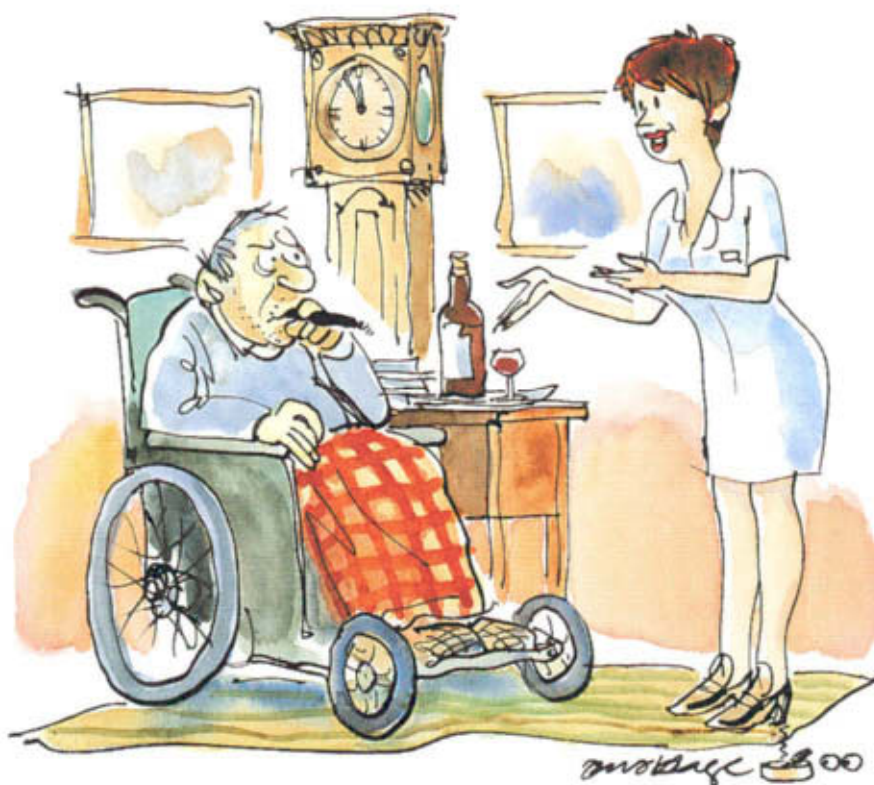


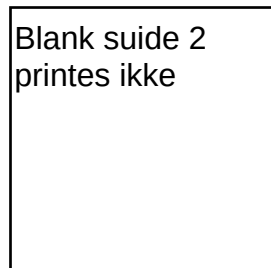
Peter Dalum
Torsten F. Sonne

Hvordan taler man om livsstil?

*En bog om
sundhedsadfærd
og motiverende
samtale*



TOBAKSSKADERÅDET



Peter Dalum • Torsten F. Sonne

Hvordan taler man om livsstil?

TOBAKSSKADERÅDET

Hvordan taler man om livsstil?

© Tobaksskaderådet 2000

Redaktion: Stine Flod Olsen, Tobaksskaderådet

Kapitel 3 er udarbejdet af Lotte Bælum, Tobaksskaderådet,
i samarbejde med Torsten F. Sonne

Illustrationer: Jens Hage

Grafisk design og omslag: Michala Clante Bendixen

Tryk: Schweitzer • Larsen og Knudsen

1. udgave, 1. oplag

ISBN 87-7746-036-7

Indhold

Kapitel 1: Forebyggelse – mest mulig herre over eget liv	6
Forebyggelse handler også om livskvalitet	7
Forskellige forudsætninger for sundhed	8
Forskellige forebyggelsesniveauer	9
Forebyggelse i øjenhøjde	10
Social- og sundhedsassistentens rolle	11
Træder vi for nær?	11
Kan man hjælpe andre, når man selv har samme problem?	12
Opsamling på kapitel 1	13
 Kapitel 2: Hvorfor har vi den adfærd, vi har?	14
Da Marianne begyndte at spille håndbold	15
Adfærdscirklen	15
Vi trækker på vores erfaringer	16
Egne erfaringer: Når vi lærer ved at prøve selv	16
Andres erfaringer: Når vi lærer ved at se på andre	17
Vi efterligner andres adfærd	18
Vi vurderer vores erfaringer	18
To slags forventninger	19
Vi påvirkes af personerne i vores nære netværk	20
Opsamling på kapitel 2	21
 Kapitel 3: Vanens magt – ændringer er ikke altid ligetil	22
Forandringer føles unaturlige	22
Når man bliver afhængig af sine vaner	23
Fysisk afhængighed	24
Psykisk afhængighed	24
Social afhængighed	25
Opsamling på kapitel 3	25

Kapitel 4: Motivation til forandring	26
Health belief-modellen	27
Oplevet trussel, alvorlighed og personlig risiko	27
Incitament til handling	28
Oplevede fordele og oplevede barrierer	28
Opsamling på kapitel 4	30
Kapitel 5: Forandringsspiralen	31
Førovervejelse	31
Overvejelse	31
Forberedelse	32
Handling	33
Vedligeholdelse	33
Tilbagefald	34
Afslutning	35
Opsamling på kapitel 5	35
Kapitel 6: Den motiverende samtale	36
Motivation	38
Respektfuld holdning	39
Empati	39
Ambivalens	40
Modstand	40
Selve samtalen og de anvendte teknikker	41
Hvordan får man hul på emnet?	41
Aktiv lytning	42
Åbne og lukkede spørgsmål	42
Refleksioner	43
Opsummering	44
Styrk håbet	44
Opstil alternative handlemåder	45
Følg op	45
Rådgivningsetik	45
Opsamling på kapitel 6	46
Litteratur	47
Stikord	48

Forord

Hvordan taler man om livsstil henvender sig til eleverne på social- og sundhedsuddannelsen. Bogen behandler emnerne sundhedsadfærd og motiverende samtale. Formålet med undervisningsmaterialet er at kvalificere eleverne til at kunne rådgive og vejlede i forbindelse med det forebyggende sundhedsarbejde.

Bogen giver en indsigt i, hvorfor det er så svært at ændre adfærd. Desuden viser bogen med konkrete eksempler, hvordan motiverende samtale kan bruges i det forebyggende sundhedsarbejde.

Bogen er udviklet i samarbejde med en faglig referencegruppe for at sikre, at indholdet stemmer overens med de krav, der stilles på social- og sundhedsuddannelsen. Gruppen er sammensat af undervisere fra landets social- og sundhedsuddannelser. Tobaksskaderådet ønsker i den forbindelse at sige tak til Søs Andersen, Britta Gade, Birthe Gadmar, Else Skov og Marie Vraae.

Poul Ebbe Nielsen

Overlæge, dr.med.

Formand for Tobaksskaderådet

Peter Dalum

cand.comm.

Forfatter

Torsten F. Sonne

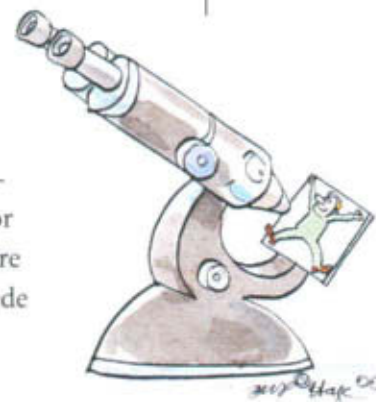
cand.psyk.aut.

Forfatter

Forebyggelse – mest mulig herre over eget liv

Mange tilfælde af kræft kunne undgås med en ændring af sundhedsadfærd.

For mange mennesker er sundhedsvæsenet et sted, der behandler sygdomme. Sundhedsvæsenet har dog også en anden og meget vigtig funktion, nemlig at forebygge at sygdomme overhovedet opstår. Den sidste rolle kender vi bl.a. fra de store vaccinationsprogrammer rettet imod hele befolkningen. Andre former for forebyggelse er dog i de senere år kommet mere og mere i fokus. Det gælder især forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme.



Årsagen er, at det aldrig har været tydeligere, at der er en klar sammenhæng imellem vores sundhedsadfærd og sundhedstilstand. Der er nu solid dokumentation for, at det betaler sig at ændre ved usunde vaner og livsstil. Eksempelvis kunne næsten halvdelen af alle tilfælde af kræft hos mænd forebygges, hvis man i tide havde ændret på kost-, alkohol-, motions- og rygevaner.

Sundhedsvæsenet sætter fokus på livsstil.

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

Forebyggelse handler også om livskvalitet

Forebyggelse af sygdom handler ikke kun om, at vi skal leve så længe som muligt, men også om at vi skal have det så godt som muligt, mens vi lever.

Hans blev i en alder af 72 år efter en bilulykke lam i sin underkrop. Til at begynde med forsøgte hans jævnaldrende kone, Merete, selv at passe Hans i hjemmet, men efter et år blev de enige om, at Hans skulle flytte på plejehjem. Hans er ofte på besøg i sit gamle hjem og er på trods af sit tab af før-lighed stadig en livsnyder, der gerne vil have noget ud af tilværelsen. Især nyder han et godt glas portvin og en god cigar. Det bliver til en flaske om ugen og 5-10 cigarer om dagen.

Hans har været bygningssnedker hele sit liv. I sine sidste erhvervsaktive år begyndte han for alvor at døje med en bronkitis, som kun er blevet værre med årene, og som nu, hvor han er blevet kørestolspatient, følger ham dag og nat. Faktisk hoster han så meget, at natten efterhånden er blevet en plage at komme igennem, og på det seneste er hans ellers så glade gemyt gledet mere og mere i baggrunden. I stedet er han som noget helt nyt begyndt at brokke sig over alt muligt.

