utfall av intervensjonen. Et dårlig førsteinntrykk kan for noen ikke la seg reparere (Barth, 2007 s.38). Det er «klientens opplevelse om samtalens funksjon som bestemmer hvilket utfall terapien får», ifølge (Barth, 2007 s. 58).

En aktiv og engasjert klient som tar initiativ til endring, er et delmål i MI. Observasjonene terapeutene gjør i forkant og underveis i behandling benyttes til å planlegge metoder for atferdsendring sammen med klienten (Barth, 2019 s.150). I tradisjonelle atferdsteoretiske metoder er begrepet motstand brukt for å finne ubalanse og forsvarsmekanismer som oppstår hos klienten. Disse uoverensstemmelsene blir omtalt som diskrepans. Terapeutens oppgave er å ha en tilstedeværelse som oppfattes anerkjennende, slik at klient føler at noen lytter. MI-metoden er en ikke-konfronterende samtalestil. Det blir stilt åpne spørsmål fremfor lukkede. Ved åpne spørsmål får klienten mulighet til å reflektere over egen atferd, og terapeuten bruker spørreord som -Hva – Hvordan - Hva tenker du om det. Hensikten er at slike spørsmål skal opprettholde klientens «monolog». Lukket spørsmål er det motsatte. Ved lukkede spørsmål får ikke klienten anledning til å gi svaret de selv

ønsker, og det fører ofte til korte svar som ja – nei eller kanskje. Slike spørsmål egner seg hvis vi vil ha bekrefte eller finne ut av noe tallfestet eller konkret (Barth, 2007)

“Angsten er menneskets erkjennelse av ikke å være i sann overensstemmelse med seg selv ...” Kierkegaard, S. (1969) Om klienten klarer å se avvik eller mønster i egen oppførsel og livsstil som ikke samsvarer med sitt eget verdisett kan endringsarbeid være mulig. Er jeg den personen jeg ønsker å være, eller utgir meg for å være, eller speiler min atferd måten jeg ønsker å fremstå ovenfor meg selv eller andre? MI er på denne måten en empatisk måte å utforske sinnet på -fra terapeutens side. Men selvkonfrontasjonen og erkjennelse av karakterbrister er ofte drivkraften som skaper rollekonflikt i klientens tenkemåte (Barth, 2007 s.82).

2.4.1 Utforskning av ambivalens og diskrepans

Hvis klienten går i forsvarsmodus kan det ofte være en beskyttelsesmekanisme som er en naturlig reaksjon i terapeutisk kontekst. Å vise motstand kan beskrives som å være umotivert, og motivasjon eller motstand er tett knyttet opp mot viljen til å endre seg (Barth, 2007 s 99-100). Men det er i motstanden MI-terapeuten kan finne ambivalensen, som er et mål med behandlingen.

Refleksiv lytting og utforskning av diskrepans er skape en indre konflikt slik at klienten klarer å sette ord på følelsene og fortelle ærlig og ekte hva som er problemet. Diskrepansen til klienten blir forklart som en uoverensstemmelse mellom holdninger og etiske prinsipp som er iboende i mennesket. MI terapeuten leter etter denne tankevirksomheten, og utforskning av diskrepans er et sentralt element i metoden(Motiverendeintervjusommetode, 2017).

En teknikk for å håndtere klientens motstand, er å unngå korreksjonsrefleksjonen som oppstår dersom vi betviler motpartens påstander. I MI er begrepet å “rulle med motstand” å unngå konfrontasjon og argumentasjon, men heller speile den andre ved å reflektere eller omformulere hva klienten sier. Ved at vi gjentar og bruker oppsummerende refleksjoner oppfatter klienten at vi lytter. Hvis en sårbar person i behandling føler seg interessant og i sentrum har det stor betydning for videre behandling (s.45).

3.0 Metode (Vitenskapsteori og metodevalg)

Oppgaven er en litteraturstudie som har brukt fem vitenskapelige artikler for å underbygge problemstilling. Metode kan ses på som en strategi for å skape en oversikt over det jeg ønsker å undersøke nærmere (Dalland, 2017,49).

3.1 Teoretisk referanseramme

Jeg velger å starte dette kapitlet med å forklare hvilke teoretiske prinsipper som har betydning for hvordan vi forstår andre mennesker. Hermeneutikk og fenomenologi er begrep som kan knyttes opp mot denne oppgaven da metodisk tilnærming handler om å sette seg i andre menneskers tankegang med hensikt i å hjelpe (Barth, 2007). Vi tolker andre med bakgrunn i egne erfaringer. Klientene vi møter kan ut ifra teorien betraktes som fenomener som oppleves og gir fagpersonell et kunnskapsgrunnlag for å danne en mening, en forståelse av den andre. Søren Kierkegaard sa at "Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. «Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst [...]» (Kierkegaard, 1813-1855). En terapeut lærer av erfaring å tyde væremåte, kroppsspråk og holdning. Den synlige non-verbale atferden er ofte nok til å se klientens psykiske tilstand. Det er spesielle kommunikasjonsteknikker som anvendes med MI, og det fins forklaringer til hvorfor klienter opplever terapeutens verbale tilbakeholdenhet som en empatisk og tillitsfull måte å møte den andre i et intersubjektivt fellesskap (Barth, 2007; Røkenes & Hanssen, 2012). God dialog kombinert med aktiv/refleksiv lytting, gir fagpersonell muligheten til å speile klienten og forstå utfordringene klienten står i. I miljøterapi bruker terapeut sansene og forforståelsen/forståelsen aktivt i bruk for å oppfatte klientens tolkning av verden. Det er ikke sagt vi kan kontrollere eller få en forklaring på hvordan og hvorfor mennesker handler så forskjellig. En forståelse av hermeneutikk og fenomenologi kan hjelpe terapeuten å fornemme klienters subjektive opplevelse av egen livssituasjon (Dalland, 2017 s.45-47).

3.2 Fremgangsmåte

I dette kapitlet skal jeg forklare hvordan jeg systematisk samlet inn informasjon for å få oversikt og kunnskap om valgte tema. Jeg skal i metodekapittel forklare hvordan jeg har fremskaffet datagrunnlag om MI og begrunne valgene i lys av problemstilling (Dalland, 2012, s. 225). Problemstillingen bestemmer hvilken metode som er mest hensiktsmessig. Oppgavens resultater og diskusjonsgrunnlag er basert på sekundærdata. Det betyr at informasjonen er samlet inn av andre i eksempelvis tidsskrifter (Thidemann, 2015, 77). Søkeprosess blir fremstilt i tabell.

3.3 Litteratursøk som metode

Innledningsvis ble det gjennomført søk i databaser med ord fra problemstilling og synonymer fra synonymordboka.no. Det ble utført kildekritikk for å kartlegge om valg av metode og datagrunnlaget fanget opp det jeg ville undersøke. På grunn av målsetting om å konkretisere MI's effekt på kort og lang sikt valgte jeg både kvalitativ og randomiserte artikler i denne litteraturstudien. Det var ønskelig å finne resultater fra et klientperspektiv, hovedsakelig kvalitative intervju som beskriver informantenes subjektive opplevelse av MI-intervensjon.

Kvantitativ forskning som har studert metodens effekt i et lengre tidsperspektiv ble valgt for å få konkrete resultater og statistiske målinger om metodens virkning. Spesielt viktig var fagpersoners erfaringer på individ- og systemnivå viktig for å få breddekunnskap om implementering, funksjon og utvikling av metoden i helsefremmende arbeid (Thidemann, 2015, 78). En litteraturstudie bygger på data som er innhentet fra eksempelvis fagfelleverderte tidsskrift (Thidemann, 2015 s.77). Mitt forskningsdesign er av fenomenologisk design (Thidemann, 2014 s.74).

Det ble innledningsvis utført innledende søk med et bredere utvalg av søkeord for å ikke ekskludere for mange artikler. Jeg utformet en PICO-tabell etter (Thidemann s.86) for å få bedre oversikt over tema og knyttet opp flest mulig nøkkelord til en sammenstillingstabell. Deretter gjorde jeg en tematisk analyse før avgrensning til de tre mest relevante temaene. Disse ble grunnlaget for teoridel og oppsummering av resultat/diskusjon. Temaanalysen gjorde jeg etter Thidemann (2014) sin metodikk for systematisk granske tema i vitenskapelige publikasjoner.

