



Peter Dalum
Torsten F. Sonne
Mette-Marie Davidsen

At tale om forandring



en bog om
sundhedsadfærd
og motiverende
samtaleteknik

TOBAKSSKADERÅDET

At tale om forandring

Peter Dalum
Torsten F. Sonne
Mette-Marie Davidsen

At tale om forandring

TOBAKSSKADERÅDET

At tale om forandring

© 2000 Tobaksskaderådet

Kopiering kun tilladt ifølge aftale med CopyDan.

Redaktion: Stine Flod Olsen, Tobaksskaderådet

Udarbejdelse af kapitel 2: Lotte Bælum, Tobaksskaderådet

Grafisk tilrettelæggelse og omslag: Michala Clante Bendixen

Foto, omslag: © Anna Agnete Nissen/Biofoto

Tryk: Nørhaven

1. udgave 1. oplag

ISBN 87-7746-028-6

Indhold

Kapitel 1: Forebyggelse – mest mulig herre over eget liv	8
Forebyggelsespotentiale	8
Forebyggelse og livskvalitet	9
Forebyggelse skal forstås bredt	10
Forskellige forebyggelsesniveauer	11
Individuel rådgivning og vejledning virker	12
Sygeplejerskens særlige kontakt	12
Opsamling på kapitel 1	13
 Kapitel 2: Adfærd er svær at ændre	14
Ændringer er mere omfattende end som så	14
Adfærd bliver taget for givet	15
Vi søger overensstemmelse mellem holdning og handlinger ..	16
Udfordringen for sundhedspersonalet	17
Opsamling på kapitel 2	18
 Kapitel 3: Social læring	19
Vores adfærd er styret af forventninger	19
Evaluerings af erfaringer med en bestemt adfærd	22
Modelering	23
Sundhedsanbefalinger – sproglig overtalelse	24
Indlæring af sundhedsadfærd	25
Opsamling på kapitel 3	27

Kapitel 4: Teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser 28

Health-belief modellen	28
Oplevet trussel, alvorlighed og personlig risiko	30
Incitamenter til handling	31
Oplevede fordele og oplevede barrierer	32
Anvendelse af Health-belief modellen	33
Diffusion of Innovation	34
Det sociale system	35
Karaktertræk knyttet til innovationen	40
Beslutningsprocessen	43
Anvendelse af diffusionsteorien	45
Stages of changes	47
Førovervejelse	48
Overvejelse	49
Forberedelse	49
Handling	49
Vedligeholdelse	50
Tilbagefald	50
Afslutning	51
Anvendelse af Stages of changes modellen	51
Opsamling på kapitel 4	54

Kapitel 5: Den motiverende samtale 56

Forandringsprocessen som grundlag	58
Grundlaget for den motiverende samtale	58
Selve samtalen og de anvendte teknikker	65
Samtalens stemning – den anerkendende nysgerrighed	71
Hvad er det videre forløb, når motivationen er til stede?	71
Tidsforbruget – hvor meget tid kræves der?	72
Opsamling på kapitel 5	72

Forord

Denne bog henvender sig til de studerende på sygeplejeuddannelsen. Bogen behandler emnerne *sundhedsadfærd* og *motiverende samtaleteknik*.

At tale om forandring er udgivet af Tobaksskaderådet. Formålet med undervisningsmaterialet er at kvalificere de studerende til at kunne rådgive og vejlede i forbindelse med det forebyggende sundhedsarbejde. Bogen viser, hvordan forskellige teorier kan anvendes i forbindelse med dette arbejde og bygger derved bro imellem teori og praksis.

For at sikre at bogens indhold stemmer overens med de krav, der stilles på sygeplejeuddannelsen, er undervisningsmaterialet udviklet i samarbejde med en faglig referencegruppe. Gruppen er sammensat af undervisere fra landets sygeplejeskoler. Tobaksskaderådet ønsker i den forbindelse at sige tak til Lise Loft, Ida Lærke, Tom Nauerby, Else Pedersen, Birgitte Pontoppidan, Helle Sejr, Grethe Skafte og Marianne Vamosi. Ligeledes vil vi gerne takke Lucette Meillier, cand.comm.ph.d, for gennemlæsning af materialet.

Poul Ebbe Nielsen

Overlæge, dr.med.

Formand for Tobaksskaderådet

Peter Dalum
cand.comm.
Forfatter

Torsten F. Sonne
cand.psyk.aut.
Forfatter

Mette-Marie Davidsen
journalist
Forfatter

Forebyggelse – mest mulig herre over eget liv

Der er efterhånden solid dokumentation for, at der er en direkte sammenhæng mellem en lang række sygdomme og vores *sundhedsadfærd*. Den enkeltes livsstil er derfor kommet i fokus som en afgørende faktor i forhold til at forebygge en lang række sygdomme.

Sundhedsadfærd defineres her som livsstil, vaner, adfærd og handlinger, som kan relateres til sundhed.¹

Forebyggelsespotentialer

I den nationale kræftplan fra år 2000 har man for en række miljøpåvirkninger opgjort, hvor stor en del af det samlede antal kræfttilfælde, som kunne have været forebygget, hvis påvirkningerne havde været elimineret. Se tabel 1.1.

Som det fremgår af tabellen kunne over 49% af alle mandlige kræfttilfælde have været undgået, hvis man i tide havde ændret på de kost-, alkohol-, motions- og rygevaner, som er en medvirkende faktor i forbindelse med udvikling af forskellige kræftsygdomme.

Nu er den eneste sundhedsmæssige konsekvens af mange af de nævnte miljøfaktorer ikke kun kræft, men også andre sygdomme som hjerte/kar sygdomme, lungelidelser, diabetes etc. Det faktiske antal forebyggelige dødsfald er således betydeligt større.

^① Begrebet dækker således også adfærdsformer, som ikke kan kaldes "sunde" i medicinsk forstand såsom rygning, dårlige kostvaner, manglende motion, alkoholmisbrug etc. og som måske retteligt burde betegnes: "Risikoadfærd". Da der pt. ikke er konsensus om, hvorledes de forskellige begreber skal defineres, og da betegnelserne sundhedsadfærd, vaner, handlinger og livsstil ofte bruges i flæng, så har vi her valgt en definition, som ligger tæt op af en mere "folkelig" forståelse af begrebet. For yderligere uddybning se Finn Kamper-Jørgensen og Gert Almind: Forebyggende sundhedsarbejde, kap. 12, 2. udgave, Munksgaard 1992.

Aktion	Forebyggeligt antal		% af alle kræfttilfælde	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Rygestop	3.365	1.960	26	14
Passiv rygning elimineret	15	15	<<1	<<1
Alkohol konsum minimeret	325	120	3	1
Bedre arbejdsmiljø	475	5	4	<<1
Undgåelse af UV stråling (sol)	390	545	3	4
Medicinsk stråling fjernet	190	240	1	2
Ingen svært overvægtige	25	95	<1	1
Øget frugt & grønt indtag, motion mv.	2198	2805	>20	>20

Tabel 1.1 Forebyggelsespotentialet for udvalgte kræftsygdomme i Danmark år 2000, hvis forebyggende aktioner var iværksat så tidligt, at fuld effekt kunne opnås.
Kilde: National kræftplan 2000.

Eksempelvis er rygning bl.a. årsagen til, at der årligt dør ca. 6000 personer af hjerte/kar sygdomme og ca. 2000 af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL). I alt dør der således årligt omkring 12.000 mennesker, som i gennemsnit mister ca. 8 leveår som følge af rygning.

Forebyggelse og livskvalitet

Det ligger i os alle, at vi skal have lov til selv at vælge, om vi vil ryge, drikke eller spise, som det passer os. Opfordringer om at gøre det modsatte opfattes som et indgreb i den enkeltes personlige frihed. Det er vigtigt at understrege, at det er op til den enkelte selv at tage stilling til, hvilken livsstil man føler giver kvalitet i livet. De personlige valg skal altid respekteres. Spørgsmålet er, om valgene er taget på det rette grundlag.

I denne sammenhæng nævnes det ofte, at der er en modsætning imellem et godt liv og et sundt liv. Og at livskvalitet er ensbetydende med en livsstil, som indeholder såkaldte sundhedsmæssige laster, hvor mottoet er: "Lev stærkt – dø ung". Desuden kender vi alle historien om en person, som har drukket, røget, og levet fedt hele livet, og som alligevel er blevet over hundrede år gammel og iøvrigt er sund og rask.

På den anden side må man ikke lukke øjnene for, at konsekvensen af usund levevis ikke kun er et gennemsnitligt kortere liv, men også ofte er et liv med megen sygdom. Man kan stille spørgsmåls-

tegn ved, hvor "stærkt" man lever, hvis man lider af åndenød eller har smerter som følge af slidgigt eller andet. Livskvalitet handler jo ikke kun om retten til at kunne ryge, drikke og spise, men også om at kunne leve et aktivt liv med overskud til at deltage i aktiviteter sammen med andre. Herunder at bevare evnen til at arbejde, bevæge sig, have et seksualliv etc.

Forebyggelse skal forstås bredt

Det er kendt viden, at livsstilssygdomme som kræft, hjerte- og lungesygdomme alle er forbundet med rygning. Men rygning er ikke den eneste årsagsfaktor. Tager man f.eks. åreforkalkning, så er der ofte flere forskellige årsager involveret i sygdommen. Åreforkalkning skyldes dels livsstilselementer som motion, rygning og kost, og dels faktorer som et stresset arbejdsmiljø eller en livssituation, som giver få muligheder for forandring.

Som udgangspunkt afhænger vores sundhed af: Kulturelle, økonomiske, sociale og miljømæssige betingelser, arvelige forudsætninger, vaner og livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenet.²

Derfor er det af stor betydning at se forebyggelse både i sin kompleksitet og i sin helhed. Det er i sagens natur ikke nogen let opgave, og det kræver meget af den, der forebygger. Dertil kommer, at vi ikke altid er herre over de faktorer, der bestemmer vores sundhed. Det kan eksempelvis være en umulig opgave at ændre på overordnede økonomiske betingelser for en førtidspensionist med alvorlige slidskader efter et langt liv på arbejdsmarkedet.

Derfor må man indimellem acceptere, at der er områder, der umiddelbart er uden for ens rækkevidde. Men det betyder ikke, at man ikke kan tale om de frustrationer, som følger i kølvandet på eksempelvis dårlige økonomiske og sociale betingelser. Udgangspunktet må være, at man principielt set altid skal forsøge at tage alle relevante faktorer i betragtning, når man står overfor en patient.

² For yderligere uddybning se Finn Kamper-Jørgensen og Gert Almind: Forebyggende sundhedsarbejde 2. udgave kap. 6, 7 og 8. Munksgaard 1992.

Forskellige forebyggelsesniveauer

Forebyggelse foregår på mange niveauer og opdeles i henholdsvis primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

- **Primær** forebyggelse handler alene om at forhindre eller mindske risikoen for, at sygdom opstår.
- **Sekundær** forebyggelse dækker over at opspore sygdomme i tidlige stadier, så det er muligt at helbrede en sygdom eller bedre prognosen. I praksis vil det betyde at intervenere overfor sårbare eller specielt disponerede dele af befolkningen eller at udføre screeningsprogrammer, som kan opspore sygdom i tidligere stadier med henblik på behandling.
- **Tertiær** forebyggelse har til formål at undgå, at sygdomme forværres, når først de er en realitet. F.eks. at give de næsten 500.000 danskere, der allerede har en hjertesygdom, en rehabiliterende behandling, som kan omfatte hjælp til rygestop, rådgivning i at finde fedtet i kosten og hjælp til at få gang i henslummende motionsvaner. Sammen med den almindelige behandling kan tertiær forebyggelse af hjerte/kar sygdomme betyde, at mange på trods af et svækket hjerte kan opnå et alment velvære og en fri bevægelighed uden åndenød, hjertesmerter eller ledsmerter som kroniske følgesvende.

Forebyggelse kan også inddeles efter indsatsområder. Her taler man om bred forebyggelse, hvis indsatsen er rettet mod flere led i en årsagskæde f.eks. forebyggelse af dårlig ryg. Eller om snæver forebyggelse, hvor kun en enkelt årsagsfaktor har interesse f.eks. forebyggelse af lungekræft ved at sætte ind over for rygning.

Individuel vejledning og rådgivning virker

Nye undersøgelser viser samstemmende, at den individuelle forebyggelse, hvor forebyggelsen foregår som dialog imellem få personer, har langt den største gennemslagskraft. Dette gælder især, når der tales om komplicerede budskaber, der lægger op til ændring af livsstil og vaner.

En patientcentreret forebyggelse med individuel rådgivning og vejledning virker, fordi den medinddrager patientens liv, formåen og ønsker i dialogen. Det betyder, at den løftede pegefinger gemmes væk, og patienten i stedet bliver en aktiv medspiller, som får mulighed for selv at definere mål og delmål og de midler, som skal anvendes for at nå disse. Dermed rettes fokus på hele patientens livssituation og ikke kun på de enkeltfaktorer, der kan være en del af årsagen til sygdommen.

Sygeplejerskens særlige kontakt

Sygeplejersken varetager idag størstedelen af informationen og kommunikationen til patienterne. Endvidere er det stadigvæk sygeplejersken, der har den tætte og daglige kontakt, som giver et særligt kendskab til den enkelte patient – et kendskab som ofte inddrages i behandlingsovervejelserne. Denne særstatus giver sygeplejersken en unik mulighed for at udøve rådgivning og vejledning med udgangspunkt i patientens livssituation.

Men hvordan skaber man en frugtbar dialog om private interesser og vaner med respekt for patientens integritet?

For det første er vaner og livsstil et meget personligt anliggende, et privat område, man som behandler kan have modstand mod at skulle træde ind på. Hvad hvis man ikke selv kan gå forrest som et godt eksempel, er man så dobbeltmoralisk? For det andet har patienten et naturligt behov for selv at bestemme over sit eget liv og intuitivt en ringe lyst til at forholde sig til risikofaktorer, som virker abstrakte og irrelevante for den enkelte.

Men respekt for selvbestemmelse i livsstilsspørgsmål er ikke ensbetydende med at undgå at tale om dem. Erfaringer med succesfuld forebyggelse viser, at netop ønsket om at bestemme selv er et glim-

rende udgangspunkt for en samtale om livsstil. Ved at sygeplejersken giver patienten mulighed for at træffe egne beslutninger om egen sundhed, føler patienten sig langt mere motiveret til at ændre livsstil og vaner. Motivation er altså blevet et omdrejningspunkt, når det handler om succesfuld forebyggelse, fordi den er altafgørende for resultatet.

Desuden har undersøgelser vist, at op imod 80% af patienterne ikke har noget imod, at deres praktiserende læge taler om livsstilsrelaterede problemstillinger.³ Og hvis det bliver gjort på en støttende og opmuntrende måde, har det vist sig at have en ekstra motiverende virkning.

Opsamling på kapitel 1

I dette kapitel har vi beskrevet det syn på forebyggelse, som ligger til grund for denne bog. De vigtigste budskaber er:

Der er et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forebygge livsstilsrelaterede sygdomme. Forudsætningen for at få frigjort dette er, at man anlægger et helhedssyn på forebyggelse, hvor sygdom og sundhed ses som et produkt af forskellige faktorer. Et sådant syn på forebyggelse kræver, at man i sin tilgang har mulighed for at tage individuelle hensyn, hvorfor det er oplagt at benytte dialogbaseret rådgivning og vejledning som udgangspunkt for indsatsen.

De følgende kapitler i denne bog har til formål at udstyre læseren med teoretisk viden og praktiske redskaber, som kan bruges i dialogen med patienten. Først vil vi dog se på, hvorfor det er så svært at lave om på indgroede vaner og adfærdsmønstre.

③ Tilsvarende data er ikke udarbejdet for andre personalegrupper i sundhedssektoren.

Adfærd er svært at ændre

N

Hvorfor er det svært at lave om på eksisterende vaner?

L

Som sundhedsfaglig person kan man sommetider blive frustreret over, at folk ikke lytter til sundhedsråd som at spise sundere, eller holde op med at ryge. Man kan få den tanke, at det blot gælder om at oplyse mere, så skal de nok ændre sig. Grunden til at man ikke ændrer sin adfærd, kan imidlertid ikke kun begrundes med manglende viden. Det bunder også i, at det er svært at ændre ved de vaner, man allerede har etableret.

E

Ændringer er mere omfattende end som så

T

“Har du overvejet at ændre hele dit liv” spørger **Henrik Dahl** i en artikel, der handler om, hvorfor sundhedskampagner har svært ved at slå igennem og ændre ved folks adfærd. Henrik Dahls pointe er, at det bl.a. skyldes, at det, man gerne vil have folk til at ændre, ikke bare er en lille vane, men en stor del af deres dagligdag.

I

Et rygestop handler f.eks. ikke bare om, at man skal holde med handlingen at ryge. Det handler også om, at man skal omdefinere, hvad det vil sige at hygge sig eller holde en pause, at man skal finde noget andet at bruge hænderne til, en anden måde at afreagere på problemer på, m.m. Udover at man også skal kæmpe mod en fysisk afhængighed af cigaretterne.

P

A

At give nogen en opfordring til at handle på en anden måde, kan derfor – for dem – være mere uoverskueligt eller omfattende end det ser ud til. Det handler ofte heller ikke kun om at ændre adfærd, men også om at ændre ved alle de normer, vaner, forestillinger m.v. der er knyttet til adfærden, og som opleves som naturlige.

