”Kort og intensivt eller litt om gangen?”

En studie av ulike opplæringsbetingelser i Endringsfokusert rådgivning

Arild Opheim

Hovedoppgave i sosialt arbeid

Hovedfagsstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag i samarbeid med Norges tekniske- og naturvitenskapelige universitet i Trondheim

”Kort og intensivt, eller litt om gangen?”

En studie av ulike opplæringsbetingelser i Endringsfokusert rådgivning

Arild Opheim

Hovedoppgave i sosialt arbeid
2006

Hovedfagsstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag i samarbeid med Norges tekniske- og naturvitenskapelige universitet i Trondheim

FORORD

Det er flere som har bidratt til at denne hovedfagsoppgaven nå blir ferdig og som fortjener en takk for det. Takk til sosialarbeiderne som velvillig utsatte seg for nitid kartlegging og videofilming. Det kan være belastende å skulle vise hvor flink en er foran et kamera. En takk også til kolleger i Stiftelsen Bergensklinikkene som entusiastisk meldte seg som pasienter til de rollespilte samtalene. Med sine betydelige kliniske erfaringer bidro de med nyanseringer og dynamikk til rollen som pasienten. Så skulle 88 rollespilte samtaler scores. I gjennomsnitt varte hver av disse samtalene i 19 minutter. Det var tre kolleger som utførte dette arbeidet på en utmerket måte: Kirsten E. Magerøy, Tom Barth og Tore Børtveit. Tusen takk skal dere ha.

To menn må nevnes spesielt: Per Nerdrum og Peter Prescott. Per Nerdrum har vært min veileder på denne oppgaven. Han er en empatisk, klok og tålmodig mann, som har støttet, oppmuntret, hjulpet og inspirert meg med sin faglige kunnskap og interesse for prosjektet. Takk for samarbeidet. Peter Prescott, venn og tidligere kollega, er den som introduserte meg for Endringsfokusert rådgivning og han har skrevet flere bøker og vitenskapelige artikler om denne metoden. Vi har holdt mange kurs i EFR sammen, og Peter var også med på å undervise deltakerne i dette prosjektet. Tusen takk for at du har stilt opp på minste vink med din kunnskap om metoden, statistikk og manusbearbeiding!

Arild Opheim
Bergen, desember 2006

Sammendrag

Vi er noen medarbeidere i Stiftelsen Bergensklinikkene som har undervist i Endringsfokusert rådgivning siden tidlig på 1990-tallet. Denne oppgaven undersøker om det var forskjeller i opplæringseffekt mellom et intensivt tredagers kurs og undervisning gitt over tid i Endringsfokusert rådgivning. Bortsett fra utstrekningen i tid var innholdet og timetallet for begge kursene var identiske. Alle deltakerne videofilmet før og etter undervisningen med en rollespilt pasient med instruksjon om å forsøke å motivere pasienten til å gjøre noe med sin situasjon. Videoopptakene ble så scoret blindt av to uavhengige klinikere med stor erfaring i Endringsfokusert rådgivning. Det ble også brukt en kontrollgruppe. Det ble forventet at opplæringen ville føre til at deltakerne informerte mindre, stilte færre lukkete spørsmål, ga færre råd og konfronterte mindre. Det ble også forventet at de ville stille flere åpne spørsmål og reflektere og oppsummere mer etter gjennomført opplæring sammenlignet med før. Gruppene endrer seg i positiv retning i deltakernes bruk av de sentrale kommunikasjonsferdighetene. De som deltok i opplæring over tid ga færre råd og konfronterte i mindre grad etter opplæring sammenlignet med før. Endringene er statistisk signifikante. De som deltok i den lange opplæringen ga færre råd og konfronterte i mindre grad enn de som deltok i den korte opplæringen. Forskjellene er statistisk signifikante. For de som deltok i den korte opplæringen økte frekvensen av råd og konfrontasjoner noe etter opplæring sammenlignet med før. En kan tenke seg at det å delta i opplæring over tid holder fokus på metoden over tid. Deltakerne vet at om en viss tid skal de på ny delta i en opplæringssituasjon der erfaringer med metoden i praksis vil bli etterspurt. Med støtte fra annen forskning er det mulig å tenke seg at de som deltok i den lange opplæringen ville beholdt ”forspranget” i forhold til de som deltok i den korte opplæringen også ved oppfølgingsmålinger.

Summary

We are several colleagues at the Bergen Clinics Foundation who have been training clinicians in Endringsfokusert Rådgivning (Motivational Interviewing) since the beginning of the 1990s. This thesis investigates which of the two course conditions produces higher proficiency among the participants. One course is a three day work shop, a total of 20 hours, the other course is spread out in time, 2 hours every second week. Both courses offer the same content. All the participants were videotaped with a role-played patient before and after the training. The participants were instructed to try to motivate the patient to change, to do something with his situation. The videotapes were scored blindly by two independent, MI-experienced clinicians, and we also used a control group. We anticipated that the training would result in the participants informing less, asking fewer closed questions, giving less advice and confronting less. We also expected the participants to increase the frequency of open questions and reflect and summarize more after training compared with before training. The participants in both groups used the communication skills more actively after training than before. Those who participated in the “outstretched” course gave less advice and confronted less after training. These changes are statistically significant. They also gave less advice and confronted less than the three days work shop group. These differences are statistically significant. It is possible that the “outstretched” version of this training leads to a focus on the method over time. The participants know they will go back to training after two weeks where their practical experiences with the method will be addressed. Supported by international research one could imagine that those who participated in the “outstretched” version would keep up their advantage compared with the work shop group also at later post-tests.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning **s. 7**

2. Endringsfokusert rådgivning – hva er det? **s. 10**
Sentrale prinsipper
- Empati
- Diskrepans
- Rulle med motstand
- Akseptere ambivalens
- Styrke mestringstillit

Kommunikasjonsteknikker
- Spørsmål
- Refleksjoner
- Oppsummeringer

Strategier og implikasjoner for rådgivningsarbeid
- Ambivalens
- Endringsprosessen
- Føroverveielse
- Overveielse
- Forberedelse
- Handling
- Vedlikehold
- Tilbakefall

Implikasjoner av endringsprosessen

3. Opplæringen – didaktiske refleksjoner **s.44**

4. Metode **s.54**
Hvordan undersøkelsen ble gjennomført
Deltakere
Variabler
Datainnsamlingsmetoder og –instrumenter

5. Resultater **s.68**

6. Diskusjon **s.90**
Metodeutfordringer og mulige løsninger
Funnenes implikasjoner for treningen
Konklusjon

Litteraturliste **s.100**

Kapittel 1

Innledning

Arbeid med utvikling av nye metoder i formidling og opplæring er en viktig del av arbeidshverdagen min. I dette inngår også undervisning i endringsfokusert rådgivning. Endringsfokusert rådgivning (Barth, Børtveit og Prescott, 2001) er en samtalemetode som er utviklet innenfor klinisk arbeid med mennesker med rusmiddelproblemer. Den er sterkt inspirert av "Motivational Interviewing" (Miller & Rollnick, 1991, 2002), og har dokumentert effekt blant annet overfor mennesker med rusmiddelproblemer (Burke, Akrowitz & Dunn, 2002 og Berglund, Andreasson, Franck, Fridell, Håkanson, Johansson, Lindgren, Nicklasson, Rydberg, Salapuro Thelander & Øjehagen, 2001).

Bevisst bruk av kommunikasjonsteknikker har en helt sentral posisjon i endringsfokusert rådgivning. De mest sentrale kommunikasjonsteknikkene er åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Disse benyttes for å bygge en arbeidsrelasjon, formidle empati og håndtere motstand, og som en teknikk for å påvirke til endring.

I en artikkel (Prescott, Opheim & Børtveit, 2002) presenterte vi resultater som tydet på at 20 timers opplæring i endringsfokusert rådgivning, gitt enten som et tre dagers kurs (N=10), eller som ti to – timers sesjoner annen hver uke (N=25), førte til en økning i sosialarbeidernes opplevelse av egen kompetanse i å arbeide med rusmiddelmisbrukere. Det var en tendens til at de som fikk opplæring over tid viste de største endringene, men forskjellene mellom

gruppene var kun signifikant på en av de seks variablene som ble undersøkt. Andre har også funnet at opplæring i Motivational Interviewing har effekt. Rubell, Shepell, Sobell & Miller (2001) fant at en to-dagers workshop førte til signifikante endringer i deltakernes kunnskap om ferdigheter og strategier som brukes i Motivational Interviewing. Handmaker, Hester & Delaney (1999) fant at en 20 minutters demonstrasjonsvideo førte til signifikante endringer hos deltakerne på uavhengige målinger av globale rådgivervariabler som empati og støtte til klienten mestringstillit. De registrerte også mindre motstand hos klientene.

I tillegg til endringer i kognisjon og observerbare rådgiveregenskaper av mer global karakter, var det ønskelig å undersøke om opplæring i endringsfokusert rådgivning førte til kvantitative endringer i rådgivers kommunikasjonsatferd. Det ble forventet at opplæringen økte deltakernes bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer, og samtidig reduserer frekvensen av lukkete spørsmål, konfrontasjoner, direkte råd og informasjonsgivning. Utover den generelle problemstillingen om opplæring overhode har noen effekt på kommunikasjonsatferd, var det interessant å undersøke om ”samme” opplæring gitt på forskjellige måter har ulik effekt. Noen av deltakerne fikk derfor opplæring i form av et intensivt tre dagers kurs, mens andre fikk ti sesjoner med to timers opplæring gitt annenhver uke. Uansett opplæringsform, så fikk alle deltakerne 20 timers undervisning. Hypotesen var at opplæring delt opp i mindre porsjoner og gitt over tid vil gi større kvantitative endringer i deltakernes kommunikasjonsatferd enn de som deltok på et intensivt tre dagers kurs.
Etter som interessen for MI stadig har økt, har Rollnick og Miller, grunnleggerne av denne metoden, stadig utdannet nye trenere gjennom et program som blir kalt ”Training new Trainers (TNT). Medlemstallet i ”Motivational Interviewing Network of Trainers” (MINT), er nå over 300 fra over 30 land. Disse trenerne underviser i mange hundre gruppesamlinger hvert år. Til tross for dette kjenner man bare til evalueringer av fire slike workshops i

Motivational Interviewing. I tillegg til de to som er nevnt tidligere har Saitz et al (2000) funnet at en blandet gruppe, mest leger, viste seg å ha hatt utbytte av en fire timers instruksjon i MI i en oppfølgingsvurdering et år senere. Miller & Mount (2001) gjorde en grundig undersøkelse etter en to dagers workshop med tilsynsførere med målinger opp til fire måneder etter avsluttet opplæring. De brukte både selvrapportering fra deltakerne og atferdsmål (audio tapes and participant sessions). De fant svært moderate økninger i MI konsekvent rådgiveratferd når de skåret "audio tapes of participant sessions" og ingen forandringer i MI inkonsekvent rådgiveratferd i senere kontakt med ekte klienter. Funnene til Miller og Mount er oppløftende med tanke på den umiddelbare effekten etter opplæring. Samtidig advarer de mot å generalisere ut fra en enkeltstående workshop, det er ikke gitt at endringene i rådgiveratferd vil vare over tid. I vår undersøkelse ønsket vi først og fremst svar på om det var mulig å måle forskjeller på deltakerne som hadde deltatt på tre dagers opplæringen og de som deltok på opplæringen som ble gitt over lengre tid.

Kapittel 2

Endringsfokusert rådgivning – hva er det?

Endringsfokusert rådgivning er en samtalemetode utviklet innen klinisk arbeid med mennesker med rusmiddelproblemer (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Den er inspirert av "Motivational Interviewing" (Miller & Rollnick, 1991, 2002), og er en tilnærming som har vist seg å ha effekt i samtaler med mennesker med slike problemer (Berglund et.al., 2001), (Burke, Akrowitz & Dunn, 2002). Den videre fremstilling er basert på egne og kollegers omfattende erfaring i bruk av endringsfokusert rådgivning både gjennom undervisning og kurs, men også poliklinisk praksis. I beskrivelsen av Endringsfokusert rådgivning har jeg hovedsakelig brukt litteratur fra Miller & Rollnick og Barth, Børtveit & Prescott (2001).

Endringsfokusert rådgivning bygger på at intensjonell atferdsendring forutsetter aktiv og konstruktiv deltakelse fra pasientens side. Sannsynligheten for en atferdsendring øker dersom pasienten deltar på en konstruktiv måte i rådgivningssamtalen. "Konstruktiv deltakelse" er et abstrakt begrep. Dette blir operasjonalisert i form av "endringsfokuserte ytringer". Dette er utsagn fra pasienten om *hvorfor* endring er ønskelig eller nødvendig (motivasjon), *hvordan* endringen skal skje (fremgangsmåter), *når* den skal skje (beslutningstaking) og *hvilken* tiltro man har til å gjennom føre den konkrete endringen (mestringstillit). Endringsfokuserte ytringer kan fungere som "markører" på at rådgivningen innholdsmessig er på rett spor. Pasienten oppfattes som aktivt deltakende på en konstruktiv måte når han ytrer seg endringsfokusert. Ved å utforske endringsfokuserte ytringer, enten disse kommer spontant eller blir utløst av et åpent spørsmål, en refleksjon eller en oppsummering, kan rådgiver legge

til rette for pasientens aktive deltakelse (Barth et al. 2001).

Utsagn fra pasienten som vurderes som mindre konstruktive blir også utforsket, og da gjerne som en balansert bearbeiding av pasientens ambivalens til å endre atferd. Eksempler kan være minimalisering (*Det er egentlig ikke noe stort problem*), rasjonalisering (*Dersom de ikke hadde mast slik, hadde jeg sluttet*), aktiv protest (*Ingen kan bestemme over meg*), preferanse (*Jeg vet at det kan være til skade for meg, men jeg har bestemt meg for å fortsette*), og beslutningsutsettelse (*Jeg har egentlig bestemt meg for å gjøre noe med det, men det passer dårlig akkurat nå..., senere*). Slike ytringer kan ha en demotiverende innvirkning på pasienten og rådgiver er derfor påpasselig med å ikke la slike få for stor plass i rådgivningssamtalen. Det antas altså at pasienten blir påvirket av å høre sine egne ytringer, det han selv sier. Dette kan skje ved at pasientens oppmerksomhet fokuseres på det som blir sagt, eller ved at kognitive skjema knyttet til endring aktiveres i formuleringen av slike utsagn.

Endringsfokusert rådgivning legger vekt på betydningen av å utforske ambivalens og å bistå pasienten i gjentatte beslutninger om endring. Rådgiver forsøker først og fremst å hente frem og forsterke pasientens eksisterende motivasjon og mestringsevne, men kan også forsøke å øke pasientens motivasjon. Dette kan for eksempel gjøres ved å gi personlig relevant informasjon eller forsøke å styrke pasientens tiltro til egen mestringsevne ved å tilby en meny av mulige fremgangsmåter. Også ved slike "tilføringsstrategier" er pasientens aktive deltakelse viktig, og rådgiver utforsker pasientens synspunkter på den informasjon og de råd som gis. Det viktigste målet i endringsfokusert rådgivning er å aktivere pasientens egen deltakelse og involvering i forandringsarbeidet.

Sentrale prinsipper

Endringsfokusert rådgivning bygger på noen sentrale prinsipper, forkortet i akronymet EDRAS. Disse prinsippene legger vekt på at rådgiver skal være empatisk, rådgivningen skal styres mot pasientens følelse av diskrepans, rådgiver skal rulle med pasientens eventuelle motstand. Han skal videre akseptere pasientens ambivalens og forsøke å styrke pasientens mestringstillit. Prinsippene skal tjene flere hensikter. De skal gi rådgiveren styringsmuligheter og sørge for pasientens egenbestemmelse og opplevelse av egenbestemmelse i rådgivningen. En tilslutning til disse prinsippene i rådgivningen vil bidra til at den ikke blir virkningsløs eller manipulerende og påtvunget.

Empati

Empati forutsetter at man har evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og at man er i stand til å formidle denne innlevelsen tilbake til pasienten slik at denne føler seg forstått og respektert. Det er altså et uttrykk for rådgivers evne til å forstå og sette seg inn i pasientens erfaringer og opplevelser. For å fremstå og bli oppfattet som en empatisk rådgiver brukes først og fremst kommunikasjonsteknikkene, åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Dette er ytringer rådgiver benytter for å speile tilbake pasientens tanker og følelser som fremkommer i samtalen.

Empati er en sentral ingrediens i de fleste behandlings- og rådgivningsmetoder (Miller & Rollnick 1991). Dersom pasientene ikke har en opplevelse av at rådgiver forstår, aksepterer og viser interesse for dem, vil hjelpen miste mye sin mening (Miller & Baca 1983). I de tilfeller der empatisk kommunikasjon kan forsterke naturlige endringsprosesser, kan dette noen ganger være nok til å påvirke til endring (Rogers 1957).

Diskrepans

Diskrepans betyr en opplevd uoverensstemmelse eller ulikhet mellom to tilstander eller situasjoner. Når en pasient opplever sin atferd å være i konflikt med viktige personlige mål i livet, kan det være et utgangspunkt for atferdsendring. I endringsfokusert rådgivning forsøker en å utnytte diskrepans, gjøre den større, forsterke den, slik at pasienten får en følelse av at han ikke kan ha det slik lenger. Dersom rådgivningsarbeidet med diskrepans utføres på en god måte vil det være pasienten som produserer argumentene for hvorfor han må endre seg og hvordan dette skal skje, og ikke rådgiver. Man er ofte mer påvirkelig av det man selv sier, enn det man blir fortalt av andre. Utfordringen i rådgivningsarbeidet med diskrepans blir ofte hvordan rådgiver skal synliggjøre en ubehagelig realitet, slik at pasienten kan møte den og bli motivert for endring.

Rulle med motstand

Atferdsendring inneholder ofte elementer av usikkerhet, tvil, motforestillinger og motstand. I endringsfokusert rådgivning legges det stor vekt på å ikke forsterke eller vekke motstand gjennom for eksempel argumentering, konfrontering og overtalelse. En forsøker i stedet å dempe den, unngå den eller reformulere den, eller på andre måter gi den så lite rom som mulig. Motstand har en tendens til å komme i veien for pasientens tanker om endring, og når pasientens motstand ikke blir møtt med motstand vil den ofte avta. I begrepet rulle med motstand ligger også en anerkjennelse fra rådgiver om at han aksepterer pasientens motforestillinger. Når motstand dukker opp i en endringsfokusert rådgivningssamtale, er det et tegn til rådgiver om å endre fremgangsmåte. Begrepet motstand er noe som oppstår mellom rådgiver og pasient og måten rådgiver møter den på vil påvirke om den øker eller minker.

Akseptere ambivalens

Ambivalens er en grunnleggende menneskelig følelse, og er i slekt med den sunne tvil. Den sunne tvil er bevegelse, prosess og fører et sted, mens den patologiske ambivalensen er forhandlinger uten ende, den lammende tvil er vond uro på stedet hvil. Finn Skårderud påstår at om en skulle beskrive det moderne menneskets følelsesliv med ett ord, måtte det bli nettopp ambivalens (Skårderud 1998).

I atferdsendring er den en vanlig og nødvendig bestanddel. Det er når mennesker blir fastlåste i sin ambivalens at problemer kan vedvare og intensiveres (Orford 1985). Endringsfokusert rådgivning ser på ambivalens som en katalysator for endringsprosessen. Energien oppstår i pasientens opplevelse av motsetningene mellom gode og ønskede sider og mindre gode og uønskede sider ved sin atferd. Opplevelsen kan bli et tilbakevende indre press mot forandring samtidig som pasienten vegrer seg for dette. Pasienten kan bli pendlende mellom et ønske om å gjøre endringer og et ønske om å la tingene bli som de er. I endringsfokusert rådgivning forsøker en å utnytte denne energien ved å alliere den med den siden av pasienten som argumenterer for endring. Dette må ikke gjøres ved bare å fokusere de gode sidene i ambivalensen, men akseptere begge sidene og noen ganger søke å forsterke denne, og på den måten forsøke å legge til rette for bestemmelser om endring.

