

Utfordringer knyttet til motivasjon for endring i sammenheng med tvangsbehandling

**Diakonhjemmet Høgskole / Avd. for rus- og avhengighetsbehandling,
SSHF
Oppgave i Psykisk helsearbeid vår 2010**

Ann Christin Haugen

Forskningsserie fra A-klinikken

Kristiansand S.

2013

Nr. 27

Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Postboks 416
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:
Ann Christin Haugen
ann.christin.haugen@sshf.no*

Tlf. 38148000

Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

Optrykk ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand, 2013

ISBN 978-82-91191-25-6

Sammendrag

Problemstilling for oppgaven er; ”*Utfordringer knyttet til motivasjon for endring i sammenheng med tvangsbehandling.*”

Jeg har hovedsakelig benyttet en kvalitativ metode, men henviser også til undersøkelse av kvantitativ karakter. Jeg har lest og anvendt litteratur som omhandler min problemstilling. Av empiri bruker jeg undersøkelse og erfaringer fra egen arbeidsplass.

Hovedpunkter i teorien er en presentasjon av norske og utenlandske erfaringer/studier, og motivasjonsutfordringer med utgangspunkt i Motiverende intervju.

Pasientene innlagt på tvang har en lavere endringsmotivasjon ved innkomst enn de frivillig innlagte. Men uavhengig av om pasientene er innlagt på tvang eller frivillig, så ser det ut til at om vi klarer å skape en god relasjon til pasientene, og har fokus på brukemedvirkning under innleggelsen, så har vi lagt et godt utgangspunkt for det videre arbeidet med motivasjon for endring.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstillingen	5
1.3 Begrepsavklaring og perspektiv	5
1.4 Avgrensing av oppgaven.....	7
1.5 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Metode	9
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Empiri	10
3.0 Teori.....	11
3.1 Presentasjon av andres erfaringer og studier	11
3.1.1 Norske erfaringer og studier;	11
3.1.2 Internasjonale erfaringer og studier;	11
3.2 Motivasjonsutfordringer i endringsprosessen	12
4.0 Drøfting.....	15
4.1 Diskusjon av tidligere studier og empiriske funn	15
4.2 Endringsprosessen i praksis – hvilke utfordringer møter vi på, og hvordan kan vi møte disse utfordringene?	16
4.2.1 Hvordan oppleves endringsprosessen i praksis?.....	16
4.2.2 Hva er erfaringer fra praksis i forhold til motivasjonsutfordringene?	16
4.2.3 Hvordan kan vi møte motivasjonsutfordringene?	18
4.2.4 Hvordan ivaretas pasientens medvirkning?	20
5.0 Konklusjon	21
6.0 Litteraturliste.....	22
Vedlegg: Readiness to Change Questionnaire	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden 2005 har jeg arbeidet ved en dobbeltdiagnosepost for rus og psykiatri hvor det er ti plasser for rusavhengige pasienter med psykiatrisk tilleggsproblematikk (angst, depresjon, bipolaritet, ADHD og personlighetsforstyrrelser). I tillegg er det fire plasser som er forbeholdt innleggelse etter Sosialtjenesteloven § 6-2.

Ved rus- og psykiatriposten pågår det nå en tvangsstudie hvor hovedmålet med prosjektet er å se nærmere på om tvangsbehandling kan forsvares. Et av prosjektets delmål er å undersøke graden av motivasjon til endring, og da sammenlikne de frivillig innlagte med de tvangsinnlagte. Dette studiet fikk meg interessert i å skrive om motivasjon til endring og bruk av tvang i rusbehandling, noe som også er av interesse for arbeidsgiver.

Jeg har under videreutdanningen i psykisk helsearbeid fått en økt interesse for endringsfokuset rådgivning, og ønsker å bli mer bevisst på hvor pasientene befinner seg i endringsprosessen. Hvilke utfordringer møter vi? Hvordan kan vi som psykisk helse arbeidere møte disse utfordringene? Dette er hva jeg ønsket å fordype meg i.

1.2 Problemstillingen

Ut fra temaet mitt, motivasjon til endring og bruk av tvang i rusbehandling, så har jeg valgt følgende problemstilling;

”Utfordringer knyttet til motivasjon for endring i sammenheng med tvangsbehandling.”

1.3 Begrepsavklaring og perspektiv

Jeg vil starte med å definere sentrale begrep i oppgaven.

Motivasjon er et av de sentrale begrepene i oppgaven, og jeg har valgt å ta utgangspunkt i en definisjon fra boken endringsfokuset rådgivning;

Motivasjon er årsak til menneskelige handlinger; det er faktorer som setter i gang, gir retning og intensitet til og opprettholder atferd. F.eks. kan kunnskap om faren for helseskader ved rusmisbruk være en motivasjonsfaktor for å avslutte misbruket (Barth m.fl., 2001:50).

Motivasjon er ikke en medfødt egenskap, det er ikke noe man har eller ikke har. Den er påvirkelig; det vil si at den kan både skapes og endres.

I problemstillingen er også **tvangsbegrepet** sentralt. Mitt utgangspunkt er tvang etter Sosialtjenesteloven § 6-2 (1);

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk kan de tilbakeholdes i institusjon uten eget samtykke, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, det vil si tilbakeholdelse i institusjon opptil 3 måneder.

Jeg vil understreke at pasientene ikke er innlagt til behandling, men til motivering og tilrettelegging for behandling. Pasientene som er innlagt på tvang får et tilbud om utredning av psykisk helse, men de kan ikke tvinges til det.

Rusmiddelavhengighet; Alle rusmidler kan gi både kroppslig og psykisk avhengighet. Den psykiske avhengigheten er vanskeligst å komme over fordi den har med livsstil og vaner å gjøre. Felles for alle rusmidler er at de påvirker de såkalte motivasjonsbanene i hjernen. Dette er noen veldig sentrale baner som skal sikre at vi tilstrekkelig ofte foretar handlinger som kjennes belønnende og meningsfulle å utføre. Alle rusmidler forstyrrer disse motivasjonsbanene og lærer i stedet hjernen opp til å tro at rusmidlene er viktige og nødvendige slik at det blir belønnende å bruke dem, i følge Helge Waal, professor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning. Et av kjernepunktene i rusmiddelproblematikken blir at den rusavhengige opptrer som om tilførsel av rusmiddel er det viktigste av alt. Rusmisbrukere beskriver ofte dette suget etter rus som en mental besettelse som de ikke er i stand til å styre.

På min arbeidsplass forstår vi rusavhengighet som en sykdom. Dette har både positive og negative konsekvenser slik jeg ser det. Det positive med sykdomsbegrepet kan være at det hjelper rusmisbrukeren til å forsones seg med sin fortid. Det kan føre med seg økt respekt, mer omsorg, sosiale ytelser og rett til behandling. Det negative med sykdomsbegrepet kan være at det kan fungere som en sovepute som legitimerer fortsatt misbruk. Det kan også føre til at omgivelsene ikke stiller krav som påvirker rusmisbrukerens beslutning om å slutte å ruse seg. Men selv om vi har dette synet på rusmiddelavhengighet, så vil det ikke si at pasientene ikke har ansvar for eget liv, og at de ikke har mulighet for selv å ta valg. Hovedperspektivet i vårt arbeid med motivasjon til endring er et humanistisk perspektiv. Vi betrakter mennesket som et subjekt med evne til selvrefleksjon, vilje og frihet til selv å bestemme hva de ønsker videre. Vi opplever at alle våre pasienter kan gjøre forandringer når de forsøker å ta ansvar for sitt eget liv. Det er viktig å gi ansvaret tilbake til pasienten. Vi møter pasienten med en forståelse av at de har en sykdom, men prøver samtidig å formidle at selv om situasjonen er vanskelig så har de likevel sjanse og et valg videre.