Hans befinder sig i et klassisk dilemma:

- Skal han fortsætte med at have fornøjelsen af at ryge med det resultat, at hans bronkitis holder ham vågen om natten og medfører manglende overskud, energi og humør i dagtimerne?

Eller...

- Skal han forsøge et rygeophør som, hvis det hjalp på bronkitten, kunne medføre bedre søvn og dermed mere energi, overskud og højere humør?



Her er det selvfølgelig op til den enkelte at afgøre, hvad man selv føler er vigtigt. Det skal dog samtidig understreges, at når vi taler om at ryge, drikke og spise som vi vil, overses det ofte, at mange af os risikerer slet ikke at få den aktive alderdom, som vi havde drømt om.

I stedet kommer man måske til at trækkes med en hjerte- eller lungesygdom. Og pludselig er nogle af de aktiviteter, der også gav livet mening og glæde, ikke længere mulige i den sidste tredjedel af livet, fordi man har for mange smerter, for få kræfter eller for meget åndenød til at kunne gå en tur med hunden, besøge familie og venner eller lignende.

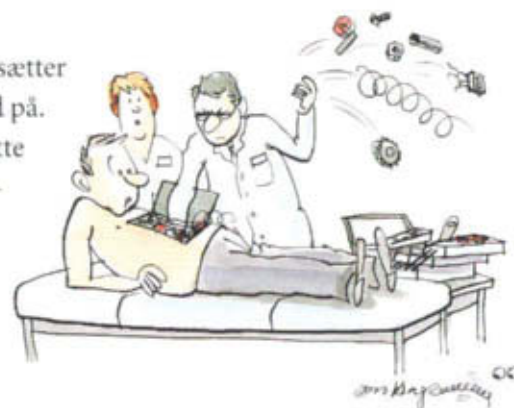
Forskellige forudsætninger for sundhed

I de foregående afsnit har vi koncentreret os om, hvordan vaner og livsstil har indflydelse på sundheden. De ting som vi selv er herre over. Men vores sundhed bliver også påvirket af ting, som vi ikke selv er herre over. At kunne tage ansvar for sin egen sundhed afhænger nemlig i høj grad af de muligheder, der er i det liv, man lever.

Er man uden uddannelse og arbejde og lever fra hånden til munden, er det ikke sundheden, der kommer i første række. Det er simpelthen irrelevant at tænke tyve år ud i fremtiden, hvis det her og nu handler om at finde en bolig eller at få pengene til at slå til.

Også det land og den kultur, vi er vokset op i, sætter dybe spor i vores måde at leve og opfatte sundhed på. I nogle kulturer er der f.eks. tradition for at opfatte sygdom som et tegn på fysisk eller psykisk ubalance. Andre steder er det kutyme at opfatte selv psykiske problemer som et produkt af fysiske defekter. Selv inden for samme land kan der være stor forskel på de holdninger og normer, der knytter sig til sundhed og sygdom.

*Vi opfatter
sundhed
forskelligt.*



Vores sundhed bliver også påvirket af det miljø, vi lever i. I Danmark har vi f.eks. tradition for at fokusere på arbejdsmiljøet i forhold til medarbejdernes sundhed, imens sådanne hensyn stort set ikke eksisterer i u-landene.

Man skal heller ikke glemme, at vi hver især fra fødslen er forskellige. Det er velkendt, at man kan være genetisk disponeret for en lang række sygdomme. Det betyder, at sandsynligheden for at få en bestemt sygdom, for nogle personer er væsentligt forhøjet alene som følge af deres biologiske arv.

Endvidere afhænger den enkeltes sundhed også af de tilbud, som sundhedsvæsenet har. Jo bedre sundhedssystemet er til at sætte ind med den rigtige behandling og støtte, jo bedre er mulighederne for, at den enkelte patient kan få en god sundhedstilstand.

Vi har altså ikke ens muligheder. Forudsætningerne for sundhed varierer fra menneske til menneske afhængig af, hvem vi er, hvor vi lever, og hvordan vi lever.

Hvad bestemmer vores sundhed?

Vores sundhed afhænger af en række ting, som vi selv er herre over. Det er:

- vaner
- livsstil

Men vores sundhed påvirkes også af en række ting, vi ikke selv har indflydelse på. Det er:

- økonomiske, sociale, kulturelle og miljømæssige betingelser
- arvelige forudsætninger
- sundhedsvæsenets tilbud

Forskellige forebyggelsesniveauer

Man kan forebygge på mange forskellige måder. I fagsproget taler man om primær, sekundær og tertiær forebyggelse:

- Primær forebyggelse handler alene om at forhindre eller at mindske risikoen for at sygdom opstår. F.eks. at vaske hænder efter et toiletbesøg, at forsøge at få folk til at spise sundere eller at holde op med at ryge.
- Sekundær forebyggelse dækker over at opspore sygdomme i tidligere stadier, så det er muligt at helbrede en sygdom eller bedre prognosen.

Screeningsprogrammer for eksempelvis brystkræft, livmoderhalskræft eller ultralydsscanning af gravide er eksempler på denne type forebyggelse.

- Tertiær forebyggelse har til formål at undgå, at sygdomme forværres, når først de er en realitet. F.eks. at give de næsten 500.000 danskere, der allerede har en hjertesygdom, en rehabiliterende behandling, som kan omfatte hjælp til rygestop, rådgivning i at finde fedtet i kosten og hjælp til at få gang i henslumrende motionsvaner. Sammen med den almindelige behandling kan tertiær forebyggelse af hjerte/karsygdomme betyde, at mange på trods af et svækket hjerte kan opnå et alment velvære og en fri bevægelighed uden åndenød eller brystmerter som kroniske følgesvende.



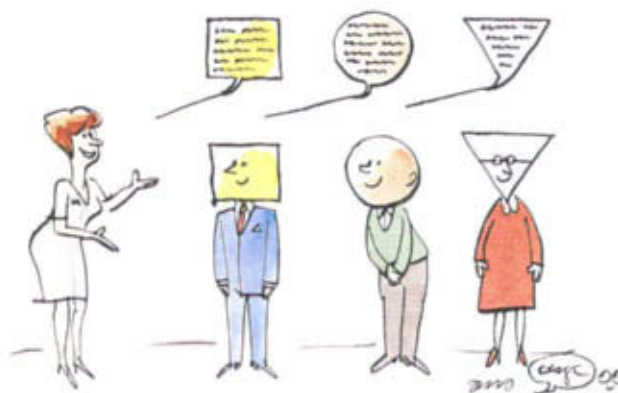
Forebyggelse kan også inddeles efter indsatsområder. Man kalder det bred forebyggelse, hvis indsatsen er rettet mod flere led i en årsagskæde. F.eks. forebyggelse af hjerte/karsygdomme, hvor der både kan sættes ind med forebyggende medicinsk behandling samt ændres på kost-, motions- og rygevaner. Man kalder det snæver forebyggelse, hvis kun en enkelt årsagsfaktor har interesse. F.eks. forebyggelse af lungekræft, hvor man hovedsageligt sætter ind overfor rygning.

Forebyggelse i øjenhøjde

Forebyggelse må så vidt muligt tage udgangspunkt i det enkelte menneske, fordi vi har brug for forskellige grader af hjælp og motivation for at kunne omsætte sundhedsbudskaberne i det daglige liv. Derfor tager effektiv forebyggelse højde for, at vi ikke er ens. Den skal lægges til rette på en måde, så livsstilsændringerne matcher det enkelte menneskes sygdomsproblemer, livsstil og livssituation. Det er her, social- og sundhedsassistenten kommer ind i billedet.

Social- og sundhedsassistentens rolle

Social- og sundhedsassistenten har den daglige og personlige kontakt med patienterne, borgerne eller beboerne på et plejehjem. Det betyder, at social- og sundhedsassistenten kender dem rigtig godt. Så godt, at hun ved, hvad der trykker og bekymrer, samt hvilke vaner og ressourcer de har.



Med dette kendskab har social- og sundhedsassistenten en helt speciel mulighed for støtte op omkring og motivere til forebyggelse. Social- og sundhedsassistenten kan være det menneske, der får en person til at styrke sit liv i stedet for at nedbryde det.

I dette undervisningsmateriale beskriver vi en metode, som har vist sig velegnet, når man skal føre motiverende vejlednings- og rådgivnings-samtaler. Denne teknik er et godt redskab, som kan bruges i mange forskellige situationer til at få en god snak om det, som ellers er privat. Samtalerne har alene til formål at give patienten ny viden, indsigt og opbakning, så han eller hun bliver i stand til at træffe nogle velovervejede beslutninger om sit eget helbred. Et valg, som er patientens eget.

*Effektiv forebyggelse
tager højde for,
at vi ikke er ens.*

Træder vi for nær?

Vi har alle en naturlig frygt for at træde andre mennesker for nær. Det er en sund og respektfuld egenskab. Vi ved også, at vaner og livsstil er et meget personligt anliggende, som man nødvendigvis ikke deler med hvem som helst. Derfor kan det være svært som behandler at skulle træde ind i dette private rum. Overtræder jeg så ikke en personlig grænse? Hvad ret har jeg til at blande mig i, hvordan andre mennesker lever?

Men respekt for selvbestemmelse i livsstilsspørgsmål er ikke ensbetydende med at undgå at tale om dem. Netop ønsket om at bestemme selv er et godt udgangspunkt for en samtale om livsstil og sundhedsvaner. Det er der mange erfaringer med succesfuld forebyggelse, der viser. Ved at give borgeren mulighed for at træffe sine egne beslutninger bliver han eller hun langt mere motiveret for at ændre livsstil og vaner.

