



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Motiverende Intervju og rusproblematikk**

**Motivational Interviewing and drug addiction**

Sæterbø, Bjørg Elin

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 26.05.11



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.05.11

**Antall ord: 11964**

## **Forord**

Det krever en stor lytter for å høre

hva som faktisk sies,

en enda større for å høre

hva som ikke sies,

men som kommer til uttrykk i talen

***Richard Palmer***

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Tema</b> .....	<b>1</b>
1.2 Bakgrunn for tema.....	1
1.3 Hvorfor er MI relevant for vernepleieren? .....	2
1.4 Problemstilling .....	2
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Feilkilder .....	4
2.2 Disposisjon.....	4
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1 Motiverende intervju – hva kjennetegner metoden?</b> .....	<b>5</b>
3.1.1 Hovedprinsipper .....	5
3.1.2 Endringsfasene .....	6
3.1.3 Helsearbeiderens kommunikasjon i MI .....	9
3.1.4 Struktur og rytme .....	10
3.1.5 Prinsippene i aktiv lytting .....	11
3.1.6 Forskning på MI.....	11
3.1.7 Utviklingen av MI.....	12
<b>3.2 Rus, avhengighet og behandling</b> .....	<b>13</b>
3.2.1 Avhengighet .....	13
3.2.2 Behandling og motivasjon.....	13
3.2.3 Behandlingsforskning .....	15
3.2.4 Hva er viktig for mennesker under rusbehandling? .....	15
3.2.5 Ettervern og oppfølging .....	17
<b>3.3 Teori rundt sentrale begreper</b> .....	<b>17</b>
3.3.1 Brukermedvirkning .....	17
3.3.2 Stigmatisering .....	18
3.3.3 Institusjonalisering og depersonalisering .....	18
3.3.4 Makt og avmakt.....	19
3.3.5 Forforståelse .....	21
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>21</b>
4.1 Innledning .....	21
4.2 Aktiv lytting .....	22
4.3 Brukermedvirkning .....	25
4.4 Forforståelse, makt og avmakt? .....	27
4.5 Styrker og svakheter ved Motiverende Intervju .....	30
4.6 Ettervern.....	32
<b>5.0 Avslutning</b> .....	<b>33</b>
<b>6.0 Etterord</b> .....	<b>34</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>35</b>

## **1.0 Innledning**

Slik FO også peker på, jobber vernepleiere i ulike deler av velferdstjenestene. I tillegg til å arbeide innenfor tjenestene til personer med utviklingshemning, blant annet i kommunale hjemmetjenester, dagtilbud eller i spesialisthelsetjenesten, arbeider vernepleieren også i rusomsorgen, psykisk helsevern, eldreomsorgen, omsorgen for personer med fysisk funksjonshemning og i ulike deler av skole- og undervisningssektoren. I denne oppgaven tar jeg for meg rusproblematikk, og hvordan Motiverende Intervju kan være en metode som blant annet vernepleieren kan bruke i forhold til dette.

## **1.1 Tema**

Kommunikasjon er et felt jeg ser på som svært spennende, viktig og utfordrende. Som vernepleier skal jeg arbeide med mennesker, og kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter vil være viktig for at relasjonen mellom meg og tjenestemottaker skal bli så god som mulig. I denne oppgaven vil jeg derfor ta utgangspunkt i kommunikasjonsmetoden Motiverende Intervju (*Motivational interviewing*, heretter MI), og på hvilke måter dette kan være en metode å bruke i forhold til mennesker med rusproblematikk.

## **1.2 Bakgrunn for tema**

Jeg hadde min fordypningspraksis ved en arbeidsmarkedsbedrift, der mye av arbeidet gikk på motivasjon og veiledning i forhold til mennesker som skulle formidles ut i arbeidslivet på nytt. En MI-samtale handler om motivasjonsaspektene ved endring. Den motiverende samtalen bygger på et menneskesyn om at personen har iboende forutsetninger for å fatte egne beslutninger og valg. Samtalen skal forsøke å skape rom for refleksjon - et rom hvor personen kan stanse opp og se, føle, tenke, møte og reflektere over seg selv, utforske og løfte fram egen motivasjon og ta stilling til eventuell endring (Barth og Näsholm 2007:13). Deltakerne i arbeidsmarkedstiltaket var mennesker i ulike endringsprosesser. De skulle ut i arbeidslivet på nytt, med alle de utfordringene det kunne innebære. Det kunne være mange momenter i livet som måtte på plass eller bearbeides før skrittet ut i arbeidslivet kunne tas, som for eksempel rusproblematikk, psykiske vansker, boforhold og nettverk med mer. I løpet av praksisperioden hadde jeg flere oppfølgingssamtaler med deltakere sammen med

min veileder, men jeg gjennomførte også mange samtaler på egen hånd. Jeg observerte hvordan praksisveilederen brukte metoden, og hvordan samtalene utviklet seg. Jeg oppdaget hvor utfordrende det kunne være å bruke metoden, men det var veldig spennende å se hvordan min kommunikasjon og denne metoden kunne påvirke en samtale.

Jeg har også selv erfaring med rusproblematikk i nær familie, der jeg har vært med på behandlingsforløpet fra start til slutt. Dette fikk meg til å tenke på hvordan jeg kan bruke denne metoden i forhold til rusproblematikk. MI satte også i gang en tankeprosess der jeg satte metoden i sammenheng med det vi har lært i løpet av studiet, blant annet brukermedvirkning, forforståelse, respekt for den enkelte, stigmatisering, institusjonalisering, makt og avmakt.

### ***1.3 Hvorfor er MI relevant for vernepleieren?***

Slik Eide og Eide (2010:140) skriver, er det å skape en god relasjon viktig i nærmest ethvert forhold til pasienter/brukere, ikke minst i forandringsveiledning. Som vernepleiere vil vi alltid være i en relasjon med brukere. Forfatterne viser videre til at nyere teoretiske og kliniske studier viser at relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet. I Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (2002) blir det sagt at yrkesutøvelsen til vernepleieren skal fremme likeverd og respekt, møte mennesker og bidra til at de får brukt sine ressurser (Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere 2002:3). Det henvises også til begrepet myndiggjøring, og at det innebærer at bruker/klient får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv. Jeg tenker at MI kan relateres både til det Eide og Eide (2010) skriver, og det som beskrives i Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (2002), og at MI dermed kommer inn under det vernepleierfaglige.

### ***1.4 Problemstilling***

*Hva kjennetegner Motiverende Intervju som metode?*

*På hvilke måter kan Motiverende Intervju være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk?*

## 2.0 Metode

Jeg har foretatt en litteraturstudie, som er en kvalitativ metode. Jeg vil hovedsaklig bygge oppgaven rundt litteraturen fra Barth, Tom og Christina Näsholm (2007) *Motiverende samtale – MI. Endring på egne vilkår* og Prescott, Peter og Tore Børtveit (2004) *Helse og atferdending*. Jeg vil først beskrive hva Motiverende intervju er. Deretter vil jeg gå nærmere inn på rusproblematikk, avhengighet, behandling og motivasjon. Videre i oppgaven vil jeg knytte MI og rusproblematikk opp imot teori og litteratur som går på brukervedvirkning, stigmatisering, forforståelse, institusjonalisering, makt og avmakt. Det er i forhold til disse begrepene jeg vil synliggjøre og drøfte på hvilke måter MI kan være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk, og hvordan disse begrepene blant annet kan påvirke rusmisbrukerens motivasjon. Jeg vil jeg også drøfte hvilke styrker og svakheter som ligger i metoden. Fungerer metoden alltid? Etter å ha presentert teori rundt begrepene jeg allerede har nevnt, vil jeg til slutt drøfte MI og begrepene opp imot mennesker med rusproblematikk.

Jeg skal systematisk repetere aktuelt pensum fra alle tre studieår, samtidig med at jeg aktivt bruker biblioteket ved Høgskolen i Molde for å finne litteratur. Jeg vil ta i bruk søkemotorer som blant annet Bibsys for å innhente informasjon og litteratur. Når det gjelder kunnskap skriver Aadland (1997:79) om erfaringsbasert kunnskap. Noen kunnskaper leser vi oss fram til, mens andre kommer fra våre erfaringer. De erfaringene man gjør selv, er like så gode og verdifulle som andres nedskrevne erfaringer (Aadland 1997:79). I tillegg til litteratur, vil jeg også ta på meg mine egne «briller» og bruke egne erfaringer og observasjoner jeg har opplevd i praksis. Slik Aadland (1997) skriver, er subjektiv kunnskap relativ. I og med at jeg bruker noe av min subjektive kunnskap i oppgaven, bør jeg være bevisst på at sanseinntrykk gir oss relativ kunnskap om virkeligheten. Det betyr at jeg må være bevisst på at min oppfattelse av det jeg har sett eller hørt ikke trenger å være riktig. Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland 2002:68). I min oppgave skal kildene belyse MI, rusproblematikk, behandling, motivasjon, brukervedvirkning, makt, avmakt, forforståelse, institusjonalisering og stigmatisering. Jeg skal bruke mye anerkjent pensumlitteratur. Litteraturen jeg skal bruke er også av nyere dato, og fagstoffet er derfor oppdatert i forhold til dagens situasjon.



Aadland (1997) skriver at til og med teorier som kaller seg «helhetsteorier» (holisme) ikke er noe annet enn bestemte utvalg av flere farger. På samme måte som Aadland (1997) sier, at teorier ikke er noe annet enn bestemte utvalg av flere farger, må jeg også være klar over at jeg kun bruker noen farger av teori i et veldig stort utvalg i min oppgave.

## **2.1 Feilkilder**

Slik Dalland (2002:85) skriver, møter vi ikke med blanke ark når det gjelder å observere og undersøke. Videre sier Dalland (2002) at den enkelte bærer med seg kunnskap og holdninger, noe som igjen virker inn på hvordan vi tolker og bearbeider våre data. Som student har jeg min egen forforståelse. Slik Aadland (1997:212) skriver, er oppmerksomheten på hvilken rolle forforståelsen spiller noe av det mest avgjørende perspektivet fra hermeneutikken for en oppgaveskribent. Aadland (1997) presiserer videre at det vil være av overordnet betydning å reflektere over hvilke briller og forestillinger man møter oppgaven med. Min forforståelse kan være at MI er en god metode å bruke. Mine erfaringer med metoden har vært ensidig positiv. Til tross for at jeg fikk erfare deler av metoden i praksis, er det mange sider ved metoden jeg tross alt ikke har blitt kjent med. Min erfaring med MI går også på en annen brukergruppe enn mennesker med rusproblematikk. Jeg må være bevisst på at dette kan fargelegge oppgaven, og samtidig søke etter de kritiske sidene ved MI.

