



Høyskolen
Kristiania

102532

102580

Motivasjon og livsstilsendring

VF 202 Bacheloroppgave
Livsstilsendring og folkehelse
Antall ord: 12730

VÅR 2018

Høyskolen Kristiania – Institutt for helsefag

Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.

Forord

Denne oppgaven skrives i forbindelse med fullføring av bachelorgrad i livsstilsendring og folkehelse ved Høyskolen Kristiania.

I løpet av arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss kunnskap om tema vi ønsket å lære mer om. Vi har tro på at denne kunnskapen vil komme til nytte senere i arbeidslivet.

Vi ønsker å takke deltakerne som har stilt opp i studien. Deres engasjement og interesse har gitt oss en unik oversikt over temaet og gjorde denne oppgaven mulig å gjennomføre.

Vi vil også takke vår veileder Lars Erik Braaum. Gjennom hele prosessen har han gitt oss god veiledning og støtte. Han har vært tilgjengelig og engasjert, noe som har ført til at denne prosessen ble en positiv og lærerik opplevelse.

Høyskolen Kristiania, Oslo, april 2018

102580

102532

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling	1
2. Teori	2
2.1 Folkehelse	2
2.2 Frisklivssentraler	2
2.3 Livsstil og livsstilsendring	2
2.4 Motivasjon	3
2.5 Indre og ytre motivasjon	4
2.6 Motiverende intervju	4
2.6.1 Ambivalens	5
2.6.2 Ferdigheter i Motiverende intervju	5
2.6.3 EDRAS	6
2.6.4 Motiverende intervju og annen behandling	7
2.7 Mestringskompetanse	7
2.8 Målsettingsteorien	8
2.9 Transteoretiske modell	9
3. Metode	12
3.1 Hva er metode?	12
3.2 Valg av metode	12
3.3 Kvalitativt intervju	12
3.4 Utvalg	13
3.5 Utforming og gjennomføring	13
3.6 Dataanalyse	14
3.7 Reliabilitet og validitet	15
3.8 Etikk	15
3.9 Metodediskusjon	16
4. Resultat og diskusjon	17
4.1 Motiverende intervju	18
4.2 Kartleggingsverktøy for å motivere til endring	22
4.3 Mål og delmål	23
4.4 Indre og ytre motivasjon	26
4.5 Behandlers rolle og oppfølging	28
6. Konklusjon og avslutning	32
5. Veien videre	33
6. Referanser	34

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Sammendrag

Bakgrunn

Motivasjon er en viktig del av forebyggende helsearbeid. Hensikten med denne bacheloroppgaven var å få innsikt i motivasjonsteknikker gjennom erfaringer til ansatte på friklivssentraler.

Problemstilling

Hvordan motiverer ansatte på frisklivssentraler sine brukere til livsstilsendring?

Teori

Deltakere på frisklivssentraler er personer med, eller med økt risiko for livsstilssykdommer. Livsstilsvaner bygges opp over tid og det kreves derfor mye arbeid og motivasjon for å endre dem. Helsedirektoratet anbefaler frisklivssentraler å bruke motiverende intervju som samtalem metode.

Metode

Det ble brukt kvalitativ metode for å belyse problemstillingen. Vi intervjuet 5 ansatte på forskjellige frisklivssentraler ved hjelp av et semi-strukturert intervju.

Resultat

Basert på det respondentene anså som det viktigste i motivasjonsarbeid, ble resultatene delt inn i disse fem kategoriene: motiverende intervju, kartleggingsverktøy for å motivere til endring, mål og delmål, indre og ytre motivasjon og behandlerens rolle og oppfølging.

Konklusjon

Den foretrukne og mest effektive samtalem etoden er ifølge respondentene motiverende intervju. Det var enighet blant respondentene at delmål, indre motivasjon og eierskap var avgjørende faktorer for å lykkes med livsstilsendring.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Motivasjon og livsstilsendring er noe vi begge interesserer oss for og brenner for. Det ble derfor naturlig for oss å ha dette som tema i vår bacheloroppgave. Motivasjon og livsstilsendring er noe vi har lyst å jobbe med i fremtiden, og vi tenker det kan være en fordel å ha nettopp dette temaet i bacheloroppgaven med tanke på jobbmuligheter.

Vi har tro på at forebyggende arbeid i form av blant annet fysisk aktivitet er viktig for god folkehelse og at samfunnet trenger mer av dette. En viktig faktor for at folk driver fysisk aktivitet er motivasjon og vi tror at nettopp dette er nøkkelen til varig livsstilsendring.

Behandler har som oppgave å motivere brukerne. Vi ønsker finne ut og lære mer om hvilke faktorer som bidrar til økt motivasjon og omvendt, slik at vi kan bruke dette i vårt framtidige arbeid.

Fra før av har vi lært om motivasjonsmetoder- og teknikker, vi hadde derfor et ønske om å se hvordan dette foregår i praksis. Ved å intervjuere ansatte på frisklivssentraler får vi et innblikk i deres erfaringer og meninger om motivasjon og livsstilsendring.

1.2 Hensikt

Denne oppgaven skal gi informasjon om motivasjon og livsstilsendring gjennom erfaringer og meninger til ansatte ved frisklivssentraler. Den skal vise hva slags teknikker som blir brukt for å motivere og belyse ulike tema innen motivasjon. Vi ønsker å tilegne oss kunnskap om hvordan man kan bruke motivasjon på best mulig måte. Resultatene av studien kan brukes i videre arbeid med motivering av pasienter, brukere og klienter. Det kan være motivering innen forskjellige typer livsstilsendring, for eksempel endring av kosthold, fysisk aktivitet, spilleavhengighet og røykeslutt.

1.3 Problemstilling

Hvordan motiverer ansatte på frisklivssentraler sine brukere til livsstilsendring?

1.4 Begrepsavklaring

Frisklivssentral: En kommunal helsetjeneste med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Ansatte på frisklivssentraler er ansett som helsepersonell.

Brukere: Brukere på frisklivssentraler har økt risiko for eller har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (1). I oppgaven vil både brukere og deltakere bli brukt som begrep.

Livsstilsendring: Med livsstilsendring mener vi en betydelig endring i levevaner og livsstil. Endringen har som formål å bedre helsen til personen det gjelder.

2. Teori

2.1 Folkehelse

Folkehelse defineres som "befolkningens helsetilstand, og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning" (2). I 2012 ble folkehelseloven innført i Norge. Denne loven har som formål å sørge for et samfunn som fremmer folkehelse. Den skal fremme helse, trivsel og gode forhold, samtidig som den skal forebygge sykdom og skade, og utjevne sosiale helseforskjeller. Kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må ifølge loven sette i gang tiltak som sikrer et langsiktig og systematisk arbeid for folkehelse (3).

2.2 Frisklivssentraler

Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid (1). Den første frisklivssentralen ble etablert i 1996 i Modum kommune. I 2012 kom det ny lov om folkehelsearbeid og lov om helse- og omsorgstjenester, hvor alle kommuner ble anbefalt å opprette frisklivssentral. I 2016 var det 264 frisklivssentraler i Norge. Ansatte på frisklivssentraler kan ha ulik faglig bakgrunn, og gir ofte et bredt tverrfaglig tilbud. Helsepersonelloven sier at ansatte på frisklivssentraler er ansett som helsepersonell (4).

Målgruppen til frisklivssentralene er personer med, eller med økt risiko for, livsstilssykdommer. Formålet er å gi hjelp til endring av livsstil og vaner ved hjelp av strukturert oppfølging. Tilbud som gis kan være en-til-en samtaler, kurs, veiledning og aktivitetsgrupper. De kan også ha egne tilbud for barn og unge med foresatte, innvandrere og eldre. Frisklivssentraler arbeider med forebygging, behandling, rehabilitering og habilitering (1).

2.3 Livsstil og livsstilsendring

Livsstil bestemmes ut fra hvilke alternativer og forutsetninger hver enkelt har tilgjengelig, sosioøkonomisk status og evne til å velge. Valgene vi gjør er mindre bestemt av oss selv enn

man skulle tro, men er påvirket av normer, hva andre gjør og media og reklame (5).
Menneskers forskjellige forutsetninger gjør at arbeid med livsstilsendring må tilpasses hvert individ (6).

Når vi ser tilbake på de siste 30 årene vil vi kunne se en tydelig økning i forekomsten av livssykdommer (7). Sykdommer som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, kreft, KOLS, depresjon, angst og muskel- og skjelettlidelser utgjør i dag den største delen av sykdomsbildet. Resultatet av dette er økt fokus på levevaner hos befolkningen. Et godt folkehelsearbeid kan påvirke utbredelsen av disse sykdommene i positiv retning.

Ifølge Jon Ivar Johansen mislykkes 90 prosent av alle endringer knyttet til livsstil (8). Samtidig tror 90 prosent at dette ikke gjelder en selv. Mange vet hva de burde gjøre, men gjør det likevel ikke. For eksempel vet de at fisk er sunnere enn Grandiosa, men velger heller Grandiosa til middag. Vår irrasjonelle måte å handle på skyldes hjernens evne til å fornekte problemer og manglende evne til å håndtere fremtidige konsekvenser. En annen grunn til at det er så vanskelig å endre atferd er at hjernen liker det som er kjent, det som er trygt og komfortabelt. Hjernen jobber hele tiden imot at endringer skal skje (8).

Endring av levesett og vaner kan være krevende, og mange er avhengig av hjelp fra helsepersonell. Mange blir møtt med en overøsning av råd og forslag uten å være delaktig i prosessen selv. Dette er lite gunstig ved endring av livsstil (7). Det er i samtale mellom helsearbeider og pasient at helsearbeideren har mulighet til å tilpasse og skreddersy et opplegg for hver enkelt pasient (6).

2.4 Motivasjon

De fleste av oss har sikkert stilt seg spørsmål som "Hvorfor gjør vi som vi gjør?" og "Hvorfor er det vanskeligere for noen å endre livsstil enn andre?". Motivasjon er med på å avgjøre handlingene våre. Grunnen til at det for noen er enklere å endre adferd kan være forskjeller i motivasjon (9).

Ordet motivasjon stammer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege. Ordet motiv kommer av latin *motivus*, som betyr "som setter i bevegelse". Med tanke på mennesker snakker vi om at man beveger seg i en bestemt retning eller mot noe (9).

Motivasjon brukes ofte for å forklare hvorfor man gjør noe. Det forteller noe om følelsene man har overfor en aktivitet. Motivasjon begrunner hvorfor aktiviteten gjøres, i tillegg til hvorfor den opprettholdes. Motivasjon holder oss gående, gir drivkraft og retning (9).

Motivasjon er viktig fordi den styrer mye av atferden vår. Kunnskap om motivasjon og det som motiverer oss kan styre oss til en ønsket handling eller beslutning. Motivasjon er dessuten viktig fordi den er sterkt knyttet til vår selvoppfatning, troen på oss selv. Motivasjon har også en betydning for selvutvikling og læring (9).

En studie fra 2009 hadde som hensikt å få kunnskap om hva som motiverer eller demotiverer sykelige overvektige personer for livsstilsendring i hverdagen, og hvilken betydning et Lærings- og Mestringssenter kunne ha i denne sammenhengen. Resultatene fra studien viste at kvaliteten og holdningene hos fastleger og annet helsepersonell påvirker pasientenes motivasjon for endring. En kombinasjon av anerkjennelse, støtte, kunnskap og utfordringer viser seg å styrke motivasjonen (10).