Desuden er der meget, der tyder på, at mange patienter forventer, at sundhedspersonalet taler om livsstilsrelaterede problemer.



Kan man hjælpe andre, når man selv har samme problem?

Karin arbejder som social- og sundhedsassistent. I fredags blev det besluttet, at de skulle gøre en særlig indsats overfor folk med svær overvægt. Det har hun det lidt svært med, da hun selv er meget overvægtig. Hun synes, at det virker forkert at råde folk til at tabe sig, når hun ikke selv lever op til ideelvægten.

For Karin føles det svært at være en neutral rådgiver, fordi hun selv kæmper med de samme ting som sine patienter. Det er en situation, som de fleste vil komme i på en eller anden måde. F.eks. hvis man skal råde andre til at holde op med at ryge, og selv ryger. Eller hvis man ved, at man selv drikker lidt for meget. Det kan betyde, at man bevidst eller ubevidst undlader at tage emnerne op med sine patienter.

Her kan det for nogen hjælpe at tænke på, at man står som faglig rådgiver, ikke som en person, der selv nødvendigvis privat skal gøre alle de "rigtige ting". Nogle vil måske mene, at det virker utroværdigt, at man råder folk til at gøre noget, som man ikke selv enten magter eller har lyst til at gøre. Andre vil imidlertid opleve det som en fordel, at man "selv har været der", dvs. at de får hjælp fra en ligesindet.

Der er intet, der taler for, at man ikke kan rådgive eller vejlede andre om problemer, som man også selv har. Det centrale i samtalen er jo ikke ens egen sundhed, men modpartens. Vedkommende skal ikke ændre på noget for din, men for sin egen skyld. Man skal selvfølgelig være opmærksom på, at man ikke negligerer problemet, eller at man i sin rådgivning eller vejledning kommer til at tale om sig selv. Omvendt er det også en styrke, at man kender problemet fra sin egen krop og ved, hvor svært det kan være.

For Karins vedkommende handler det om, at hun forholder sig professionelt til det menneske, hun skal rådgive eller vejlede om svær overvægt. At hun kan forholde sig til personens liv uden at inddrage sine egne problemer.

Opsamling på kapitel I

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

Der er store gevinster i at forebygge livsstilsrelaterede sygdomme. Dette gælder både, når det drejer sig om at undgå for tidlig død, men også når det handler om at øge den enkeltes livskvalitet og undgå sygdom. Her er det vigtigt, at man tager udgangspunkt i den enkelte borgers situation. Det er der mulighed for, når man benytter dialogbaseret rådgivning og vejledning som udgangspunkt for den forebyggende indsats.

De følgende kapitler i denne bog har til formål at udstyre læseren med teoretisk viden og praktiske redskaber, som kan bruges i dialogen med borgeren.

Hvorfor har vi den adfærd, vi har?

Hvordan kan det være, at nogle personer med stor glæde dyrker regelmæssig motion, imens andre kun bevæger sig, når det er bydende nødvendigt? Eller at nogle ryger dagligt, og andre enten ikke ryger eller kun ryger ved særlige lejligheder? Med andre ord: Hvorfor har vi den adfærd, vi har?

Svaret på dette spørgsmål er ikke enkelt, da adfærd skyldes mange faktorer. F.eks. gør det forhold, at vi alle fra fødslen er forskellige, og at vi har hver vores livshistorie, at to mennesker ofte handler vidt forskelligt i den præcis samme situation. Umiddelbart kan det derfor være svært at gennemskue, hvorfor andre handler, som de gør, især hvis der er tale om personer, som kommer fra en helt anden baggrund end én selv. Set udefra kan en bestemt adfærd i nogle tilfælde endda virke fuldstændig meningsløs.

Når man skal sætte sig ind i patientens situation, er der god hjælp at hente i teorierne.



For den person, der udviser adfærden, forholder det sig sjældent sådan. Som regel vil de allerfleste adfærdsformer være meningsfulde for den person, der udviser dem. Ens første opgave som rådgiver og vejleder er derfor at sætte sig ind i borgerens situation for derigennem at forstå motiverne bag vedkommendes adfærd. Til dette er der god hjælp at hente i de teorier, som handler om de processer og mekanismer, der ligger til grund for adfærd. Disse vil derfor i det følgende blive beskrevet nærmere.

Da Marianne begyndte at spille håndbold

Marianne var 11 år, da hendes bedste veninde Anne-Dorthe første gang spurgte hende, om hun ville med til håndbold. Hun vidste ikke rigtig, hvad hun skulle svare. Hun havde tit hørt fra de andre piger i skolen, at det var sjovt, og at træneren var virkelig god og sød, men hun havde kun selv prøvet at spille et par gange i gymnastiktimen i skolen. Da havde det ikke været så sjovt, for drengene havde været helt vilde, og en gang havde hun fået et knæ i maven. Desuden havde hun altid selv følt, at hun var dårlig til det der med bolde.

Anne-Dorthe sagde dog, at det var helt anderledes, når det kun var piger, der spillede, så Marianne lod sig alligevel overtale til at prøve. Til den første træning havde hun følt sig lidt flov i begyndelsen. Hun syntes, at de andre var meget bedre, men træneren havde vist hende, hvordan hun skulle gøre og havde sagt, at hun faktisk var en af de hurtigste på holdet. Marianne var taget hjem med en god følelse i maven og havde siden elsket at spille håndbold.

Når man ser på Mariannes beslutning om at begynde at spille håndbold, er der en række faktorer, som er interessante, og som lærer os noget om de ting, der er på spil, når vi skal forstå motiverne bag adfærd. For det første havde Marianne allerede nogle *erfaringer*, som gjorde, at hun på forhånd havde en række *forventninger* om det positive eller negative i at begynde at gå til håndbold. For det andet spillede hendes tro på, om hun kunne lære at spille håndbold en vigtig rolle, og for det tredje lyttede hun til sin veninde, som er en væsentlig del af hendes *sociale netværk*.

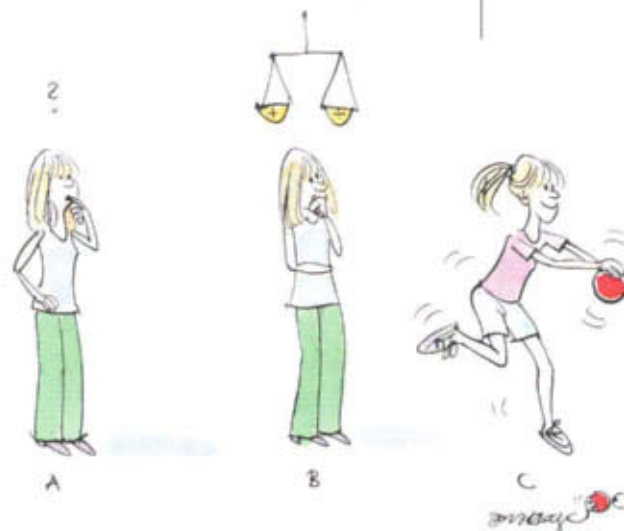
Adfærdscirklen

Lidt forenklet kan man se adfærd som et produkt af en cirkulær proces. Når vi står i en situation, hvor vi skal tage stilling til, om vi vil udvise en bestemt adfærd, har vi en række forventninger om det positive eller negative i denne adfærd. Disse forventninger bygger på de

erfaringer og den viden, vi har om adfærden på forhånd. I de tilfælde, hvor forventningerne er positive, kan det være, at vi vælger at udvise adfærden. På den måde får vi en ny erfaring med adfærden, som fører til nogle nye forventninger. Processen gentages i princippet hver gang, vi udviser en bestemt adfærdsform. (Se figur 2.1). I det følgende ud-
dybes og forklares begreberne nærmere.

Fig. 2.1

Når vi skal tage stilling til, om vi vil udvise en bestemt adfærd, vurderer vi dette på baggrund af de erfaringer og den viden, vi har om adfærden (A). Disse fører til, at vi har to typer af forventninger: Dels om det vil være positivt eller negativt at udvise adfærden, dels om vi selv i praksis magter at udvise den (B). Vurderer vi, at det vil være positivt at udvise adfærden, og at vi magter at gøre det i praksis, forsøger vi at gøre dette. Hermed får vi en ny erfaring, som fører til, at vi får nye forventninger (C).



Vi trækker på vores erfaringer

Lige fra fødslen og hver eneste dag resten af livet gør det enkelte menneske sig en række erfaringer. Disse erfaringer påvirker og former ikke bare personligheden, men ligger også til grund for den adfærd, vi udviser i en lang række situationer. Man skelner imellem to typer af erfaringer:

- Egne erfaringer
- Andres erfaringer

Egne erfaringer: Når vi lærer ved at prøve selv

Egne erfaringer får vi, når vi prøver at gøre tingene selv. I barndommen får vi erfaringer med en række basale adfærdsformer såsom at kravle,

gå og spise. Efterhånden, som vi bliver ældre, udvides vores erfaringsområde til også at omhandle mere komplekse handlingsmønstre, som f.eks. at vi ikke må slå andre, at vi skal vente, til det bliver vores tur ved ruthebanen osv. Sidenhen udvides vores horisont, og vi lærer at begå os i mere og mere komplicerede livssituationer, hvor vi skal kunne holde mange bolde i luften på én gang.