Et kjernebegrep i psykisk helsearbeid, er **brukermedvirkning**. Brukermedvirkning er sentralt i møte med motivasjonsutfordringene.

”Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud” (Almvik og Borge, 2006:187).

Brukerperspektiver og mestringsperspektivet ble kraftig understreket i Stortingsmelding 25 og i Opptrappingsplanen (98-08). Der står det at vi skal hjelpe den enkelte til selv å mestre eget liv. Det er viktigere å ha fokus på det mennesket det gjelder enn på vedkommendes sykdom. Dette støtter opp om den humanistiske tankegangen.

Brukermedvirkningsprinsippet tar utgangspunkt i en grunnleggende anerkjennelse av at det finnes ressurser i den enkelte, og at disse kan gjenerobres. Pasientene skal tilføres

makt og myndighet, og gis en mer aktiv rolle, mens hjelperne må tørre å gi slipp på sin makt og være forsiktede med å bestemme hjelpens innhold og form. Det legges vekt på at vi må ta utgangspunkt i pasientens ressurser, muligheter og evner (Almvik og Borge, 2006).

Solveig Vatne definerer brukervedvirkning i helsesektoren som samarbeid mellom pasienter og profesjonelle om behandlingen. I det minste innebærer det at pasienten har mulighet til å påvirke behandlingen. Det å vise respekt for og anerkjenne pasientens egen kompetanse, er sentrale forhold ved en terapeutisk relasjon (Vatne, 2006).

Også i boken "Bære eller briste" skrives det om brukervedvirkning. Det beskrives bl.a. hva som ligger i det å være brukerorientert. For å være brukerorienterte fagfolk må man være ressursorienterte og legge vekt på å frigjøre mulighetene i den enkelte. Det innebærer at de må ha en reell innflytelse på det som skjer; en reell brukervedvirkning (Røkenes og Hanssen, 2002).

Relasjonskompetanse er også et sentralt begrep i drøftingen.

"Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og å samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte" (Røkenes og Hanssen, 2002:7).

Til slutt vil jeg beskrive min **rolle som sosionom/psykisk helsearbeider**; Jeg har som sagt arbeidet på rus- og psykiatriposten siden november 2005. De første to årene arbeidet jeg som miljøterapeut, og da tettere sammen med pasientene som er innlagt på tvang. Nå arbeider jeg som sosionom, noe som i denne sammenhengen innebærer at jeg har mest en-en samtaler, men også en del kontakt med pasientgruppen på undervisning og fysisk aktivitet.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Jeg har i denne oppgaven valgt å fordype meg i motivasjon til endring, og tar da utgangspunkt i teori fra Motiverende intervju (MI), også kalt endringsfokustert rådgivning. Jeg vil kun ta for meg de to første fasene i endringsprosessen; føroverveielse og overveiellesfasen, ettersom oppgaven vil vise at det hovedsakelig er disse to fasene tvangspasientene befinner seg i ved innkomst. Det er pasienter innlagt på tvang som også befinner seg i senere faser i endringsprosessen. Siden det er et betydelig flertall i de tidlige fasene, og det er dette som viser en forskjell fra de frivillige pasientene hvor da et klart flertall befinner seg i en handlingsfase, så blir fokuset der. Og vi opplever at de største utfordringene våre i endringsarbeidet er med de som enda ikke har kommet i en handlingsfase. Jeg har derfor videre valgt å se på utfordringer vi møter i disse tidlige fasene i endringsprosessen, og reflekterer rundt hvordan vi kan løse disse i praksis.

Jeg vil i oppgaven fremheve viktigheten av relasjonen mellom pasient og hjelper, og av brukervedvirkning. Relasjonskompetanse og brukervedvirkning er derfor sentrale utfordringer som reflekteres rundt.

1.5 Oppgavens oppbygging

Videre i kapittel 2 vil jeg presentere hvilke metoder jeg har brukt. Det er både litteraturstudie og empiri.

Kapittel 3 er en teoridel. Her vil jeg presentere tidligere forskningsstudier og andres erfaringer, MI som metode og endringsprosessen, og så se på motivasjonsutfordringer.

I kapittel 4 er drøftingen. Jeg begynner med å sammenlikne tidligere studier og erfaringer med egne empiriske funn. Hoveddelen av drøftingen vil dreie seg om erfaringer fra egen arbeidsplass i forhold til tidligere presentert teori. Hvordan vi kan møte motivasjonsutfordringene vil deretter drøftes. Jeg vil her diskutere muligheten for ivaretagelse av brukermedvirkning i dette arbeidet.

Avslutningsvis vil jeg prøve å gi et svar på oppgavens problemstilling.

2.0 Metode

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2007:81). Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Metode og vitenskap henger nøye sammen; en metode bygger på en vitenskapsteoretisk retning. Vi deler metoder i to retninger; kvalitativ metode som har sitt utspring fra hermeneutikken (humanisme), og kvantitativ metode som har sitt utspring fra positivismen (naturvitenskap). Kvantitativ metode tar sikte på å formidle forklaringer ved hjelp av tall, mens kvalitativ metode tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007:82).

Jeg vil hovedsakelig benytte en kvalitativ metode, men også henviser til undersøkelse av kvantitativ karakter.

En kvantitativ undersøkelse krever mye tid og ressurser. Jeg har imidlertid vært så heldig at jeg kunne få dra nytte av informasjon som er innhentet i forbindelse med tvangsstudiet på avdelingen. Dataene fra studiet er aidentifisert og omarbeidet.

Tvangsstudiet har søkt og fått godkjenning av etisk komité og Datatilsynet. Undertegnede har spurt og fått samtykke av forskningsgruppen om bruk av data i oppgaven min.

I forhold til nytteverdi av oppgaven for pasientgruppen, så tenker jeg at det kan være av verdi for fremtidige pasienter at vi studerer nærmere de utfordringene vi møter, og hvordan vi best kan løse disse for pasientene. Mange av prinsippene i metodene presentert her, f.eks. empati og styrking av mestringstillit, er relevante i annet arbeid. Men funnene presentert i oppgaven er ikke generaliserbare. Data som presenteres er tolket, og egne synspunkt er da brakt inn. Tolkningen påvirkes av min forforståelse, og dette kan begrense oppgaven. Min nærhet til tema gjør at det heller ikke blir objektivt. Jeg vil hele tiden prøve å gjøre et klart skille på hva som er hentet fra litteratur/spørreskjema og hva som er mine meninger. Jeg prøver å være bevisst på at mitt perspektiv og min forforståelse vil påvirke studiet.