2.5 Indre og ytre motivasjon

Motivasjon kan deles i indre og ytre motivasjon og er to forskjellige forklaringer på hvorfor en person velger å gjøre en handling. Indre motivasjon vil si at drivkraften og ønsket om å gjennomføre handlingen kommer innenfra og styres av egne drifter. Når man styres av indre motivasjon styres man av tilliten man har til seg selv, interesser og det bildet man har av seg selv. Aktiviteten i seg selv gir da en indre tilfredsstillelse og er ikke styrt av ytre belønning. Ofte når personen har en indre motivasjon, vil engasjementet bli sterkt. Dette er fordi man skaper et eierforhold til tankene om endring, og dette igjen påvirker personligheten (9).

Ytre motivasjon kan være nødvendig i noen situasjoner. Ytre motivasjon er styrt av belønning eller ros og det er dette som er drivkraften bak handlingen. Man kan også se at det kan være nødvendig med ytre motivasjon for å supplere eller få i gang den indre motivasjonen (9). Imidlertid skal man være kritisk til å bruke ytre motivasjon hos en person som allerede er indre motivert. Det kan da føre til at en belønning alltid blir nødvendig for å finne motivasjonen (11).

2.6 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en klientsentrert samtalemetode med formål om å motivere klienten til atferdsendring. Den ble først utviklet for behandling av alkoholisme, men har etter hvert blitt brukt til alle typer atferdsendringer. Metoden skal sikre en god samtale og relasjon mellom hjelper og pasient. Personen som skal endre atferd skal selv komme fram til svarene og argumentene og dermed ha større sannsynlighet for å lykkes med endringen (12).

I samtaler med helsepersonell blir ofte pasienten overøst med råd og informasjon. Disse blir veldig sjelden fulgt og personen ender opp med å ikke gjennomføre atferdsendringen.

Motiverende intervju gir pasienten mulighet til å være den som kommer fram til endringen som bør gjøres. De aller fleste vet at situasjonen de er i er uheldig, men vil ofte forsvare seg om noen forteller de nettopp dette. Motiverende intervju er derfor godt egnet til å vekke motivasjon fremfor motstand (13).

En behandlingssituasjon kan oppleves sårbart og utfordrende for klienten. Mange føler også på utilstrekkelighet og skam ovenfor problemet sitt. For å klare å hjelpe pasienten til endring er det derfor viktig at behandler skaper et empatisk samtaleklima, viser forståelse og møter klienten med støtte og respekt (14).

Motiverende intervju ble utarbeidet samtidig som endringshjulet til Prochaska og DiClemente. Det kan være nyttig å ha kunnskap om deres transteoretiske modell i arbeid med motiverende intervju (12).

2.6.1 Ambivalens

Ambivalens er en naturlig del av endringsprosessen og handler om motstridende følelser, tanker og holdninger ovenfor en situasjon. En person som er ambivalent har ønsker som ikke er forenelige med hverandre. Et eksempel på dette er en person som vil begynne å trene, men liker best å slappe av på sofaen. Å være ambivalent kan oppleves problematisk og negativt for den det gjelder, likevel er ambivalensutforskning en viktig del av endringsarbeidet da det får klienten til å reflektere over- og bli bevisst på egen adferd. Dette er noe som kan skape motivasjon (14).

Ambivalenskartlegging er mye brukt i motiverende intervju. I en løpende samtale kan klienter ofte møte sine egne argumenter med motargumenter. Ved å gjøre en systematisk ambivalensutforskning lar man klienten gå gjennom de to sidene hver for seg (15). De får mulighet til å fortelle om hva som er negativt og positivt ved atferden, og deretter hva som er negativt og positivt ved å endre atferd. En slik kartlegging kan hjelpe klienten med å utforske situasjonen og se den fra forskjellig perspektiv (14).

2.6.2 Ferdigheter i Motiverende intervju

I et motiverende intervju er det å være utforskende helt essensielt. Det er klientens egne meninger, synspunkter og tanker som er avgjørende for å få til en endring, og det er behandlerens oppgave å hente fram dette i samtalen. Behandler må legge grunnlaget for en

trygg samtale preget av nysgjerrighet (14). Behandler kan bruke flere hjelpemidler for å kartlegge klientens motivasjon og tanker om situasjonen. Ambivalenskartlegging er som nevnt et eksempel på en utforskende egenskap. I tillegg er skalering mye brukt for å kartlegge grad av motivasjon og mestringstro (15).

Motiverende intervju skal være klientsentrert. Bekreftende ferdigheter er derfor viktig hos en behandler. Klienten skal oppleve at han eller hun blir sett der de er og at behandler klarer å se deres perspektiv. Dette kan gjøres ved å være en aktiv lytter. Ved aktiv lytting føler fortelleren seg akseptert og respektert (14). Dette kan bidra til trygghet hos klienten og gir mindre risiko for motstand. Samtidig kan det bli lettere å ta opp ting som er ubehagelige og vanskelige (15). Et godt virkemiddel i aktiv lytting er parafrasering. Ved å gjenta det klienten sier på en litt annen måte, viser man at man har fulgt med og er interessert i det som har blitt sagt. Dette kan også brukes for å forsikre seg om at man har forstått situasjonen og invitere til videre snakk.

Å utveksle informasjon er en naturlig del i samtaler om endring. Det kan være å informere personen om en sykdomstilstand, prognose, behandlingsalternativ eller risiko ved nåværende atferd. Slikt kan være nyttig, men ofte overvurderer behandlere nyttheten av å gi informasjon. Vi skiller mellom informasjonsutveksling og overtalelse. Ved informasjonsutveksling gir behandleren nøytrale fakta og klienten kan selv bestemme om han eller hun vil ta imot informasjonen. Ved overtalelse vil behandleren få klienten til å gjøre en endring fordi behandleren selv synes det er viktig. Vi bør unngå overtalelse da det skaper irritasjon og frustrasjon fra begge parter. En måte å gå fram på er å spørre om lov til å informere. For eksempel "Det er visse risikofaktorer ved å være inaktiv, vil du høre litt om dem?" Når vi ber om lov inkluderer vi klienten og unngår å snakke om temaer klienten ikke vil snakke om, vi reduserer også eventuell motstand fra klienten (15).

Et godt stykke ut i samtalen kan det være nyttig å bruke utfordrende ferdigheter. Det er da viktig å unngå argumentering og motstand. Refleksjoner kan være en nøytral måte å få klienten til å rette fokus på noe han eller hun kanskje ikke har tenkt over. Det kan også være nyttig å ta opp uoverensstemmelser i det klienten sier, da dette ofte er noe de ikke er klar over selv (14).

2.6.3 EDRAS

Når man skal motivere klienter til endring er det visse måter man burde opptre på. Motiverende intervju bygger på noen grunnleggende prinsipper som kalles for EDRAS. E

står for empatisk. Behandleren viser empati slik at klienten føler seg sett og forstått. Hjelper uttrykker at han eller hun forstår klientens syn på seg selv og sin situasjon. D står for å utvikle diskrepans. Dette er en viktig del av endringsarbeidet. Diskrepans er en uoverensstemmelse mellom indre verdier og ytre opplevelser og observasjoner. Ved å legge fokus på disse forskjellene får klienten mulighet til å se seg selv på en annen måte og reflektere over endring (14). R står for å rulle med motstand. Motstand forekommer naturlig i endringssamtaler. Som behandler bør man forvente å møte på motstand i endringsprosessen. Motstand er når klienten forsvarer seg eller ikke er villig til å ta imot hjelpen man prøver å gi. Når behandler opplever motstand fra klienten er det viktig at behandler er aktivt lyttende, stiller åpne spørsmål og reflekterer over det klienten sier slik at klienten føler seg forstått. Et viktig prinsipp er å hele tiden understreke klientens frihet til å selv bestemme over endring, noe som bidrar til å redusere motstanden. A står for å unngå argumentering. Behandler skal unngå å argumentere med klienten eller overtale klienten til å endre atferd. Istedenfor skal behandler tilby informasjon til klienten. Dersom klienten ikke vil høre eller ta imot informasjonen må behandler lytte til det og handle deretter. S står for å støtte mestringskompetanse. Behandler forsøker å dra frem situasjoner klienten tidligere har mestret. For eksempel om klienten tidligere har klart å slutte å snuse (12,14).

2.6.4 Motiverende intervju og annen behandling

I følge en artikkel som har sett på forskning om motiverende intervju, har motiverende intervju like stor effekt som annen behandling, men at det skjer på kortere tid (16). Det trekkes også fram at motiverende intervju fungerer bedre når det kombineres med annen aktiv behandling og behandlingsmetoder. Kognitiv terapi trekkes frem som et eksempel. Motiverende intervju kan fungere som en katalysator for andre behandlingsmetoder fordi den prøver å få fram motivasjonen hos klienten.

2.7 Mestringskompetanse

Mestringstro har stor betydning på hvorvidt man lykkes med nye oppgaver eller ikke. Det er derfor svært viktig å utvikle mestringstro hos personer som skal gjøre en livsstilsendring. Ofte fokuserer man på hindringer og barrierer i en situasjon, mens man ideelt sett skulle fokusert på mulighetene. For å oppnå mestringstro må man bli bevisst på de negative tankemønstrene. Har man tro på at man klarer en oppgave vil det ofte fungere som en selvoppfyllende profeti. Det samme gjelder hvis man har liten tro på at man skal lykkes. Om man tror at man enten lykkes eller ikke lykkes, øker sannsynligheten for at det gjør nettopp

det. Holdningen vi har til oss selv har mye å si for resultatet. Dårlig holdning eller negativt syn på seg selv kan endres og trenes opp. En forutsetning er at personen selv erkjenner og innrømmer den negative oppfatningen om seg selv (17).

Behandler står i posisjon til å påvirke mestringstroen til klientene. Faktorer som støtter mestring er mål, motivasjon og kunnskap (11).

En longitudinell studie gjort i 2009 undersøkte endringer i mestringsforventninger og selvfølelse hos sykkelig overvektige etter fullført pasientkurs. Kurset omhandlet å gi deltakerne grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon og lære bort metoder som kan bidra til bedre mestringsforventning og selvfølelse hos deltakerne. Studien viste at deltakerne hadde en klinisk signifikant økning i mestringsforventning og selvfølelse ett år etter fullført kurs. Dette viser betydningen av kunnskap og hvordan selvoppfatning kan påvirke resultatet (18).

2.8 Målsettingsteorien

I en livsstilsendringsprosess kan målsetting være avgjørende for resultatet. Mål er med på å avgrense og konkretisere oppgavene som skal gjøres, og gir dermed økt mestringsfølelse og motivasjon. Oversikt over oppgavene og målene gir en følelse av trygghet, noe som gir større tro på at man lykkes. Prestasjonene vi viser blir bedre og mer effektive jo klarere og mer konkrete målene er (11).

Motivasjon påvirkes av hva slags mål man setter seg. Det kommer an på om det er generelle eller spesifikke mål, langtidsmål, delmål eller korttidsmål. Generelle mål og langtidsmål er vanskeligere å oppnå enn spesifikke mål, delmål og korttidsmål. Det kan derfor være smart å ha både spesifikke mål, men også delmål og korttidsmål i arbeidet frem mot langtidsmålet. Delmål og korttidsmål krever mindre tålmodighet og er belønnende, noe som virker motiverende. Personer som setter seg realistiske og klart definerte mål lykkes bedre enn de som gjør det motsatte. Det viser seg at personer med urealistiske og vage mål har økt stress- og spenningsnivå og blir lettere slitne (11).