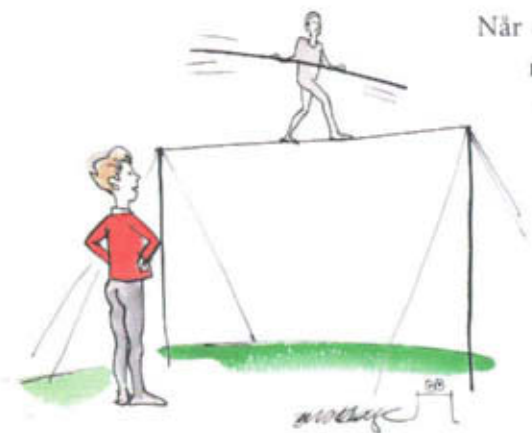
Egne erfaringer er afgørende i forbindelse med indlæring, f.eks. kan man ikke lære at gå blot ved at betragte andre, der gør det. Desuden gælder det, at jo flere erfaringer vi har med en bestemt adfærd, jo bedre er vi til at udføre den. Med andre ord: "Øvelse gør mester".



Andres erfaringer: Når vi lærer ved at se på andre

Vi lærer ikke kun af det, vi selv gør, vi lærer også af det, vi ser andre gøre. Dette kaldes *observerede erfaringer*. En lille pige, der ser sin far lave mad, får observerede erfaringer, som hun kan trække på, når hun selv skal forsøge sig i køkkenet.

Det er en central pointe, at det meste af den menneskelige adfærd er lært ved at observere andres adfærd, og der er visse typer af adfærd, vi slet ikke kan lære uden observering. Det gælder bl.a. sprog.



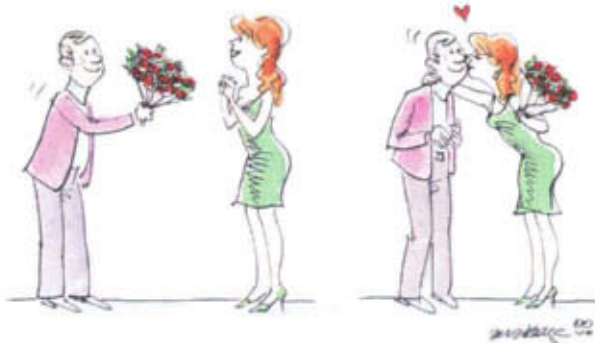
Når vi observerer andres adfærd, lægger vi mest vægt på de personer, som indgår i vores *nære netværk*. I begyndelsen af livet er det primært den helt tætte familie som mor, far og søskende. Senere i livet er det venner, klassekammerater, kærester, børn etc., som udgør den nære omgangskreds. Vi observerer dog også adfærd hos personer fra det ydre miljø, fra medierne og omgivelserne i det hele taget.

Vi efterligner andres adfærd

I de tilfælde, hvor en person ikke nøjes med at se, hvordan en anden person gør, men også efterligner adfærden, taler man om, at den observerede adfærd *modelleres*. Den lille pige fra før, der står og laver mad ved sit legetøjskomfur, modellerer faderens adfærd.

Det er dog langt fra al den adfærd, vi observerer, som vi vælger at modellere. Det afhænger bl.a. af:

- Om vi kan se, at den person, som udviser adfærden, oplever nogle fordele. F.eks. at en person klarer en svær opgave, eller at vedkommende opnår social anerkendelse fra vennerne eller lignende.
- Om den person, der udviser adfærden, er en person, som vi ser op til. Generelt efterligner vi i højere grad personer, som vi vurderer positivt.
- Om vi tror på, at vi kan udføre den pågældende adfærd.
- Det er endvidere velkendt, at personer, som er usikre på sig selv og har lavt selvværd, i højere grad efterligner andres adfærd.



I de tilfælde, hvor en observeret adfærd modelleres, får vedkommende en personlig erfaring med den pågældende adfærd, hvilket giver personen et nyt grundlag at vurdere adfærden på.

Vi vurderer vores erfaringer

Vi ville ikke lære noget af vores erfaringer, hvis vi ikke var i stand til at vurdere dem. Groft sagt vurderer vi, om en erfaring har været enten god eller dårlig. De gode erfaringer ønsker vi at gentage, mens det modsatte gør sig gældende for de dårlige erfaringer. På denne led fører vores erfaringer til, at vi har en række forventninger til hvilke adfærdsformer, som vil være positive og hvilke, der vil være negative.

I nogle tilfælde er det en meget simpel proces at vurdere en erfaring. Eksempelvis lærer de fleste meget hurtigt, at man ikke må røre ved varme ting, at spidse genstande er farlige osv. I andre tilfælde er det ikke så enkelt endda. Det gælder især, når vi skal vurdere adfærd, der har at gøre med, hvordan vi skal opføre os sammen med andre. Her kan det være svært at vurdere, om erfaringerne med en bestemt adfærd er gode eller dårlige. Men selv i de situationer modtager vi signaler, som enten 'belønner' eller 'straffer' den givne adfærd. 'Belønningen' eller 'straffen' er ofte enten social accept eller afvisning.

Endelig skal man være opmærksom på, at en bestemt adfærd kan indeholde forskellige elementer, som ikke nødvendigvis evalueres ens. Det er den første rygeerfaring et godt eksempel på. Her oplever mange på den ene side en ubehagelig kropslig reaktion (hoste, svie mm.), som rent logisk burde føre til, at det at ryge blev opfattet som noget negativt. På den anden side oplever nogle en social accept og anerkendelse fra vennerne, som alligevel fører til, at rygningen samlet set evalueres positivt, og at adfærden gentages.



To slags forventninger

I Mariannes eksempel kan man tale om, at hun havde to typer af forventninger, inden hun begyndte at gå til håndbold. Den ene gik på, hvorvidt det ville være sjovt, den anden på hvorvidt hun ville kunne finde ud af at det. Den første type af forventninger kaldes *resultat-forventninger* og handler om, hvordan man tror det vil være, hvis man udfører en bestemt adfærd eller adfærdsforandring. De fleste overvægtige har f.eks. en forventning om, at det vil være positivt at tabe sig.

Den anden type af forventninger kaldes *mestrings-forventninger* og drejer sig om, hvorvidt man tror på, at man selv kan mestre den konkrete adfærd. Mange overvægtige har eksempelvis mistet troen på, at de selv kan tabe sig.

Begge typer af forventninger spiller en væsentlig rolle, når vi skal tage stilling til adfærd. Meget forenklet handler det om, at vi har forventninger til, om vi kan, og om vi vil udvise en bestemt adfærd. I nogle tilfælde vil vi gerne, men føler ikke, at vi kan. I andre tilfælde er det lige omvendt, vi føler godt, at vi kan, men vi vil ikke!

Både "resultatforventninger" og "mestringsforventninger" spiller en væsentlig rolle, når vi skal tage stilling til adfærd.

Vi påvirkes af personerne i vores nære netværk

At Marianne lod sig overtale af sin bedste veninde til at prøve at spille håndbold, er et godt eksempel på, at adfærd også påvirkes af vores sociale netværk. Vi forholder os nemlig ikke passivt til vigtige beslutninger her i livet. Vi diskuterer dem aktivt med mennesker, som står os nær, og hører om deres erfaringer med dem. Som nævnt observerer vi den adfærd, som andre udviser, og da vi tilbringer mest tid sammen med vores nære relationer, påvirker de os i højere grad end personer, vi ikke er så tæt knyttet til.



Opsamling på kapitel 2

Når man beskæftiger sig med adfærd, er det vigtigt at have en forståelse for nogle af de mekanismer, der styrer denne. I dette kapitel har vi beskrevet nogle af mekanismerne. Vi har især fokuseret på begreberne: Forventninger, erfaringer og betydningen af det sociale netværk.

Der findes to typer af erfaringer: Egne erfaringer og andres erfaringer. Egne erfaringer er de erfaringer, vi selv gør os, når vi udviser en bestemt adfærd. Andres erfaringer får vi, når vi observerer andre, der handler.

Der findes også to typer af forventninger. Forventningerne bygger i høj grad på de erfaringer, vi tidligere i livet har gjort os. Den ene type kaldes resultatforventninger, og den anden type kaldes mestringsforventninger. Vi har med andre ord forventninger til, om vi vil, og om vi kan udvise en bestemt adfærd.

Det sociale netværk spiller en central rolle i forhold til adfærd, da det er hos vores nære sociale relationer, vi observerer flest erfaringer. Det er ligeledes de erfaringer, vi tillægger størst betydning. Derudover giver vores nære netværk tilbagemeldinger på den adfærd, vi selv udviser. De har dermed en vigtig betydning, når vi skal vurdere vores egne handlinger.

I næste kapitel vil vi se på, hvorfor det kan være så svært at ændre på indgroede adfærdsmønstre.

Vanens magt – ændringer er ikke altid ligetil

Tanja kunne godt tænke sig at tabe et par kilo. I sidste uge besluttede hun sig for at begynde at spise lidt sundere og at droppe at hygge sig foran fjernsynet med video, cola og chips. I begyndelsen går det godt, men hun synes alligevel, at det er svært at få den samme fornemmelse af at hygge sig ved at drikke te og spise grovboller. Det føles ikke hyggeligt på den samme måde. Ikke bare fordi hun spiser og drikker noget andet, men fordi det hele føles anderledes.

De fleste, som har prøvet på at tabe sig, kan nikke genkendende til situationen: På trods af, at man kan føle sig nok så motiveret til at ændre på kost- og motionsvanerne, når man ser sig selv i spejlet, så oplever mange, at det i praksis er meget svært at fastholde de nye vaner på længere sigt. I dette kapitel vil vi se på, hvorfor det ikke altid er så ligetil at ændre på indgroede vaner.

I praksis kan det være svært at ændre indgroede vaner.

