

MOTIVERANDE SAMTAL – BÄTTRE ÄN RÅD

Det finns stöd för att motiverande samtal lönar sig bättre än traditionell rådgivning. Detta ger utrymme för stora förbättringar inom sjukvården.



LARS FORSBERG, med dr, psykolog, leg psykoterapeut, Karolinska institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för

beroendeforskning, Magnus Huss klinik, Solna
lars.forsberg@sll.se

Motiverande samtal har mötts av ett starkt intresse från såväl kliniker som forskare och spridits mellan och inom länder [1, 2]. För en svensk publik gjordes begreppet motiverande samtal tillgängligt år 1988 genom boken »Sju steg till minskat alkoholberoende« [3]. Idag sprids metoden över landet och stora personalgrupper inom socialtjänst, kriminalvård och Statens institutionsstyrelse utbildas. Metoden sprids också till sjukvården. Korta tillämpningar eftersträvas, härledda från motiverande samtal, för att anpassa metoden till det tidsutrymme som bedöms stå till förfogande.

Underlättar för patienter att förändra sig

I en nyligen publicerad metaanalys är forskarnas slutsats att den vetenskapligt mest robusta effekten fås av motiverande samtal som tillägg till annan behandling [4]. Patienter blir därvid mer aktiva i efterföljande behandling. De genomför densamma i större utsträckning och bedöms mer motiverade av personal. Effekten av motiverande samtal kvarstår också utan att avta över tid, vilket annars är vanligt. Metaanalysen visar vidare att motiverande samtal som enda behandlingsinsats också har signifikanta effekter vid skadliga, ofta livshotande livsstilsbeteenden som hög alkoholkonsumtion, narkotikabruk, dåliga mat- och motionsvanor samt riskbeteende vid HIV/aids [4, 5].

I en annan nyligen publicerad metaanalys av sammanlagt 72 studier jämförs motiverande samtal enbart med traditionell rådgivning (att ge information och råd). Där finner forskarna att användning av motiverande samtal är till större hjälp för patienterna vid behandling av sjukdomar som diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter och astma, vid behandling av bulimi, vid olika beteendeproblem som skadlig alkoholkonsumtion och användning av droger samt när det gäller att öka patienters fysiska aktivitet och ändra mat- eller tobaksvanor [6].

I en av de största studier som gjorts inom psykiatrin visar motiverande samtal med 4 sessioner lika god reduktion i konsumtionen av alkohol som tolvstegsprogram och färdighetsträning (kognitiv beteendeterapi, KBT) på vardera 12 sessioner [7]. Även för de 95 procent av patienterna som är alkoholberoende har motiverande samtal lika god effekt som övriga två alkoholbehandlingar både efter 15 månader och vid treårsuppföljning-

en, och är ett mer ekonomiskt fördelaktigt alternativ än de båda andra behandlingarna [8].

Huvuddrag i motiverande samtal

Ett vanligt sätt att se på motivation är att den finns eller inte finns, närmast som en stabil egenskap hos patienten ifråga. Ett sådant synsätt gör lätt behandlaren passiv och frustrerad när denne inte kan finna tecken på motivation hos sin patient. Den som skriver den första artikeln [9] och myntar begreppet »motivational interviewing«, William R Miller, hävdar i stället att patienters motivation kan påverkas, inte minst genom interaktionen med behandlaren. Enligt Miller är motstånd snarare en reaktion på behandlaren agerande än ett patientkarakteristikum. Det har också visats att patientens motstånd är av central betydelse och har samband med att patienter vidmakthåller sitt nuvarande beteende [10, 11]. I motiverande samtal ses därför motståndet som en markör för dålig prognos och en allvarlig signal om att det är angeläget för behandlaren att byta strategi.