Venner og familie rundt er viktige støttespillere under prosessen frem mot et mål. Spesielt viktige er de når man møter motgang og problem, og mange mangler denne støtten når det oppstår. Støttespillernes holdning bør være empatisk, omsorgsfull, oppmuntrende og energisk. Like viktig er det å vise en genuin interesse for arbeidet de gjør ved å for eksempel spørre om fremgang (11).

I arbeidet med å lage de forskjellige oppgavene og målene kan det være lurt å ta utgangspunkt i smartmodellen. S står for spesifikk. For at klienten skal vite konkret hva han eller hun skal gjøre, må målene være spesifikke (12). Mange mål er for generelle, som for eksempel "Jeg skal begynne å trene". Et spesifikt mål vil være "Jeg skal begynne å trene 3 dager i uken. Mandag kveld, onsdag kveld og fredag morgen". Spesifikke mål gir oss en klarere og bedre mulighet til å evaluere om målene er nådd, noe som gir oss kunnskap om at vi nærmer oss hovedmålet, som igjen er motiverende (11). M står for målbar. For å kunne se om man lykkes med endringen må man kunne bekrefte at målene er nådd (6). A står for akseptabel. Målene må være akseptert av klienten (12). Det er vanlig at behandler og klient har ulik oppfatning av hvilke mål som er akseptable. Sjansen for at man kommer frem til en beslutning som begge parter er enige i øker dersom behandler har en åpen og fleksibel holdning. Dersom behandler ikke er enig i målene klienten kommer frem til, er det viktig å huske på at det er klienten som til syvende og sist bestemmer det endelige målet. R står for realistisk. Realistiske mål er viktige for å lykkes. For å oppnå realistiske mål må de baseres på personens tidligere ferdigheter, kunnskaper og forutsetninger (6). T står for tidsbegrenset. Evalueringen av endringen må ha en tidsfrist (12). Ved å sette en tidsfrist for målene vil personens innsats styrkes. Tidsrammen bidrar også til økt press som igjen bidrar til økt forpliktelse (6).

Ved å følge smartmodellen blir målene overkommelige og gjennomførbare, dette virker motiverende og styrker troen på mestring (6).

2.9 Transteoretiske modell

Prochaska og DiClementes transteoretiske modell for endring fra 1994 beskriver hvordan atferdsendring er en prosess med ulike stadier eller faser (19). Modellen viser at en planlagt endring består av fem stadier som følger hverandre i en bestemt rekkefølge. Hver fase har ulike utfordringer man må gjennom. Modellen beskriver også hvordan man kan flytte seg bakover til tidligere faser, og at den i noen tilfeller kan tilpasses med tanke på den gitte rekkefølgen (14).

Føroverveielsesfasen er den fasen man befinner seg i om man ikke er klar for eller har tenkt å gjøre en endring. Ofte har personen mange unnskyldninger og forklaringer på situasjonen(19). Personer i denne fasen blir ofte beskrevet som ubevisste eller motløse. Enten er man ikke klar over situasjonen, eller så er man motløs på grunn av mange tidligere

mislykkede forsøk. Ofte er manglende kunnskap, manglende tillit og liten tro på at endring er hensiktsmessig grunner til at personen er i denne fasen (14).

Overveielsesfasen er når personen har blitt klar over at situasjonen de er i kan gi problemer. I denne fasen vurderer man en endring, men det tas ingen avgjørelser. Personen som befinner seg på dette stadiet kartlegger ambivalens. De positive aspektene med å ikke gjøre endringen er større enn de positive aspektene med å gjennomføre endringen. Mange ender opp med å være i denne fasen i mange år (19). Å erkjenne at man har et problem er veldig ofte forbundet med skam. Mange vil protestere eller gjøre motstand hvis hjelperen går for fort fram i denne fasen. Det er derfor viktig å bruke god tid på overgangen og hjelpe personen med å tåle skammen, usikkerheten og erkjennelsen (14).

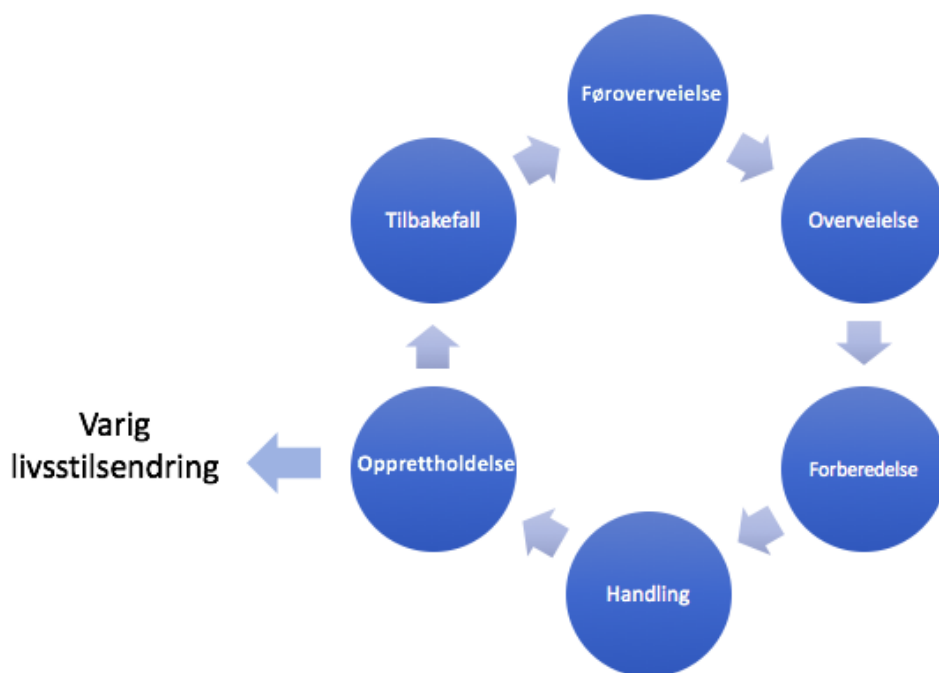
I neste fase, forberedelsesfasen, er valget om å endre atferd tatt, men ikke påbegynt. Det er stort fokus på planlegging. Mange har en plan om å for eksempel melde seg inn i et treningssenter, søke råd hos en konsulent, eller melde seg på et kurs (19). Ofte kan overgangen til denne fasen gjøre personen lettet og optimistisk, spesielt hvis overveielsesfasen har tatt lang tid. Samtidig kan mange være engstelige for å ta en bindende avgjørelse. Som behandler er det svært viktig å rette fokuset bort fra problemer og engstelse, til fokus på løsninger og planlegging. Denne fasen er mer begrenset i tid enn de tidligere fasene. Det er viktig å bruke energien og motivasjonen man får ved å ta en beslutning mens den varer (16).

Handlingsfasen er den fasen hvor endringen blir gjort. Det kreves mye innsats, energi og tid for å gjennomføre atferdsendringen. I denne fasen gjøres endringer i hverdagen og livsstilen. For mange betyr dette store endringer i deres sosiale liv og omkrets (19). Fokuset i denne fasen er å omgjøre motivasjon til handling. I motsetning til de tidligere fasene er det lettere for personen å se endringen. Tidligere har endringen skjedd i tankene mens det nå gjøres fysiske endringer. Utfordringen i denne fasen er å holde på motivasjonen og fokuset, spesielt hvis endringen tar lang tid. Hjelperens oppgave blir da å støtte mestringsstillit og fokusere på hvorfor endringen gjøres (14).

I opprettholdelsesfasen er det fokus på å unngå tilbakefall. Man regner at man er i opprettholdelsesfasen når man har vært uten den negative atferden i mer enn seks måneder (19). Det er fokus på å bygge inn endringen i hverdagen og sørge for at den opprettholdes. Målet er at endringen skal føre til at det ikke lenger er fokus på problemet, men at det skal bli en naturlig del av hverdagen (14). For å unngå tilbakefall kan man for eksempel unngå visse

situasjoner, gå på kurs eller snakke med en rådgiver jevnlig. Hvor mye tid og ressurser som brukes til dette avhenger av hva slags endring som er gjort (19).

Tilbakefall er en del av modellen. Det er fare for tilbakefall i alle fasene av endringen hvis personen gir opp eller ikke klarer å løse utfordringene knyttet til hver enkelt fase. Noen faller tilbake ett eller to steg, mens andre faller helt tilbake til første fase. Det som er viktig å være bevisst på da er at føroverveielsesfasen ikke lenger er preget av ubevissthet, men heller motløshet. Som behandler er det da viktig å vise at det er mulig å lære av erfaringene for å bruke det til noe positivt (14).



Figur 1. Endringshjulet. Modifisert etter Proschaska og DiClemente (19).

Som behandler kan det være nyttig å kjenne til endringshjulet til Proschaska og DiClemente. Etter en kartlegging kan man vite noe om hvilket stadie deltakeren befinner seg i og dermed tilpasse endringsarbeidet ettersom klienten flytter seg i de ulike fasene.

3. Metode

3.1 Hva er metode?

For å bidra med kunnskap til hvordan virkeligheten ser ut må man gå metodisk til verks. Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål. For å formidle informasjon om det man vil belyse, må man samle inn, analysere og tolke data (20). Innsamlede data kalles for empiri (21) Kjennetegnene ved empirisk forskning er systematikk, grundighet og åpenhet (20).

3.2 Valg av metode

Innen vitenskapsmetode brukes to ulike tilnærminger, kvalitative og kvantitative studier. (22). I studien vår valgte vi å benytte kvalitativ metode. Målet med en kvalitativ studie er å få kunnskap om opplevelser, erfaringer og følelser. Kvantitativ metode har som mål å samle inn større mengder data som kan tallfestes. Dette er for å vise sammenhenger, tendenser og utbredelser i samfunnet. På grunn av mengden data som samles inn er kvantitative studier ofte generaliserbare. Kvalitative studier kan derimot ikke generaliseres til befolkningen (22). Problemstillingen skal helst bestemme metodevalget (23). Vår problemstilling spør *hvordan* ansatte på frisklivssentraler motiverer brukere. For å besvare dette måtte vi hente ut erfaringer, meninger og opplevelser fremfor tall og statistikk. Vi ønsker respondentenes egne tanker og følelser rundt temaet og er ute etter rik og utfyllende informasjon. For å få best mulig innblikk i dette valgte vi å gjennomføre et kvalitativt intervju.

3.3 Kvalitativt intervju

Et kvalitativt forskningsintervju har som formål å få en innsikt i hvordan intervjupersonene oppfatter verden. Målet er å få deres erfaringer og opplevelser, ikke vitenskapelige forklaringer (24). Man er mindre opptatt av årsakssammenhenger, og mer opptatt av hvordan mennesker oppfatter verden (20). Et intervju er en samtalemetode med en viss struktur. Den skiller seg fra vanlig kommunikasjon ved at en person, forskeren, kontrollerer og definerer samtalen (24).

Et én-til-én intervju, som brukes for å få beskrivelser av en persons forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner, ble valgt som metode (20). Intervjuene i kvalitative studier kan være både strukturert og ustrukturert. Vi valgte et semi-strukturert intervju med fast tema, spørsmål og rekkefølge på spørsmålene. En intervjuguide ble laget for å bruke som hjelpemiddel. I tillegg til de bestemte spørsmålene var det også mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål for å få mer informasjon ved behov.