Forandringer føles unaturlige

Når det ikke altid er så let at ændre sine vaner, som man havde forestillet sig, hænger det bl.a. sammen med, at vi alle går rundt og oplever vores daglige liv som så naturligt, at vi ikke tænker over det. Hver især er vi vant til, at den måde, vi lever på – vores livsverden – holdes sammen af, at vi gør bestemte ting. Vi er sammen med bestemte mennesker, har



bestemte vaner, holdninger og ting vi kan lide m.v. Vores dagligliv er således ikke noget, vi går rundt og sætter spørgsmålstegn ved hele tiden, tværtimod oplever vi denne dagliglivets verden som helt naturlig.

Det er denne naturlighed, man ændrer på, når man forsøger at lave om på sine vaner. Derfor ender mange også med at falde tilbage til deres hidtidige vaner igen efter et stykke tid, fordi de føles mest naturlige. Set fra ens egen synsvinkel kan man opleve det, at man kom til at falde i, som et spørgsmål om, at man manglede rygrad eller lignende.

Set i en større sammenhæng, skyldes det imidlertid snarere, at det, man forsøger at ændre på, ikke bare er en lille vane, der skal ses uafhængigt af alt det andet, man går og foretager sig. Tværtimod skal man ofte ændre ved både vanen og de forestillinger, man har haft om, hvordan man skal optræde eller opføre sig i bestemte situationer. Det er med andre ord ofte en stor ændring, man sætter i gang, selv om det ser ud til bare at dreje sig om at tabe et par kilo.

Når man bliver afhængig af sine vaner

I nogle tilfælde handler adfærdsændringer ikke kun om, at vi skal gøre op med en dårlig vane. Nogle gange skal vi tillige kæmpe os ud af en afhængighed. Man taler om, at man kan være fysisk afhængig, psykisk afhængig og/eller socialt afhængig af en bestemt adfærdsform.



*Vi stiller ikke
spørgsmålstegn ved
vores dagligliv, det
er helt naturligt.*

Fysisk afhængighed

Hvis man er fysisk afhængig af et bestemt stof, medfører fraværet af stoffet abstinenssymptomer. Alt efter, hvilket stof der er tale om samt hvor afhængig man er, kan abstinenserne bl.a. føre til rastløshed, gæsehud, rysteture, humørsvingninger og koncentrationsbesvær. Både nikotin og alkohol kan føre til fysisk afhængighed.



Fysisk afhængighed giver abstinenssymptomer.

Psykisk afhængighed

I nogle tilfælde kan man tale om, at man kan blive psykisk afhængig af bestemte adfærdsformer. Visse stoffer påvirker det psykiske velbefindende direkte ved, at man f.eks. kommer til at føle sig opstemt, afslappet, glad eller mindre nervøs. I andre tilfælde bruger man en bestemt adfærd som 'psykologisk værktøj' i en række situationer.



Vi kan regulere det psykiske velbefindende med forskellige stoffer.

Eksempelvis bruger mange rygere deres rygning til enten at kunne kvikke op, slappe af, til at kunne forbedre koncentrationen eller som stimulation i festlige sammenhænge. For mange rygere får rygningen også en betydning som daglig belønning eller trøst, og nogle oplever cigaretten som en 'god ven', der støtter og hjælper i dagligdagen.

Det er ikke kun rygningen, der fungerer som psykologisk værktøj. Nogle trøstespiser, mens andre skal have en 'lille en' for at dulme nerverne.

Social afhængighed

Man er socialt afhængig, hvis man føler, at andre presser en til at fortsætte med en bestemt adfærd, eller hvis man føler, at man er nødt til at handle på en bestemt måde for at blive accepteret af andre. Det er især mennesker, som er usikre på sig selv, og som færdes i miljøer, hvor der er et stærkt pres for ikke at skille sig ud fra mængden, der er sårbare over for denne form for afhængighed.



Opsamling på kapitel 3

Mennesker, som første gang forsøger at ændre vaner, oplever typisk, at det ikke er så nemt, som de måske umiddelbart havde troet. Selv mindre forandringer vil ofte føles unaturlige i lang tid, efter de er gennemført. I nogle tilfælde kræver det et meget stort arbejde at frigøre sig fra afhængigheden af en bestemt adfærdsform. Det kan være, at kampen imod abstinenserne er overraskende hård, men ofte er det største problem den psykiske afhængighed, som kræver, at man finder nye måder at tackle svære situationer på.

Som sundhedsperson er det vigtigt, at man viser forståelse overfor, hvor svært det er. Der findes ikke noget værre end ikke at blive taget alvorlig. Men det er også vigtigt, at man viser, at man trods vanskelighederne tror på, at borgeren kan klare det. Som bekendt kan tro flytte bjerge. Og kan man få en person til at tro på sig selv, har man gjort en kæmpe indsats, som under alle omstændigheder gør en forskel.

Social afhængighed kan presse nogle mennesker til at handle på en bestemt måde for at blive accepteret.

Motivation til forandring

Hanne er 32 år og arbejder som ekspedient i en forretning. Hun synes selv, at hun godt kunne tåle at tage 15-20 kilo. Hun kender nogle af de sundhedsmæssige risici forbundet med sin overvægt, men hun føler ikke, at hun selv for alvor er i farezonen for at få disse sygdomme. Her på det sidste er hun dog blevet lidt i tvivl, da hendes bedste veninde, som også er overvægtig, har været indlagt på sygehuset pga. forhøjet blodtryk. Hun overvejer derfor, om hun alligevel skal gøre en indsats for at tage sig.

Udover at det vil være sundere at veje noget mindre, vil hun også få en flottere krop og mere energi. Alligevel kan hun ikke rigtig overskue, hvordan hun skal komme igang. Både fordi hun ikke synes, at fedt-fattig mad smager af noget, og også fordi hun føler, at det er flovt at motionere, når hun er så tyk.

Dette kapitel handler om nogle af de ydre og indre motivationsfaktorer, som er på spil, når vi overvejer at forandre vores sundhedsvaner. Af Hannes eksempel fremgår det, at hendes overvejelser om, hvorvidt hun skal tage sig, ikke kun handler om sundhed, men også om nogle af de fordele og ulemper, som forandringen indeholder. Det er netop en central pointe i dette kapitel, at vores motivation for at forandre vores sundhedsadfærd ikke alene handler om hensynet til sundhed, men at andre faktorer også spiller en betydelig rolle.



En ryger kan godt være klar over, at det er farligt at ryge og samtidig tro på, at han/hun ikke selv bliver syg af sin rygning. F.eks. hvis han/hun har oplevet, at en i familien, der var ryger, blev meget gammel.

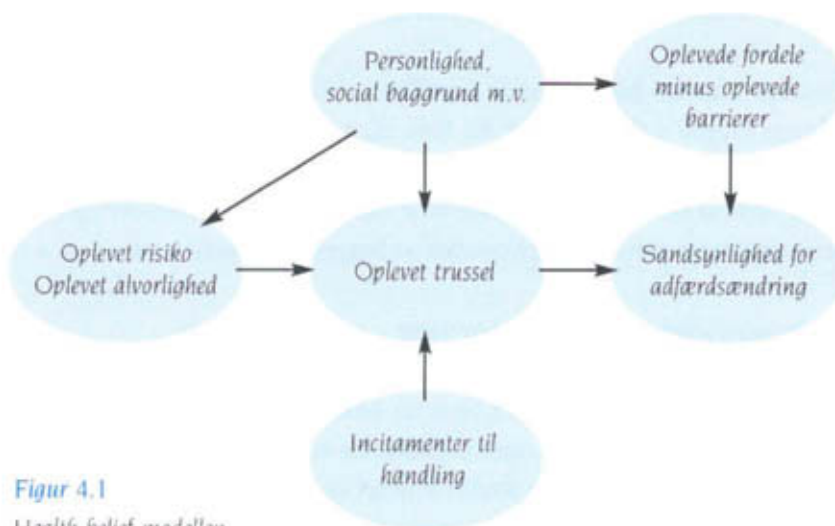
Health belief-modellen

En af de modeller, der ofte refereres til, når talen falder på forandring af sundhedsvaner, er health belief-modellen. Ifølge health belief-modellen afhænger beslutninger, om hvorvidt man vil forsøge at ændre på sine nuværende sundhedsvaner, af en række faktorer (se. figur 4.1). I det følgende gennemgås modellens begreber nærmere:

Oplevet trussel, alvorlighed og personlig risiko

Som det fremgår af modellen, afhænger den oplevede trussel både af, hvorvidt en bestemt sygdom opleves som værende alvorlig, og af hvorvidt man føler, at man selv har en risiko for at pådrage sig sygdommen.

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



Figur 4.1
Health belief-modellen

Et incitament
til handling er
ofte det, der
udløser en
adfærdsændring.



Incitamenter til handling

Et incitament til handling er den faktor, som udløser forandringer i adfærd. Eller mere populært sagt: Dét spark, der skal til for, at man gør noget ved sagen.

I mange tilfælde er incitamentet en sygdom eller et alvorligt symptom, som hænger sammen med en bestemt adfærd. For en ryger kan det f.eks. være en hoste, der varer ved, eller en hoste med blodigt opspyt. I eksemplet med Hanne var det et incitament til handling, at hendes bedste veninde blev indlagt med forhøjet blodtryk.

I andre tilfælde kan ændrede livsvilkår virke som incitamenter. For Hanne kunne f.eks. et jobskifte føre til, at hun kom i kontakt med andre overvægtige, som dyrkede motion sammen, hvor det ikke ville være flovt at deltage. I så tilfælde ville hun ikke længere opleve nær så store barrierer som tidligere overfor at begynde at motionere.