Styrke mestringstillit

Å foreta en endring krever forberedelser, beslutninger og praktisk gjennomføring. For at en endring skal kunne gjennomføres må pasienten ha tillit til at han har evner til å gjøre det han har bestemt seg for. Pasientens tanker og funderinger om endring kan raskt bare bli ønsketenkning om ikke tilliten til å utføre en bestemt endring er til stede. Dette må rådgiver ha rede på slik at han ikke forserer endringsarbeidet med en pasient som ikke har evner eller

muligheter til å utføre forandringene. En glimrende fremgangsmåte som ikke lar seg realisere i praksis, er av liten verdi. Bandura (1997) understreker betydningen av at en person er ganske sikker på at han er i stand til å gjennomføre en endring. Hvis man tror at man kan få det til, er det sannsynlig at man gjør et forsøk. Bandura nevner også at innsats og utholdenhet vil være påvirket av den grad av tiltro man har til at endringsforsøket vil bli vellykket. Liten tiltro gir liten innsats, liten utholdenhet og liten sannsynlighet for suksess. Høy grad av tiltro til egen mestringsevne øker sannsynligheten for et vellykket endringsarbeid. I denne sammenhengen snakker vi ikke om den generelle selvtilliten, men om en mestringstillit i forhold til en bestemt forestående oppgave.

Kommunikasjonsteknikker

Kommunikasjonsteknikker brukes som virkemidler i rådgivningssamtalen når rådgiver skal etablere en relasjon, formidle empati, håndtere motstand og påvirke til endring. De tre mest brukte kommunikasjonsteknikkene i endringsfokusert rådgivning er spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer.

Spørsmål

I vanlige private samtaler er vi som regel lite bevisste på hvordan vi stiller spørsmål og om de er åpne eller lukket. Kommunikasjonen går stort sett greit likevel etter velkjente mønstre. I en rådgivningssamtale derimot, der målet er å påvirke eller motivere, kan det være avgjørende for samtalens effekt at rådgiver er selektiv og påpasselig med sine valg av spørsmål.

I endringsfokusert rådgivning skilles det mellom åpne og lukkete spørsmål. Et lukket spørsmål kan besvares med ja eller nei, fakta, eller noen få ord. Lukkete spørsmål er godt

egnet til å få frem detaljerte fakta eller for å få bekreftet eller avkreftet noe. Når målet er å skape åpenhet og få frem et nyansert bilde av hvordan pasienten tenker og føler, er lukkete spørsmål mindre egnet. Likeledes om rådgiver forsøker å skape åpenhet og dialog med en mer eller mindre motvillig pasient, kan mange lukkete spørsmål virke som veisperringer for kommunikasjonen (Gordon 1970). De kan gi en samtale dårlig flyt og resultatet kan bli en mer og mer aktiv utspørrende rådgiver, mens pasienten gjerne mer og mer trekker seg tilbake i mer og mindre passivt og taust ubehag. Rådgiver har i slike tilfeller gått i "spørsmål-svar"-fellen. Mange lukkete spørsmål fra rådgiver er ofte et tegn på usikkerhet i forhold til pasienten. Dette bør være et signal til rådgiver om å stoppe opp og utforske sine egne tanker, bilder og følelser angående pasienten.

Lukkete spørsmål begynner ofte med verb. Noen eksempler på lukkete spørsmål: "Hvor ble du født?" "Er din nye jobb bedre enn din gamle?" "Bekymrer du deg over alkoholbruken din?" "Misliker du røyking?" ”Har du lyst til å begynne å jobbe?" "Er du interessert i dette kurset?"

Et åpent spørsmål er det imidlertid vanskeligere å svare ja eller nei på, fordi det egentlig ikke finnes noe avgrenset eller bestemt svar på denne typen spørsmål. Slike spørsmål krever gjerne lengre svar og pasienten oppmuntres til å utdype sine egne opplevelser, synspunkt eller perspektiver. Hovedformålet med å stille åpne spørsmål er å få pasienten i tale og la ham fortelle i stedet for å ramse opp konkrete opplysninger. Åpne spørsmål begynner som regel med spørreord. Noen eksempler på åpne spørsmål: "Hvordan var stedet du vokste opp?" "Hvordan er din nye jobb sammenlignet med den gamle?" "Hva er det med alkoholbruken din som bekymrer deg mest?" "Hva synes du er de mindre bra sidene med røykingen din?" "Hvilke gode sider ser du med å begynne å jobbe?" "Hva synes du om dette kurset?"

I praksis er det glidende overganger mellom åpne og lukkete spørsmål. Når en person snakker av egen frie vilje eller det er etablert en god relasjon mellom rådgiver og pasient, spiller det kanskje ikke så stor rolle om en stiller åpne eller lukkede spørsmål. Det er imidlertid viktig med systematisk og veloverveid bruk av åpne spørsmål i endringsarbeid med motvillige eller ambivalente pasienter tidlig i en rådgivningskontakt (Prescott & Børtveit 1995).

Refleksjoner

I denne sammenhengen forstås refleksjoner som kortere eller lengre konstateringer der rådgiver gjentar eller reformulerer noe som pasienten nylig har sagt. Det er ikke et spørsmål, instruks eller et råd. Hensikten med å reflektere er at det skal virke bekreftende, forsterkende og tydeliggjørende for pasienten og hjelpe ham med å utdype sin opplevelse og forståelse av seg selv, sin situasjon og sine handlinger. En refleksjon kan være alt fra en ordrett gjentakelse av deler av det pasienten har sagt, til mer vidtgående tolkninger og hypoteser om hvilke meninger og følelser som ligger bak pasientens ytring. Refleksjoner tar kun utgangspunkt i pasientens siste ytring og kan ses på som et stikkordsreferat av det viktigste pasienten sa. De kan brukes til å synliggjøre at en følger pasienten i det han sier og til å skape nye og alternative forståelser. På denne måten fungerer de også som et styringsverktøy alt etter om rådgiver følger pasienten ved bruk av gjentakelser eller enkle synonym, eller styrer mot nye forståelser og andre perspektiv ved bruk av mer reformulerende og drivende refleksjoner. Systematisk bruk av refleksjoner er et effektivt virkemiddel rådgiver kan ta i bruk for å vise at han lytter og anstrenger seg for å forstå pasientens synspunkter og følelser.

Miller og Rollnick (1991) deler inn refleksjoner i fire nivåer. Nivå 1 er ren repetisjon av alle pasientens ord eller noen utvalgte av dem. Nivå 2 er reformuleringer, ofte ved bruk av

synonymer, og der meningsinnholdet er ivaretatt. Nivå 3 er reformuleringer der meningsinnholdet blir endret i refleksjonen. Det handler om en antagelse om hva pasienten mener med det han sier og det kan være ganske forskjellig fra pasientens opprinnelige utsagn. Nivå 4 representerer reformuleringer av det underliggende følelsesinnholdet i ytringen. Det er en hypotese om hvilke følelser som ligger bak det pasienten sier. Dette kan innebære et langt sprang fra det pasienten sa, og stiller krav til rådgivers evne til nøyaktig empati. Eksemplene under er hentet fra kursmanualen i Endringsfokusert rådgivning (Børtveit & Prescott 1995).

NIVÅ	***"Jeg må begynne å trene ryggen."***	***"Jeg er så ensom."***	***"Jeg må gjøre noe med drikkingen."***
1) Gjentakelse - "Papegøye"	*"... begynne å trene"* *"... trene ryggen"*	*"... så ensom"* *"Du er så ensom."*	*"... gjøre noe"* *"... gjøre noe med drikkingen"*
2) Synonym - "Et annet ord"	*"... starte opp med trening"* *"... begynne med styrkeøvelser"*	*"... alene"* *"Du er så isolert."*	*"... forandre på alkoholvanene"* *"... slutte å drikke"*
3) Refleksjon av underliggende mening	*"Du har konkrete planer om å begynne med systematisk trening."* *"Du tenker på å starte opp med trening."* *"Du ønsker å bli fortere frisk."* *"Du vil styrke ryggen slik at du*	*"Du har ingen du kan gjøre ting sammen med."* *"Du har vanskelig for å ta kontakt med andre."*	*"Alkoholbruken fører med seg en del problemer."* *"Du kan ikke fortsette å bruke alkohol slik du har gjort det."*

	forebygger ryggplager i framtiden." *"Du ønsker å gjøre noe aktivt for å bli bedre."*		
4) **Refleksjon av følelser**	*"Du er redd for at ryggen kan bli svak."* *"Du er lei av å gå rundt sånn som du gjør."* *"Du er bekymret for at dette kan bli kronisk, hvis du ikke trener."* *"Du har dårlig samvittighet, fordi du ikke trener slik du bør."*	*"Du savner andre mennesker."* *"Uten andre føler du deg tom."*	*"Du er bekymret for at alkohol kan ødelegge livet."* *"Når du ser fremover kan du bli litt skremt."*

Valget av refleksjonsnivå avhenger av formålet med samtalen, hvor godt rådgiver og pasient kjenner hverandre og hvor en befinner seg i rådgivningsprosessen. Dersom rådgiver er usikker på relasjonen mellom seg selv og pasienten, eller pasienten virker usikker og distansert, kan det være fornuftig å benytte refleksjoner fra nivå 1 og 2. Dette er refleksjoner som i liten grad divergerer fra det pasienten selv presenterer om sin situasjon eller sitt problem og faren for at pasienten skal oppfatte rådgiver som invaderende eller manipulerende vil avta. Det er først senere i rådgivningsprosessen at refleksjoner av underliggende meningsinnhold og følelser blir aktuelle. Da kjenner rådgiver pasientens forståelsesrammer og meninger bedre og pasienten på sin side har kanskje et bedre tillitsforhold til sin rådgiver. Dette vil kunne øke rådgivers treffsikkerhet med sine refleksjoner og pasienten vil oppfatte rådgiver som en som virkelig forstår, og gjerne slik pasienten forstår seg selv. Det er

imidlertid ikke alle pasienter som vil ha nytte av at deres tanker og følelser blir tematisert. Noen vil finne slike refleksjoner for krevende å forholde seg til, mens andre kan føle at rådgiver vrir og vrenger på det de sier i forsøk på å få til endring.

Oppsummeringer

En oppsummering er en sammenfatning av to eller flere momenter av det pasienten har sagt. Den kan sammenlignes med et referat av aktuelle tema man har snakket om i løpet av samtalen eller deler av den. En av hensiktene med en oppsummering er at den gir pasienten mulighet til å korrigere eller utfylle rådgivers forståelse av det som er sagt. Bruk av oppsummeringer er også et styringsredskap for rådgiver der han selektivt refererer de deler av samtalen han tror vil styrke pasientens motivasjon for endring. Noen av pasientens meninger og synspunkter blir trukket frem ved en oppsummering og andre utelatt eller gitt en annen rangering. På samme måte som ved bruk av refleksjoner kan oppsummeringer også produseres på nivå 1 til 4. Generelt kan en si at oppsummeringer er et utvalgt knippe av utsagn fra pasienten som handler om argumenter for endring. Det kan handle om ulemper ved å ha det slik man har det, grunner for endring, optimisme i forhold til å kunne endre seg, og ønske om endring.

Strategier og implikasjoner for rådgivningsarbeid

I det følgende vil jeg utdype to sentrale begreper i endringsfokusert rådgivning, nemlig ambivalens og endringsfokuserte ytringer. Å arbeide med å undersøke og utforske pasientens ambivalens representerer selve kjernen i endringsarbeidet. Så lenge pasienten ikke klarer å løse dilemmaet ”jeg vil, men jeg vil ikke”, vil det å endre atferd ta lang tid og endringen være kortvarig (Miller & Rollnick 2002). Endringsfokuserte ytringer er pasientutsagn som kan si

noe om hvorfor en pasient ønsker å endre atferd og hvordan han har tenkt å gjøre det. Amrhein (2002) har vist i en undersøkelse hvordan atferdendring kan predikeres ut fra hvilke ytringer pasienten formulerer i en rådgivningssamtale.

I en endringsfokusert samtale som handler om problematisk atferd, dreier tema seg oftest om hvorfor pasienten skal endre seg, som handler om motivasjon, og hvordan han skal få det til, som handler om mestring. Rådgiver skal altså forsøke å hjelpe pasienten ved å drøfte hvorfor en atferdsendring er ønskelig eller nødvendig og hvordan pasienten skal klare å gjennomføre endringen i praksis. I endringsfokusert rådgivning kan rådgiver ta i bruk ulike strategier i arbeid med motivasjon og mestring.

Ambivalens

Usikkerhet og tvil er kjente fenomener for de fleste som skal gjøre endringer i livet sitt. Dette kan vi også kalle å være ambivalent. En ambivalent person er uenig med seg selv. Den ambivalente personen produserer argumenter for å gjøre endringer og argumenter for ikke å gjøre forandringer. Når den ambivalente argumenterer for den ene siden i ambivalensen, enten til seg selv eller andre, produserer han samtidig argumenter for den andre siden av ambivalensen. De to sidene har en tendens til å ville balansere hverandre og resultatet kan fort bli en følelse av å være låst mellom å ville endre seg og å ikke ville. I rådgivning vil det å arbeide med å løse opp i og utforske pasientens ambivalens, være det viktigste en kan gjøre før å komme videre og forbi "jeg vil og jeg vil ikke". Før pasienten har løst sitt dilemma vil en endring ta svært lang tid eller ikke vare særlig lenge (Orford 1985).

Ambivalens kan betraktes som en motivasjonskonflikt, der en person har ulike ønsker som ikke lar seg realisere samtidig. Ambivalente tanker og følelser kan oppstå når en atferd eller

vane har både gode og mindre gode sider. Ambivalens blir mer intens hvis vi må velge og alle valgalternativene har både positive og negative konsekvenser. Vi foretar ofte inngående vurderinger av hva som er best før vi foretar et valg. Vi prøver å finne løsninger som gjør at vi kan balansere det gode vi får med kostnadene det medfører. Dette er ofte en langvarig prosess og kan resultere i usikkerhet, tvil og skiftende meninger og ustabil atferd. Under presenteres noen faktorer som kan være med å bestemme ambivalensens intensitet:

- Når en har noen få alternativ å velge mellom
- Når valgalternativene er gjensidig utelukkende
- Når valget har alvorlige konsekvenser
- Når viktige områder i livet blir berørt
- Når tidspunktet for å foreta en beslutning nærmer seg

Noen eksempler på valg som aktivisere ambivalens:

- Flytte eller bli boende
- Drikke eller ikke drikke
- Forbli gift eller skille seg

På mange måter har vi en samfunnsutvikling som muliggjør flere valg for individet. Det er derfor rimelig å anta at opplevelse av tvil og ambivalens er noe som vi opplever stadig oftere. Ambivalens er kanskje en pris vi betaler for personlig frihet.

Kurt Levin (omtalt i Korchin, 1976) har beskrevet tre former for konflikt som har likhetspunkter med ambivalensbegrepet:

Approach - approach

Dette er en konflikt som oppstår når en skal velge mellom to goder. F.eks. indrefilet

eller hummer, to gode spillefilmer på kino, å spille tennis eller golf, dra på fisketur eller sopptur, en Rioja eller en chilensk rødvin.

Avoidance - avoidance

Også her har en et valg, men nå mellom to onder. F.eks. å gå hjem gjennom en myr og bli våt, eller å gå rundt myra og bruke mye lenger tid. Slike konflikter fremstilles ofte som valget mellom "pest og kolera".

Approach - avoidance

Denne konflikten inntreffer når en og samme ting, eller handling, har både positive og negative sider. Det klassiske eksemplet er den sjenerte gutten på dans som ønsker å be opp jenta han finner tiltrekkende. Jo lenger fra jenta, jo sterkere er tiltrekningen. Jo nærmere han kommer henne, jo sterkere blir den ubehagelige sjenertheten. Han pendler i et spenningsfelt mellom nærhet og avstand, mellom "skal" og "skal ikke".

I rusmidlers virkemåte ligger potensialet for både det gode og det onde. Lystighet og løssluppenhet på festen kvelden før, følges gjerne av bakrus og fyllesyke dagen derpå. Rusmidler kan skape eufori og følelser av frihet. De kan også gi angst, skyld, depresjon og avhengighet.

Ambivalens knyttet til rusmiddelbruk varierer med opplevelsen av negative konsekvenser. Opplevelsen av negative konsekvenser varierer med forbruksmønsteret. F.eks. vil en ha en klar og smertelig opplevelse av negative konsekvenser etter en kraftig drikkeperiode. Personen er gjerne bare motivert for en ting: Å kutte ut alkohol - på kort sikt og i all evighet. Personen opplever lite ambivalens. Etter hvert som han/hun holder seg edru, vil

oppmerksomheten omkring de negative konsekvensene avta. (*"Det var ikke så ille likevel." "Det skal ikke bli som sist." "Jeg kan kontrollere det, hvis jeg virkelig forsøker."*) Personen opplever i økende grad at han/hun har et valg og ambivalens melder seg igjen: *"Skal jeg bruke alkohol, eller skal jeg la være?"*

Opplevelsen av ambivalens er ofte situasjonsavhengig. Når en kommer i en situasjon der bruk av rusmidler er en mulighet, vil opplevelsen av ambivalens bli sterkere. En blir stilt overfor valget: "*Skal-skal ikke?*". Forventninger om de positive effektene av rusmiddelet aktiveres, samtidig som en er bevisst de negative konsekvensene. Dette resulterer i en indre konflikt. Denne konflikten kan også komme raskt, nærmest automatisk utløst av ulike stimuli i miljøet: Flasken som en overraskende finner under rydding av garasjen, gir en sterk lyst, eller trang, til å drikke. Slike tilfeldige hendelser kan forskyve den delikate balansen mellom selvkontroll og fristelse som en ellers har. Beslutningen om f.eks. å være totalavholdende blir utfordret.

For Orford (1985) er ambivalens det viktigste psykologiske begrepet for å forstå avhengighet og overdrevet rusmiddelbruk. Han beskriver utviklingen av ambivalens på følgende måte: Når en bruker rusmidlet gjentatte ganger skjer det en tilknytning til det. Rusmiddelets effekter blir mer og mer viktig. En får en sterkere appetitt for rusmiddelet og det utøver en sterkere tiltrekningskraft. Lysten og tilbøyeligheten til å bruke rusmiddelet blir altså større. På den annen side vil rusmiddelbruken få økende kostnader i form av reaksjoner fra andre mennesker og andre negative konsekvenser. Dermed styrkes tilbøyeligheten til å ikke bruke rusmiddelet. Dette kan utvikle seg til en intens kamp mellom krefter som trekker mot rusmiddelet og krefter som drar en vekk fra det. Etter hvert kan personen komme i en situasjon der han/hun stadig pendler mellom tilnærming til, og unngåelse av, rusmiddelet. Til slutt kan en stå igjen med ett valg: Bruke eller ikke bruke. Valget står mellom asketisk selvkontroll og

selvdestruktiv nytelse.

I det følgende presenteres noen viktige psykologiske og atferdsmessige konsekvenser av ambivalens (Orford 1985):

-Psykisk ubehag og spenning**:** Kan resultere i beskyttelsesreaksjoner.

-Ustabil motivasjon og skiftende atferd: Noen ganger har en et inderlig ønske om å gjøre forandringer og andre ganger er det ikke nødvendig.

-Forvirring: Uoverensstemmelse mellom tanke og handling: *"Jeg forstår egentlig ikke hvorfor jeg røyker, jeg vet at det ikke bra for meg og jeg er så fornøyd når jeg ikke røyker."* Det kan se ut som om denne personen har redusert sin ambivalens ved å "viske ut" de gode sidene ved røyken. Røyking blir dermed noe irrasjonelt og uforståelig. Hvordan skal en forklare at en røyker når det bare har negative sider? Lysten til å røyken kan bli tilskrevet en mystisk og voldsom tiltrekningskraft som personen ikke har kontroll over: ”Avhengighet”

- Skyld, skam, selvforakt og avsky: Opplevelsen av å ha gitt etter for egen "svakhet". En ambivalent person er på et nivå klar over at han/hun gjør noe galt ved å utføre problematferden. Orford (1985) beretter om at storspisere ("binge eaters") gjennomfører streng selvkritikk og selvfordømmelse etter episoder med overdrevet spising. Personen fordømmer seg selv, fordi han/hun opplever manglende selvkontroll og ikke klarer å styre sine impulser. Dessuten er en bevisst å ha sviktet sin egen plan og (nok en gang) mislykkes.

- Handlingslammelse: Uansett hva en gjør, så blir det aldri helt riktig. Det er lettere å passivt fortsette med det vante, enn å ta en aktiv bestemmelse om endre livsstilen.

- Reaktans: De to sidene ved ambivalens har en iboende tendens til å balansere hverandre. Argumenter for å gjøre forandringer blir automatisk møtt med tanker eller

argumenter for ikke å gjøre forandringer.

Videre kan ambivalens være knyttet til ulike sider ved endring (Valliant 1991):

-Ambivalens knyttet til tanker om det positive og negative: Hva er de positive og hva er de negative sidene ved atferden? Hva blir de positive og negative sidene ved endring?