3.4 Utvalg

Vi gjorde et strategisk utvalg for å finne deltakere i studien (25). En oversikt over frisklivssentraler i Norge ble brukt for å velge ut deltakere. Deltakere ble plukket ut fra området i og rundt Oslo og Østfold. En e-post ble sendt ut til de aktuelle frisklivssentralene med forespørsel om å være med i studien, samt informasjonsskriv (Vedlegg 1). Vi informerte om hva deltakelse innebar, at vi ønsket å ta opptak av intervjuet og at intervjuene ville bli anonymisert. Fire frisklivssentraler svarte at de ønsket å være med i studien. Den ene frisklivssentralen stilte med to deltakere.

Utvalget ble valgt ut basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Ansatte ved en frisklivssentral i Norge• Erfaring med motivering av brukere	<ul style="list-style-type: none">• Frisklivssentraler utover 1 times kjøring fra Oslo

3.5 Utforming og gjennomføring

Vi valgte et strukturert intervju basert på en intervjuguide (20). Dette var for å sikre oss at deltakerne fikk tilnærmet like spørsmål, samtidig som det ga oss mulighet til å stille flere spørsmål for å utdype videre (24). Vi utarbeidet en intervjuguide som ble brukt som hjelpemiddel under intervjuene (vedlegg 2) Tema vi ville innom ble først bestemt og deretter ble spørsmål innenfor disse temaene formulert. Spørsmålene skal oppmuntre deltakeren til å komme med utdypende informasjon (20). Intervjuguiden ble utarbeidet med en struktur på både rekkefølgen og på spørsmålene. I den første delen av intervjuet stilte vi enkle faktaspørsmål om utdanning og frisklivssentralen. Det er i den første delen av intervjuet relasjonen mellom forsker og deltaker skapes, og det er derfor viktig å ikke stille provoserende eller for personlige spørsmål til å begynne med. Deretter stilte vi spørsmål som skulle få deltakeren til å fokusere på temaet ved å spørre "Kan du fortelle litt om fokuset deres på motivasjon og motivasjonsteknikker?". Deretter fulgte spørsmål om de ulike temaene vi ville ha informasjon om (20).

Tre av intervjuene ble gjennomført i lokalene til Frisklivssentralene, og to ble holdt utenfor frisklivssentralenes lokaler. Intervjuene som foregikk på frisklivssentralene ble holdt på kontorene til deltakerne. På grunn av begrenset med tid måtte vi holde to av intervjuene hver for oss. Før intervjuet startet ga vi på nytt informasjon om studien og at det ville bli tatt opp

på lydopptak. Vi forsikret også om at deltakelsen ville være anonym, og at materiell ville bli slettet etter ferdigstilt oppgave. Vi ga også en antydning på hvor lenge intervjuet kom til å vare. Deltakerne skrev deretter under på samtykkeskjema. Intervjuene ble tatt opp på mobiltelefoner, og opptakene ble slettet etter at oppgaven var ferdigstilt.

Under intervjuene stilte vi spørsmålene fra intervjuguiden. Under noen av intervjuene stilte vi oppfølgingsspørsmål for å få mer informasjon om noen av temaene. En hadde ansvar for å stille spørsmålene fra intervjuguiden, mens den andre stilte oppfølgingsspørsmål.

To av intervjuene varte i 20 minutter, mens de tre andre varte omtrent 30 minutter.

3.6 Dataanalyse

For å kunne bruke resultatene ble intervjuene transkribert til skriftlig form. Transkribering er en omdanning av muntlig språk til skriftlig tekst (24). Vi transkriberte alt tilnærmet ordrett. Dette var for å sikre at ikke noe informasjon gikk tapt. Arbeidet med transkriberingen ble delt mellom oss. Vi gikk gjennom hverandres transkriberinger slik at sjansen for feiltolkninger og misforståelser ble minimal.

Analysen av dataene har som formål å avdekke mønster og sammenhenger i materialet. Gjennom koding av materialet finner man fram til forenklede stikkord og tema (24). En del av analyseprosessen ble gjort allerede da vi valgte tema og spørsmål intervjuet skulle inneholde.

For å analysere dataene valgte vi fem kategorier eller koder vi mente dekket det relevante innholdet i intervjuene (24). Deretter fargekodet vi innholdet i hvert intervju etter de fem kategoriene. Vi markerte også sitater og utsagn som hadde gode poenger.

Etter at all data var gjennomgått og fylt inn i kategoriene kunne vi sammenligne utsagn fra de ulike respondentene og trekke ut resultater fra svarene.

For å sikre anonymiteten til deltakerne i studien valgte vi å kalle de respondent 1 – 5. Nummereringen av respondentene samsvarte ikke med rekkefølgen vi holdt intervjuene. Dette også for å sikre anonymitet.

3.7 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet forteller om målingene i studien er pålitelige. Om en studie har høy reliabilitet vil andre målinger kunne gi samme resultater. Måleprosessen må derfor være nøyaktig og ha minimalt med målefeil. Når data har høy reliabilitet skal det sikre at de kan brukes til å belyse problemstillinger (26).

Det kan ofte være vanskelig å sikre reliabilitet i kvalitative studier. Den som blir intervjuet kan bli påvirket av både forskeren og situasjonen, og vil ikke nødvendigvis gi samme svar dersom intervjuet ble holdt på nytt (27). Reliabilitet kan sikres ved å behandle dataene nøyaktig. Vi var svært nøye med å ikke blande svarene sammen og å forsikre oss om at vi hadde riktig respondent på sitatene vi brukte. To forskere kan gi høyere reliabilitet, da man er to som tolker og behandler dataene. Dette gir mindre rom for feiltolkning.

Validitet handler om hvor gyldig og relevante resultatene av målingen er (26). Å sikre validitet kan ofte være enklere ved kvalitative studier (27). For å sikre validiteten har vi underveis i intervjuene stilt spørsmål for å få informantene til å snakke om ønskelige tema. Ved misoppfatninger har vi stilt oppfølgingsspørsmål for å korrigere. At intervjupersonene fikk snakke fritt om egne opplevelser og erfaringer gjorde at vi fikk valide resultater.

3.8 Etikk

Studien ble utført etter de generelle forskningsetiske retningslinjer (25).

Når man innhenter data ved et intervju stilles det krav til vern om personopplysninger. Et forskningsetisk prinsipp er at all informasjon skal være anonymisert. Det skal ikke være mulig å identifisere deltakerne i studien (20). Opplysninger om navn, arbeidssted og tittel ble innhentet i forbindelse med intervjuet. For å sikre at personen ikke er mulig å gjenkjenne har arbeidssted og person blitt anonymisert i oppgaven.

Deltakerne i studien har gitt informert samtykke. Det vil si at de informeres om studiens mål og hva som skjer med informasjonen de gir. I tillegg er det viktig å sikre at deltakerne deltar frivillig, og at de har fått informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra studien uten grunn (24). Informasjon om dette ble sendt ut til deltakerne sammen med forespørsel om deltakelse. Informasjonen ble også gitt før selve intervjuet, og deltakerne skrev under på samtykke mens vi var til stede.

3.9 Metodediskusjon

Studien vår er ikke representativ for en større populasjon, da den kun henter data fra fem respondenter (21). Samtidig kan det antas at svarene er gjeldende for frisklivssentraler utover vårt utvalg, da mange frisklivssentraler arbeider etter samme prinsipper.

Rekrutteringen foregikk via e-post. Det var mange vi ikke fikk svar fra, og vi ser at vi kunne rekruttert flere ved å ringe eller ved personlig oppmøte.

Vi valgte å ikke sende ut intervjuguide på forhånd. Hadde vi gjort det hadde respondentene hatt mulighet til å forberede seg på spørsmålene og gi mer konkrete svar. Vi valgte allikevel å ikke gi de spørsmålene, da vi var ute etter spontane og ærlige svar. Spontaniteten i svarene hadde forsvunnet om de hadde forberedt svarene på forhånd.

Underveis i prosessen så vi at misoppfatning av spørsmål kunne være en feilkilde. Spesielt de to siste spørsmålene viste seg å gi svært forskjellige svar. Vi kunne formulert spørsmålene på en annen måte. Vi fikk ikke gjennomført prøveintervju på grunn av sykdom. Hadde dette gått som planlagt hadde vi hatt mulighet til å endre og omformulere spørsmålene som ble oppfattet feil. En mulig feilkilde kan også være at vi stilte ledende oppfølgingsspørsmål. Det at vi ikke hadde formulert de på forhånd ga rom for at vi stilte oppfølgingsspørsmål som ble ledende mot det vi ville fram til.

Vi merket at de siste intervjuene gikk bedre enn de første. Vi ble etter hvert tryggere i situasjonen med å intervju, og vi stilte spørsmålene på en annen måte enn i starten. Dette gjorde at de to siste respondentene oppfattet spørsmålet slik det var tiltenkt. Vi stilte også flere oppfølgingsspørsmål i de siste intervjuene. Ved å øve mer på intervjusituasjoner på forhånd kunne disse forskjellene vært unngått. Vi så at intervjuene ble litt korte. Hadde vi stilt flere spørsmål og oppfølgingsspørsmål kunne vi kanskje fått fram flere forskjeller og mer informasjon fra hver enkelt.

Lydopptakene sikret at vi fikk med all informasjon i transkriberingen. I tillegg hadde vi mulighet til å gå over opptakene flere ganger for å forsikre oss om at vi ikke hadde oversett informasjon. Transkriberingen var en omfattende prosess, og vi brukte mye tid på å gå over dataene. En feilkilde i transkriberingen var problemer med å høre noen av ordene på lydopptakene. Dialekt og språk anser vi også som mulige feilkilder under transkriberingen.

En semi-strukturert intervjuguide sikret at alle respondentene svarte på de samme spørsmålene. Vi fikk også mulighet til å sammenligne svar og stille de opp mot hverandre. Vi spurte alltid om det var noe mer de ville tilføye om temaet for å sikre at vi ikke gikk glipp av informasjon.

At vi var to stykker gjorde det lettere å komme med oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Vi merket at vi hadde bedre flyt i de intervjuene vi holdt sammen. Vi opplevde det som en styrke å være to forskere i denne studien. At vi har hatt mulighet til å diskutere svarene og komme med en felles beslutning har også vært en styrke.

4. Resultat og diskusjon

I dette kapittelet har vi samlet det vi mener er de viktigste resultatene fra innsamlingen og diskutert dem underveis. Vi har valgt å dele resultatene inn i fem kategorier. Kategoriene vi har valgt er motiverende intervju, verktøy, mål og delmål, indre og ytre motivasjon og behandlers rolle. Først presenteres respondentene med stillingstittel og utdanning.

Respondent 1

Kjønn: kvinne

Stillingstittel: Frisklivsveileder

Utdanning: Bachelor i ernæring.

Respondent 2

Kjønn: Kvinne

Stillingstittel: Prosjektleder for frisklivssentralen

Utdanning: Fysioterapeut. Videreutdanning i fysioterapi for eldre og veiledning. Master i folkehelse.