Oplevede fordele og oplevede barrierer

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

Oplevede fordele ved en bestemt adfærd kan både være helbredsmæssige – forbedret vejrtrækning, færre smerter osv. eller ikke-helbredsmæssige som f.eks. øget psykisk velvære, flottere krop, bedre økonomi.

Oplevede barrierer kan være manglende ressourcer og energi til forandring, frygt for abstinenser eller manglende tro på at kunne magte at udføre forandringen.

De sociale netværk spiller en dobbeltrolle i forhold til forandringer i sundhedsadfærden. Dette illustreres i det følgende med to lidt karrikerede eksempler:

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

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

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

Opsamling på kapitel 4

Når vi skal rådgive og vejlede andre mennesker om valg af en bestemt sundhedsadfærd, er det afgørende, at vi er opmærksomme på, at sundhedsadfærd handler om mere og andet end sundhed. Det er vigtigt, at man får kortlagt de motiver, der ligger til grund for den enkeltes livsstil.

I nogle tilfælde kan det være, at en borger ikke er klar over det sundhedsskadelige i en bestemt adfærd. I sådanne situationer kan saglig og neutral information om de sundhedsmæssige gevinster have en effekt.

I andre tilfælde – og det er nok det hyppigste – spiller andre faktorer ind. Her er det vigtigt i første omgang at få talt om de barrierer, der er knyttet til forandringen. Som social- og sundhedsassistent må man i disse tilfælde hjælpe personen med at sætte ord på problemet, så han eller hun kan blive i stand til at finde sin egen løsning.

Forandringsspiralen

Det er de færreste, som bare fra den ene dag til den anden beslutter sig for at ændre sundhedsvaner. Tværtimod er adfærdsændringer som oftest resultatet af en langvarig proces, hvor man har vekslet imellem forskellige grader af motivation og har gjort sig en række overvejelser om fordele og ulemper ved at ændre adfærd. Denne proces er kendetegnet ved, at man bevæger sig imellem forskellige stadier.

Førovervejelse

Det første stadie kaldes førovervejesstadiet. Det er det stadie, man er på, inden man overhovedet overvejer forandring. En ryger på førovervejesstadiet er glad og tilfreds med sin rygning og ønsker under ingen omstændigheder at holde op. De negative sundhedsmæssige konsekvenser ved rygningen bortforklares med undskyldninger som: "Min bedstefar røg som en skorsten, og han blev næsten hundrede år" eller "Døden skal jo have en årsag". Generelt forholder personer på overvejesstadiet sig ikke til de ulemper, der kan være forbundet med en bestemt adfærd, men fremhæver i stedet de fordele, adfærden giver dem.

Førovervejere er den gruppe af personer, som kan være sværest at få til at tale om deres nuværende adfærd. Derfor skal man være meget varsom med at presse for meget på. Erfaringen viser, at det mest effektive man kan gøre over for denne gruppe,

Førovervejeren
ønsker ikke
at ændre på
sin adfærd.



er at give et personligt helbredsfeedback, som indeholder oplysninger om de skadelige konsekvenser af deres adfærd, uden at man samtidig fortæller vedkommende, om man selv synes, at han eller hun skal ændre sin adfærd.



Overvejerer stiller spørgsmålstegn ved en bestemt adfærd og begynder at tænke på, hvilke fordele og ulemper der er ved at ændre på denne adfærd.

Overvejelse

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

Som rådgiver eller vejleder er ens rolle i denne fase at hjælpe til en afklaring af de forskellige argumenter for henholdsvis at ændre eller bevare den aktuelle adfærd.

Forberedelse

På forberedelsesstadiet har folk intentioner om at ændre adfærd indenfor den nærmeste fremtid. Forberedelsen kan bestå i:

- At fastlægge en dato for den nye adfærd.
- At prøve den nye adfærd af i det små.
- At lægge strategier for, hvad der skal gøres ved abstinenssymptomer.
- At planlægge, hvordan man kan få hjælp i svære perioder.
- At skaffe sig viden og få bekræftelse i det fornuftige i at ændre sin adfærd.
- Evt. aftale tid for en opfølgende samtale.

På dette stadie har personen besluttet sig for at ændre på sin adfærd.





På handlingsstadiet
omlægger personen
sin adfærd.

Handling

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

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

I handlingsstadiet skal man som rådgiver eller vejleder være klar til at komme med hjælp, når det brænder på. Afhængigt af adfærdsform findes der en række konkrete råd, som man kan give i krisesituationer. For folk, der for nylig er holdt op med at ryge, kan det f.eks. være en hjælp at vide, at rygetrangen ophører efter ca. tre minutter, hvad enten man tager en cigaret eller ej.

Vedligeholdelse

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

I vedligeholdelses-
fasen er det vigtigt
at være på vagt,
så man ikke får
et tilbagefald.



Som rådgiver eller vejleder er det derfor vigtigt, at man fortsat roser og støtter personer, som har ændret vaner inden for det sidste års tid eller mere. Desuden er det godt at tale om de ting, som oprindeligt var med til at motivere vedkommende til forandringen.

Tilbagefald

I de tilfælde, hvor det ikke lykkes at opretholde den nye adfærd, er der tale om et tilbagefald. Populært sagt falder man i vandet, og vender tilbage til den gamle vane.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at et tilbagefald er en forholdsvis naturlig del af forandringsprocessen, idet de fleste gennemløber modellens forskellige faser flere gange, inden afslutningsstadiet nås. Derfor er det vigtigt, at man som vejleder og rådgiver vender nederlaget til noget positivt og får afklaret spørgsmål som:

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

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



De fleste vil opleve et eller flere tilbagefald.

Afslutning

Afslutningsfasen er det ideelle mål for alle forsøg på adfærdsændring. I denne fase vil der ikke være nogen fare for, at personen vender tilbage til den gamle adfærd.



Opsamling på kapitel 5

I dette kapitel har vi beskrevet, hvordan forandringer i adfærd ofte foregår ved, at man bevæger sig frem og tilbage i forskellige faser. Erfaringen viser, at man skal henvende sig til folk på forskellig måde alt efter, hvilken fase de er i. Og ikke mindst at det er vigtigt, at man fortsat støtter og opmuntrer folk selv længe efter, at de har forandret deres adfærd.

I næste kapitel vil vi beskrive en rådgivnings- og vejledningsteknik, som er velegnet til folk, som overvejer at forandre deres livsstil. Metoden er især velegnet til dem, som befinder sig på overvejelses- og forberedelsesstadiet, men teknikken kan principielt set anvendes på alle stadierne.

Den motiverende samtale

Dorthe er social- og sundhedsassistent og arbejder på en hjerteafdeling. I går talte hun med en 57 årig overvægtig mand, Carsten, som har et meget højt kolesteroltal. Carsten fortalte, at han dagligt tænker på at tabe sig, men han synes, det er svært. Da Dorthe foreslog, at han kunne tage cyklen til og fra arbejde, trak han lidt på det og sagde, at det havde han ikke tid til. Det fik Dorthe til at sige, at det var vigtigt, at han kom igang hurtigst muligt, da et højt kolesteroltal ikke er noget, man skal spøge med. Selvom Carsten svarede, at det havde hun ret i, følte Dorthe alligevel, at han ikke rigtig havde taget hende alvorligt.

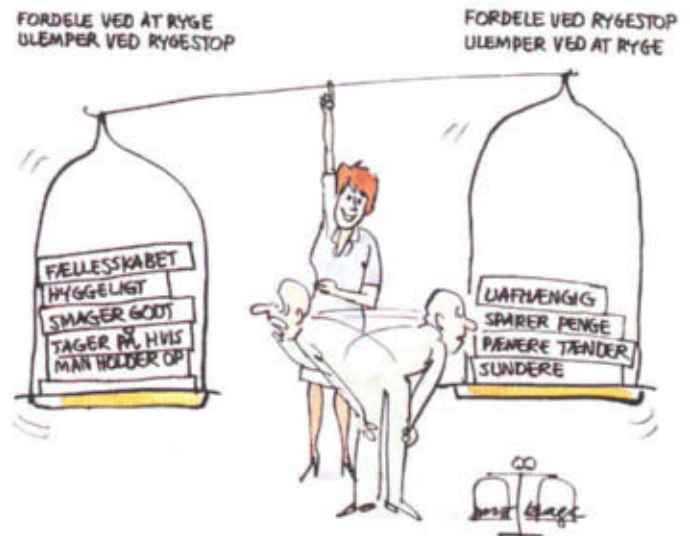
Dorthe og Carstens samtale er et godt eksempel på, hvor svært det kan være at tale om forandringer af livsstil. Nogle gange oplever man, at samtalen undervejs går i stå. Andre gange udvikler den sig til en kamp, hvor den ene part forsøger at presse den anden til at ændre på sin livsførelse, ofte med trusler om hvor galt det kan gå, hvis man ikke gør det.

I eksemplet med Dorthe og Carsten var det Dorthe – og ikke Carsten selv – som foreslog, hvad Carsten skulle gøre for at tabe sig. Dorthes løsning – at cykle på arbejde – var måske den rigtige for hende, men ikke for Carsten. Hvad der kunne have været en samtale om, hvad Carsten kunne gøre for at få sænket sit kolesteroltal, blev i stedet en dialog, hvor Dorthe følte, at hun talte for døve øren, og Carsten i bedste fald følte, at han ikke fik den hjælp, han havde brug for. Det store spørgsmål er, hvad man kan gøre istedet?