Presentasjon av PICO-tabell

Tabell 1. PICO skjema

Populasjon (Hvem)	Intervensjon (Hvordan)	Comparison	Outcome (Utfall)
Hvilket problemområde skal undersøkes?	Hvilken tilnæringsmåte eller tiltak dreier det seg om?	Ønsker jeg å sammenligne ulike metoder? Er det alternativer til metoden?	Hva er ønskelig resultat/utfall? Hvilke resultater kan intervensjonen få?
Mennesker med rusavhengighet, kommunikasjonspromblematikk.	Motiveringsarbeid og endringsfokusert rådgiving.	Jeg ønsker å trekke frem likheter og ulikheter mellom metoder. Det er mange alternativer innenfor emnet samtaleterapi.	Endring av problematferd. Klientrettet løsningsorientering. Motivasjon skapes og rusfrihet opprettholdes over tid.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Utgitt siste 10 år • Publisert i vitenskapelige tidsskrift/empirisk/erfaring • Fagfellevurdert/Peer view 	<ul style="list-style-type: none"> • Over 10 år gammel forskning • Fagartikler • Oppsummert forskning, sekundær
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativt forskningsdesign • Empiriske studier/erfaringer fra primærhelsetjeneste 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativt forskningsdesign • RCT studies OR/AND randomisert controlled trial
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale helsetjenester/primary care • Rehabilitering • Rusavhengighet/addiction 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjeneste/secondary health-care og sykehus
<ul style="list-style-type: none"> • Voksne • Artikkel/journal article • Kommunikasjon/communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Barn og ungdom/child care/barnehage • Eldre/elderly people/skolen
<ul style="list-style-type: none"> • Sammendrag/abstract • Full tekst/full text • Referanser/references 	<ul style="list-style-type: none"> • Norsk, svensk og dansk (2 av 5 artikler) • Engelsk språk (3 av 5 artikler)
<ul style="list-style-type: none"> • Substance abuse AND/OR OAUD (Opitate and alcohol addiction/avhengighet syndrom) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk sykehus/Mental institution • Komorbide lidelser/dual diagnosis

Tabell 3. Utvalg av søkeord

<p>Utvalg av søkeord ved de første utvidede søkene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivational Interviewing OR/AND MI, substance abuse, drug addiction treatment, behavior therapy, health behavior change, self-concept, clients perspective, firstperson perspective og qualitative • Intervensjoner AND/OR rusforskning • Rehabilitering OG endring(prosess) • Rehabiliteringsforløp//Rehabilitation/Lifestyle change/atferdsendring • Kvalitativ og kvantitativ, Motstand OG/ELLER motivasjon. • Empirisk forskning OG/ELLER KBP/Erfaringer fra helsesektor/fagfelleverdert • Primærhelsetjenesten/primary AND/OR social health care • Samtaleterapi/therapy CBT OR/AND cognitive behaviour therapy • Randomised controlled trial, mixed method • Efficacy
<p>Søkeord som resulterte i de inkluderte artiklene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasjon OG endring • Motivational interview AND cognitive behaviour therapy • Rusforskning OG motiverende intervju • (Motiverende intervju) AND (recovery-orientert praksis) • Motiverende intervju OG endring

3.4 Søkeprosess

Søkeprosessen blir forklart i søketabell jf. Thidemann (2014). Der fulgte jeg en mal som beskrev hvordan jeg skulle gå fram i mine søk. *Den lille motivasjonsboken for sykepleierstudenter* (2014) har tips til effektive lese- og analysestrategier i litteraturstudie. Prosessen er forklart trinnvis. Ved utvelgelse av tema og litteratur spisset jeg søkene med trunkering for å komme innpå emneord som samsvarte med min problemstilling (Thidemann, 2015 s.29).

Helsebiblioteket.no ansett som en pålitelig og informativ side. Der logget inn med eget brukernavn og passord etter å ha opprettet bruker. Så fanen «emnebeskrivelse» i hovedmenyen (MeSH, medical subject headings) og fant link til «psykisk helse». Helsebiblioteket har litteratur fra blant annet «PsycINFO». Ovid PsycINFO og jeg fant relevante artikler med referanseliste, sammendrag på norsk og engelsk og mye tema jeg var ute etter.

PICO-tabell, som vist i (Thidemann s.86), ble utarbeidet å få bedre oversikt over tema. Jeg sammenstilte flest mulig nøkkelord fra alle inkluderte artikler for å se en sammenheng, Utgangspunktet for teorivalg, resultat- og diskusjonsdel fikk jeg av å gjøre temaanalysen i Thidemann (2014

Avgrensningen ble bestemt før innledende søk. Thidemann (2014) henviser til bruken av tabell for å lage en oversikt over søkeord til bruk ved strukturerte søk. Inklusjon- og eksklusjonstabell er et hjelpemiddel for å få mer presise søk (tabell 2. Tabeller med søkeord ga oversikt og et ryddigere utvalg av søkeord for spissing av søk og for å unngå for store treff og for å ikke gå glipp av relevant forskning.

Med en kombinasjon av boolske operatører utførte jeg for eksempel dette søket: (Cognitive Behaviour therapy) AND (motivational interview), jf. (Thidemann, 2014). For å begrense treff ble NOT «(child care)» valgt. Dette søket fa 7014 treff. Ved omfattende søk er det ofte nødvendig med flere avgrensninger. Til tross for stort treff ble det etter noe leting funnet en artikkel som hadde sammenheng med min problemstilling: *Her er det rom for medmenneskelighet* (Meese, 2017).

For å få oversikt over tema så jeg først på tittel, undertittel, abstract og nøkkelord. Oria brukte jeg til å kvalitetssikre datamaterialets kvalitet. Alle artikler var

fagfelleurdert (peer view). Det vil si godkjent vitenskapelig publikasjon og vurdering av innhold er gjort av eksperter i forskningsfeltet (Thidemann, 2014 s.68).

Databasene som ble benyttet i studien var Helsebiblioteket, Google scholar, Oria og Idunn. Avanserte søk og avgrensninger gjorde søkeprosessen mer presis. Nettsiden Synonymordboka.no ble flittig benyttet for å variere søkene, og ga dessuten flere ord og idéer om kombinasjoner. Ordboka ble benyttet gjennom hele skriveprosessen. Søk & Skriv og Helsebiblioteket.no ble brukt for å lære effektiv lesing og søkestrategier.. Presentasjon av søkeprosessen vises i tabell 3 som følger.

Tabell 4. Søkeprosess

Data-base	Dato	Søk nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrenset til	Treff	Leste abstract/vurderte artikler	Inkluderte artikler/hvorfor valgt?
Idunn	14.04.21	1	Motivasjon OG endring	Med eksakt uttrykk: "motiverende intervju"	10	3/1 Vurdert artikkel (først inkludert i litteraturstudien) ble etter analyse ekskludert fordi artikkel var oppsummert forskning og ikke empirisk	Artikkel 1 Kamouflert ekspertrolle - et paradoks i endringsarbeid
Oria	30.05.21	2	(Motiverende intervju) AND (recovery-orientert praksis)	IKKE eldre enn 5 år Fagfelle-vurdert	103	3/1 Artikler ble ekskludert pga -Feil bruker-gruppe -Musikkterapi -Oppsummert forskning	Artikkel 2 Her er det rom for medmenneskelighet
Oria	31.05.21	3	(Cognitive Behaviour therapy) AND (motivational interview)	NOT "(child care)"	7014	2/1	Artikkel 3 Integrating Motivational Interviewing With Cognitive Behavioral Therapy
Oria	21.05.21	1	Motiverende intervju OG endring	Siste 3 år Fagfelle-vurdert	2	1	Artikkel 4 Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsallianse-kompetanse etter utdanning i Motiverende Intervju
Google scholar	17.05.21	1	Rusforskning OG motiverende intervju	>2010	3680	-	-
Google scholar	17.05.21	2	Rusforskning OG motiverende intervju	>2010 Inkl: primærhelsetjeneste	1760	2 abstract/ 1 metaanalyse	Artikkel 5 Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov.