Respondent 3

Kjønn: Kvinne

Stillingstittel: Ernæringsfysiolog

Utdanning: Klinisk ernæringsfysiolog

Respondent 4

Kjønn: Kvinne

Stillingstittel: Prosjektleder for læring og mestring

Utdanning: Master i fysisk aktivitet og helse. PPU

Respondent 5

Kjønn: Kvinne

Stillingstittel: Frisklivskoordinator

Utdanning: Bachelor i idrettsvitenskap, spesialisering i fysisk aktivitet og helse.

Videreutdanning i kognitiv atferdsterapi.

4.1 Motiverende intervju

Samtlige respondenter bruker motiverende intervju eller teknikker fra motiverende intervju i arbeid med motivasjon. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger om at motiverende intervju bør brukes som metode når det skal motiveres til atferdsendring (12).

De fem respondentene bruker metoden på forskjellig måte, men felles er at de mener at det er den beste metoden for å motivere til endring. Flere av respondentene trekker fram de sentrale verktøyene i motiverende intervju, deriblant ambivalens og skalering, som svært nyttige.

Respondent 1 - 4 sier de bruker motiverende intervju. Respondent 5 sier hun ikke tenker bevisst over hvilken motivasjonsteknikk hun bruker, men det kommer fram i samtalen at hun bruker mange teknikker fra motiverende intervju.

R3 beskriver motiverende intervju på denne måten:

"Vi som andre frisklivssentraler bruker motiverende intervju som samtaleverktøy. Fokuset er på å bygge opp den enkeltes motivasjon for endring. Det er viktig, det handler mye om at man istedenfor å gi masse tips og råd om hva folk burde gjøre, så jobber man med å styrke deres motivasjon og troen på mestring, sånn å få til varig endring på den måten. For eksempel det å jobbe med bekreftelse og at folk blir sett er kjempeviktig, og ikke ha så store forventninger om at de skal være ferdig enda, men at endring tar tid." (R3)

R5 bruker ikke begrepet "motiverende intervju", men beskriver samtalen slik:

"Det blir det her møtet mellom mennesker, også litt sånn "hvem er du?". Nysgjerrig på hvem den personen er. Også er de jo her, du kan jo si at det er vel en type teknikk det at vi ønsker jo at deltakeren selv skal sette, eller komme med forslag til målet sitt og også hvordan vi skal nå det." (R5)

Alle respondenter trekker frem viktigheten av at deltakeren eier endringsprosessen selv. Det beskrives på forskjellige måter. R3 bruker metaforen "å sitte i førersetet", mens R4 sier "at de styrer skuta selv".

Dette beskrives slik:

"Også er det jo fokus at deltakerne skal eie samtalen selv. Det er de som skal sette agendaen, det er de som skal si noe om hva som er viktig for de. Og det er jo litt sånn i forhold til motivasjon, så vet vi jo det at det vi blir fortalt at vi skal gjøre, det har vi ikke lyst til å gjøre, men hvis vi klarer å finne det ut selv, så eier vi det." (R2)

"Det som er med motivasjonsteknikker er jo at det er de som styrer skuta. Mens vi bruker samtaleverktøy for å få de fram til målet de egentlig ønsker. Så vi møter jo de som er sjefen i sitt liv. Det er de som bestemmer." (R4)

Teorien legger vekt på at personen som skal endre atferd skal komme med argumentene selv (14). På grunnlag av at alle respondentene også understreker viktigheten av at deltakerne selv eier endringsprosessen, har vi grunn til å tro at denne delen av atferdsendringen er avgjørende.

Ambivalensutforskning trekkes frem som en viktig del av et motiverende intervju (12).

Behandler gjør dette for å få en oversikt over hvilke fordeler og ulemper deltakeren ser med å endre atferd. R1, R2 og R3 forteller at de bruker ambivalensutforskning som en del av motiverende intervju.

"Også det med ambivalensskjema. Hvor vi ser på fordeler og ulemper med sånn som det er nå, fordeler og ulemper med å gjøre endring. Og også se litt, bruke endringshjulet... Men det å utforske ambivalens tenker jeg er viktig. Mange tenker "ja, jeg burde gjort det sånn, men.." Det å veie opp da. Og se litt på hva som er viktig." (R2)

På spørsmål om hvordan man kartlegger motivasjonen til brukerne, svarer R4:

"Bruker skalering. Og det er veldig viktig å kartlegge. Man har jo nye samtaler, sant, ofte etter oppstart. Seks uker, av og til etter fire uker tok jeg samtaler. Veldig viktig å bruke skaleringen

for å finne ut hvor de faktisk er. Og det at en ikke glemmer det, men hele tiden bruker skalering da. Veldig glad i skalering. " (R4)

Respondent 3 trekker også fram skalering som et godt verktøy for å finne ut av hvor motivert brukeren er for endring. Hun forteller også at det er viktig å bruke tid på forskjellige typer kartlegging i de ulike fasene av endringen.

"Det kan du gjøre ved å stille sånne skaleringsspørsmål. "Hvor klar er du for endring?" Så hvis de er veldig lite, er de kanskje i føroverveilesesfasen, og du må bruke tid på å bygge opp denne diskrepansen. Kanskje må det mer tid til. Hvis de er midt på treet så er de mer ambivalent og da må man jobbe med ambivalensutforsking."(R3)

R2 forteller også at hun bruker endringshjulet, men at det ikke er helt bevisst.

Å kjenne til endringshjulet til Prochaska og DiClemente i forbindelse med motiverende intervju har vist seg å være nyttig (12). Dette understreker respondent 3 når hun sier hun bruker endringshjulet for å tilpasse metodene hun bruker. Flere av respondentene har uttalt at det er viktig å møte deltakerne der de er. Teori om endringshjulet sier at de ulike fasene krever ulik tilnærming (14). Ut fra dette tenker vi det er viktig å tilpasse endringssamtalene ut fra pasientens ståsted.

Alle respondenter legger vekt på at løsninger som brukerne kommer frem til selv er mer effektive enn å gi råd.

"Vi prøver å få personene som kommer til oss til å på en måte høre selv med egne ord, eller i sitt eget hode hva som trengs å gjøres for da blir det jo mest effektivt å gjøre noe med, enn at de skal høre på oss pøse på med masse råd og veiledning." (R1)

R4 forklarer at mange ofte tenker at det tar lenger tid å få deltakerne til å se argumentene selv, men hun mener det tar kortere tid enn å gi mange råd:

"Da blir det motstand med en gang, og da vil prosessen gå tregere. Så man kan tenke at det er noe mer tidkrevende, at man skal ha tålmodighet og ikke pøse på med masse råd. Men poenget er at det kan ta lenger tid hvis du kommer med masse råd. For da må du på en måte gå tilbake når de ordene er sagt "Nei, nå må du slutte å røyke, det er dødsfarlig". Men da får jo personen behov for å forsvare hvorfor han gjør det. Da sitter jo jeg og sier at de er helt dust som gjør noe sånt, ikke sant. Hvis man istedenfor spør "hvorfor røyker du, kan du fortelle hva som er

bra med det?". Få de liksom til å utforske det, hva dem liker og ikke liker selv, ikke hva jeg synes. Da tar det til sammen kortere tid tror jeg, selv om det er en lenger samtale." (R4)

I tillegg til motiverende intervju, nevner R4 at hun har hatt god bruk for kognitiv terapi som samtaleverktøy. Dette er noe hun bruker i samtale med personer som sliter med psykiske problemer.

"Jeg har jo brukt mye kognitiv terapi og. Det er egentlig et samtaleverktøy hvis du har møtt veggen eller er deprimert. Går på dette med tanker, følelser og kropp. Så jeg har brukt mest en blanding mellom motiverende intervju og kognitiv terapi for å hjelpe folk som går mer på det psykiske. Er du veldig overvektig, så er det psykiatri, nesten garantert. Veldig hjelp å ha kunnskap på det området i forhold til psykiatri." (R4)

Respondent 4 sier hun bruker kognitiv terapi i tillegg til motiverende samtale. Teorien viser at dette kan være svært gunstig (16). Når man bruker motiverende samtale sammen med annen behandling kan det øke effekten av behandlingen. R1 sa hun ofte har deltakere med store belastninger. Flere nevner også at det ofte er for "tungt" klientell, som kanskje hadde hatt bruk for andre helsetjenester. Det kan antas at motiverende intervju derfor kan være spesielt nyttig for denne gruppen. Det er stort fokus på aktivitet og trening på frisklivssentraler. Studier har vist at aktiv behandling fungerer svært godt sammen med motiverende intervju (16). Dette kan være en av grunnene til at respondentene opplever at mange deltakere på frisklivssentralen lykkes.

R4 nevnte at veldig overvektige personer ofte har psykiske plager. Flere av de andre snakket også om at mange deltakere ofte slet med psykiske plager i tillegg til det fysiske. R4 sa hun hadde god bruk for kognitiv terapi i slike tilfeller. Teorien sier også at bruken av kognitiv terapi sammen med motiverende intervju er nyttig i disse tilfeller. Vi tenker det kan være hensiktsmessig for ansatte å være klar over, og å bruke dette ved behov. Samtidig er det ikke frisklivssentralene sin oppgave å behandle psykiske lidelser. Derfor er det viktig å være klar over at i noen tilfeller bør det henvises til andre behandlingsalternativer.

Når vi legger til grunn det teorien sier om motiverende intervju og måten ansatte på frisklivssentraler jobber for å motivere kundene sine, har vi grunnlag for å tro at motiverende intervju er en av de mest effektive samtalemetode for å oppnå livsstilsendring. At de ansatte bruker teorien i praksis og mener den fungerer er med på å vise at anbefalingene om å bruke metoden har hensikt.

4.2 Kartleggingsverktøy for å motivere til endring

I løpet av intervjuene kom det fram at alle brukte kartleggingsverktøy for å få en oversikt over situasjonen og fremgangen til deltakerne. Respondentene ble ikke spurt om de brukte kartleggingsverktøy, men alle nevnte at de brukte dette som en del av endringsprosessen.

Vi spør R2 om å forklare prosessen fra en bruker kommer inn til det skjer en livsstilsendring. Hun svarer:

"Det første som skjer er at jeg enten får en resept, eller at de tar direkte kontakt selv, så setter vi opp en time, gjør en kartleggingsamtale. Så har vi jo da, det er jo reseptbelagt, så de er her i tre måneder, i første omgang, med en kartleggingsamtale i starten, hvor vi bruker blant annet "min livsstil". Et elektronisk kartleggingsverktøy, som består av 23-24 spørsmål, som handler om bevisstgjøring, det går på alt fra kosthold og trening, til psykisk helse, koffeininntak, alkoholinntak og søvn for å bevisstgjøre seg selv litt. Mange vet jo at de burde gjort det og det. Så det er å bli bevisstgjort på sine egne valg. Tenker jeg at for mange starter en prosess." (R2)

Hun nevner at bruken av "Min livsstil" gjør at deltakerne blir bevisste på egne valg. Når deltakeren blir bevisst på hva slags konsekvenser valgene har, kan dette være med på å flytte deltakeren over i forberedelsesfasen (14). Et prinsipp i motiverende intervju er at deltakeren skal bli bevisst på egne valg selv. Dette verktøyet kan bidra til å forsterke dette.

R5 bruker også "Min livsstil" som kartleggingsverktøy. Hun forklarer at det er et kartleggingsverktøy med spørsmål om egen livsstil. De får en rapport som viser hvor det er forbedringspotensiale og hva som er bra.