## **2.2 Disposisjon**

Jeg beskriver først hva som kjennetegner metoden MI. Deretter skal jeg bruke teori for å belyse behandling, motivasjon og forskning når det gjelder rusproblematikk. Jeg vil også ta utgangspunkt i brukermedvirkning, institusjonalisering, stigmatisering, makt, avmakt og forforståelse som jeg vil sette i sammenheng med problemstillingen. Teori rundt disse begrepene vil jeg synliggjøre i en egen teoridel før selve drøftingen. I drøftingen skal jeg sette de ulike begrepene i sammenheng med MI og rusbehandling, og på den måten drøftet på hvilke måter MI kan være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk, samt på hvilke måter begrepene jeg har tatt utgangspunkt i også kan påvirke deres motivasjon for behandling.

## **3.0 Teori**

Nå vil jeg beskrive ha som kjennetegner metoden motiverende intervju. I drøftingsdelen vil jeg bruke kjennetegnene til å synliggjøre på hvilke måter motiverende intervju kan være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk.

### **3.1 Motiverende intervju – hva kjennetegner metoden?**

Samtalemotoden MI forbindes hovedsakelig med den amerikanske psykologen og professoren William R. Miller, som tidlig i sin karriere begynte å jobbe med misbruksproblematikk (Barth og Näsholm 2007:61).

En MI-samtale handler fremfor alt om motivasjonsaspektene ved endring. Ikke først og fremst om *hvordan* endringen skal skje, men *om* den skal skje – hvorfor eller hvorfor ikke (Barth og Näsholm 2007:13). Den motiverende samtalen bygger på et menneskesyn om at personen har iboende forutsetninger for å fatte egne beslutninger og valg. Samtalen skal forsøke å skape rom for refleksjon - et rom hvor personen kan stanse opp og se, føle, tenke, møte og reflektere over seg selv, utforske og løfte fram egen motivasjon og ta stilling til eventuell endring (Barth og Näsholm 2007:13). Forfatterne henviser til klientsentrering og klientens autonomi, endringsfokus, lytteteknikk, bruk av samtaleredskaper, hente frem og styrke klientens egen motivasjon og at endringsarbeidet foregår med reflekterende distanse til problemet som grunnprinsipp. Slik psykiater Gunnhild Bagøien skriver i sin artikkel i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA (2011), må man samtidig være klar over at samtaler som MI ofte kan være utfordrende for klienten, fordi det kan åpne for sårbarhet, egenkritikk, skam og skyld.

#### **3.1.1 Hovedprinsipper**

Fekjær (2009:249) bruker begrepet motiverende samtale, og henviser til at metoden er basert på prinsipper fra kognitiv psykologi og sosialpsykologi. Det bygger blant annet på Albert Banduras arbeid om mestringstillit og på Carl Rogers' klientsentrerte rådgivning. Fekjær (2009:249f) viser videre til noen hovedprinsipper i motiverende samtale. Det ene er å *uttrykke empati*, som blant annet vil si å uttrykke respekt for og genuin forståelse av

klientens subjektive opplevelse, og se verden gjennom klientens øyne. Et annet prinsipp går på det å *bygge mestringsstillit*, noe som blant annet betyr at behandleren må fremme troen på klientens muligheter ved å påpeke endringer klienten gjør eller har gjort, slik at han blir mer bevisst på sine endringsmuligheter (Fekjær (2009:250).

Neste prinsipp går på det Fekjær (2009) kaller «*Rull med motstanden*». Han skriver at motstand er en naturlig reaksjon på forsøk på påvirkning. En oppmuntrer klienten til å finne egne løsninger på problemer som klienten selv definerer, i stedet for at behandleren konfronterer klienten. Det neste prinsippet Fekjær (2009) snakker om er det å *påvise motsetninger*. Når det er en motsetning hvor mennesker er, og hvor det ønsker å være, oppstår motivasjon. Som behandler er det da vesentlig å reise spørsmål om hvordan dagens atferdsmønster vil fungere i forhold til klientens langsiktige mål (Fekjær (2009:250)). Fekjær peker på at mange rusklienter har hatt liten evne til langtidsplanlegging, og mange er resignert og føler at det uansett ikke vil nytte og forsøke. Det å kunne *akseptere ambivalens* er dermed også et av hovedprinsippene i MI. Slik Fekjær (2009:250) skriver, har klienten ikke valgt sin livsstil tilfeldig, og vaner og uvaner er knyttet til det som har vært.

Fekjær (2009) henviser videre til at behandleren ikke bør gi inntrykk av at det er opplagt hva som er klientens beste, men beskrive fordeler og ulemper ved behandlingsalternativene. Direkte overtalelse er ingen effektiv metode til å løse ambivalens (Fekjær 2009:250). Samtaleformen og samarbeidet i MI er preget av likestilt partnerskap. Behandleren preges av reflekterende lytting og viser respekt for klientens autonomi (Fekjær 2009:251).

### **3.1.2 Endringsfasene**

*Stage of Change*-modellen (SOC) beskriver utviklingen som personen gjennomgår når de skal gjøre planlagte endringer og er bevisst på endringsarbeidet (Barth og Näsholm 2007:68). Modellen består av fem stadier som er kvalitativt forskjellige, og som følger hverandre i en bestemt rekkefølge. Hver fase inneholder en rekke psykologiske utfordringer som må håndteres for å komme videre (Barth og Näsholm 2007:68). Videre

henviser forfatterne til at modellen åpner for muligheten til å kunne stoppe opp, eller gå tilbake til en tidligere fase. De ulike stadiene i endringsprosessen beskrives også gjerne som et «endringshjul» (Fekjær 2009:247). Endringshjulet fortoner seg slik:

#### Føroverveielser:

Slik Barth og Näsholm (2007:69) sier, kan det være ytre omstendigheter og hendelser i livet som gjør at vi oppdager og begynner å tenke på noe bestemt, og at vi begynner å betrakte det som viktig. Noen kan være oppmerksomme på at de har et problem, andre ikke. For lite kunnskap, manglende tillit til egen evne, eller ingen tro på at det har noen hensikt å tenke på endring er det som kan hindre oss i å se klart og problematisere en sak. Hjelperen kan se at det ikke bare er tilfeldigheter eller personens manglende ressurser som hindrer utviklingen, og kan gjennom et alternativt perspektiv i dialog om saken åpne for at personen begynner å vurdere mulighetene for endring. I føroverveielserfasen er det psykologiske utfordringer som må takles. Klienten må bli oppmerksom på saken, og den må betraktes som aktuell og endre på. Klienten må også gi saken stor nok personlig betydning til at han holder fokus og mer aktivt begynner å tenke, reflektere og gradvis begynne å jobbe videre med den (Barth og Näsholm 2007:70).

#### Overveielser:

Klienten tar et skritt i retning av å betrakte og reflektere over seg selv fra et sted utenfor seg selv, i en reflekterende posisjon (Barth og Näsholm 2007:71). Dette kan oppleves positivt, men også smertefullt, fordi klienten blir konfrontert med at han har et problem han ikke har gjort noe med tidligere. Slik Barth og Näsholm (2007) skriver, er erkjennelse av problemet ofte forbundet med skamfølelse, og klienten kan innta en protestholdning og nekte for noe han føler han er tvunget til å innse. I denne fasen kan det være relevant for hjelperen å repetere personens ønske om å jobbe med problemstillingen på egen hånd. Mange kan tenke over saken, mens andre kan ha behov for hjelp for i det hele tatt å orke å reflektere over seg selv. Klienten kan også være usikker på hvordan han skal forstå problemet, og usikkerheten har ofte en form for ambivalens – at klienten opplever at det er både ulemper og fordeler med problemet. En ambivalenstilstand kan bli stående uløst i lang tid. Det er mulig å oppholde seg lenge i overveielserfasen – noen ganger hele livet (Barth og Näsholm 2007:73).

### Beslutnings- og forberedelsesfasen:

Slik (Barth og Näsholm 2007:74) skiver, handler denne fasen om at klienten skal ta en beslutning og forberede det praktiske endringsarbeidet. Denne fasen kan være preget av lettelse og optimisme over å skifte fokus fra problem til løsning og handling. Barth og Näsholm (2007) henviser videre til to ting hjelperen må se etter når man skal vurdere om personen har kommet i beslutnings- og forberedelsesfasen. Hjelperen bør lytte nøye til språket og kvaliteten i ordene for å høre og vurdere om det er snakk om en forpliktende og bindende beslutning som beskrives. Det andre er å være oppmerksom på konkrete handlinger knyttet til endringer, som for eksempel at personen innhenter informasjon, gjør avtaler eller bestiller timer. Som hjelper kan man få et bedre bilde av hvor seriøs en beslutning er, hvis man ikke bare lytter til det personen sier, men også observerer de konkrete handlingene (Barth og Näsholm 2007:75).

### Handlingsfasen:

Nå skal motivasjonen omsettes til handling. Klientens oppgave er å følge planen, benytte seg av råd, tips og forskjellige hjelpemidler, følge retningslinjer og gjennomføre treningsprogrammer, alt avhengig av hvilken endring som skal skje (Barth og Näsholm (2007:76). Forfatterne peker videre på at handlingsfasen er en aktiv, utadrettet og positiv fase der det er lett for klienten å se endringer. Videre kan handlingsfasen strekke seg over lengre eller kortere tid. Når fasen tar lang tid, er det en utfordring for hjelper og klient å holde motivasjonen oppe. Unge narkotikamisbrukere pleier for eksempel å bli kvitt abstinensene ganske raskt og bli fysisk friske når de slutter med narkotika, men det tar lang tid før de fungerer stabilt i sysselsetting og arbeid, eller takle hverdagen i egen bolig (Barth og Näsholm 2007:76). I denne fasen er hjelperens oppgave å bekrefte den nye atferden og hjelpe klienten til å synliggjøre målet med endringen. Dette ved å minne om forskjellige situasjoner før og nå, samt gi relevant og positiv respons på gjennomførte endringer.

### Stabiliserings- eller vedlikeholdsfasen:

I denne fasen skal endringene bygges inn i hverdagen, automatiseres og opprettholdes. Den vanligste utviklingen er at personen blir mindre oppmerksom eller bevisst på det som tidligere var et problem. Det nye internaliseres og blir en del av selvbildet og identiteten (Barth og Näsholm 2007:77). Forfatterne fortsetter med at oppgavene i denne fasen

imidlertid er litt motstridende. På den ene siden skal klienten hjelpes slik at den nye atferden automatiseres og blir noe som han ikke lenger trenger å tenke på. På den andre siden må både klient og rådgiver være på vakt for å kunne forebygge tilbakefall.