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie kan defineres som en kvalitativ metode. Jeg har lest og anvendt litteratur som omhandler mitt tema og problemstilling. Jeg har hovedsakelig lest bøker, men fikk også tak på en rekke artikler, både norske og utenlandske, som jeg har brukt i studiet. Det var fra forskningsavdelingen på min arbeidsplass jeg fikk tips om hvilke artikler jeg burde studere. Jeg fikk tilsendt et titalls artikler som jeg har lest igjennom, og har så plukket ut de jeg mener er mest relevante i forhold til min problemstilling. I forhold til bøker har jeg prøvd å finne primærlitteratur, f.eks. Prochaska og DiClemente i forhold til endringsprosessen. Men jeg har også brukt en del sekundærlitteratur på dette emnet, f.eks. boken "Motiverende samtale" av Barth og Näsholm. Når jeg har lest sekundærlitteratur og internettsider, så har jeg prøvd å finne frem til primærkilden. Litteratursøk på nett, bl.a. i databasene som ligger på Diakonhjemmet Høgskoles internettsider, har vært nyttig. Veileder tipset meg bl.a. om Rokkan-rapporten som var å finne i databasene. Ellers har jeg brukt søkeordene; endringsfokuseret rådgivning, motiverende intervju, rus og tvang.

2.2 Empiri

Jeg vil bruke erfaringer og observasjoner hentet fra egen arbeidsplass. Etersom jeg nå ikke arbeider så tett på pasientene innlagt på tvang, har jeg samlet sammen erfaringer fra personell som jobber tettest med disse pasientene.

I tillegg vil jeg se på resultatet av et utvalg spørreskjemaer som pasientene har fylt ut selv i forbindelse med tvangstudiet. Dette er en kvantitativ metode.

Spørreskjemaet heter Readiness to change questionnaire (RTCQ). Det er mye brukt internasjonalt, både klinisk og i forskning. Det brukes til klassifisering av motivasjon, og er basert på Prochaska og DiClementes endringsfaser. Det er i denne oppgaven brukt en modifisert utgave som får med misbruk av stoff. Original versjon på engelsk er vedlagt oppgaven, men pasientene har fått skjemaet oversatt til norsk.

RTCQ har i denne sammenheng blitt brukt til å registrere motivasjon til endring ved innkost. Jeg har sett på tretti skjemaer; femten frivillig innlagte og femten tvangsinnlagte. Det hadde vært interessant å se på endringer fra innkost til utskrivelse, men studiet valgte å kutte ut bruk av dette skjemaet ved utskrivelse. De opplevde at det ble for forvirrende for pasientene, og at resultatet derfor ikke var til å stole på. Jeg vil diskutere svakheter ved bruk av RTCQ i drøftingsdelen.

3.0 Teori

3.1 Presentasjon av andres erfaringer og studier

3.1.1 Norske erfaringer og studier;

Fossumkollektivet og Tyrilistiftelsens erfaringer er at svært mange fortsetter med frivillig behandling etter tvangsinnleggelse. De har sett at over tid så er det små eller ingen forskjeller i resultat mellom de på tvang og de som kommer frivillig. De mener at det ikke er faglig eller erfaringsmessig belegg for å skulle begrense tvangsperiodens innhold til motivasjon og forberedelse til behandling. Motivasjon og behandling er to sider av samme sak og må gå hånd i hånd, mener de. Tvang er ikke en egen behandlingsmetode, men en ramme som gir muligheter for at alliansebygging, motivering og atferdsendring kan starte. En forutsetning for at behandling kan skje, er faktisk at man er tilstede. Mange aktive rusavhengige trenger tvang for å få en pause, få tenkt seg om, komme ut av destruktive nettverk og utvikle håp og motivasjon for et annet livsløp. Det er en felles erfaring med at tvang kan virke, og at mulighetene nyttes i for lite omfang i Norge. Forutsetning for gode resultater er bedre systemer, god faglighet og helhetlig samarbeid mellom instanser som har tvangsmuligheter. Oppfølging over tid etter tvangsansendelsen er helt avgjørende for resultatene på lang sikt (Dahl, 2008).

Helsedirektoratet gir en beskrivelse av tilfeldig bruk av tvang for rusmisbrukere. Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige har blitt evaluert av Rokkansenteret på oppdrag av Helsedirektoratet. Tall på vedtak om tvang i fylkesnemndene viser at det er en økende bruk av tvangsinnleggelser av rusmiddelbrukere. Da muligheten for å innlegge rusmiddelavhengige på tvang ble innført i 1993, var noe av intensjonen bak lovverket at det skulle motivere til frivillig behandling og et rusfritt liv. Men ett av funnene i evalueringsrapporten er at tvangsbruken som oftest bare blir et virkemiddel for å avverge en akutt krise. I rapporten sier flere ruskonsulenter at de mener institusjonsoppholdene ofte er ren oppbevaring, og at de tvangsinnlagte får lite tilbud og aktiviteter, utredning og behandling. Det er en stor usikkerhet knyttet til når hensiktsmessighetskriteriet er oppfylt; når det er sannsynlig at rusmiddelbrukeren vil nyttiggjøre seg tvangen ved å bli motivert for frivillig behandling. Alvorlig fare for liv og helse fremstilles som utslagsgivende i ruskuratorenes rettspraksis. Tvang blir primært fremstilt som et virkemiddel for livsforlengelse i en krisesituasjon, mer enn et redskap for å tilrettelegge og motivere for frivillig behandling (Lundeberg og Mjåland, 2009).

3.1.2 Internasjonale erfaringer og studier;

Viser at bruk av tvang gjennomgående øker fullføringen av behandling og rehabilitering. Resultatene av tvangsbehandling er normalt likt med eller bedre enn de som er frivillig til behandling. Dette til tross for at noen av de som blir underlagt tvang har langt flere problemer enn den frivillige behandlingsgruppen. De samlede erfaringene er at det er behandling under tvang som virker, ikke tvangen i seg selv. Grundig kartlegging av pasienter, godt innhold i tvangsperioden, bredspektret innsats både sosialt, psykisk og materielt sammen med systematisk ettervern, kan gi gode resultater også ved tvangsansendelse (Dahl, 2008).

En svensk studie undersøkte følgende faktorer i forhold til påvirkning av motivasjon; Miljø (sosial situasjon), utvikling (alder og karriere) og personlighet (genetiske faktorer). Studieresultatet viste at motivasjon til behandling kan forstås som et resultat av færre erfaringer med behandling eller institusjonalisering, bedre sosial situasjon og bedre utdanning, mens aldre og personlighet vises å ikke være så betydningsfulle faktorer. Den sterkeste direkte effekten på motivasjon var bedre sosial situasjon. Det vil si at hypotesen om sosial kollaps, at en må "nå bunnen", ikke støttes her. De som hadde en bedre sosial situasjon hadde mer å miste, noe å vende tilbake til eller noe som er verdt å kjempe for. Sosiale faktorer er viktig i vedlikehold av endring. Konklusjonen av undersøkelsen var at miljøfaktorer (sosial situasjon) ser ut til å være den viktigste faktoren i forhold til motivasjon til behandling, sammenliknet med utviklingsfaktorer og personlighetsrelaterte faktorer (Gerdner og Homberg, 1999).

En annen artikkel, publisert i *American Journal on Addictions*, presenterer imidlertid det motsatte. Der sies det at behandling bare kan være effektiv om personen er motivert for endring. Den avhengige må ha nådd bunnen først før han kan ha fordel av behandling. Men få kronisk avhengige vil gå, og bli, i behandling uten noe ytre motivasjon, og juridisk tvang er like forsvarlig som annen motivasjon for å gå i behandling (Sullivan m.fl., 2007).