K

Adfærd bliver taget for givet

Netop det, at det føles naturligt at handle på en bestemt måde, er en af grundene til, at det kan være svært at ændre på adfærd. Denne naturlighed skriver psykologen **Alfred Schultz** om i sin bog "Hverdagslivets sociologi", hvor han tager udgangspunkt i et begreb, han kalder *livsverden*.

Ifølge Schultz lever vi alle i hver vores livsverden, som er den verden, der er helt naturlig for os, og som helt selvfølgeligt bliver taget for givet. Med til denne livsverden hører også de normer, antagelser, og den adfærd, som er med til at opretholde vores livsverden. I vores livsverden har vi nogle ting, der er såkaldt *tematiserede* eller aktuelle for os, mens andre ikke er det. Disse temaer udgør den horisont eller den paraply af viden, som vi vurderer verden ud fra. Nye temaer bliver først relevante for os, når vi står i en ny situation, hvor vi har brug for ny viden, en ny måde at handle på. På den måde kan man kalde vores viden pragmatisk. Vi ved, hvad vi har brug for at vide. Men står vi i en ny situation, vil vi sørge for at få det at vide, som vi mangler for at kunne opretholde vores livsverden.

Livsverdenen er en betegnelse for den verden, vi som individer oplever, at vi lever i. Dvs. den dagligdag, som vi finder så naturlig, at vi ikke sætter spørgsmål ved den. Livsverdenen varierer fra person til person, hvilket i praksis betyder, at de ting nogle mennesker tager for givet, sætter andre spørgsmålstejn ved.

Man kan sammenligne det med en kvinde, der bliver indlagt på hospitalet på grund af et svært astmaanfald. Før hun kom på hospitalet, tænkte hun ikke over, hvad astma var, og hvordan hun skulle undgå det. Det var ikke et tema i hendes livsverden, det var ikke *relevant* for hende, selv om hun nok havde hørt om astma før. Nu er det imidlertid et problem, som er blevet relevant for hende, og som kommer til at være en del af hendes livsverden.

Imidlertid behøver det at blive en patient ikke at betyde, at man ændrer sine vaner, når man kommer hjem fra hospitalet. Det skyldes, at man, når man føler sig rask igen, ofte falder tilbage til at leve på den måde, som hidtil har føltes naturlig.

Så længe vores livsverden kan opretholdes, kan den netop godt være fyldt med modsætninger, være usammenhængende og kun delvis klar for en selv. Derfor kan man godt leve med, at på hospitalet skal jeg leve på en bestemt måde, men hjemme lever jeg på en anden måde, uden at man selv stiller spørgsmål ved det.

Vi søger overensstemmelse mellem holdning og handlinger

Det er ofte først, når der stilles spørgsmålstejn ved dele af ens livsverden, som virker usammenhængende, at disse dele bliver problematiserede.

Man kan sammeligne det med det dilemma, som forældre med små børn ofte står i. De ved, at det er en god idé at bruge cykelhjelm, fordi det forebygger skader ved fald, og de vil gerne lære deres børn at bruge en cykelhjelm. Alligevel benytter de færreste forældre selv en cykelhjelm. Det føles ikke naturligt, ikke kun på grund af handlingen "at have en cykelhjelm på", men også på grund af at det også rører ved normer om, hvordan man ser smart ud på en cykel. Spørger børnene om, hvorfor de skal have cykelhjelm på og forældrene ikke, bliver det imidlertid en anden sag. Så bliver der sat spørgsmålstejn ved det, forældrene ikke før har set som modsætningsfyldt.

Leon Festinger har i sin teori om kognitiv dissonans givet en forklaring på, hvorfor man netop søger at ændre på sin adfærd – eller sine holdninger, når der bliver sat spørgsmålstejn ved dem. Festingers påstand er, at vi generelt søger en harmoni, mellem de ting vi siger, og de ting vi gør. Oplever vi, eller påpeger andre en uoverensstemmelse (dissonans) mellem det, vi gør, og det vi siger, vil vi prøve at ændre på enten vores holdninger eller vores adfærd, så disse harmonerer.

Kognitiv dissonans er et udtryk for, at man ikke oplever en sammenhæng mellem sin adfærd, meninger og holdninger. Man oplever f.eks. kognitiv dissonans, hvis man bliver presset til at sige noget, som man ikke mener. Ifølge Festinger skyldes det, at mennesker søger harmoni, og man vil derfor mentalt prøve at ændre sine meninger, så de passer sammen med den adfærd, man har.

Teorien om kognitiv dissonans kan kritiseres for at være meget firkantet. Eksempelvis er der jo tale om kognitiv dissonans, hvis man har en forståelse af sig selv, som en der støtter den økologiske tankegang, men samtidig udelukkende køber traditionelle kødvarer. Men det kan være, at personen ikke oplever den dissonans, fordi det stadig giver mening inden for den livsverden, han/hun ser som naturlig. Det er med andre ord ikke således, at *alle* vores handlinger nødvendigvis er i værdimæssig overensstemmelse.

Teorien giver på den ene side en god forklaring på, hvorfor adfærd er svær at ændre, netop fordi man ikke ønsker at skabe dissonans. På den anden side giver teorien en god forståelse for, at når andre har held til at påpege steder, hvor man oplever kognitiv dissonans, kan det være et udgangspunkt for en dialog om at ændre sig.

Udfordringen for sundhedspersonalet

Som sundhedspersonale kan man spørge sig selv om, hvordan man får gjort et sundhedsbudskab relevant for patienten. Her handler det om at finde de temaer, som kan knyttes til vedkommendes *livsverden*. En af grundene til, at det ikke er så let, er at vi alle har anlagt et forskelligt perspektiv på tingene. Vi betragter vores livsverden som selvfølgelig og antager, at den deles af alle andre. Men relevans opleves forskelligt af forskellige mennesker, og det perspektiv man selv har, kan gøre en blind for andres levemåde.

Inden for forebyggelsen forsøger man f.eks. at få folk til at ændre på deres livsstil og levevis, med udgangspunkt i statistikker og undersøgelser af, hvori det skadelige ligger. Forebyggelse skal imidlertid ske på et tidspunkt, før folk selv har oplevet ulemperne og konsekvenserne af deres handlinger. De færreste vil derfor opleve oplysningerne som umiddelbart relevante, og kan endda føle, at man uden at spørge om lov problematiserer dele af deres liv, som de selv oplever som uproblematisk.

Set fra den livsverden og de temaer, der er aktuelle for én selv som sundhedspersonale, kan det være svært at forstå, at folk ikke kan se relevansen, fordi man kender statistikkerne om, at eksempelvis "halvdelen" af alle rygere dør af rygning. Set fra folks livsverden kan det være svært at forholde sig til, at man skal holde op med at ryge, fordi ens egne bekymringer kan handle om noget helt andet.

En selvstændig håndværker, som er indlagt på grund af åreforkalkning i hjertet, kan jo sagtens have nogle bekymringer, der handler om nogle helt nære og konkrete problemer. Det er måske mere relevant for ham, hvordan økonomien skal komme til at hænge sammen nu, hvor han er blevet syg. I sådan et tilfælde er der måske slet ikke overskud til at forholde sig til en risiko, som ofte opleves abstrakt for den enkelte. Og da et rygeophør kun ville have betydning for økonomien på længere sigt, kan det virke fuldkommen irrelevant, hvis terminerne altså skal betales på mandag, og han som selvstændig ikke har haft nogen indtægt i en måned.

Eksemplet understreger, hvorfor det er vigtigt at sætte sig ind i patientens situation og forstå hans eller hendes livsverden.

Opsamling på kapitel 2

"Jeg ved, hvad jeg har, men ikke hvad jeg får", hører man ofte folk sige, når de skal tage stilling til eventuelle forandringer i livet. Ordsproget understreger noget af det, der står på spil, når vi står over for forandringer: Usikkerhed, utryghed og besvær. Af samme grund opleves der ofte modstand imod forandringer. Det er denne modstand, som vi har forsøgt at beskrive i dette kapitel. De centrale budskaber i kapitlet er:

Adfærd er svær at ændre, fordi man ved mange adfærdsændringer skal lave om ikke bare på selve adfærden, men også på den måde, man ellers lever. Dette medfører, at ændringen problematiserer adfærd, som man tidligere har opfattet som uproblematisk, og dermed skaber en uønsket kognitiv dissonans i ens dagligliv.

Dette betyder ikke, at det er umuligt at motivere sig selv eller andre til at lave om på uhensigtsmæssige adfærdsformer, men understreger, at forandringerne ikke nødvendigvis kommer af sig selv, og ofte er mere omfattende end som så.

Social læring

M

Hvor kommer adfærd fra? Og hvad er det der gør, at der er forskel på forskellige menneskers adfærd og livsstil?

L

Skal man kunne rådgive og vejlede i forbindelse med det forebyggende sundhedsarbejde, bliver man nødt til at have en forståelse for, hvorfor folk har den adfærd de har. Det er nemlig ikke tilfældigt, at der er forskel på adfærd folk imellem.

E

En af de teoretikere, som har beskæftiget sig med at forklare adfærd, er socialpsykologen **Albert Bandura**. Han introducerede i 1977 den sociale læringsteori⁴, som efterfølgende er blevet anerkendt som en af de afgørende teorier på området.

T

Vores adfærd er styret af forventninger

I

Det grundlæggende syn på adfærd i den sociale læringsteori er, at en stor del af den menneskelige adfærd er styret af to typer af forventninger:

P

- De forventninger vi har til resultatet af en bestemt adfærd.
- De forventninger vi har til, hvorvidt vi i praksis kan udvise adfærd. Denne type forventning betegner Bandura *self-efficacy*.

A

Self-efficacy er den enkeltes forventninger til selv at kunne udføre en bestemt handling eller adfærdsform i en given situation.

K

^④ Den sociale læringsteori er langt mere omfattende end præsenteret i det følgende. Her er udvalgt de dele af teorien, der ofte refereres til i forbindelse med sundhedsadfærd. Det skal også nævnes, at Bandura sidenhen har udbygget og omdøbt teorien til "Social cognitive theory". Her benyttes dog beskrivelsen "social læring", da teorien i denne bog primært bruges til at forklare de sociale relationers betydning for læring.

Denne skelnen er ganske afgørende i forståelsen af sundhedsadfærd, da man ofte står med en problematik, hvor en person godt kender til de sundhedsmæssige gevinster, der ligger i at ændre en bestemt adfærd, men ikke føler sig i stand til at gøre dette i praksis. Husmoderen, der gerne vil lave fedtfattig mad, men som ikke tror, at hun kan finde ud af at lave velsmagende sovs uden piskefløde og smør, er et godt eksempel. Den stressede karrierekvinde i det private erhvervsliv, som godt kan mærke, at de 40 smøger om dagen føles ubehagelige i lungerne, men ikke kan se, hvordan hun skal kunne komme igennem de lange møder uden sine cigaretter, er et andet.

Begge typer af forventninger er ifølge Bandura stærkt påvirket af de erfaringer, vi har gjort os livet igennem. Disse kan deles op i:

- Egne erfaringer
- Andres erfaringer

Egne erfaringer (Learning by doing)

Egne eller personlige erfaringer får vi, når vi har personlige oplevelser. Dvs. erfaringer, som kommer af selv at have deltaget i en bestemt situation. Det kan eksempelvis være, når vi går, kører bil eller laver mad, men også, hvis vi bliver syge, deltager i en bestemt begivenhed etc.

I barndommen får vi erfaringer med en række basale adfærdsformer, men efterhånden som vi bliver ældre, udvides vores erfaringsområde til også at omhandle komplekse handlingsmønstre. Der vil dog altid være situationer, oplevelser, handlinger eller begivenheder, vi ikke får personlige erfaringer med. Det er f.eks. kun forbeholdt et absolut fåtal at få erfaringer med at transplantere et hjerte.

Det er alment kendt, at egne erfaringer er afgørende i forbindelse med indlæring. Man kan f.eks. ikke lære at gå, blot ved at betragte andre, der gør det. Derudover er det indlysende, at jo flere erfaringer vi har med en bestemt adfærd, jo bedre er vi til at udføre den – deraf ordsproget: *“Øvelse gør mester”*.

Vi skal ikke kun lære praktiske færdigheder såsom at gå, cykle, spise osv., vi skal også lære at omgås andre mennesker. Her gør vi os

igen en række erfaringer ved at afprøve forskellige adfærdsformer.

I de første leveår lærer vi, at vi ikke må slå andre, at vente til det bliver ens tur ved rutchebanen etc. Sidenhen udvides vores horisont, og vi skal lære at begå os i mere og mere komplicerede livssituationer, hvor man skal kunne holde mange bolde i luften på en gang.

Egne erfaringer har også stor betydning for, om vi tror på, at vi kan udvise en bestemt adfærd i praksis. Har man før haft gode erfaringer med eksempelvis at omlægge kost- og motionsvaner, vil sansynligheden for, at man har en høj self-efficacy i forhold til tilsvarende livsstilsændringer være større, end hvis det modsatte er tilfældet.

Andres erfaringer – observeret læring

Vi lærer ikke kun af det, vi selv gør, men også af det, vi ser andre gøre. En af de centrale pointer i den sociale læringsteori er, at det meste af den menneskelige adfærd er lært ved at observere andres adfærd.

Evnen til at lære ud fra observationer giver os en række erfaringer med situationer, vi ikke selv har været i. Endvidere er der visse typer af adfærd, vi slet ikke kan lære uden observering. Det gælder bl.a. sprog. Vi observerer andres adfærd, både hos vores nære netværk og hos personer fra det ydre miljø, fra medierne og omgivelserne i det hele taget.

De mest betydningsfulde observerede erfaringer er ifølge den sociale læringsteori dem, som kommer fra de nære relationer/netværk. I begyndelsen af livet er det primært den helt nære familie som mor, far og søskende. Senere i livet ændres dette således, at også venner, klassekammerater, kærester, børn etc. indgår som en del af den nære omgangskreds⁵. Jo flere nære relationer en person har, jo flere forskellige erfaringer får man "foræret". Dette betyder, at man kan

⁵ Inge Bø taler om, at man for børn og unge kan tale om tre forskellige socialiseringsmiljøer: 1) Mikromiljøet er det helt nære miljø. I dette miljø indgår forældre, søskende, nære venner. 2) Mesomiljøet er alle andre miljøer, vi deltager i. Her indgår slægtninge, bekendte, lærere, pædagoger, trænere, kolleger, etc. 3) Makromiljøet er miljøer vi ikke direkte deltager i, men som vi alligevel modtager påvirkninger fra. Det kan være miljøer, som vi læser om i aviser eller ser om i TV. Modebranchen er et godt eksempel på et makromiljø, som de færreste deltager i, men som alligevel har stor betydning for mange.

trække på de observerede erfaringer, når man står i lignende situationer senere i livet. Og dermed øges sandsynligheden for, at man kan håndtere disse succesfuldt.

Andres erfaringer har også betydning for, hvorvidt man har tiltro til, at man selv kan udføre bestemte adfærdstyper i praksis. Har man eksempelvis set familie eller venner gennemføre et rygestop på en succesfuld måde, og har hørt om deres erfaringer og gode råd, vil ens tro på selv at kunne gøre det samme være større, end hvis man tidligere har oplevet andres fiasko.

Evaluering af erfaringer med en bestemt adfærd

Vi ville ikke kunne lære noget af vores erfaringer, hvis vi ikke var i stand til at evaluere og vurdere dem efterfølgende. Lidt firkantet kan man sige, at vi evaluerer vores erfaringer som værende enten positive eller negative.

Generelt kan man sige, at der er størst chance for, at vi gentager en adfærd, hvis vi har haft gode erfaringer med den. Evalueres en bestemt adfærd derimod negativt, kan det give anledning til, at den enten opgives eller ændres. Det afhænger dog også af, om vi tidligere har haft gode eller dårlige erfaringer med den pågældende adfærd. Hvorvidt en erfaring evalueres positivt eller negativt giver i visse tilfælde sig selv. Det er f.eks. i de situationer, hvor vi modtager fysiske signaler fra omgivelserne – eksempelvis hvis vi slår os.

I praksis er det dog ikke altid så simpelt. Dette gælder bl.a., når vi skal vurdere sociale omgangsformer. Her kan det være svært at vurdere, om erfaringerne med en bestemt adfærdsform har været god eller dårlig. Men selv i de situationer modtager vi signaler, som enten "belønner" eller "straffer" den givne adfærd.

Situationsfornemmelse kan i den sammenhæng forstås som evnen til at kunne afkode omgivelsernes holdninger til bestemte adfærdsformer. Og "belønningen" eller "straffen" er enten social accept eller afvisning.

Desuden er det vigtigt at holde sig for øje, at en bestemt adfærd kan indeholde forskellige elementer, som ikke nødvendigvis evalueres ens. Et eksempel på dette er, når man prøver at ryge første gang: Her oplever mange på den ene side en kropslig reaktion, som kan føles meget ubehagelig, og som rent logisk burde føre til, at rygningen blev evalueret negativt. På den anden side opleves der i nogle tilfælde en social accept og anerkendelse fra vennerne, som alligevel fører til, at rygningen samlet set evalueres positivt, og at adfærden gentages.

Som det fremgår af ovenstående, indgår der mange aspekter, når vi skal bedømme en bestemt adfærd. Generelt vil man kunne opdele disse i tre kategorier:

- Fysisk tilfredsstillelse, f.eks. når vi spiser noget, som smager godt.
- Social anerkendelse, f.eks. når vi får et klap på skulderen af vennerne.
- Selvtfredsstillelse, f.eks. den mentale tilfredshed, der følger efter en lang løbetur.