-Ambivalens knyttet til beslutningstakning: Skal jeg forandre meg, eller skal jeg forsette som før?

-Tvil om tro på egen evne til å mestre: Klarer jeg å endre min vane, eller klarer jeg det ikke?

I endringsfokusert rådgivning står håndtering av ambivalens sentralt i å motivere klienten til å redusere problemskapende atferd. Ved å holde de positive og negative sidene ved atferden opp mot hverandre, ønsker vi at klienten skal vurdere sin egen atferd og dens konsekvenser. Med andre ord, klienten skal konfrontere seg selv.

Endringsfokuserte ytringer

"Folk påvirkes i større grad av årsaker og argumenter de har oppdaget selv, enn av slike som andre har oppdaget." (Blaise Pascal 1623 - 1662)

En pasients motivasjon og mestring består av erfaringer, tanker, følelser og forventninger han har i forhold til problematferden og eventuelle endringer av denne. Dette er abstrakte begreper som må konkretiseres slik at rådgiver kan vite hvordan motivasjon og mestring kommer til uttrykk i pasientsamtaler. Miller og Rollnick (1991) kaller verbale uttrykk som handler om motivasjon og mestring for "self-motivational statements". I endringsfokusert rådgivning kalles de for endringsfokuserte ytringer eller endringssnakk. Dette er utsagn som belyser

hvorfor endring er ønskelig eller nødvendig og noe om hvordan endringen skal skje. Bem (1972) mener at en person blir påvirket av å høre det han selv sier. I fortsettelsen av dette kan en si at jo mer en person argumenterer for en endring, jo mer motivert blir han og desto større er sannsynligheten for endring. Så også med mestring; jo mer en person forteller om hvordan han konkret vil utføre endringen, jo bedre blir mestringsevnen og desto større blir sannsynligheten for at en endring vil finne sted.

Å identifisere endringsfokuserte ytringer stiller krav til rådgivers lytteferdigheter og det beste utgangspunktet for å finne gode argumenter for hvorfor og hvordan, er å ta utgangspunkt i pasientens egne tanker og ideer om dette. Rådgiver må kunne sortere, aksentuere og ta vare på det som er endringsfokusert og bruke det videre i rådgivningssamtalen.

Endringsfokuserte ytringer klassifiseres i følgende fem kategorier:

1. Opplevelse av problem - "Av og til kommer drikkingen helt ut av kontroll."
2. Bekymring og negative følelser - "Jeg blir bekymret og redd når jeg tenker over dette."
3. Ønske og intensjoner om å gjøre forandringer - "Jeg har virkelig bestemt meg for å få en slutt på dette her."
4. Planer og fremgangsmåter - "En ting jeg vil gjøre denne ganger er å ta kontakt med AA-gruppen."
5. Tiltro til egen evne til å gjennomføre endringer - "Det kan gå, det tror jeg." Å tenke på negative konsekvenser av en atferd eller vane kan skape økt motivasjon for endring. Å si dette høyt til en annen kan skape enda mer motivasjon (Barth et al.2001).

Noen eksempler der problembevissthet kan gi utslag i handling:

- En pasient med en langvarig og alvorlig tvangslidelse tar beslutningen om å forsøke en

meget krevende, men effektiv behandling (eksponering, kombinert med responshindring), når hun ikke lenger orker å leve så begrenset som tvangen krever.

- Når man merker at en lang sykemelding fører til økt passivitet og tiltaksløshet, kan det være det første skrittet til mer aktiv innsats for å bli friskmeldt.
- Informasjon om at leveren er overbelastet kan føre til en beslutning om å redusere sitt alkoholkonsum.
- En ryggpasient blir bevisst de negative konsekvensene av manglende fysisk aktivitet og starter med systematisk trening.

Det er vanskelig å forestille seg at en beslutning om planlagt endring kan finne sted uten en opplevelse av at noe ikke er som det skal, eller et ønske om å forbedre noe i tilværelsen. Prochaska og DiClemente (1992) mener at det å bli bevisst de negative konsekvensene er den viktigste prosessen som beveger en person fra føroverveielse til overveielse. En ofte valgt strategi er derfor å styre pasientens oppmerksomhet mot negative sider ved sin atferd. Vi forsøker å få pasienten til å oppleve og gi uttrykk for det som er problematisk og bekymringsfullt. Korte intervensjoner, der en for eksempel foretar en systematisk kartlegging av tilstanden og gir en tilbakemelding til pasienten, bygger på ideen om at personlig, relevant informasjon om at noe er galt kan være en kilde til motivasjon og atferdsendring. Undersøkelser viser at personlig relevant informasjon om negative konsekvenser kan være nok for å starte en endringsprosess.

For mennesker med ressurser og tro på egen mestringsevne, vil relevant informasjon ofte være nok til å starte en endringsprosess. De blir bekymret eller misfornøyd med seg selv, bestemmer seg for å gjøre noe, finner fram til hva de skal gjøre og setter så i gang med endringen.

Fokusering på problemerkjennelse kan være en nyttig intervensjon, men det er ikke alltid nok for å få til endring. I enkelte tilfeller kan det også virke mot sin hensikt. Et eksempel på dette er pasienten som er klar over at røyking kan føre til at han må amputere sitt høyre bein, men som verken har mestringstrategier, tro på egen mestringsevne eller håp om at situasjonen kan bli bedre. For slike mennesker vil en ensidig fokusering på helseskader være mer til skade enn gagn. Pasientens erkjennelse av det negative blir forsterket, men uten at han kan se noen vei ut av problemene. Pasienten blir altså enda mer klar over hvor ille ting er, samtidig som situasjonen forblir håpløs. For denne pasienten bør det heller fokuseres på mestring og mulighetene for bedring (Valliant 1991).

En person kan øke eller minke sin motivasjon for endring gjennom det han sier. Noen utsagn viker mer motiverende enn andre. Rådgiverens oppgave er å legge til rette forholdene slik at klienten kan komme med motiverende utsagn. Dette gjøres gjennom systematisk og målrettet bruk av åpne spørsmål og refleksjon, slik at klienten får mulighet til å gi uttrykk for motiver, ønsker og planer om endring. Klienten har mest nytte av selv å komme med argumenter for endring, frem for å høre dette fra rådgiveren. Det er mer motiverende for klienten å høre seg selv fortelle om grunnene for endring, enn å bli fortalt dette av en annen (Miller & Rollnick, 1991).

Darryl Bem (1972) har utviklet en teori om hvordan vi utvikler vår identitet, vår forståelse av oss selv. Han hevder at det først og fremst er gjennom våre handlinger og uttalelser at vi oppdager hvem vi er, hvilke egenskaper vi har og hva vi mener. Denne selvpersepsjonsteorien har fått empirisk støtte og gir en forklaring på hvorfor det er best at klienten selv kommer med grunner for endring.

Endringsprosessen

I endringsfokusert rådgivning bruker rådgiver prinsipper, kommunikasjonsteknikker og strategier for å optimalisere forholdene for atferdsendring. I denne forbindelse har det vist seg nyttig med kunnskap om den prosessen mennesker gjennomgår når de skal endre atferd (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Endringsprosessen er oppdelt i faser og ser utvikling av varig atferdsendring som en bevegelse gjennom disse fasene. Å ha et slikt perspektiv på atferdsendring gjør det lettere å forstå hva en person strever med og hvilke oppgaver som må løses for at han skal komme seg videre i prosessen. Modellen presenterer både de sidene ved atferdsendring som skjer før selve endringen og det som skjer etter at endringen er en realitet. Hovedgrunnen til at denne måten å forstå atferdsendring på er så viktig, er at den kan være til god hjelp for rådgiver når han skal tilpasse intervensjoner og råd. Med denne forståelsen kan vi mer presist vite når vi skal konsentrere oss om motivasjon og når vi heller skal fokusere på det praktiske, om hvordan en konkret skal gå frem for å endre atferd. Når mennesker endrer atferd fordi de har bestemt seg for å gjøre det, kalles dette for intensjonell forandring. Prochaska og DiClemente (1992) har utviklet en modell for intensjonell endring ved å studere røykere som slutter å røyke. En av modellens styrker ligger i at den beskriver noe av det som skjer forut for, og i etterkant, av den konkrete og synlige atferdsendringen. Endring blir sett på som en prosess som går gjennom identifiserbare faser eller stadier. Hver fase har sine spesielle kjennetegn. Forskere og behandlere som arbeider med endring av atferd har vist økende interesse for modellen.(Glanz ofl. 1997) Den er blitt en av de viktigste redskapene til å beskrive, forstå og påvirke planlagt endring. De ulike fasene er føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, vedlikehold og tilbakefall.

Føroverveielse

I føroverveielsesfasen overveier personen ikke endring. Endring er ikke på "dagsorden". Personen ignorerer, eller legger liten vekt på de negative sidene ved vanen sin. Han/hun unngår å diskutere negative sider ved vanen. Dersom en rådgiver forsøker å sette fokus på ulempene ved vanene, vil dette ofte resultere i motstand fra pasienten.

Det mest typiske kjennetegnet på føroverveielse er altså manglende erkjennelse av at noe er problematisk. En mulighet er at personen rett og slett mangler informasjon om konsekvensene av sin atferd. Individuell kartlegging og tilbakemelding av resultatene vil være en nyttig fremgangsmåte for denne gruppen. Hos andre er det ikke snakk om manglende relevant informasjon, men heller at de ikke tar imot den informasjonen de får. Prochaska og DiClemente har identifisert fire "beskyttelsesstrategier" som personer i føroverveielsesfasen ofte bruker. Hensikten med strategiene er å ignorere og unngå oppmerksomhet på negative konsekvenser. Derved slipper en ubehaget ved å ta dette inn over seg. Hvorvidt det dreier seg om bevisste strategier eller mer automatiske reaksjoner, er ikke alltid lett å avgjøre.

- Minimalisering og benekting: Å ta imot informasjon, men gjøre det negative så lite som mulig, eller å skyve informasjon helt i fra seg.
- Rasjonalisering: Denne strategien går mest ut på å rettferdiggjøre atferden ved å peke på at den er nødvendig for personen. Her kan en kjenne igjen tendensen til å finne de gode unnskyldningene for det en holder på med. Et annet alternativ er å fremføre grunnene for hvorfor det ikke er mulig å forandre seg, eller at forandring må utsettes i det uendelige. Ofte henviser personen til at forhold som han/hun ikke kan kontrollere må forandres før det blir mulig å handle fra deres side.
- Aktiv protest: Dette er en mer emosjonell måte å skyve problemet vekk på. Personen

er gjerne følsom for innblanding fra andre i et område av livet som oppfattes som privat. Det kan komme til uttrykk ved at personen ikke vil at andre bryr seg med noe som de ikke har noe med, ofte kombinert med benekting i form av utsagn om at det dessuten ikke er noe problem i det hele tatt. Personen er ofte preget av reaktans, med det menes en nesten automatisk tendens til å reagere mot alle forsøk på aktiv påvirkning fra andres side, f.eks. gjennom sinneutbrudd. En annen variant er at personen inntar det standpunktet av upåvirkelighet. Hvis det er snakk om noe problem så er det de som opplever det som har det.

- Resignasjon: Her er det ikke først og fremst snakk om å ikke ta til seg informasjon, men heller oppgitthet i forhold til å gjøre noe med problemet. Disse menneskene kan være pessimistiske mht. deres muligheter for å få til endringer og kan henvise til at de opplever seg som håpløst avhengige og fanget av vanens makt.

Når en skal forsøke å påvirke en person til endring er det viktig å kjenne til vedkommendes "beskyttelsesstrategi". En må nærme seg en resignert person på en annen måte enn en som bruker rasjonalisering som strategi for å forsvare seg. Det er selvfølgelig mulig at personen bruker flere eller alle fire beskyttelsesstrategier.

Noen personer i føroverveielsesfasen er klar over de negative konsekvensene av sin vane. De kan også være mottakelige for informasjon. De er ikke preget av resignasjon og kan gi uttrykk for tro på mestringsevne hvis de først bestemte seg. Det disse personene likevel sier klart og tydelig er at de ikke vil endre seg og at de ikke en gang ønsker å overveie endring. De bruker ikke beskyttelsesmekanismer for å unngå å erkjenne omfanget av negative konsekvenser. Det ser ut til at de har gjort et bevisst og informert valg om å fortsette med sin vane. Dette kan henge sammen med ideologiske spørsmål der vanen er en viktig del av den måten de mener at

det er riktig å leve det gode liv. I slike tilfeller kan vi si at personen har en preferanse, der det positive er større eller viktigere enn det negative. Personen er villig til å ta de kostnadene som atferden medfører for å fortsette med det som oppleves som positivt.

Med unntak av de resignerte pasientene, er bevisstgjøring omkring negative sider ved atferden den viktigste strategien for å bevege en person fra føroverveielse videre i retning av å vurdere endring.

Overveielse

I overveielsesfasen tenker personen over de positive og de negative sidene ved atferden. Han vurderer også den forventede "prisen" ved endring opp mot "gevinsten". Han balanserer ulike argumenter for og imot opp mot hverandre og er ambivalent.

Mennesker i overveielsesfasen gjør opp status med seg selv, ikke bare en gang, men om og om igjen. De holder atferden og dens konsekvenser opp mot viktige sider ved seg selv og viktige personlige verdier. Eksempler på dette kan være:

- Røyking versus ønske om å ta vare på helsen - være sunn
- Alkohol og oppførsel i beruset tilstand versus manglende evne til å følge opp familie eller forpliktelser - være ansvarlig
- Uvirksomhet foran TV-en versus tanker om produktivitet eller sosialt fellesskap - få noe meningsfullt ut av hverdagen
- Spilling på automater versus å gjøre fornuftige og innbringende investeringer - være fornuftig

Denne prosessen kan kalles "selvrevurdering". Følelsesmessige reaksjoner og beslutninger om

å gjøre endringer kan bli resultatet av denne vurderingen. Å vende blikket mot seg selv og komme fram til at det som man holder på med er i strid med hvordan en egentlig skulle har vært, kan være ubehagelig og kanskje til og med smertefullt. Hos noen vil "revurdering av seg selv" være så ubehagelig at de tar i bruk beskyttelsesstrategier og "går tilbake" til føroverveielse. Eksemplet under er hentet fra kursmanualen i Endringsfokusert rådgivning (Børtveit & Prescott 1995).

En 15 år gammel jente ble henvist til PPT på grunn av en rekke atferdsmessige problemer som i sin tur vekket bekymring hos hennes nærmeste. Blant bekymringene var hennes hasjrøyking. Følgende samtale er fra jentens møte med skolepsykologen:

Jenta: *- Jeg har kommet over noen blader der det står om hasj... og sånt ... at det kan være farlig... at du kan bli sløv og sånn hvis du røyker for mye hasj… det der likte jeg ikke.*

Psykologen: *- Ja, hva tenker du å gjøre med dette da?*

Jenta: *- (pause)... Jeg må visst slutte å lese sånne blader... jeg har ikke godt av det.*

Det er mulig at den unge jenta faktisk mente dette, men en aner også at hennes siste replikk kan være et utslag av at psykologen presser henne til å ta en beslutning før hun var klar for det. Altså at hennes defensivitet ikke nødvendigvis var et utslag av beskyttelse mot informasjon, men at det ble skapt av rådgivers replikk.

Overveiere er ofte i konflikt med seg selv. De vil ofte være motiverte for forskjellige ting. De kan pendle mellom å ønske å gjøre endringer og ikke å gjøre endringer. En grunn til dette er at problematisk atferd varierer i intensitet og de negative konsekvensene varierer også. Noen ganger oppleves situasjonen som riktig ille (søndag formiddag), mens andre ganger er ikke ting så ille (fredag ettermiddag). En person kan bli "låst fast" i overveielsen.

Fire vanlige måter som denne fastlåsingen ytrer seg på:

- En venter på det magiske øyeblikket.
- En venter på at en skal bli 100 % sikker i sin beslutning om å gjøre endringer.
- En gir seg hen til ønsketenkning.
- En handler for tidlig - før en har tatt en dyptgripende beslutning om endring.

Overveielse og det å vente på det "riktige" øyeblikket er fremragende illustrert i diktet til Jacob Sande, "Etter ein rangel", fra diktsamlingen ”Storm fra vest”, som utkom i 1930. Man aner at ”eg” vil komme til å si det samme også "i morgon".

I morgon vil eg byrja på eit nytt og betre liv, trur eg.
Eg skal aldri gå på fylla meir og skjera folk med kniv, trur eg.
Eg skal aldri skråla visor meir i laddevinsrus,
men syngja åndelege songar på Zions bedehus, trur eg.

Alle kvinnfolk som eg møter skal eg sky som berre fan, trur eg,
og gå vyrdeleg forbi dei som ein nybakt kapellan, trur eg.
Eg skal sitja som ein munk i ein misjonskone-ring
og drikka kaffi medan drøset går om åndelege ting, trur eg.

De skal ingen meir få sjå meg når det lid til høgste natt, trur eg,
koma ruslande på heimveg utan stivety og hatt, trur eg.
Eg skal leggja meg når grisen går til kvila i sitt bol,
og stå upp når hanen flaksar og gjel i morgonsol, trur eg.

Ja, i morgon skal eg byrja på den smale veg som sagt, trur eg,

taka striden upp mot kjøtet og den heile develsmakt, trur eg.

Men i dag lyt det få vera, for eg er so spøkje tyrst

at eg mest må ha eit ølkrus å leske meg på fyrst, trur eg.

Forberedelse

I modellen til Prochaska og DiClemente vil en vellykket utgang på overveielsesfasen innebære at personen tar en beslutning om å endre seg. Overveielsesfasen tar slutt ved at personen tar en slik beslutning. Forberedelsesfasen kjennetegnes ved at man planlegger å gjøre konkrete endringer, handle, innen relativt kort tid. Prochaska og DiClemente mener at denne fasen ikke bør vare lenger enn to måneder. Mange setter seg en dato for endringen. En tid før denne datoen har en gjerne bestemt seg for å gjøre en endring, lagt planer for hvordan det skal skje og fastsatt dato for endringen. Ofte vil beslutningstaking og forberedelse til endring skje parallelt. Gode forberedelser i form av praktisk planlegging har stor betydning for hvor vellykket og varig endringen vil bli.

Noen forbereder seg ved å gjøre små eksperimenter, som for eksempel å gjøre litt mindre av det som er problematisk. I forberedelsesfasen rettes blikket framover. En tenker på hvordan livet vil bli etter at problematferden er under kontroll. Dette står i motsetning til overveielsesfasen, der oppmerksomheten var i mye større grad rettet mot å avklare hvor stort et problem det egentlig var. Fokuset var rettet mot problematiske ting som allerede hadde hendt, eller som stadig vekk hendte. Det var i mindre grad aktiv planlegging av konkrete endringer. Personer som har bestemt seg for å endre på noe, forsøker ofte å gjøre beslutningen forpliktende, noe som kan hjelpe dem gjennom perioder med motbør, tvil og nedsatt utholdenhet.

Handling

I handlingsfasen blir endringene konkrete og synlige. Nå slutter man å røyke, begynner å trimme, melder seg inn i AA, legger seg inn til behandling, gjør en avtale med ekteskapsrådgiveren o.s.v. De fleste av oss forbinder "endring" med det som skjer i denne fasen. I føroverveielses-, overveielses- og forberedelsesfasen, er endringsprosessen først og fremst av tankemessig karakter. I handlingsfasen skjer observerbar atferdsendring i tillegg. Prochaska & DiClemente (1992) presenterer noen strategier pasienten i handlingsfasen kan benytte seg av.

En strategi er å få kontroll over miljømessige forhold som relaterer seg til problematferden. I praksis betyr dette å få oversikt over, og forsøke å unngå, fristelser. Noen eksempler: En finner ut når og hvor en spiser for mye, hvilke røyk som smaker best, hvem det frister å bruke amfetamin sammen med, eller i hvilke situasjoner en drikker for mye. Noen forandrer på sine omgivelser slik at fristelser blir mindre tilgjengelige, f. eks. ved å aldri å ha røyk eller søtsaker liggende. Noen gir vekk eller tømmer ut alt som heter alkoholholdige drikkevarer i huset, eller de selger HB-apparatet. Andre unngår å oppsøke drikkemiljøer eller drikkekamerater. Noen unngår det som er forbundet med fristelser ved å unngå røykestedet på jobben, eller passer på å ikke nyte kaffen og avisen etter middag i godstolen der tusenvis av røyk er blitt røykt. Slik skaffer de seg større avstand til, og bedre kontroll over, de faktorene som ofte bidrar til å sette i gang problematferden.