Undersøkelser viser at motivasjon for endring/behandling er relatert til oppmøte i behandling og positive resultater. Motivasjon til å søke hjelp er en viktig forutsigelse for behandlingsresultat. Motivasjon for endring blant stoffmisbrukere er oftest stoff spesifikt. De kommer i behandling fokusert på hovedstoffproblemet. Men de kan f.eks. ha en lav motivasjon for å slutte å drikke. Endringsmodellen (stage of change) kan være veldig forskjellig for hvert enkelt stoff. Mål på motivasjons- og endringsfaser skiller sjeldent mellom de ulike rusmidlene. De skiller kun mellom alkohol og stoff. Spesifikke målinger trengs. Endringsmodellen støtter oppfatningen av at behandlingen må være individualisert og skreddersydd etter stadiestatus hos individet. Vi må møte deres endrede behov mens de beveger seg fremover i endringsprosessen. Motivasjon for endring kan variere for hvert stoff, og også for forskjellige mål (f.eks. reduksjon av bruk, eller slutte å bruke helt). Stadiestatus kan vedvare i lang tid eller den kan endres på kort tid (DiClemente m.fl., 2004).

Sosialt press fra sosialkontor, arbeidsgiver, familie eller andre, påvirker motivasjonen til å modifisere misbruk og gå i behandling av den grunn. Tvang øker motivasjonen til endring, men personer i føroverveielse og overveielse tenderer inaktivitet når det kommer til å endre atferd. Hvor alvorlig avhengigheten er, tidligere behandlingserfaring eller kjønn, sees ikke på som avgjørende motivasjonskriterier (Gregoire m.fl., 2003).

3.2 Motivasjonsutfordringer i endringsprosessen

MI handler om å være sammen med pasienten og reflektere over tanker og overveielser som kan bidra til å skape endring. Prochaska og DiClementes fasemodell er et godt kart over endringsprosessen. Modellen illustrerer de ulike fasene i endringsprosessen; føroverveielse, overveielse, beslutning/forberedelse, handling og vedlikehold (Barth og Nāsholm, 2007). Den viser at motivasjon er en prosess med ulike faser, og ikke en tilstand. Det handler ikke om enten eller, men om grader av motivasjon.

I føroverveiellesfasen er personen lite bevisst på problematiske sider ved atferden og vurderer derfor ikke å endre den. Han har en tendens til å legge merke til de gode sidene ved atferden og overse de mindre gode. Ser de ubehagelige konsekvensene som unntak og betrakter de gode konsekvensene som regel. Ulempene ved atferden er gjerne mer enn tydelig for andre lenge før man selv får øye på dem. Han vurderer ikke å gjøre endringer. Personer i denne fasen er lite mottakelige for informasjon om ulempene ved sin atferd. De skifter gjerne tema, svarer knapt, reagerer med irritasjon og signaliserer på andre måter at de ikke ønsker å fortsette samtalen (Barth m.fl., 2001).

I føroverveiellesfasen er hjelperens oppgave å reise tvil, å øke klientens opplevelse av at ”problemet” er et problem. Pasienten kan være ubevisst problemet eller være motløs fordi han ikke har fått ting til tidlige. En kan her prøve å aktivere klientens verdssystem, og hjelpe han å synliggjøre ressurser (Barth og Näsholm, 2007).

I overveiellesfasen blir personen mer oppmerksom på uheldige sider ved sin atferd, samtidig som han fortsatt opplever at den har gode sider. Det kan resultere i tanker og ønsker om forandring, samtidig som han er usikker på om det er nødvendig, og om han egentlig vil forandre seg. Kjennetegnet ved en person i denne fasen er ambivalens. I tillegg til å være i tvil om han ønsker en endring, så kan han også være i tvil om han faktisk kan klare å forandre seg (Barth m.fl., 2001).

I overveiellesfasen jobber hjelperen med å utforske ambivalensen. Han prøver å få frem selvmotiverende utsagn hos klienten. Pasienten er her i en reflekterende posisjon (Bart og Näsholm, 2007).

Pasienten må ofte gjennom stadiene flere ganger før avhengigheten er avsluttet. Modellen antyder at i de fleste tilbakefall går en ikke helt tilbake til der en begynte, men lærer fra feilene, og en kan prøve på noe annet neste gang. Undersøkelse viser at om behandlingsprogrammet hjelper personer å gå et stadie i måneden, så kan det doble sjansen for at de tar handling på egen hånd i nær fremtid. Mange personer blir imidlertid i føroverveielles og overveiellesstadiet. Handlingsorientert terapi blir ofte feil når pasienten er i føroverveielles eller overveiellesstadiet. Uavhengig av behandlingsformen de fikk var det en klar sammenheng mellom føroverveiellesstadiet og dårlig behandlingsresultat. Det er viktig å matche behandling til klients stadie. Progresjonen fra overveielles til handlingsstadiet er absolutt nødvendig for fordelaktig resultat (Prochaska m.fl., 1992).

Som hjelperer møter vi mange utfordringer i møte med pasienter som er innlagt på tvang. Vår relasjonskompetanse settes kraftig på prøve. At vi er relasjonskompetente vil blant annet si at vi er i stand til å skape kontakt; å etablere en relasjon til pasienten. Og vi må kunne klare å stå i denne relasjonen over tid. Våre handlinger må tilpasses situasjonen og relasjonen. Vi må ha en empatisk holdning (Røkenes og Hanssen, 2002). Jeg vil i drøftingsdelen reflektere over utfordringen det er å være relasjonskompetent i møte med pasienter innlagt på tvang.

DiClimente (referert i Miller og Rollnick, 1991) har beskrevet fire reaksjonsmønstre som ”beskytter” føroverveiere mot innsikt, eller som hindrer dem i å bli oppmerksomme på uheldige konsekvenser av deres atferd;

Motstand; Benekting og bagatellisering er sentrale utfordringer i dette reaksjonsmønster. Benekting kalles det når personen enten ikke ser at det foreligger et problem, eller når han ser problemet, men nekter bevisst for at det foreligger.

Bagatellisering er når alvoret i problemet reduseres i forhold til det de fleste mener, eller når personen ser at atferden er problematisk, men gjør de problematiske sidene så små som mulig for seg i tankene. F.eks. jeg har ikke noe problem med hasj (benekting), jeg røyker bare en blås eller to en gang i blant (bagatellisering). Denne strategien trer i kraft når pasienten tenker på sin atferd, og når han snakker med andre om den. Strategien hindrer han i å ta imot informasjon om viktige aktuelle eller mulige fremtidige negative konsekvenser. Hvis han likevel gjør det, forandrer han ulempene slik at de blir så uvesentlige som mulig.

Aktiv protest; Denne strategien innebærer at personen reagerer følelsesmessig og protesterer aktivt overfor måten informasjon om problematiske sider ved atferden blir gitt på, eller overfor den personen eller instansen som gir denne informasjonen. Ved aktiv protest viser personen irritasjon eller sinne når andre mennesker tar den problematiske atferden opp til diskusjon. Aktiv protest kan altså tjene til å stoppe uønskede diskusjoner. ”Angrep er det beste forsvar.” Fokuset blir flyttet fra selve den problematiske atferden til den som tar opp de problematiske sidene ved atferden. Årsaken til aktiv protest kan være at personen føler sin autonomi og personlige frihet truet. Han synes at andre blander seg inn i hans liv på områder de ikke har noe med, områder han selv ønsker å bestemme over. Et eksempel på aktiv protest er når personen gjerne vil fortelle om andre som er mye verre ute.