"Vi bruker et sånt kartleggingsverktøy som heter "Min livsstil" og det er kjempenyttig. I forhold til å eie sin egen endringsprosess da, så synes jeg det her er et veldig fint kartleggingsverktøy... nyttig for meg å se, for da vet vi "Ja, jeg veit at jeg er for lite aktiv". Så da begynner vi her, ikke sant. Du kan ikke begynne med røykeslutt, aktivitet og alt på en gang, men at man tar det som kanskje har størst forbedringspotensiale først da. Jeg synes dette verktøyet er veldig nyttig, og deltakerne gir tilbakemelding på at de synes det er veldig nyttig." (R5)

Hun forteller også hvordan hun bruker det for å vise deltakeren endringen som skjer underveis.

"Så tar vi det her gang nummer to, for eksempel etter tre måneder da, så vil du kanskje se, her får du disse to sirkelene ved siden av hverandre. Dette svarte du forrige gang, sånn ser det ut nå. Så vil du se hvordan endringen din har vært da." (R2)

R1, R3 og R5 forteller at de bruker aktivitetsdagbok, kostholdsregistrering og matdagbok som verktøy. R3 nevner også at hun i noen tilfeller bruker avkrysnings skjema:

"På kostholdsending bruker jeg ofte, eller i noen tilfeller et skjema der folk skal krysse av for hver uke. Særlig sånn på vektreduksjon, da er det liksom "Jeg klarer ikke å slutte å spise godteri". "Ja, hva kunne vært en logisk arbeidsoppgave?". "Jo, at jeg kanskje bare skal spise godteri på lørdag da". Da lager vi et skjema, og så setter du et smilefjes for de dagene du klarer å ikke spise godteri, og også på lørdag, for da spiser du godteri som planlagt." (R3)

På grunnlag av at respondentene nevnte bruken av kartleggingsverktøy uten å bli spurt om det, antar vi at de mener det er viktig og nyttig for å motivere deltakerne til livsstilsending. Som R2 nevner, kan kartleggingen gjøre at både behandler og deltaker blir mer bevisst på valgene og hva som bør jobbes med. Underveis i prosessen kan kartleggingen gi mestring og motivasjon når deltakeren får oversikt over endringene som gjøres.

4.3 Mål og delmål

Helsedirektoratet anbefaler ansatte på frisklivssentraler å bruke smartmodellen når de lager mål (12). Når vi spør respondentene om hvordan de bruker mål og delmål, nevner alle unntatt R1 at de bruker SMART-prinsippene. Allikevel kommer det fram at mange av prinsippene R1 bruker bygger på prinsippet om SMART-mål. At målene skal være spesifikke og konkrete går ofte igjen i samtalene og er det som blir lagt mest fokus på. Når vi spør R4 om hun bevisst bruker SMART-mål svarer hun

"Ja, både smart og spesifikk og alt det der. Bruker det hele tiden. Det ligger på en måte, det er så innprenta. ." (R4)

R2 snakker om SMART-mål slik:

"Jeg tenker at det å bruke SMART-mål. At det skal være spesifikt, at det skal være målretta, at det skal være attraktivt og avgrensa. Det at det skal være realistiske mål også, det er viktig. Det er veldig mange som sier "jeg skal løpe en mil igjen", også er de kanskje under 0." (R2)

Respondentene bruker SMART-prinsippene, som er i tråd med anbefalingene (12). Samtidig viser det seg at de legger mest vekt på at målene skal være spesifikke og realistiske. Det kan derfor tenkes at det er dette respondentene mener er det viktigste i målsettingen. R5 nevner

også at hun får tilbakemelding fra deltakerne om at de liker at målene er så konkrete. Dette kan ha bakgrunn i at konkrete mål øker mestringsfølelse og dermed gir mer motivasjon (11).

Et tema som gikk igjen var det å fokusere på en ting om gangen, og begrense antall mål. R1 sier:

"Ofte så er det flere ting folk kommer med, det er sjelden at det bare er en ting. Ofte en kombinasjon av for eksempel psykisk helse, kosthold og ikke trener. Så prøver vi å fokusere på en ting av gangen da, slik at det ikke blir veldig mye. Og ofte når man setter i gang med en ting så forløser det noe som gjør at man på en måte har motivasjon til å starte med noe annet. For eksempel de mestringskursene vi har, da prøver vi å kombinere de med litt fysisk aktivitet, sammen med røykesluttkurs. Det er veldig fint å gjøre begge delene samtidig. Og når man på en måte har begynt med en ting så er det lettere å begynne med en annen ting." (R1)

R4 snakker også om dette, og sier at ofte når folk ønsker å endre på mange ting tar det lenger tid:

"Men da er vi veldig opptatt av å ta ting gradvis. Begynne med fysisk aktivitet, kanskje kosthold, kanskje røykeslutt. Sånn at det ikke blir tre ting på en gang. Det er viktig i oppfølgingen, sånn at vi tar en og en ting ... Men jeg har og veldig sansen for få mål, kanskje ett mål er nok, når de går ut av døra. mer enn nok. Som sagt satt jeg altfor mange mål i starten, de styrte litt for masse. Så det er viktig å ikke sette seg for mange mål."(R4)

Som R1 trekker fram, vil ofte endring av én livsstilsvane føre til at det blir lettere å endre flere vaner. Som teorien nevner er mestringsfølelse viktig for å øke motivasjonen (11). Når man klarer en endring opplever man en mestringsfølelse som kan gi motivasjon til å gjøre en ny endring. R4 trekker også fram dette når hun sier at man ikke skal sette for mange mål.

Alle respondenter er opptatte av delmål i arbeidet med motivasjon. R2 sier hun ønsker et hovedmål på lang sikt, men at det er viktig med delmål på veien som er oppnåelige fra gang til gang. Hun bruker "å komme i bedre form" som eksempel på hovedmål, og at et delmål da kan være å trene to ganger i uka. R4 ser også viktigheten av et hovedmål, men at hun har veldig sansen for å bruke konkrete delmål. R3 refererer til delmål som "arbeidsoppgaver" og sier:

"Det må være deres mål som vi jobber med. Og delmål, vi snakker ofte om arbeidsoppgaver istedenfor. Hva er det du gjør for å komme nærmere målet? Da må man dele opp det målet i kortsiktigere mål. Men hvis målet ditt er å gå ned i vekt, hva er det du tenker at du må gjøre

for å oppnå det? Og da svarer mange "jeg må nok spise sunnere og være mer aktiv", men det holder ikke. Man må spørre "Hva innebærer det?" Å konkretisere det, hva man skal gjøre som en arbeidsoppgave. En stor og viktig jobb er å konkretisere, for folk er veldig ofte ikke veldig konkrete. Og hvis du ikke har noen konkrete arbeidsoppgaver som du skal utføre, blir det vanskelig å oppleve mestring" (R3)

Respondent 4 bruker ordet "arbeidsoppgaver" istedenfor delmål. Hun mener det er viktig å vite hva slags oppgaver man må gjøre for å komme nærmere hovedmålet. Å konkretisere delmålene er noe alle er enig i, og som teorien om målsetting også støtter (11). Å definere delmålene som arbeidsoppgaver kan kanskje være med på konkretisere jobben enda mer. Sammenliknet med "delmål", beskriver "oppgave" kanskje bedre at det er en jobb som skal gjøres. Samtidig vil kanskje "delmål" være lettere å relatere til "hovedmålet" for noen.

Når respondentene snakker om mål og mestring, kommer det fram at mål og konkrete oppgaver er viktig for å oppleve mestring:

"I forhold til mestring så er det voldsomt viktig det med mål igjen, fordi at hvis du setter deg mål som ikke er realistiske, så vil du ikke oppleve mestring." (R4)

R2 legger det fram slik:

"Så det å sette seg mål på veien, ha hovedmål på lang sikt, det er det jeg ønsker, men det er viktig å sette seg mål på veien som er oppnåelig fra gang til gang. Som man kan oppnå. Det er viktig. At man skal få den mestringsfølelsen på at man faktisk klarer, og at man ikke får den følelsen av at "nei, nå mislyktes jeg igjen, det var det jeg visste." (R2)

R2 nevner at det er veldig viktig å oppleve mestring, spesielt for personer som har opplevd å mislykkes gang på gang tidligere. Med tanke på at viktigheten av delmål er noe som går igjen både i alle intervjuene og i teorien, antar vi at dette er en veldig viktig forutsetning for å lykkes med livsstilsendring.

R3 og R5 har fokus på at deltakeren skal komme fram til målet sitt selv, og at de selv skal ha eierskap til målene. R3 forteller også at man ofte må jobbe for å få fram deltakerens eget mål, slik at man ikke jobber med målet til den som henviste deltakeren.

"Jeg får deltakerne til å definere måla i samtalen. Litt sånn "hvorfor har du kommet hit?" For det er veldig lett når man er i et system, at man bare, at det kanskje er fastlegen din som ville

at du skulle bli i bedre form, eller at vil at du skal ned i vekt, men hva er det DU egentlig ønsker. Det kan være at det er noe annet de egentlig er opptatt av" (R3)

Dette samsvarer med det respondentene tidligere har nevnt om at deltakeren selv må eie samtalen. Det viser at dette prinsippet er noe som går igjen i hele prosessen

4.4 Indre og ytre motivasjon

R2 forteller at klientene ikke nødvendigvis trenger å være motiverte for å komme til frisklivssentralen, men må hvertfall ha lyst til å bli det. De må ha lyst til å gjøre en endring, også kan man jobbe med motivasjonen.

"Men vi har også som fokus at man trenger nødvendigvis ikke å være motivert for å komme hit, men du må hvertfall ha lyst til å bli det. Man må ha lyst til å gjøre en endring, også kan man jobbe med motivasjon." R2

R4 forteller at de aller fleste er litt indre motiverte når de kommer til frisklivssentralen. Deltakerne som kommer til frisklivssentralene har valgt å komme dit selv, enten gjennom anbefaling fra andre, eller på eget initiativ. På grunnlag av at deltakerne har valgt å komme til frisklivssentralen, enten gjennom anbefaling fra andre eller av fri vilje, kan vi anta at de allerede er litt motiverte. Personer som ikke finnes motiverte vil antakeligvis ikke se noe poeng i å dra dit. R2 nevner at lysten til å bli motivert må være der. Det kan tenkes at man allerede har en viss motivasjon når man har lyst til å bli motivert.

Flere av respondentene sier at ytre motivasjon kan være nyttig, spesielt ved røykeslutt.

"Men hvis noen ønsker å nå målet sitt, noen ønsker en ytre premiering hvis de har vært flinke. Så kan det absolutt være en sånn ytre premiering en kan ha. En ønsker jo å finne fram til den indre motivasjonen, det er jo det en helst ønsker. Men selv om vi alle har indre motivasjon, så tror jeg vi innimellom kjenner på at vi kan, altså trenger støtte fra andre, og i noen perioder kan det være godt med ytre motivasjon. Kjøpe seg et nytt joggeskopar for eksempel... For hvis den som sitter der blir veldig premiert, og setter alle pengene de ikke lenger bruker på røyk til å kjøpe seg noe. Hvis det er en sånn ekstrem ytre belønning, så tenker jeg det er opp til det de ønsker og." (R4)

"Og det handler jo om indre motivasjon. "Hva er det positive med å gjøre de endringene her? Hva er det du ønsker å oppnå?" Sånn helt innerst inne. Noen bruker jo sånn ytre motivasjonsfaktor for røykeslutt for eksempel "nå har jeg jo slutte å røyke, så nå skal jeg unne

meg en ferietur til Spania", liksom. Men jeg tenker at hvis man skal gjøre endringer over tid, så er det ikke de motivasjonsfaktorene som gjør at du, det fungerer på kort sikt ikke sant, hva gjør du da, når ferieturen er over? Så jeg tenker at for at det skal bli varig, så må den indre motivasjonen være tilstede." (R2)

Ytre motivasjon kan være nyttig i noen situasjoner, men i lengden holder det ikke å bare være ytre motivert. For å få i gang den indre motivasjonen kan ytre motivasjon være nødvendig (9). Dette sier også noen av respondentene når de nevner at ytre motivasjon kan sette i gang en endringsprosess. Samtidig sier teorien at man skal være kritisk til å bruke ytre motivasjon i form av belønninger, da dette kan føre til at man blir avhengig av en belønning (9). Dette legger R2 vekt på når hun snakker om ytre motivasjon i form av belønninger. Det kan derfor antas at man bør være forsiktig med bruk av for mye belønninger.