### Tilbakefall:

*Stages of Change*-modellen understreker at det i alle faser er fare for tilbakefall hvis klienten ikke klarer å løse oppgavene som den enkelte fasen representerer, eller hvis han gir opp endringsforsøket (Barth og Näsholm 2007:77). Slik forfatterne peker på, vil noen tilbakefall føre personen helt til starten av prosessen. Personer som går tilbake til den innledende fasen vil kunne føle resignasjon, motløshet og oppgitthet. Dette kan øke for hvert mislykket endringsforsøk personen engasjerer seg i.

### **3.1.3 Helsearbeiderens kommunikasjon i MI**

Den pasientsentrerte tilnærmingen legger vekt på at helsearbeideren har gode kommunikasjonsferdigheter og kan formulere utforskende spørsmål, lytte aktivt og speile tilbake det som pasienten forteller (Prescott og Børtveit 2004:125). Åpne spørsmål, refleksjon (speiling) og sammenfatninger er sentrale kommunikasjonsferdigheter i pasientsentrert tilnærming:

#### **Åpne spørsmål**

Mens lukkede spørsmål som oftest begynner med verb, starter åpne spørsmål gjerne med spørrepronomen som «hvordan», «hva» eller «hvorfor» (Eide og Eide 2010:276). Forfatterne skriver videre at åpne spørsmål inviterer til utforsking, beskrivelser og forklaringer, samt gir rom for å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser. Slik Eide og Eide (2010:276) henviser til, er formålet med å stille åpne spørsmål ikke først og fremst for å innhente fakta, men å få den andre til å snakke fritt og åpent om egne tanker og følelser. Åpne spørsmål er derfor godt egnet til å utforske personens erfaringer på hans eller hennes egne premisser.

## **Refleksjon og aktiv lytting**

Prescott og Børtveit (2004:128) henviser til at begrepet refleksjon har to litt ulike betydninger. Den ene betydningen går på en indre prosess der vi tenker over noe. Den andre betydningen dreier seg om en aktiv kommunikasjon der helsearbeideren formidler tilbake at han har forstått hva pasienten har sagt. Den enkleste formen for reflekterende lytting er når vi gjentar ordrett eller med litt andre ord det samme som pasienten sier til oss (Prescott og Børtveit 2004:128). Ved reflekterende lytting kan pasienten oppleve å bli lyttet til, og at det pasienten beskriver blir bekreftet som noe viktig. Reflekterende lytting kan også oppmuntre pasienten til å fortelle videre om emnet. En annen form for refleksjon er når helsearbeideren sier noe om sin forståelse av det personen sier, på en måte en hypotese eller antagelse om den bakenforliggende meningen i pasientens utsagn (Prescott og Børtveit 2004:130). På denne måten får pasienten mulighet til å korrigere unøyaktigheter og misforståelser.

## **Sammenfatninger**

Dette er også en form for refleksjon. Prescott og Børtveit (2004:130) skriver at en sammenfatning er en oppsummering av en serie utsagn fra pasientens side. Sammenfatninger er referater av det som pasienten sier, men ofte på en måte som skaper oversikt og klarhet. For å kunne sammenfatte, må helsearbeideren lytte svært godt til det pasienten sier. I sammenfatningen kan helsearbeideren sy sammen argumenter for og imot endring som har kommet fram i samtalen, samtidig som sammenfatningen klargjør synet på problemet.

### ***3.1.4 Struktur og rytme***

Barth og Näsholm (2007:57) henviser til at MI-samtalen har en struktur og en rytme som er lett å gjenkjenne. De som bruker metoden snakker om melodien i MI, og at en melodisekvens som regel begynner med et åpent spørsmål. Barth og Näsholm (2007:57) skriver videre at det deretter følger en kortere eller lengre sekvens der fortelleren forteller og lytteren lytter aktivt ved hjelp av refleksjoner, deretter en oppsummering (sammenfatning) som kan føre til et nytt åpent spørsmål.

MI-samtalen fungerer ikke alltid så systematisk. Det kan være stor variasjon i melodien, men det er nettopp denne melodien som skiller MI fra andre behandlings- og rådgivningssamtaler. Hjelperen oppsummerer langt oftere enn i andre samtalemetoder. Et annet kjennetegn forfatterne viser til i forhold til MI, er at rådgiveren ofte ber om lov, det vil si at man søker klientens bekræftelse eller godkjenning før man går videre. Å be om lov handler alltid om å vise *respekt* (Barth og Näsholm 2007:57).

### **3.1.5 Prinsippene i aktiv lytting**

MI bruker prinsippene for aktiv lytting. Jeg vil utdype disse prinsippene fordi de er helt grunnleggende i metoden. Aktiv lytting går på hvordan lytteren kommuniserer med fortelleren (Barth og Näsholm 2007:44). Mathisen og Høigaard (2004) henviser til at aktiv lytting kjennetegnes av psykisk, fysisk og verbal oppmerksomhet. Psykisk oppmerksomhet betyr at du som veileder er konsentrert og fokusert på de signalene og tilbakemeldingen den som blir veiledet kommer med (Mathisen og Høigaard 2004:26).

Fysisk oppmerksomhet kommer til uttrykk ved at kroppsspråket signaliserer at du er tilstedeværende, og den verbale oppmerksomheten går på hvordan du som veileder uttrykker deg verbalt, slik at den som blir veiledet skal føle trygghet og motivasjon (Mathisen og Høigaard 2004:26). Verbal aktiv lytting vil si å bruke virksomme småord som fungerer som en verbal kvittering på at du har mottatt og forstått budskapet. Nonverbal aktiv lytting er også viktig. Ved å signalisere med ansiktsuttrykket, mimikk, øyekontakt og kroppsspråk signaliserer du at du er tilstedeværende, konsentrert og deltakende (Mathisen og Høigaard 2004:26). Eide og Eide (2010:23) sier at evnen til å lytte aktivt kanskje er den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell hjelpende kommunikasjon.

### **3.1.6 Forskning på MI**

Barth og Näsholm (2007:64) henviser til Burke, Arkowitz & Dunn (2002) som i en artikkel systematisk har gjennomgått 26 kontrollerte studier av høy vitenskapelig kvalitet, der *Motivational Interviewing* ble brukt. Studiene viser at metoden har dokumentert effekt innen behandling og rådgivning på mange områder. Forfatterne henviser også til Hettema,



Steele & Miller (2005) som i en nyere metastudie har gransket virkningen av MI. De fant blant annet ut at virkningen av metoden er sterkere på kort sikt enn på lengre sikt, og at den varierer kraftig mellom studiene (Barth og Näsholm 2007:64). De fant også ut at virkningen er klarere rettet mot alkohol – og narkotikamisbruk, og at metoden har bedre virkning når den kombineres med andre typer tiltak, enn når den utgjør eneste behandling. Barth og Näsholm (2007) peker på at selv om det er vitenskapelig støtte for at metoden fungerer, er det begrensninger ved slike studier. I kontrollerte studier er man avhengig av en relativt rigid behandlingsmanual for å sikre at undersøkelsen har intern validitet (Barth og Näsholm 2007:64). Forfatterne viser videre til at en slik fast manual på sett og vis er i konflikt med fleksibiliteten og graden av individualisering som MI dreier seg om.

I dag er det stigende interesse for og stadig større aktivitet innen både forskning og behandlingsarbeid knyttet til MI, og metoden prøves også ut i mange sammenhenger hvor det ikke er snakk om misbruksbehandling (Barth og Näsholm 2007:63).

### ***3.1.7 Utviklingen av MI***

I Skandinavia har det siden 1982 vært en ubrutt behandlingstradisjon basert på utviklingen av MI ved Hjelpestadklinikken (Barth og Näsholm 2007:65). Forfatterne viser til at det i Sverige brukes MI innen misbruksbehandling og sosialtjenester, og også ved psykososialt rettet behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Til forskjell fra utviklingen i USA, er mye av den skandinaviske MI mer prosessorientert og mindre løsningsorientert (Barth og Näsholm 2007:66). I engelskspråklig faglitteratur finnes det mange forskjellige betegnelser på MI-inspirerte tilnærminger (Barth og Näsholm 2007:66). Forfatterne referer også til at det i Skandinavia har blitt brukt ulike betegnelser på metoden. I tillegg til betegnelsen motiverende intervju, blir også begrep som motiverende samtale og motivasjonssøkende samtale brukt.

MI har utviklet seg i to grener, der den ene består av kortere motiverende intervensjoner, frittstående eller kombinert med andre tiltak, mens den andre består av MI som gjennomgående metode i et lengre behandlingsforløp, for eksempel ved misbruksbehandling, ved forskjellige typer rehabilitering og ved psykososialt

behandlingsarbeid (Barth og Näsholm 2007:66). Forfatterne peker imidlertid på at utgangspunktet er at det alltid finnes elementer av motivasjon i et menneske, og at slike elementer kan styrkes gjennom empatisk samtalem metode (Barth og Näsholm 2007:67).

## **3.2 Rus, avhengighet og behandling**

Jeg vil nå gå over til å belyse teori rundt rus og avhengighet. Videre vil jeg komme inn på behandling og motivasjon, behandlingsforskning og hva mennesker med rusproblematikk selv ser som viktig i forhold til rusbehandling.

### **3.2.1 Avhengighet**

Hva skjer egentlig når vi snakker om avhengighet? Folkehelseinstituttet (2008) skriver at når man opplever noe godt, skapes det en belønningsreaksjon i hjernen (på engelsk «liking»). Enkelte slike opplevelser kan tillegges en særskilt betydning, og det oppstår et ønske om å gjenta handlingen (på engelsk «wanting»). Man ønsker mer av det man har fått. Denne mekanismen regnes for å være sentral både for menneskers overlevelsessevne og for utvikling av avhengighet (Folkehelseinstituttet 2008). «Liking» og «wanting» foregår samtidig, men likevel uavhengig av hverandre. Når et rusmiddel inntas gjentatte ganger, kan de biologiske prosessene som gir «wanting» og «liking» utvikle seg motsatt av hverandre. Trangen til å bruke rusmiddelet (wanting) blir sterkere, mens den positive opplevelsen (liking) stadig svekkes (Folkehelseinstituttet 2008). Reaksjonene som skapes ved rusmidler er sterkere enn de som framkalles av naturlige stimuli, som for eksempel suging gjør hos et spedbarn.