Förändringsyttranden. Förutom motstånd är patientens åtaganden att förändra sig (»commitment«) en signal som behandlaren strävar efter att lära sig uppmärksamma och låta sig styras av. Målet är att reducera patientens motstånd och att öka intensiteten i dennes åtagande att förändra sig. En ökning av förändringsinriktade uttalanden under ett samtal tycks ha positivt samband med att patienter också genomför beteendeförändring [12, 13]. Ju mer patienten talar om en hypotetisk eller delvis påbörjad förändring, desto sannolikare blir den också genomförd. Man kan säga att man som patient talar sig in i sin egen förändring; alternativt, om samtalet stimulerar patienten till att uttrycka mycket motstånd, att patienten talar sig in i att inte förändra sig utan fortsätta som hittills.

Motiverande samtalsanda. Behandlaren stimulerar patientens inre vilja till förändring genom att vara uppmärksam på förändringsyttranden och genom att följa fyra principer i sitt samtal [2] samt att sträva efter att uttrycka hög grad av motiverande samtalsanda (»MI-spirit«). Motiverande samtalsanda är särskilt kraftfull eftersom den variabeln ensam har samband med patientutfall [14]. Motiverande samtalsanda innebär att behandlaren

- har en *samarbetande stil*, visar respekt för patientens idéer och är en jämlik samarbetspartner,
- lägger vikt vid patientens *autonomi* och visar respekt för patientens val, även för ett val om att inte förändra sig,
- *stimulerar* patienten att formulera sina tankar om nuvarande beteende samt framför allt stimulerar och förstärker tal och tankar om en förändring.

Fyra principer vid motiverande samtal.

1. *Att visa empati* definieras i detta sammanhang som att anstränga sig att förstå patientens synsätt. Den operationella definitionen av empati innebär att ansträngningarna ska gå att uppfatta för patienten (utomstående). Att anstränga sig

SAMMANFATTAT

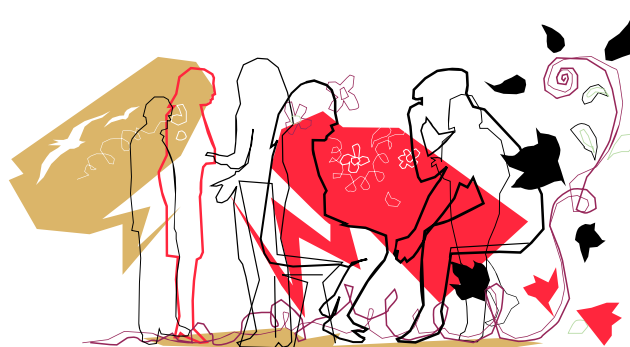
Motiverande samtal ger bättre resultat än traditionell rådgivning och ökar patientens följsamhet till efterkommande behandlingar.
Samtalen kan vara lika effekti-

va som omfattande behandling.
Motiverande samtal lärs genom systematisk träning.
Kvalitetssäkring sker i kodningslaboratorium.

för att förstå bekräftar sannolikt för patienten att behandlaren är icke-dömande, men intresserad. Förståelsen gäller inte bara det mer uppenbara innehållet utan även de känslor som finns hos patienten och den mer svårfångade innebörden av det patienten säger.