En annen strategi er å finne en erstatning for problematferden. For eksempel tygge tyggegummi eller pastiller i stedet for røyke, gå på AA-møter for å treffe gamle kompiser i stedet for å gå på puben, avtale gjøremål i helgene som aktiviserer og interesserer, trekke opp på fjellet når irritasjonen bygger seg opp i stedet for å trekke opp en øl. Noen forsøker å finne

på andre aktiviteter som kan fylle den tiden med: Man går på tur, eller på kino, kjører bil, lytter til musikk, leser, tar opp gamle fritidsinteresser eller oppsøker venner som ikke drikker. Man forsøker å gjøre noe som kan erstatte problematferden.

En tredje strategi er å belønne seg selv for fremskritt og hederlig innsats. Mange har moralske problemer med dette, fordi de ikke føler at de fortjener ros for noe som de synes burde være en selvfølgelighet. Likevel kan litt anerkjennelse av seg selv eller litt stolthet over f.eks. røykfrie dager, fysisk aktivitet eller selskaper uten alkohol være av det gode. Dette ut fra et av de viktigste prinsippene i atferdsterapi, nemlig at belønnet atferd gjerne blir gjentatt. En kollega i Poliklinikken, Stiftelsen Bergensklinikkene kan stå som et eksempel på det å belønne seg selv. Da hun sluttet å røyke, bestemte hun seg for å legge til side halvparten av de pengene hun brukte på tobakk. Etter hvert som tiden gikk og hun fortsatt var røykfri, ble beløpet nokså stort. Så var det spørsmål om hva pengene skulle brukes til. Hun kjøpte seg en pels, noe som hun hadde ønsket seg lenge, men ikke hatt råd til tidligere. Hun har nå ikke røykt på over 20 år og har 6 pelser.

Det overordnede målet i handlingsfasen er at endringene skal bli "automatisert". Dette betyr at det kreves mindre og mindre tankemessig og følelsesmessig anstrengelse for å utføre dem. Atferden skal bli mest mulig "naturlig" og en del av det som er vanlig for personen. I denne prosessen er øvelse viktig. Tankemessig øvelse ved at en planlegger og forbereder seg på vanskelige situasjoner. I første rekke bør en være fokusert på mestring, hvordan praktisk gå fram for å overvinne vanskeligheter. En skal også øve seg praktisk, det vil si at en faktisk setter ut i livet, høster erfaring med og korrigerer planene for mestring.

Selv om handlingsfasen er en optimistisk fase med mye energi rettet mot å få til endringer, vil

mange oppleve tilbakefall til det gamle mønstret. Dette kan skje like etter man er kommet i gang med endringene, eller mer gradvis over tid. Hvor varig endringene blir avhenger av blant annet av følgende (Prochaska et al. 1994):

- Hvor grundig en har vært med forberedelsene.
- Hvor mye en har investert i endringen.
- Om en har mange strategier til å mestre fristelser og risikosituasjoner.
- Om en bare bruker strategier som tidligere har vist seg å være lite effektive,

eller om en prøver å gjøre ting på nye måter.

Vedlikehold

Vedlikehold er ikke en statisk tilstand utelukkende preget av å holde status quo. Denne fasen er også en aktiv og krevende del av endringsprosessen. Slanking kan være et godt eksempel på dette: Det er forholdsvis lett å gå ned noen kilo, men heller strevsomt å holde vekten over tid. Mange mennesker i vedlikeholdsfasen opplever en tiltrekning mot den gamle atferden og dermed kan de ha betydelig ambivalens. Mens hovedkonflikten i overveielsesfasen var av typen: "*Skal jeg fortsette med denne atferden som ikke er bra for meg, eller skal jeg endre på den?*", er ambivalensen i vedlikeholdsfasen mer av typen: *"Skal jeg fortsette med endringen, eller skal jeg gå tilbake til det (gode) som var tidligere?"*

En sentral oppgave i vedlikeholdsfasen er å unngå tilbakefall. Det blir viktig å få oversikt over risikosituasjoner og utvikle handlingsalternativ når fristelser og vanskeligheter melder seg. For noen vil endringen etter hvert bli automatisert og kreve liten grad av oppmerksomhet og energi. Andre vil måtte være årvåkne for faren for tilbakefall i lang tid. Et tilbakefall kan melde seg som en tilsynelatende rasjonell overveielse om å ta opp igjen gamle vaner. Det kan skje plutselig eller ved at passivt lar seg gli tilbake til det gamle. Noen strever resten av livet

med dragning mot gamle vaner. Et uttrykk fra Sverige heter: "Dom vita knogarnas nykterhet" - i dette ligger at noen beholder sin "nykterhet" ved å anstrenge seg og ta seg sammen i den grad at knokene blir hvite. Dette er et godt bilde på den indre kampen og vedvarende energibruk som noen mennesker opplever er nødvendig for å holde seg til sin beslutning.

Tilbakefall

Når en skal endre på en vane, eller avhengighetsatferd, er tilbakefall regelen heller enn unntaket. F.eks. vil 60-80% av de som slutter å røyke oppleve tilbakefall i løpet av det første året. (Mermelstein et al. 1992) Tilbakefall er sannsynligvis like vanlig for mange andre former for avhengighetsatferd.

Tilbakefall kan ha følgende typiske forløp:

- De kan oppstå i forbindelse med sosialt press, som for eksempel drikkepress.
- Tilbakefall kan komme i forbindelse med en tankemessig utfordring av sin beslutning om endring.
- Tilbakefall kan skje i forbindelse med situasjoner som er risikable for tilbakefall (Marlatt & Gordon 1985).

Det er lett for både klient og rådgiver å miste motet ved tilbakefall. Dersom en kan anlegge perspektivet om at det er mulig å lære av tilbakefall slik at det blir mer sannsynlig for at nye endringsforsøk lykkes. Under presenteres tre ulike tilnærminger som kan anvendes ved tilbakefall:

- Tilbakefallsprevensjon legger vekt på å identifisere risikofaktorer som kan utløse et tilbakefall. Marlatt og Gordon (1985) fant to hovedgrupper av risikofaktorer: Indre (tanker og følelser) og ytre (situasjoner og sosiale forhold som kan lede til tilbakefall).

Deretter lærer en å utvikle mestringstrategier for å unngå, forebygge og mestre risikosituasjoner. Tilbakefall blir brukt for å finne fram til den spesifikke risikofaktoren og legge opp en plan for å unngå eller mestre den i fremtiden. Tilbakefallsprevensjon har hovedsakelig sine røtter i atferdsterapi.

- Løsningsfokusert tilnærming (Berg og Miller, 1992) har, i likhet med tilbakefallsprevensjon, et mål om å forbedre klientens mestring av risikosituasjoner. Den legger imidlertid ikke så stor vekt på å få fram en detaljert analyse av risikosituasjoner og tar ikke sikte på å lære klienten nye mestringsstrategier. Det blir lagt vekt på å mobilisere strategiene som klienten allerede har for å mestre tilbakefall og risikosituasjoner. Dette kan være vanskelig, fordi klienten har en tendens til å fokusere på sin egen utilstrekkelighet og mislykkethet. Dette er særlig uttalt etter et tilbakefall. Rådgiverens oppgave blir å fokusere videre på mestringsevnen.

- I en motivasjonstilnærming forsøker rådgiver å mobilisere klientens energi til innsats. Her blir det fokusert på ambivalens og gode og mindre gode sider ved problematisk rusmiddelbruk og for eksempel, totalavhold. Gjennom denne ambivalensbearbeidingen ønsker en å hjelpe klienten til å ta en ny beslutning om å foreta endringer.

Brudd på en beslutning om totalavhold er et allmennmenneskelig fenomen som de fleste vil kunne gjenkjenne. "Abstinence violation effect" skjer når en liten "glipp" fører til at en tar opp igjen den gamle atferden med full styrke. F.eks. kan en det å ta seg en røyk være et brudd på en avtale som en har med seg selv om å være totalavholdende. Har en så "kommet i skade" for å ta én røyk, har en brutt kontrakten. Når kontrakten først er brutt er det "i prinsippet" ingen forskjell mellom én røyk og mange røyk. Noen vil kjenne dette igjen fra slanking: Har en

først tatt én liten konfekt, kan en like godt spise hele esken. Eller ved alkoholproblemer; har en først tatt seg en pils kan en like godt ta seg en skikkelig fest (Marlatt & Gordon 1985).

Et tilbakefall betyr ikke nødvendigvis at en person gir seg over og slipper alle bremser vis à vis rusmiddelbruken. Et tilbakefall kan begrenses, mestres og være en erfaring som en kan lære noe av. Den nye kunnskapen kan brukes til å mestre fremtidige vanskeligheter. Det er viktig å poengtere at et tilbakefall ikke betyr at man faller helt tilbake til føroverveielse. Blant de som begynner å røyke igjen etter å ha sluttet, havner 85-90% umiddelbart tilbake i overveielse, forberedelse eller handling (Prochaska & Di Clemente 1992).

Dette er en positiv reformulering av et tilbakefall som i sin natur er et nederlag. Har en tatt en runde i endringsprosessen er det vanskelig å komme seg ut av den igjen: En blir sittende i "klisteret". Når en først er blitt klar over at atferden er problematisk, er det vanskelig å bli kvitt denne bevisstheten.

Implikasjoner av endringsprosessen

En studie av Steven Rollnick og medarbeidere (in press), viser at rådgivning kan gjøres mer effektiv, dersom en tilpasser tiltak til den fasen som pasienten befinner seg i. En person som er tidlig i endringsprosessen vil sannsynligvis være i liten grad være mottakelig for konkrete råd om endring. En person som har tatt en beslutning og er klar til å sette i gang med konkrete endringer, vil derimot kunne ha nytte av å få råd og utforske ulike handlingsalternativ.

Ut fra en vurdering om hvor klienten er i endringsprosessen, forsøker vi altså å tilpasse våre tiltak. De ulike fasene presenterer ulike oppgaver som må løses for at klienten skal komme seg videre i endringsprosessen. Tidlig i endringsprosessen, i føroverveielses- og

overveielsesfasen, er disse oppgavene først og fremst av tankemessig og følelsesmessig art. I handlings- og vedlikeholdsfasen blir oppgavene også av atferdsmessig art.

Selv om noen mennesker kan hoppe direkte fra føroverveielse til handling i en jafs, er det mange som bruker lang tid på å bevege seg gjennom fasene. Det mest vanlige er at endring av livsstil og vaner tar tid og rådgiverens viktigste oppgave er å hjelpe klienten til å ta et steg i retning av varig atferdsendring.

Kapittel 3

Opplæringen: didaktiske refleksjoner

Vi er noen medarbeidere i Poliklinikken, Stiftelsen Bergensklinikkene, som siden tidlig på 1990 tallet har holdt kurs og undervist i endringsfokusert rådgivning. Som spesialisthelsetjeneste skal Bergensklinikkene blant annet bistå i samordningen av rusmiddeltiltak i kommunene, og likeledes være ansvarlig for utvikling av samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. I dette ligger også en forventning om å bidra til opplæring og ajourføring av kunnskap om rusmiddelproblemer til førstelinjetjenesten.

Tradisjonelt har undervisningen i endringsfokusert rådgivning foregått over tre intensive dager med omtrent 30 deltakere og to kursholdere. Se oppsett for dette på side 44. I undervisningen har vi benyttet oss av forelesninger, kliniske demonstrasjoner, videodemonstrasjoner, gruppediskusjoner, blyant og papirøvelser og rollespill.

Etter hvert som flere og flere hadde deltatt på disse kursene tiltok vårt behov for å få vite om deltakerne fant disse kursene nyttige og relevante for egen arbeidssituasjon. Det eneste vi visste noe om var at deltakerne var godt fornøyde med kurset ut fra tilbakemeldinger umiddelbart etter kursslutt. I 1996 ble det sendt ut et spørreskjema til 140 personer, 6-18 måneder etter at de hadde deltatt på kurs i endringsfokusert rådgivning (Barth, Børtveit & Prescott 1996). 50 % (n=70) svarte på henvendelsen. Av disse opplevde 70 % at de fortsatt hadde like stor nytte av kurset, mens 24 % rapporterte at de opplevde at kurset var blitt mer

nyttig etter hvert som tiden hadde gått. Disse resultatene styrket vår antakelse om at helse- og sosialarbeidere opplevde endringsfokusert rådgivning som nyttig i sitt arbeid med rusmiddelproblemer. Det vi fremdeles ikke visste var om deltakerne endret atferd etter at de hadde deltatt på kurs og om de kunne anvende metoden i praksis. Hadde de lært noe? (Børtveit & Opheim 1998). Videre var vi usikre på om et intensivt tre dagers kurs var den beste måten å forbedre praktiske ferdigheter på, når vi vet at å lære seg nye ferdigheter ofte krever både øvelse og repetisjoner (Prescott, Opheim & Børtveit 2002). Vi følte at tiden var moden for å prøve ut en annen måte å undervise på. (Prescott, Opheim & Børtveit 2003).

Som en spesialisthelsetjeneste forventes det at Bergensklinikkene skal ha et veiledningstilbud til, blant andre, sosialkontor. I denne forbindelse var det noen sosialkontoransatte som ønsket veiledning i bruk av endringsfokusert rådgivning i sitt daglige arbeid. To av kursholderne i denne undersøkelsen forestod denne veiledningen med to grupper sosialarbeidere. Det ble bestemt et visst timetall veiledning og at den skulle foregå en gang i uken. Mellom veiledningsmøtene skulle deltakerne prøve ut noe av det de hadde lært i praksis, og gjøre seg noen erfaringer i bruk av metoden. Dette ble så diskutert og noen ganger rollespilt på følgende veiledning. Denne måten å formidle endringsfokusert rådgivning på representerte noe nytt i forhold til de intensive kursene. Ved å gjøre det på denne måten fikk vi muligheter til en kontekstualisering av metoden som vi håpet ville føre til at deltakerne lærte den bedre enn ved tradisjonelle kurs, og at det ville gi ekstra legitimitet til metoden og dens anvendelse i en profesjonell hverdag på sosialkontor. Tilbakemeldingene fra de som deltok i denne veiledningen var gode. De likte kombinasjonen av teoretiske metodegjennomganger i veiledningsmøtene, muligheter for umiddelbar praktisk utprøving i sitt daglige arbeid og oppsummeringer av deres erfaringer på neste veiledningsmøte. Deltakerne mente også at denne formen for opplæring bidro til et metodefokus over tid som de mente utgjorde en

positiv gevinst på innlæringen av metoden. Og ikke minst viktig, de mente at de gjorde en bedre jobb.

Disse positive erfaringene gjorde at vi ønsket å dokumentere vitenskapelig våre antakelser om at det å implementere teoretiske gjennomganger i undervisningen og utprøving av disse over tid på egen arbeidsplass, ville ha en bedre opplæringseffekt en de tradisjonelle tredagers kursene. Vi ønsket altså å sammenligne kursdeltakere som hadde deltatt på et tredagers kurs med deltakere som hadde deltatt i opplæring strukket ut over lengre tid. Antallet timer undervisning ville bli det samme for begge opplæringsbetingelsene.

Vi som underviste deltakerne i denne undersøkelsen er alle erfarne kursholdere og har anvendt endringsfokusert rådgivning i klinisk virksomhet gjennom flere år. Et av de første spørsmålene vi stilte oss selv var hvordan vi som kursholdere kunne organisere en best mulig læringssituasjon for mennesker som ønsket å lære denne metoden. Ut fra egen erfaring visste vi at vi har gått gjennom en prosess der vi gradvis gjennom opplæring, veiledning og utprøving i praksis tilegnet oss de ferdigheter som inngår i denne måten å jobbe på.

I hele vår lærergjerning har vi forsøkt å etterleve prinsippene i endringsfokusert rådgivning i undervisningen. Vi har alltid etterstrebet en kongruens mellom det vi gjør og det vi forsøker å lære bort, praktisere metoden i undervisningen. Det er lett å skylde på kursdeltakerne dersom undervisningen ikke går helt som en hadde planlagt. De kan beskyldes for å være uengasjerte og lite villig til å lære noe nytt. I en opplæringssituasjon som ikke forløper slik en hadde tenkt, er det også lett å tenke at løsningen kan være å finne i nye opplæringsteknikker. Om man skal forsøke å praktisere det man underviser, bør man heller i en slik situasjon spørre seg hva det er vi kursholdere gjør som skaper et slikt opplæringsmiljø.

Skal man være en god lærer i endringsfokusert rådgivning må man ha variert erfaring i bruk av metoden, og være i stand til å demonstrere den i praksis. Den kunnskap og de ferdigheter en dyktig rådgiver har, er til stor hjelp også når han skal undervise andre. Dette forutsetter å vise respekt for individuelle ulikheter, håndtere uenighet og ambivalens og være tålmodig og forståelsesfull for at læring kan være vanskelig og ta tid. En bør være i stand til å vise entusiasme og at man tror på metoden og samtidig tåle at kursdeltakere er uenige og foretrekke andre metoder. Som i klinisk praksis skal en respektere personlig valg. På denne måten kan ferdigheter og kvaliteter ved endringsfokusert rådgivning demonstreres i samhandlingen med kursdeltakerne. Det kan styrke faglig integritet om en klarer å vise i egen undervisningspraksis den samme metoden en ønsker å formidle.

Å kunne lytte empatisk til hva pasientene sier er en viktig forutsetning i endringsfokusert rådgivning. Likeledes når det gjelder undervisning, er det viktig å kunne lytte. Det er av betydning å få frem deltakernes erfaringer, hvilke utfordringer de møter i arbeidet sitt og deres forventninger, ønsker og behov til opplæringen. Dette er til hjelp når en forsøker å gjøre opplæringen så relevant som mulig for deltakerne. En slik tilnærming kan også bidra til at opplæringen kontekstualiseres, at den mest mulig tar utgangspunkt i den hverdag kursdeltakerne befinner seg i (Rollnick, Kinnersley & Butler 2001).

Vi vet av erfaring at mennesker som deltar på våre kurs har ulik motivasjon for å delta. Noen har lest og studert metoden og ønsker å lære mer, andre har hørt om den og er mer nysgjerrige på hva det er for noe og om de kan bruke den i sitt arbeid. Atter andre er mer passivt sendt på kurs med beskjed om å tilegne seg denne metoden. Det sier seg selv at utgangspunktet for læring er svært forskjellig i en slik gruppe. Samtidig vil det ofte være situasjoner og

arbeidsoppgaver som kan være felles og disse bør inkorporeres i opplæringen i forsøk på å øke relevansen. I slike situasjoner kan det også være til hjelp å tenke at kursdeltakerne er i ulike faser i en endringsprosess når det gjelder å ta i bruk en ny metode i sitt arbeid. Da vet vi ut fra endringsprosessens anbefalinger at vi bør være forsiktige med å presse kursdeltakerne og forsøke å "skyve" dem videre mot atferdsendring. Vi vil raskt oppleve motstand fra kursdeltakerne om vi blir ekspertene som forteller dem at de må endre arbeidsmetoder, hvorfor de må gjøre det og hvordan. Det blir viktigere å prøve å finne en balanse mellom å introdusere nye tilnærminger til kjente utfordringer og få frem deltakernes egne forslag til løsninger – kontekstualisering (Miller & Rollnick 2002). Å bli fortalt av en ekspert hva en skal gjøre virker ikke mer overtalende for en kursdeltaker enn for en pasient.

Å lære endringsfokusert rådgivning handler ikke bare om å tilegne seg nye kommunikasjonsteknikker. Det blir diskusjoner rundt etiske, kulturelle og kliniske tema når vi underviser i denne metoden. Å møte og respondere konstruktivt på slike betraktninger kan være like viktig som å ha fokus på de mer tekniske sidene ved tilnærmingen. Vi forsøker å etterstrebe en balanse mellom de to når vi underviser.

Når en pasient vurderer om hun skal forsøke å endre atferd kan det være av betydning at hun tenker på hvor viktig denne endringen er for henne og om hun vil være i stand til å praktisk gjennomføre endringen. For å øke sjansene for at et endringsforsøk skal finne sted må det være viktig å gjøre endringen og en må tro på at en skal få det til. Likeledes når kursdeltakere tenker gjennom om de skal prøve ut en ny faglig tilnærming til sitt arbeid.. Det er viktig at kursdeltakere ikke bare føler seg i stand til å endre seg og utvikle sin kompetanse innen en ny faglig tilnærming, de må også tenke at den er viktig og anvendbar, og være til hjelp i deres profesjonelle hverdag.