### **3.2.2 Behandling og motivasjon**

Forskningsdirektør ved SERAF, professor dr. Med. Jørgen G. Bramness har oversatt Doug Sellmans artikkel i *Addiction* (2009), som går på ti ting forskningen sier om rus og avhengighet. Her vises det til at det aldri har vært ansett som god terapeutisk teknikk å be rusmisbrukere om å «komme tilbake når han/hun er motivert». Likevel har dette til en viss grad vært en underliggende holdning i mange deler av behandlingsapparatet. Artikkelen viser blant annet til motiverende intervjueteknikk (MI), og at de til dels støyende

konfrontasjonsstrategier har blitt erstattet med en mer forsiktig lyttende tilnærming. I artikkelen skriver Bramness at terapeutisk arbeid på denne måten har en holdning som tar hensyn til hvor beredt personen er for endring, som å se verden gjennom pasientens øyne. Artikkelen peker også på at enhver endring tar tid. En person skal gjøre store endringer i hele sitt livsmønster, og det må tenkes i ulike faser: behandling, rehabilitering, ettervern og self-management (den nye livsstilen).

Fekjær (2009:371) henviser til at det har skjedd betydelig skade før behandlerne slipper til når det gjelder mennesker med rusproblematikk som kommer til behandling. Fekjær (2009:253) referer til at manglende motivasjon hos rusklinter ofte er et uttrykk for manglende tro på at forandring er mulig. Han henviser også til at enkelte som møter regelmessig til behandling kan mangle tro på egen mestringsevne. Mestringsevne bygger på det å lykkes, og de som ikke har tro på egen mestringsevne kan ha gitt opp på forhånd. Forfatteren skriver at særlig gatenarkomane ofte har mange nederlag bak seg alt fra barndommen, og dermed aldri klart å hevde seg når det gjelder utdanning, arbeid og relasjon til andre. Fekjær (2009) skriver videre at alle i hjelpeapparatet vet at det er mennesker i klientens nærhet, særlig familien, som vanligvis er mest motivert for at behandling og atferdsendring skal finne sted, og at misbrukerne som kommer til behandling i beste fall er ambivalente. Fekjær (2009:371) henviser til at det streves langt mer med klientens motivasjon i rusbehandling enn i andre typer behandling, og at rundt halvparten av behandlingsoppleggene ikke fullføres av klientene.

Hvilke faktorer kan være spesielt utfordrende for rusmisbrukeren i forhold til motivasjon for behandling? Fekjær (2009:254) sier at det går an å føle at det er bedre å være såkalt «rammet av narkomani» og ha et aktivt liv, enn bare å være taper og outsider. Han viser blant annet til at rusmisbrukeren kan gå fra å være «en av gutta» og ha mange venner i rusmiljøet, til å være en outsider og eksnarkoman med få venner etter å bli rusfri. Rusmisbrukeren kan ha høy status i rusmiljøet, mens han kan få lav status i samfunnet etter behandling. I rusmiljøet kan han eller hun ha blitt sett på som en til å stole på, mens stempelet som kriminell og ramp kan bli resultatet etter endt behandling. Fekjær (2009) refererer til en rusmisbruker som sa det på denne måten: «Problemet er ikke å slutte med stoff, men leve et annet liv».

### ***3.2.3 Behandlingsforskning***

Forskningen har ofte hatt vansker for å vise forskjeller i resultater mellom ulike typer behandling eller forskjellen mellom behandling og ingen behandling (Fekjær 2009:313). Fekjær (2009) skriver videre om Project Match, som er den dyreste og mest omfattende behandlingsstudien som er gjort til nå. Drikkevaner og psykososiale forhold ble først nøye kartlagt, og hvilken behandling de skulle ha ble bestemt ved loddtrekning. 1/3 av personene fikk 12-trinnsbehandling, 1/3 fikk behandling med hovedvekt på å øke mestringsferdigheter og 1/3 fikk behandling med hovedvekt på å øke motivasjonen. Resultatet viste seg å være nokså uavhengig av hva slags behandling de fikk. Klienter fra alle behandlingstypene klarte seg gjennomgående betydelig bedre etter behandling enn på forhånd.

På enkelte områder er det gjort Cochrane-studier, som er oversikter i medisinsk regi med strenge krav til metodikk (Fekjær 2009:315). Videre skriver Fekjær (2009) at undersøkelsene generelt viser tydeligst effekt for medikamentell behandlingsformer. Det vises imidlertid til at det også er en del studier som viser effekter av ulike former for psykososial og kognitiv behandling, men uten en slik klar tendens at en definitivt kan peke ut en eller noen mer effektiv behandlingsform enn andre (Fekjær 2009:315). Doug Sellmans artikkel i *Addiction* (2009), oversatt av Jørgen G. Bramness, henviser til at desto mer individualisert og omfattende behandlingen er, jo bedre blir resultatet. Bramness henviser til at det i en viss grad har vært en kamp mellom ulike yrkesgrupper om hva avhengighetsproblemet er, og hvordan man best skal gripe an problemene. Diskusjonen kan for eksempel være om man skal benytte diagnose eller mer individualiserte beskrivelser. Sellman presiserer i artikkelen at den medisinske forståelsen aldri bør erstatte at det tilstrebes en omfattende og individuell tilnærming i behandlingen.

### ***3.2.4 Hva er viktig for mennesker under rusbehandling?***

Kunnskapssenteret publiserte i april 2011 en undersøkelse om hva som er viktig for pasienter innen rusbehandling. Det ble utviklet et eget spørreskjema for å måle pasienters erfaringer med døgnopphold ved institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med tretten pasienter om hvilke sider ved

behandlingstilbudet som oppleves som avgjørende for pasientene. Intervjuene viser at det er fire områder som går igjen som viktige:

- god mottakelse og trygge rammer
- bli tatt på alvor og respektert
- tilgjengelige ansatte og meningsfulle program
- god og tett oppfølging etter utskrivning

I tillegg til det å bli tatt på alvor og respektert, var det å bli lyttet til, positive holdninger fra ansatte og bli behandlet som et menneske tema som gikk igjen blant informantene. Hele seks av de tretten informantene svarte at noe av det viktigste er å bli respektert.

Informantene fortalte om personale som var dårlige til å lytte, som lovte ting de ikke kunne holde, ikke fulgte opp bekymringer det ble sagt fra om, og som så ned på pasientene.

Informanter fortalte at ansatte kunne være lite pedagogiske, fordomsfulle, la være å hilse, snakke til beboerne som om de skulle være analfabeter, ha en ovenfra - og ned - holdning eller behandle dem uten høflighet. Ufaglærte ansatte ble spesielt kritisert for nedlatende og respektløs atferd. Flere mente at også behandlerne må se hele mennesker bak misbruket.

Alle pasientene ønsker å bli sett på som et vanlig menneske, og bli tatt på alvor i forhold til sine behov.

God og tett oppfølging etter utskrivning var også et felt pasientene så på som et av de viktigste. Informantene sa blant annet at de ønsket hjelp fra institusjonen til å ordne mange praktiske ting i forbindelse med tiden etter utskrivning, som for eksempel det å skaffe leilighet, utfylling av skjemaer, sysselsetting, økonomisk rådgivning, og kanskje det å peke seg inn på aktuelle fritidsaktiviteter. Undersøkelsen viser at det er viktig at ansatte er bevisst på å skape gode relasjoner. Det å være bevisst på pasientenes behov for trygge rammer og relevante aktiviteter er også viktig. Samtidig er det avgjørende at pasientene ikke opplever at de blir overlatt til seg selv etter oppholdet, for det er nettopp da de virkelige prøvelsene starter for mange.

### **3.2.5 Ettervern og oppfølging**

Fekjær (2009:277) skriver at ansatte ved langtidsinstitusjoner ofte opplever at klienten faller tilbake etter utskrivning, til tross for et vellykket opphold. Fekjær (2009) henviser videre til at skylden ofte da legges på sosialkontoret, som skal ha ansvaret for ettervern. Forfatteren påpeker imidlertid at når klienten faller tilbake, så *kan* det også skyldes at institusjonens forberedelser av livet etterpå ikke har vært tilstrekkelig. Slik Fekjær (2009) sier, er livet i institusjonen en skjermet «glasskule» i forhold til «jungelen» utenfor. Å slutte og ruse seg er ikke tilstrekkelig for å få et godt liv. I tillegg til å bli rusfri trengs et sosialt nettverk, meningsfulle aktiviteter og integrering i samfunnet (Fekjær 2009:278).

## **3.3 Teori rundt sentrale begreper**

Her tar jeg utgangspunkt i å presentere teori rundt begrepene brukervedvirkning, stigmatisering, institusjonalisering, makt, avmakt og forforståelse. Dette er begreper jeg i drøftingsdelen vil knytte opp imot MI og mennesker med rusproblematikk, og synliggjøre hvordan blant annet disse begrepene også kan ha betydning for motivasjonen når det gjelder rusproblematikk og behandling.

### **3.3.1 Brukervedvirkning**

Brukervedvirkning kan være et sentralt begrep å drøfte i forhold til problemstillingen, blant annet med bakgrunn i at MI bygger på at det skal ta utgangspunkt i brukerens egne premisser i behandlingsprosessen. Kan for eksempel brukervedvirkningen i seg selv gi mennesker med rusproblematikk motivasjon til behandling?

Fokuset på vedvirkning innebærer at brukeren ikke lenger skal være ensidig passiv mottaker av hjelp, men få en aktiv rolle som deltaker og medvirker i behandlingsprosessen (Brodtkorb m.fl. 2007:142). I artikkelen *Brukervedvirkning – et alibi?* skriver Hanne Marie Høybråten Sigstad at brukervedvirkningsbegrepet bygger på et menneskesyn der det er en vesentlig verdi for alle mennesker å ha størst mulig grad av innvirkning på egen livssituasjon (Sørensen o.a., 2002).

Vatne (2007:37) skriver om brukerkompetanse, og hvordan pasienten for eksempel skal kunne formidle sine behov og til en viss grad medvirke i samarbeidet. Brukermedvirkning stiller krav til brukeren. Vatne (2007:37) henviser til at en del brukergrupper kan ha svake ressurser når det gjelder brukerkompetanse, som for eksempel formidlingsevne. Brodtkorb m.fl. (2007:67) sier også at målgruppene for vernepleieren, blant annet klienter med store rusproblemer, i mange tilfeller er så svake at det kan være vanskelig å se hvordan de kan vurdere sine egne behov bedre enn profesjonelle hjelpere. Bemyndigelse betyr at man må finne frem til samarbeidsformer mellom bruker og hjelper som kan ta i bruk de ressursene brukeren har (Brodtkorb m.fl. 2007:67).

### ***3.3.2 Stigmatisering***

Stigmatisering er et sentral begrep når det gjelder mennesker med rusproblematikk. I drøftingsdelen vil jeg komme inn på hvordan MI, med sine grunnleggende prinsipper, kan være en god metode i forhold til stigmatisering. Kan for eksempel stigmatisering ha betydning for rusmisbrukerens motivasjon? Kan MI være en metode for at rusmisbrukeren skal føle seg mindre stigmatisert og mer motivert?