Både når det gælder evalueringen af egne og andres erfaringer, er det vigtigt, at man forstår at koble den udviste adfærd og konsekvenserne af denne. Og evalueringen af visse adfærdsformer kræver derfor en vis portion modenhed, intelligens, erfaring etc.

Andres erfaringer evalueres på samme led som egne erfaringer. Dog er der den forskel, at man her ikke personligt "mærker" konsekvenserne af handlingerne, men selv må fortolke, hvorvidt personen, som har udvist adfærden, har opnået positive eller negative resultater.

Modelering

Når vi efterligner en observeret adfærd, kaldes det for "modelering". Et eksempel på modelering er, når den treårige pige står ved siden af sin mor i køkkenet og laver mad på sit legetøjskomfur.

Bandura pointerer, at det langt fra er al observeret adfærd, som modeleres. Der er mange faktorer, der spiller ind, og påvirker den

enkeltes vurdering af, hvilke adfærdsformer vi ønsker at kopiere:

- Som tidligere nævnt evaluerer vi vores observationer af adfærd ved at se om den person, der udviser adfærden, opnår positive eller negative resultater. Vi kopierer først og fremmest de adfærdsformer, som vi evaluerer positivt.
- Derudover er der forskel på de personer, som indgår i vores omgangskreds. Nogle personer bliver vurderet mere positivt end andre. Vi er mere tilbøjelige til at efterligne de personer, som vi tillægger positive værdier end dem, vi ikke bryder os så meget om. I de første leveår vil det ofte være forældre og søskende, der fungerer som rollemodeller. Senere i livet ændres dette til i højere grad at omfatte venner, kolleger, etc.
- Personlighedstræk hos den enkelte selv. Faktorer som alder, selv-sikkerhed, selvværd, etc. har også betydning for, hvilke adfærds-typer der modeleres. Generelt kan man sige, at jo mere en person er usikker og søgende i forhold til sit eget liv, jo større er sandsynligheden for, at vedkommende vil kopiere andres adfærd.
- Forventningen, om at man selv kan udvise den observerede adfærd, har naturligvis også stor betydning for, om vi modelerer en observeret adfærd.

Når en observeret adfærd modeleres, får vedkommende en personlig erfaring med den pågældende adfærd. Og indlæringen af adfærden forøges kraftigt, idet personen ikke længere kun har set, hvorledes den skal udføres, men også har prøvet adfærden af i praksis.

Sundhedsanbefalinger – sproglig overtalelse

I det foregående er adfærd blevet præsenteret udelukkende som værende afhængig af egne erfaringer, og erfaringer vi har observeret hos andre. Men hvad så med sundhedsmyndighedernes anbefalinger? Har disse overhovedet ingen effekt?

Istedet for selv at se konsekvenserne af en bestemt adfærd nøjes man her med at høre om den. Læreren i skolen, som fortæller ele-

verne om risikoen ved rygning, er et eksempel på overleveret erfaring.

Problemet med overleverede erfaringer er, at de ofte opleves som abstrakte, og at mange derfor ikke oplever dem som personligt relevante. Af samme grund er de ikke nær så betydningsfulde som de andre typer af erfaringer.

Indlæring af sundhedsadfærd

Som nævnt er en stor del af den adfærd vi udviser påvirket af de observationer, som vi gør os i løbet af livet. Det betyder ifølge den sociale læringsteori, at vi overtager en del af den adfærd, som vores netværk udviser. Dette gælder også kost-, motions-, ryge-, alkohol-, og trafikadfærd.

Her skal man være opmærksom på, at en persons holdning til en bestemt sundhedsadfærd ikke kun handler om, hvorvidt denne fører til bedre eller ringere sundhed. Der indgår mange elementer i den enkeltes vurdering af forskellige adfærdsmønstre. Dette belyses i det følgende med et eksempel:

Ser man på et barns læring i forhold til forældrenes rygning, er det ofte slet ikke de sundhedsmæssige aspekter ved rygningen, som observeres. Rygning er i nogle familier en del af det ritual, som samler familien omkring eftermiddags- eller aftenkaffen. Børnene får slik og kager, og de voksne ryger. Barnet lærer således, at det er hyggeligt at ryge, at det er en del af voksenlivet, og at rygningen samler familien eller vennerne⁶.

De sundhedsmæssige konsekvenser af rygningen optræder ofte sent i livet, og barnet vil derfor sjældent kunne observere dem hos forældrene i løbet af barndommen. Derudover vil et helt lille barn sjældent være i stand til at se sammenhængen imellem en bestemt sygdom og den pågældende adfærd. Som følge heraf evalueres forældrenes rygning ikke nødvendigvis negativt af barnet.

⁶ Se Niels S. Hansen: "Rygningens sociologi", Tobaksskaderådet, 1994, og Donald F. Smith: "Rygningens psykologi" Tobaksskaderådet 1991, for en uddybning af sociale- og psykologiske mekanismer ved rygning.

I eksemplet er forældrenes rygning blevet isoleret fra resten af barnets verden. I praksis er det ikke så simpelt, da barnet også får påvirkninger fra mange andre end forældrene. Det kan være belærende udsagn om rygningens skadevirkninger fra skolen eller gruppepres om enten at ryge eller lade være fra vennerne i skolen og fritidslivet. Samlet set dannes der en delvist ubevidst holdning til rygning, som spiller afgørende ind i de situationer, hvor rygning bliver aktuel.

Ændring af sundhedsadfærd

I det følgende forestiller vi os en person, som begyndte at ryge som 14-årig, og nu, 10 år senere, overvejer at holde op. Det skyldes, at hun er begyndt på sygeplejestudiet, og har haft nogle ubehagelige oplevelser på lungemedicinsk afdeling.

Hun har således gjort sig en række observationer, som har vist hende, at rygning kan føre til en række alvorlige sygdomme. Hun har med andre ord lært af andres erfaringer med at ryge. Alligevel tvivler hun på, om det kan lade sig gøre at holde op i praksis.

Det skyldes, at hun flere gange har talt med venner, som har måttet opgive at holde op med at ryge, og en enkelt gang oplevede hun, at en af hendes veninder fik en mindre nedtur, da hun begyndte at ryge igen. Hendes erfaringer med rygestop har således ikke været positive.

Man kan i dette eksempel tale om, at hun på den ene side har positive forventninger til resultatet af at holde op med at ryge, men på den anden side har en lav følelse af self-efficacy, i forhold til selv at kunne gennemføre et rygestop.

Hvis hun prøver at holde op med at ryge, får hun en personlig erfaring, som giver hende et nyt billede af, hvad der kræves for at kunne ændre på rygeadfærden. Erfaringen indgår herefter som en del af den læring, hun har om rygeophør. Måske viser det sig, at hun gennemfører rygestoppet uden at falde i. Men det kan også være, at hun ikke klarer den første gang. Uanset udfaldet har hun fået en erfaring, som kan bruges senere i livet.

Opsamling på kapitel 3

I det foregående har vi med udgangspunkt i den sociale læringsteori forsøgt at besvare kapitlets indledende spørgsmål om, hvor adfærd kommer fra, og hvorfor der er forskel på forskellige menneskers adfærd og livsstil. Teorien beskriver adfærd som et samspil imellem karaktertræk hos den enkelte og mekanismer i vedkommendes sociale omgangskreds, og betegnes derfor som en social-psykologisk teori.

De centrale budskaber i kapitlet er :

Vi observerer den adfærd, vi omgives af, og vi modelerer de dele af adfærden, som vi evaluerer positivt, og som vi tror, vi selv kan udføre.

Sundhedsadfærd *smitter* altså, hvilket i praksis betyder, at sandsynligheden for, at et barn overtager den livsstil samt de normer og holdninger, der knytter sig til sund levevis, er størst i et miljø, hvor man spiser sundt, dyrker regelmæssig motion, ikke ryger, etc.

I næste kapitel vil vi se på yderligere tre teorier, som hver især giver deres bud på centrale elementer i forståelsen af adfærd. Teorierne vil blive beskrevet, så de i højere grad fokuserer på motiverne bag forandringer i sundhedsadfærd.



Teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser

4

L

E

T

I

P

A

K

Hvad er det der gør, at nogle folk er motiverede til at ændre sundhedsvaner, mens andre for enhver pris holder fast i de eksisterende adfærdsmønstre? For at kunne svare på dette spørgsmål bliver man både nødt til at forstå motiverne bag adfærd og have et kendskab til de mekanismer, der kendetegner forandring.

I dette kapitel beskriver vi tre forskellige teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser, som hver især giver deres bud på vigtige faktorer i den sammenhæng. Som det vil fremgå, er der områder, hvor teorierne overlapper hinanden, men der er omvendt også betydelige områder, hvor teorierne lægger vægt på meget forskellige elementer i forståelsen af adfærd og forandring, og hvor teorierne således supplerer hinanden.

Health-belief modellen

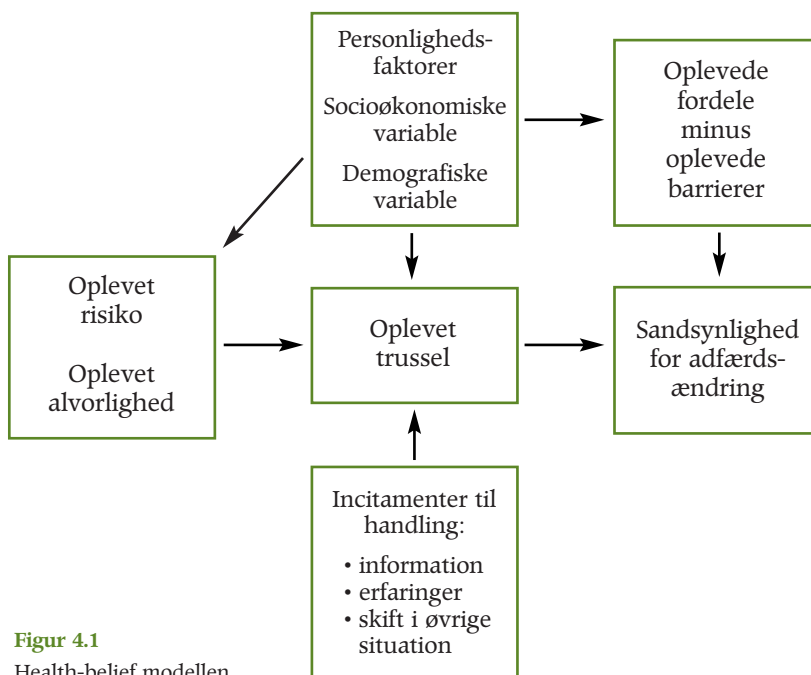
I slutningen af 1950'erne udvikledes health-belief modellen af socialpsykologerne [Hochbaum](#) og [Rosenstock](#). Modellen er sidenhen blevet udviklet og modificeret. Modellen blev udviklet på baggrund af nogle analyser af forskellige personers motiver til at undlade at deltage i screeningsprogrammer for tuberkulose.

Grundtanken i modellen er, at vores sundhedsadfærd er styret af forskellige sundhedsantagelser eller *health-beliefs*:

- Ønsket om enten at undgå sygdom eller om at blive rask.
- Forventninger til, hvilken adfærd der kan forebygge eller kurere sygdom.

Teoriens udgangspunkt er dermed, at vi reagerer på trusler imod helbredet, og at vi forsøger at udvise den adfærd, vi mener fører til

sundhed. Det ligger i modellen, at vi vil forsøge at ændre de adfærdsformer, vi oplever som en trussel imod vores egen sundhed, medmindre vi oplever så store barrierer i forhold til forandringen, at disse overskygger fordelene. Se figur 4.1.



Figur 4.1
Health-belief modellen

Modellens tankegang illustreres i det følgende eksempel:

Eksempel

Hanne er 42 år og arbejder som ekspedient i en isenkræmmer. Hun ved godt, at hun vejer 15-20 kilo for meget, men har hidtil kun tænkt på det, som et kosmetisk problem.

Hanne er bekendt med nogle af de risici, der er forbundet med overvægt (+ *oplevet alvorlighed*), men hun føler ikke, at hun selv for alvor er i farezonen for at få disse sygdomme (– *oplevet personlig risiko*). Her på det sidste er hun dog blevet lidt i tvivl, da hendes bedste veninde, som også er overvægtig, har været indlagt et par dage på sygehuset på grund af forhøjet blodtryk (+ *incitament til handling*).

Pludselig oplever hun, at hendes overvægt udgør en trussel imod hendes helbred (+ *oplevet trussel*), og derfor overvejer hun, om hun skal gøre en indsats for at tabe sig.

Udover hensynet til sundheden tæller det også som en gevinst, at hun vil få en flottere krop og mere energi, hvis hun taber sig (*++ oplevede fordele*). På den anden side oplever hun også, at der er nogle væsentlige hindringer forbundet med et eventuelt vægttab: Dels mangler hun færdigheder i at kunne lave velsmagende og fedtfattig mad, dels føler hun, at det er flovt at motionere, når hun er så tyk (*-- oplevede barrierer*).

Ifølge health-belief modellen vil beslutninger om, hvorvidt man vil forsøge at ændre på sine nuværende sundhedsvaner afhænge af vurderinger af fordele og ulemper ved forandringen. I ovenstående eksempel er denne afvejning illustreret ved et + eller et –, som enten taler for eller imod forandring. Samlet set ville der i eksemplet med Hanne være et enkelt plus, som kunne tale for, at Hanne ville tage skridt i retning af at ændre sin nuværende adfærd på kost- og motionsområdet.

I det følgende gennemgås og diskuteres de enkelte variable fra modellen nærmere.

Oplevet trussel, alvorlighed og personlig risiko

Som det fremgår af både modellen og ovenstående eksempel, er det en væsentlig pointe, at den oplevede trussel både afhænger af, om en bestemt sygdom opleves som værende alvorlig, og om man føler, at man selv har en risiko for at pådrage sig denne.

En ryger kan således godt opleve, at lungekræft er en meget alvorlig sygdom, men samtidig have en følelse af, at sandsynligheden for at hun selv skal få sygdommen er meget lille, og derfor ikke opleve rygeadfærden som en alvorlig trussel.

Meget ofte er det denne problematik, man står overfor, når man forebygger. Som nævnt i kapitel 2 henvender man sig ofte til folk på et tidspunkt, hvor de endnu ikke har mærket de mulige konsekvenser af u hensigtsmæssige sundhedsvaner.

Op de færreste kan forholde sig til abstrakt risikoberegning om sandsynligheden for på et eller andet tidspunkt at komme til at fejle en eller flere sygdomme.

Incitamenter til handling

Incitamenter til handling er begivenheder og erfaringer, som får den enkelte til at ændre på sin oplevelse af en bestemt adfærd og/eller sygdomstrussel. Et incitament kan komme i form af:

- **Information.** Opfordringer til at lade sig undersøge for en bestemt sygdom hos lægen eller informationer om sundhedsmæssige gevinster ved ændringer af livsstil.
- **Erfaring.** Egne eller andres erfaringer med en sygdom eller et alvorligt symptom, som kan relateres til en bestemt adfærd. Et incitament til at ændre på kost eller motionsvaner kunne således være: gangbesvær, åndenød, eller at man fik en blodprop etc. I eksemplet fra før var det et incitament til handling, at Hanne oplevede, at hendes bedste veninde blev indlagt som følge af forhøjet blodtryk.
- **Skift i øvrige situation.** Ændringer i livsomstændigheder, f.eks. nyt job, ændring i civilstand, flytning eller lignende, som fører til forandringer i sundhedsadfærd.⁷

Et incitament til handling er den anledning som udløser en forandring. Incitamentet kan være, at andre opfordrer én til at gøre noget bestemt, eller at en person har nogle oplevelser, som gør at vedkommende pludselig føler sig motiveret til at gøre noget nyt. Endvidere er det i nogle tilfælde et incitament til forandring, hvis der sker forandringer i livsomstændigheder.

Hvad der helt konkret sker, når et incitament ændrer ved vores opfattelse af en bestemt adfærdsform, er der ingen, der med sikkerhed kan sige endnu. Et bud kunne være, at incitamentet medfører, at viden om konsekvenserne af en bestemt sygdom ændres fra at handle om abstrakt risikoberegning til konkrete oplevelser/erfaringer, som enten kan mærkes på egen krop, eller observeres hos andre.

⁷ **Meillier, Lucette:** Sundhedsoplysning og forandring – mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner. Institut for epidemiologi og socialmedicin. Aarhus universitet. Rapport nr. 9. 1994.

I andre tilfælde, eksempelvis ved forandring af livsomstændigheder, nævner Meillier, at en årsag kunne være, at forandringen har medført nye rammer eller muligheder, som gør det muligt for den enkelte at udvise nye adfærdsmønstre.

I eksemplet med Hanne kunne et jobskifte – eller andre ændringer – måske føre til, at hun kom i kontakt med andre overvægtige, der dyrkede motion sammen, hvor hun ikke ville føle, det var flovt at deltage. Hvis det skete, ville hun ikke længere opleve nær så store barrierer i forhold til at ændre sine motionsvaner.

Det skal endvidere understreges, at man absolut ikke kan antage, at incitamenter automatisk medfører, at den eller de berørte tager deres livsstil op til revision. Sådan forholder det sig langtfra altid, og der er masser af eksempler på personer, som trods massive helbredsmæssige advarsler, er fortsat med at udvise en adfærdsform, som opfattes som værende uhensigtsmæssig af sundhedssystemet.

