



# Motivasjon og selvbestemmelse

---

## KRONIKK

### EIVIND MELAND

eivind.meland@uib.no

Eivind Meland er professor emeritus ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, og fastlegeviker. Han har forsket på motivasjon for livsstilsendringer i mange år og interessert seg for fagetiske spørsmål knyttet til klinisk veiledningspraksis. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### GRO BEATE SANDAL

Gro Beate Sandal er sykepleier, cand.san. og ph.d. Hun jobber på Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høgskole. Hun har forsket på effekten av frisklivscentralenes tilbud på endring av helsevaner og vært veileder ved Høgskolen i Bergens videreutdanning i motiverende samtale. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## Å veilede pasienter til å endre helsevaner handler om å fremme den enkeltes indre motivasjon for endring.

Når mennesker handler feil, er det fordi de mangler nødvendig kunnskap om konsekvensene. Mennesker vil handle «rett» når slik kunnskap formidles på en enkel og forståelig måte. Helsepersonells veiledning for endring av pasienters atferd har historisk sett tatt utgangspunkt i en ganske enkel forestilling om en enveis årsakssammenheng mellom kunnskap, holdninger og atferd, den såkalte KAP-modellen (fra engelsk: *knowledge, attitude, practice*). Philip Ley tilhørte denne tradisjonen og la i bokkapitlet *Giving information to patients* i 1982 stor vekt på å formidle forståelig og relevant kunnskap til pasienten (1). Mennesker ble oppfattet som rasjonelle aktører som handler bevisst når de har den nødvendige kunnskapen.

I praksis viste det seg raskt at en slik enkel årsaksmodell var utilstrekkelig. Helseoppfatningsmodellen ble derfor i løpet av 1970-tallet et viktig skritt i kunnskapsutviklingen, idet modellen anerkjenner betydningen av pasienters erkjennelser og forventninger (2). Denne var en av de første atferdsteoriene og -modellene som anerkjente at menneskelig atferd bare i begrenset grad lar seg styre av premiering og straff og kunnskap om konsekvenser. Pasientenes erkjennelser ble definert som forutsetninger for om en person ville endre atferd eller ikke (3). Det var for eksempel ikke tilstrekkelig at pasienten trodde at røyking utgjorde en trussel mot helsen, vedkommende måtte også oppleve å ha reelle handlingsalternativer og -muligheter.

Den økende vektleggingen av mennesket som erkjennende og meningssøkende subjekt var også drevet frem av humanistisk psykoterapi ved hjelp av den såkalte klientsentrerte metoden og en systemteoretisk nyorientering i medisinen, også kalt den biopsykososiale modellen (4, 5). I veiledningspraksis nærmet den atferdsterapeutiske tilnærmingen seg et mer humanistisk ståsted. Den kognitive terapien så også dagens lys på 1980-tallet. Blant annet var Albert Bandura sentral i utviklingen av den sosialkognitive læringsteorien (6). Hans viktigste bidrag var at helsepersonell kan fremme endring ved å styrke pasientens mestringstro og forventinger om et positivt resultat.

## Utforske ambivalens og fremme motivasjon

Den nye kognitive terapitradisjonen brøt med psykoanalytisk tenkning, som hittil hadde øvd sterk innflytelse på veiledning i klinisk praksis. Sistnevnte opererte med en enveis sammenheng mellom traumatiske erfaringer og emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner, en sammenheng man anså at pasienter selv ikke hadde innsikt i. Motstand mot atferdsendring ble da sett på som uttrykk for uløste konflikter hos pasienten selv (7).

*«Helsepersonell kan fremme endring ved å styrke pasientens mestringstro og forventinger om et positivt resultat»*

Da William Miller på begynnelsen av 80-tallet utviklet det han kalte motiverende samtale (på engelsk: *motivational interviewing*), brøt han radikalt med denne tenkningen: Hvis den som ble veiledet ytte motstand, var det veilederen som hadde ansvaret. Likeledes var det veilederens ansvar å håndtere motstand på en konstruktiv måte, for eksempel gjennom å anerkjenne motstanden og utforske muligheter ut fra den veilededes perspektiv (7). Millers utgangspunkt var inspirert både av humanistisk klientsentrert behandling og kognitiv atferdsterapi.