Når det gjelder mennesker med rusrelaterte problemer, møter ofte disse flere negative reaksjoner i samfunnet enn ved mindre stigmatiserende sykdommer (Brodtkorb m.fl. 2007:131). I boka henvises det til hvordan Erving Goffman bruker stigma for å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer, og hvordan han mener at stigmatisering ved sykdom, og i dette tilfellet rusproblematikk, får store konsekvenser for selvoppfattelsen og for deltakelsen i det sosiale liv. Brodtkorb m.fl. (2007:132) sier at stigmatisering kan gi en tendens til at personen blir «totalt» oppslukt av stigma, slik at omgivelsene bare ser avviket og ikke personen. Forfatterne refererer til at et annet kjennetegn ved de mest stigmatiserende sykdommene er at vår empati eller medfølelse forsvinner. Stigmatisering kan også påvirke den stigmatiserte på en negativ måte, ved at det skjer en selvstemping.

### ***3.3.3 Institusjonalisering og depersonalisering***

Jeg ser på institusjonalisering og depersonalisering som svært relevante begrep å drøfte i forhold rusbehandling. Informantene i undersøkelsen Kunnskapssenteret gjennomførte,

fortalte at ansatte kunne la være å hilse, og snakke til beboerne som om de skulle være analfabeter. Flere mente at behandlerne også må se hele mennesker bak misbruket. Dette kan kanskje tyde på at mennesker med rusproblematikk kan kjenne både på institusjonalisering depersonalisering. Kan dette ha betydning for motivasjonen mennesker med rusproblematikk er avhengige av å ha i en behandlingsprosess? Og kan MI være en metode som reduserer depersonaliseringen, mens den øker motivasjonen?

Brodtkorb m.fl. (2007:99f) skriver at pasientens eller klientens makt påvirkes av den rollen de har i systemet innenfor helse- og sosialsektoren. Et tradisjonelt kjennetegn ved pasientrollen og klientrollen er at den har befunnet seg nederst i hierarkiet, med minst makt og innflytelse i forhold til de ansatte. Dette har særlig vært diskutert i forbindelse med institusjonalisering. Med total institusjon menes en institusjon som er avlukket og isolert fra den sosiale omverdenen, og hvor de innlagte lever alle livets aspekter innenfor institusjonene, gjerne over flere år. Et eksempel på total institusjon er institusjoner for rusmisbrukere. Ved institusjoner er det trukket en klar linje mellom ansatte og innlagte. Goffman mente at institusjonaliseringen innebærer en dyp krenkelse av individets personlighet, fordi de innlagte møter en rekke ydmykelser, nedverdigelser og krenkelser av personligheten innenfor den totale institusjonen. Brodtkorb m.fl. (2007:101) henviser også til at de innlagte ofte mister muligheten til å beskytte seg mot det de selv opplever som uheldig påvirkning. De kan oppleve fysisk tvang og blottlegging ved vask og toalettbesøk. Samtidig kan de miste retten til å forbeholde seg opplysninger om seg selv, og de kan måtte utlevere seg mer enn de ønsker på samtalegrupper. Institusjonalisering innebærer også at klienten omformes fra å være et aktivt subjekt til å bli et passivt objekt for institusjonens maskineri (depersonaliseringsprosess) (Brodtkorb m.fl. 2007:101).

### **3.3.4 Makt og avmakt**

Makt og avmakt er begreper som ligger langt unna ideologien i motiverende intervju. Begrepene er imidlertid høyst relevante i helsesektoren. I undersøkelsen om hva mennesker med rusproblematikk selv ser som viktig i et behandlingsforløp, kom det blant annet fram at personalet kan ha en ovenfra og ned-holdning, lovte ting de ikke kunne holde og ikke fulgte opp bekymringer det ble sagt fra om. Dette går på relasjonen mellom hjelper



og bruker. Kan rusmisbrukeren føle på makt og avmakt i hjelpeapparatet? Og kan dette påvirke rusmisbrukerens motivasjon?

Makt er et relasjonelt fenomen som forutsetter at noen forholder seg til andre og kan påvirke deres handlinger (Brodtkorb m.fl. 2007:90). Brodtkorb m.fl. (2007:91) skriver videre at makt kommer til uttrykk på ulike måter i det sosiale livet, blant annet gjennom kommunikasjon og språk. Vi snakker om formell og uformell makt, og maktbruk kan være mer eller mindre åpen og synlig. Slik Brodtkorb m.fl. (2007:92) sier, er det i de hverdagslige situasjonene vi utøver makt overfor store grupper av pasienter eller klienter, og det er kanskje i disse hverdagslige situasjonene vi lettest kan bruke makt på en ubetenksom eller krenkende måte. Innen helse- og sosialsektoren er muligheten til å nekte å innfri brukerens ønsker et sentralt kjennetegn ved personalets makt. Mange brukere forteller derfor at de har følt seg krenket når de kjenner seg ignorert, avfeid og bagatellisert av personalet (Brodtkorb m.fl. 2007:93). Forfatterne snakker også om den legitime makten og den illegitime makten. Den legitime makten er den maktutøvelsen innenfor et samfunn som anerkjennes som rettferdig og rettmessig. Den illegitime makten kjennetegnes derimot ved at maktutøveren ikke får anerkjennelse fra de andre for sin rett til å ha makten, eller at det er misnøye med måten vedkommende utøver makten på (Brodtkorb m.fl. 2007:94).

Når det gjelder avmakt, henviser Brodtkorb m.fl. (2007:103) til Mathiesen (1982) som beskriver avmakt som det å være i en situasjon hvor man ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller til å motsette seg andres viljeutøvelse overfor seg selv. Avmakten er sterkest når man er i en avhengighetssituasjon og dermed overlatt til den mektiges avgjørelser (Brodtkorb m.fl. 2007:103). Videre peker forfatterne på at en avmektig stilling kan oppleves svært nedverdiggende og angstprovoserende, og at avmakt har nær sammenheng med følelser som aggresjon og frykt. Avmakten forsterkes også når man er avhengig av hjelp på grunn av svekkelse ved sykdom eller funksjonshemming, eller når man er avhengig av økonomisk støtte for å klare seg (Brodtkorb m.fl. 2007:104). I tillegg gjør avhengigheten personene meget sårbare for hvordan de ansatte definerer situasjonen og beslutningene som tas.

### **3.3.5 Forforståelse**

Helse- og sosialarbeidere har ulike forforståelser, alt avhengig av den enkeltes personlige erfaringer, sosiale og kulturelle bakgrunn og det som tilegnes gjennom utdanning og arbeidspraksis. Kan helsearbeiderens forforståelse hindre rusmisbrukerens motivasjon? Og hvilke prinsipper i MI kan settes i sammenheng med dette?

Aadland (1997:189) henviser til at forforståelse kan være både bevisst og ubevisst. Enkelte holdninger vet vi at vi har, mens andre holdninger er så selvfølgelige at vi tar dem for gitt. Vi samler på inntrykk, og der flere erfaringer ligner hverandre, utvikler vi raskt forestilling om at slik «er» verden. Brodtkorb m.fl. (2007:37) skriver at vi bruker vår forforståelse når vi tolker en situasjon eller hendelse. På denne måten får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i nye situasjoner. Dette kalles en hermeneutisk sirkel. Vår forforståelse vil få betydning for hvordan vi fortolker ulike situasjoner. Brodtkorb m.fl. (2007:37) skriver også at en hermeneutisk forståelse tar utgangspunkt i at vi alle har en forforståelse når vi går inn i en situasjon og blir stilt overfor ulike hendelser og fenomener. De individer som vi møter som yrkesutøvere, har også sine fordommer og forforståelser. Det er viktig å være bevisst på og åpen for dette i møte med andre mennesker (Brodtkorb m.fl. (2007:35).

## **4.0 Drøfting**

*«På hvilke måter kan motiverende intervju være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk?»*

### **4.1 Innledning**

«Problemet er ikke å slutte med stoff, men leve et annet liv», sa rusmisbrukeren som Fekjær (2009) henviste til. Og det er nettopp et helt annet liv på alle mulige måter det kan dreie seg om når mennesker med rusproblematikk skal bli rusfrie. Sosialt nettverk, status i miljøet, arbeid, inntekt og bosted er noen av faktorene som kan bli totalt forandret etter endt behandling – både på godt og ondt. Dette sier noe om hvor vanskelig det er for en rusmisbruker å skulle gjøre en endringsprosess, og hvor stor motivasjonsfaktoren faktisk må være for å lykkes. Slik teorien sier, handler en MI-samtale fremfor alt om motivasjonsaspektene ved endring. Ikke først og fremst om *hvordan* endringen skal skje, men *om* den skal skje – hvorfor eller hvorfor ikke (Barth og Näsholm 2007:13). Den

motiverende samtalen bygger på et menneskesyn om at personen har iboende forutsetninger for å fatte egne beslutninger og valg.

Barth og Näsholm (2007) viser til studier som er gjort i forhold til MI. Studiene er varierende, men noen viser at MI har bedre virkning i forhold til alkohol- og narkotikamisbruk, samt at enkelte studier viser også at metoden fungerer bedre når den kombineres med andre typer tiltak enn når den utgjør eneste behandling. I Doug Sellmans artikkel i *Addiction* (2009), oversatt av Bramness, henvises det også til at det i en viss grad har vært en kamp mellom ulike yrkesgrupper om hva avhengighetsproblemet er, og hvordan man best skal gripe an problemene. Diskusjonen kan for eksempel være om man skal benytte diagnose eller mer individualiserte beskrivelser.

Slik jeg innledningsvis også skrev, ble mine erfaringer med MI en tankeprosess, der jeg knyttet metoden opp imot det jeg har lært i løpet av vernepleierstudiet, blant annet aktiv lytting, brukermedvirkning, forforståelse, stigmatisering, institusjonalisering, makt og avmakt. Dette er begreper som rusmisbrukere kan føle på i møte med hjelpeapparatet. Kan for eksempel brukermedvirkning ha betydning for motivasjonen til en rusmisbruker? Og kan det for eksempel ligge prinsipper i MI som kan gjøre at rusmisbrukeren føler mer motivasjon og mindre stigmatisering? Ut ifra dette vil jeg nå drøfte på hvilke måter MI kan være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk.

## **4.2 Aktiv lytting**

Mennesker med rusrelaterte problemer kan ha hatt mange negative opplevelser av hjelpeapparatet. Slik intervjuobjektene i Kunnskapssenterets undersøkelse sa, hadde de blant annet opplevd at personalet kunne ha en ovenfra – og ned – holdning, og at de ikke var lydhøre for bekymringene som de innlagte ga uttrykk for (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011) *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?*). Kan slike holdninger virke inn på motivasjonen som mennesker med rusproblematikk må ha for å gjennomføre en behandlingsprosess?