3.4.1 Utvelgelse av litteratur til analyse

Relevant litteratur fikk jeg ved å være systematisk i søkeprosessen. Jeg fant litteraturen ut ifra nøkkelord og sammendrag og leste først resultater. Deretter så jeg gjennom konklusjonen før jeg inkluderte eller forkastet artikkelen. I henhold til inklusjons, -og eksklusjonskriteriene utelukket jeg søkeord som psykiatri. Dette på bakgrunn av alvorlig sinnslidelser, demens og psykiatri. En av mine inkluderte artikler omhandler ACT behandling som er knyttet til alvorlig sinnslidelse og oppsøkende behandling. Jeg valgte likevel denne artikkelen fordi dens likhetstrekk med MI og recovery-orienterte tankegang.

4.0 Oppsummering av resultater

I denne delen skal jeg oppsummere de mest eksplisitte funnene som støtter opp problemstillingen min. Resultatene fant jeg ved å lese grundig gjennom resultatdel og markerte hovedfunn med rødt og sentrale funn med gult. Jeg stilte meg selv spørsmål om hensikten med å lese teksten. Jeg konkluderte med at tittel, problemstilling og forskningsspørsmålene var forenelig (hadde sammenheng) med mitt eget arbeid (Thidemann, 2014 s.91).

De fem utvalgte litteratormatrisene er datagrunnlaget som belyser min problemstilling. Analyse får frem blant annet tema, forskningsdesign og metodevalg. Det blir lengre ned i matrisene redegjort for åpenbare funn, styrker og svakheter ved studien. Resultatene de fem artiklene sammenfatter jeg til en helhet og gjør deretter en utfyllende analyse. Analysemodellen er delvis blitt inspirert av Aveyards tematiske analysemodell (2014). Thidemann, 2019, s. 96) ble ikke benyttet da alle artikler er fagfelleurdert og kvalitetsikret som vitenskapelige publikasjoner. Helsebibliotekets sjekklister for kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2020) og rådene fra Thidemann, 2019, s. 96) ble ikke benyttet da inkluderte artikler er kvalitetsjekket.

I neste kapittel skal jeg sammenfatte de viktigste nøkkelfunnene fra de representative artiklene som jeg mener belyser problemstilling. Videre følger resultatanalyse.

4.1 Tematabell og presentasjon av litteraturmatriser

Tabell 5. Oppsummering av foreløpige tema

Oppsummering av tema.		
Artikkel	Tema i artikkelen	Forklaring til hvorfor jeg valgte artikkel
<i>Kamouflert ekspertrolle</i> Norsk studie	Rollekonflikt, synliggjør kunnskapsnivå, mangelfull forskning og data, ubevisst i hjelperollen, fagpersonell vet bedre. Kartlegger samtaleferdigheter.	Artikkelen valgte jeg fordi den synliggjør et kunnskapshull blant fagpersonell, mangel på forskning og inneholder mye relevant MI-teori som er med å underbygger min problemstilling
<i>Her er det rom for medmenneskelighet.</i> Norsk, dansk studie	Empati. Kompetanseheving, viser eksperimentering med forskjellige metoder,	Denne ble ansett relevant fordi den viser hvordan MI kan være supplement i forpliktelsesterapi, og at innslag av metoden fint kan brukes som støttebehandling og skape motiverte klienter
<i>Integrating MI with CBT</i> USA	Viser til MI sitt potensiale innen psykoterapi, effekt i kombinasjon og dokumenter langtidseffekt, oppfølgingperiode og ettervern	Kvantitativ RCT studie pga målbar effekt og innvirkning Selv om denne handler om angstlidelse viser den til effekt. Dessuten forekommer angst ofte før, under og etter behandling (kilde). På bakgrunn av dette anses artikkelen relevant for min problemstilling
<i>Terapeutens opplevelse av egen allianse/samtalekompetanse etter utdanning i MI</i> Norsk studie	Kartlegger samtaleferdigheter og resultat av kurs. Viser gode resultater, men også utfordring ved å implementere MI i rehabilitering. Viser til bruk av ressurser og tidsperspektiv. Kompetanseheving, utvikling av tjenester, sammenheng med recovery-prinsipp, samtalekompetanse, eksplisitt utvikling av rollen som miljøterapeut, brukermedvirkning og samarbeid	Denne er valgt på bakgrunn tema som gjengår i mine valgte artikler. Noe av tematikken som er relevant for min problemstillingen er eksempelvis tjenesteyteres ansvar for å utøve forsvarlig praksis, i henhold til helsepersonelloven §4. Artikkelen synliggjør effekter og kompetanseheving i helse tjeneste. Også i et lengre perspektiv. I motsetning til artikkel 5 viser de til gode resultater etter implementering av MI i et spesifikk helseforetak. Resultater nevner trygghet og kommunikasjon som viktige elementer. Denne artikkelen viser til gode resultater om MI som metode og har tett forbindelse med recovery-orientert praksis
<i>Sykepleieres erfaringer om rus og rusrelaterte lidelser</i> Norsk studie	Kunnskapsnivå, relasjonskompetanse, kommunikasjon og forståelse av rusavhengighet og hva som ikke skyldes rus. Tilnæringsmåte	Valgt pga erfaringsbasert kunnskap og viser empirisk forskning. Kvalitativ og relevant fordi den tar opp bekymringer og utfordringer og hvordan fagpersonell kan tilnærme seg rusavhengige klienter

Tabell 6. Artikkel 1

Referanse	Høiby, A. & Ranger, M. N. (2019). Kamouflert eksperterrolle - et paradoks i endringsarbeid: En studie av helse- og sosialarbeideres samtalestil og rolle i motivasjons- og endringsarbeid. <i>Tidsskrift for velferdsforskning</i> , 22(4), 298-312. https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-03
Hensikt	Formålet var å kartlegge samtalestilen mellom fagpersonell og klienter og bruke datamaterialet for å konstituere et bedre tjenestetilbud med bedre kommunikasjon. Målet var å rette fokus på ansattes samtalekompetanse for å styrke relasjonelle forhold iht brukerinvolvering
Metode	Kvalitativ studie, datamateriale består av 250 transkriberte samtaler med et strategisk utvalg av helse og sosialarbeidere i forkant av deres videreutdanningskurs i MI. Samtalene inneholder simulert MI-intervju mellom fagpersonell og klient (rollespill mellom kursdeltakere med en reell problemstilling). Kvalitativ dybdeanalyse ble utført av samtaler i et utvalgt kull i 2015. Validert kvalitetsverktøy ble anvendt i analysen. Det ble gjennomført kvalitativ og kvantitativ dybdeanalyse av 13 transkriberte samtaler
Utvalg	Hovedsakelig kvinner mellom 20 og 40. Et kriterium for å delta på kurs var at utvalget hadde erfaring med endringsarbeid og hadde bachelor i helserelaterte yrker. I tidsperioden 2013-2019 deltok 250 informanter.
Resultater	Studiens hovedfunn er at fagpersonell går inn i en posisjon som "eksperter" og ikke tiltrer en lyttende og motivasjonsskapende samtalestil. Forskerne hevder tilnæringsmåten bærer preg av pasientsentrering fremfor personsentrering, men at dette skjer ubevisst i hjelperollen. "I analysen av de 13 samtalene med globale kriterier for samarbeid scorer samtalene relativt lavt på samarbeid, i gjennomsnitt 2-3 på en skala fra 1-5 med analyseverktøyet MITI.
Kvalitet og kildekritikk	Informert samtykke og deltakere er anonymisert. Konfidensialiteten og integritet til utvalget blir ivaretatt. Det bevitner at etiske overveielser er kartlagt og personvernet er tatt hensyn til. Det rettes et kritisk blikk mot maktfordeling og sykelligjøring av pasienter. Forskerne er kritiske til hvordan styring av atferd kan oppfattes krenkende i endringsarbeid.
Relevans	Jeg valgte denne artikkelen fordi temaene er aktuelle for å belyse min problemstilling. Artikkelen har en recovery-orientert ideologi og kompetanseheving i samtaleteknikk er relevant for min problemstilling
Etikk og jus	Informert samtykke og deltakere er anonymisert. Konfidensialiteten og integritet til utvalget blir ivaretatt. Det bevitner at etiske overveielser er kartlagt og personvernet er tatt hensyn til. Det rettes et kritisk blikk mot maktfordeling og sykelligjøring av pasienter. Forskerne er kritiske til hvordan styring av atferd kan oppfattes krenkende i endringsarbeid.