Oplevede fordele og oplevede barrierer

Som det fremgår af modellen, skal sundhedsadfærd ikke kun forstås på baggrund af, om vi oplever, at en bestemt adfærd er en trussel for vores helbred. Vi skal også være overbeviste om, at det nytter noget at lave en ændring – at der er fordele knyttet til forandringen. Derudover skal vi kunne overskue forandringen, og ikke føle at der er for mange barrierer i forhold til at udvise den nye adfærd.

Oplevede fordele

Oplevede fordele ved en bestemt adfærd kan både være oplevelse af sundheds- og helbredsmæssige gevinster, men også elementer som øget psykisk velvære og anerkendelse fra den sociale omgangskreds etc.

Oplevede barrierer

Oplevede barrierer kan være manglende ressourcer og energi til forandring, pres fra den sociale omgangskreds om ikke at lave om, frygt for abstinenser, samt manglende tro på at kunne magte at udføre forandringen i praksis⁸.

Anvendelse af Health-belief modellen

Health belief-modellen har været anvendt både til få en forståelse af motiverne bag sundhedsadfærd, og som teoretisk baggrund i en række indsatser. I det følgende vil vi anvende modellen i forhold til rådgivning og vejledning.

Oplevet alvorlighed

Det følger direkte af modellen, at det er relevant at oplyse om alvorligheden af bestemte sygdomme herunder at beskrive sammenhængen imellem sygdom og livsstil. I forhold til eksempelvis rygning vil viden om rygningens sundhedsmæssige konsekvenser være afgørende.

Personlig risiko

Hvis oplysninger om alvorligheden af en bestemt sygdom eller adfærdsform skal have en effekt, skal disse opleves som personligt relevante. Det betyder, at individet skal opleve en personlig risiko i forbindelse med adfærden.

Erfaringen viser, at dette gøres mest effektivt, hvis der tages afsæt i den enkelte patients egen situation. Her er objektive faktorer som almen tilstand, vægt, lungefunktion, kondition, kolesteroltal, puls, blodtryk etc. samt selvfortalte udsagn om egen sundhedstilstand et udmærket udgangspunkt.

Oplevede fordele

Det er indlysende, at oplysninger om fordele ved forandringer er afgørende i rådgivnings- og vejledningssammenhæng. Det gælder både sundhedsmæssige-, sociale-, og personlige gevinster i forbindelse med forandringen.

For at kunne oplyse om sundhedsmæssige gevinster ved at omlægge en bestemt livsstil kræver det, at man har sin faglige baggrund i orden i forhold til den konkrete problemstilling. Det vil sige, at man som fagperson har sat sig ind i de sundhedsmæssige gevinster der er ved eksempelvis at holde op med at ryge, at motionere mere, spise mindre fedt, etc.

⑧ Hvilket svarer til at have en lav følelse af self-efficacy i forhold til den konkrete adfærd. Se kapitel 3: "Social læring".

Desuden er det vigtigt at holde sig for øje, at gevinsterne ved omlægninger af livsstil ikke kun handler om sundhed. Alkoholområdet er et eksempel på et felt, hvor mange vil opleve betydelige sociale og personlige gevinster, hvis det lykkedes dem at ændre på et for højt forbrug. Gevinster som f.eks. bedre familieliv, øget selvværd og et bedre arbejdsliv.

Oplevede barrierer

Som sundhedsperson fokuserer man ofte på de fordele, som en given livsstilsændring medfører, men man må ikke glemme at forholde sig til de barrierer, som knytter sig til forandringen. Er barriererne for store, opvejer de fordelene, hvilket medfører, at der fortsættes som hidtil. Derfor er det afgørende at få afdækket, hvilke barrierer patienten har overfor en given forandring, og hvis det er muligt at finde strategier, som mindsker disse.

“Health-belief modellen” er en individuel kognitiv teori. Udfra modellen skal sundhedsadfærd primært ses på baggrund af den enkeltes fortolkning af henholdsvis sygdomstruslen, fordelene og ulemperne ved en given adfærd. I næste afsnit præsenteres en sociologisk teori, “Diffusion of innovation”, hvor synet på den enkeltes adfærd i langt højere grad handler om parametre i individets omgangskreds.

Diffusion of innovation

Everett M. Rogers beskriver i bogen “Diffusion of innovation” hvordan nytænkning eller innovationer spredes i et socialt system. I denne sammenhæng vil vi forholde os til den type af nytænkning, som omhandler forandringer i sundhedsadfærd, f.eks. kost-, motions-, ryge-, eller alkoholvaner.

Ifølge teorien er der en række forhold, man er nødt til at tage i betragtning, hvis man skal forstå, hvorfor nogle er positive og andre er negative overfor adfærdsmæssig nytænkning. I det følgende vil vi gennemgå nogle af de begreber, som kan anvendes i forbindelse med rådgivning og vejledning. Vi skal se på:

- Individet som en del af et socialt system.
- Individets oplevelse af gevinst, kompatibilitet og kompleksitet i forhold til en bestemt forandring.
- Betydningen af at kunne afprøve nye adfærdsformer.
- Betydningen af at forandringen er synlig.

Derudover gennemgås beslutningsprocessen og de kommunikationsformer, som ifølge teorien er effektive i de forskellige faser.

Det sociale system

Diffusionsteorien tager udgangspunkt i, at man, hvis man skal forstå, hvad der er på spil, når en person skal tage stilling til en eventuel forandring, ikke kun skal se på den enkeltes personlige oplevelse af den. Man bliver også nødt til at forholde sig til de sociale netværk, som vedkommende deltager i, og deres holdning til ændringen.

Det hænger sammen med, at vi ikke forholder os passivt til budskaber om eksempelvis nye vaner, men aktivt diskuterer disse med vores arbejdskammerater, familie og venner. Deres reaktion på budskaberne inddrager vi i vores egen fortolkning, og den enkeltes holdninger til nye sundhedsbudskaber skal således ses som et samspil imellem egne- og sociale netværks holdninger.

Styrken i diffusionsteorien er, at den gør meget ud af at beskrive de typer og de roller, der kendetegner netværkene, og som man bliver nødt til at kende, hvis man skal kunne forstå adfærd hos individet.

Netværk er en bred betegnelse for de grupper af mennesker, som man er knyttet sammen med, enten formelt eller uformelt. Der kan være tale om primære netværk, som f.eks. ens familie. Der kan være tale om sekundære netværk, som f.eks. medlemmer af ens egen profession eller tertiære netværk, hvor man er knyttet til hinanden som netværk på grund af en bestemt interesse, f.eks. en læsegruppe på internettet.

Forskellige typer af netværk

Netværk kan deles op på forskellige måder. Man kan opdele netværk alt efter, om de er nære eller fjerne, om netværket har meget eller lidt intern kommunikation, om det er åbent eller lukket, om det er af social- eller professionel karakter, om det er komplekst eller enkelt etc. I det følgende beskrives henholdsvis det nære og det fjerne netværk.

Man deler ofte netværk op efter, om de er tæt på eller langt fra den pågældende persons privatliv. I de nære netværk indgår eksempelvis venner, familie og andre personer, som vi føler os nært knyttede til, og som vi deler en forholdsvis stor del af vores dagligliv med. De nære netværk kan tit betegnes som værende homofile, da deltagerne i disse ofte deler fælles holdninger og livssyn på en række områder. Desuden vil der typisk være megen intern kommunikation medlemmerne imellem.

De fjerne netværk er af mere formel karakter, og i dem indgår primært personer, som ikke nødvendigvis får det store indblik i vores privatliv. Det kan eksempelvis være faglige netværk, sammenslutninger, deltagerne på aftenskoleholdet etc.

De fjerne netværk betegnes ofte heterofile, idet deltagerne i mange tilfælde er meget forskellige. Kommunikationen i de fjerne netværk er ofte begrænset, men i nogle sammenhænge, som f.eks. på arbejdspladsen, kan der godt være tale om et såkaldt fjernt netværk, men med meget intern kommunikation.

Netværk kan over tid ændre karakter og gå fra at være et fjernt netværk til at blive et nært. Mange vil f.eks. efter noget tid på den samme arbejdsplads opleve, at kollegerne efterhånden bliver en del af ens nære netværk, som man deler personlige problemer med. Omvendt er der også netværk, som dør ud. Det gælder eksempelvis ofte for sammenholdet imellem gamle klassekammerater, som år efter afsluttet uddannelse langsomt svinder ind.

Internt i de enkelte netværk er der selvfølgelig også personer, som man føler sig nærmere tilknyttet end andre.

Vi påvirkes mest af de nære netværk

Rogers påpeger, at det meget ofte er de nære netværk, som vi lader os påvirke af og lytter til. Det hænger sammen med, at vi har en stor kontaktflade til de nære netværk, og derfor kender hinandens livsbetingelser godt. Men det skyldes også, at de personer som indgår i disse netværk i mange tilfælde har de samme værdier, normer og holdninger som en selv. Derfor har man lettere ved at identificere sig og kommunikere med de nære netværksmedlemmer om personlige emner.

Det betyder selvfølgelig ikke, at vi ikke lader os påvirke af informationer udefra. Eksempelvis vil de fleste opfatte sundhedsoplysninger fra en ekspert som mere troværdige end tilsvarende informationer fra andre. Men ekspertens oplysninger vurderes i samråd med andre nære relationer, og deres fortolkning af informationen indgår i den enkeltes vurdering af den konkrete sag.

Roller i de sociale netværk

Derudover er det en afgørende pointe i diffusionsteorien, at vi indtager forskellige roller i de sociale netværk. Tager man en bestemt form for nytænkning, f.eks. at man skal spise seks stykker frugt om dagen, vil et netværk kunne deles op alt efter om det enkelte medlem:

- Allerede er overbevist (i dette eksempel er det dem, som allerede spiser seks stykker frugt dagligt).
- Er positive overfor idéen.
- Stiller sig tvivlende overfor idéen.
- Er meget skeptiske overfor idéen.
- Er direkte imod idéen.

Når gruppen forholder sig til, hvorvidt det er positivt eller negativt at spise seks stykker frugt dagligt, vil gruppemedlemmerne indtage forskellige roller. Der vil være følgende rollefordeling:

- Frontløbere – de personer i et netværk, som er de første til at prøve nye ting.
- Meningsdannere – dem, som de andre i netværket lytter til.
- Brobyggere – dem, som binder netværket sammen ved at bygge bro imellem yderpunkterne i gruppen.
- Medløbere – dem, som gør det, de andre gør.
- Løst tilknyttede personer – medlemmer, som er anderledes end resten af gruppen. De løst tilknyttede personer vil ofte i kraft af deres forskellighed kunne tilføre netværket informationer fra miljøer, som netværkets medlemmer normalt ikke færdes i.

I det følgende beskrives meningsdannerens rolle og betydning nærmere:

En meningsdanner er den person, der bliver lyttet til, og som mere eller mindre bevidst bliver taget med på råd, når de andre netværksmedlemmer skal tage stilling til en bestemt form for nytænkning. Meningsdanneren er ikke nødvendigvis den person, som råber højest og gør sig mest bemærket udadtil, men er snarere den, som nyder størst troværdighed, og som er i stand til at overbevise andre om sine synspunkter.

Konsekvensen af den interne påvirkning fra meningsdannerne er ofte, at der over tid udvikles fælles holdninger og normer til en række emner, som netværkets medlemmer deler. Der opstår altså over tid en slags "ensretning" afhængigt af netværkets sammenhold. Det er dog vigtigt at understrege, at alle ikke nødvendigvis lader sig påvirke af den samme person, og at det ikke nødvendigvis er den samme person, som er meningsdanner i forhold til alle emner.

Netværk kan være positive eller negative overfor forandring af vaner

Ifølge Rogers vil det generelt forholde sig sådan, at i de tilfælde, hvor den eller de sociale meningsdannere er positive overfor en bestemt form for nytænkning, er sandsynligheden for, at netværket er positivt overfor nytænkningen større, end hvis det modsatte er tilfældet.

Det betyder selvfølgelig ikke, at alle deltagere i et netværk er enige om alt, men i praksis vil der ofte være tale om mere eller mindre dominerende holdninger på en række områder. Det gælder

også holdninger til sundhedsrelaterede emner og illustreres i det følgende med to lidt karikerede eksempler, hvor netværket er arbejdspladsen:

Eksempel

Anette er sygeplejerske, og arbejder på et lille sygehus i provinsen. På afdelingen er der for nyligt indført rygeforbud for de ansatte, og der har været gjort en stor indsats for at få personalet til at holde op med at ryge. Anette er den eneste, der stadig ryger på afdelingen. Anette er for nyligt blevet gravid og oplever dagligt, at hendes kolleger tager afstand fra, at hun ryger, når hun godt ved, hvordan det påvirker barnet.

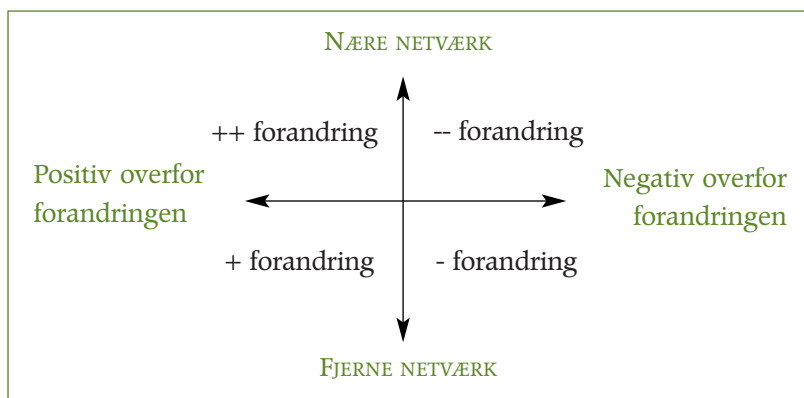
Eksempel

Bent er 53 år, og arbejder som håndværker i et lokalt malerfirma. Alle undtagen lærlingen Klaus ryger, og der er ingen steder, hvor der er rygeforbud. Bent har haft nogle slemme hosteanfald og en alvorlig lungebetændelse. Derfor overvejer han at holde op med at ryge. Han er bange for at tale om sin beslutning på arbejdet, da han ved, at der vil blive set ned på ham. Holdningen har altid været, at ikke-rygere er kedelige og frelste. Derudover tvivler Bent på, om han kan holde op, når alle de andre ryger i pauserne.

Som det fremgår af eksemplerne, kan et netværk både være med til at fremme ændringen af en bestemt sundhedsvane, men de kan bestemt også være med til at fastholde en person i et bestemt adfærdsmønster og dermed hæmme forandringsprocessen.

Netværk og forandringsprocessen

I det følgende er der opstillet en model, som beskriver relationen imellem netværk og forandring. Ifølge modellen vil det være sådan, at et netværk fremmer forandringsprocessen mest muligt, hvis det er et nært netværk, som er positivt overfor forandringen. Omvendt vil de nære netværk, som er negative overfor forandringen, hæmme forandringsprocessen. Se figur 4.2. på næste side.



Figur 4.2: Når de nære netværksrelationer er positive overfor en given sundhedsmæssig nytænkning, er der størst sandsynlighed for forandring. Når nære netværksrelationer er negative overfor en given sundhedsmæssig nytænkning, er der mindst sandsynlighed for forandring.

I det foregående er forskellige netværkstyper beskrevet i forhold til forandring. I den virkelige verden indgår vi i mange forskellige netværk, og det kan være, at holdninger, der tages for givet i en sammenhæng, opfattes helt anderledes i en anden.

Går vi tilbage til eksemplet med Anette, kan det jo være, at hun også er en del af et gammelt venindefællesskab, hvor det at ryge ses som et udtryk for, at man er med på vognen, at man tager tingene afslappet, og at man forstår at more sig. I så tilfælde påvirkes Anette af forskellige holdninger, som trækker i hver sin retning i forhold til hendes rygeadfærd.

Karaktertræk knyttet til innovationen

Ifølge Rogers er der forskellige faktorer knyttet til nytænkningen, som har betydning, når vi vurderer nytænkning. Ifølge disse forhold der det sig således, at der er størst chance for at nytænkning vinder indpas hvis:

- Modtagerne oplever, at der er gevinster knyttet til nytænkningen.
- Nytænkningen er i overensstemmelse (kompatibel) med egne og nære relationers eksisterende vaner, holdninger og normer.
- Nytænkningen ikke opleves for kompliceret og kompleks at udføre/efterleve i praksis.

- Der er mulighed for at afprøve nytænkning i det små.
- Nytænkningen er synlig for omgivelserne.

Oplevelse af gevinst (relativ fordel)

Modtagerne af sundhedsmæssig nytænkning oplever, at denne giver dem nogle gevinster, som taler for, at de ændrer deres nuværende adfærd, hvis fordelene ved den nye sundhedsvane samlet set overgår fordelene ved den gamle.

I forhold til rygning er det f.eks. afgørende, at personen, der overvejer at forsøge sig med et rygestop, oplever, at det nytter noget at holde op med at ryge. At der er betydelige helbredsmæssige gevinster forbundet med et rygestop, som samlet set overgår de fordele, der ligger i at ryge videre.

Gevinsten kunne dog også være af social karakter. Anette ville formentlig opleve, at hun opnåede social anerkendelse fra kollegaerne på arbejdspladsen, hvis hun ændrede sin rygeadfærd.

