

# Tanker om motivasjon og endring

■ TORGEIR GILJE LID *fastlege ved Nytorget legesenter, stipendiat ved institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB*

Allmennlegen forholder seg ofte til pasienter som ønsker å gjøre endringer i sitt liv, men også til pasienter hvor legen mener at endring i livsstil er nødvendig. Noen ganger møter vi pasienten i en situasjon hvor noe viktig står på spill, eller de er i ferd med å få en ny erkjennelse. Dette kan være et gyldent øyeblikk for endring. Iblant kan vi også selv bidra til at pasienten ser at noe viktig står på spill, og slik kan bli motivert for endring. Men det forutsetter at pasienten opplever at legen er oppriktig interessert i hvordan pasienten har det og hvordan han kan få det bedre, og at pasienten tror på at eventuelle råd som gis er relevante for eget liv. Hvis pasienten ikke opplever legen som genuint interessert, eller ikke opplever rådene som relevante for sitt eget liv, er det lite sannsynlig at legen kan bidra til endring.

En del allmennleger har lært seg teknikker fra kognitiv terapi, eller fra motiverende samtale, for å bidra til endring. Elementer av disse tilnærmingene kan en finne igjen i løsningsorienterte samtaler, som det også arrangeres kurs for allmennleger i. Motiverende samtale er en pasientsentrert metode for å styrke pasientens motivasjon for endring. Det ligger utenfor denne lille artikkelens siktemål å gi en fyllestgjørende beskrivelse av metoden, men ambivalens er et sentralt begrep. Legen må utforske pasientens ambivalens, og motiverende samtale tilbyr noen konkrete strategier for å gjøre dette. Poenget er ikke å forsterke pasientens motstand (de som har tenåringer i huset vil intuitivt forstå dette), og i stedet prøve å utforske mest mulig omkring hva pasienten tenker og føler selv. Dette kan gjøres med å sette opp for og i mot-lister over endring versus å fortsette som før, det kalles en beslutningsbalanse. En må også lytte etter spontane utsagn som tyder på endringsvilje, og tanken er at det pasienten sier selv vil ha større effekt enn det legen sier for pasienten.

Et helt sentralt punkt er å avklare best mulig hva pasienten selv mener er viktig. Dette vil i seg selv kunne styrke pasientens vilje til endring, og det gjør det også mulig å finne strategier som styrker pasientens mulighet for endring. Det krever at legen ønsker å finne ut hva som er viktig for pasienten, og har respekt for pasientens verdier og valg, noe som kan styrke viljen til endring og troen på at

endring er mulig. Allmennlege Liv Tveit Walseth i Kristiansand har vist dette godt i en artikkel om livsstils-intervensjoner hos fastlegen, hvor hun bruker Habermas' begrep «livsverden» som utgangspunkt. Legen vet mye i utgangspunktet om rett og galt innenfor avgrensede livsstilsområder, men ofte for lite om pasientens livsverden og hva pasienten opplever som mulig og ønskelig. Det hjelper lite å gi gode råd om røykeslutt eller redusert alkoholforbruk hvis en ikke også har snakket om hva som er viktig i livet for pasienten, og hva pasienten selv tror er mulig å få til slik livet nå engang er.

Men det er ikke bare pasienter som trenger endring. Det er etter hvert mye forskning som viser at det også for leger er en lang vei fra nyervervet kunnskap til faktisk endring i praksis. Nye retningslinjer gir lite endring i praksis. Ny kunnskap ervervet på kurs gir i liten grad endring i hverdagen når kurset er over. Det kan være verdt å ha i bakhodet neste gang vi ergrer oss over en pasient som ikke klarer å begynne å trene eller spise sunnere.

Hva skal til for endring i legens praksis? Det hjelper lite å komme hjem fra kurs med ny kunnskap hvis en ikke også tenker gjennom hvilke endringer som er mulig å gjøre i egen praksis hverdag for å kunne anvende den nye kunnskapen. Hvilke endringer ønsker du å gjøre? Hvilke endringer er viktigst for pasientene og de andre på kontoret? Hva er mulig å få til slik hverdagen nå en gang er hos dere? Videre kan en, inspirert av motiverende samtale, tenke gjennom hva fordelene med endring og fordelene med ikke å endre seg vil være. Deretter kan en tenke gjennom ulemper med endring og ulemper med å ikke endre seg.

Men et legekontor er en kompleks organisasjon, med store krav til kunnskap og ferdigheter parallelt med store krav til effektiv logistikk og sunn inntjening. Midt oppi dette skal en hele tiden søke oppdatert kunnskap og omsette det i nødvendige endringer i praksis. Som med røykeslutt og trening er det lettere å få til endringer på legekontoret hvis en går sammen om det. Gjensidig interesse og forpliktelse styrker både motivasjon og gjennomføringsevne. Mestringsfølelsen som følger av vellykkede endringer inspirerer til nye endringer. Hvis legene og de ansatte sammen

finner ut hva som trenger å endres, kan det styrke både tilhørigheten til arbeidsplassen og opplevelsen av eierskap til det som skjer.

Noen ganger kan motstand mot endring også skyldes at ønsket om endring kommer utenfra, og strider mot viktige verdier. Det er ikke gitt at det rette alltid er det beste. For pasienter kan det også være at de har prøvd så mange ganger å få til endring at velmente tiltak for å skape endring bare forsterker opplevelsen av å ikke mestre. Fastlegene opplever betydelig økt press på å sette inn forebyggende tiltak, og finne alle dem som ikke lever som de burde. De friske trener stadig mer og tjener stadig mer, mens de som ikke klarer å gjøre de riktige tingene opplever sterkere utstøting. Dette ser vi ekstra tydelig for røykerne, som blir mer og mer marginalisert. Der røyken for en generasjon siden var en naturlig del av sosialt samvær på jobb og fritid, har nå alkohol tatt røykens plass som felles aktivitet og sosialt lim.

Røykerne i dag er i stor utstrekning de som heller ikke mestrer å gjøre ting riktig på andre livsstilsområder, som kost og trening. Den virkelig store utfordringen for fastlegene er å bidra til endring og bedre helse og samtidig arbeide mot utstøting og marginalisering av de som ikke klarer å gjøre de riktige tingene. Pasienter med kroniske livsstilssykdommer er en av samfunnets mest sårbare grupper. Når helsemyndighetene mener vi må bli flinkere på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon, må vi minne oss selv og hverandre på at vårt viktigste oppdrag er å gi god behandling og omsorg til de som trenger det mest.

## REFERANSER

- Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Lifestyle, health and the ethics of good living: Health behaviour counselling in general practice. *Patient Educ Couns* 2011; 83: 180–4.
- Vansteenkiste M, Sheldon KM. There's nothing more practical than a good theory: integrating motivational interviewing and self-determination theory. *Br J Clin Psychol*. 2006 Mar; 45 (Pt 1): 63–82.

*Aase Ormland er i byline på side 8 i Utposten 5/2012 gjengitt med feil info: Korrekt info skal være: Aase Aamland, fastlege i Vennesla, stipendiat ved AFE Bergen/UiB*