2. *Att utveckla diskrepans* innebär att medvetandegöra att det är skillnad mellan vad patienten gör nu och ett annat alternativ. Denna inre konflikt är ett obehag men den kanske viktigaste förändringskraften. Samtidigt ska patienten inte erfara att gapet blir för stort mellan hur viktigt det är att förändra sig och tilltron till att kunna genomföra förändringen. Behandlaren förstärker därför varsamt förändringssidan i konflikten. Om inte konflikten initialt finns hos patienten försöker behandlaren skapa ambivalens om nuvarande livsstilsbeteende. Exempelvis kan återföring av en individs resultat på en hälsoundersökning tydliggöra nya negativa konsekvenser och leda till begynnande inre konflikt. Om en intellektuellt yrkesverksam patient, som är intresserad av sitt jobb, får information om att hans neuropsykologiska testresultat indikerar en funktionsnedsättning som kan bero på hög alkoholkonsumtion, kan en konflikt skapas. Det kan bli en konflikt mellan att undvika alkohol för att prestera bättre och inte skada hjärnan å ena sidan samt att fortsätta dricka alkohol för att det kanske hjälper patienten att koppla av eller gör att hon känner sig lättare till sinnes å andra sidan. Vid uppskattningar som gjorts i olika patientpopulationer visas att en ganska stor grupp patienter med olika livsstilsproblem, som att dricka skadligt mycket alkohol eller att röka tobak, inte själva upplever någon inre konflikt vad gäller sitt beteende. För en »upplyst« behandlare blir därmed risken uppenbar att gå för fort fram och i all välmening ge information och råd om att patienten bör förändra sig, vilket med stor sannolikhet skapar motstånd hos patienten. Behandlaren insats löper därmed risk att försämra patientens prognos.
3. *Att stärka patientens tilltro till egen kompetens och hopp* om att kunna genomföra en specifik förändring, exempelvis att kunna avstå från alkohol, är också en avgörande faktor. Utan tilltro till egen förmåga och tilltro till en egen trovärdig plan för hur man ska bära sig åt avstannar förändringsaktiviteten. Behandlaren strävar därför efter att uppmärksamma och framhäva patientens ansträngningar och ibland mycket små insatser, som ett led i att öka självtilliten. Misslyckanden kan omformuleras till mer positiva perspektiv; till exempel kan ett återfall omformuleras som att kunskap om vissa risksituationer vunnits.
4. *Att reducera motstånd* från patienten utgör den fjärde principen. Motstånd innebär att patienten, öppet eller som inre monolog, argumenterar för att fortsätta som hittills, vilket sålunda stärker status quo. Att opåtalat komma med förslag, information eller att argumentera för en förändring utlöser ofta invändningar och motstånd. Förutom att hålla tillbaka information och rådgivning används en rad strategier för att reducera patientens eventuella motstånd. Samtidigt är behandlingsperspektivet på motstånd inte odelat negativt, utan motstånd ses också som en källa till fördjupad kunskap om patientens nuvarande situation och utifrån vilka bevekelsegrunder hon handlar.

Som framgått är riktlinjerna för hur motiverande samtal ska genomföras enkla. De tycks också självklara för många behandlare. Det har inte heller riktats invändningar mot metoden från



någon psykoterapeutisk skolbildning – varken från psykodynamisk psykoterapi, kognitiv psykoterapi eller beteendeterapi. Metoden tycks vara gränsöverskridande och den utövas också av psykoterapeuter med olika psykoterapeutisk grundutbildning världen över.

Variablerna i motiverande samtal skulle nog i många behandlingsstudier klassificeras som så kallade ospecifika variabler, exempelvis empati och den mer sammansatta »motiverande samtalsanda«. De har sällan definierats och mäts oftast inte i den gängse psykoterapeutiska behandlingsforskningen, trots att till exempel empati ofta nämns som en självklart viktig färdighet hos den goda psykoterapeuten. Det kan kanske vara dessa ospecifika variabler som till en del förklarar varför terapeuter i en och samma manualbaserade metod ändå når olika behandlingsresultat. Variablerna kan också till en del förklara varför olika metoder ibland når samma behandlingsresultat. Emellertid är samma variabler som är ospecifika i den vanliga psykoterapeutiska behandlingsforskningen specifika variabler i det motiverande samtalet, och det görs framsteg i att mäta dem som en del i att dels utveckla metoden, dels kvalitetssäkra en lovande evidensbaserad behandling.