Når vi spør R2 om hun kan gi et eksempel på når ytre motivasjon har fungert svarer hun at hun ikke har et konkret eksempel og at det ikke er så mange som snakker om den ytre motivasjonen. R1 sier også at de ikke fokuserer på ytre motivasjon i det hele tatt.

"Det at du selv har et ønske, at det kommer fra deg, at du kjenner at du eier din egen endringsprosess da, at det er du som styrer den. Da har du stor sjans for å lykkes. Så det med indre motivasjon er det som har størst sjans for å lykkes" (R5)

Samtlige nevner at ytre motivasjon ikke er det som holder over tid og at den indre motivasjonen er avgjørende for at endringen skal lykkes. Dette støttes av teorien (9). Med dette tatt i betraktning kan det være avgjørende for resultatet at behandler bruker tid på å få fram den indre motivasjonen.

R5 sier også at de som har størst forutsetning for å klare en endring er de som tar kontakt selv. De som har fått resept fra legen er en større utfordring.

"Jeg merker at de som selv har tatt kontakt, er de som jeg føler har størst forutsetning for å klare endringen...De som får en resept fra legen og har fått stor anbefaling om at nå må du gjøre noe her, og egentlig ikke har så veldig lyst, er en større utfordring, men de får jo også til da." (R5)

R3 sier også at det må være deres eget prosjekt og ikke fastlegen sitt for at de skal lykkes. R1 nevner at motivasjonen forsterkes av at deltakeren hører det med egne ord.

Mange hører fra fastlegen sin at de burde gjøre en endring for å ikke bli syk. Redsel kan derfor være en effektiv ytre motivasjon, som får mange til å ta grep. I møte med disse personene vil det da være viktig å fokusere på å hente fram den indre motivasjonen, fremfor den ytre, slik som respondentene sier at de gjør. Dette blir derfor et eksempel på at ytre motivasjon kan være nyttig for å sette i gang en prosess. R3 beskriver det slik:

"Kanskje ytre pådriving gjør at de vil endre ting, men underveis bygges den indre motivasjonen opp, og da kan man jo si at den ytre har fungert, fordi det var den som gjorde at det ble tatt fatt i, men det hadde ikke gått videre viss den indre ikke var tilstede."R3

R3 og R4 er veldig klare på at motiverende intervju er veldig nyttig for å forsterke den indre motivasjonen.

"Nei altså, den indre motivasjon er jo det å styrke lysten til å, det er jo det vi gjør med motiverende intervju. Å snakke opp den stemmen som vil, slik at den blir sterkere enn den som ikke vil, gjennom de teknikkene som brukes i motiverende intervju, slik at det er noe du har lyst å gjøre fordi du er motivert."R3

Indre motivasjon ser ut til å være det som er avgjørende ved en livsstilsendring. Flere av respondentene mener at den indre motivasjonene må være til stede for å lykkes med en endring. Ofte når en person har en indre motivasjon vil engasjementet bli sterkere (9). For at endringen skal bli varig mener flere respondenter at den indre motivasjonen er den som er viktigst. Respondentene fokuserer på å hente fram den indre motivasjonen hos brukerne gjennom motiverende intervju. En mulig forklaring på hvorfor motiverende intervju er så mye brukt er at den henter fram den indre motivasjonen.

4.5 Behandlers rolle og oppfølging

Alle respondentene har 3 måneder som utgangspunkt for oppfølging. Alle som skal inn på frisklivssentralen får en "frisklivsresept" som varer i 3 måneder. R1 sier at oppfølgingsperioden ofte blir lenger enn 3 måneder. Det samme sier R4. Hun sier at veldig mange må fornye resepten etter 3 måneder, slik at de er der et halvt år. Hun nevner også at de som trenger det får lenger oppfølging, ofte er det i forbindelse med psykiske plager. Hun legger også vekt på at tilbudet er en hjelp til å komme i gang. R5 sier at hun synes det er for lite med 3 måneder når man skal gjøre en slik endring. Hun sier derfor at deltakerne kan være opptil ett år, og om de ønsker kan de være enda lenger.

Det ser ut til at det er en enighet i at frisklivsresepten på 3 måneder er litt for kort i mange tilfeller. Alle respondentene sier at alle brukere som trenger en ny resept etter 3 måneder får det. R5 var veldig klar på at hun sa til deltakerne at de kunne være et år og noen ganger mer enn det. Det kan tenkes at noen deltakere kan føle på press og stress når de får en resept på 3 måneder, det kan i noen tilfeller derfor være nyttig å nevne at de kan være der lenger. Samtidig er kanskje det at det er tidsbegrenset det som gjør at noen kommer i gang.

På spørsmål om hvor viktig oppfølgingsprosessen er svarer R3 følgende:

"Tror den er viktig. Det å ha lagt en plan og liksom skal komme tilbake og prate om den tror jeg er viktig... også skal de komme og vise meg det neste gang og prate om det neste gang, hva som gjør at det funker eller ikke funker og sånn, og da jobber mer med arbeidsoppgaver som noen andre på en måte legger seg litt opp i, og da er oppfølginga kjempeviktig." R3

På samme spørsmål svarer R2:

"Det er varierende fra person til person. For noen er det kjempeviktig. For noen er det sånn "Åh, nå har jeg ikke snakket med deg på lenge, og det har vært så vanskelig." De trenger at noen passer litt på de da, mens andre klarer seg fint selv. Man trenger bare det pushet til å komme i gang. Så det er veldig varierende fra person til person. Men for noen er det veldig viktig." (R2)

R5 mener det er stor forskjell på hvor mye oppfølging hver enkelt trenger.

"Det får de egentlig velge selv. Noen sier at "hvis jeg skal få til det her så må jeg komme en gang i uka i starten". Så prøver jeg å få til det. Noen sier at "nei, jeg trenger ikke komme før om tre måneder" så er det greit. Hvis jeg ikke tenker at det kanskje hadde vært lurt at du hadde kommet inn litt før." (R5)

R4 mener oppfølgingsprosessen er veldig viktig.

"Den er kjempeviktig. Jeg tenker det egentlig er alfa omega. Mange som kommer til oss har prøvd mange ganger selv. Det er ekstremt viktig hvordan vi møter folk, det er viktig det non-verbale språket, det verbale språket. Måten vi møter dem på, det er kjempeviktig." (R4)

Hun nevner også viktigheten av hvordan folk blir møtt når de kommer til frisklivssentralen, og legger vekt på at mange har hatt mange mislykkede forsøk tidligere, så hvordan de blir møtt er avgjørende for at de klarer det denne gangen.

Teorien sier at det kan være nyttig å snakke med en rådgiver jevnlig for å opprettholde endringen som er gjort (19). Respondentene forteller at oppfølging er viktig, men at det varierer fra person til person. Alle respondentene mener at 3 måneder med oppfølging er for lite, og teorien om endringshjulet sier at man må være 6 måneder uten den negative atferden før man er i opprettholdelsesfasen. På grunnlag av dette kan det antas at "frisklivsresepten" burde vært lenger enn 3 måneder.

På spørsmål om hvor stor grad behandler kan påvirke motivasjonen til brukerne svarer R3 følgende:

"Det varierer veldig. Og det er liksom ikke, det er noe med å kjenne sine egne begrensninger, det er ikke alt man kan få til liksom. Og de har jo ansvaret for seg selv, sant, så jeg kan påvirke til en viss grad, men ikke 100% tenker jeg. Man kan tilrettelegge, være til støtte og styrke motivasjonen, men de må selv ta ansvaret hele veien." (R3)

R3 mener bra samarbeid mellom veileder og pasient er viktig for en vellykket endringsprosess. Godt samtaleklima, god kjemi og tillit tror hun er veldig viktig. Hun sier også det er viktig med tålmodighet og realistiske mål som er attraktive for dem.

R1 er også klar på at ansvaret ligger hos deltakeren, men at hun kan påvirke i ganske stor grad.

"Jobben må de gjøre selv, men jeg tror at jeg allikevel påvirker de ganske mye når de først kommer til meg. Om det er individuelle samtaler, at jeg på en måte vet hvordan jeg skal stille spørsmål sånn at de blir motivert til å ta tak i utfordringene." (R1)

Når vi spør R4 om i hvilken grad hun kan være med på å påvirke motivasjon svarer hun:

"Det er veldig avhengig av hvor motivert de er når de kommer inn. For noen er jo veldig motivert, og da vil ikke du som behandler spille så stor rolle. Men hvis det kommer inn noen som ikke er så veldig motivert, så vil du som behandler spille en ekstremt stor rolle. Og det er jo selvfølgelig relasjon, men alle de teknikkene med ambivalens, skalering og alt det der er jo på en måte viktig. Men det er klart relasjonen du skaper er viktig, og støtte deres nettverk hjemme." (R4)

Videre forteller hun at det er viktig at man har strategier hvis de faller tilbake, at man kjenner til både personen, livsstilen og området rundt godt.

Dette handler igjen om at man må tilpasse oppfølgingen til hver enkelt. Det som fungerer for noen fungerer nødvendigvis ikke for andre. Vi har grunn til å tro at relasjonen med behandler derfor er viktig for å utvikle gode strategier mot tilbakefall.

Når vi spør R5 om det samme svarer hun:

"Ja, jeg tenker jo at vi er kjempeviktige i den rollen der da. For å få til... for det er jo det dem sier at dem trenger, Trenger noen som kan, altså det at vi tror på dem, og støtter dem, og er helt overbevist om at de klarer å nå de målene de ønsker å nå, er veldig viktig. Det får vi tilbakemelding på." (R5)

R2 svarer:

"Det er jo påvirkelig. Absolutt. Noen er vanskeligere enn andre. Jeg opplever også det at samme hva du sier så kommer man ingen vei. Mens andre så handler det om å treffe en bryter, som trigger de. Enten noe jeg har sagt eller noe de har sagt." (R2)

Det ser ut til at behandlere har stor påvirkningskraft i møte med deltakerne. Holdninger og kvalitet på fastleger og helsepersonell påvirker motivasjonen til pasientene (10). Alle respondentene mener de kan påvirke motivasjonen til deltakeren, men i varierende grad. R5 mener behandlere er kjempeviktig for å motivere deltakerne, mens R3 er opptatt av at de selv må gjøre jobben og at man ikke kan påvirke 100%, men til en viss grad. I følge studien og respondentene kan behandlere påvirke deltakernes motivasjon. Det kan derfor tenkes at behandler har en viktig rolle for hvor motivert deltakerne føler seg. Samtidig sier respondentene at deltakerne kan påvirkes i varierende grad. Det er store variasjoner i hvor motiverte deltakerne er når de kommer til frisklivssentralen og det kan være grunnen til at behandlerne føler at noen er mer påvirkelig enn andre.