Tabell 7. Artikkel 2

Referanse	Eva Skov, M., & Tor-Johan, E. (2017). Her er det rom for medmenneskelighet. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> (4), 315-326. https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04
Hensikt	ACT har som målsetting å utøve personsentrert oppsøkende behandling, på en måte som gjør det enklere for alvorlig syke å få Målet var å innhente så konkret kunnskap som mulig fra ACT-ansatte basert på deres opplevelse og erfaring med recovery-prosessen. Undersøkelsen har derfor en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. De som planla studien og informantene hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid forsvarlig helsehjelp. ACT vil ifølge artikkelen føre til reduksjon av innleggelse og fremme sosial fungering. Recovery-perspektivet i ACT handler om å kartlegge pasientenes ønsker, behov og senke terskelen for å oppsøke hjelp. Studien hadde økt brukermedvirkning som et konkret satsningsfelt
Metode	Semistrukturert intervjuguide ble anvendt. Informantene hadde rom for å velge metode, og utvalget brukte metodikk fra blant annet motiverende intervju , systemisk-, kognitiv-, og psykodynamisk terapi. Studien benyttet både kvalitativ og kvantitativt forskningsdesign
Utvalg	Utvalget besto av tre team og totalt 18 ACT-ansatte, seks fra hvert team: to danske og et norsk team. Aldersfordelingen hos informantene varierte fra under 30 til rundt 60 år, hovedtyngden mellom 40 og 50 år. Informantenes arbeidserfaringer i ACT team varierte fra et halvt år til over ti år.
Resultater	Studien viser til undersøkelser og konkluderer med enighet om at tillitsbaserte relasjoner er vanskelig. Forskerne legger bakgrunn og tidligere påkjenninger som grunnlag for påstanden. Traumeforståelse og forståelse av hvordan man utvikler relasjonskompetanse ble diskutert som videre tiltak for bedring av tjenester. ACT-modellen gjorde på bakgrunn av resultatene det mulig å oppsøke klientene på en brukervennlig måte, sammenlignet med tidligere arbeidserfaringer innen psykisk helsearbeid. Utvalgets selvrapporing ga et bredere handlingsrom, økt frihet og selvstendighet, samt anledning til å ta i bruk kreativitet for å sette sitt preg på behandlingen. Informantene rapporterte om positive brukererfaringer med ACT modellens helhetlige behandlingstilbud. Det var enighet i fokusgruppen at ACTmuliggjør å bedre kvaliteten i oppsøkende terapi. Undersøkelsen belyste at ansatte fikk erfare både glede og tilfredshet med å arbeide recovery-basert, til sammenligning med tidligere erfaringer fra psykisk helsearbeid. Forskerne retter kritikk til egen forskning og ACT som modell. De forklarer om mange aktivitetstilbud, men at jobb og utdanning ikke blir prioritert som målsetting. Av denne grunn viker ACT-modellen fra recovery-prinsippet om deltakelse i alle livsforhold
Kvalitet og kildekritikk	Publisert i nyere tidsskrift fra 2019. Informantene ble anonymisert. Artikkelen er hentet fra fagfelleurdert tidsskrift. Undersøkelsen er rettet mot bedre tilrettede tjenester og er skrevet for helsepersonell, og derfor overførbart til å videreutvikle helsetjenesten. Det er styrkende for studien at deltakere jobbet tverrfaglig. Det blir også tatt opp utfordringer med tverrfaglig samarbeid. Begrensninger med studien er informantenes manglende kontakt med pårørende og mangel på nettverksbygging. At studien er et samarbeid mellom norske og danske informanter, og kan både være en styrke og svakhet for studien. Det er styrkende for studien at utdannede helsepersonell fra flere land deltar og at utvalget har godt kjennskap til metodisk arbeid. Det henvises til forskjell i lovgivning som førte til mangel på effektivitet og frustrasjon i gruppa.
Relevans	Artikkelen anses relevant fordi den utforsker atferdsterapeutiske metoder og drøfter kvaliteten i helsetjenester. ACT-modellen er basert på relasjons- og tillitsbygging mellom tjenesteyter og pasient, og disse kriteriene samsvarer med problemstilling. Artikkelen viser til effekten av kombinasjon av behandlingsmetoder, deriblant MI. Studien er i tillegg relevant fordi problemstillingen forskningen belyser tema som økt brukermedvirkning, individuelt tilpassede tilrettede tjenester og utdanning i samtalerterapi.
Etikk og jus	Undersøkelsen var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Forskningsetiske prinsipp ble fulgt iht krav. Før undersøkelsen ble informantene utstedt skriftlig informasjon om deltakelsen. Det var frivillig og mulig å trekke seg uten å gi forklaring på årsak. Informantene skrev samtykkeerklæring.

Tabell 8. Artikkel 3

Referanse	Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M.M. (2016.) Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial. <i>J Consult Clin Psychol</i> , 84(9), 768-782. https://doi.org/10.1037/ccp0000098
Hensikt	Forskerne utførte studien på bakgrunn av manglende forskning på feltet kombinasjonen MI og CBT. Formålet med studien var å avklare om MI kunne bidra til å styrke effekten av CBT og gi mindre symptomtrykk på generalisert angstlidelse. Forskerne ønsket resultater på langtidseffekter ved bruk av MI kombinert med CBT, sammenlignet med CBT som eneste metode. Bakgrunnen for studien var å finne ut om MI terapeutene kunne jobbe systematisk med motstanden og opposisjonen mot behandlingen. Forskerne viser til forbedringspotensialet i kognitiv atferdsterapi, og hevder opplæring er nødvendig for å øke effekten.
Metode	Forskningsdesign er Randomisert studie (RCT) fra Toronto, USA. 15 mnd periode 2012-2013. Informantene tok screening med DSM-kriterier (klassifiseringsystem i USA) og avhengighetssyndrom i ICD-10 (internasjonalt klassifiseringsystem av diagnoser) DSM-kriterier for å kontrollere grad av generalisert angst (GAD).
Utvalg	De inkluderte Informantene var voksne. Hovedsakelig kvinner med kaukasisk etnisk bakgrunn. Diagnostisert med komorbiditet (dobbeltdiagnostikk) var et kriterium for å delta i studien. Kravet for deltakelse var oppstart med en baseline med alvorlig GAD. Dette var regnet som et eksklusjonskriterium. Resultater for utvalget som ble med i hele testperioden: <i>N=43 CBT alene 15 konsultasjoner totalt i forsøksperioden</i> <i>N=42 MI + CBT 4 MI-samtaler i oppstartsfasen, fulgt av 11 CBT timer i forsøksperioden</i> Forhåndskriterier for deltakelse i studien var alvorlig grad av GAD. Forskerne ønsket personer som ikke brukte medisiner som påvirker hukommelse (amnesi), eksempelvis medikament med sedativ/beroligende virkning. Dette skulle gi mer valide testresultat, spesielt ved selvrapporing. Forskerne er kritisk til medikamentbruk som kan påvirke bevissthetsnivået og deltakers test- og behandlingsresultat.
Resultater	De eksplisitte funnene er en signifikant bedring av psykisk helse for de som mottok både MI og CBT fremfor bare CBT alene. Kombinasjonsmetoden førte til færre drop-out etter selvrapporing. Sjansen for å ikke lenger oppfylle GAD-diagnostiske kriterier var også 5 ganger høyere etter 12 måneder for klienter som fikk MI-CBT sammenlignet med CBT alene. Det var også dobbelt så mange frafall i CBT alene sammenlignet med kombinasjon av MI og CBT (23% mot 10%). Disse funnene støtter MI som et ledd i CBT i rehabilitering for alvorlig GAD. Forskerne synliggjør i studien viktigheten av å trene terapeuter i samtaleteknikk
Kvalitet og kildekritikk	De mest markante funnene hevder baseline (utgangspunkt) i grad av motivasjon ved oppstart har stor betydning for testresultatene. Forskerne mener denne faktoren er av høy relevans for upålitelige resultater og dermed en svakhet i studien. Studien argumenterer for høy grad av overførbarhet til helserelaterte yrker. De fremhever positive effekter på utvalgets respons på metodetriangulering. Den kvalitative intervjuprosessen bar preg av god selvrapporing som jeg anser som en styrke i studien.
Relevans	Artikkelen er relevant fordi den konkretiserer MI i kombinasjon med andre terapiformer. Den omhandler ikke direkte rusavhengige, men knyttes opp mot motiverende intervju som behandlingsmetode i kombinasjon med kognitiv behandling. Nøkkelord i sammendraget var interessant og traff problemstilling. Etter å ha skimlet artikkelen fant jeg relevant data for min studie. MI som supplement i rehabilitering og tema metodetriangulering for å undersøke effekt. Studien gir belegg for påstanden til Helsedirektoratet om at MI kan bidra til at klienter motiveres til å gjennomføre behandling.
Etikk og jus	Institutional Ethics Review Boards for research godkjente alle tiltak og prosedyrer i denne studien.