På bakgrunn av disse refleksjoner og erfaringer utviklet vi et nytt undervisningsopplegg, og i det følgende vil jeg gi en beskrivelse av selve opplæringsinnholdet som kursdeltakerne fikk presentert. Tredagers-gruppen deltok i et tradisjonelt tre dagers kurs som vist under.

DAG 1

- Introduksjon – presentasjonsrunde
- Overtalelsesøvelse
- Kommunikasjon og generelle faktorer i rådgivning. Foredrag og øvelser: Åpne spørsmål, oppsummeringer, *"Mener du at…",* refleksjon, registrering av rådgivers kommunikasjon, videodemonstrasjon 1, "RCQ" etter videosekvensen og presentasjon av hverandre
- Endringsprosessen – foredrag. Øvelse med "RCQ"

DAG 2

- Ambivalens – foredrag. Øvelser: Skifte jobb/ikke skifte jobb, registrering av rådgivers kommunikasjon, videodemonstrasjon 2 og beslutningsvekten
- Motivasjon – foredrag. Øvelser: Identifikasjon av selvmotiverende ytringer, videodemonstrasjon 3, "RCQ" etter videodemonstrasjonen, praktisk arbeid med selvmotiverende ytringer, tilføre motivasjon – videodemonstrasjon 4.

DAG 3

- Motiverende samtaleteknikk – foredrag. Demonstrasjon og øvelse – motivasjonsbyggende samtale

- Beslutning om endring – foredrag. Demonstrasjon og øvelse. Demonstrasjon med en røyker, hjelp til å ta beslutning – videodemonstrasjon 5 og en strategi i 5 trinn
- Motstand – foredrag
- Øvelser: Øke motstand, agenda setting og forhandlinger og fokus, refleksjoner overfor motstand og håndtering av motstand

Opplæringen til over–tid-gruppen og kontrollgruppen, foregikk over ti samlinger, og vi møttes hver 14. dag. Hver samling var på 2 timer. Innholdet i opplæringer var som følger:

Første gang

Agenda setting – øvelse som er et alternativ innledende strategi til overtalelse

"Atmosphere of change" – om å skape en atmosfære som fremmer endring

Hjemmeoppgave: Agendasetting med egen klient.

Andre gang

*Rådgivning som en veksling mellom***:** Å utforske nye områder gjennom åpne spørsmål, å konsolidere, presisere, fokusere på det som allerede er et tema gjennom lange og korte oppsummeringer

Åpne og lukkede spørsmål – Øvelse

Korte og lange oppsummeringer og åpne spørsmål – Øvelse

*Hjemmeoppgave***:** Selvobservasjon: bruk av åpne spørsmål og oppsummeringer.

Tredje gang

Refleksjon – Introduksjon og øvelser

Demonstrasjonsvideo sekvens 1: Atmosfære, Registrering av rådgiveratferd

Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer – Øvelse med utgangspunkt i videoen.

Hjemmeoppgave: Selvobservasjon: Bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer.

Fjerde gang

Prochaska og DiClementes stadiemodell for atferdsendring – Introduksjon

"Et steg videre" – Rollespilløvelse

RCQ – Readiness to Change Questionnaire – Øvelse i å kartlegge endringsprosess

Hjemmeoppgave: Tenkt på en av dine klienter, fyll ut RCQ slik du tror klienten ville ha gjort det, la deretter klienten fylle ut et RCQ – skjema. Sammenlign resultatene. Ta med begge skjemaene til neste samling.

Femte gang

Ambivalens – Introduksjon og øvelse

Demonstrasjonsvideo sekvens 2: Ambivalens, Observasjon av rådgivers kommunikasjon

"Motstridende tanker og følelser" – Øvelse med ambivalensvekten

Hjemmeoppgave: Prøv ambivalensvekten med en klient. Bruk vekten som et hjelpemiddel til å utdype og utforske ambivalens.

Sjette gang

Motivasjon – Diskusjon

"EDRAS" – Vær **E**mpatisk, utforsk **D**iskrepans, **R**ull med motstand, Aksepter ambivalens og støtt "**S**elf-efficacy" – Sentrale prinsipper i endringsfokusert rådgivning.

"Selvmotiverende ytringer" – Introduksjon og rollespilløvelser

Demonstrasjonsvideo sekvens 3:Utforsk bekymringer – Observasjon av rådgivers kommunikasjon og klientens selvmotiverende ytringer.

Hjemmeoppgave: Forsøk å utløse selvmotiverende ytringer hos en klient.

Syvende gang

Indre motivasjon – Strategier for å få frem og forsterke eksisterende motivasjon

Ambivalens og motivasjon – Rollespilløvelser

Hjemmeoppgave: Få frem selvmotiverende ytringer hos en klient, bruk refleksjoner og oppsummeringer til å forsterke klientens eksisterende motivasjon.

Åttende gang

Indre motivasjon – Å gi informasjon

Demonstrasjonsvideo sekvens 4:Utvide område for bekymring – Registrering av klientens reaksjoner på rådgivers intervensjoner.

Motstand – Innledning og øvelser

Hjemmeoppgave: Forsøk å rulle med motstandytringer som klienten kommer med.

Niende gang

Tiltro til egen mestringsevne – Strategier for å få frem og forsterke eksisterende mestring

"Ny" mestringsevne – Strategier for å utvikle ny mestringsevne

Demonstrasjonsvideo sekvens 5:Hjelp til å ta beslutninger

Hjemmeoppgave: Forsøk å få frem og forsterk mestringsytringer hos en klient.

Tiende gang

Inntakssamtale – Sammenfattende demonstrasjon og rollespilløvelse

Agendasetting/avtale om fokus

"Si litt om problemet"

+ og – sider

Utforsk motivasjon og mestring

Evaluering og takk for innsatsen

Denne innholdsoversikten ble delt ut til samtlige deltakere som skulle delta i den "utstrakte" opplæringsvarianten, på første samling. Likeledes fikk de som deltok på det intensive kurset en oversikt over innholdet på forhånd.

Før hver samling i den "utstrakte" opplæringsvarianten kom kurslederne sammen for å lage en detaljert disposisjon for dagen. Her ble den konkrete samlingen planlagt, og fremdriften i undervisningen konkretisert Etter at samlingen var over kom vi sammen, oftest neste dag, og sammenlignet hvordan undervisningen hadde gått i forhold til hva vi hadde planlagt.

Vi gjennomgikk de samme tema som på de ordinære/intensive kursene, og med de samme pedagogiske virkemidlene: Forelesninger om de ulike tema, demonstrasjoner av strategier og teknikker, rollespill der deltakerne fikk prøve sine ferdigheter, og det som var spesielt for denne typen opplæring, hjemmearbeid. Intensjonen vår med hjemmearbeid var at deltakerne skulle få prøve sin nyvunne kunnskap i praksis og formidle sine erfaringer tilbake på samlingene der de ble diskutert og noen ganger rollespilt. Dessuten hadde vi sagt at opplæringen skulle være praksisbasert. Alle deltakerne fullførte opplæringen.

Kapittel 4

METODE

Hvordan undersøkelsen ble gjennomført

En vanlig metode innen eksperimentell forskning er å sammenligne ulike grupper individer med hverandre. Disse gruppene blir så eksponerte for ulike forhold og sammenlignet med seg selv og hverandre. Det er mange måter å arrangere dette på, alt etter hvilke grupper som er med, hvilke forhold de skal utsettes for, hvordan dette skal evalueres og når og overfor hvem intervensjonen skal forestås. (Kazdin 1998)

Et sentralt tema i slike gruppedesigner er utvelgelsen av deltakere til gruppene. Ulikheter mellom gruppene, etter at den eksperimentelle intervensjonen er foretatt, skal danne grunnlag for deduseringen av et kausalt forhold mellom intervensjonen og det som fremkommer på de avhengige variablene, også kalt effektvariablene. Måten rekrutteringen av gruppedeltakere er gjennomført eller administrert på, vil influere på tilliten til at ulikhetene gruppene imellom har med intervensjonen å gjøre, mer enn alternative forhold eller faktorer. Dette kan i så fall representere mulige trusler eller feilfaktorer mot kvalitetskravene eller typer av validitet, i forbindelse med slike kausale undersøkelser (Lund 1997).

I denne studien av opplæringseffekt har jeg benyttet meg av en design som kalles pretest-posttest-design med ikke-ekvivalente grupper. Det blir også kalt et kontrollgruppe- design, siden det er en kontrollgruppe inkludert. Dette er et design som blir mye brukt i

evalueringsforskning. Det er også et kvasi-eksperimentelt design, som i første rekke skiller seg fra ekte eksperimentelle design gjennom svakere kontroll av irrelevante faktorer. (Hellevik 1993)

I praksis befinner forskere seg ofte i den situasjonen at det ikke er mulig å dirigere og styre gruppedeltakere på en slik måte at det tilfredsstiller kravene til et ekte eksperiment. Både administrative, byråkratiske og økonomiske forhold kan gjøre dette vanskelig. Slik at selv om dette ikke kvalifiserer til betegnelsen ekte eksperiment, er kvasi-eksperimentelle design akseptert og anerkjent som en vitenskapelig tilnærming til denne type undersøkelse (Kazdin 1998).

Deltakere

I denne studien av opplæringseffekt har vi rekruttert 42 deltakere. Alle jobbet i førstelinjetjenesten da de ble rekruttert til prosjektet, 37 på sosialkontor og 5 i uteseksjonen. 6 menn og 36 kvinner. De hadde i gjennomsnitt vært ferdig utdannet i 7,9 år (0-29 år). Til daglig arbeidet deltakerne i varierende grad med personer med rusmiddelproblemer. 7 av deltakerne hadde kontakt med personer med rusmiddelproblemer flere ganger daglig, 12 hadde denne typen kontakt nærmest daglig, 9 ukentlig, 2 en sjelden gang, 2 så godt som aldri og 9 hadde svært variabel kontakt med denne typen klienter. (obs 41)

Seleksjonen av deltakere til de ulike gruppene i denne undersøkelsen, har ikke vært randomisert som i ekte eksperimentelle design. Det var kun sosialarbeidere i førstelinjetjenesten som ble inviterte til å delta, og alle som ønsket å delta i denne undersøkelsen fikk plass. Noen av deltakerne kom fra samme arbeidsplass, andre kom alene.

Rekrutteringen av deltakere til undersøkelsen ble administrert på flere måter. Noen ble inviterte til å delta ved at det ble sendt brev til alle sosialkontor i Bergen kommune med en beskrivelse av kursinnholdet og hva den enkelte kursdeltaker måtte forplikte seg til ved en eventuell deltakelse. Andre ble rekruttert i forbindelse med at de var deltakere i et større prosjekt omkring arbeid med rusmiddelmisbrukere (Bu & Bakka 2000). Noen tok også kontakt på eget initiativ med ønske om et intensivt 3 dagers kurs i Endringsfokusert rådgivning. Disse ble orientert om at vi manglet en kontrollgruppe i vårt forskningsdesign, og dersom de var villige til å fungere som kontrollgruppe, var opplæringen gratis.

Deltakere i tredagers-gruppen

Siden vi ville undersøke om deltakelse på opplæring i form av et intensivt tre-dagers kurs ville gi en annen effekt enn opplæring gitt over tid, delte vi deltakerne inn i 3 grupper. De ti deltakerne i tredagers-gruppen gjennomgikk en intensiv kursvariant på tre dager. De var alle deltakere i et større prosjekt om nytteverdien av behandlingskjeder i arbeid med rusmiddelklienter. Innholdet i dette prosjektet bestod blant annet av et tre-dagers kurs i Endringsfokusert rådgivning. Totalt var det 30 deltakere i prosjektet om behandlingskjeder, og 10 av disse ønsket å være med i denne studien. Disse utgjør tredagers-gruppen. Alle var kvinner, ni sosionomer og en barnevernpedagog. De hadde i gjennomsnitt vært ferdig utdannet i 5,1 år (1-13 år). I denne gruppen hadde 2 deltakere kontakt med rusmiddelmisbrukere flere ganger daglig. 3 hadde denne kontakten nærmest daglig og 4 hadde denne typen kontakt ukentlig. Ingen hadde slik klientkontakt en sjelden gang og heller ingen så godt som aldri. 1 rapporterte at slik kontakt var svært variabel.

Deltakere i over-tid-gruppen

Deltakerne i over-tid-gruppen ble undervist i de samme tema som deltakerne i gruppe 1. Den pedagogiske ulikheten bestod i at undervisningen til over-tid-gruppen ble strukket over et lengre tidsrom enn det intensive tre-dagers kurset. Over-tid-gruppen fikk undervisning to timer annenhver uke, til sammen 10 ganger.

Gruppen talte 22 kvinner og 4 menn. Det var 20 sosionomer, 3 barnevernpedagoger og 3 hadde annen utdannelse. De hadde i gjennomsnitt vært utdannet i 6,3 år (0-27 år). (En er ikke tatt med i utregning av gjennomsnittlig tid siden fullført utdannelse da opplysninger mangler.) Blant disse deltakerne var det 3 personer som hadde kontakt med klienter som også omhandlet rusmiddelproblematikk flere ganger daglig. 8 hadde slik kontakt nærmest daglig og 6 ukentlig. Ingen av deltakerne hadde denne typen kontakt en sjelden gang, og 2 så godt som aldri. Det var 6 som hadde denne kontakten svært variabelt. 1 hadde ikke fylt ut skjemaet med demografiske opplysninger.

For å rekruttere deltakere til over-tid-gruppen sendte vi brev til samtlige sosialkontor i Bergen kommune. I brevet ble kursets form og innhold beskrevet, og en gjorde oppmerksom på at opplæringen var gratis mot at deltakerne forpliktet seg til å delta i den påfølgende opplæringsevalueringen. Deltakerne i denne gruppen representerer åtte av totalt 12 sosialkontor i Bergen, og representerer sannsynligvis en mer heterogen gruppe enn gruppe 1. Antallet deltakere fra de respektive sosialkontor varierte. Noen sosialkontor sendte en deltaker, mens den største deltakergruppen fra samme arbeidsplass var på syv personer.

Deltakere i kontrollgruppen

Deltakerne i kontrollgruppen deltok også i den langvarige opplæringsvarianten. Tre av kontrollgruppedeltakerne meldte seg for sent på til å komme med i over-tid-gruppen. Disse fikk tilbud om samme opplæring, men på et senere tidspunkt, dersom de sa seg villige til å representere kontrollgruppen. De øvrige 4 deltakerne i kontrollgruppen, tok på eget initiativ kontakt med oss med ønske om opplæring i Endringsfokusert rådgivning. De fikk da et tilbud om gratis opplæring gjennom deltakelse i kontrollgruppen. I gruppen var det 5 kvinner og 2 menn. Det var 5 sosionomer, 1 barnevernpedagog og en med annen utdannelse. De hadde i gjennomsnitt vært utdannet i 12,4 år (2-29 år).

I denne gruppen var det 2 deltakerer som hadde kontakt med klienter som også omhandlet rusmiddelproblematikk flere ganger daglig og 2 hadde slik kontakt nærmest daglig. Ingen hadde denne kontakten ukentlig. Det var også 2 som hadde denne typen kontakt en sjelden gang, likeså 2 som hadde denne typen klientkontakt svært variabelt.

Variabler

Utvelgelse av målemetoder i forskning blir ofte foretatt på grunnlag av flere vurderinger. Disse er blant annet relatert til begrepsvaliditeten til målene, de psykometriske egenskapene til måleredskapene og hvor sensitive disse er overfor de endringene forskningsspørsmålene antyder. I vårt tilfelle bestod ikke utfordringen først og fremst i å finne måleredskaper som kunne understøtte våre antagelser, men i å konstruere nytt måleverktøy som best mulig kunne gi svar på våre forskningsspørsmål.

Valget av avhengig og uavhengig variabel er det som oftest problemstillingen som bestemmer. *Årsaksvariabelen,* som forskeren antar påvirker enhetenes verdi på en annen variabel, vil bli behandlet som den uavhengige variabelen. Den variabelen som en antar påvirkes, *effektvariabelen,* blir den avhengige variabelen (Lund 1997).

Avhengige variabler T2 – etter opplæring:

Videoscorernes resultater av de tre mest sentrale kommunikasjonsteknikkene i Endringsfokusert rådgivning: Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. I tillegg informasjon, lukkete spørsmål, råd og konfrontasjon.

Uavhengige variabler (hvor god før opplæring) T1 – før opplæring:

Videoscorernes resultater av de mest brukte kommunikasjonsteknikkene i Endringsfokusert rådgivning – Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer, informasjon, lukkede spørsmål, råd og konfrontasjon. All signifikanstesting var to-halet, og forskjellene mellom før og etter opplæringen ble t-testet (”paired samples t-test og indenpendent samples t-test”). Reliabiliteten mellom skårerne ble analysert ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisient. Det er scoringsresultatene T1 og T2 som utgjør hoveddata for denne undersøkelsen.

Datainnsamlingsmetoder og -instrumenter

Det ble brukt tre skjema som deltakerne fylte ut før opplæringen tok til (T1) og etter at den var avsluttet (T2). Disse skjemaene sendte vi til den enkelte deltaker et par uker før opplæringen startet. Skjemaene ble kalt ”Bakgrunnsopplysninger”, ”Mestring og kompetanseføelse” og Intervju om å arbeide med rusmiddelproblemer”. Svarene på disse

skjemaene er kvalitative data som ikke ble brukt i denne studien og vil ikke bli kommentert i fortsettelsen.

Videoopptak

For å undersøke om undervisningen/opplæringen i Endringsfokusert rådgivning hadde hatt noen effekt på rådgivers kommunikasjonsatferd, ble alle deltakerne videofilmet før(T1) og etter(T2) opplæringen. Videoopptaket var en rollespillsituasjon av rådgiveren og en klient i en førstegangs rådgivningssamtale på et sosialkontor. Denne rollespillsituasjonen skulle ha en varighet av 20 minutter. Dette for at alle deltakerne skulle få like lang tid med klienten, og for å gjøre opptakene sammenlignbare innholdsmessig. ”Klienten” ble spilt av kolleger ved Stiftelsen Bergensklinikkenes poliklinikk, som hadde en kasusbeskrivelse å holde seg til. Vi utarbeidet en mannlig og en kvinnelig klientvariant, da vi på grunn av mange opptak måtte dra veksler på mange kolleger, kvinner og menn.

Klienten var i 30 – årene, med betydelige og langvarige rusmiddelproblemer som hadde ført til problemer på en rekke områder i livet. Klienten hadde en samboer som også hadde rusmiddelproblemer, og nylig var innlagt på somatisk sykehus i forkommen tilstand grunnet alkoholbruk og sviktende allmenntilstand. Klienten hadde ressurser i form av støtte fra familien, noen venner uten rusmiddelproblemer og alminnelige intellektuelle evner. Klienten var usikker på om hun/han ville gjøre forandringer, og var preget av oppgitthet og manglende tro på at endring var mulig.

Rådgiveren fikk en kort instruks om å forsøke å motivere klienten til å gjøre noe med sin situasjon, primært redusere alkoholbruken.

Den samme klientbeskrivelsen ble brukt før (T1) og etter (T2) opplæringen, og i de fleste opptakene møtte sosialarbeideren ulik ”klient” pre og post. Av praktiske grunner lot ikke dette alltid seg gjøre, og ved to anledninger møtte sosialarbeideren samme ”klient” post som pre. Innledningsvis i dette prosjektet foretok vi en bredspektret kartlegging. Denne kartleggingen bestod av flere skjema som deltakerne fylte ut både før og etter opplæringen, i tillegg til at de ble intervjuet av oss som underviste. Dette ble gjort for eventuelt å fange opp viktige bieffekter av opplæringen.

Første møte med deltakerne

Sammen med skjemaene nevnt over, sendte vi også avtaletidspunkt for et første møte med den enkelte deltaker. På dette møtet skulle vi gjennomgå skjemaene, utføre intervjuet og gjøre et videoopptak. I dette opptaket skulle kursdeltakeren spille rådgiver og en kollega av oss her i Poliklinikken fremstille klienten. Umiddelbart før første rollespill fikk hver deltaker utlevert en kasusbeskrivelse til rollespill. Der ble den fiktive klienten presentert og oppgaven til kursdeltakeren var å forsøke å motivere klienten til å ta en avgjørelse om å gjøre noe med situasjonen sin, primært forandre på alkoholbruken.