Kompatibilitet

Kompatibilitet beskriver, hvorvidt en given nytænkning opleves som værende i overensstemmelse med eksisterende vaner, holdninger og normer på området. Hvor dette ikke er tilfældet, vil nytænkningen blive opfattet som besværlig og vanskelig at indpasse i dagligdagen, og sandsynligheden, for at adfærden tilegnes, er mindre⁹.

Rogers understreger, at det ikke er nok at se på den enkeltes holdninger til en given sundhedsmæssig ændring. Man bliver også nødt til at forholde sig til de nære sociale relationers holdninger og reaktioner på ændringen. Bents situation er et typisk eksempel på en arbejdskultur, hvor nytænkningen: "at holde op med at ryge" ikke er kompatibel med de eksisterende holdninger og normer på området.

⁹ Man kan tale om, at adfærd, som ikke er kompatibel med eksisterende normer og holdninger på området, skaber en norm- og holdningsmæssig dissonans, hvor den nye adfærd sætter spørgsmålstegn ved nogle af de grundlæggende antagelser som vedkommendes livsverden bygger på. Se kapitel 2: Adfærd er svær at ændre.

Kompleksitet

Der kan være forskellige årsager til, at nytænkning kan opleves som kompleks af modtageren. Det kan være at:

- Det er svært at forstå, hvorfor man skal udskifte den gamle vane med den nye. Hvis man f.eks. er opdraget med, at det er vigtigt at drikke mælk, kan det virke forvirrende, når mælkeprodukter af mange beskrives som den helt store fedtsynder. Endvidere oplever mange, at der på kostområdet findes flere forskellige bud på, hvad sunde spisevaner er. Hvad er værst: fedt eller tilsætningsstoffer? Er gensplejset mad usund? etc.
- Den nye sundhedsvane kan indebære, at man skal udføre flere forskellige nye ting på en gang. Dette gør sig eksempelvis gældende i de tilfælde, hvor en person, som er holdt op med at ryge, også må ændre på kost- og motionsvaner for at holde vægten på et acceptabelt niveau.
- Den nye adfærd opleves som svær at udføre i praksis. Ofte indebærer forandringer, at man skal erhverve sig nye kundskaber i forskellige sammenhænge. Det er eksempelvis tilfældet, når en person skal lære nye opskrifter i forbindelse med kostomlægninger eller lignende.

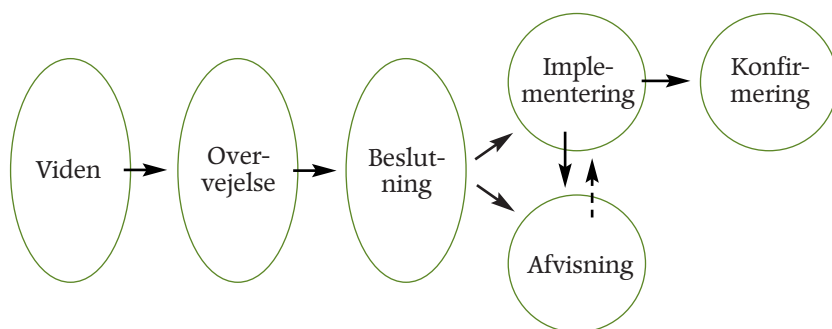
Generelt gælder det, at nye sundhedsvaner og handlinger ikke må opleves så komplekse af modtageren, at vedkommende ikke kan overskue at udføre dem i praksis.

Mulighed for afprøvning

Ifølge Rogers er sandsynligheden for, at vi forsøger at gennemføre forandringer større, hvis vi har mulighed for at afprøve det nye i det små. Det hænger sammen med, at man opnår personlige erfaringer, der nedsætter den usikkerhed, der ofte knyttes til forandring. Man ved med andre ord mere om, hvad man går ind til, inden man for alvor skal tage stilling til fordele og ulemper ved nytænkningen.

Synlighed

Adfærdsmæssige forandringer, som er synlige, vil ofte have mere gennemslagskraft end ændringer, der ikke kan observeres. Nogle



Figur 4.3 De forskellige stadier modtageren af en bestemt form for nytænkning gennemgår. Især på overvejelses-, vurderings- og beslutningsstadiet inddrager vi vores netværk, deres holdninger til og erfaringer med den pågældende adfærdsform. Frit efter Everett M. Rogers 1995.

typer af sundhedsmæssig nytænkning er mere synlig end andre. Man kan eksempelvis ikke se på en person, om vedkommende dyrker sikker sex, imens det er væsentligt mere synligt, når slankepulveret tages frem i frokostpausen. I de tilfælde, hvor resultatet af den nye adfærdsform er synligt for andre, giver synlige innovationer endvidere muligheden for en såkaldt "afprøvning via andre", idet man kan se, hvordan andre klarer sig.

Beslutningsprocessen

Rogers forholder sig også til den proces, som kendetegner beslutninger om at indarbejde nye tankegange herunder ny sundhedsadfærd. Her understreges det, at ændringer i levevis skal ses som et resultat af en proces kendetegnet ved forskellige stadier. Se figur 4.3.

Viden/kendskab

I første stadie præsenteres den enkelte for viden eller kendskab til nye muligheder, som giver anledning til at tage gamle sundhedsvaner op til revision. I forhold til rygetemaet kunne det være ny viden om generne ved rygning eller kendskab til nye rygeafvænningsmetoder. Men det kunne også være en ændring i livsbetingelserne (eksempelvis en graviditet) som gjorde, at gammel viden blev sat ind i en ny sammenhæng.

Overvejelse/vurdering

På andet stadie vurderes den nye viden i forhold til oplevet fordel/værdi af at ændre adfærd. I disse overvejelser inddrages desuden oplevelse af kompatibilitet, kompleksitet i forhold til ændringen. På dette stadie inddrages også andres erfaringer med den pågældende adfærdsændring, og hvis det er muligt afprøves ændringen i det små, eksempelvis ved at leve i overensstemmelse med den nye adfærd en enkelt dag.

På overvejelser- og vurderingsstadiet kan familie, venner, kolleger og i nogle tilfælde sundhedspersonale have stor betydning for den enkeltes holdning til nytænkningen, idet de ofte inddrages både direkte (ved konversation) og indirekte (ved observation).

Beslutning

Efter overvejelserfasen tages der en beslutning om, hvorvidt man vil forsøge at indarbejde den nye adfærd, eller om man vil fortsætte som hidtil. Også i beslutningsfasen inddrages og evalueres andres erfaringer, når der skal tages stilling til den nye adfærd.

Implementering

Implementering er kendetegnet ved, at den nye adfærd prøves af i praksis og forsøges indarbejdet i dagliglivet. På implementeringstrinnet vil der ofte dukke nogle af de aspekter fra overvejelser- og beslutningsstadiet op, som talte imod forandring. Det kunne eksempelvis være afhængighed, negative reaktioner fra de sociale netværk, fysiske symptomer og psykiske reaktioner såsom stress, humørsvingninger, rastløshed etc. Fortsat implementering kan således ikke tages for givet, selvom der en gang er taget en beslutning om forandring.

Konfirmering

I de tilfælde, hvor implementeringen af den nye adfærd fortsættes, nås til sidst konfirmeringsstadiet. På dette stadie overvejes adfærden ikke længere, men tages for givet. Man kan også diskutere, om man reelt når et decideret konfirmeringsstadie, hvor man er fuldstændigt frigjort fra tidligere praksis. Dette afhænger både af adfærdsform og den enkeltes personlige oplevelse. Nogle kan således sige sig helt fri fra tidligere handle måder, imens andre lever med en konstant kamp om at modstå fristelserne.

Anvendelse af diffusionsteorien

I det følgende gennemgås diffusionsteorien i forhold til individuel rådgivning og vejledning.

Det sociale system

Som nævnt har de sociale netværk ifølge teorien stor betydning for den enkeltes "valg" af sundhedsadfærd. Derfor er det ganske afgørende, når man beskæftiger sig med rådgivning og vejledning, at få et kendskab til de mest betydende sociale netværk den enkelte indgår i, herunder at få afklaret, hvordan nøglepersonerne i disse stiller sig overfor forandringen. Grunden til dette er, at disse nøglepersoner som nævnt kan fungere både som fremmere eller hæmmere for den enkelte i vedkommendes forandringsproces.

Hvis det er muligt, skal nøglepersonerne inddrages, så de såvidt muligt støtter den person, som ønsker at forandre en eller flere vaner. I de tilfælde, hvor nøglepersonerne decideret modarbejder forandringsprocessen, kan det være vigtigt at få snakket om dette og finde mulige løsninger.

Oplevelse af gevinst

Det følger umiddelbart af teorien, at det handler om at tydeliggøre den reelle gevinst ved en bestemt forandring. I sundhedsmæssig sammenhæng vil det ofte være oplysninger om helbredsfordele, men det kunne også være at tale om nogle af de øvrige positive aspekter, som man kan opleve i forbindelse med livsstilsforandringer. Det kunne være elementer som psykisk velvære, øget selvværd, bedre økonomi, social anerkendelse etc.

Mangel på kompatibilitet

Hvorvidt nytænkning er i overensstemmelse med eksisterende normer, holdninger etc. afhænger i høj grad af modtagerens personlige oplevelse af den. I nogle tilfælde kan nytænkning være i modstrid med religiøse opfattelser, eksempelvis når katolikker opfordres til brug af prævention, mens der i andre tilfælde er tale om, at nytænkningen ses som udtryk for noget frelst eller irrelevant etc.

Umiddelbart må man som fagperson respektere den enkeltes egen opfattelse, men man kan i de tilfælde, hvor uoverensstemmelsen

skyldes misforståelser rette op på disse. Endvidere vil en dialog om uoverensstemmelserne under alle omstændigheder føre til en afklaring af problemerne, og hvad der eventuelt kan gøres for at rette op på disse.

Når en adfærd opleves kompleks

I de tilfælde, hvor den nye sundhedsadfærd opleves som meget kompleks og dermed svær at udføre i praksis, kan det være vigtigt at få afklaret, hvor problemerne opstår og ikke mindst, hvad der kan gøres for at afhjælpe disse. Omlægninger af kost er et eksempel på et område, hvor nogle vil føle, at den nye adfærd er kompleks at udføre i praksis. Brug af nicotinsubstitution et andet.

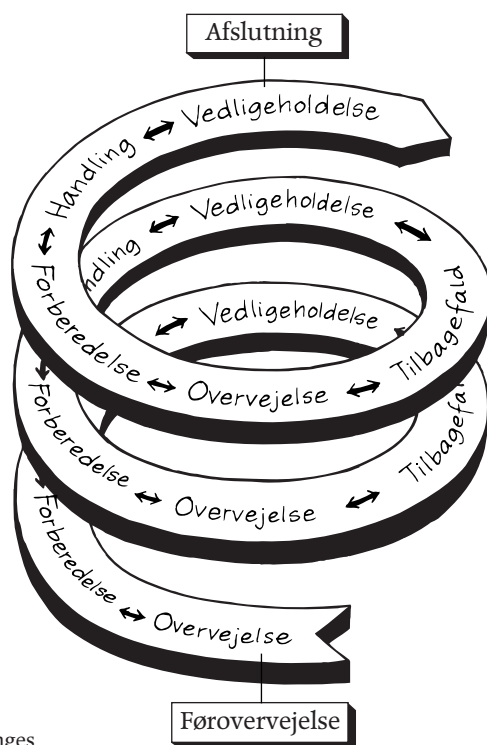
Muligheden for afprøvning

Det er oplagt at opfordre folk, som overvejer at ændre en vane, til at prøve ændringerne af i det små inden de for alvor kaster sig ud i et mere helhjertet forsøg. På denne led opnås der indsigt i mange af de problemer, man risikerer at løbe ind i undervejs, og som man måske kan forberede sig på.

Synlighed

Generelt er forandringer i sundhedsadfærd ikke nær så synlige som andre adfærdsformer, da de ofte handler om at lade være med at gøre et eller andet. Man kan dog gøre ting synlige på mange måder, bl.a. ved offentligt at stå frem og meddele, at man forsøger at ændre eksempelvis ryge- eller kostvaner.

I næste afsnit præsenteres en teori om forandringsprocesser, "Stages of changes". Teorien er en såkaldt transteoretisk model, idet den benytter elementer fra flere forskellige teoretiske retninger indenfor især psykologien. Til forskel fra teorien om diffusion af innovationer ser "Stages of changes" modellen i højere grad forandringer i adfærd som en individuel proces, hvor der lægges vægt på den enkeltes viden, motivation, ressourcer etc. og i mindre grad lægges vægt på sociale netværk, meningsdannere etc.



Figur 4.4
Stages of Changes

Stages of Changes

En af de modeller, som de senere år har vundet indpas i mange sundhedsprogrammer, er Prochaska og DiClementes: "Stages of changes". Modellen er udviklet på baggrund af observationer af personer, som på egen hånd har gennemført et adfærdsændrende forløb – eksempelvis er holdt op med at ryge, har ændret kostvaner eller alkoholvaner etc. Der er bred enighed om, at modellen danner et godt udgangspunkt for diskussion af forandring, samt at teorien, netop ved at påpege almene træk ved menneskers forandringsprocesser, har universel karakter, og kan anvendes overfor alle livsstilsproblemer.

Udgangspunktet i modellen er, at folk som succesfuldt forandrer adfærd, meget sjældent gør dette spontant, men tværtimod bevæger sig imellem en række stadier, hvor den vedvarende forandring blot er sidste trin. Se figur 4.4.

Som det fremgår af modellen, peger pilene i begge retninger, og det er en vigtig pointe i teorien, at man ikke bevæger sig lineært fra start

til slut, men snarere pendler frem og tilbage over længere tid indtil en endelig forandring er nået. Ved et tilbagefald er man i forhold til adfærden tilsyneladende lige vidt, man ryger f.eks. igen, men som det fremgår af modellens spiralform, er man samtidig på et nyt erfarings- og læringsniveau i forhold til at kende egne reaktioner under et ændringsforsøg.

En anden væsentlig pointe, som kan udledes direkte af forandringsprocessen, er, hvorfor simple råd ofte kun giver begrænset effekt. Et råd indebærer en forestilling om, at den som rådet gives til er parat til forandring. F.eks. vil et menneske, der i forhold til sin rygning befinder sig i overvejsesstadiet, typisk opleve et råd som malplaceret og bedrevidende, hvorimod rygeren i forberedelses-, handle- eller vedligeholdelsesfasen kan tænkes at have megen gevinst af konkrete råd.

Processen, der fører til beslutningen om forandring, indebærer mange bevægelser både op og ned i spiralen, hvilket medfører, at en spontan, fuldblyndet adfærdsændring derfor ikke nødvendigvis er det eneste mål for en samtale.

I det følgende beskrives de enkelte stadier:

Førovervejelse

En person, som befinder sig på førovervejsesstadiet i forhold til en bestemt adfærdsform, er glad og tilfreds med adfærden, og har ingen intentioner om at lave denne om. Negative konsekvenser ved adfærden enten negligeres, fortrænges eller bortforklares. Generelt er personer på førovervejsesstadiet ikke motiverede til at ændre på deres adfærd. Og man kan sige, at de oplever adfærden som uproblematisk¹⁰.

I de tilfælde, hvor personer i førovervejsesstadiet tidligere uden held har forsøgt at ændre på adfærdsformen, bruges fiaskoen til at slå sig selv i hovedet med ved at bruge argumenter som: "Det nytter ikke noget, jeg har ikke viljestyrke til forandringen", eller slet og ret: "Jeg har opgivet at ændre mig". Ofte efterfulgt af argumenter om, at

¹⁰ Se kapitel 2: "Adfærd er svært at ændre".

det nok ikke er så slemt igen, og at dårlige vaner på et område opvejes af gode vaner på et andet eller lignende. Disse personer vil typisk kunne liste langt flere fordele end ulemper ved deres rygning op. Desuden er det kendt, at personer på før-overvejsesstadiet ofte undgår informationer om de skadelige konsekvenser af deres adfærd.

Overvejelse

Begynder en person at sætte spørgsmålstejn ved en bestemt adfærdsform, kan vedkommende siges at være i overvejsesstadiet i forhold til denne adfærd. Personer i overvejsesstadiet har ikke længere et uproblematisk forhold til den pågældende adfærd, og stadiet er kendetegnet ved afvejninger af fordele og ulemper ved en eventuel forandring. Dette er dog ikke ensbetydende med, at overvejsesstadiet automatisk fører til forandring, da nogle bliver "fanget" i overvejsesstadiet, hvorved det udvikler sig til et permanent stadie.

Forberedelse

På forberedelsesstadiet har folk intentioner om at ændre adfærd indenfor den nærmeste fremtid. Forberedelsen kan bestå i at fastlægge en dato for den nye adfærd, prøve den nye adfærd af i det små, lægge strategier for, hvad der skal gøres ved abstinenssymptomer, hvordan man kan få hjælp og støtte i svære perioder, anskaffe sig viden og bekræftelse på det fornuftige i at lægge om, etc.

Personer som planlægger et rygestop vil typisk i forberedelsesfasen skaffe sig informationer om forskellige stopmuligheder, herunder brug af nikotinsubstitution, forberede sig på risikable situationer såsom fester, stressede perioder etc.

Handling

Handlingsstadiet løber fra omlægningen af den gamle adfærd, indtil man kan sige, at den nye adfærd delvist er blevet dagligdag. Handlingsstadiet er kendetegnet ved, at omlægningen af adfærd fylder meget i den enkeltes liv, og der vil i forhold til nogle adfærdstyper være både fysiske og psykiske abstinenser, som man arbejder

med dagligt. Der skal i handlingsfasen også arbejdes med at tilpasse den nye adfærd til dagligdagen.