Slik teorien sier, er aktiv lytting en helt sentral del når det gjelder MI. Barth og Näsholm (2007:45) skriver at vi mennesker ønsker å bli sett, hørt og være interessante og viktige for

andre. I den nevnte undersøkelsen Kunnskapssenteret gjennomførte, var nettopp det å bli lyttet til et viktig tema som ofte ble gjentatt av intervjuobjektene. Undersøkelsen viser at personalet kan være dårlige til å lytte. Dette er noe som mennesker med rusproblemer kan ha opplevd både utenfor og innenfor institusjonen. I prinsippene for aktiv lytting ligger det at du som veileder og hjelper er konsentrert og fokusert på de signalene den andre gir, at kroppsspråket signaliserer tilstedeværelse, og at den andre skal føle trygghet ved måten du verbalt uttrykker deg. Min tanke er at det er nettopp dette rusmisbrukere kan savne i en behandlingsprosess. Ut ifra prinsippene som ligger i aktiv lytting tenker jeg derfor at MI kan være et godt verktøy i forhold til mennesker med rusproblematikk. Slik Eide og Eide (2010:23) sier, er evnen til å lytte aktivt kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell hjelpende kommunikasjon.

Slik Aadland (1997) sier, har kunnskapen mange ansikter. Den subjektive kunnskapen som rusmisbrukeren har er også viktig for å få en best mulig behandling. Da er det vesentlig at han blir lyttet til. Ett av hovedprinsippene i MI er å *uttrykke empati*, som blant annet vil si å uttrykke respekt for og genuin forståelse av klientens subjektive opplevelse, og se verden gjennom klientens øyne. Slik Fekjær (2009) også forteller om, blir klienten gjennom aktiv lytting oppmuntret til å finne egne løsninger, i stedet for å bli konfrontert av behandleren. Sellman viser også i sin artikkel til at man nå har gått mer bort fra det han kaller støyende konfrontasjonsstrategier, til mer lyttende tilnærming, som for eksempel MI.

Mathisen og Høigaard (2004:26) viser til at aktiv lytting også er den holdningen du har til den som blir veiledet. Når du lytter til hva et annet menneske har å si, viser du også respekt. Barth og Näsholm (2007:45) peker på at MI tar utgangspunkt i at det ligger en legende kraft i å bli akseptert av andre, det vil si at andre legger merke til, lytter og respekterer oss for den vi er, slik også informantene i den nevnte undersøkelsen mener er noe av det viktigste. Ut ifra teorien kan vi se at rusmisbrukeren kan oppleve stigmatisering både før og etter behandling. Holdningene fra personalet som noen de innlagte i undersøkelsen har opplevd, sier meg at de også kan føle stigmatisering innenfor hjelpeapparatet. Er slike holdninger en motivasjonsfaktor for rusmisbrukeren? Det at veilederen bruker MI som metode, der aktiv lytting er et viktig prinsipp, tror jeg derfor kan ha betydning i forhold til at mennesker med rusproblematikk føler mindre stigmatisering. Et annet kjennetegn Barth og Näsholm (2007) også viser til i forhold til MI, er at

rådgiveren ofte ber om lov, det vil si at man søker klientens bekreftelse eller godkjenning før man går videre. Å be om lov handler alltid om å vise *respekt*, sier Barth og Näsholm (2007). Rusmisbrukere som aldri har opplevd å bli lyttet til, kan ha mistet motivasjonen allerede før behandlingen starter. En av utfordringene en rusmisbruker kan ha er å knytte tillit til behandleren. Det å be om lov kan være en faktor som formidler respekt og tillit, og dermed også bygge opp under rusmisbrukerens motivasjon.

Ut ifra undersøkelsen som ble gjort, tenker jeg også at rusmisbrukerne kan føle en depersonalisering på grunn av opplevelsene i institusjonen. I stedet for at det gjennom et behandlingsopplegg kan skje en depersonalisering, kan MI og aktiv lytting føre til at klienten føler å ha sin egen identitet og personlighet. MI-samtalen gir rom for å uttrykke sine utfordringer med egne ord, tanker og følelser, nettopp fordi man hører seg selv uttrykke dem, samtidig som han føler seg lyttet til. Det å skulle «konfrontere» seg selv kan være en stor utfordring for rusmisbrukeren, blant annet med tanke på skamfølelse og stigmatisering. Hvis rusmisbrukeren opplever depersonalisering og institusjonalisering på grunn av dårlige holdninger og ydmykelser, er min tanke at rusmisbrukeren er langt unna det som kan kalles motivasjon.

På den andre siden er det selvfølgelig alltid en viss fare for at klienter bevisst eller ubevisst forstår hva hjelperen ønsker at de skal si i en MI-samtale, og at de prøver å svare det de tror hjelperen vil høre. Det er kanskje slik rusmisbrukeren tidligere har opplevd at det skal være? Slik også Barth og Näsholm (2007:113) skriver, trenger det ikke å fungere om man gjennomfører en samtaleteknikk som får klienten til å «produsere» endringsytringer. Slik Barth og Näsholm (2007:111) videre sier, er det et sterkt samband mellom det en person tenker, sier, føler og gjør. I undersøkelsen som ble gjort i forhold til hva rusmisbrukere selv mener er viktig i et behandlingsopplegg, var det flere som mente at behandlerne må se hele mennesker bak misbruket, ikke bare rusproblemet. Eide og Eide (2010:23) sier at evnen til å lytte aktivt kanskje er den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell hjelpende kommunikasjon. Det at hjelperen stiller åpne spørsmål kan hjelpe mennesker med rusproblematikk til å tenke og reflektere over sin situasjon, uten at hjelperen sier hva som skal eller bør gjøres, og kanskje ut ifra det sette motivasjonsprosessen i gang? Slik Eide og Eide (2010) også sier, er åpne spørsmål godt egnet til å utforske personens erfaringer på hans eller hennes egne prinsipper. Dette kan

kanskje føre til at mennesker med rusproblematikk føler at de «eier» sin egen rusproblematikk. Det å vise at man kan ta ansvar for sine egne utfordringer vil jeg tro kan være en motivasjonsfaktor i seg selv.

### **4.3 Brukermedvirkning**

MI tar utgangspunkt i klientens egne premisser, og at klientens autonomi blir ivaretatt. Men kan det være slik at MI har en alt for ensidig fokusering på brukermedvirkning? Brukeren har ansvar for sitt eget liv og sine egne valg, slik vi alle har. Men slik Barth og Näsholm (2007:37) også viser til, gir et klientsentrert metodevalg både muligheter og begrensninger. Mulighetene er å få tilgang på personens ressurser, i å unngå potensiell motstand og ved å møte den andre med respekt. Kanskje gir medvirkningen i seg selv motivasjon?

Slik Barth og Näsholm (2007) skriver, ligger begrensningene derimot i at noen av de tiltakene vi som hjelpere kjenner til, ikke er tilgjengelig for personen selv. Hvis klienten alltid skal stå for fasiten, risikerer vi å ikke nå frem med synspunkter som kunne ha vært til hjelp – eller at det tar urimelig lang tid å følge klienten med respekt frem til han selv er åpen for synspunktene (Barth og Näsholm 2007:37). Hvor langt er det faglig forsvarlig å følge brukerens ønsker? Slik Barth og Näsholm (2007) skriver, kan en slik situasjon bli en byrde heller enn hjelp for klienten, der han eller hun ikke kommer videre i endringsprosessen sin. Dette kan være et dilemma, der det kan bli en brytning mellom klientens forståelse av virkeligheten og behandlerens faglighet.

Når det gjelder brukermedvirkning kan det også være slik at klient og behandler representerer ulike livsverdener. Hanne Marie Høybråten Sigstad henviser til Vatne (1998) i artikkelen *Brukermedvirkning – et alibi?*, som skriver at brukermedvirkning forutsetter en dialog der en deler opplevelser og oppfatninger rundt brukers situasjon – altså en felles livsverden. Mennesker med rusproblematikk kan i et møte med en behandler ha en helt annen opplevelse og oppfatning om sin situasjon enn det behandleren har. Slik som nevnt tidligere har rusmisbrukeren sin subjektive kunnskap om sin situasjon. Behandleren kan på sin side legge mer vekt på sin faglige kunnskap og forståelse av rusproblematikk, og på

den måten kanskje ta over styringen helt og holdent? Slik teorien sier, bygger den motiverende samtalen på et menneskesyn om at personen har iboende forutsetninger for å fatte egne beslutninger og valg, og kan på den måten være en god metode i forhold til det å ta hensyn til rusmisbrukerens subjektive kunnskap, i tillegg til den faglige. Slik Sigstad (2004) skriver, ligger det imidlertid en erkjennelse av at en aldri helt kan forstå eller oppleve tingene på samme måte. Et av prinsippene i MI er likevel slik Fekjær (2009) også sier, at samtaleformen og samarbeidet er preget av et likestilt partnerskap mellom klient og behandler.

Brukermedvirkning er ikke alltid like enkelt, selv om premissene ligger til rette i en metode. Langvarige institusjonsopphold kan ha gitt klienten en passiv rolle. I stedet for å bli spurt om hva han eller hun *selv* kan gjøre i forhold til sin egen situasjon, kan de ha opplevd å bli *fortalt* hva de skal gjøre. Kan MI være en samarbeidsmetode som ivaretar brukermedvirkningen på en balansert måte? Jeg tenker at MI som metode kan hjelpe en person med rusproblemer på en slik måte at han eller hun kan ta i bruk sine egne tanker og meninger, slik at følelsen av å medvirke i sin egen endringsprosess er til stede på en oppriktig måte, selv om det kan ligge utfordringer i dette. Slik Vatne (2007:38) også skriver, er det slik at pasienter som på en eller annen måte er vanskeligstilte, gir hjelperen større utfordringer i brukermedvirkningsarbeidet, og at hjelpere ofte må bruke stor fantasi og kreativitet for å få brukeren i et samspill. Jeg tenker at MI som metode kan være en slik kreativ form for å skape en fruktbar samhandling som bygger opp under brukermedvirkningen. Slik Brodtkorb m.fl. (2007:67) også sier, betyr bemyndigelse at man må finne frem til samarbeidsformer mellom bruker og hjelper som kan ta i bruk de ressursene brukeren har.