Motiverende samtale er ikke en teori eller en modell for atferdsendring, men en samarbeidende samtalestil for å styrke en persons egen forpliktelse til endring (8). Studier viser at motiverende samtale er en velegnet metode for å snakke om endring på tvers av helsevesenets behandlingsnivå og forskjellige typer helserisikoatferd (9, 10). Helsedirektoratet anbefaler motiverende samtale som metode for å veilede pasienter til å endre vaner, blant annet på de kommunale frisklivssentralene (11). Motiverende samtale består av en rekke samtaleteknikker, for eksempel refleksjoner, autonomistøtte, «rulle med motstand» og fremkalle «endringssnakk», som veiledere kan benytte for å utforske og løse ambivalens eller motstand mot endring og fremme endring på en ikke-dømmende måte (8).

Motiverende samtale brukes noen ganger synonymt med pasient- eller klientsentrert veiledning. Metoden er klientsentrert ved at en ber om tillatelse til å drøfte en helseskadelig adferd. Men samtalemetoden har også et klart mål, for eksempel slutte å røyke eller spise sunnere. På den måten styrer helsepersonell samtalen i retning av å få vedkommende til å endre atferd.

*«Motiverende samtale er ikke en teori eller en modell for atferdsendring, men en samarbeidende samtalestil for å styrke en persons egen forpliktelse til endring»*

Opprinnelig ble motiverende samtale utviklet for å utforske ambivalens og fremme motivasjon hos klienter i rusbehandling som ikke var klar til endring. I videre utvikling av metoden blir det understreket at motiverende samtale ikke bør være den eneste metoden i en intervensjon for endring. Miller og Rollnick hevder i sin artikkel med tittelen «Ten

things that motivational interviewing is not» at det ikke er hensiktsmessig å bare tilby denne metoden, fordi det kun er en kommunikasjonsmåte til hjelp i arbeid med å identifisere og styrke egen motivasjon for endring (12). Ofte forbindes metoden med å veie for og imot en endring med en såkalt beslutningsbalanse. Imidlertid er slike avveininger kontraproduktive når vedkommende er klar for endring fordi det bringer samtalen tilbake til argumenter mot endring.

I senere års utvikling av motiverende samtale er metoden styrket med mer fokus på planlegging og iverksetting av selve endringsarbeidet. Imidlertid er det ingen tvil om at mange veiledere finner det hensiktsmessig å benytte holdningssettet i motiverende samtale (empati, samarbeid, autonomi, ikke-dømmende holdning og respekt) under hele intervusjonens varighet, også når man går fra arbeidet med å utvikle motivasjon til å gi mer handlingsorientert støtte i gjennomføring og etablering av nye vaner (8).

Motiverende samtale er blitt kritisert for å mangle en teori som forklarer hvorfor metoden virker og som kan predikere endring. De siste årene har flere forskere pekt på likheter og begrepsmessige overlapp mellom motiverende samtale og selvbestemmelsesteori (13, 14). Selvbestemmelsesteorien hevder at vi har sterkest motivasjon og er mest utholdende når vi får dekket tre grunnleggende psykologiske behov, nemlig behovene for selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet. Atferdsforskere hevder at denne teorien forklarer hvorfor motiverende samtale virker fordi metodens holdningssett fremmer tilfredstillende av nettopp disse tre behovene (13).

## Motivasjonens kvalitet har betydning for endring

Selvbestemmelsesteori har sitt utgangspunkt i humanistisk psykologi og i empirisk forskning på åpen på slutten av 1940-tallet (15). Ytre belønning svekket apenes motivasjon til å beskjefte seg med oppgaver, mens lek og interesse stimulerte motivasjonen. I en tid der atferdsterapi med belønning og straff var sett på som viktige motivatorer for endring, viste Edward Deci at mennesker motiveres på samme måte (16). Når veileder bygger en støttende relasjon som fremmer selvbestemmelse og kompetanse i endringsarbeidet, får pasienten hjelp til å utvikle sin indre motivasjon for endring (17).

*«De siste årene har flere forskere pekt på likheter og begrepsmessige overlapp mellom motiverende samtale og selvbestemmelsesteori»*

Indre eller autonom motivasjon er definert som personlig engasjement og egenvilje (selvbestemmelse), mens en ytre eller kontrollert motivasjon for eksempel vil være å gi etter for ytre press eller indre tvang med dårlig samvittighet (17). De fleste begynner en endring når motivasjonen er på topp og barrierene er få. Endring av atferd bryter med tidligere automatiserte handlingsmønstre, og vi har begrenset psykologisk energi til selvregulering og utvikling av nye handlingsmønstre og vaner. Etter en stund kan det være at pasienten opplever at «det koster mer enn det smaker». Det kan sammenlignes med en muskel som blir sliten. Kun indre motivasjon gir fornyet kraft og energi til opprettholdelse av en ny vane, idet handlingen gir glede og er tilfredsstillende i seg selv (18).