Kvalitetssäkring

Under det senaste decenniet har variabler i det motiverande samtalet definierats och mått har utvecklats. Ett syfte har varit att förstå processen och utvärdera vilka variabler som är verksamma och hur. Ökad kunskap om ingående variabler i processen öppnar för möjligheten att kvalitetssäkra rutinmässig motiverande samtalsbehandling, men också för att använda specifik återkoppling av egna prestationer i samband med att man tränar sig i metoden. »Motivational interviewing treatment integrity code« (MITI) [15] är ett förenklat och grovt test som reliabelt definierar ett tiotal variabler i motiverande samtal. Testet svarar på grundläggande frågor som: Hur mycket liknar den här behandlingen motiverande samtal? Hur kan våra behandlare bli bättre i tillämpning av motiverande samtal?

MITI har översatts till svenska och kodning enligt svenska MITI visar god reliabilitet och validitet. Ett kodat samtal sammanfattas i sex index där också referensvärden framgår, det vill säga vilket värde respektive index ska ha för att samtalet ska bedömas som godkänt. Som redan påpekats ska MITI ses som ett grovt instrument, vilket utgör ett första viktigt steg att mäta centrala terapeutbeteenden i metoden, men där alla viktiga terapeutbeteenden sannolikt inte definieras och fångas in av testet. Magnus Huss klinik, sektionen för beroendeforskning, Karolinska institutet, har ett laboratorium med utrustning för att koda audio- och videoband som inrättats för kodning av inspelade samtal enligt MITI.

Ett verktyg för sjukvården

Inom medicinsk sjukvård är personal ofta frustrerad över omotiverade patienter. En enkätstudie visar att mindre än 10 procent av läkarna är nöjda med sina insatser för att hjälpa sina pa-

tienter ändra livsstil och att rådgivningen bara fungerar för 5–10 procent av patienterna [16]. I en annan studie följer bara 50 procent av patienterna läkarens ordination för medicineringen och blott 10 procent följer den ordination som gäller ändrade livsstilsvanor [17]. De blygsamma resultaten av läkarens och sjuksköterskans traditionella rådgivning ger utrymme för stora effektivitetsförbättringar inom den medicinska vården. I det perspektivet bör motiverande samtal kunna vara ett kompetenshöjande steg till ökad professionalism vid mötet med patienten.

Implementering av motiverande samtal

Forskning visar att man lär sig en hel del om att använda metoden på 2–3 dagars seminarier, men också att man inte lär sig tillräckligt [18]. Dessutom verkar det som om kunskaperna försvinner efter några månader utan systematisk träning [18]. Det finns idag stöd för att seminarier bör kompletteras med handledning grundad på specifik och personlig information om egna patientsamtal.

Emellertid finns det ofta en tröskel för personal att börja spela in sina patientsamtal. Det upplevs kanske osäkert att på ett direkt sätt låta utsätta sig för andras granskning. Därför är det särskilt viktigt att handledning sker i positiv och konstruktiv anda och fokuserar på specifika samtalsbeteenden med hjälp av MITI kodningsmanual. Som stöd i sådan handledning kan en del samtal skickas för kodning av kodningslaboratoriet på Karolinska institutet.

Implementering av motiverande samtal underlättas av att manualer framställs – ett körschema, som gör att rådgivaren lätt påminner sig de viktigaste inslagen. Manualen Beteende-Samtal-Förändring [19] har framställts för att stödja tillämpning av motiverande samtal i kriminalvård. Det finns även manualer som stöder tillämpningen vid problem med tobak, spel och alkohol.

Ett hinder för en lyckosam implementering av motiverande samtal är att den förefaller så enkel att genomföra. Många psykoterapeuter och behandlare anser att de arbetar i enlighet med dessa riktlinjer och därför inte behöver någon utbildning alls eller en helt kort utbildning. Hittillsvarande empiri och erfarenhet talar emot detta, och för att det krävs en mer genomtänkt implementeringsstrategi i enlighet med vad som skissats ovan.

Minskad frustration och lägre arbetsrelaterad stress?