Rasjonalisering; Å rasjonalisere vil si å finne de beste unnskyldningene. Han nekter ikke for at det er et problem, men prøver å rettferdiggjøre sin problematiske atferd ved å hevde at den er nødvendig, rasjonell eller fornuftig. F.eks. hvis jeg slutter å ruse meg vil jeg ikke kunne fungere sosialt. En annen form for rasjonalisering ser vi når personen legger skyld på ytre forhold utenfor seg selv. Det er situasjonen rundt som gjør at han må ruse seg, og det er ting som er utenfor personens kontroll, i følge han selv. Rasjonalisering er en tilsynelatende fornuftsbasert måte å argumentere mot endring på. Personen henviser ofte til at atferden er nødvendig og derfor ikke mulig å forandre.

Resignasjon; Resignerte personer er åpne for innsikt og tar i mot informasjon om negative konsekvenser ved sin atferd. Men fordi den resignerte mangler tiltro til at han kan gjøre noe med problemet, kan slik informasjon gjøre vondt verre. Dersom personen erkjenner de negative konsekvensene ved atferden, og samtidig er oppmerksom på sin manglende evne til å gjøre noe med den, er det fare for at han blir overveldet og fastlåst. Mange erfaringer med å mislykkes kan føre til at resignasjon og maktesløshet blir integrert i selvbildet. Vi kan forverre problematferd gjennom forsøk på å motivere ved å gi informasjon om rusens skadevirkninger. Det er viktig å huske på at den medgjørlige pasient ikke nødvendigvis er i den beste prosessen. (Barth m.fl., 2001).

4.0 Drøfting

4.1 Diskusjon av tidligere studier og empiriske funn

Jeg vil starte med å presentere resultatet fra RTCQ;

Av de femten frivillig innlagte var det ingen med lav endringsmotivasjon, fire i moderat endringsmotivasjon og elleve i høy endringsmotivasjon. Flertallet av de frivillig innlagte befinner seg altså i en høy endringsmotivasjon. Av de femten på tvang var det tre i lav endringsmotivasjon, syv i moderat endringsmotivasjon og fem i høy endringsmotivasjon. Flertallet av de på tvang befinner seg altså i en moderat endringsmotivasjon

Resultatet av disse spørreskjemaene var for meg noe overraskende og uventet. Jeg hadde på forhånd en antakelse om at flertallet på tvang ville befinne seg i en lav endringsmotivasjon ved innkomst. Det viste seg å være mindre forskjeller mellom de frivillige og tvangspasientene i forhold til endringsmotivasjon, enn jeg trodde på forhånd.

Erfaringene hentet fra praksis er at pasientene på tvang oppleves å være enten eller; Enten møter vi de som før innleggelsen har sett at de har et rusproblem og ønsker å gjøre noe med det, eller så er det de som stiller seg uforstående til innleggelsen og derfor ikke ønsker å gjøre noe med rusproblemet. Jeg tenker at førstnevnte gruppe da vil være i en høy endringsmotivasjon, og de i sistnevnte gruppe vil være i en lav endringsmotivasjon. Opplevelser fra praksis går i retning av enten eller, mens resultatet fra spørreskjemaet viser en noe større prosent midt på.

Hva kan ha påvirket resultatet? Det er kun sett på spørreskjema fra tretti pasienter. Resultatet kunne ha blitt annerledes om det var et større utvalg. Det kan være forskjeller i alder og kjønn på de frivillige og de på tvang som gjør utslag i spørreskjemaet. Det er ikke undersøkt i denne sammenhengen. Opplevelser fra praksis viser at f.eks. de yngste ofte er mindre motiverte enn de eldre. Jenter vil kanskje mer innordne seg en tvangsinnleggelse? Svarer pasientene ærlig? Eller svarer de det de tror vi vil høre? En annen ting som en må huske på er at RTCQ er laget for andre forhold og i en annen sammenheng enn det den er brukt i her. Den ble først utviklet for alkoholmisbruk. Opplevelser fra praksis er generelt at pasienter med rent alkoholmisbruk oftest uttrykker lav endringsmotivasjon i forhold til pasienter med narkotikamisbruk. Alkoholikeren er oftere i benektelse. Men av pasientene som deltok på spørreskjema var det kun en ren alkoholiker, resten er blandingsmisbrukere. Testen skiller ikke mellom alkohol og stoff, og heller ikke mellom stoffene. Pasienten må velge ut det stoffet han selv mener han har størst problem med. Pasienter kan f.eks. ha høy motivasjon for å slutte med heroin, mens de samtidig har lav motivasjon for å slutte med hasj eller alkohol. Testen er utviklet i Amerika, men oversatt til norsk. Det kan være kulturelle forskjeller som kan påvirke resultatet.

De norske studiene og erfaringene mener at det er lite eller ingen forskjeller i behandlingsresultatet mellom de frivillige og de på tvang. Det som er viktig er at innleggelsen gir mulighet for motivering og atferdsendring. Selv om paragrafen ofte brukes som et livreddende tiltak, så er det viktig at oppholdet har innhold og tilbud på lik linje med de frivillig innlagte. Våre egne erfaringer er at det fungerer best om vi gir pasientene på tvang valgmuligheten om de vil delta i fellesprogrammet på avdelingen, om de vil ha en utredning osv. Pasientene på tvang prioriteres i forhold til ønsket aktivitet.

Det som er viktig er at de ikke blir presset eller stilles for mange krav til fra starten av oppholdet. Vi må ha i minne hvor de befinner seg i forhold til egen motivasjon.

De internasjonale erfaringene og studiene støtter også opp under at tvang øker fullføring av behandling, og at resultatene skiller lite eller ingenting fra de frivillig innlagte. Det påpekes også her viktigheten av godt innhold i tvangsperioden. Studiene som er presentert går også inn på hvilke faktorer som påvirker grad av motivasjon. Det er omstridt hvorvidt personen må ha ”nådd bunnen” før han vil nyttiggjøre seg behandlingen. Undersøkelser påpeker forskjellen i motivasjon i forhold til de forskjellige rusmidlene. Det var en svakhet i vår bruk av RTCQ. Men i tvangsstudiet så vil det bli fanget opp av andre spørreskjemaer. Jeg stilte tidligere spørsmål om kjønn og alder kunne være av betydning for resultatet. Ingen av undersøkelsene jeg presenterte fant noe grunnlag for det. Som jeg vil komme nærmere inn på senere i drøftingen, så understrekes viktigheten av å møte pasientene der de er i endringsprosessen.

4.2 Endringsprosessen i praksis – hvilke utfordringer møter vi på, og hvordan kan vi møte disse utfordringene?

4.2.1 Hvordan oppleves endringsprosessen i praksis?

MI som metode oppleves som spesielt nyttig for de som befinner seg i føroverveielse og overveielse. Pasienter innlagt på tvang som er i en føroverveielsefase ser ikke at de har et problem. Det er andre som vil at de skal i behandling, f.eks. familien eller sosialkontoret. Vi kan her prøve å reise tvil, og synliggjøre ressurser. Ut i fra MI kan en tenke at flere av pasientene på tvang er i en føroverveielsefase når de kommer inn til avdelingen. De er på en måte ”gjester”. De vil ikke selv i behandling, det er andre som har tatt avgjørelsen for dem. De ser ofte ikke selv at de har et problem som krever behandling. Det skal ikke gis oppgaver og/eller råd i denne fasen. På posten stilles det f.eks. ikke krav til deltakelse i programmet slik som det gjøres til de frivillige. Men mye kan skje i løpet av oppholdet, og ofte ser vi at de beveger seg over i overveielsefasen og av og til enda lenger. Det er en utfordring for personalet å huske på, og finne ut av, hvor pasientene befinner seg i fasene til enhver tid, slik at vi tilnærmer oss på riktig måte ut i fra MI-metoden. Vi ser tilbakefall i alle fasene og forholdene. Jeg tror det er viktig å tenke at pasientene uansett har lært noe, fått med seg noe, og kommet på et annet nivå enn de var før de kom inn. Kanskje må de ha en eller flere runder til før de er klare for behandling, og kanskje har de da neste gang funnet en egen indre motivasjon.