Tabell 9. Artikkel 4

Referanse	Berge, M. C., Breiseth, V., Lilja, L. & Aune, T. (2018) .
------------------	---

	Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i Mo- tiverende Intervju: Therapists' experience of changes in their own alliance competence after completing Motivational Interviewing education. I(bd. 15, s. 296).
Hensikt	Studien baseres på forventninger som terapeuters kommunikasjonsferdigheter. Formålet var å bidra til mer forskning som belyser effekten av behandlingsresultater og forskjeller mellom metoders funksjon i atferdsterapi. En sentral målsetting med studien er økt kompetanse i alliansebygging med klienter.
Metode	Studien har et triangulerende mixed method-design (Erzberg & Keller, 2003) og benytter kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Det ble utført parallell undersøkelse. Delstudie 1, Kvantitativ del: Alle deltakere ble spurt om basiskunnskaper før og selvrapporterte med spørreundersøkelse. Informantenes grunnlag ble satt som baseline (utgangspunkt) før kurs i MI. “Studien hadde et kvantitativt utgangspunkt, som ble supplert med et kvalitativt perspektiv for å få et mer komplementært og fullstendig resultat” Kvalitativ: Utvalget ble etter kursing tatt inn til semistrukturert samtaler som kartla effekt og personlig erfaring. Intervjuet var basert på spørreskjema fra kvantitativ del. Med parallell dataanalyse som analyserer kombinerte metoder gir sikrere resultater, ifølge (Thidemann s. 79).
Utvalg	Utvalget besto av studenter som deltok på utdanning i MI: Delstudien besto av N= 20 kvinner og seks menn. Informantene måtte ha klinisk erfaring og være vant med klientkontakt. Viktig for studien var at studentene hadde to måneder til å kjenne effekt av kurs i egen praksis. Dette kan ha vært styrkende for studiens pålitelighet, på grunnlag av erfaringsbasert praksis før datainnsamling.
Resultater	Alle informanter rapporterte seg faglig sterkere. Mange forklarte at de hadde personlig og profesjonell vekst og hadde lært mye. Forskerne konkluderer med at det er stort behov for kompetanseheving og alliansearbeid, samt innlæring av metodisk tilnærming. Datamaterialet består av resultater fra to målinger av de samme personene over en periode på åtte måneder. Resultatene viser til selvrappotering om økt selvillit og fagpersonellet som deltok fortalte de var tryggere i sin faglige rolle. Resultatene førte til enighet om felles forståelse om målsetting og oppgaver. Informantene lærte mer om personsentrert tilnærming og relasjonskompetanse.
Kvalitet	Dette er en nyere fagfelleverdert artikkel som er publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Forskerne er kritiske til egen forskning. Med triangulering representerer resultatene hele studentkullet på en god måte. Dette er en av styrkene i studien. Testen er overførbart til neste kull på grunn av sannsynligheten for samme resultat ved et senere forsøk. Studien er derfor både reliabel og valid. Overføringsverdi til helsetjenester er verdifull. Det ble brukt analysematerieell både både i kvantitativ og kvalitativ del og gjort transkriberte samtaler. I tillegg er det styrkende for studien er at det ble utført parallell dataanalyse der kvalitativ og kvantitative resultater ble adskilt. Dette gir et allsidig og pålitelig tallmateriale, og er en styrke ved studien. Respondentenes selvrappotering kan være feilmarging og svakhet i studien.
Relevans	Artikkelen er relevant i bacheloroppgaven min da den utforsker på hvilken grad endrer utdanningen i MI terapeutenes arbeidsalliansekompetanse og viser frem at denne utdanningen spiller viktig rolle i bygging av terapeutenes faglig kompetanse.
Etikk og jus	Studien er utført i regi av Nord universitet og oppfyller forskningsetiske krav om akademisk frihet. Håndteringen av personvern og sensitivt tall og intervju-data ble utført og var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Forskningsetiske krav om akademisk frihet, hadde ingen økonomiske tvister, politiske eller religiøse interesser. Frivillig deltakelse og samtykkeerklæring ble gitt i forkant.

Tabell 10. Artikkel 5

Referanse	Liv, F. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. Nordisk sygeplejeforskning, (1), 43-58.
Hensikt	Målsetting med studien var å kartlegge fagpersonalets kunnskapsnivået om rusbruk blant eldre, samt finne ut av hjelpebehovet som gruppen pasienter. Et annet mål var å synliggjøre kommunale sykepleieres erfaringsbasertekunnskap om rusproblematikk.
Metode	Kvalitative semistrukturerte intervjuer av sykepleiere. Studien er vitenskapsteoretisk forankret til fenomenologisk og hermenutisk tilnæringsmetodikk. Det ble forsket på økende avhengighet blant eldre i rehabilitering, og stilt supplerende og utdypende spørsmål om bade kunnskap, teoretisk og praktisk kunnskap om rusbruk blant eldre.
Utvalg	N=8. Fire jobbet i hjemmetjeneste. Fire jobbet på sykehjem. Kriteriet for å være informant var minimum 5 års praksis som sykepleier. intervjuet. Fire av dem jobbet i hjemmetjeneste og fire på sykehjem, det var ønskelig at utvalget skulle ha sykepleiere som hadde en faglig høy kompetanse innen kommunale helsetjenester. Det er baseline for studien (utgangspunkt)
Resultater	Artikkelen viser til manglende kunnskap blant fagpersonell om rusavhengighet blant eldre pasienter, Resultater viser til at tidligere oppfølging av eldre kan ha ført til rusproblemer, og tidligere feilmedisinering. Når medisinerer avsluttes uten tilrettelagt nedtrapping, blir medisinerer og pasientens faktiske helsetilstand en stor utfordring for ansatte. De ansatte savner tid til den gode samtalen. Informantene rapporterer de selv har sett problemet eldre har med alkohol og vanedannende medisiner, samt kombinasjonen av B-preparater. De påpeker dårlig eldreomsorg, og kritikkverdige forhold. Studien refererer til forskning om for svak tverrfaglig kommunikasjon og tidlig nok intervensjon. Manglende kjennskap til alkohol- og medisinbruk øker risikoen for feilbehandling. Mangel på tid og press om effektivisering ble drøftet.
Kvalitet	Nyere artikkel og fagfellevurdert forskning. En begrensning i studien er at pasientene ikke er inkludert som informanter eller samtaleobjekt for å danne et bilde av brukermedvirkning. Styrken i studien er at utvalget består av de høyest kompetente innen kommunal helsesektor, derfor er studien basert på relevant kunnskap og erfaring fra ansatte primærhelsetjenesten. Begrensninger og overføringsverdi etterprøvarhet.
Relevans	Artikkelen viser til behovet for bedre screening og diagnostikk av eldre både før og etter eldre får behov for hjemmetjeneste eller sykehjemsplass. Artikkelen er relevant for problemstilling pga temaet alkohol- og medikamentmisbruk. Psykiske helseproblem og tilnæringsmåte blir diskutert. Problematisk forhold som blir diskutert er høyst overførbart til dagens helsesituasjon.
Etikk og jus	Forskningsetiske vurderinger ble gjort i forkant av studien. Samtykkeerklæring og godkjenning fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). Alle informanter er anonymisert og hadde fri angrerett.