Etter at skjemaene var utfylte og intervjuene foretatt, ble deltakerne videofilmet i en rollespillsituasjon med en fiktiv ”klient” for annen gang. For deltakerne i tredagers-gruppen og over-tid-gruppen var dette T2, mens det for deltakerne i kontrollgruppen var T1. Alle fikk lese gjennom kasusbeskrivelsen, som var den samme som ved første filming, og de fikk likelydende instruksjon om hva de skulle prøve på i rådgivningssamtalen som ved første videotakning. Det var på ny en førstegangssamtale, men de fleste møtte en ”ny” klient. På grunn av praktiske problemer i rekrutteringen av klienten, møtte to av deltakerne den samme ”klienten” T1 og T2.

Som ved første videotakning fylte ”klienten” ut et skjema like etter rådgivningssamtalen, der de skulle ta stilling til rådgivers globale ferdigheter på en skala fra 1 – 10. Vurderingene skulle også denne gangen innbefatte klima, empati, struktur, relevans og nytte.

Scoring

Etter at deltakerne var blitt filmet før og etter opplæringen, skulle opptakene scores. Videoopptakene ble scoret blindt av tre klinikere med lang erfaring fra undervisning i Endringsfokusert rådgivning, og bestod av to spesialister i klinisk psykologi og en psykiater. Hvert opptak ble scoret av to uavhengige scorere, og gjennomsnittsverdiene ble brukt som grunnlag for statistiske analyser. Det var på forhånd utarbeidet et skjema der Endringsfokusert rådgivning var operasjonalisert, slik at videoscorernes. oppgave var å registrere, telle ulike ytringer fra rådgiver i løpet av 2x 20 minutters videoopptak for programgruppe A og B, og 3 x 20 minutters opptak for kontrollgruppen. Det var utarbeidet instrukser for hvordan rådgiveratferden på scoringsskjemaet skulle forstås. Det er scoringsresultatene T1 og T2 som utgjør hoveddata for denne undersøkelsen.

Retningslinjer for scoring

I denne studien ønsker en å undersøke hypoteser om opplæring i Endringsfokusert rådgivning fører til endringer i generelle kommunikasjonsferdigheter hos deltakerne. I denne forbindelse har vi konkrete mål om at deltakerne etter opplæringen skal:

- redusere frekvensen av lukkete spørsmål
- øke frekvensen av åpne spørsmål
- øke frekvensen av refleksjoner og oppsummeringer
- gi råd og informasjon på ”rett” måte og til rett tidspunkt (Barth et. al. 2001). I denne forbindelse er det ikke nødvendigvis snakk om en økning eller reduksjon i frekvens,

men snarere at deltakerne skal bli seg mer bevisste når og hvordan de gir råd og informasjon. I praksis vil dette ofte føre til en viss frekvensreduksjon på grunn av at man blir mer selektiv i måten en gir informasjon og rådgivning på.

- redusere frekvensen av konfrontasjoner. Slik atferd er som regel lavfrekvent, men kan bidra til at klienter uteblir (Miller & Baca 1983).

Grunnene til at de kommende ti kategorier ble valgt er flere. De tre mest brukte kommunikasjonsteknikkene i Endringsfokusert rådgivning er åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. I opplæringen har det selvfølgelig vært lagt stor vekt på at deltakerne skulle tilegne seg disse sentrale teknikkene, og anvendelsen av dem ble tydelig presentert gjennom forelesninger, demonstrasjoner og øvelser. De øvrige kategoriene er tatt med for å kunne innlemme flest mulig av de ytringene som rådgiver ofte presenterer i klientsamtaler, samtidig som Endringsfokusert rådgivning i undervisningen presenterer forslag på hvordan disse kategoriene eller ytringene kan utnyttes for å oppnå best mulig resultat.

Hver rådgiverytring ble skåret så nøye som mulig. Det var ikke anledning til å skåre en og samme ytring i mer enn en kategori. Imidlertid uttrykker ikke rådgivere seg heller alltid enkelt og entydig. Noen ganger produserer de lange og sammensatte ytringer og andre ganger korte og mer ukompliserte. Det var derfor behov for å utarbeide regler for hvordan skåre sekvenser der rådgiver snakket lenge. I de tilfellene der rådgiver kom med flere typer ytringer etter hverandre uten at pasienten sa noe, skulle bare den siste ytringen skåres. Videoopptakene var av ulik varighet. Råskårene ble derfor omregnet til antall ytringer per minutt. Disse ble så gjenstand for statistiske analyser.

Scoringsskjemaet inneholdt følgende scoringskategorier:

1. Faktisk informasjon

   Rådgiver gir informasjon om faktiske, objektive forhold, for eksempel omkring forhold på sosialkontoret, rettigheter, ulike søknader, offentlig behandlingsapparat, trygdekontor, arbeidskontor osv.

2. Lukket spørsmål

   Rådgiver stiller spørsmål som kan besvares med fakta, noen få ord eller ”ja” eller ”nei”. For eksempel: *Hvor ble du født? Har du lyst til å begynne å jobbe? Drikker du alkohol?*

3. Blandet, slutter som lukket spørsmål

   Rådgiver formidler sammensatt kommunikasjon som inneholder flere kategorier, og som ender med et lukket spørsmål. For eksempel: *Du opplever det ikke som du har et problem med alkoholen*(refleksjon), *du vet at mange med alkoholproblemer strever en stund før de erkjenner at alkohol også skaper problemer for dem*(faktisk informasjon)*…er det slik at du har vanskeligheter med å se de negative sidene ved drikkingen din?*(lukket spørsmål)

4. Åpent spørsmål

   Rådgiver stiller et spørsmål, eller kommer med en oppfordring/invitasjon om å si noe, og er formulert slik at det ikke er mulig å svare med et eller noen få avgrensede svaralternativer. En invitasjon til å snakke kan ha form som et lukket spørsmål, men der det utvetydig er ment som et åpent spørsmål, skal det scores som et åpent spørsmål. For eksempel:*kan du fortelle meg litt om hva det er som bekymrer deg mest med alkoholbruken din?*

5. Blandet, slutter som åpent spørsmål

Rådgiver formidler sammensatt kommunikasjon som inneholder flere kategorier, og som ender med et åpent spørsmål. For eksempel: … *det ser ut som du drikker langt mer enn du vil innrømme*(påpekning, konfrontering)*, og at flere av de du omgås reagerer negativt på dette*(refleksjon)*…* *hvordan reagerer du selv på andres reaksjoner på dine drikkevaner?*(åpent spørsmål)

6. Refleksjon

Rådgiver reflekterer eller speiler tilbake klientens ytringer, enten som gjentakelse, synonymer/reformuleringer, eller som refleksjon av underliggende mening eller følelse. For eksempel, kan klienten si: *"Jeg må gjøre noe med drikkingen"*

Gjentakelse:*..."gjøre noe med drikkingen."*

Synonym:*…"forandre på alkoholvanene dine."*

Underliggende mening:*…"alkoholbruken din fører med seg en del problemer."*

Underliggende følelse:*… du er bekymret for at alkoholbruken din kan ødelegge livet ditt."*

7. Blandet, slutter som refleksjon

Rådgiver formidler sammensatt kommunikasjon som inneholder flere kategorier, men som ender som en refleksjon. For eksempel: *Når du skal søke om sosialhjelp må du fylle ut noen skjema*(faktisk informasjon) *dette er ikke vanskelig, du kan jo snakke med venninnen din og be henne om hjelp*(gir råd) *du sier du blir sint av slike skjema*(refleksjon)

8. Oppsummering

En oppsummering er en sammenfatning av to eller flere momenter av det klienten har sagt. Må minst inneholde to ”biter” av det klienten har sagt. For eksempel: *du opplever en rekke mindre gode sider av rusbruken din, dette med pengene og dette med politiet. Samtidig hjelper rusen deg til å få en god følelse innimellom.*

9. Gi råd

Rådgiver gir klienten råd eller oppfordringer, kommer med forslag, tilbyr en løsning eller mulig fremgangsmåte. For eksempel: *Jeg tror det kan være lurt å ta seg enda en tur på arbeidskontoret.*

10. Påpekning, konfrontasjon og belæring

Rådgiver gir en tilbakemelding av sin vurdering, sin oppfatning eller utvalg av fakta som angår klienten selv. Det som skiller dette fra kategorien ”faktisk informasjon”, er at disse ytringene er rettet mot klienten som individ, og ikke en generell informasjon som angår de fleste i tilsvarende situasjon.

Hvert scoringsskjema var inndelt i fire fem-minutters bolker. Dette var gjort for å prøve å se om det var et mønster i hvordan ytringene til de ulike rådgiverne fordelte seg i løpet av samtalen. Vi hadde ingen uttalte forskningsspørsmål som vi ønsket svar på ved hjelp av denne seksjoneringen. Rasjonalet var å øke muligheten for å oppdage noe uventet, kanskje noen viktige bieffekter som vi i utgangspunktet ikke var klar over eller hadde tenkt på.

Hver deltaker fikk et kodenummer slik at de som scoret ikke kunne vite om det de scoret var et første, andre eller tredje opptak av deltakerne. Hvert opptak ble scoret av to uavhengige scorere. I tillegg til å fylle ut scoringsskjema på hver deltaker, skulle scorerne også fylle ut skjemaet for globale ferdigheter, det samme som "klientene" fylte ut etter hver samtale.

Videoopptakene av alle deltakerne ble så evaluert to ganger, hver for seg, av tre erfarne medarbeidere med omfattende kunnskap om Endringsfokusert Rådgivning. Videoscoringen var organisert slik at scorerne ikke skulle vite når det enkelte videoopptaket var utført. Scorerne visste i utgangspunktet ikke om det opptaket de scoret var tatt før eller etter opplæringen.

Alle rådgiverkategoriene var definert gjennom operasjonaliseringen av rådgiveratferden, slik at de som scoret satt og talte antall åpne spørsmål, lukkede spørsmål osv. på alle opptakene av alle deltakerne. De som scoret arbeidet individuelt. Vi som stod for prosjektet hadde prøvd ut scoringsskjemaene på forhånd for å sikre at kategoriseringene fanget opp det de skulle, at det ikke ble for stor divergens i scoringene på samme deltaker, og at vi forstod det samme med kategoriene. Vi hadde laget en kodebok, og etter at scoringene var unnagjort lastet vi inn resultatene i et standardprogram for samfunnsvitenskapelig analyse, SPSS 11.0 for Windows.

Kapittel 5

RESULTATER

I de følgende tabeller og figurer presenteres resultatene fra denne studien. Som nevnt tidligere operasjonaliserte vi Endringsfokusert rådgivning slik at vi kunne score rådgiverytringer. Dette betyr å telle hvor mange ganger rådgiver informerte klienten, hvor mange ganger han stilte åpne spørsmål osv. og fant slik frem til med hvilken frekvens rådgiver informerte, stilte lukkete spørsmål osv., pr. minutt. Det ble dermed mulig å undersøke om opplæringen i det hele tatt hadde hatt noen effekt.

Det ble forventet at opplæringen ville føre til at deltakerne informerte mindre, stilte færre lukkete spørsmål, ga færre råd og konfronterte mindre. Det ble også forventet at de ville stille flere åpne spørsmål og reflektere og oppsummere mer etter gjennomført opplæring sammenlignet med før. Videre ble det mulig å sammenligne de ulike opplæringsbetingelsene, tre dagers kurs eller opplæring over tid, og ved å undersøke deltakernes ferdigheter kanskje antyde hvilken opplæringsbetingelse som synes mest effektiv.

Tabellene 1 til 8 viser frekvensen av de ulike variablene før og etter opplæring. Disse ferdighetsmålene blir også illustrert grafisk i figurene 1 til 8. Resultatene blir ytterligere illustrert i tabellene 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 og 16. Disse figurene sammenligner resultatene før og etter opplæring for alle som fikk lang opplæring (over-tid-gruppen og kontrollgruppen) og de som deltok i den korte opplæringsvarianten, tredagers-gruppen. I disse figurene sammenlignes de ulike ferdighetsmålene for de to gruppene med hverandre, før og etter opplæring, T1 og T2. I tillegg blir de to gruppene sammenlignet med seg selv før og etter opplæring. Dette er hovedgrunnene til at disse figurene er tatt med i resultatpresentasjonen.

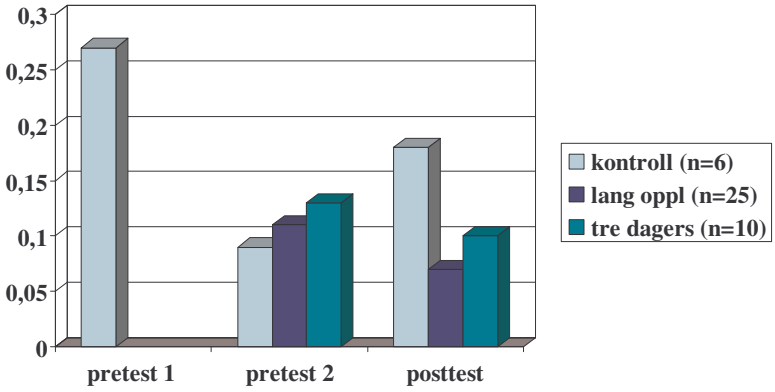
Tabell 1 Informasjon pr. min før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	P
Tredager (n=10)			,13	,08	,10	,08	1,032	ns
Over tid (n=25)			,11	,11	,07	,07	1,771	ns
Kontroll (n=6)	,27	,29	,09	,07	,18	,17	-1,462	ns

I opplæringen ble det understreket at det å gi informasjon ikke er så komplisert, men å utføre det slik at pasienten tar det til seg, ikke er like ukomplisert. Deltakerne fikk høre at det er særlig viktig å forberede pasienten på at det kommer informasjon og deretter invitere pasienten til å bearbeide denne informasjonen. På bakgrunn av dette hadde vi en hypotese om at deltakerne ville informere mindre etter opplæring sammenlignet med før.

I tabell 1 ser vi at frekvensen av informasjon går i forventet retning for tredagers-gruppen og over-tid-gruppen. Deltakerne i begge disse gruppene informerer mindre etter opplæring sammenlignet med før. For kontrollgruppen er tendensen motsatt. Her informerer deltakerne mer etter opplæring sammenlignet med før. I denne forbindelse må en huske på at kontrollgruppen teller svært få deltakere, n=6, og at resultatet for denne gruppen påvirkes i mye større grad av den enkelte deltaker enn for de to andre gruppene. Det er ingen signifikante forskjeller for noen av gruppene før og etter opplæring. Under illustreres forskjellene mellom før og etter opplæring for alle gruppene grafisk.

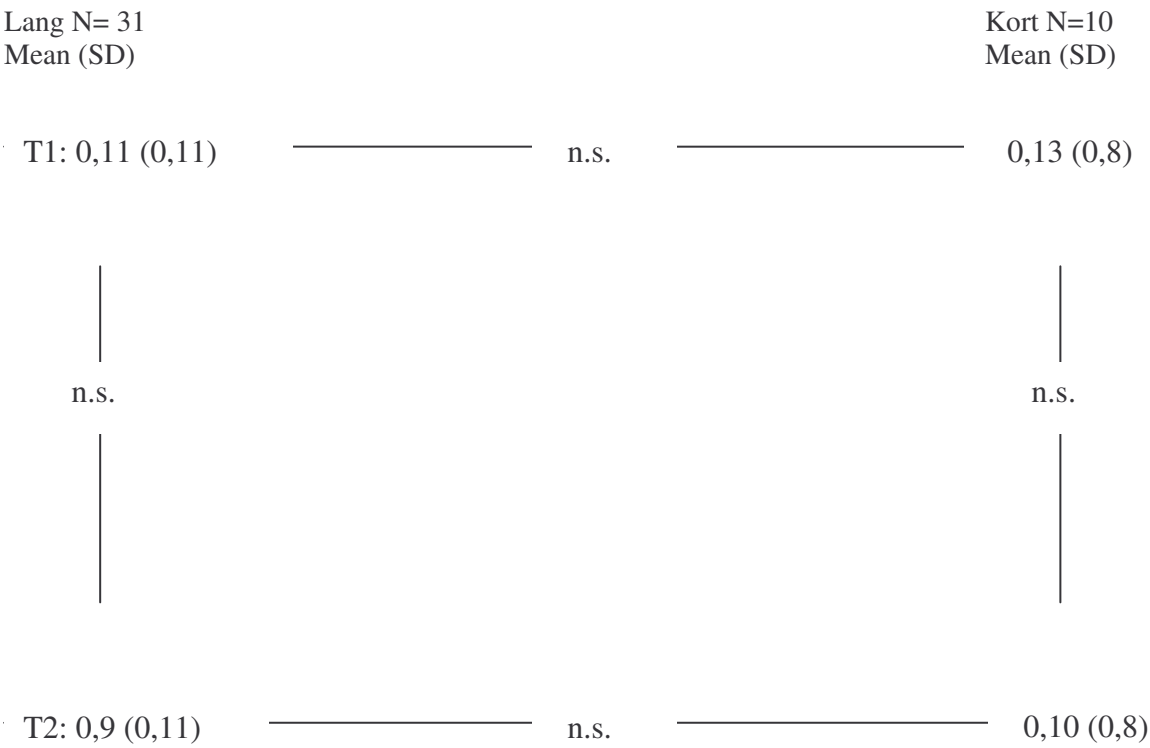
Figur 1
Informasjon pr. minutt før og etter opplæring



Figur I

Sammenligning av lang og kort før og etter opplæring, informasjon pr. minutt.

Tabell 2
Sammenligning av lang og kort opplæring over tid og med hverandre



Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 2 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv før (T1), og etter (T2) opplæring, og med hverandre. Som vi kan se er det ingen signifikante forskjeller mellom kort og lang før opplæringen tok til med hensyn til å gi informasjon pr. minutt. For å kunne si noe om effekten av opplæringen, er det viktig at gruppene kort og lang ikke har for store forskjeller i ferdigheter før opplæringen tar til. Da kan en med større sikkerhet tilskrive eventuelle endringer disse gruppene imellom etter opplæringen, til undervisningsopplegget de har deltatt i.

Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom kort og lang etter opplæring. Når vi sammenlikner kort og lang med seg selv før og etter opplæring, finner vi ikke signifikante forskjeller.

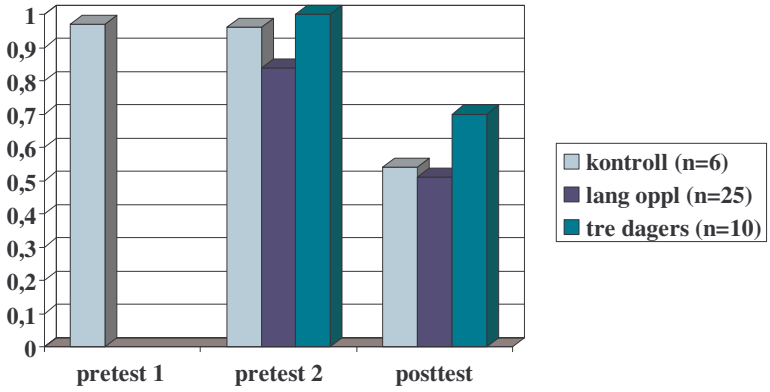
Tabell 2 Lukkete spørsmål pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	p
Tredager (n=10)			1,0	,46	,70	,30	2,818	,020
Over tid (n=25)			,84	,38	,51	,39	5,247	<,001
Kontroll (n=6)	,97	1,22	,96	,74	,54	,28	1,439	ns

I Endringsfokusert rådgivning skilles det mellom åpne og lukkete spørsmål. Et lukket spørsmål kan besvares med fakta, et par ord eller rett og slett ja eller nei, eller for å avkrefte eller bekrefte noe. De egner seg imidlertid ikke så godt når vi ønsker å få frem et mer nyansert bilde av hvordan pasienten tenker. Dette ble formidlet gjennom opplæringen og vår hypotese var at deltakerne ville stille færre lukkete spørsmål etter at opplæringen var over sammenlignet med før.

Tabell 2 viser at frekvensen av lukkete spørsmål går i forventet retning for alle gruppene. Deltakerne i tredagers-gruppen og over-tid-gruppen stiller signifikant færre spørsmål etter opplæring sammenlignet med før. Selv om endringene er størst i kontrollgruppen, oppnås ikke statistisk signifikans. Dette henger sammen med det lave deltakerantallet i denne gruppen, n = 6. At de to pretest målingene for kontrollgruppen er så pass stabile, pretest 1 og 2, styrker likevel den statistiske validiteten til at det er effekten av opplæringen som har ført til de endringene vi ser i posttesten. Under fremstilles disse forskjellene grafisk.