4.2.2 Hva er erfaringer fra praksis i forhold til motivasjonsutfordringene?

Å klare å få en god relasjon til pasienter som er innlagt mot sin vilje er en stor utfordring. Det oppleves viktig å bruke god tid og tålmodighet i begynnelsen for å få en relasjon til pasienten. Et av grunnvilkårene for at en relasjon skal kunne etableres og utvikles, er at den får tid til det (Borg og Topor, 2007). Pasientene, og spesielt de innlagt på tvang, oppleves å ha behov for kontinuitet, dvs. at de kan forholde seg til et fåtall faste personer over lengre tid. Det ble for et års tid siden på avdelingen innført at en fast personalgruppe kun skal arbeide med de på tvang. Begrunnelsen for dette tiltaket er at det kan skape gode og trygge relasjoner over tid. At personalet klarer å etablere gode

relasjoner med pasientene sees på som et mål for oppholdet, og noe som må ligge til grunn for at videre motivasjonsarbeid er mulig. Flere undersøkelser viser at hva slags relasjon man kan inngå i ofte betyr mer for utbytte av terapien enn teknikker og modeller. Kvaliteten på relasjonen mellom pasient og hjelper ser ut til å ha stor betydning for om pasienten endrer seg i positiv retning (Røkenes og Hanssen, 2002).

I boken; ”Korrigerer og anerkjenne” av Solfrid Vatne, *beskrives* mange av de samme teknikkene som brukes i MI. F.eks. bruk av empati og refleksjon. Boken har stort fokus på relasjonens betydning i terapien.

Relasjonskompetanse innebærer også bevissthet om verdier og holdninger, og hvilken betydning egen væremåte og innarbeidet praksis har. Vi opplever problemer når vi gjør mer og mer av det som ikke virker. Det kan da være bedre å prøve noe nytt. Det hjelper ikke å si det samme ti ganger; f.eks. å si til en alkoholiker at han må slutte å drikke. Det som så ofte gis som velmenende råd, vil mest sannsynlig bare skape mer motstand.

DiClimentes fire reaksjonsmøntre opplevd i praksis;

Motstand; Opplevelsene fra praksis er mer på bagatellisering enn benekting. Det kan være fordi det er mange narkomane med stort blandingsmisbruk, og misbruket blir da svært tydelig for omverdenen. Det oppleves oftere benekting blant alkoholikere enn narkomane. Men bagatellisering ser vi mer til her. Det er viktig å møte pasientene med respekt på at de kan føle innleggelsen som et ”overgrep”. Å gi støtte på motstand som stammer fra følelsen av overgrep, samtidig som vi realitetsorienterer på situasjonen.

Aktiv protest; Det kan være viktig å plassere ansvaret for innleggelsen. Det er sosialkontoret som står for innleggelsen, og klinikken og dens personell kan derfor fremstå som hjelpere og tilretteleggere. Samtidig viktig på sikt å skyve dette ansvaret over på pasienten selv, ved å forklare at sosialkontoret har hatt et oppriktig ønske om å redde pasientens liv, og at pasientene har ansvar for eget liv

Rasjonalisering; De fleste unnskyldningene for rus eller forklaring på rus og atferd er mulig å tilbakevise, men det kreves kløkt, takt og tone, samt en god og samstemt strategi for å oppnå dette. Fint om det f.eks. kan foretas en utredning av pasienten, slik at mulige atferdsavvik kan forklares. En eventuell diagnose kan også utløse rettigheter og evt. medisiner, samt gi en mulighet for å lære å leve med en diagnose. Viktig også å drive aktiv miljøterapi og finne mestringsarenaer for pasienten.

Resignasjon; Det oppleves viktig å finne muligheter for å tilføre læring om rus, helseskader, tilfriskning, muligheter etc. Viktig å presentere hvilken hjelp som finnes i f.eks. fellesskapet (AA, NA etc.) Her kan pasienten møte rusavhengige som har levd uten rus i mange år. Viktig å finne best mulig kilde for innlæring på disse temaene. Vi har på posten undervisning om rusens psykiske og fysiske skadevirkninger, men vi har tenkt lite over at denne informasjonen kan forverre problematferden. Det er forskjell på hvor ressurssterke pasientene våre er. Informasjonen og kunnskapen de på forhånd sitter inne med er svært varierende. Noen er også svært sårbare og har lave forventninger til seg selv. Pasientene trenger informasjon om hvilke tiltak som finnes tilgjengelig for å kunne vite hva som er det beste alternativet for dem.

Mulighetene ligger i det å få tilgang til personens ressurser, i å unngå potensiell motstand og i å møte den andre med respekt. Begrensningene ligger først og fremst i det at noen av tiltakene vi som hjelpere kjenner til ikke er tilgjengelige for personen selv. Hvis klienten alltid skal stå for fasiten, risikerer vi å ikke nå frem med synspunkter som kunne vært til hjelp. Det kan også ta urimelig lang tid å følge klienten med respekt frem til han selv er åpen for synspunktene (Barth og Näsholm, 2007).

4.2.3 Hvordan kan vi møte motivasjonsutfordringene?

Det kan være en utfordring å ta pasienten på alvor, lytte til og respektere hans beskrivelser av virkeligheten. Vi skal ha respekt for hans ønsker og mål, og det er disse som skal legges til grunn for tiltak som iverksettes. Det er ikke alltid pasientens og vårt syn på virkeligheten er det samme, men i MI skal en ikke konfrontere. Det er pasienten som skal komme med argumentene for endring, ikke hjelperen. Vi må som fagfolk klare å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sykdommen og de problemer den medfører, og tåle usikkerhet (Almvik og Borge, 2006). Det trengs trygge fagpersoner som tør å høre på pasientene.

Ut i fra MI skal hjelperen arbeide ut fra fem grunnleggende prinsipper. Jeg vil prøve å vise hvordan disse brukes i praksis.

Empati; Å bygge opp en aksepterende og forståelsesfull atmosfære rundt endringsprosessen. Siden det å ta beslutning om forandring ofte innebærer at man må se på sine mangler og svakheter, kan man behøve hjelp til å beholde en positiv opplevelse av seg selv, til tross for sine feil. Empati er et begrep som brukes om den forståelsesfullhet, støtte og respekt som pasienten opplever i gode rådgivningskontakter (Barth m.fl., 2001:17). Empati er en sentral forutsetning for de aller fleste behandlings- og rådgivningsmetoder (Miller og Rollnick, 1991). I praksis oppleves det å benytte og uttrykke empati som viktige elementer i behandlingen. Det er en bra måte å finne pasientens ressurser, eller hjelpe han til å finne disse. Ofte er ressursene utydelige for pasienten og de trenger betydelig hjelp til å tro på egne evner og ressurser. Empati er kanskje viktigst for å kunne bygge tillit, som igjen gir inngangen til å kunne påvirke til endring.