4.2 Sammenfatning av resultater

Her skal jeg gi en oversikt over relevante resultater uten å reflektere eller vurdere noe utover funnene som er dokumentert (Thidemann, 2014). Siden jeg har brukt både kvalitative artikler og randomiserte studier må artiklene presenteres med en tabell som viser resultatene fra kvantitativ forskning skjematisk. Dette er fordi det brukes statistiske dataprogram i denne typen forskning (Thidemann, 2014 s. 106). En av fem inkluderte artikler var randomisert studie. Denne blir presentert med tall og korte beskrivelser av hovedfunn, i tillegg til standard litteraturmatriser vist i 4.1. De kvalitative artiklene blir presentert i 3 tema som jeg trakk ut som de mest relevante etter å ha oppsummert tema fra alle artikler. Artikkel fire har benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode triangulerende mixed method forskningsdesign. I *Her er det rom for medmenneskelighet (Meese et al., 2018)* blir det i forkant av studien brukt semistrukturerte intervju, og under og etter studien blir kvantitative metoder som spørreskjema benyttet. Triangulerende metode er ifølge Thidemann (2014) en måte å få både dybde- og breddekunnskap.

Utvalgte tema til resultatdiskusjon

Jeg plukket ut de tre mest relevante temaene som etter min mening svarer ut problemstilling. Resultatene i artiklene ble presentert tematisk i litteraturmatriser.

Tema 1. MI som psykotераapeutisk metode, innvirkning og effekt

Noe som går igjen i mine valgte artikler er at det er varierende og motstridende resultater av effekten til MI. Dette er til tross for at det siden 80-tallet har blitt forsket mye på elementene rundt samtaleteknikken som ble introdusert av Millner & Rollnicks idelologi om hvordan man kunne hjelpe mennesker til å endre seg (Millner & Rollnick, 2013). Flere av artiklene påpeker behovet for pålitelig forskning på om metoden faktisk virker. Påstanden støttes fra flere relevante støtteartikler jeg har benyttet. En annen norsk studie fra 2016 viser også til motstridende resultater i *Virker motiverende intervju? MI ved korte intervensjoner, ofte forkortet (BI for brief interventions)* kan gi klient motivasjon til å oppsøke

primærhelsetjenesten med intensjon om videre behandling til spesialister (Storbekken, 2016).

Artikkel 1 hevder fagpersonell ikke er godt nok opplyst om bruken av MI-metode. Studiens hovedfunn er at fagpersonell ubevisst inntreffer rollen som bare profesjonell – og ikke som et medmenneske. Den lyttende og reflekterende rollen blir i *Kamouflert ekspertrolle* (Høiby, 2019) ubevisst preges av sykeliggjøring fremfor en recovery-orientert tilnæringsmåte. Utvalget som får anledning til å fortelle sin mening om resultatene sier at det er med de beste intensjoner og henviser til «hjelperrollen» og «ekspertrollen».

I artikkel 3 er det signifikante funn som tilsier at MI i kombinasjon med CBT (kognitiv atferdsterapi) gir gode resultater på både kort og lang sikt. Studien utført av Westra et.al (2016) viser også til gode resultater ved oppfølging og etterkontroll etter 12 mnd. Resultatene innebærer en nedgang i rusmiddelbruk og mindre angst for de som deltok i studien som blandet MI med kognitiv atferdsterapi. Dette viser at MI har mange bruksområder og at blanding av terapeutiske metoder viser til gode resultat.

Artikkel 5 poengterer at kunnskap om rusavhengighet gjør at MI-metoden ikke får full effekt på bakgrunn av en utrygghet i personalgruppen. Dette er ifølge utvalget problematisk for alliansebygging mellom klient og tjenesteyter, og forskere hevder usikkerheten kommer av for lite kunnskap om rusavhengighet.

Til sammenligning med artikkel 4 *Terapeutenes erfaringer av alliansekompetanse etter kurs i MI* ser vi motstridende resultater. «Resultatene indikerer at kurs i Motiverende Intervju kan bidra til at terapeuter kjenner seg faglig sterkere og tryggere i rollen som allianseskapere».

Tema 2. Recovery-orientert praksis

Recovery-orientert praksis har en sammenheng med problemstilling grunnet at MI ofte blir brukt i behandling som er tett knyttet opp til brukerstyring og autonomi. En fellesnevner som knytter MI med recovery er det personlige ansvaret som legges over på klienten for å ta grep om fremtiden. “Knowing how to set goals and being able to choose goals freely are considered fundamental skills of self-determination” (Wehmeyer & Palmer, 2003). Artikkel 2, *Her er det rom for medmenneskelighet* har en tittel som er personsentrert og viser med tittelen at studien er av empatisk art. Studien belyser arbeidsmodeller som er erfarings-, -og

recovery-basert. ACT modellen blir beskrevet som relasjonsbyggende og artikkel 4 viser at kombinasjon av en - eller flere metoder er hensiktsmessig i et recovery-perspektiv. Studien viser til positive resultater med ACT som en evidensbasert og anerkjent metode med dokumentert effekt. ACT har omtrent samme målsetting som MI, men MI blir omtalt som en metode som ikke er dokumentert tilstrekkelig til å bevise effekt. MI hevdes å være en metode som ikke evner å ha nok evidens til å stå som eneste metodevalg i rehabilitering

Tema 3. Relasjonsbygging med rusavhengige i endringsprosess

«Man må fastholde at alle ønsker, vil og er i stand til å ta kontroll over eget liv. Målene er personen selv sine. Man verdsetter den andre som ekspert på seg selv, i kraft av sine erfaringer» (Napha, 2020).

Relasjonskompetanse handler blant annet om å skape et gjensidig tillitsforhold mellom tjenesteyter og klient, ifølge Storbekken (2016). I flere valgte studier beskrives MI som en substituttbehandling med god effekt på motivasjonen til rusavhengige som har et oppriktig ønske om endring.

5.0 Diskusjon

Her skal jeg diskutere hva resultatene betyr for min konklusjon (svar på problemstilling) og drøfte hvordan resultatene i artiklene samsvarer med mitt teorivalg og aktuell forskning på området (Thidemann, 2014 s.108).

Tema 1. Innvirkning og effekt av MI på rusavhengige klienter.

Forskning viser at MI-inspirerte metoder er etablert som evidensbasert behandling på flere områder og som «forbehandling» og forberedende tiltak. Med riktig mottakelse kan klienten sette mål og bli motivert og forberedt for videre behandling (Barth, 2007 s. 64). I nyere forskning understøttes denne påstanden.

MI kan brukes i de fleste former for miljøbehandling. MI blir også benyttet som kort intervensjon ved akutte situasjoner som eksempelvis risikoatferd for klienter med misbruksproblemer i institusjoner. Barth (2007) viser til forskning som dokumenterer effekt av MI i rådgiving og motivasjonsarbeid i rus- og atferdsproblematikk. Han

støtter også opp metodens gode effekt i kombinasjon med andre metoder, og viser til resultater om MI som et «motivasjonstiltak» (Barth, 2007 s. 63 og 64).

Helsedirektoratet (2017) anbefaler MI som et ekstra tiltak for å øke effekten av annen terapi. Videre henvises det til nasjonale retningslinjer i rusforskning (Helsedirektoratet, 2012) og anbefalinger fra Helsebiblioteket som dokumenterer stabil og langvarig behandling ved å anvende flere metoder samtidig. Anbefaling 49 i retningslinjene viser til nr 49: «Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju til personer som har behov for det»(Brukavmotiverendesamtalemetoder/intervju, 2011).

Hovedforskjellen og årsak til at ACT viser til bedre resultater som metode enn MI, kan ha sammenheng med tilnæringsmåten. Aksept- og forpliktelsesterapi er oppsøkende behandling mot alvorlige sinnslidelser og personer som ikke klarer å oppsøke helsetjenesten selv. MI er som nevnt en tjeneste som er basert på at det er klienten som oppsøker hjelpeapparatet(ACT-OGFACTteam, 2021).

Fagpersonell har etter forsvarlighetsprinsippet en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp jf. helsepersonelloven (1999, § 4). For rusavhengige klienter som har søkt hjelp for sitt problem kan det være helt avgjørende at tjenesteyter inntreer en rolle som støttespiller og «coach». Mennesker med avhengighet kan ha et sterkt behov for å bli akseptert som vanlige mennesker som ønsker forandring. Klienter kan ha et sterkt behov for omsorg, men som terapeut er det viktig å forstå at å gi store mengder omsorg ukritisk med en oppfatning om at alle trenger det kan være uheldig. I recovery-orientert praksis er det individuelle behov som skal tas hensyn til, og derfor bør fagpersonell være bevisst på at å bli fortalt løsningen, eller bli påpekt feil og mangler kan oppleves stigmatiserende og være forbundet med både sorg, skam og skyldfølelse (Evjen et al., 2018, s. 244; FO, 2019).