De to amerikanske psykologer, Miller og Rollnick, har udviklet en samtalemetode, der kan bruges, når man skal tale om forandringer af livsstil. Metoden kaldes "Den Motiverende Samtale" og baserer sig på nogle helt grundlæggende principper:

- At finde ressourcer til forandring hos personen selv.
- At tage udgangspunkt i personens egne holdninger, overvejelser og ønsker.
- At undgå konfrontation og modstand i samtalen.
- At hjælpe personen til at afklare tvivl og dermed starte en forandringsproces.
- At anerkende retten til selv at bestemme.
- At styrke troen på, at forandring er mulig.

Metoden tager først og fremmest udgangspunkt i, at man som rådgiver eller vejleder skal respektere den enkeltes personlige valg. Det er ikke ens rolle at overtale modparten til at gøre, som man selv ville have gjort. Målet er snarere at hjælpe vedkommende til personlig afklaring. Den motiverende samtale handler om at give borgeren mulighed for at kunne træffe sine egne valg.



Forsøger rådgiveren at ændre denne personlige balance ved at lægge vægt på den letteste vægtskål – altså komme med gode argumenter for en ændring – vil resultatet være, at borgeren for at holde balancen, må lægge mere vægt på den anden side af vippen. Resultatet bliver en ufrugtbar argumentation.

Under den motiverende samtale placerer rådgiveren sig neutralt på vippens midte. Fra denne position undersøges begge sider af balancsystemet. Det er ud fra den neutrale, udforskende position, at der langsomt over tid kan fjernes lidt fra den ene side af vippen og lægges lidt til på den anden side.

Arbejdet med at undersøge vippens to sider, er nødvendigt for, at borgeren selv kan vurdere, hvad der er vigtigst i hans eller hendes liv.

I det følgende vil vi gennemgå den motiverende samtales grundbegreber:

- Motivation
- Respektfuld holdning
- Empati
- Ambivalens
- Modstand

Motivation er vores handlingers drivkraft. Motivation er afgørende for, om vi går i gang med en ændring, men også for om vi succesfuldt gennemfører ændringen.

Motivation

- “Man kan sagtens tabe sig, bare motivationen er der.”
- “Jeg holdt op med at ryge uden problemer, men jeg var også meget motiveret.”
- “Jeg ville gerne holde op med at drikke, men med alle mine problemer er det svært at finde motivationen.”

Når man taler om livsstil og ændring, dukker ordet motivation næsten altid op. Men hvad er egentlig motivation? Er det noget, man enten har eller ikke har? Er motivation, som det ofte udtrykkes, noget man “finder”? Og i så tilfælde hvordan?



Erfaringen viser, at vi ikke kun "finder" motivationen i os selv. Den opstår og styrkes i høj grad i samspil med andre mennesker. For eksempel kan det at tale med en ven, som er holdt op med at ryge, være medvirkende til at man selv får overvejelser om at holde op. At være motiveret er heller ikke et spørgsmål om enten/eller. Motivation er en tilstand af parathed eller et ønske om forandring, som kan skifte fra et tidspunkt til et andet og fra situation til situation. Sagt på en anden måde: Motivationen udvikles og ændres over tid, den er dynamisk.

Respektfuld holdning

Det er vigtigt at respektere andres ret til at bestemme over eget liv. At motivere er ikke lig med at overtale eller tvinge nogen til noget. Når man hjælper med at afklare motivation, er det vigtigt at være ikke-moraliserende og ikke-manipulerende; så ansvaret for den enkeltes valg af livsstil forbliver hos personen selv. Sig f.eks:

*"Jeg vil gerne støtte dig, hvis du prøver.
Men beslutningen skal være din egen."*



Empati

Ved empati forstås evnen til at føle og leve sig ind i andre mennesker. Empati indebærer, at man tager udgangspunkt i det andet menneskes situation, holdninger og overvejelser. Man er altså ikke empatisk, hvis man er optaget af at få egne holdninger igennem i en samtale. Den empatiske rådgiver lader den andens historie "komme under huden" uden at identificere sig med den andens situation.

Ambivalens

Folk, der ønsker at forandre deres vaner, har ofte modsatrettede holdninger, tanker og følelser overfor de positive og negative sider ved forandringen. Denne vejen for og imod kaldes ambivalens. Det er vigtigt at holde sig for øje, at ambivalens er en normal og sund psykisk mekanisme, som er virksom under enhver moden beslutningsproces. Ambivalens viser sig f.eks. ved, at man i nogle situationer taler om det positive ved den eksisterende livsstil, mens man i andre situationer taler negativt om den.



At tydeliggøre ambivalens er en væsentlig del af den motiverende samtale. En god måde at gøre det på er at bruge -skemaet (Fig. 6.1).

Anbefal eventuelt at sætte ring om de tre vigtigste grunde på hver liste. Papiret er et godt udgangspunkt for den videre samtale, og giver også en umiddelbar fornemmelse af, hvor stor motivationen er.

Fortsætte med at ryge	Holde op med at ryge
Fordele ved at fortsætte	Ulemper ved at fortsætte
Ulemper ved at holde op	Fordele ved at holde op

Modstand

Forsøg på at påvirke et andet menneske til at ændre noget ved sig selv medfører ofte modstand. Modstand defineres her som al adfærd under en samtale, der blokerer for dialogen.

Modstand kan opstå, når menneskets personlige balance trues. F.eks. ved en andens utidige opfordring til forandring. Forandring opleves som truende af den, der ikke er parat. Det starter ofte et "modangreb", der af rådgiveren opleves som modstand.

Figur 6.1
Beslutningsbalance-
skema

Den motiverende samtals grundregel om anerkendelse af den enkeltes ret til selvbestemmelse er et godt udgangspunkt for at undgå modstand under samtalen. Opstår der alligevel modstand, tages dette først og fremmest som et signal om, at man som vejleder enten er gået for hurtigt frem, eller at man på anden vis ikke lytter nok til borgerens situation. Sker det, må man stoppe op, skifte strategi og tilpasse sig borgerens parathed til forandring. Ellers ender dialogen som en ufrugtbar konfrontation.



Selve samtalen og de anvendte teknikker

I det følgende gennemgås kort de vigtigste af de teknikker, som anvendes under samtalen. Enhver rådgiver og vejleder vil med træning og erfaring udvikle en personlig stil, som passer til netop hans eller hendes måde at føre samtaler på. Vellykket rådgivning vil typisk veksle mellem mange af følgende elementer:

- Hul på emnet
- Aktiv lytning
- Åbne og lukkede spørgsmål
- Refleksioner
- Opsummering
- Styrk håbet
- Opstil alternative handlemåder
- Følg op

Hvordan får man hul på emnet?

Det er vigtigt, at vejlederen ikke selv på forhånd betragter et givent emne som tabubelagt. I så fald bliver det rådgiverens personlige barrierer, som hindrer samtalen i at skride frem. At begynde med et åbent spørgsmål er ofte den bedste måde at tage et omtåleligt emne op. F.eks.:

– “Har du lyst til at tale med mig om din kost?”

Aktiv lytning

At lytte aktivt er først og fremmest at give plads til den, man taler med. En aktiv lytter lader den anden være den, som primært taler, og sørger for at give små signaler, som hjælper på vej. F. eks. er det et signal til den anden om at tale videre, når man giver små nik, ser interesseret ud, og eventuelt indimellem siger ja og nej eller blot "hmm".

Åbne og lukkede spørgsmål

Aktiv lytning vil typisk blive suppleret med åbne spørgsmål. Et åbent spørgsmål er velegnet til at få den anden til at fortælle mere. Typiske åbne spørgsmål er sætninger, som begynder med: Hvad, hvordan, hvornår, hvem, hvor osv. Det skal tilføjes, at spørgsmål, som begynder med "hvorfor", bør undgås. De kan nemt virke anklagende og dermed invitere til forklaring og vække forsvar.

I stedet for f. eks. at sige: "Hvorfor spiser du ikke flere grøntsager?" kan man prøve med: "Hvad for noget mad kan du bedst lide", eventuelt fulgt op med: "Hvornår spiser du grøntsager?"

Velegnet som åbne spørgsmål er også sætninger, som begynder med: "Kan du fortælle lidt mere om..."

Et lukket spørgsmål inviterer ikke til lange forklaringer, men er beregnet til at få konkrete oplysninger. Lukkede spørgsmål vil ofte blive besvaret kort, nogle gange blot med ja eller nej.

Prøv at forestille dig de forskellige svar, som følgende to spørgsmål kan tænkes at udløse:

- *Lukket spørgsmål:* "Tror du, at du ville få det bedre, hvis du holdt op med at drikke?"
- *Åbent spørgsmål:* "Hvad, tror du, ville være anderledes, hvis du holdt op med at drikke?"

Refleksioner

Det, som vejlederen ønsker i en motiverende samtale, er at få diskussionen for og imod en given livsstil flyttet "ind" i den, man taler med. Det er vejlederens opgave at skabe et forum, hvor borgeren kan diskutere med sig selv, hvorvidt det vil være en idé at ændre adfærd. Vi vil med andre ord have de to sider fra ambivalenspapiret til at snakke med hinanden. Her kan refleksion være et godt redskab.

En refleksion er en omformulering af et andet menneskes udsagn. Det er hverken et spørgsmål eller en fortolkning, men snarere en ny måde at udtrykke det, man har opfattet, den anden har sagt. F.eks:

- *Simple refleksioner*

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

Vejleder: "Det gi'r dig ro, når du ryger."

eller

Borger: "Det er nu bedst, når man hælder det fra panden i".

Vejleder: "Du sætter pris på en god sovs".