Mange atferdsteorier skiller ikke mellom endring av atferd på kort og lang sikt, som for eksempel sosialkognitiv læringsteori. Basert på en oppsummering av 100 atferdsteorier identifiserte Kwasnika og medforfattere fem forklaringer for hvorfor en endring blir vedlikeholdt: 1) positive motiver for å fortsette med den nye atferden, 2) evne til selvregulering, 3) at man klarer å utvikle en ny vane, 4) at man har tilstrekkelige ressurser (fysisk og psykologisk), og 5) at man får støtte fra omgivelsene (19).

## Et allment dilemma

Det er én vesentlig forskjell på motiverende samtale og selvbestemmelsesteori. I intervensjoner basert på sistnevnte vil veilederen ofte bruke teknikker og holdningssettet fra motiverende samtale for å fremme endringssnakk. Imidlertid vil veiledere som arbeider ut fra selvbestemmelsesteorien støtte selvbestemmelse også der pasienten ikke ønsker å endre atferd, hvis motstanden er overveid og begrunnet i pasientens egne verdier og prioriteringer. Selvbestemmelsesteorien hevder nemlig at pasientens endringssnakk bare er effektivt dersom det er autonomt motivert (20). I veiledning basert på prinsippet om motiverende samtale er målet alltid atferdsendring, dog på en slik måte at den personlige autonomi ivaretas best mulig (12). En slik veileder vil bare verdsette autonomi der den er knyttet til målatferden.

Denne motsetningen mellom to metoder illustrerer et allment dilemma i all veiledningspraksis: Hvis vi lener oss for sterkt på pasientens selvbestemmelse, kan vi bli oppfattet som likegyldige veiledere med manglende profesjonalitet. Hvis vi vektlegger betydningen av å endre atferd for sterkt, kan vi bli oppfattet som autoritære eksperter. Vi er nødt til å finne en middelvei der vi prøver å unngå grøftene på begge sider.

---

## LITTERATUR

1. Ley P. Giving information to patients. I: Eiser JR, red. *Social Psychology and Behavioral Science*. John Wiley & Sons Ltd., 1982.
2. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 1984; 11: 1-47. [PubMed] [CrossRef]
3. Mæland JG, Aarø LE. Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 51-5. [PubMed]
4. Rogers CR. Client-centered therapy. I: Arieti S, red. *American handbook of psychiatry*. Vol 3. New York, NY: Basic Books, 1959: 183-200.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36. [PubMed] [CrossRef]
6. Bandura A. *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Hills, NJ: Prentice-Hall, 1986.
7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: The Guilford Press, 1991.
8. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3. utg. London: Guilford press, 2012.
9. Lundahl B, Moleni T, Burke BL et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013; 93: 157-68. [PubMed] [CrossRef]
10. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med* 2014; 37: 768-80. [PubMed] [CrossRef]
11. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. IS-1896. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud> Lest 12.2.2021.
12. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 129-40. [PubMed] [CrossRef]
13. Patrick H, Williams GC. Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 18. [PubMed] [CrossRef]
14. Vansteenkiste M, Williams GC, Resnicow K. Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 23. [PubMed] [CrossRef]
15. Harlow HF, Harlow MK, Meyer DR. Learning motivated by a manipulation drive. *J Exp Psychol* 1950; 40: 228-34. [PubMed] [CrossRef]
16. Deci EL. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *J Pers Soc Psychol* 1971; 18: 105-15. [CrossRef]

17. Ryan RM, Patrick H, Deci EL et al. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *Eur Health Psychol* 2008; 10: 2-5.
  18. Vohs KD, Baumeister RF. red. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York, NY: Guilford Press, 2011.
  19. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M et al. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev* 2016; 10: 277-96. [PubMed][CrossRef]
  20. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 24. [PubMed][CrossRef]
- 

Publisert: 28. juni 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.1009

Mottatt 7.12.2020, første revisjon innsendt 16.2.2021, godkjent 7.4.2021.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. august 2022.