Utvikle diskrepans; Det vil si å utvikle en forskjell mellom opplevelse av to tilstander eller situasjoner. Opplevelser av diskrepans i forhold til egen atferd fører til at man begynner å evaluere den. Opplevd diskrepans vil motivere til endring (Barth m.fl., 2001). Et eks. fra praksis er å få pasienten til å tenke på slik han har det nå, i forhold til hvordan han ønsker å ha det.

Akseptere ambivalens; Rådgiveren må akseptere ambivalens som en vanlig og nødvendig del av en endringsprosess. Ambivalens kan ses på som selve energikilden i en endringsprosess. Den ambivalente pasienten vil kunne veksle mellom et sterkt ønske om å gjøre endringer, og et like intenst ønske om ikke å forandre på noe. Energien i ambivalens kan drive fram og styrke en beslutning om forandring. Vi ønsker å utnytte den energien som finnes i ambivalensopplevelsene, og knytte den til den siden ved personen som argumenterer for endring. Men ikke forsøke å forenkle verden i retning av at det finnes bare gode sider ved å gjøre forandringer. Vi skal akseptere, og i noen faser forsterke ambivalens, for å bygge en plattform for beslutning om forandring (Barth m.fl., 2001:144). Erfaringer fra praksis er at det er mye nytte i å akseptere ambivalens. Ofte kan det virke som en lavt eller middels motivert pasient opplever ambivalens som noe

negativt. Men det er viktig å se at for disse er det å komme til en "ambivalens" en betydelig fremgang. I mange tilfeller oppleves det at det kan benyttes til å påpeke en positiv utvikling. Det kan hjelpe til å se fordeler, finne de små tingene (som pasienten ofte ikke ser selv) og hjelpe pasienten til å lære seg å se disse tingene. Det knyttes også opp farene for impulshandlinger i ambivalensen. Det jobbes mye med å hjelpe til å legge inn en forsinkelse for impulshandlinger ved å minne om å se hvilke konsekvenser det blir / kan bli - av valgene.

Rulle med motstand; Motstand, usikkerhet og motforestillinger er naturlige aspekter ved forandring. I stedet for å forsterke motstand gjennom ensidig fokusering, overtalelse, debatt eller konfrontasjon ønsker rådgiver å minimalisere og dempe den ved å gå utenom, skifte fokus, reformulere osv. Å rulle med motstand viser til at man aksepterer pasientens motforestillinger og unngår å konfrontere han i de tilfellene man er uenig. Når pasienten ikke blir møtt på sin motstand, mister motstanden ofte litt av kraften (Barth et al, 2001). Erfaringer fra praksis viser at nesten uansett hvilke tanker eller følelser pasienten opplever, så er det viktig å ha respekt for disse. Det kan være farlig å kritisere tanker og følelser. Men likevel oppleves det riktig og reelt å peke på fremtiden og hvilke positive effekter pasientens påbegynte endring vil ha for han. Det forsøkes å benytte positive ting pasienten selv har sagt om endringen. En god kontakt og jevnlig samtaler vil kunne forsterke terapeutens mulighet for stadig å kunne referere til pasientens tanker og holdninger (som de selv ofte glemmer eller fortrenger).

Støtt troen på egen evne/styrke mestringstillit; En endringsprosess inneholder både forberedelser, beslutninger og praktisk gjennomføring, Gjennomføringen krever tillit til egen evne til å gjøre de endringene man har bestemt seg for. De kan være helt feil av en rådgiver å lede pasienten i retning av en beslutning hvis pasienten ikke har mulighet til å gjennomføre forandringen. Mestringstillit er nødvendig for å kunne gjennomføre de beslutninger som ambivalensbearbeidingen leder fram til (Barth m.fl., 2001). Erfaring fra praksis viser at det er viktig å se etter de "små" tingene. Å peke på mestringssituasjoner som er vanskelig for pasienten å se selv. Derfor viktig å gi pasienten passe utfordringer i forhold til å kjenne på sin egen mestring. Personalet må være obs på og se etter mestringssituasjoner.

Et case fra praksis for å illustrere dette;
Pasient x har betydelige problemer i forhold til rus og sosial angst. Han kunne før innleggelsen ikke hente posten i edru tilstand. Etter en stund på posten kunne pasienten være med medpasienter og personal på restaurant og spise middag. På restauranten var det flere gjester, både i nærheten og i lokalet ellers. Ved flere av bordene ble det servert alkohol. Pasienten var hele denne kvelden bare et stort smil, spiste og koste seg sammen med de andre og hadde ikke antydning til verken sosial angst eller så ut til å la seg forstyrre av at andre gjester nøt alkohol. Primærkontakten hadde en samtale med pasienten i etterkant av seansen. Pasienten var ikke klar over mestringsevnen i denne situasjonen, men så det klart når han fikk det fortalt. Pasienten opplevde en stor lettelse over denne mestringen, men tenkte selv at det var litt tilfeldig og at han nok i andre situasjoner ikke hadde mestret det på denne måten. Dette er en viktig observasjon, som også bekrefter at en slik pasient må ha mange slike mestringssopplevelser for å kunne stole på sin egen evne. Igjen er det derfor viktig å bygge en "mestringstrapp" som har passe store trinn til at pasienten klarer dette. Denne må lages individuelt og evalueres

løpende i samarbeid med pasienten. Mange pasienter har vegring mot eksponering for de problemene de har, og det er viktig å ikke la de slippe unna eksponering. Men altså like viktig at det kommer til rett tid og mengde.

4.2.4 Hvordan ivaretas pasientens medvirkning?

Jeg forstår det slik at MI på mange måter er brukermedvirkning. Det er bygd på prinsipper om autonomi og om å være der pasienten er. En del av det å være klientsentrert dreier seg om å være der pasienten er. Samtalen tar utgangspunkt i pasientens oppfatninger, tanker og opplevelser og begrenses av de rammene han selv setter opp. Vi som hjelpere skal ikke ligge et skritt foran, men må holde tilbake vår iver og våre ideer for å skape endring. Dette kan for mange av oss være en utfordring. I følge MI er ikke endring mulig før pasienten selv er klar; han må selv se sine behov. Det dreier seg på mange måter om å ”skynde seg langsomt”, og forsøke å hjelpe pasienten til å se sine egne behov.

Under avsnittet om autonomi i boken ”Psykisk helsearbeid i nye sko”, beskrives det hvordan en kan ta ansvar for eget liv og eget beste, forutsatt at man vet hva som er godt eller dårlig, nyttig eller skadelig for seg selv (Almvik og Borge, 2006).

For er det alltid slik at pasienten er ekspert på eget liv? Vet de alltid sitt eget beste? Et argument mot bruk av tvang er ofte bekymringer for pasientens autonomi. Dette til tross for rusens destruktive konsekvenser for personens liv. Det kan noen ganger være helt avgjørende for liv og helse at grunnleggende behov dekkes først. Noen må ta ansvar for dem der de selv ikke klarer å ta det. Pasientene som innlegges på tvang fratras valg i en periode hvor de ikke klarer å ta dette selv. Vi gir det så tilbake igjen til dem når de er i stand til det. Det er et skille mellom å ta ansvar for og å ta ansvar fra.