Et gjentagende resultat i mine valgte artikler og støttelitteratur er metodens varierende resultater som en helhetlig metode. Det er grunn til å stille seg kritisk til de varierende resultatene som kommer frem i artiklene. Barth (2014) skrev i en artikkel at det ikke fins belegg for å konkludere at MI fungerer, og skriver videre at det endelige svaret på det ikke er bevist. Påstanden understøttes av nåtidens forskning på MI som viser at kombinasjonsterapi har best effekt. I flere valgte studier beskrives MI som en substituttbehandling med god effekt på rusavhengige som ønsker å slutte med problematferden. Påstanden understøttes i en doktoravhandling publisert i

Tidsskrift for Norsk legeforening (2017). Resultatene fra avhandlingen viser at gruppen informanter som hadde kombinasjonsterapi hadde bedre effekt enn gruppen som fikk tradisjonell behandling (Bagøyen, 2017).

MI brukes i forskjellige faser i institusjonsarbeid. I hvilken fase i behandlingen MI har dokumentert best effekt og hvilke faktorer som spiller inn er forskere ikke helt klare på, men studier viser at MI fungerer best som katalysator og oppstartsmetode for å skape motivasjon til å delta og gjennomføre behandling (Storbekken, 2016).

Tema 2. utfordringer med recovery-orientert praksis

NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) jobber for økt brukerinvolvering og utvikling av tjenester for voksne med psykiske helseproblemer. Organisasjonen er også en informasjonskilde som etterstreber økt kunnskap som kan være relevant for vi som jobber i helserelaterte yrker. På nettsiden er et sitat som er beskrivende for sammenhengen til MI, relasjonsbygging og klientens endringsprosess. De skriver på sine sider: [...] «alle skal ha de samme rettighetene, rollene og ansvaret som følger med det å være et menneske», ifølge Napha (2021).

Artikkel 1 og 5 viser funn som kommer i konflikt med å utøve god recovery. Artikkel 1 viser at det er problematisk for fagpersonell å jobbe kombinere rollen som fagpersonell og samtidig tilrettelegge for en klientsentrert praksis. I artikkel 5, *Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov* (Flesland, 2014), hevder fagpersonellets kunnskap om avhengighet og terapeutiske tilnærminger ikke er tilstrekkelig. Som nevnt i kapittel 4.1 hemmer svak samtalekompetanse tverrfaglig samarbeid som fremmer dialog og økt brukerinvolvering.

MI har i likhet med recovery-orientert praksis flere av de samme grunnprinsippene til felles for hvilke verdier rehabilitering bør baseres på; Likeverdighet og selvbestemmelse og personlig ansvar for egen endringsprosess (Napha, 2021). I en artikkel fra 2015 om recovery fremheves nøkkeltankene bak en empatisk og personsentrert praksis. Det nevnes tre kjernefaktorer som kan fremme motivasjon og personlig vekst i påfølgende sitat:

«As we see it, recovery processes encompass all the above three elements: the personal, the social and the spiritual, as well as the dynamic relation between them”

(Hummelvoll, Karlsson & Borg (2015). MI er en dynamisk og sosialt forankret prosess i individet. Det handler om viljen og evnen til å ha et oppriktig ønske om å delta i samfunnet ut ifra egne forutsetninger (Barth, 2007).

Artikkel 1 og 4. Disse artiklene tar opp blant annet utfordringer om fagutvikling. Implementeringsprosessen er en utfordring i helseforetak som satser på recovery. Rammevilkår, bruk av ressurser og opplæring av fagpersonell er utfordrende. Tidsperspektivet for å omstrukturere systemet er nevnt som en fireårsperiode i *Her er det rom for medmenneskelighet* (2019), og fagpersonellets evne til å benytte kunnskap viser varierende resultater i *Kamouflert ekspertrolle* (2019). Fellesnevner for disse artiklene er en konkludering med at «ekspertrollen» må vike. Utfordringene ved å sette teori ut i praksis støttes opp av internasjonal forskning. I en rapport fra 2015 om recovery stilles det store krav til ledelse og tjenesteyters evner til å utvikle kompetansen i enheter. De viser til utfordringene ved omstrukturering. Blant annet økonomi, kunnskapsnivå og endring av personalsammensetning for å konvertere til moderne og innovative rehabiliteringstjenester. (Napha, 2015) henviser til *Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC)* i England som konkluderer med flere punkter om hvordan helseforetak skal fremme helhetlig recovery. Blant annet å utvikle hele organisasjonen, samt ha en tydelig lederstil som inkluderer alle. I en norsk studie (Karlsson, Borg, Revheim, & Jonassen, 2013, referert i Napha, 2013 s.32) fremheves det kollektive ansvaret for å iverksette metodisk arbeid i rehabilitering. Organisering av et koordinert og helhetlig tilbud har organisering stor innvirkning på klientens utbytte av behandlingsløpet.

Tema 3. MI-intervensjon og positive effekter for klient

MI er også kalt endringsfokusert rådgiving. Det er gjentakende enighet i flere av de inkluderte artiklene at korte helsefremmende intervensjoner, i form av rådgiving og tidlig innsats i motivasjonsbygging viser de beste resultatene for klient. Barth (2007) skriver at konsultasjonene må utføres systematisk og planlegges nøye på forhånd. Det som kjennetegner MI ved korte intervensjoner er å finne ut status quo. Hvor er vi nå? (s.42). Det systematiske endringsarbeidet er tidkrevende og er inndelt i stadier. Endringsprosessen som er omtalt som beslutningsfasen og siste del av MI-metodens «fem faser», ifølge (Barth, 2007 s. 43). Teorien illustreres også i *endringshjulet* (se 1.4).

ACT-behandling, som handler om beslutning og forpliktelse, er en av mine inkluderte artikler. Resultatene viser at elementer fra MI i utvalgte livsfaser til klient i ACT-behandling kan gi gunstig effekt. I en rapport utviklet av KoRus-Øst og Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2009-2014) omtales MI som et ledd i ACT-behandling. MI blir definert som en evidensbasert metode som en anerkjent metode i forpliktelsesterapi. Rapporten konkluderer med at det bør satses mer å øke kompetansen om metodebruk og varierte modeller i behandling (Ruud, 2014).

Metodediskusjon og kritisk refleksjon (metodiske overveielser)

I starten av utvelgelsen av litteraturen ønsket jeg å finne artikler som belyste metodens effekt på kort og lang sikt. På bakgrunn av at valgt litteratur belyser mellommenneskelige relasjoner og studier av atferd, har mitt metodevalg et fenomenologisk forskningsdesign. Ifølge Thidemann (2014), en studie om «levet erfaring» (s. 74).

En svakhet i min oppgave er at jeg ikke tok stilling til kvalitative intervju og erfaringsbasert forskning fra klienter som har gjennomført behandling som startet eller hadde elementer av MI. En annen svakhet er at jeg skulle gjort en grundigere temagjennomgang før jeg satte opp disposisjonen. Det førte til en del omskriving av oppgaven.

Jeg gjorde avslutningsvis noen søk for å finne relevant teori om metoden sett fra et brukerperspektiv. Forskningsresultater fra Tyrilistiftelsen hevder at tverretattlig samarbeid, økt brukermedvirkning og individuell oppfølging gjør klientene rustet til å gå rett ut i jobb. Tyrili sin visjon er i tråd med MI-tradisjon og recovery. Daglig leder i stiftelsen går bort ifra pasientsentrert ledelse og skjerming av sårbare rusavhengige. Hun viser til resultater om at halvparten av et utvalg på n=20, med hjelp av jobbspesialister, terapeuter og utvikling av enheten gir et godt bilde av hvordan klientsentrert behandling gir bedre utgangspunkt for selvrealisering (Behandling, 2020).