Figur 3
Lukkete spørsmål pr minutt før og etter opplæring



Tabell 4
Sammenligning av lang og kort før og etter opplæring.
Lukkete spørsmål pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,86 (0,46)	n.s.	1,0 (0,46)
sig.		sig.
T2: 0,51 (0,37)	n.s.	0,7 (0,3)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 4 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv før (T1) og etter (T2) opplæring, og med hverandre. Når det gjelder frekvensen av lukkete spørsmål pr. minutt er det ingen forskjeller mellom gruppene før opplæringen tok til. Sammenlignet med seg selv etter opplæring ser vi at begge gruppene stiller signifikant færre lukkete spørsmål etter opplæring. Det er imidlertid ingen forskjeller mellom gruppene etter opplæring.

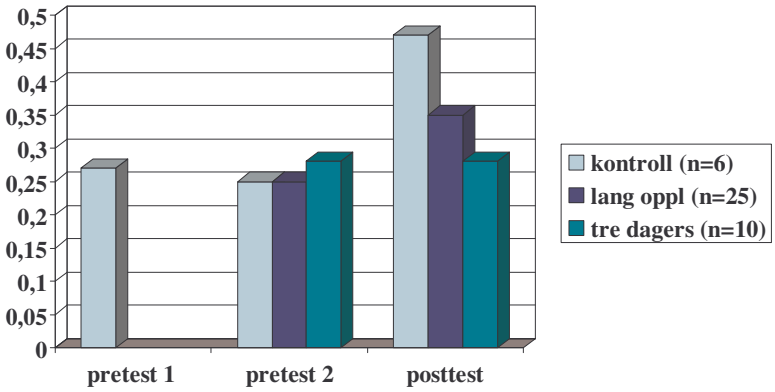
Tabell 3 Åpne spørsmål pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	p
Tredager (n=10)			,28	,17	,28	,09	,53	ns
Over tid (n=25)			,25	,13	,35	,17	-2,624	,015
Kontroll (n=6)	,27	,29	,25	,13	,48	,26	-2,223	ns

I aktiv lytting er det å kunne stille åpne spørsmål en sentral ferdighet. På åpne spørsmål finns det egentlig ikke noe avgrenset eller bestemt svar, de inviterer mer til lengre svar og egner seg til å få frem pasientens egne perspektiver og synspunkter. De er et viktig virkemiddel når målet er å utforske og forstå. Denne kunnskapen ble formidlet til deltakerne og våre forventninger til resultatene var at deltakerne ville gjøre mer bruk av åpne spørsmål etter opplæring enn før.

I tabell 3 ser vi at endringene for over-tid-gruppen og kontrollgruppen går i forventet retning. Forskjellene mellom før og etter opplæring for over-tid-gruppen, oppnår i tillegg statistisk signifikans. For tredagers-gruppen et det ingen forskjeller mellom før og etter opplæring, mens kontrollgruppen igjen oppnår de største endringene uten at det resulterer i statistisk signifikans. Under illustreres disse endringene grafisk.

Figur 5
Åpne spørsmål pr. minutt før og etter opplæring



Tabell 6
Sammenligning av lang og kort før og etter opplæring.
Åpne spørsmål pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,25 (0,13)	n.s.	0,28 (0,17)
sig.		n.s.
T2: 0,37 (0,19)	n.s.	0,28 (0,09)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 6 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) med kort (Tredagers-gruppen) med seg selv før (T1) og etter (T2) opplæring, og med hverandre. Figur III viser at det ikke er forskjell mellom gruppene når det gjelder frekvensen av lukkete spørsmål før eller etter opplæring. Når vi sammenligner gruppene med seg selv før og etter opplæring, ser vi at deltakerne i lang stiller signifikant flere åpne spørsmål etter opplæring. Deltakerne i kort har samme frekvens av åpne spørsmål før og etter opplæring.

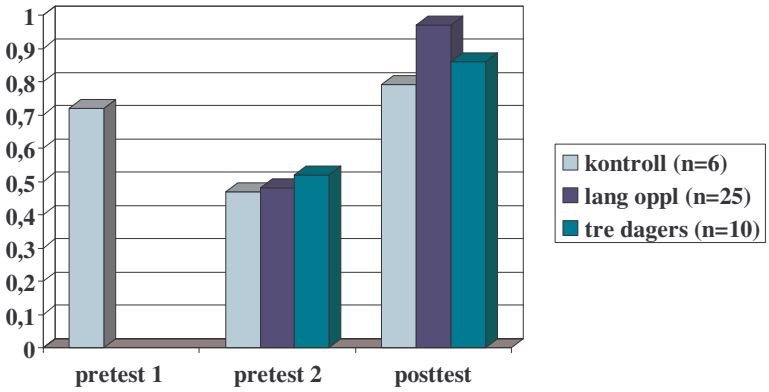
Tabell 4 Refleksjoner og oppsummeringer pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	p
Tredager (n=10)			,52	,35	,86	,46	-5,022	,001
Over tid (n=25)			,48	,25	,97	,45	-5,999	<,001
Kontroll (n=6)	,72	,72	47	14	,79	,36	-1,660	Ns

I empatisk lytting er refleksjoner og oppsummeringer sentrale kommunikasjonsferdigheter. En oppsummering er en sammenfatning av to eller flere moment pasienten har sagt, et referat av en del av samtalen. Den brukes også til å styre samtalen og påvirke til endring. En kan være selektiv i det en oppsummerer og bringe noen tema i fokus mens andre skyves i bakgrunnen eller utelates helt. Dette gir også pasienten mulighet til å korrigere eller utfylle dersom oppsummeringen er mangelfull eller ufullstendig. Refleksjoner er kortere eller lengre konstateringer der rådgiver gjentar eller reformulerer pasientens siste ytring. De skal virke bekreftende, forsterkende, tydeliggjørende og oppmuntrende i samtalen med pasienten. Refleksjoner og oppsummeringer likner på hverandre, men mens oppsummeringer vanligvis inneholder både ulike og flere punkter, handler refleksjoner bare om en sak, og kan bestå av korte ufullstendige setninger. Opplæringen i Endringsfokusert rådgivning legger stor vekt på at deltakerne skal tilegne seg disse ferdighetene, derfor var våre antakelser at deltakerne ville benytte seg av disse ferdighetene i noe større grad etter opplæringen sammenlignet med før.

Tabell 4 viser at endringene for samtlige grupper går i forventet retning. Alle gruppene reflekterer og oppsummerer mer etter opplæring sammenlignet med før. For tredagers-gruppen og over-tid- gruppen er disse endringene statistisk signifikante. For kontrollgruppen oppnås ikke signifikante forskjeller. Under illustreres endringene grafisk.

Figur 7
Refleksjon/0ppsummering pr. minutt før og etter opplæring



Tabell 8
Sammenlikning av lang og kort før og etter opplæring.
Refleksjon og oppsummering pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,485 (0,23)	n.s.	0,52 (0,35)
sig.		sig.
T2: 0,94 (0,43)	n.s.	0,86 (0,46)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 8 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv og med hverandre før (T1) og etter (T2) opplæring. Det er ingen signifikante forskjeller i frekvens av refleksjoner og oppsummeringer mellom lang og kort før opplæring. Det er også tilfelle etter opplæring. Når vi sammenligner gruppene med seg selv ser vi at begge gruppene reflekterer og oppsummerer signifikant oftere etter opplæring sammenlignet med før.

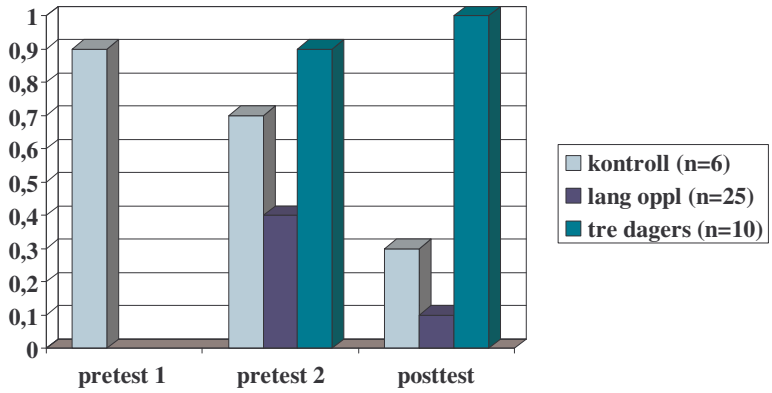
Tabell 5 Råd pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	p
Tredager (n=10)			,09	,10	,10	,15	-,298	Ns
Over tid (n=25)			,04	,05	,01	,02	3,107	,005
Kontroll (n=6)	,09	,06	,07	,06	,03	,05	2,818	,037

På samme måte som ved informasjon gjøres det oppmerksom på at når rådgiver skal gi råd, bør dette planlegges godt i forkant. I tillegg til å spørre pasienten om denne er interessert i et råd, bør rådgiver også invitere til pasientens vurdering av rådet i etterkant. Våre forventninger var at frekvensen av råd ville synke etter at opplæringen var gjennomført.

Tabell 5 viser at endringene før og etter opplæring går i forventet retning for over-tid-gruppen og kontrollgruppen. I tredagers-gruppen går endringen i motsatt retning; de gir flere råd etter at opplæringen er over sammenlignet med før. For de to andre gruppene er endringene statistisk signifikante. Under presenteres en grafisk fremstilling av tabell 5.

Figur 9
Råd pr. minutt før og etter opplæring



Tabell 10
Sammenlikning av lang og kort før og etter opplæring.
Råd pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,05 (0,05)	n.s.	0,09 (0,10)
sig.		n.s.
T2: 0,01 (0,03)	sig.	0,10 (0,15)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 10 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv og med hverandre før (T1) og etter (T2) opplæring. Det er ingen signifikante forskjeller i frekvens av råd mellom gruppene før opplæring. Det er det imidlertid etter opplæring. Da gir deltakerne i lang signifikant færre råd enn deltakerne i kort. Når vi sammenlignet gruppene med seg selv var det ingen forskjell i frekvens av råd før og etter opplæring for kort, mens det for lang var en statistisk signifikant forskjell.

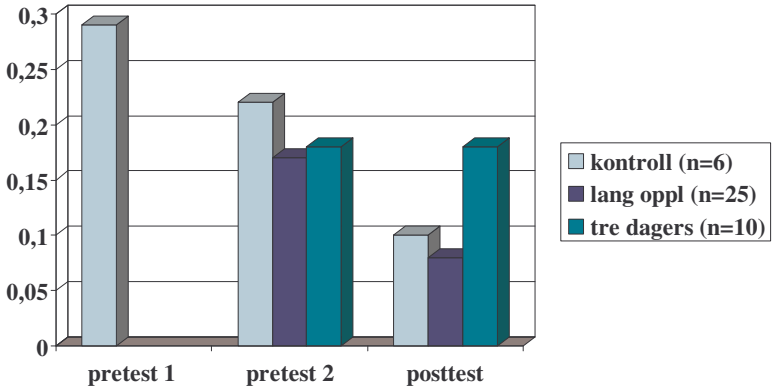
Tabell 6 Konfrontasjon pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	T	p
Tredager (n=10)			,18	,16	,18	,24	-,103	ns
Over tid (n=25)			,17	,13	,08	,10	2,979	,007
Kontroll (n=6)	,29	,16	,22	,17	,10	,08	1,641	ns

Konfrontasjoner handler ofte om at rådgiver argumenterer med en kraft sterk nok til at pasienten skal bli overbevist om at forandring er nødvendig. Rådgivers mål er nok at pasienten skal bli oppmerksom og bekymret over de konsekvensene atferden bidrar til. Dette skaper lett motstand hos pasienten og relasjonen og endringsarbeidet kan lide. I opplæringen ble det lagt vekt på å forsøke å ikke aktivere for mye motstand hos pasientene. En etterstreber heller en samtale preget av samarbeid og respekt, noe som vil være til støtte for pasienten når han får større innsikt i egne problemer. I opplæringen ble disse betraktningene formidlet og diskutert, og våre forhåpninger var at deltakerne skulle konfrontere sine ”pasienter” i mindre grad etter at opplæringen var unnagjort.

Tabell 6 viser at for over-tid-gruppen og kontrollgruppen går endringene i forventet retning. Deltakerne i begge disse gruppene er mindre konfrontative etter opplæring sammenlignet med før. Tredagers-gruppen konfronterer med samme frekvens før og etter opplæring. Over-tid-gruppen konfronterer med en statistisk signifikant mindre frekvens etter opplæring sammenlignet med før. I figuren under illustreres disse ulikhetene grafisk.

Figur 11
Konfrontasjon pr. minutt før og etter opplæring



Tabell 12
Sammenlikning av lang og kort før og etter opplæring.
Konfrontasjoner pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,18 (0,14)	n.s.	0,18 (0,16)
sig.		n.s.
T2: 0,08 (0,10)	n.s.	0,18 (0,24)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 12 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv og hverandre før (T1) og etter (T2) opplæring. Som vi ser er der ingen forskjeller mellom gruppene verken før eller etter opplæring. Sammenligner vi gruppene med seg selv før og etter opplæring ser vi at lang konfronterer signifikant mindre etter opplæring, mens kort konfronterer med samme frekvens før og etter.

Tabell 7 Åpne spørsmål, refleksjon og oppsummering pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	P
Tredager (n=10)			,80	,45	1,14	,49	-6,000	<,001
Over tid (n=25)			,72	,33	1,32	,59	-5,547	<,001
Kontroll (n=6)	1,00	,74	,72	,21	1,27	,49	-1,991	Ns

På bakgrunn av det som er skrevet over angående åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer, gikk våre forventninger i retning av at deltakerne skulle benytte seg av disse sentrale kommunikasjonsferdighetene i større grad etter at opplæringen var gjennomført sammenlignet med før.

I tabell 7 kan vi se at endringene før og etter opplæring går i forventet retning. Alle gruppene stiller flere åpne spørsmål, reflekterer hyppigere og oppsummerer oftere etter opplæring sammenlignet med før. For tredagers-gruppen og over-tid-gruppen er disse forskjellene statistisk signifikante. En slik statistisk styrke oppnår ikke kontrollgruppen. I figur 7 illustreres endringene i de ulike gruppene grafisk.

Tabell 14
Sammenlikning av lang og kort før og etter opplæring.
Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)				Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,72 (0,30)	———	n.s.	———	0,80 (0,45)
sig.				sig.
T2: 1,31 (0,56)	———	n.s.	———	1,14 (0,49)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

I tabell 14 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv og hverandre før (T1) og etter (T2) opplæring. Det er ingen signifikante forskjeller mellom gruppene før eller etter opplæring. Det er imidlertid signifikante forskjeller når en sammenligner gruppene med seg selv før og etter opplæring. Da har frekvensen med åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer steget signifikant for begge gruppene.

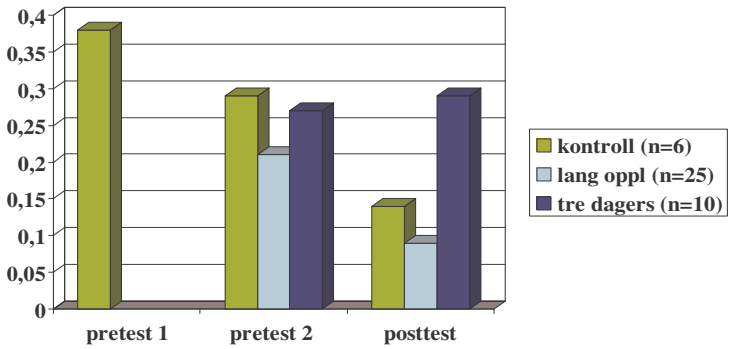
Tabell 8 Råd og konfrontasjon pr. minutt før og etter opplæring

Gruppe	Pre 1		Pre 2		Post		Forskjell pre 2-post	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	t	p
Tredager (n=10)			,27	,26	,29	,38	-,214	ns
Over tid (n=25)			,21	,14	,09	,11	3,558	,002
Kontroll (n=6)	,38	,20	,29	,22	,14	,13	1,835	ns

Likeledes med utgangspunkt i det som er skrevet om råd og konfrontasjoner over, var det en forventning om at deltakerne skulle gi råd og konfrontere med mindre frekvens etter at de hadde gjennomgått opplæringen sammenlignet med før de tok til.

Tabell 8 viser at endringene går i forventet retning for over-tid-gruppen og kontrollgruppen. Begge disse gruppene har en redusert frekvens av råd og konfrontasjoner etter opplæring sammenlignet med før. For tredagers-gruppen er bildet et annet. Her øker frekvensene noe, og dette betyr at denne gruppen gir noe flere råd og konfronterer litt mer etter opplæring sammenlignet med før. Like under er endringene i tabell 8 også illustrert grafisk i figur 15.

Figur 15
Råd og konfrontasjon pr. minutt før og etter opplæring



I tabell 16 sammenlignes lang (Over-tid-gruppen + Kontrollgruppen) og kort (Tredagers-gruppen) med seg selv og hverandre før (T1) og etter (T2) opplæring. Det er ingen forskjeller mellom gruppene før opplæring i frekvens av råd og konfrontasjoner. Det er det imidlertid etter opplæring. Da er frekvensen av råd og konfrontasjoner i lang signifikant lavere enn i kort. Når en sammenlignet gruppene med hverandre fant vi signifikante forskjeller i kort før og etter opplæring og ikke i kort.

Tabell 16
Sammenlikning av lang og kort før og etter opplæring.
Råd og konfrontasjoner pr. minutt.

Lang N= 31 Mean (SD)		Kort N=10 Mean (SD)
T1: 0,23 (0,160)	n.s.	0,27 (0,26)
sig.		n.s.
T2: 0,10 (0,12)	sig.	0,29 (0,38)

Lang T1 – T2 paired samples t-test
Lang T1 – Kort T1 independent samples t-test
Kort T1 – T2 paired samples t-test
Lang T2 – Kort T2 independent samples t-test

Kapittel 6

Diskusjon

Tjue timers opplæring i Endringsfokusert rådgivning ser ut til å føre til endringer i kursdeltakernes kommunikasjonsatferd. I den sammenslåtte variabelen: åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer (tab. 14), ser vi at alle gruppene endrer seg i positiv retning når vi sammenligner deltakernes bruk av de sentrale kommunikasjonsferdighetene i Endringsfokusert rådgivning før og etter opplæring. Forskjellene er statistisk signifikante. Variabelen råd og konfrontasjoner (tab. 16) viser at de som deltok i opplæring over tid gir færre råd og konfronterer i mindre grad etter opplæring sammenlignet med før. Endringene er statistisk signifikante. De som deltok i den lange opplæringen gir råd og konfronterer i mindre grad enn de som deltok i den korte opplæringen. Forskjellene er statistisk signifikante. For de som deltok i den korte opplæringen økte frekvensen av råd og konfrontasjoner noe etter opplæring sammenlignet med før.

Alle som fikk lang opplæring (over-tid-gruppen og kontrollgruppen) viser statistisk signifikante endringer i bruk av lukkete spørsmål, åpne spørsmål, refleksjoner/oppsummeringer, råd og konfrontasjoner. Deltakerne i tredagers-gruppen viser statistisk signifikante endringer i lukkete spørsmål og refleksjoner/oppsummeringer, i tillegg til den sammenslåtte variabelen nevnt tidligere.

Metodeutfordringer og mulige løsninger

Den metodiske endringen i denne studien sammenlignet med studien til Prescott et. al. (2003), er bruk av en kontrollgruppe. I studien til Prescott et. al gjøres det oppmerksom på at det er en

metodisk svakhet ved studien at de manglet en kontrollgruppe. Dette kan svekke undersøkelsens indre validitet da det vil være vanskelig å fastslå om endringene fra før til etter opplæringen skyldes selve opplæringen, eller tiden som har gått. En trussel som nevnes i denne forbindelse er ”retest-effekten”. Når en i den foreliggende studien har valgt et design med kontrollgruppe, er det nettopp for å utelukke eller svekke rivaliserende hypoteser eller alternative forklaringer på resultatene. Selv om kontrollgruppen har en beskjeden n, er det en styrke at de to pretest-målingene av denne gruppen er så vidt stabile. Dette styrker argumentet om at det er opplæringen som har ført til endringene i kommunikasjonsferdigheter vi observerer i posttesten.

Dette er ofte en viktig feilkilde i pedagogisk og psykologisk forskning og betyr at målingen ved en anledning har konsekvenser for resultatet ved en senere måling. Faren er at man kan få en for høy eller for lav skåre. Denne kunstige forandringen skyldes at deltakerne har lært noe spesifikt ved første gangs måling. I Prescott et. al. sin undersøkelse nevnes at det å bli tatt opp på video to ganger kan ha bidratt til endringene mellom pre og post-målingene. Det å kjenne på et subjektivt ubehag, føle en indre anspenthet og selvmonitorering, kan ha bidratt til en mer defensiv kommunikasjonsstil med flere lukkete spørsmål og konfrontasjoner, og mindre bruk av kommunikasjonsferdighetene. De nevner også at bruken av samme kasusbeskrivelse pre og post kan ha påvirket de endringene som observeres i kommunikasjonen mellom rådgiver og pasient, i den forstand at rådgiver kjente bedre til pasientens situasjon ved post-målingene sammenliknet med pre-målingene.