Et av hovedprinsippene i MI er også det å kunne akseptere ambivalens. Slik Fekjær (2009:251) skriver, kan det å akseptere ambivalens gi klienten følelsen av å bestemme endringene i sin levemåte, uten at behandleren benytter seg av direkte overtalelser. Vatne (2007:37) skriver imidlertid om brukerkompetanse, og hvordan pasienten for eksempel skal kunne formidle sine behov og til en viss grad medvirke i samarbeidet. Brodtkorb m.fl. (2007:67) viser også til at målgruppene for vernepleieren, blant annet klienter med store rusproblemer, i mange tilfeller er så svake at det kan være vanskelig å se hvordan de kan vurdere sine egne behov bedre enn profesjonelle hjelpere. Slik som på mange andre

områder, er min tanke at brukerkompetanse også er en utfordring når det gjelder MI som metode.

#### ***4.4 Forforståelse, makt og avmakt?***

Kan MI være et godt verktøy i forhold til mennesker med rusproblematikk når det gjelder forforståelse, makt og avmakt? Ifølge den hermeneutisk-humanistiske innstillingen er altså ethvert individ fritt og selvstendig, og må gis mulighet til å framtre som en unik person ut ifra sine egne forutsetninger. Dette er også prinsippene i MI, og står da i sterk kontrast til både institusjonalisering, makt og avmakt. Aadland (1997:119) skriver at erkjennelse av vårt eget tankemønster, forforståelse og holdninger er like viktig som kunnskapen vi har om den andre. Ut ifra dette tenker jeg at hjelperens holdninger, forforståelse og menneskesyn er vesentlig for at MI skal være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk.

Hvis hjelperen har en forforståelse av at rusmisbrukeren ikke har motivasjon og vilje til å bli rusfri, vil en slik forforståelse også kunne prege en behandlingssamtale. Gjennom hjelperens kroppsspråk og verbale respons vil jeg tro at en klient kan føle slike holdninger, og dermed få bekreftet sin forforståelse av hjelpeapparatet. Slik Aadland (2007:119) også peker på, kan det gode samspillet strande nettopp på at hjelperen er blind og døv for viktige signaler fra den andre. Mennesker med rusproblematikk kan ha opplevd å ikke bli lyttet til, høre at de er umotiverte, at de aldri møter opp osv. Slike forforståelser kan føre til at rusen er bedre enn behandling, og at det føles mer behagelig å «gjemme seg» i rusen. Slike opplevelser kan også gjøre at rusmisbrukeren er redd for å mislykkes nok en gang, og har dermed et dårlig utgangspunkt for motivasjon og behandling. Flere runder i hjelpeapparatet, for eksempel institusjoner, kan gjøre at mennesker med rusproblematikk har et utgangspunkt om at de ikke vil få hjelp denne gangen heller. Dette kan kanskje også bli en utfordring for den som skal bruke MI som metode. Slik Michaelsen m.fl. (2007) peker på, kan det ta tid før brukerne blir vant til å ha en aktiv brukerrolle. Mange brukere kan blant annet ha hatt et langvarig institusjonsopphold, noe som gjør at hjelperne må motivere og oppmuntre til deltakelse. Det er ikke lett å plutselig skulle ta styring over eget liv, når du tidligere har vært prisgitt andres hjelp og meninger.



Jeg vil dra flere linjer i forhold til undersøkelsen Kunnskapssenteret har gjort. Det å bli tatt på alvor, bli respektert, bli lyttet til, få positive holdninger fra personalet og det å bli behandlet som et menneske var tema som gikk igjen blant intervjuobjektene. De fortalte om personale som var dårlige til å lytte, som lovte ting de ikke kunne holde, ikke fulgte opp bekymringer det ble sagt fra om, og som så ned på pasientene. Informanter fortalte at ansatte kunne være lite pedagogiske, fordomsfulle, la være å hilse, snakke til beboerne som om de skulle være analfabeter, ha en ovenfra - og - nedholdning eller behandle dem uten høflighet. Flere mente at behandlerne må se hele mennesker bak misbruket. Her kan vi kanskje trekke en linje til institusjonalisering og depersonalisering? Slik Brodtkorb m.fl. (2007) viser til, betyr institusjonalisering at det er trukket en klar linje mellom ansatte og innlagte. I forhold til det rusmisbrukerne formidlet i undersøkelsen som ble gjort, tolker jeg det slik at de føler at det kan eksistere en slik klar linje mellom dem og de ansatte. Intervjuobjektene snakket blant annet om en ovenfra - og ned - holdning fra personalet, at enkelte ansatte unnlot å hilse, og at noen snakket som om de som var under rusbehandling som om de var analfabeter. Kan slike erfaringer føre til at mennesker med rusproblemer nettopp føler på dyp krenkelse av personligheten, slik institusjonalisering fører til? Nettopp fordi de som innlagte møter en rekke ydmykkelser, nedverdigelser og krenkelser av personligheten, slik Goffman mente?

I undersøkelsen kom det også fram at ansatte kan være fordomsfulle. Mennesker i rusbehandling er mennesker som er i en avhengighetssituasjon, der de må forholde seg til de ansatte på institusjonen. Kan det at personalet er fordomsfulle og har en ovenfra - og ned – holdning få rusmisbrukeren til å føle avmakt for hjelpeapparatet? Slik Brodtkorb m.fl. (2007:91) skriver, kommer makt til uttrykk på ulike måter i det sosiale livet, blant annet gjennom kommunikasjon og språk. Hvis personalet gjennom sin kommunikasjon og språk formidler slike holdninger som sagt i undersøkelsen – utøver de da makt i forhold til rusmisbrukeren? Begrepet symbolsk makt gjenspeiler at makt er basert i språk og kommunikasjon mellom mennesker, og språket legger rammer for virkelighetsforståelsen (Brodtkorb m.fl. 2007:110). Forfatterne henviser også til at avmakten er sterkest når man er i en avhengighetssituasjon og dermed er overlatt til den mektiges avgjørelser, slik rusmisbrukere i behandling er. I verste fall kan erfaringene fra de overnevnte intervjuobjektene kanskje oppleves som makt sett fra deres perspektiv, og at han eller hun

dermed også kan føle avmakt? I MI legges det stor vekt på nettopp kommunikasjonen mellom hjelper og bruker.

Et annet spørsmål er om holdninger og fordommer som informantene skisserer i denne undersøkelsen også gjør at personalet bygger opp under stigmatiseringen av mennesker med rusproblematikk? Mennesker med rusrelaterte problemer møter ofte flere negative reaksjoner i samfunnet enn ved mindre stigmatiserende sykdommer, slik (Brodtkorb m.fl. 2007:131) også skriver. Hvis personalet har en ovenfra - og ned- holdning og er fordomsfulle, slik undersøkelsen faktisk viser kan være tilfelle, vil jeg tro at disse menneskene kan føle den samme stigmatiseringen også i hjelpeapparatet? Videre kan dette kanskje føre til at mennesker med rusproblematikk nok en gang får bekreftet sin forforståelse av at hjelpeapparatet og ut ifra det føle seg makteløs i forhold til systemet. Brodtkorb m.fl. (2007) viser til at et kjennetegn ved de mest stigmatiserende sykdommene er at vår empati eller medfølelse forsvinner. Informantene i undersøkelsen kunne fortelle om personal som så ned på pasientene. Kan dette være stigmatiserende for en rusmisbruker under behandling? Kan det å snakke til pasientene som om de var analfabeter, slik undersøkelsen viser, være stigmatiserende for en rusmisbruker under behandling. Og oppmuntrer slike holdninger til motivasjon, slik MI bygger på? Min tanke er at dette er noe av de samme reaksjonene en rusmisbruker møter også utenfor institusjonen, og som kan føles stigmatiserende. Et av hovedprinsippene i MI er nettopp å uttrykke empati, noe som vil si å uttrykke respekt for og genuin forståelse av klientens subjektive opplevelse, og se verden fra klientens øyne (Fekjær 2009). Fekjær (2009) sier også at samtaleformen og samarbeidet i MI er preget av likestilt partnerskap, og at behandleren preges av reflekterende lytting og viser respekt for klientens autonomi. Ut i fra disse prinsippene tenker jeg at MI er en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk, også sett i forhold til stigmatisering.

I motsetning til institusjonalisering, depersonalisering og fordommer bygger MI på et menneskesyn om at personen har iboende forutsetninger for å fatte egne beslutninger og valg. Samtalen skal forsøke å skape rom for refleksjon - et rom hvor personen kan stanse opp og se, føle, tenke, møte og reflektere over seg selv, utforske og løfte fram egen motivasjon og ta stilling til eventuell endring. MI har det som kalles en pasientsentrert tilnærming. Prescott og Børtveit (2004:123) snakker om sju dimensjoner ved

pasientsentrert tilnærming, deriblant *forståelse av hele personen*. Forståelse av hele personen var nettopp noe av det intervjuobjektene i Kunnskapssenterets undersøkelse også pekte på. Flere mente at behandlerne må se hele mennesker bak misbruket. Forståelse av hele personen betyr at pasienten ikke betraktes og vurderes utelukkende ut fra sykdommen og fysiske symptomer, men også hvordan sykdommen passer inn forøvrig. I den pasientsentrerte tilnærmingen anbefales det at helsearbeideren er åpen for å diskutere andre sider ved livet enn det rent sykdomsmessige (Prescott og Børtveit 2004:123).

Det at behandleren kan være med på å diskutere mer enn bare rusproblematikken, altså se hele mennesket, kan føre til at personen føler seg oppriktig lyttet til, likeverdig og respektert. Med bakgrunn i MI sin pasientsentrerte tilnærming, der en av dimensjonene er forståelse av hele personen, tenker jeg at MI kan være en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk.

#### **4.5 Styrker og svakheter ved Motiverende Intervju**

I MI er det klientens opplevelse av hvordan samtalen fungerer som bestemmer hvilken effekt den får (Barth og Näsholm 2007:58). I dette tilfellet er klienten rusmisbruker. Kan åpne spørsmål skape usikkerhet, i stedet for et gjennomtenkt svar? Slik Barth og Näsholm (2007) også peker på, kan en klient heller foretrekke lukkede spørsmål, kanskje med bakgrunn i at det gir bedre mulighet til å ha kontroll på hva rådgiveren mener. Kanskje de rett og slett ikke orker å reflektere over seg selv? MI går på også på stadige gjentakelser i refleksjoner og oppsummering. Dette kan kanskje også oppleves mer irriterende enn hjelpende for klienten? En ungdom med rusproblemer som mot sin vilje har blitt tatt med til behandling av sine foreldre, vil kanskje ikke oppleve MI som hjelp, men heller krevende og slitsomt. Slik Barth og Näsholm (2007:59) peker på, kan MI på grunn av sin litt utydelige og indirekte formen oppleves ekstra irriterende. Utfordringen for hjelperen ligger da i å tilpasse metodikken slik at den fungerer for den han eller hun møter. På den andre siden har det vist seg at MI er mer effektivt enn andre metoder i arbeid med for eksempel rusmisbrukere som preges av sinne og aggresjon (Barth og Näsholm 2007:59, Project MATCH Research Group 1997). Forfatterne legger imidlertid vekt på at MI må tilpasses i møte med mennesker i krise eller personer som av andre grunner har stort behov for tydelighet og struktur. I slike situasjoner skal man legge vekt på stabiliserende refleksjoner og enkle oppsummeringer, i stedet for å utforske og utdype følelser og

usikkerhet. Det handler om å være åpen og mottakelig for klientens behov og tilpasse seg deretter.