I nogle tilfælde skal der bruges ekstra tid på eksempelvis motion, i andre skal der læres nye færdigheder f.eks. om tilberedning af fedt-fattig kost. Handlingsstadiet varer typisk fra tre til seks måneder, men varierer fra person til person og er afhængigt af adfærdsform.

Handlingsstadiet for rygere er den periode, hvor de dagligt arbejder aktivt for at holde op. Det gælder både rent konkret ved brug af nikotinsubstitution, og ved at man undgår situationer, som medfører trang til tobak, men også at finde erstatninger for rygningens psykologiske funktioner.

Vedligeholdelse

Efter en periode i handlingsstadiet begynder den nye adfærd at være så indarbejdet, at den kan betegnes som en ny vane eller livsstil. Dette er ofte en periode, hvor man føler, at det værste er overstået, og at man godt kan slappe lidt af. I praksis har det dog vist sig, at der fortsat er god grund til at være på vagt, idet det ofte er i denne fase, at det går galt.

Ifølge Prochaska og DiClemente er der således 40% af de personer, som har været holdt op med at ryge i over et år, som begynder igen. Derfor er det vigtigt, at man konstant modtager positiv feedback på den nye adfærd, også lang tid efter, at man er holdt op.

Tilbagefald

Som nævnt tidligere er der mange, som ikke formår at vedligeholde den nye adfærd. Det er i høj grad ud fra høstede erfaringer i tidligere ændringsforsøg, at individet over tid lykkes med forandring. Prochaska & DiClemente fandt således, at de fleste rygere, der forsøger at holde op med at ryge, gennemløber modellens stadier 3-8 gange, før de permanent holder op med at ryge. Tilbagefald er således en naturlig del af den proces, som kendetegner forandring.

Afslutning

Afslutningsfasen er det ideelle mål for alle forsøg på adfærdsændring. I denne fase vil der ikke være nogen fare for, at personen vender tilbage til den gamle adfærd. Dette gælder også selvom der opstår såkaldte kriser, hvor den tidligere adfærd har været brugt som copingstrategi.

'Coping' er et engelsk udtryk, og dækker over betydningen "at klare", "at magte" eller "at overkomme". En copingstrategi er således de ting, man gør for at komme igennem en presset situation. Eksempelvis er der nogle, som ryger en cigaret eller drikker en øl i problematiske situationer, mens andre går en tur eller ringer til en ven eller veninde for at tale om problemet.

Man kan diskutere, om det er muligt at nå til en egentlig afslutning af en bestemt adfærd, eller om der snarere er tale om en permanent vedligeholdelsesfase, hvor man reelt er blevet så god til at undertrykke tidligere tiders lyster, at man ikke føler sig tiltrukket af dem længere. Blandt eks-rygere er der eksempelvis mange som mener, at de selv efter mange års ikkerygning stadig får trangen til at ryge indimellem. Derudover er der eksempler på personer, som er begyndt at ryge igen efter mange års afholdenhed. Omvendt er der også personer, som ikke oplever trangen og som føler, at de er blevet fuldstændig frigjorte fra deres tidligere adfærd.

Anvendelse af Stages of changes modellen

En af de store styrker ved Stages of changes modellen er, at den forklarer, hvorfor det er vigtigt at henvende sig på forskellig måde, alt afhængigt af i hvilket stadie i forandringsprocessen modtageren af en given informationsindsats befinder sig. I det følgende er der opstillet en række retningslinier, som har vist sig egnede i forhold til kommunikation overfor rygere og eks-rygere. Retningslinierne kan dog også bruges i forhold til andre adfærdsformer.

Førovervejelse

Personer på førovervejelsesstadiet har brug for en indsats, som bevidstgør og motiverer dem til at tage deres nuværende adfærd op

til fornyet overvejelse. I første omgang handler det om at få hul på diskussionen. Her kan der eksempelvis tages afsæt i personens egen oplevelse af fordele – og først sidenhen af ulemperne – ved en given adfærd¹¹.

Overvejelse

Personer, som befinder sig på overvejelsesstadiet, har i lighed med førovervejerne brug for en motiverende indsats, hvor de kan få afklaret fordelene og ulemperne ved deres eksisterende adfærd, samt finde frem til netop de barrierer, der forhindrer dem i at lave deres nuværende adfærdsmønstre om.

Forberedelse

Personer, som befinder sig på forberedelsesstadiet, har brug for informationer, der bekræfter dem i, at de godt kan gennemføre forandringen, samt informationer om forskellige muligheder for hjælp i forbindelse med ændringsforsøget. Derudover har de brug for hjælp til at få afdækket farer i forbindelse med ændringsforsøget: Hvor og hvornår er der stor chance for, at det kan gå galt? Hvor er mine svage punkter? Samt strategier til at omgå de barrierer, der måtte være ved forandringen.

Handling

Personer som befinder sig i handlingsfasen har brug for informationer, som støtter dem i deres ændringsforsøg. Det kan være råd om, hvorledes man skal tackle problemer som:

- abstinenser
- svingende humør
- vægtforøgelse
- smerter
- manglende støtte fra sociale netværk
- manglende overskud

¹¹ Se kapitel 5: "Motiverende samtaleteknik".

Ofte er det endvidere på dette stadie, at man for alvor er lydhør overfor sundhedsargumenter, som bekræfter en i gevinsterne ved den ændrede livsstil. Herunder de umiddelbare fordele som den nye adfærd har medført.

Vedligeholdelse

Personer, som befinder sig i vedligeholdelsesfasen, har i lighed med personer i handlefasen behov for bekræftelse. Derudover er det ofte på dette stadie, at motivationen daler, og det begynder at blive hverdag. Det er derfor vigtigt at fastholde den oprindelige motivation, som lå til grund for ønsket om forandring.

Tilbagefald

Personer, som har forsøgt at ændre adfærd, oplever det ofte som et stort nederlag, hvis de får et tilbagefald. Da det erfaringsmæssigt ofte er sådan, at dette sker for de fleste, er det af afgørende betydning, hvorledes man forholder sig til denne gruppe. Det gælder om at få vendt nederlaget til noget positivt, og få vedkommende til at bruge erfaringen konstruktivt ved at få afklaret spørgsmål som:

- Hvad gik godt?
- Hvorfor gik det alligevel galt?
- Hvad kan jeg gøre for at forebygge, at det går galt en gang til?

Et tilbagefald kan således bruges som læring i forhold til senere ændringsforsøg.

Afslutning

Personer som ender i afslutningsfasen, har som sådan ikke brug for yderligere informationer.

Opsamling på kapitel 4

I det foregående har vi beskrevet tre forskellige teorier, som hver især har deres syn på motiverne bag sundhedsadfærd og forandring. Her følger nogle af de centrale pointer fra teorierne:

Health-belief modellen

Vi forsøger at ændre de adfærdsformer, der opleves som en trussel imod vores egen sundhed, medmindre vi oplever så store barrierer i forhold til forandringen, at disse overskygger fordelene. Den oplevede trussel afhænger af, om vi oplever de sundhedsmæssige konsekvenser af adfærden som alvorlige og af, om vi oplever, at vi personligt har en risiko for at få sygdommen. Egne eller andres erfaringer vil i nogle tilfælde være et incitament til at ændre sundhedsadfærd, imens det i andre tilfælde er forandringer i livsomstændigheder, der er anledningen til, at man ændrer adfærd.

Diffusion of innovation

Vi forholder os ikke passivt til budskaber om eksempelvis nye vaner, men diskuterer aktivt disse med vores arbejdskammerater, familie og venner. Deres reaktion på budskaberne inddrager vi i vores egen fortolkning, og den enkeltes holdninger til nye sundhedsbudskaber skal ses som et samspil imellem egne- og sociale netværks holdninger til disse.

Når vi vurderer adfærdsmæssig nytænkning, lægger vi endvidere vægt på, at denne samlet set giver os flere fordele, end den adfærd den erstatter. Desuden er det afgørende, at nytænkningen er i overensstemmelse med de normer, værdier og holdninger, der eksisterer i de sociale sammenhænge, vi indgår i. Endelig er det afgørende, at vi ikke oplever nytænkningen som værende så kompleks, at vi ikke magter at udvise denne i praksis.

Stages of changes

Folk som succesfuldt forandrer adfærd, bevæger sig meget ofte imellem en række stadier, hvor den vedvarende forandring blot er sidste trin. Stadierne er: førovervejelse, overvejelse, forberedelse, handling, vedligeholdelse, afslutning og tilbagefald. Processen, der fører til beslutningen om forandring, indebærer mange bevægelser frem og tilbage imellem de forskellige stadier, og det er en af teoriens vigtigste

pointer, at man i forbindelse med en forebyggende indsats skal tage udgangspunkt i, at man skal henvende sig meget forskelligt til folk, alt efter hvor i cirklen de befinder sig. Spontan, fuldbyrdet adfærd ændring er derfor ikke nødvendigvis det eneste mål for en forebyggende indsats.

Det er vigtigt at understrege, at teorierne ikke beskriver hele det komplekse mønster af faktorer og motiver, som i sidste ende fører til forskellige adfærdsmønstre og handlinger hos den enkelte.

Tværtimod er styrken ved gode teorier jo netop, at de via en forenkling af virkeligheden skaber overblik over et ellers uoverskueligt felt.

Øen motiverende samtale

U

Sygeplejersken: *"Jeg kan se i journalen, at du stadig ryger."*

Patient: *"Ja."*

L

Sygeplejersken: *"Men du husker vel fra sidst, at vi talte om, at dit kredsløb ikke kan tåle det mere?"*

Patient: *"Jo, det er rigtigt nok."*

E

Sygeplejersken: *"Det ville være rigtig godt for dit helbred, hvis du kunne holde op. Har du prøvet at stoppe med smøgerne?"*

Patient: *"Jo, men det er ikke så nemt, når hele ens familie ryger, jeg kan ikke holde op som den eneste... Desuden slapper jeg kun af, når jeg kan ryge, og stress er vel heller ikke godt?"*

T

Sygeplejersken: *"Måske du kunne overveje at sætte forbruget lidt ned?"*

Patient: *"Det har jeg prøvet, men så snart der sker et eller andet, glemmer jeg min beslutning. Det virker snarere omvendt."*

I

Sygeplejersken: *"Hvordan omvendt?"*

Patient: *"Ja, så ryger jeg nærmest mere. Det samme sker, hver gang lægen siger noget til mig."*

P

Mange, der arbejder med sundhedsfremme, er gennem tiderne blevet usikre på, hvad det er, der så ofte går galt, når man forsøger at påvirke en person til at ændre adfærd. På trods af, at et godt råd kan være nok så funderet i sund fornuft og videnskabelig evidens, ja sågar handle om liv eller død, viser det sig alligevel, at den, vi giver rådet til, ikke ændrer ved sin livsførelse.

A

Hvad der derimod ofte sker, er at klienten bakker ud, argumenterer for, at adfærden ikke er så skadelig som så, virker irriteret eller på anden måde giver udtryk for manglende interesse for det sagte. Resultatet kan være, at samtalen går i stå eller ligefrem udvikler sig til noget, der bedre kan beskrives som argumentation end som dialog.

K

Det ses tydeligt i ovenstående eksempel, hvordan dialogen på intet tidspunkt kommer til at omhandle patientens egne tanker om even-

tuelle ulemper ved at ryge. Den *ambivalens*, som patienten må formodes at opleve i forhold til at ryge og have en rygerelateret sygdom, får derimod lov til at udspille sig mellem sygeplejersken og patienten. Sygeplejersken står som "fornuftens" stemme, og patienten argumenterer for at ryge videre.

Miller og Rollnick beskriver i "Motivational interviewing"¹² en teknik, som her i Danmark gennem de senere år har vundet indpas i forskellige forebyggelsesmæssige sammenhænge. Det er dokumenteret, at metoden signifikant øger succesen med at fremme motivationen til adfærdsændring hos et andet menneske. Det gælder både områderne fedme, alkoholafhængighed, ludomani, benzodiazepinmisbrug og et felt, som bogens forfattere selv har arbejdet med gennem de senere år, rygning.

Metoden beskrives oftest, og med rette, som ny og banebrydende, men vi håber alligevel, at det vil fremgå tydeligt af det følgende, at de grundlæggende træk i en motiverende samtale ligger i direkte forlængelse af de af Carl Rogers¹³ oprindeligt definerede principper for en klientcentreret kontakt. Principper, der efter vores overbevisning allerede har vundet bredt indpas i dansk sygepleje: En empatisk, ikke-moraliserende tilgang, hvor klientens selvforståelse er omdrejningspunkt for kontakten.

Grundtanken i den motiverende samtaleteknik er:

- At finde ressourcer til forandring hos klienten selv.
- At tage udgangspunkt i klientens egne holdninger, overvejelser og præferencer.
- At undgå konfrontation og modstand i samtalen.
- At frigøre klienten nok fra ambivalens til at kunne påbegynde en forandringsproces.
- At anerkende klientens ret til selvbestemmelse.
- At starte tanker om, at forandring er mulig.

¹² Miller, William R. og Rollnick, Stephen: *Motivational Interviewing – Preparing people to change addictive behavior*, The Guilford Press 1991.

¹³ Carl R. Rogers 1902-87. Amr. psykolog. Udformede en nondirektiv eller klientcentreret psykoterapi, hvor terapeuten ved neutralt at reflektere bl.a. klientens følelser søger at skabe en empatisk, accepterende ramme, hvor klienten selv regulerer retning og tempo for sin egen forandring/vækst. Hovedværk: *Client-centered therapy*, 1951.

Det er vigtigt at understrege, at formålet med den motiverende samtaleteknik ikke er at manipulere en person til at forandre adfærdsmønstre, som vedkommende ikke oprigtigt ønsker at forandre. Sker dette, har man som rådgiver forsømt at anerkende klientens ret til selvbestemmelse, hvilket både er etisk uansvarligt og imod selve grundtanken i teorien.

Forandringsprocessen som grundlag

Et godt udgangspunkt for at forstå og møde forskellige mennesker i en dialog om deres rygning findes i Prochaska & DiClementes model for "forandringsprocessen"¹⁴.

Den motiverende samtalesteknikker og opbygning er specielt velegnede til at tage udgangspunkt i ambivalens og retter sig således primært mod mennesker i "spiralens" første trin, dvs. personer, som i mere eller mindre udtalt grad har overvejelser om ændring.

Det at hjælpe til formulering af den første tanke om muligheden for en fremtidig forandring kan være det mest hensigtsmæssige i forhold til en klients "parathed" til forandring – og måske netop det, der mest effektivt leder mod forandring på længere sigt.

Grundlaget for den motiverende samtale

I det følgende vil vi gennemgå de grundbegreber, som udgør kernen i den motiverende samtalegrundlag:

- Empati
- Motivation
- Ambivalens
- Rådgiverens holdning
- Modstand

En diskussion og forståelse af disse begreber er essentielt for senere at kunne bruge teknikken i dens fulde omfang.

¹⁴ Se kapitel 4: "Teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser".

Empati

Den empatiske rådgiver karakteriseres ved at forstå, opfatte og til en vis grad også føle situationen på samme måde som den, der fortæller. Empati sættes ofte lig med indlevelse, men er snarere karakteriseret ved også at involvere indfølelse. Forstået således, at rådgiveren ideelt set føler situationen på samme måde som den anden. Det er samtidig vigtigt at afgrænse empati fra identifikation, idet rådgiveren, som identificerer sig med den andens historie og følelse, billedligt talt risikerer at forsvinde i den andens problematik. Resultatet er, at rådgiveren via identifikationen lammes i evnen til at tilføre en fastlåst problemstilling nyt lys.

Det er netop i identifikationen, at vi som behandlere ofte føler os handlingslammede og overvældet af følelser lig den andens, f.eks. følelsen af håbløshed.

Sympati må heller ikke forveksles med empati. Sympatien udspringer oftest af, at man i virkeligheden er optaget af at relatere den andens historie til sig selv og egne oplevelser, eller måske er i færd med at begive sig ud i fantasier om, hvordan man selv ville tackle en lignende situation. Det burde være indlysende, hvorledes centrum for kontakten herved ender med ikke at være klienten. Måske man således kan forestille sig den empatiske position et sted mellem sympati på den ene side og identifikation på den anden side.

Lykkes det rådgiveren at bevare empatien gennem hele kontakten, er det nærmest umuligt ikke at opnå den ønskede klientcentrerede tilgang, som er grundlaget for den motiverende samtale.

En **empatisk** rådgiver og vejleder er indlevende og indfølelsesfuld overfor klienten. Dette indebærer, at rådgiveren lader klientens historie "komme under huden". Rådgiveren må dog aldrig identificere sig med klientens situation, da fokus derved flyttes fra at handle om klienten til i stedet at handle om rådgiveren.

Motivation

Næppe nogen vil modsige, at det er motivation, der driver værket, når ændringer skal foretages. Men hvad er egentlig motivation? Man kunne tale om bevæggrunde eller drivkraft, interesse og energi overfor et projekt eller bevidste og ubevidste målforestillinger, som bestemmer retningen af individets adfærd.