- *Dobbeltsidet refleksion:*

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

Ved dobbeltsidet refleksion stilles to udsagn fra hver side af ambivalensen sammen. Indholdet er naturligvis hentet fra borgerens egne udsagn. Desuden anerkendes det vanskelige ved situationen uden at moralisere eller komme med anbefalinger.

Karakteristisk for brugen af refleksioner er, at de ofte besvares med et spontant ja eller nej efterfulgt af videre udforskning af emnet. Ofte kommer der herved fokus på den "anden" side af ambivalensen. En anden fordel ved refleksioner er, at teknikken tvinger vejlederen til både at lytte og sætte ord på det, han/hun opfatter.

Opsummering

Det er en god idé jævnligt at give korte opsummeringer under samtalen. Især hen imod slutningen af samtalen vil det forekomme naturligt at "knytte ender". Udover at skabe struktur og samle op, tjener opsummeringer til at understrege:

- Selvmotiverende udsagn – de årsager, som borgeren selv anfører til at ville forandre livsstil.
- Ambivalens – borgerens egen oplevelse af fordele og ulemper ved forandringen.
- Oversigt over de helbredsmæssige problemer, som livsstilen har medført for borgeren.

Det overordnede formål med opsummeringer er at samle så mange grunde til forandring som muligt samtidig med, at man anerkender borgerens ambivalens og tilbageholdenhed.

Styrk håbet

En vigtig faktor i forhold til vores motivation er forventningen om og troen på at kunne ændre sin livsførelse. Vores tro på at kunne styre og regulere vores egen adfærd hænger nøje sammen med de erfaringer, præstationer og nederlag, vi har oplevet. Disse erfaringer er af betydning for vores forventning om, hvor svært eller let det vil blive at ændre på en given adfærd.

En rådgiver og vejleder kan øge troen på, at ændring er mulig, ved:

- at spørge om kendskab til andres succes.
- at spørge til succes på andre områder.
- at give udsigt til fremtidig rådgivning og støtte.
- at hjælpe med grundig forberedelse.
- at træne færdigheder.
- at aftale støttende foranstaltninger (f.eks. opsøge netværk af støttepersoner).

Opstil alternative handlemåder

Når ambivalensen begynder at være tydelig, kan det være en god idé at tale om erstatningsmuligheder i forhold til det, som man synes er positivt ved livsstilen.

F.eks: "Er der andre måder, man kan holde vægten på end ved at ryge?"

Ligeledes kan det være vigtigt at udforske muligheden for at dæmpe ubehag i den overgangsperiode, hvor livsstilsændringen er sværest.

F.eks: "Hvad kunne du gøre for at komme til at tænke på noget andet, når lysten melder sig?"

Følg op

Det er vigtigt at gøre sig klart, at folks motivation ikke nødvendigvis ændres synligt i løbet af en enkelt samtale. Måske skal de første samtaler gå med blot at tale om selve adfærden uden overhovedet at komme ind på muligheden for ændring. Det betyder, at man må være indstillet på at tage emnet op under flere samtaler, så borgeren får rum og ro til at bearbejde de ting, som er blevet bragt op.

Når man som rådgiver eller vejleder på denne måde følger op på et emne fra én samtale til en anden, signalerer man, at emnet er betydningsfuldt, og at man er i stand til at give stabil støtte. Det kræver dog, at man nærmer sig emnet med respekt hver eneste gang, så interessen opleves som positiv og ikke som en personlig forfølgelse.

Rådgivningsetik

Bruges teknikken til den motiverende samtale rigtigt, er det den *indre* motivation, som kommer i fokus. Overtalelse, manipulation eller tvang er *ydre* motivationsfaktorer, der kan føre et andet menneske hen imod et mål, som er defineret af vejlederen. Dette vil sjældent være holdbart i længere tid. Manipulation er ikke formålet med den motiverende samtale, og strider imod etisk ansvarlighed.

Opsamling på kapitel 6

Motivation er en bevægelig faktor, som ændrer sig over tid, efter situationer og stemninger, og som påvirkes i samspil med andre mennesker.

Den motiverende samtales metode er mest anvendelig i samtalen med den ambivalente borger, som i nogen grad er parat til at overveje forandring.

Et centralt budskab i dette kapitel er, at motivation til forandring opstår indefra via personlig afklaring og frigørelse fra ambivalens. Vejlederens rolle er at hjælpe borgeren til at få et overblik over de fordele og ulemper, som personen oplever at forandringen indeholder. Den motiverende samtale handler altså om, at give borgeren mulighed for at kunne træffe sine egne valg.

Vejlederens rolle er at fremme borgerens egen afklaring af ambivalens og dermed øge motivationen. Vejlederens tilgang bør være empatisk, respektfuld og ikke-moraliserende. Vejlederens redskaber er bl.a.: aktiv lytning, åbne spørgsmål, refleksion, opsummering og styrkelse af håb.

Reaktioner under samtalen, som traditionelt kaldes modstand, betragtes som tegn til vejlederen om, at det er relevant at skifte fremgangsmåde. Det er et hovedmål i den motiverende samtale at opnå så lille modstand som muligt, da modstand fører til konfrontation frem for dialog.

I den motiverende samtale må man som rådgiver og vejleder stole på, at borgerens egen sunde fornuft vil tage overhånd. Dette indebærer, at man i visse tilfælde må acceptere, at en usund livsstil i sidste ende er den enkeltes personlige valg.

Motivation skabes altid ud fra den åbne, ikke fordømmende dialog.

Litteratur

Arborelius, Elisabeth

Hvorfor gør de ikke som vi si'r?

Teori og praksis om at påvirke menneskers levevaner. 1. udgave, Ringkøbing Amt, 1995.

Dahl, Henrik

Har du overvejet at ændre hele dit liv?

– studier i den uopfordrede henvendelses teori og praksis.

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

Damkjær, Henning

Psykologiske metoder til at tale med patienter om deres rygevaner

Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juli 1999.

Glanz, Karen/Lewis, Frances M./Rimer, Barbara K.

Health behavior and health education

– theory, research and practice.

2. udgave, Jossey – Bass, 1997.

Kamper-Jørgensen, Finn/Almind, Gert

Forebyggende sundhedsarbejde

2. udgave, Munksgaard, 1992.

Meillier, Lucette

Sundhedsoplysning og forandring

– mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner.

Institut for epidemiologi og socialmedicin Århus universitet, Rapport nr. 9, 1994.

Miller, William R./Rollnick, Stephen

Motivational Interviewing

Preparing People to Change Addictive Behavior.

The Guilford press, 1991.

National kræftplan 2000,

Sundhedsministeriet.

Hansen, Niels S

Rygningens sociologi

Tobaksskaderådet, 1994.

Nielsen, Anette Søgaard

Få din patient til at ændre livsstil

Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni 1998.

Nielsen, Bent/Nielsen, Anette Søgaard

Motivationsskabende Terapi

Enheden for Klinisk Alkoholforskning,

Odense Universitetshospital, 1998.

Prochaska, James O./Norcross,

John C./DiClemente, Carlo C

Changing for Good

Avon Books, 1995.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999 - 2008

Sundhedsministeriet, 1999.

Smith, Donald F

Rygningens psykologi

Tobaksskaderådet, 1991.

Tulinius, Charlotte/Reventlow, Susanne/

Beich, Anders

Den urokkelige ryger

Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, juni 1999.

Se endvidere:

Den motiverende samtale:

The Motivational Interviewing page:

www.motivationalinterview.org

Dansk selskab for almen medicin: www.dsam.dk

Dokumentation for sammenhængen imellem livsstil og levetid:

Tobaksskaderådet www.tobakskaderaadet.dk

Sundhedsministeriet www.sum.dk

Stikord

Adfærdscirklen	15	Mestringsforventninger	20,21
Afslutning	35	Modellering	18
Aktiv lytning	41,42,46	Modstand	37,38,40,41,46
Ambivalens	38,40,44,46	Motivation	26,38,44-46
Andres erfaringer	16,17,21	Netværk	15,17,20,21,29
Beslutning	15,29	Oplevede fordele og oplevede barrierer	27-29
Beslutningsbalance	40	Oplevet trussel, alvorlighed og personlig risiko	27
Bred forebyggelse	10	Opstil alternative handlemåder	41,45
Den motiverende samtale	36-38,40,43,45,46	Opsummering	41,44,46
Egne erfaringer	16,17,21	Overvejelse	32
Empati	38,39	Primær forebyggelse	9
Erfaringer	15-18,20,21,44	Psykisk afhængighed	24
Forandringsspiralen	31	Refleksioner	41,43
Forberedelse	32	Respektfuld holdning	38,39
Forebyggelse	6,7,9-13	Resultatforventninger	20,21
Forebyggelsesniveauer	9	Rådgivningsetik	45
Forventninger	15,16,18-21	Sekundær forebyggelse	9
Fysisk afhængighed	24	Social afhængighed	25
Følg op	41,45	Snæver forebyggelse	10
Førovervejelse	31	Styrk håbet	41,44
Handling	33	Sundhedsadfærd	6,26,28,30
Health belief-modellen	27	Tertiær forebyggelse	10
Hul på emnet	41	Tilbagefald	34
Incitamenter til handling	27,28	Vedligeholdelse	33
Livsverden	22	Åbne og lukkede spørgsmål	41,42

Hvordan taler man om livsstil? henvender sig til eleverne på social- og sundhedsuddannelsen. Bogen behandler emnerne sundhedsadfærd og motiverende samtale.

Bogen indeholder blandt andet en gennemgang af de mekanismer, der ligger til grund for sundhedsadfærd. Derudover giver bogen en indføring i, hvordan social- og sundhedsassistenten kan bruge motiverende samtale i det forebyggende sundhedsarbejde.