En kritikk av MI er at den er for teknisk, og derfor kan bli unaturlig i en samtale. Hvis en hjelper skal tenke på alle teknikkene og metodene i MI, så vil samtalen kunne virke ufri og unaturlig. Kan man være teknisk og empatisk på samme tid? Noe av det viktigste i samtalen må være at pasienten opplever at hjelperen er oppriktig interessert i det pasienten legger frem. Gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnleggende for en likeverdig dialog og forutsetning for brukermedvirkning. Dette kombinert med gode teknikker og redskaper er en god løsning for en samtale (Barth og Näsholm, 2007).

Er det mulig å ivareta brukermedvirkning når pasienten er innlagt på tvang? Pasienten har ikke valgt å bli innlagt, men kan medvirke på utforming av behandlingsopplegget. Studier viser at det er behandlingsopplegget, og ikke tvangen i seg selv som virker. Det settes en begrensning for den på tvang til å ta egne valg og eget ansvar. Det kan være pasientene står i fare for å miste liv og helse, og de har da behov for at andre tar et valg og ansvar for dem. Flere av tvangspasientene som har vært innlagt har hatt en alvorlig somatisk og psykisk lidelse i tillegg til, eller som følge av, sitt rusmisbruk. Tvangsparagrafen brukes trolig da som et livreddende tiltak.

5.0 Konklusjon

Bruken av tvang overfor rusavhengige i Norge er omstridt. Erfaringer og forskningsresultater tyder på at vi tar liten bruk av mulighetene som foreligger, og at tvang bare anvendes overfor et lite mindretall av de som oppfyller de materielle vilkårene for tvangsinnleggelse. Det er sannsynlig at det finnes betydelige barrierer i forhold til en behovstilpasset bruk av sosialtjenestelovens tvangsmuligheter.

Men konklusjon fra en rekke studier og erfaringer er at dagens tvangsanvendelse fører i stor grad til at personer som ellers skulle ha unndratt seg behandling, går inn i behandlingsforløp og gjennomfører disse. Tvang har normalt ikke negativ effekt på behandlingsutfallet. Tvang kan virke og være forsvarlig, forutsatt at man har god struktur og godt innhold i tankene.

Tradisjonelt har behandlingsapparatet kviet seg for å behandle pasienter som ikke er motiverte. Lav motivasjon til endring er noe mange i denne pasientgruppen har. Motivasjon sees på som eget behandlingsmål, og ikke noe som kan forventes i starten av en behandlingssammenheng. En viktig målsetting med behandling må være å øke pasientens egen bekymring, synliggjøre deres dilemmaer og negative sider ved å fortsette, øke deres innsikt i positive og negative sider, og formidle et realistisk håp om et annet liv.

Som en oppsummering vil jeg si at prinsipper fra metoden motiverende intervju absolutt kan anvendes praktisk i psykisk helsearbeid. Også i forhold til tvangsinnleggelse, slik at brukernes medvirkning blir ivaretatt på en god måte. Men som alle andre metoder har den sine utfordringer. Jeg opplever, slik som det også belyses flere steder i pensumlitteraturen, at relasjonen er vel så viktig som valg av metoder og teknikker. Men det kan langt på vei hjelpe å ha et bevisst forhold til hvorfor vi tar de valgene vi tar, og hvordan de kan påvirke pasientens mulighet for medvirkning i egen behandling og eget liv. Uansett hvilken metode vi velger bør brukermidvirkning være en del av den så langt det lar seg gjøre innenfor de rammene som ligger der.

Arbeidet med denne fordypningsoppgaven har fått meg til å se at det kanskje ikke er så store forskjeller mellom de frivillig innlagte pasientene og de som er innlagt på tvang, som jeg først antok. Utfordringene vi møter i de tidlige fasene i endringsprosessen kan vi nok oftere møte blant de tvangsinnlagte. Men uavhengig av om pasientene er innlagt på tvang eller frivillig, så ser det ut til at om vi klarer å skape en god relasjon til pasientene, og lar dem få ta del i utviklingen av programmet under innleggelsen, så har vi lagt et godt, og kanskje uunnværlig, utgangspunkt for det videre arbeidet med motivasjonen.

6.0 Litteraturliste

Almvik, A og Borge L (2007): *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Barth A og Näsholm C. (2007); *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

* Barth A, Børtveit T, Prescott P (2001); *Endringsfokusert rådgivning*, Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

Borg M og Topor A (2007); *Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, Kommuneforlaget AS, Oslo 2003.

Dahl, Ulf (2008); *Rusavhengighet og bruk av tvang*, Landsforbundet mot stoffmisbruk, URL (lest 15.03.10):

http://www.motstoff.no/images/stories/pdf/rapport_om_tvang_innen_rusomsorgen.pdf

Dalland, O (2007); *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.

* DiClimente C, Schlundt D, Gemmell L (2003); *Readiness and stages of change in addiction treatment*, The American Journal on Addiction, 13:103-119, 2004.

Gerdner A og Homberg A (1999); *Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics*, Department of social work, Mid-Sweden University, S-83125 Ostersund, Sweden.

Gregoire.T og Burke C (2003); *The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems*, Journal of substance abuse treatment 26 (2004) 35-41.

Lundeberg, I og Mjåland, K; *Grenser for tvang*, Rokkan senteret, rapport 4 2009. URL; http://rokkan.uni.no/rPub/files/254_Rapport_4-2009_ferdig_n.pdf

* Miller W og Rollnick S (1991); *Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior*, The Guilford Press.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)

Prochaska J, DiClemnte C, Norcross J (1992); *In search of how people change*, American Psychologist, September 1992.

Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall w (1992), *Readiness to change questionnaire*.

Røkenes, O og Hanssen, P (2002); *Bære eller breste*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sosialtjenesteloven av 1991, Kapittel 6. URL(lest 17.04.10): <http://www.lovddata.no/all/tl-19911213-081-008.html#6-2>

Stortingsmelding nr 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet*

Sullivan M, Birkmayer F, Boyarsky B, Frances R, Fromson J, Galanter M, Levin F, Lewis C, Nace E, Suchinsky R, Tamerin J, Tolliver B, Westermeyer J (2007); *Uses of coercion in addiction treatment; clinical aspects*, The American Journal on Addiction, 17:36-47, 2008.

Vatne, S (2006): *Korrigere og anerkjenne*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Waal, Helge (2008), URL (lest 10.04.10);
<http://www.sinneshelse.no/artikler/rusavhengighet.htm>

* = selvvalgt pensum

Vedlegg: Readiness to Change Questionnaire

Please first consider what substance, alcohol or some other drug, that you consider your primary or preferred substance. Then respond to each question as it pertains to your beliefs about your current use of that substance.

1. I don't think I use too much.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
2. I am trying to use less than I used to.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
3. I enjoy my using, but sometimes I use too much.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
4. Sometimes I think I should cut down on my using.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
5. It's a waste of time thinking about my using.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
6. I have just recently changed my using habits.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
7. Anyone can talk about wanting to do something about using, but I'm actually doing something about it.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
8. I am at the stage where I should think about using less.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
9. My using is a problem sometimes.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
10. There is no need for me to think about changing my using.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
11. I am actually changing my using habits right now.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE
12. Using less would be pointless for me.	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NO OPINION	AGREE	STRONGLY AGREE