Det at MI er en teknisk og kanskje noe unaturlig metode er en kritikk som dukker opp fra tid til annen (Barth og Näsholm 2007:60). Kan MI være en kommunikasjonsform som ikke har en fri og naturlig flyt? Ja, mange kan kanskje ha en oppfatning om at det er slik. Men slik også forfatterne peker på, skal en behandlingssamtale og endringsrettet samtale være mer spesiell enn at to mennesker utveksler synspunkt. Det kreves imidlertid trening for å kunne utøve god lytteteknikk, slik at samtalen faller så naturlig og lett som mulig. Forfatterne henviser også til at det i behandlingsverden finnes et uendelig antall eksempler på hjelpere med varmt hjerte og gode intensjoner som ikke klarer å skape resultatene de ønsker for sine klienter. Det er derfor vi trenger metoder (Barth og Näsholm 2007:60).

Ut ifra teorien ser vi at klienten kan oppleve ambivalens, altså at det er både ulemper og fordeler med problemet. Mennesker med rusproblematikk kan ha sterkt vilje til endring, men likevel se på behandling som en ulempe fordi de ser langt større fordeler i rusen. Alle utfordringene som venter også etter behandling kan i seg selv være demotiverende. I løpet av praksisen ved arbeidsmarkedsbedriften fikk jeg være med å følge opp en jente over lengre tid. Gjennom dette fikk jeg oppleve ambivalensen, og hvordan endringsprosessen kan svinge mellom de ulike endringsfasene, og at prosessen faktisk kan gå helt tilbake til utgangspunktet. Jenta var 24 år og bodde hjemme hos sine besteforeldre. Hun fortalte at hun brukte hasj, men at hun gjerne ville slutte. I og med at hun hadde kommet inn i arbeidsmarkedstiltaket var hovedmålet naturlig nok at hun skulle formidles ut i arbeidslivet. I tillegg hadde hun satt seg mål om å skaffe egen leilighet og bli rusfri. Jenta hadde hatt mange MI-samtaler over lengre tid, og det kunne tyde på at hun var i en beslutnings- og forberedelsesfase. Jenta kom så langt at hun flyttet til egen leilighet, men ikke lenger. Viljen hun hadde hatt til endringer i livet ble nå satt til side til fordel for rusen, slik teorien sier om ambivalens. Hun møtte ikke på jobb, men stengte seg inne i sin nye leilighet. Jeg tenker at en slik situasjon må være en stor utfordring for hjelperen når det gjelder MI. Som student kjente jeg hvor vanskelig det var å oppleve at jenta gikk helt tilbake til utgangspunktet.

På den andre siden viser imidlertid forskningen at virkningen av MI er klarere rettet mot alkohol – og narkotikamisbruk, men at metoden har bedre virkning når den kombineres med andre typer tiltak. Dette viser at MI likevel kan fungere som et godt verktøy, til tross for den voldsomme ambivalensen en rusmisbruker kan føle i forhold til sitt problem og vilje for endring. Jenta jeg fulgte i min fordypningspraksis hadde ikke noen andre hjelpetiltak i tillegg til MI-samtalene og formidlingen som skjedde ved arbeidsmarkedstiltaket. Etter hvert ble det satt i gang andre hjelpetiltak. Det viser kanskje at MI fungerer bedre når det kombineres med andre typer tiltak?

#### **4.6 Ettervern**

God og tett oppfølging etter utskrivning var et av de mest sentrale tingene som intervjuobjektene i Kunnskapssenterets undersøkelse mener er viktig. Informantene sa blant annet at de ønsket hjelp fra institusjonen til å ordne mange praktiske ting i forbindelse med tiden etter utskrivning, som for eksempel det å skaffe leilighet, utfylling av skjemaer, sysselsetting, økonomisk rådgivning, og kanskje det å peke seg inn på aktuelle fritidsaktiviteter. Fekjær (2009) peker på at når klienten faller tilbake, så *kan* det også skyldes at institusjonens forberedelser av livet etterpå ikke har vært tilstrekkelig. Kan MI som metode også være et godt verktøy i forhold til mennesker med rusproblematikk også når det gjelder ettervern og veien videre?

Et av hovedprinsippene i MI er å bygge mestringstillit. Slik teorien også sier, har MI det som kalles en pasientsentrert tilnærming. Prescott og Børtveit (2004:123) snakker om sju dimensjoner ved pasientsentrert tilnærming, deriblant *forståelse av hele personen*. Forståelse av hele personen betyr at pasienten ikke betraktes og vurderes utelukkende ut fra sykdommen og fysiske symptomer, men også hvordan sykdommen passer inn forøvrig, for eksempel i forhold til relasjoner og livsstil. I den pasientsentrerte tilnærmingen anbefales det at helsearbeideren er åpen for å diskutere andre sider ved livet enn det rent sykdomsmessige. Selve rusproblematikken vil naturlig nok være hovedmålet i forhold til MI og rusproblematikk, men rusmisbrukeren skal integreres i samfunnet på mange ulike måter. Kan det være slik at en MI-samtale også kan ta utgangspunkt i flere forhold som må til for å bli rusfri? Kan det være slik at helsearbeideren gjennom MI kan motivere rusmisbrukeren til også å ta tak i andre deler av livet sitt, for eksempel motivere til at han

eller hun skal skaffe seg bolig? Eller skape motivasjon og refleksjon rundt det å skaffe seg en jobb?

Min tanke er at MI, gjennom sine grunnleggende prinsipper, deriblant med tanke på det å bygge mestringstillit og ha en forståelse for hele personen, slik Prescott og Børtveit (2004) snakker om, kan gjøre MI til en god metode i forhold til mennesker med rusproblematikk, også når det gjelder ettervern og veien videre. Men slik Fekjær (2009:371) også henviser til, streves det langt mer med klientens motivasjon i rusbehandling enn i andre typer behandling, og at rundt halvparten av behandlingsoppleggene ikke fullføres av klientene, noe som synliggjør hvor store utfordringer som ligger i rusbehandling. Slik Doug Sellman skriver i sin artikkel *Addiction* (2009), skal en person gjøre store endringer i hele sitt livsmønster, og det må tenkes i ulike faser: behandling, rehabilitering, ettervern og self-management (den nye livsstilen). Institusjonene kan kanskje ikke hjelpe pasientene med alt de har behov for etter utskrivning rent praktisk, men blant annet gjennom MI kan de bidra til å motivere pasienten til å ta tak i praktiske ting selv, sammen med den hjelpen de har krav på etter behandling.

## **5.0 Avslutning**

Teori og drøfting viser at det er mange forhold som må være på plass for at Motiverende Intervju kan være en god metode. Slik forskningen sier, viser studier at metoder som motiverende intervju kan fungere, men at studiene også varierer.

Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å synliggjøre hvordan MI kan være en god metode i forhold til at brukervedvirkningen kan bli ivaretatt, i og med at MI nettopp bygger på brukerens egne premisser. På samme måte har jeg forsøkt å vise hvordan MI bygger på et menneskesyn der brukeren blir sett på med respekt, og at dette kan settes i sammenheng med forforståelser både hjelper og bruker kan ha. Jeg har også forsøkt å sette MI opp imot maktrelasjonen mellom bruker og hjelper, og hvordan institusjonalisering og depersonalisering kanskje kan begrenses ved å bruke MI i behandlingsforløpet. Rusproblematikk er mer stigmatiserende enn andre sykdommer. Ved å sette undersøkelser om hvordan pasienter opplever rusbehandling i forhold til stigmatisering, har jeg forsøkt å

synliggjøre hvordan mennesker med rusrelaterte problemer kan oppleve stigmatisering også innenfor institusjonene, ved at de blant annet føler seg oversett og bli sett ned på av personalet.

Dette har vært en lærerik og utfordrende oppgave, der jeg har fått brukt fagkunnskapen jeg har tilegnet meg i løpet av vernepleierstudiet og satt det i sammenheng med et av arbeidsområdene en vernepleier kan ha.

## **6.0 Etterord**

*«Folk glemmer at vi er individer»*

Dette sa rusmisbrukeren Lise i en artikkel i «dittOslo» 19. november 2010.

Ser vi hele mennesket?

Eller ser vi bare rusen?

Ser vi individet?

Eller ser vi bare gruppen?

## Litteraturliste

### Selvvalgt litteratur:

Barth, Tom og Christina Näsholm (2007) *Motiverende samtale – MI. Endring på egne vilkår* Bergen: Fagbokforlaget

Fekjær, Hans Olav (2009) *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Prescott, Peter og Tore Børtveit (2004) *helse og atferdending* Oslo: Gyldendal Akademisk

### Pensumlitteratur:

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2007) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, Hilde og Tom Eide (2010) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fekjær, Hans Olav (2009) *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lingås, Lars Gunnar (2000) *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter* Oslo: Kommuneforlaget AS

Mathisen, Petter og Rune Høigaard (2004) *Veiledningsmetodikk. En håndbok i praktisk veiledningsarbeid* Kristiansand: Høyskoleforlaget

Michaelsen, Ragnhild, Solfrid Vatne og Anne Hollingen (2007) *Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid*. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning nr. 4. vol. 9.



Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2004) *Brukermedvirkning – et alibi?* Spesialpedagogikk nr. 4, 2004

Vatne, Solfrid (2007) *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv* Bergen: Fagbokforlaget

Aadland, Einar (1997) «*Og eg ser på deg...*» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* Oslo: Universitetsforlaget

### **Andre kilder:**

Bagøien, Gunnhild «*Slik kan pasienten motiveres*» Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA (2011) (lest 20.05.11)

Fellesorganisasjonen (FO) for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere, velferdsarbeidere og studenter. (lest 02.05.11)

Folkehelseinstituttet (2008) – *faktaark om avhengighet*

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5799&MainArea\\_5661=5799:0:15,3068:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5799=5544:67552::1:5800:4:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,3068:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:67552::1:5800:4:::0:0) (lest 01.05.11)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011) *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Notat 2011 (lest 19.05.11)

Sellman, Doug (2009) omskrevet/oversatt av Jørgen G. Bramness *10 ting forskningen har lært oss om rus og avhengighet*

<http://www.seraf.uio.no/nyheter/2010/10-ting-forskningen-har-laert-oss-om-rus-og-avhengighet.pdf> (lest 16.05.11)