I den motiverende samtale betragtes motivation som en tilstand af parathed eller et ønske om forandring, som kan skifte fra et tidspunkt til et andet og fra situation til situation. Motivation er en tilstand, som også påvirkes af ydre faktorer. F.eks. kan et jobskifte til en arbejdsplads, hvor der er en strammere rygepolitik eller fortrinsvis ikke-rygende kollegaer, fremme lysten til selv at gøre noget ved sit rygemønster.¹⁵

Motivation udtrykt i adfærd vil oftest følge et kontinuum, hvor man i den ene ende kan anbringe dem, som ikke er parate til forandring, og i den anden ende de "top-motiverede".

Ikke parat

- Uenig med rådgiveren
- Nægter at acceptere en diagnose/vurdering
- Udtrykker intet ønske om hjælp
- Forekommer uberørt over sin situation/tilstand
- Følger ikke råd og anvisninger (nonkompliant)

Top-motiveret

- Enig med rådgiveren
- Accepterer en diagnose/vurdering
- Udtrykker behov for hjælp
- Virker ulykkelig over sin situation/tilstand
- Følger råd og anvisninger (kompliant)

Det opstillede kontinuum tjener først og fremmest til anskueliggørelse, idet den enkelte sjældent falder helt i den ene eller den anden kategori på alle felter. Oftest vil motivation være sammensat efter helt individuelle mønstre og er jo netop karakteriseret ved ikke at være statisk og uforanderlig.

Motivation er tværtimod en dynamisk sammensat helhed, hvor tilsyneladende uforenelige modsætninger kan mødes og rummes via det næste begreb, der introduceres: ambivalens.

Motivation er vores handlingers drivkraft og er afgørende for, om vi går igang med en forandringsproces, men også for, om vi succesfuldt gennemfører forandringen. Motivation er foranderlig og svinger fra et tidspunkt til et andet og fra situation til situation.

¹⁵ Se endvidere i afsnittet om Health-belief modellen i kapitel 4: "Teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser".

Ambivalens

Ambivalens kommer til udtryk som modsatrettede holdninger, tanker og følelser over for samme fænomen eller person. Det er vigtigt at holde sig for øje, at ambivalens er en normal og sund psykisk mekanisme, som er virksom under enhver moden beslutningsproces. Ambivalens viser sig, når et menneske vekselvirkende har fokus på grunde til bekymring og retfærdiggørelse af, at der ikke er grund til bekymring, eller når der nærmest i samme åndedrag ønskes hjælp og afvises hjælp. En grundantagelse i den motiverende samtale er netop, at det er via arbejdet med at belyse ambivalens, at der kan opstå rum for et ønske om forandring.

Ambivalens er en normal del af enhver beslutningsproces og defineres her som modsatrettede holdninger, tanker og følelser overfor samme adfærd.

For at strukturere og tydeliggøre indholdet i samtalen kan det være praktisk at anvende et arbejdsark under den del af samtalen, hvor der specielt er fokus på ambivalens. **Charlotte Tulinus** har andetsteds introduceret et let anvendeligt og praktisk arbejdsark kaldet "beslutningsbalancen"; se figur 5.1. (næste side). Arbejdsarket er en del af Botelho-metoden; en forkortet, meget struktureret udgave af den motiverende samtale, som går under betegnelsen "lillebror" til den motiverende samtale.¹⁶

Skemaet kan tegnes på et stykke papir, mens patienten ser på, men kan selvfølgelig også være fortrykt. I skemaet skal patienten kunne skrive alle de fordele og ulemper, som dukker op i bevidstheden. Det er ønskeligt, at der kommer grunde i alle arkets fire felter, men der behøver ikke være lige mange i hvert felt. Skemaet kan gives med hjem, hvis man ønsker at arbejde videre med det, evt. sammen med familien¹⁷.

¹⁶ Botelho-metoden er opkaldt efter Richard Botelho, praktiserende læge i Rochester, USA. Metoden omfatter tre trin begyndende med gennemgang af beslutningsbalancen over arbejde med modstand for til sidst at arbejde mere styrende med motivationen, bl.a. ved at snakke erstatning for oplevede fordele ved rygning eller ved at fremhæve steder, hvor patientens argumentation er selvmodsigende. Botelhos metode er nøjere beskrevet af Charlotte Tulinus (se litteraturlisten).

¹⁷ På denne led inddrages det for mange vigtigste sociale netværk, familien. Se afsnittet om diffusion af innovationer, kapitel 4: "Sundhedsadfærd og forandringsprocesser".

Botelho fremhæver, at det i nogle tilfælde er muligt kun at bruge beslutningsarket for derefter at fortsætte med andre former for hjælp til adfærdsændring, som man måtte have erfaring for, virker. I andre tilfælde kan man også vælge at fortsætte samtalen med fokus på et af de problemer, som måtte vise sig at ligge bag adfærden. Som eksempel nævner Tulinius en praktiserende læge, der afprøvede beslutningsarket i en konsultation og fandt, at årsagen til patientens rygning primært var afledt af ønsket om at være slank. Konsultationen fortsatte herefter med fokus på motions- og kostvaner etc.

Fortsætte med at ryge

Fordele ved at fortsætte	Ulemper ved at fortsætte

Holde op med at ryge

Ulemper ved at holde op	Fordele ved at holde op

Fig. 5.1 Beslutningsbalancen læses sammen med patienten fra venstre: Hvis jeg fortsætter med at ryge, hvad er fordelene, og hvad er ulemperne. Derefter nedenunder: Hvis jeg holder op med at ryge, hvad er da ulemperne og fordelene. Rådgiveren kan af kolonne I læse patientens modstand for ændring og af kolonne II læse patientens motivation for ændring.

I den motiverende samtale danner beslutningsbalancen primært udgangspunkt for at fortsætte samtalen efter de principper, som vil blive gennemgået i det følgende.

Status over empati, motivation og ambivalens

De tre begreber empati, motivation og ambivalens hænger nøje sammen og er grundelementer i den motiverende samtale. Begreberne er ikke blot teoretiske konstruktioner, men finder i høj grad praktisk anvendelse, idet de så at sige udgør fundamentet for den motiverende samtale.

Nogen vil måske have bemærket, at begrebet "ikke-motiveret" undgås. Dette er helt bevidst fra forfatterens side, idet betegnelsen i sig selv rummer noget diskvalificerende og statisk. Taler man i stedet om "ikke-parate" eller "før-overvejere", anvendes ord, som rummer muligheden for en fremtidig ændring, selvom valget altid i sidste instans vil være den enkeltes.

Oftentimes viser det sig, at en "ikke-motiveret" alligevel indeholder kimen af tvivl overfor en given usund livsstil. At betragte et menneske som "ikke-motiveret" kan meget vel være lig med at afskære dette kim fra fremtidig vækst.

Vejen til at understøtte og fremme en persons motivation går via udforskning af ambivalens. Det er her, i spændingsfeltet mellem en empatisk rådgivning og udforskningen af ambivalens, at motivationen, der starter en forandringsproces, kan opstå og styrkes. Når forandringsprocessen først er i gang, kan den ofte foregå med lille eller ingen yderligere støtte.

Ikke-moraliserende holdning og respekt for den andens selvbestemmelse

At sætte ord på og efterleve respekt for den andens selvbestemmelse er et yderst effektivt virkemiddel, når det gælder om at minimere modstand i samtalen om livsstilsændring.

Man kan have en respektfuld udtalt grundholdning, men det kan være væsentligt at formulere denne respekt tydeligt i form af konkrete udsagn som f.eks.: "Vi kan tale om din rygning, og jeg kan støtte dig, hvis du ønsker at holde op, men i sidste ende vil valget være dit eget" eller "Ingen kan stoppe din rygning for dig, det er din egen beslutning".

Som omtalt er et af formålene med den motiverende samtale at minimere modstand, og ofte vil modstand netop opstå som følge af,

at den personlige frihed opleves gået for nær: "Ingen skal fortælle mig, hvad jeg må og ikke må". Dét at sige tydeligt på et passende tidspunkt, gerne allerede i starten af en samtale, at man respekterer den andens ret til at bestemme over sig selv, tjener to helt klare formål, dels at den anden også med sikkerhed ved, hvad vores tilgang til samtalen er, dels at man som rådgiver eller vejleder selv forpligtiges til at efterleve det sagte.

Modstand og strategier til at tackle modstand

Det er et velkendt fænomen, at forsøg på at påvirke et andet menneske til at ændre adfærd ofte medfører modstand. Modstand defineres her som al adfærd under en samtale, der blokerer for dialog, indsigt og forståelse.

For at forstå og kunne respektere modstand er det væsentligt at kende til det psykiske forsvar. Et menneske kan opleve sin psykiske balance truet ved en andens opfordring til forandring. Er det tilfældet, træder det psykiske forsvar til for at hindre denne forstyrrelse i balancen. Tænk f.eks. på, at rygning i mange år kan have været et vigtigt element i det pågældende menneskes strategi til at håndtere følelsesmæssigt belastende situationer, og at opfordring til rygestop derfor truer med at fjerne et redskab, som har tjent til opretholdelse af personligt velvære. Man kunne også udtrykke det således: "Det psykiske forsvar er for menneskets psyke det samme, som immunforsvaret er for kroppen, og opfordringen til rygestop opfattes af psyken, som en infektion ville opfattes af kroppen".

Udsigt til forandring truer således den personlige balance hos det menneske, som ikke er parat til adfærdsændring, og psykens forsvarsmekanismer (benægtelse, projektion, idyllisering m.m.) træder i modstandens tjeneste og bekæmper den udefrakommende forstyrrelse, f.eks. en opfordring til rygestop.¹⁸

Rådgiverens måde at forholde sig til det vi hidtil har kaldt modstand, er endnu et vigtigt karakteristikum ved den motiverende samtale. Modstand ses først og fremmest som et signal om, at råd-

¹⁸ Se endvidere kapitel 2: "Adfærd er svær at ændre".

giver og klient ikke følges ad.¹⁹ Et signal, der bl.a. fortæller, at rådgiveren bruger strategier, som er ude af takt med klientens stadie i forandringsprocessen. Konsekvensen er, at rådgiveren må stoppe op, skifte strategi og tilpasse sig klienten. Alternativet er, at dialogen bliver til konfrontation.

Den vigtigste pointe er måske, at rådgiveren med sin adfærd og attitude under den motiverende samtale sænker modstandsniveauet hos klienten.²⁰ Ideelt set ophører modstandsbegebet med at være interessant, idet det ikke længere er væsentligt at tænke i klassiske modstandsmanifestationer, der skal analyseres og opløses. Modstand bliver i stedet et signal til rådgiveren om at være respektfuld nok til at prøve en anden strategi. F.eks. at lave en refleksion, som omtales senere, eller at skifte fokus. Ved skift af fokus rettes opmærksomheden mod en anden del af emnet, som ikke er blokeret. Billedligt talt svarer dette til at gå rundt om modstanden i stedet for at ville gennembyrde den.

Eksempel på fokusskift:

Klient: *"Ok. Jeg har måske problemer med min rygning. Men jeg er ikke afhængig."*

Sygeplejerske: *"Det er måske slet ikke så afgørende. Det væsentlige er, hvad du ønsker, der skal komme ud af vores samtaler".*

Selve samtalen og de anvendte teknikker

Empati og respekt danner grundlaget for, om kontakten lykkes, når man taler livsstil med klienter i førovervejelses-, overvejelses- eller beslutningsfasen, og formålet er som sagt udforskning og afklaring af ambivalens. Det er gennem tydeliggørelsen af uoverensstemmelser mellem det, der er klientens mål for livet og den aktuelle adfærd, at ønsket om forandring opstår. Det handler med andre ord om at skabe rummet til, at klienten kan formulere egne grunde til at ville forandring.

¹⁹ Klinisk kontrollerede forsøg har vist, at behandlerens adfærd er ansvarlig for en stor del af den modstand, der vækkes i en klient.

²⁰ Lav grad af modstand under samtalen er på langt sigt nøje associeret med øget succes i form af ændret adfærd.

En række samtaleteknikker har vist sig specielt effektive netop til at fremme personlig, meningsfuld afklaring og øge motivationen for forandring hos et andet menneske. De vigtigste og mest anvendelige er:

- Hul på emnet
- Refleksioner
- Opsummering
- Selvmotiverende spørgsmål og udsagn
- Øgning af self-efficacy

Hvordan tages der hul på emnet?

For at kunne påbegynde en samtale om et livsstilsområde gælder det om at finde en tilgang i samklang med både metode for motiverende samtale og en personlig "rådgiverstil", hvor man føler sig autentisk. En begyndelse til at ramme denne samklang kunne være at spørge sig selv, hvad der måtte være af personlige barrierer, som skal overvindes for at kunne åbne samtalen på en naturlig og ligefrem, men samtidig respektfuld måde. Det er vigtigt ikke på forhånd at betragte emnet som tabubelagt.

En rådgiver vil som den naturligste sag i verden kunne sige: "Jeg vil gerne tale med dig om rygning i forhold til din sygdom – hvor længe har du røget?", uden at det virker anstødende overhovedet, mens det for andre ikke synes naturligt med denne direkte tilgang. Her anbefales almindeligvis at tage udgangspunkt i et emne, der af klienten opfattes som neutralt, og som senere kan relateres til problemadfærden. Det kunne f.eks. være somatiske symptomer.²¹

Det er ofte gavnligt for kontakten at skabe en uformel stemning via neutrale emner, inden rådgiveren formulerer det, han eller hun egentlig ønsker at dreje samtalen ind på. De fleste klienter vil opfatte den indledende snak som positiv medmenneskelig interesse.

Men det bør altid overvejes, om de to sidstnævnte metoder i praksis indebærer risikoen for at blive opfattet som manipulerende og uærlige, især hvis koblingen fra den indledende snak til livsstilsområdet er for søgt eller fjern.

²¹ Se afsnittet om Health-belief modellen i kapitel 4: "Teorier om sundhedsadfærd og forandringsprocesser".

Det bør ligeledes overvejes, i hvilken kontekst samtalen foregår. F.eks. har mange i dag på forhånd en forventning om, at sundheds-personale også taler om livsstil, og undres måske mindre, end vi forestiller os, når der åbent og ufordømmende tages hul på udforskningen af en given livsstils betydning for sundheden.

Endelig kan rådgiveren jo også vælge at stille åbne spørgsmål i stil med: *"Ryger du?"* fulgt op af *"Har du lyst til at fortælle om dine rygevaner?"* eller *"Har du lyst til at snakke med mig om dine rygevaner?"*.

Refleksion afklarar ambivalens

En væsentlig pointe ved den motiverende samtale er, at kunsten for rådgiveren består i at få diskussionen for og imod en given livsstil flyttet "ind" i den, man taler med. Formålet er jo netop, at klienten opnår øget klarhed over, hvad der som oftest viser sig at være et ambivalent forhold til livsstilen – eller i det hele taget når frem til en erkendelse af at have ambivalente følelser i forhold til livsstilen. Det ønskede resultat er således, at det er klienten, der diskuterer med sig selv, hvorvidt det vil være en idé at ændre adfærd, medens rådgiveren tilvejebringer en situation, som fordrer denne diskussion.

Refleksion er den samtaleteknik, som er mest velegnet til at fremme udforskningen af ambivalens.

En refleksion²² er en omformulering af et andet menneskes udsagn, og adskiller sig markant fra et spørgsmål. En refleksion er et udsagn, der spiller op til det, den anden har sagt i form af et kort resumé. Rådgiveren giver det hørte tilbage med egne ord, men uden at der er tale om fortolkning – det, som gives tilbage, ligger nøje i forlængelse af det, den anden har sagt, og opfattes ikke som et nyt input i samtalen. Vigtigt er det, at tonefaldet ikke går op til sidst som ved et spørgsmål, men derimod ned. Et kendetegn ved teknikken er netop,

²² Det kan skabe forvirring, at ordet refleksion har en mere snæver betydning på engelsk end på dansk. Den engelske betydning af refleksion kan siges at ligge tæt op af det danske ord "genmæle", mens den danske betydning mere bredt betegner det at høre noget, tage det ind og tænke over det for så at give et svar, som indeholder noget af både det oprindelige udsagn, men også de tanker, som udsagnet har vakt. Her i teksten anvendes ordet refleksion i sin snævre betydning.

at rådgiveren stiller meget få, hvis overhovedet nogen, spørgsmål under denne fase af samtalen.

Refleksioner er f.eks:

Simpel refleksion

Klient: *"Det er ikke mig, der har et problem! Alle, jeg kender, ryger – jeg kan umuligt holde op som den eneste".*

Rådgiver: *"Det ser ud som om, din rygning har meget med dine omgivelser at gøre".*

eller

Klient: *"Jamen, jeg kan sætte mig ned og slappe af, når jeg får en smøg".*

Rådgiver: *"Det gør dig ro, når du ryger".*

Forstærket refleksion

Klient: *"Nu skal man jo heller ikke overdrive. Så slemt kan lidt røg vel heller ikke være. Min nabo på 85 ryger".*

Rådgiver: *"Du mener ikke, at rygning påvirker helbredet".*

Det skal understreges, at det er vigtigt at undgå ironi eller sarkasme, hvis forstærket refleksion bruges.

Dobbeltsidet refleksion:

Rådgiver: *"På den ene side synes du ikke, du kan undvære at ryge, når du er stresset. På den anden side er du bekymret over, hvad rygning gør ved dit helbred. Det må være svært".*

Udsagnet tilføjer materiale fra den anden side af ambivalensen på baggrund af tidligere udsagn fra klienten og anerkender desuden det vanskelige ved situationen uden at moralisere eller komme med anbefalinger.

Hvad sker der, når man bruger refleksion?