Funnenes implikasjoner for treningen

Etterspørselen av profesjonell undervisning i Endringsfokusert rådgivning er stor, og undervisning og opplæring i denne metoden introduseres på stadig flere arenaer. Imidlertid

vet vi lite om optimale måter å hjelpe klinikere å tilegne seg og opprettholde ferdigheter i bruk av denne metoden. Hva det er konkret som gjør at en behandler har bedre resultater enn en annen, er ikke fullt ut forstått og redegjort for. Det ser imidlertid ut til at nøyaktig empati, som beskrevet av Carl Rogers og hans studenter, er en målbar variabel hos rådgivere som oppnår de beste resultatene (Miller & Baca, 1983; Miller, Taylor & West, 1980; Valle, 1981). Empati er et sentralt prinsipp i Endringsfokusert rådgivning. Den representerer et uttrykk for rådgivers evne til å forstå pasientens opplevelser og erfaringer, og å formidle dette tilbake til pasienten på en støttende måte. I denne metoden er det først og fremst gjennom bruk av refleksjoner og oppsummeringer rådgiver uttrykker denne forståelsen. Ved hjelp av disse kommunikasjonsferdighetene velger rådgiver ut og fokuserer på utvalgte deler av det pasienten har fortalt. Dette representerer den nøyaktige eller fokuserte empatien som bidrar til at rådgiver kan styre og gi retning til samtalen, samtidig som han fremstår som empatisk. Rådgiver formidler sin forståelse tilbake til pasienten for å få denne bekreftet, samtid som pasienten har mulighet til korrigering og nyansering.

I denne studien viser begge gruppene, lang og kort opplæring, en statistisk signifikant økning i frekvensen av refleksjoner/oppsummeringer etter opplæring. Dette kan bety at deres evne til nøyaktig empati er forbedret etter deltakelse i denne opplæringen. I en studie viser Miller, Souvereign & Tonigan (upublisert) at dersom rådgiver konfronterer, så vil pasienten argumentere mot, avbryte eller spore av. Dette korrelerer høyt, henholdsvis 88, .87 og .81. I denne studien er det kun de som mottok lang opplæring, over-tid-gruppen og kontrollgruppen, som konfronterer statistisk signifikant mindre etter opplæring, sammenlignet med før. Det at rådgiver konfronterer mindre kan bidra til å bedre samarbeidet mellom rådgiver og pasient når en skal utveksle informasjon, forhandle om mål og utforske mulige fremgangsmåter for å gjøre endringer (Prescott & Børtveit, 2004). Miller, Benefield og Tonigan (1993) viser i sin

studie at jo flere motstandsytringer som kommer fra pasienten i løpet av en rådgivningssamtale, jo høyere alkoholinntak hadde pasienten 12 måneder senere. Dette er en viktig observasjon, samtidig som det også må nevnes at det er mange forhold som bidrar til et økt alkoholkonsum hos disse pasientene utover effekten av egne motstandsytringer.

Gruppen som fikk opplæring over tid viser kongruente resultater: Økning på empatisk kommunikasjon, reduksjon i konfrontativ og motstandsskapende atferd. Tre dagers gruppen viser noe mer sprikende resultater: Økning i empatisk kommunikasjon, økning/uforandret i konfrontasjon. Dette samsvarer med resultater fra studien til Miller & Mount 2001. I denne studien om opplæringseffekt, Miller & Mount, 2001, deltok 22 kriminalomsorgsarbeidere på en introduksjonsworkshop i Motivational Interviewing. Deltakerne ble tatt opp på video i en simulert klientsamtale før og etter opplæring, og opptakene ble skåret ved hjelp av MISC. MISC – Motivational Interviewing Skill Code (Miller & Mount, 2001, norsk oversettelse Prescott & Opheim, 2001). MISC er utviklet for å dokumentere effekt av opplæring og kvalitetssikre levering av behandlingstjenester, og har i alt 23 alternativer for koding av rådgiveratferd fordelt på 15 hovedkategorier. Den inneholder også kategorier for klientatferd. MISC tillater at flere typer atferd kan skåres i en og samme ytringsstrøm, men hver kategori kan ikke anvendes mer enn en gang for hver ytring. Resultatene fra denne undersøkelsen viste en økning i MI konsistent kommunikasjon etter opplæringen, men uendret frekvens av MI inkonsistent kommunikasjon. De hadde altså lært seg noe nytt uten å legge bort det gamle. Skåring av klientatferd viste ikke positiv effekt, målt i frekvens av endringsfokuserte ytringer. Resultatene fra denne studien er ikke så ulike de resultatene vi har i vår egen undersøkelse når det gjelder de deltakerne som deltok i tredager-gruppen. Disse deltakerne viste en statistisk signifikant økning i

refleksjoner/oppsummeringer, samtidig som det ikke var noen reduksjon i å gi råd eller konfrontere. De lærte noe nytt og beholdt det gamle. Når en slår sammen over-tid-gruppen og kontrollgruppen, altså alle som deltok i lang opplæring, oppnår disse statistisk signifikante forskjeller før og etter opplæring når det gjelder åpne spørsmål, refleksjoner/oppsummeringer, og i tillegg råd og konfrontasjoner.

Undervisning annen hver uke gir større anledning til øving og repetisjon, ikke minst i arbeidshverdagen, enn i den intensive tre dagers opplæringen. Utporsjonering i mindre undervisningsblokker gjorde at deltakerne kunne fokusere på en ferdighet om gangen, noe som ikke belaster innlæringskapasiteten i samme grad som en tre dagers opplæring gjør. Det er også mulig at en noe gunstigere elev-lærer-ratio i gruppene som deltok i opplæring over tid, ga større anledning til individuell veiledning. Det bør også nevnes at det lave antallet personer (n=10) i tredagers-gruppen gjør det vanskelig å oppnå statistisk signifikans og faren for å trekke falske negative slutninger er til stede.

Psykologen og språkforskeren Paul Amrhein har sammen med kolleger (Amrhein et. al. 2003) utført en undersøkelse av ”change talk” og da særlig ”commitment language”. Det vil si hvordan mennesker omtaler og uttrykker sine tanker når de skal gjøre noe, ta en beslutning, som for eksempel redusere sin alkoholbruk. I sin studie konkluderer Amrhein med at det finns fem ulike former for motivasjonssnakk og forpliktelsessnakk, benevnes med akronymet DARN-C:

- Desire
- Ability
- Reasons
- Need

- Commitment

Denne undersøkelsen bygger på en behandlingsstudie av narkotikamisbrukere som hadde deltatt i en Motivational Interviewing-samtale. Etter samtalen ble pasientene delt inn i grupper alt etter hva de hadde sagt og uttalt i løpet av behandlingssamtalen. I oppfølgingssamtaler med disse pasientene, opptil et år etter samtalen, fant man at de pasientene som i slutten av samtalen hadde kommet med ”commitment language” kunne vise til bedre endringsresultater sammenlignet med dem som ikke hadde kommet med slike uttalelser. Slik at det å gi uttrykk for og å snakke om å forplikte seg i forhold til noe, synes å påvirke sannsynligheten for at endring vil skje. Amrhein et. al. konkluderer med at de første fire typene av motivasjonssnakk, DARN, legger et grunnlag for endring, men at det er styrken og graden av forpliktelse som pasienten verbaliserer og gir uttrykk for som er den sterkeste endringsagenten. Så ikke overraskende anbefaler studien at i endrings- og motivasjonsarbeid er det viktig at rådgiver er i stand til å hente frem slike pasientytringer, legge merke til når de kommer og forsterke betydningen av dem. I Endringsfokusert rådgivning utføres dette ved hjelp av kommunikasjonsferdighetene. I vår opplæring ble det lagt vekt på at deltakerne skulle være selektive i forhold til hva en reflekterer og oppsummerer av det pasienten sier. En hjelpende rettesnor i dette er å lytte etter utsagn og ytringer som behandler oppfatter som ”change talk” og så bruke dette videre i motivasjonsarbeidet sammen med pasienten. Amrhein et. al. sin forskning bekrefter endringspotensialet ved et slikt fokus. I vårt opplæringstilbud hadde de som deltok i opplæring over tid større anledning til å trene på dette.

I en fersk undersøkelse ønsket Rubak et. al.(2006) å evaluere allmennpraktiserende legers oppfatning av og forestillinger om Motivational Interviewing uttrykt gjennom metodebruk, ”trofasthet mot metoden” og ulike aspekter av bruken i allmennpraksis etter et kurs. Altså

hvordan et en og en halvdagskurs i Motivational Interviewing , inkludert oppfølgingsmøter, påvirket legenes profesjonelle atferd, og om deltakerne etter denne opplæringen mente at metoden kunne brukes i deres hverdag som allmennpraktikere. Designet bestod av tre grupper med leger, der to av gruppene ble randomisert til enten en gruppe som fikk opplæring i MI (n=21), eller til en kontrollgruppe (n=27), som ikke fikk opplæring. Disse to gruppene med leger var allerede med i et forskningsprosjekt og ble rekruttert derfra, mens den tredje gruppen (n=20), hadde fått tilsvarende opplæring to år tidligere. Alle legene svarte på spørreskjemaene og de legene som hadde deltatt i opplæring i MI var statistisk signifikant mer ”tro mot metoden” enn kontrollgruppen. Mer enn 95 % av legene som hadde fått opplæring bekreftet at de hadde brukt metoden i sin allmennpraksis.

Forskerne konkluderte med at et kurs i MI ser ut til å påvirke allmennlegers profesjonelle praksis. På bakgrunn av selvrapportskjema viser denne studien at et slikt kurs i MI er med på å endre allmennlegenes praksis i bruk av metoden sammenlignet med kontrollgruppen. Legene evaluerte metoden til å være mer effektiv enn ”vanlig rådgivning” og at den ikke tok lengre tid enn ”tradisjonell rådgivning”. I diskusjonen gjør forskerne oppmerksom på at de har brukt spørreskjema i sin evaluering av opplæringseffekten og at de ikke vet noe om sensitiviteten til denne måten å måle på, når det kommer til disse legenes faktiske utøvelse og ”trofasthet” til metoden. For å kunne øke denne sensitiviteten nevner forskerne videoopptak som en ekstern vurdering av legenes utøvelse av Motivational Interviewing. Schwartz (1999) påpeker at slike selvrapporteringer om opplæringsutbytte ikke nødvendigvis reflekterer den aktuelle endringen i profesjonell atferd, på samme måte som pasienters beskrivelse av egen atferd kan avvike fra mer objektive mål og vurderinger.

I vår egen undersøkelse har vi foretatt videoopptak av deltakerne før og etter opplæring for å eliminere den usikre sensitiviteten selvrapportering representerer når deltakerne skal vurdere sin egen atferd etter en opplæringssituasjon. Også i vår undersøkelse ser vi statistisk signifikante endringer i profesjonell atferd etter opplæring, og flest i de gruppene som fikk opplæring over tid. Om en dokumentert opplæringseffekt i Endringsfokusert rådgivning resulterer i bedre prognoser for våre pasienter vet vi enda ikke noe om. Rubak et. al. påpeker på bakgrunn av sine funn at opplæring i Motivational Interviewing ser ut til å ha effekt, og videre forskning bør se nærmere på hvilke opplæringsmetoder som er mest effektive.

I vår studie mener vi å ha kommet noe videre på dette området, idet vi kan vise til at opplæring over tid ser ut til å føre til større atferdsendringer hos rådgiver i en simulert pasientsamtale, enn tilfellet er for deltakerne i det intensive tre-dagers kurset. Alle deltakerne fikk 20 timer opplæring. I undersøkelsen som presenteres under viser Miller et. al. at dersom de kliniske ferdighetene deltakerne tilegner seg gjennom et 2 dagers opplæringskurs i Motivational Interviewing skal kunne opprettholdes, ser det ut til at opplæringen bør inneholde opplæringsbetingelser som går ut over den tradisjonelle måten å holde disse kursene på, som er en par tre dagers workshop. Kanskje kan det være nyttig å tenke ”tilbakefallsprevensjon” inn i slik undervisning og anerkjenne at det å tilegne seg og opprettholde slike avanserte kliniske ferdigheter, krever mer enn en avgrenset workshop. Dette bør kursholdere ta med i planleggingen når de skal bistå rådgivere i å lære seg denne metoden.

I denne undersøkelsen, EMMEE, Evaluating Methods for Motivational Enchancement Education (Miller et al 2004), sammenlignes effekten av ulike opplæringsmetoder i Motivational Interviewing. Deltakerne var klinikere som arbeidet med pasienter med

misbruksproblemer. Det var til sammen 140 deltakere som ble randomisert til fem ulike opplæringsbetingelser.

MI – 2 dagers workshop

MI – 2 dagers workshop og tilbakemelding på praksis

MI – 2 dagers workshop og individuell veiledning

MI- 2 dagers workshop, tilbakemelding på praksis og individuell veiledning

Venteliste – kontrollgruppe – selvtrening (video og litteratur)

Deltakerne deltok i simulerte pasientsamtaler, der pasienten ble spilt av en skuespiller. Samtalene før og etter opplæringen ble tatt opp på lydbånd, og nye samtaleopptak ble gjort fire, åtte og tolv måneder etter at opplæringen var over. Opptakene ble kodet ved hjelp av MISC. Resultatene viste at sammenlignet med kontrollgruppen ble alle deltakerne i en 2 dagers workshop dyktigere i sin utøvelse av MI. De gruppene som også hadde fått veiledning og/eller tilbakemelding på praksis i tillegg til workshopen, viste seg å være dyktigere også i oppfølgingsmålene fire, åtte og tolv måneder etter opplæring. De som bare deltok på en to dagers workshop viste betydelige endringer i ferdighetsnivå like etter opplæring, men fire måneder senere presterte de omtrent på samme nivå som kontrollgruppen som ikke hadde fått opplæring. Det er mulig at disse resultatene kan bidra til å forklare hvorfor de som deltok i opplæring over tid i vårt prosjekt ser ut til å ha lært mer enn de som deltok i den korte varianten. En kan tenke seg at det å delta i opplæring annenhver uke kan ha noe av den samme effekten som en oppfølging som nevnt over kan ha. En slik opplæringsbetingelse holder fokus på metoden over tid. Deltakerne vet at om en viss tid skal de på ny delta i en opplæringssituasjon der erfaringer med metoden i praksis vil bli etterspurt. De vil så få tilbakemeldinger på praksis, og siden disse gruppene var relativt små, var det mulig med korte individuelle tilbakemeldinger på konkrete situasjoner fra deltakernes profesjonelle hverdag.

Ut fra resultatene til Miller et. al. er det mulig å tenke seg de som deltok i den lange opplæringen ville beholdt "forspranget" i forhold til de som deltok i den korte opplæringen også ved oppfølgingsmålinger.

Konklusjon

Å tilegne seg kommunikasjonsferdighetene i Endringsfokusert rådgivning krever praktisk øvelse, både i rollespillsituasjoner i løpet av opplæringen og i den profesjonelle hverdagen med pasienter etter at opplæringen er over. I dette ligger også et krav om lytteferdigheter. En må kunne lytte nøye og konsentrert til det pasienten sier for å kunne bruke kommunikasjonsferdighetene på best mulig måte. I tillegg bør en vite når og hvordan denne metoden foreslår at en skal gi råd og informere, være observant på bruk av lukkete spørsmål og forsøke å unngå konfrontasjoner. Dette stiller store krav til deltakerne i en opplæringssituasjon. Mange ferdigheter skal tilegnes på kort tid og i tillegg skal helst prinsippene metoden bygger på omfavne det hele.

Det kan se ut som tredagers-gruppen i større grad enn over-tid-gruppen lærte noe nytt samtidig som de beholdt sitt gamle kommunikasjonsmønster. De konfronterte og gav råd noe mer etter opplæring sammenlignet med før, samtidig som de stilte flere åpne spørsmål, og reflekterte og oppsummerte mer. Over-tid-gruppen viser en større kongruens med metoden etter opplæring sammenlignet med før. De stiller færre lukkete spørsmål, gir færre råd og konfronterer mindre, samtidig som vi ser en økning i bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Resultatene fra denne studien konkluderer med at deltakerne i opplæring over tid synes i større grad å være i stand til å bruke metoden Endringsfokusert rådgivning i en rollespilt pasientsamtale etter opplæring enn deltakerne i den korte opplæringsvarianten.

Litteraturliste

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C: E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client Commitment Language During Motivational Interviewing Predicts Drug Use Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Knupsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of Client Commitment Language Improves With Therapist Training in Motivational Interviewing. *Alcoholism – Clinical and Experimental Research,* 28(5), 74A.

Bandura, A. (1997). *Self – efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman & Company.

Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. Teaching alcohol and drug counseling skills: Description and evaluation of a training program. Presented paper, upublisert. 10th International Congress on Alcoho, 1996. Liverpool, England.

Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 6, 1-62. New York: Academic Press.

Berg, I. K., & Miller, S. D. (1998). *Rusbehandling – en løsningsfokusert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Berglund, M., Andreasson, S., Franck, J., Fridell, M., Håkanson, I. Johansson,B.-A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, U., Thelander, S., & Öjehagen, A. (2001). *Behandling av alcohol- och narkotikaproblem*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows. A guide for social scientists*. New York: Routledge.

Bu, E. T. H., & Bakka, Å. (2000). En vei ut av rusmisbruket? *Embla,* 5, (3), 40-46.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of Motivational interviewing and its adaptations. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed., 217-250. New York: Guilford Press.

Børtveit, T., & Opheim, A. "Did they learn it?" A design for assessing the efficacy of motivational interviewing skills training. Presented paper. 11th International Congress on Alcohol, upublisert 1998. Liverpool, England.

Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendinger, J., Linnan, L., & Ockene, J. (1994). Stages of change in adapting healthy diets: Fat, fiber and correlates of nutrient intake. *Health Education Quarterly,* 21(4), 499-519.

Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.

Handmaker, N. S., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1999). Videotaped training in alcohol counselling for obstetric care practitioners: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology,* 93, 213-218.

Hellevik, O. (1993). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Korchin, S. J. (1976). Principles of Interventions in the Clinic and Community. *Modern Clinical Psychology,* 53-59. New York: Harper & Row.

Lund, T. (1997). *Kausal metodologi: En kortfattet og enkel introduksjon*. Pedagogisk forskningsinstitutt, (rap. nr.7), Universitetet i Oslo.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985).

Mermelstein, R. J., Karanatz, T., & Reichmann, S. (1992). Smoking. I: Wilseon, P.H. (red.). *Principles and practice of relapse prevention*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapistdirected controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.

Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing Motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61(3), 455-461.

Miller, W. R., & Mount, K. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457-471.

Miller. W. R., Yahne, C. E., Moyers,T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). Evaluating Methods for Motivational Enhancement Education, (EMMEE). *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.

Nerdrum, P. (2000). Training of empathic communication for helping professionals. Dissertation for the Degree of Dr. Psychol. *HiO-report 2000 nr. 17. Institute of Psychology*, University of Oslo.

Orford, J. (1985). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Prescott, P., & Børtveit, T. (1995). Endringsfokusert rådgivning. Kursmanual og demonstrasjonsvideo. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, Sosialdepartementet.

Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal.

Prescott, P. & Opheim, A. (2001). Motivational interviewing skill code, MISC. Norsk oversettelse. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Prescott, P., Opheim, A., & Børtveit, T. (2002). Effekten av kurs og opplæring i rådgivningsferdigheter. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 39, 426-431.

Prescott, P., Børtveit, T., Opheim, A., Barth, T., & Magerøy, K. E. (2003). Effekten av opplæring i Endringsfokusert rådgivning. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 7, 598-604.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change : Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Rollnick, S., Butler, C., & Mason, P. (2000). *Health behaviour change. A guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone.

Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. Context-bound communication skills training: Development of the SPICE training method, 2001. Manuscript submitted for publication.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: Gps` professional behaviour. *British Journal of General Practice*, 56, 429-436.

Rubell, E. C., Sobel, L. C., & Miller, W. R. (2000). Effectiveness of a workshop on Motivational Interviewing with alcohol abusers. *Behavior Therapist*, 23, 73-77.

Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.