Flere av respondentene har bemerket viktigheten av grupper. De mener det kan være til stor hjelp for motivasjon at deltakerne blir satt sammen i en gruppe hvor de kan møte flere som er i samme situasjon.

"Også er det jo at vi i forskjellige kurs, vi vet jo hvordan den gruppedynamikken virker inn på forskjellige ting. Da er det veldig viktig at vi har satt de sammen i en gruppe med flere som kunne tenke seg. Det er ikke alle som har bestemt seg engang, at vi da tilrettelegger for at det skal skje ved at vi setter de i gruppe, stiller de riktige spørsmålene og kommer med litt fakta, så ja, jeg tror det er veldig viktig."(R1)

Hun er også opptatt av å tilpasse tilbudene til deltakerne, og å møte de der de er i livet sitt.

"Det er jo å møte folk der de er, at det er veldig lavterskel og litt tilpasninger. Man tilpasser utfra forskjellige behov. For eksempel her har vi mange med minoritetsbakgrunn, og vi har tilbud om svømmeopplæring og trening kun for kvinner. Og da kommer de og trener, men hvis vi bare hadde tilbudt blandingsgrupper på trening og svømmeopplæring så hadde ikke vi møtt målgruppen." (R1)

R4 ser også at grupper er veldig viktig.

"Men du må ikke glemme det at vi har jo en rolle, men gruppa har en ekstremt viktig rolle. Det å ha en gruppetilhørighet. Det å støtte hverandre, det å snakke med andre i samme situasjon. "Kjenner du på det samme?" "Har du følt det samme?" Det er så viktig." (R4)

R5 nevner også at grupper kan være nyttig, spesielt i situasjoner der en deltaker ikke har så mye støtte rundt seg hjemme, eller føler på ensomhet. Teorien sier også dette. Venner og familie har stor påvirkning ved å være støttende og oppmuntrende (11). Som R5 nevner er det ikke alle som har dette rundt seg. Disse personene har antakeligvis god nytte av grupper. Gjennom ros og støtte fra gruppen kan dette også bidra til ytre motivasjon.

6. Konklusjon og avslutning

I denne oppgaven har vi forsøkt å finne svar på hvordan ansatte på frikslivssentraler motiverer deltakerne til livsstilsendring. Teori, analyse og drøfting av intervjuene viser at ansatte ved frisklivssentraler motiverer brukerne gjennom motiverende intervju, bruk av spesifikke mål og delmål, tilrettelagt oppfølging og fokus på at deltakeren skal ha eierskap i samtalen.

For å motivere deltakere på best mulig måte er det viktig at behandlere skaper en god relasjon til deltakeren. I endringssamtalene er behandler støttende fremfor belærende. Det er avgjørende at deltakerne blir møtt der de er i endringsprosessen. Eierskap er ifølge alle respondentene svært avgjørende.

Motiverende intervju er en god samtalemetode for å motivere personer til varig livsstilsendring. Livsstilsendring er en komplisert prosess og den indre motivasjonen er avgjørende for å lykkes. Motiverende intervju bygger på å hente fram den indre motivasjonen. At deltakeren har eierskap i samtalen med veileder er nødvendig for å lykkes.

Samtlige respondenter i undersøkelsen bruker motiverende intervju eller teknikker fra motiverende intervju som metode og mener det har størst effekt.

Det er avgjørende å sette gode mål i en endringsprosess. SMART-prinsippet gir en god mal på hvordan målene bør legges opp. Delmål øker mestringsfølelse og gir dermed økt motivasjon til å nå hovedmålet. Begrensning av antall mål og fokus på en ting av gangen viser seg å være viktig. Det er enighet blant respondentene at delmål er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med en livsstilsendring.

For å opprettholde motivasjonen og endringene som blir gjort, er oppfølgingsprosessen i mange tilfeller svært viktig. Respondentene mener oppfølgingen må tilpasses hver enkelt.

Ansatte på frisklivssentraler er i en unik posisjon til å påvirke motivasjonen til deltakerne. Studien vår har vist at gjennom bruken av motiverende intervju, konkrete mål og mulighet for tett oppfølging skapes det gode forutsetninger for livsstilsendring. Frisklivssentralen er derfor en stor ressurs i arbeidet med forebyggende helse.

5. Veien videre

Vi har tro på at frisklivssentraler er en nyttig og viktig arena for folkehelsearbeid i kommunene.

Det hadde vært interessant å se nærmere på hvordan frisklivssentraler i hele Norge arbeider med motivasjon. Studien vår ble gjort i et begrenset geografisk område og det hadde derfor videre vært interessant å se om det er lokale forskjeller. Det hadde også vært interessant å sammenlikne kompetanse hos de ansatte for å se om det er grunnlag for å øke kompetansen på forskjellige områder.

For å få et helhetlig bilde hadde det vært interessant å se på deltakernes synspunkter og opplevelser av frisklivssentralen. Deltakernes synspunkter om motivasjon kan være til hjelp for å utvikle et best mulig tilbud på frisklivssentralene. Det kan også være interessant å se om ansattes erfaringer om det som fungerer samsvarer med hva deltakerne erfarer selv.

Det bør gjøres en kvantitativ studie på hvilke teknikker og metoder som benyttes og se det i sammenheng med hvor effektive metodene er. Det kan gi grunnlag for å lage klarere retningslinjer for kompetansen de ansatte på frisklivssentralen bør ha.

6. Referanser

1. Frisklivssentraler [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 1. februar 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler>
2. Folkehelse [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 20. mars 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse>
3. Lovdata. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) [Internett]. Lovdata.no. 2012 [sitert 20. mars 2018]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
4. Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) [Internett]. Lovdata.no. [sitert 16. november 2016]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
5. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid. folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
6. Prescott P. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004. 207 s.
7. Øverby NC, Monica Klungland. Torstveit, Høigaard R. Folkehelsearbeid. Kristiansand: Høyskoleforl; 2011. 318 s.
8. Jon Ivar Johansen. Mestringskoden. Oslo: Hegnar media; 2015. 222 s.
9. Ole Fredrik Lillemyr. Motivasjon og selvforståelse: hva ligger bak det vi gjør? Oslo: Universitetsforl; 2007. 236 s.
10. Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt [Internett]. Sykepleien. 2012 [sitert 1. februar 2018]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/motivasjon-til-livsstilsendring-hos-personer-med-sykkelig-overvekt>
11. Wormnes B. Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser. Bergen: Fagbokforl; 2005. 227 s.
12. Motiverende intervju som metode [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 1. februar 2018]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>
13. Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling [Internett]. Helsedirektoratet.no. [sitert 9. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
14. Barth T. Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforl; 2007. 171 s.
15. Barth T. Motiverende intervju: samtaler om endring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. 213 s.

16. Storbækken S, Andersen NE, Mellingen S. Virker motiverende samtale? En oversikt over forskning på aktuelle fagområder. I: Rusfag [Internett]. Bergen; 2016 [sitert 19. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://kompetansesenterrus.no/file/artikkel8.pdf>
17. Berg ME. Coaching: å hjelpe ledere og medarbeidere til å lykkes. 3. utg. Oslo: Universitetsforl; 2013. 309 s.
18. Fagermoen MS, Bevan K, Berg AC, Bjørnsborg E, Mathiesen C, Gulbrandsen H, mfl. Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. Sykepl Forsch. 2014;9(3):216–23.
19. Egil W. Martinsen. Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2011. 258 s.
20. Asbjørn Johannessen, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt; 2010. 436 s.
21. Knut Halvorsen. Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. Oslo: Cappelen akademisk forl; 2008. 316 s.
22. Dag Ingvar Jacobsen. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015. 432 s.
23. Grenness T. Innføring i vitenskapsteori og metode. 2. utg. Oslo: Universitetsforl; 2001. 225 s.
24. Steinar Kvale, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s.
25. 2016 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 31 mai. Generelle forskningsetiske retningslinjer [Internett]. Etikkom. [sitert 9. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
26. Befring E. Forskningsmetode med etikk og statistikk. 2. utg. Oslo: Samlaget; 2007. 240 s. (Samlagets bøker for høgare utdanning).
27. Larsen AK. En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2017. 138 s.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Motivasjon og livsstilsendring”

Bakgrunn og formål

Denne studien er en bacheloroppgave utført ved Høyskolen Kristiania, avdeling for helsefag. Studien har som formål å finne ut av hvordan ansatte på frisklivssentraler bruker motivasjon når de skal motivere brukere til livsstilsendring. Vår problemstilling er "Hvordan motiverer behandlere på en frisklivssentral sine brukere til livsstilsendring?"

Vi ønsker å ha med deltakere som er ansatt ved en frisklivssentral, og som har erfaring med å motivere personer som skal gjennom en livsstilsendring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du er med på et intervju. Dette intervjuet blir tatt opp, og svarene blir brukt i vår oppgave. Intervjuet vil ta omtrent 30 minutter. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og meninger om motivasjonsteknikker og hvordan man best motiverer noen til livsstilsendring.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Svarene som blir gitt vil bli anonymisert i oppgaven. Det vil kun være vi og veileder som har tilgang til personopplysninger. Personopplysningene vil lagres adskilt fra datamateriell (opptak av intervju) via en koblingsnøkkel.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 26.04.18. Datamaterialet vil lagres til vi har fått vurdering på oppgaven. Etter dette vil datamaterialet og alle personopplysninger slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Mia Sofie Espelund tlf: 99392089 eller Elisabeth Simonsen Flo tlf: 95943393.

Ansvarlig: Lars Erik Braaum, tlf: 93864937 e-post: LarsErik.Braaum@kristiania.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Navn: Frisklivssentral Alder: Stillingstittel, hvor lenge: Utdanning: Antall ansatte:	
1. Hva er dine arbeidsoppgaver på frisklivssentralen?	
2. Hva gjorde at du ville bli frisklivskoordinator?	
3. Har dere noe hovedfokus her på frisklivssentralen?	
4. Tilbyr dere ulike kurs til brukerne? Leier dere inn kompetanse fra andre?	
5. Kan du fortelle litt om fokuset deres på motivasjon og motivasjonsteknikker?	
6. Hvordan bruker dere motiverende intervju?	
7. Hvordan bruker du mål og delmål når du motiverer?	
8. Hvordan bruker du indre og ytre motivasjon i arbeid med brukerne? Kort- og langtidseffekt?	
9. Kan du gi et eksempel på når ytre motivasjon har fungert?	
10. Kan du forklare prosessen fra en bruker kommer inn til deg og til det skjer en livsstilsendring? Hvor ofte møter du brukerne dine?	
11. Hvordan kartlegger dere motivasjonen til brukeren underveis i prosessen?	

12.Hvor viktig er oppfølgingsprosessen? Hvor lang?	
13.Utfra din erfaring, hva slags motivasjonsmetode mener du har fungert best?	
14. I hvor stor grad føler du at du som behandler kan påvirke motivasjonen til brukeren? (Må de være motivert selv?)	
15.Hva er kjennetegnene når en livsstilsendring er vellykket?	
16.Hva er kjennetegnene når en livsstilsendring ikke går bra?	