Karakteristisk for de ovenfor nævnte refleksionstyper er, at de ofte vil blive besvaret med et spontant ja eller nej fra klienten efterfulgt af videre udforskning af emnet, ofte med fokus på den "anden" side af ambivalensen.

Endnu en fordel ved at bruge refleksioner er, at teknikken tvinger rådgiveren til at lytte og samtidig sætter ord på, at man rent faktisk har hørt og forstået, hvad klienten siger.

Den motiverende samtale er i sin rene grundform en lang række refleksioner på baggrund af lytning. Først senere i forløbet uddybes der med mere aktive spørgeteknikker.

Imidlertid er det en ofte rapporteret erfaring, at refleksiv lytning i sin helt rene form kan skabe en kunstig og begrænsende situation for både rådgiver og klient. I praksis vil refleksionerne derfor ofte veksle mellem aktiv lytning og åbne spørgsmål samt opfordringer til at fortælle mere om forskellige emner. Imidlertid er der ved denne fremgangsmåde en oplagt fare for at underprioritere refleksionerne, hvorved hele teknikken mister sin særlige effekt til afklaring af ambivalens.

Opsummering

Det er nødvendigt, at rådgiveren, ud over at reflektere, jævnligt giver opsummeringer under samtalen. Især hen imod slutningen af samtalen vil det forekomme naturligt at "knytte ender".

Opsummering skaber struktur og samler op samt tjener til at understrege følgende områder:

- Selvmotiverende udsagn – de grunde, klienten selv anfører, til at ville en ændring eller tro på muligheden for ændring.
- Ambivalens – inkluderer også det, som fortsat opfattes som positivt ved adfærden.
- Oversigt over eventuelle objektive tegn på risici og problemer – f.eks. ved rygning: Lungefunktion, medicinforbrug, blodtryk, svangerskabskomplikationer m.m.

Det overordnede formål med opsummering er at samle så mange grunde til forandring som muligt og på samme tid anerkende klientens ambivalens og tilbageholdenhed.

Selvmotiverende spørgsmål

En nyttig teknik til at understøtte og supplere med under samtalen er brugen af selvmotiverende spørgsmål, dog bør man lade refleksionen komme i første række.

De selvmotiverende spørgsmål falder i fire hovedkategorier:

- Problemerkendelse:

F.eks: *"På hvilken måde tror du, andre kan være berørt af din rygning?"*

- Bekymring:

F.eks: *"Hvad tror du, vil ske, hvis du ikke stopper?"*

- Hensigt med forandring:

F.eks: *"Hvad ville fordelene ved rygestop være på nuværende tidspunkt?"*

- Optimisme:

F.eks: *"Hvad tror du, vil fungere for dig, hvis du beslutter at holde op?"*

Styrk self-efficacy

Den sidste af de fem metoder, som blev nævnt i starten, er styrkelsen af self-efficacy.

Self-efficacy er menneskets bedømmelse af egen evne til at kunne styre og regulere adfærd og er derfor forankret i tidligere erfaringer og præstationer – eller nederlag.²³ Self-efficacy hænger med andre ord nøje sammen med forventningen om, hvor svært eller let det vil blive, og betyder derved meget for motivationen.

Det er således et væsentligt element, når der under den motiverende samtale også arbejdes med at øge self-efficacy. Dette kan gøres ved:

²³ Se kapitel 3: "Social læring".

- At spørge om kendskab til andres succes eller om egen succes på andre områder.
- At give udsigt til fremtidig rådgivning og støtte.
- At sørge for at klienten forbereder sig grundigt. I forhold til rygning kan dette gøres ved at kortlægge rygemønster, afklare, om afhængigheden primært er fysisk, psykisk eller social, samt ved at fastlægge en dato for stopforsøget.
- Støttende foranstaltninger (netværk, nikotinprodukter m.m).
- At træne færdigheder.

Samtalens stemning - den anerkendende nysgerrighed

Samtalen om livsstilsændring får nemt en andægtig og svagt anklagende grundstemning, ikke mindst når samtalen omhandler rygning. Dette følger i sagens natur af, at problemstillingen ofte er af dybt personlig og ømtålelig karakter, men nok også i nogle tilfælde af rådgiverens forventning om, at: "Det bliver nok en tung og svær samtale".

En metode til at begrænse andægtigheden i samtalen er, at rådgiveren tager udgangspunkt i "nysgerrighed" og interesse. Kombineret med respekt for den andens frie valg og anerkendelse af en oftest vanskelig problemstilling er dette en effektiv indfaldsvinkel til samtalen.

F.eks. kan rådgiveren vælge at se med interesse på udforskningen af, hvad der gør rygning så vigtig for en hjertepatient, at hun vælger cigaretterne frem for den effektive formindskelse af risikoen for et hjerteanfald, som et rygestop ville være? Følger man den nysgerrigt åbne og anerkendende grundindstilling, kommer samtalsfokus automatisk til at hvile på kvindens egen opfattelse af sin situation, og modstandsreaktioner undgås. Der skabes via anerkendelsen af hendes behov for at ryge desuden efterfølgende plads for, at hun også kan sætte ord på eventuelle bekymringer ved at ryge.

"Hvad er det videre forløb,
når motivationen er til stede?"

Klargørelse af ambivalens afslutter det, som man kunne kalde første fase i den motiverende samtale. Forskelle og selvmodsigelser er nu

blevet gjort tydelige, ikke mindst ved brugen af dobbeltsidede refleksioner og opsummering.

Eksempelvis:

“Du synes, det er hyggeligt at ryge, men det er ikke hyggeligt at skulle forlade stuen, når børnene er der, eller når andre fortæller, at røgen generer dem”.

Dette arbejde lægger grunden for, at klienten selv kan vurdere, hvad der er vigtigst i hans eller hendes liv, samt hvad målet for fremtiden skal være. Herefter kan rådgivningen skifte karakter. I fald ønsket om forandring nu er udtalt, kan mere traditionel og konkret faktuel rådgivning anvendes.

Tidsforbruget – hvor meget tid kræves der?

Et af de suk, som ofte lyder, når sundhedspersonale bliver præsenteret for teorien bag den motiverende samtale, er: “Men hvor skal vi få tiden fra?”.

Tidsforbruget behøver imidlertid ikke at være urimeligt stort under den enkelte samtale. Væsentligere er det, at man afholder flere samtaler og lader et tidsrum på mindst nogle dage gå mellem samtalerne. Herved får klienten ro til at bearbejde de ting, som bliver bragt op.

Den første samtale vil oftest være den, der kræver mest tid, men det behøver ikke altid være tilfældet. Den første samtale kan også bestå af et enkelt, neutralt helbreds-feedback, som relaterer sig til livsstilen.

Fem til ti minutter er ifølge Charlotte Tulinius nok til at danne sig et indblik i, hvor bevidst en patient er i forhold til sin rygning, og de efterfølgende samtaler behøver ikke at være længere.

Vores erfaring er dog, at den første samtale, hvor ambivalensen belyses, let kan vare 1/2 time eller mere, mens de efterfølgende samtaler typisk vil være kortere.

Opsamling på kapitel 5

Et centralt budskab i dette kapitel er, at motivation til forandring opstår indefra via personlig afklaring og frigørelse fra ambivalens.

Motivation er en bevægelig faktor, som veksler over tid samt efter situationer og stemninger – og som påvirkes i samspillet med andre mennesker.

Udgangspunktet for den motiverende samtale er korrekt iagttagelse af klientens placering i ophørsspiralen. Metoden er mest anvendelig i samtalen med den ambivalente klient, som i nogen grad er parat til at overveje forandring.

Rådgiverens bidrag til at fremme klientens personlige afklaring og dermed øge motivationen er afhængig af, at rådgiveren indtager en empatisk, respektfuld og ikke-moraliserende grundholdning til samtalen. Rådgiverens redskaber for at fremme den ønskede afklaring af ambivalens er først og fremmest aktiv lytning og refleksion.

Reaktioner under samtalen, som traditionelt kaldes modstand, betragtes som tegn til rådgiveren om, at det er relevant at skifte fremgangsmåde. Lav grad af modstand under samtalen fører til dialog fremfor konfrontation og er derfor et af hovedmålene under en motiverende samtale.

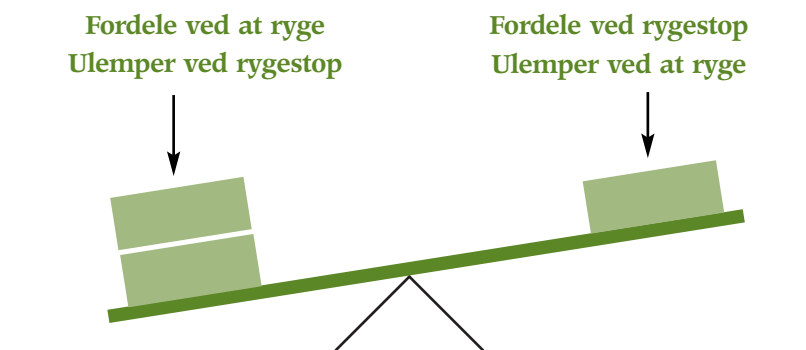


Fig. 5.2 Beslutningsbalancen

På figur 5.2 ses et billede på personlig balance i forhold til adfærdsændring. Figuren illustrerer en personlig balance, hvor der klart er den største tyngde på de samlede grunde til at ryge videre.

Forsøger rådgiveren at ændre balancen ved at lægge vægt på den letteste vægtskål, altså komme med argumenter for rygestop, vil resultatet være, at klienten, for at holde sin balance, må lægge mere

vægt på anden side af vippen. Resultatet bliver ofte ufrugtbar argumentering.

I den motiverende samtaleteknik placerer rådgiveren sig neutralt på vippens midte. Fra denne position undersøges så, hvad der er på begge sider i balancesystemet. Det er ud fra den neutrale, udforskende position, at der langsomt kan fjernes lidt fra den ene side af vægten og lægges lidt til på den anden side.

En af de måske allervigtigste egenskaber for en rådgiver er evnen og viljen til konstant at overveje sin egen rolle som rådgiver. Det er vigtigt, at rådgiveren er det, som Rogers definerede som "genuin" (troværdig/ægte). At være genuin i relation til et andet menneske indebærer, at rådgiveren er afklaret i forhold til:

- Ensartet opførsel overfor forskellige mennesker
- Undgåelse af overdrevent formelle roller
- At være spontan – men bestemt
- Ikke selv at optræde forsvarspræget
- Ikke at tænke ét og sige noget andet

Det grundlæggende i Rogers' tanker om genuinitet er selvaccept og åbenhed overfor egne dybere reaktioner – samt evnen til at kunne kommunikere disse relevant til klienten.

De samtaleteknikker, som er præsenteret i denne tekst, kan være yderst effektive redskaber til at manipulere et andet menneske hen imod et bestemt mål. Et mål, som fra starten er defineret af rådgiveren. Som tidligere nævnt er dette naturligvis ikke formålet med den motiverende samtale og strider mod al etisk ansvarlighed – desuden er effekten af manipulation og overtalelse sjældent holdbar ret længe efter, at kontakten til rådgiveren afsluttes.

Et spørgsmål, rådgiveren fortløbende bør stille sig selv, er, hvorvidt man ønsker at manipulere/overtale andre til at sige de ting, man ønsker at høre, eller om man ønsker at hjælpe et andet menneske til udforskning af egne motiver og prioriteringer. At denne udforskning igen kan føre til fornyet stillingtagen via dannelse af personlig afklaring, er så i sidste ende den andens personlige valg.

Det bør stå klart for den enkelte rådgiver, at disse overvejelser indebærer, at man, f.eks. i tilfældet rygning, må være parat til at acceptere, at nogle i første omgang vil vælge at ryge videre. Paradoksalt nok vil man i disse tilfælde alligevel ofte ved at bruge den motive-rende samtaleteknik have anvendt den mest effektive metode til at gøde jorden for en fremtidig adfærdsændring.

Motivation skabes nu engang ud fra den åbne, ikke fordømmende, dialog.

Stikordsregister

- Ambivalens 57,61,67,69,72
Andres erfaringer 20-26,31,44,54
Beslutning 43,44
Beslutningsbalancen 61,62,73
Beslutningsprocessen 43
Coping 51
Den motiverende samtale 56,58,62
Det sociale system 35
Diffusion of innovation 34,54
Egne erfaringer 20,21,23,24
Empati 58,59,63,65
Forberedelse 49, 52,54
Forebyggelse 8,10-13,17
Forebyggelsespotentialer 8
Forebyggelsesniveauer 11
Forventninger 19,20,26,28
Førovervejelse 47,48,51,54
Handling 19,29,31,49,52,54
Health belief-modellen 28-34,54
Hul på emnet 66
Implementering 43,44
Incitamenter til handling 29,31,32
Kognitiv dissonans 16-18
Kompatibilitet 41
Kompleksitet 10,35,42,44
Konfirmering 43,44
Livsverden 15-18,41
Meningsdanner 38
Modelering 23
Modstand 57,58, 63, ,65,73
Motivation 58,59-63, 72-75
Netværk 35,61
Observeret læring 21
Oplevede barrierer 30,32,34
Oplevede fordele 30,32,33,61
Oplevelse af gevinst 35,41,45
Oplevet alvorlighed 29,30,33
Oplevet trussel 29,30
Opsummering 66,69,72
Overvejelse 43,44,49,52,54
Overvejelse/vurdering 44
Refleksioner 66-68,69,72
Self-efficacy 19,21,26,66,70
Selvmotiverende spørgsmål 66,69,70
Social læring 19,33
Stages of Changes 46,47,51,54
Sundhedsadfærd 8,19-28,31-34,
43-46,54
Synlighed 42,46
Tilbagefald 48,50,53,54
Vedligeholdelse 50,53,54
Viden/kendskab 43
- Teoretikere:**
Bandura, Albert 19
Botelho, Richard 61
DiClemente, Carlo C. 47,50
Festinger, Leon 16
Hochbaum, G.M. 28
Miller, William R. 57
Prochaska, James O. 47,50
Rogers, Carl R. 57
Rogers, Everett M. 34
Rollnick, Stephen 57
Rosenstock, Irwin M. 28
Schultz, Alfred 15

Litteratur

Arborelius, Elisabeth: **Hvorfor gør de ikke som vi si'r?**

Teori og praksis om at påvirke menneskers levevaner

1. udgave, Ringkøbing Amt, 1995.

Bø, Inge: **Ungdommens sociale økologi**

– en undersøgelse af 14 – 16 åriges sociale netværk

Doktorafhandling, Høgskolecenteret i Høgaland, 1991.

Dahl, Henrik: **Har du overvejet at ændre hele dit liv**

– studier i den uopfordrede henvendelses teori og praksis

Dansk Sociologi, nr. 1, 4. årgang, april 1993.

Damkjær, Henning: **Psykologiske metoder til at tale med patienter om deres rygevaner**

Månedsskrift for Praktisk Lægegering, juli 1999.

Festinger, Leon: **A Theory of Cognitive Dissonance**

Stanford CA, Stanford University Press, 1957.

Glanz, Karen • Lewis, Frances M. • Rimer, Barbara K.:

Health behavior and health education

– theory, research and practice, *2. udgave, Jossey – Bass, 1997.*

Kamper-Jørgensen, Finn • Almind, Gert:

Forebyggende sundhedsarbejde, 2. udgave, Munksgaard, 1992.

Meillier, Lucette: **Sundhedsoplysning og forandring**

– mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner,

Institut for epidemiologi og socialmedicin Århus universitet,

Rapport nr. 9, 1994.

Miller, William R. • Rollnick, Stephen: **Motivational Interviewing,**

Preparing People to Change Addictive Behavior

The Guilford press, 1991.

National kræftplan 2000, Sundhedsministeriet.

Hansen, Niels S.: **Rygningens sociologi**, *Tobaksskaderådet*, 1994.

Nielsen, Anette Søgaard: **Få din patient til at ændre livsstil**
Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni 1998.

Nielsen, Bent • Nielsen, Anette Søgaard:
Motivationsskabende Terapi, *Enheden for Klinisk Alkohol-*
forskning, Odense Universitetshospital, 1998.

Prochaska, James O. • Norcross, John C. • DiClemente, Carlo C:
Changing for Good, *Avon Books*, 1995.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999 – 2008
Sundhedsministeriet, 1999.

Rogers, Everett M.: **Diffusion of innovation**
4. udgave, Free Press, 1995.

Schultz, Alfred: **Hverdagslivets Sociologi**
Hans Reitzels Forlag, København 1975.

Smith, Donald F.: **Rygningens psykologi**, *Tobaksskaderådet*, 1991.

Tulinius, Charlotte • Reventlow, Susanne • Beich, Anders:
Den urokkelige ryger
Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni 1999.

Se endvidere:

Den motiverende samtale:

The Motivational Interviewing page:

www.motivationalinterview.org

Dansk selskab for almen medicin: www.dsam.dk

Dokumentation for sammenhængen imellem livsstil og levetid:

Tobaksskaderådet www.tobakskaderaadet.dk

Sundhedsministeriet www.sum.dk



At tale om forandring henvender sig til de studerende på sygeplejeuddannelsen. Bogen behandler emnerne *sundhedsadfærd* og *motiverende samtaleteknik*.

Bogen indeholder blandt andet en gennemgang af en række teorier om sundhedsadfærd. Derudover giver bogen en indføring i, hvordan man ved hjælp af motiverende samtaleteknik kan rådgive og vejlede som led i det forebyggende sundhedsarbejde.