Distriktsläkare, barnmorskor med flera som utbildats i motiverande samtal beskriver anekdotiskt att det kliniska arbetet med svårmotiverade patienter inte känns så tungt längre. De uppger att det inte känns så frustrerande att behandla patienter med en livsstilsproblematik som är starkt hälsovådlig, till exempel gravida tobaksrökare och patienter med alkoholproblem, eller patienter med en livsstil som förorsakar försämrad livskvalitet, till exempel kroniska smärtpatienter. De upplever inte längre att det fulla ansvaret för patientens utveckling vilar på de egna axlarna. Man delar ansvar med patienten och är mer en konsult till sin patient. Behandlaren metodik i det motiverande samtalet är i god överensstämmelse med gällande sjukvårdslag, som syftar till läkarens respekt för patientens autonomi, samarbete och konsultfunktion.

Det finns stöd för att det lönar sig att använda motiverande samtal jämfört med traditionell rådgivning trots att man blott använder metoden under en kort tidsperiod [6]. Sålunda ger ett enda samtal signifikanta effekter jämfört med traditionell rådgivning även om en kort omfattande insats, som fem eller fler samtal, oftare ger signifikanta effekter. Även korta motiverande samtal (< 20 minuter) leder oftare till att patienten föränd-

rar sig jämfört med om traditionell rådgivning används [6].

Korta tillämpningar ger inte utrymme för att alla komponenter i motiverande samtal ska komma till uttryck och kallas ofta för annat än »motivational interviewing«, till exempel »brief motivational interviewing«, »brief negotiation« eller »behaviour change counselling« [20]. Att inte alla komponenter kan komma till uttryck vid sådana korta samtal betyder dock inte att de är lättare att genomföra. Här saknas empiri men sannolikt krävs det ökad skicklighet när tidsutrymmet krymper. Det kan tala för att sjukvårdens personal skulle behöva mer träning jämfört med personal inom andra discipliner med längre behandlingstider till sitt förfogande.

Sammanfattningsvis innebär motiverande samtal att det är patienten som har ansvaret för en förändring och som har att ta ställning till såväl hur den ska genomföras som vilka mål som ska uppnås. Rådgivarens insats och expertis är avgränsad till att hjälpa patienten till ett genomtänkt beslut, grundat på bästa underlag. En nackdel med metoden är att den kräver träning för att lära sig och för att vidmakthålla det man lärt sig, trots enkla riktlinjer. Belöningen är bättre behandlingsresultat, ökad medicinsk effektivitet och förhoppningsvis mindre frustration i arbetet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Miller W. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*. 1983;11:147-72.
2. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002.
3. Rönnberg S, Sandahl C. *Sju steg till minskat alkoholberoende*. Lund: Studentlitteratur; 1988.
4. Hettima J, Steele J, Miller W. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1: 91-111.
5. Burke B, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:843-61.
6. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55:305-12.
7. Babor T, Del Boca F. *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
8. Holder H, Cisler R, Longabaugh R, Stout R, Treno A, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from project match. *Addiction*. 2000;95:999-1013.
9. Viets V, Walker D, Miller W. What is motivation to change? A scientific analysis. In: McMurrin M (ed). *Motivating offenders to change*. Chichester: Wiley; 2002.
10. Patterson G, Forgatch M. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53:846-51.
11. Miller W, Benefield G, Tonigan S. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:455-61.
12. Amrhein P, Miller W, Yahne C, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:862-78.
13. Moyers T, Martin T. Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30:245-51.
14. Moyers T, Miller W, Hendrickson S. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73:590-8.
15. Moyers T, Martin T, Catley D, Harris K, Ahluwalia J. Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: reliability of the motivational interviewing skills code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2003;31:177-84.
16. Mahler L. Motivational interviewing: What, when, and why. *Patient Care*. 1998;15:55-72.
17. Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J*. 1996;154:1357-62.
18. Miller W, Yahne C, Moyers T, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:1050-62.
19. Farbring CÅ. *Beteende-Samtal-Förändring. Fem semistrukturerade motiverande samtal*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen; 2003.
20. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.