Opgaven utviklet seg i søk- og skriveprosessen til å sette søkelys på ansatte, ledelsen og organisasjonens struktur. Det ble i inkluderte artikler synliggjort systemets ansvar for kompetanseheving og implementering av nye arbeidsmodeller i virksomheten. Etter hvert som jeg studerte artiklene klarte jeg å se en sammenheng i

funn som hadde åpenbare svar på problemstilling. I tillegg viste studier til manglende forskning og dårlige resultater. Det omhandlet effekt og resultat av opplæring på ansatte, og svake resultater fra studier som forsket på metoden anvendt i praksis (Høiby, 2019). Dette ga meg mulighet til å reflektere over dette og sjekke andre fagartikler som støttet opp argumentene som argumenterte for at MI hadde svak effekt. Styrker i studien min er at jeg har brukt flere ulike vitenskapelige artikler med resultater som fremstiller MI som en hensiktsmessig metode som kan brukes i mange sammenhenger innen recoveryarbeid. De fem inkluderte artiklene belyste problemstilling på en god måte. I datamaterialet fant jeg likhetstrekk med andre metoder slik at jeg fikk bedre forståelse av metodevalg og variasjon i metodisk arbeid og effekt. Dette tror jeg kommer til å styrke min forståelse av metodisk arbeid ute i felt.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Barth (2014) hevder i en nyere artikkel forfatter av boka *Motiverende intervju – endring på egne vilkår* at metoden ikke har nok teoretisk og erfaringsmessig fotfeste til å effekt og innvirkning på rusavhengige klienter. Gjennomgående diskusjon i mine artikler nevner at MI ikke er en anerkjent metode alene, men gjerne brukt som innledende og substituerende behandlingsforløpets oppstartsfase. Studiene viser at MI ikke er holdbar som eneste anvendte metode, men forskningen viser klare funn på at MI er effektivt i kombinasjon med andre atferdsanalytiske metoder. For å oppsummere er det tre terapier nevnt i forbindelse med effekt av MI (motiverende intervju/samtale). I denne studien ble Kognitiv atferdsterapi (KAT) og Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) relevant for å belyse MI sin effekt både på korttidsvirkninger og i et lengre tidsperspektiv.

Har MI eller ulike deler av motiverende intervju god behandlingseffekt for rusavhengige?

Etter mitt skjønn kan jeg svare *ja* på dette på bakgrunn av funnene i litteraturstudien min. MI kan motvirke stress, negative tanker og endre klientens mentale helse over tid. MI er en god måte å få tillitt og komme i posisjon til den gode samtalen. Hvis metoden blir brukt riktig kan det føre til at klient opplever økt selvinnsikt og forståelse av seg selv i samhandling med andre. Inkluderte studie viser studiens effekt ved

metodetriangulering og funksjon. Funnene betviler ikke metodens fleksibilitet, noe som har god innvirkning på klientens helsesituasjon.

Avslutningsvis er det belegg for å anerkjenne MI som en motivasjonsgiver. Artikkelen *Virker motiverende intervju?* (2018) beskriver MI som en katalysator som holder opprettholder motivasjonen til å stå løpet ut. Klienter kan med nok intervensjoner og kontinuitet gjennomføre behandling og unngå drop-out. Av denne grunn er MI å anse som en fullverdig metode å inkludere i recovery-perspektiv og flere typer rehabilitering.

7.0 Referanseliste

- Bagøyen, G. I. (2017). Kort motiverende intervju og langvarig rusreduksjon. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28828822/>
- Barth, T. (2007). *Motiverende samtale - Endring på egne vilkår* (bd. 5). Oslo: Fagbokforlaget.
- Berge, M. C., Breiseth, V., Lilja, L., & Aune, T. (2018). Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i Motiverende Intervju: Therapists' experience of changes in their own alliance competence after completing Motivational Interviewing education. In (Vol.15, 296).
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(1), 43-58. Hentet fra http://www.idunn.no/nsf/2014/01/sykepleiere_i_pleie-og_omsorgssektorens_erfaringer_med_eld
- Helsebiblioteket. (2011). Bruk av motiverende samtalemetoder/intervju. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Utgivelsesinformasjon>
- Helsebiblioteket. (2018). «MeSH på norsk» – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffer-sikre-artikkelso>

Helsedirektoratet. (2016). Helsedirektoratet.no. Oslo. Hentet fra Forkortelser og sentrale begreper: <https://www.allacronyms.com/OAUD>

Hummelvoll, J. K., Karlsson, B. & Borg, M. (2015). Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*, 5.

Helsedirektoratet. (2017). Motiverende intervju som metode. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2021, 09 02). ACT- OG FACT team. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team#actogfacthaandbok>

Helsepersonelloven §4 (Juni 24, 2011). Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74

Høiby, A. & Ranger, M. N. (2019). Kamouflert ekspertrolle - et paradoks i endringsarbeid: En studie av helse- og sosialarbeideres samtalestil og rolle i motivasjons- og endringsarbeid. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(4), 298-312. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-03>

Imsen, G. (2017). *Elevens verden - Innføring i pedagogisk psykologi* (5 utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Karlsen, R. (2016). *Nykter : om avhengighet og recovery*. Oslo: Kolofon.

Kognitiv. (2021, 09 03). *Hva er kognitiv atferdsterapi?* Hentet fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>

KoRus Bergen. (2020, 09 02). Hva er kommunal rusbehandling. Hentet fra <https://www.korusbergen.no/nyheter/hva-er-kommunal-rusbehandling/>

- KoRus Bergen. (2020, 09 02). Rusbehandling. Bergen. Hentet fra <https://www.korusbergen.no/nyheter/mi-kurs-og-implementering/>
- Korus (2021). Hentet fra <https://www.korusbergen.no/>
- Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide ti Isalutogenese- Helsefremmende arbeid i etsalutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lorentzen, P. (2015). *Ansvar og etikk i miljøarbeid: en relasjonell tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). Full tittel (LOV-1999-07-02-64). Hentet 03.09.21 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1?q=hpl#KAPITTEL_1
- Hva er kognitiv atferdsterapi?* (2021). Hentet fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- Meese, E. S. & Ekeland, T.-J. (2017). «Her er det rom for medmenneskelighet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 315-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04> ER
- H
- Napha. (2021). Recoveryorienterte praksiser. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Nielsen, M. (2021). På hvilken måte kan recoveryprosessen bedres ved å anvende motiverende intervju inn i behandlingen? (Bachelor)
- NAPHA. (2013). Hentet fra Napha.no, Recoveryorienterte praksiser - En systematisk kunnskapssammenstilling: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- NAPHA. (2021). *Lokale helsetjenester er en ressurs for å forebygge tvang*. Hentet August 25, 2021 fra <https://napha.no/content/25142/lokale-tjenester-er-en-ressurs-for-a-forebygge-tvang>
- NAPHA. (2021). Om Napha. Hentet fra <https://napha.no/content/9157/om-napha>

- Olafsen, A. H. (2018, 2). *Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet*. Hentet fra ECONA: Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet
- Ruud, T. (2014). Evaluering av ACT team. (T. Ruud, Red.) Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2444702>
- Røkenes, H. O., & Hanssen, P.-H. (2017). *Bære eller breste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery*. London: Rethink. Hentet fra http://deskuul.nl/afbeeldingen/2014/12/100_ways_to_support_recovery.pdf
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Snape, L. & Atkinson, C. (2017). Students' views on the effectiveness of motivational interviewing for challenging disaffection. *Educational Psychology in Practice*, 33(2), 189-205. <https://doi.org/10.1080/02667363.2017.1287059>
- Solvang, P. (2019). *(Re)habilitering, Terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Bergen: Fagbokforlaget.
- St.Olavs hospital HF. (2021, August 30). ATC som tilnæringsmetode. Hentet fra <https://stolav.no/hysneshelsefort/forskning-pa-hysnes-helsefort/act-som-tilnæringsmetode>
- Stiftelsen Tyrili. (2020). Behandling. Hentet fra <https://www.korusbergen.no/nyheter/hva-er-kommunal-rusbehandling/>

Storbækken, S., Andresen, N. & Mellingen, S. (2016). Virker motiverende samtale.

En oversikt over forskning på aktuelle fagområder. Rusfag nr. 1, 71-78.

Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for*

sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving.

Oslo: Universitetsforl.

Tober, G. (2013). Motivational Interviewing: Helping People Change. *Alcohol and*

Alcoholism, 48(3), 376-377. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt010>

Viken, K. (2019). *Atferdsanalytisk miljøbehandling - Struktur og kvalitet i tilrettelagte tjenester.* Oslo: Gyldendal.

