

# Kommunikation og samtale om adfærdsændringer

Anette Søgaard Nielsen

*Vi anvender både den styrende, den følgende og den vejledende kommunikationsstil i vore professionelle samtaler i sundhedsvæsenet. De passer til forskellige situationer, og vi skifter intuitivt imellem dem. Den »gode læge-stil« handler ikke så meget om at være flink eller venlig. Det er snarere evnen til på passende vis at skifte mellem kommunikationsstile og evnen til at forstå, hvilken kommunikationsstil patienten behøver. Samtalen om ændring af adfærd, det vi kalder den motiverende samtale, er ikke en måde at narre patienten til at gøre noget, hun ikke vil. Der er snarere tale om en faglig, klinisk metode til at uddrage patientens egen motivation til at foretage adfærdsændringer med henblik på at passe på sit helbred eller opnå et bedre helbred.*

## BIOGRAFI:

Forfatteren er cand.phil., ph.d. og centerleder i Alkoholbehandlingen i Odense samt seniorforsker på deltid på Statens Institut for Folkesundhed. Hun skrev ph.d. om bl.a. mødet mellem patient og behandler og de gensidige forventninger, de har til hinanden.



## FORFATTERS ADRESSE:

Alkoholbehandlingen, Bjersegade 15 C,  
5000 Odense C. E-mail: asni@odense.dk

Min gamle mor skranter. Denne gæve, nordjyske kone fra landet klager sig nødt, men ikke desto mindre skranter hun. Og vi – hendes mere end voksne børn – bekymrer os. Så forleden, da jeg kunne se, at hun havde ondt, bad jeg hende om at gå til sin læge og blive ordentligt undersøgt. »Nej«, sagde min mor bestemt. »Under ingen omstændigheder«. Og så fortsatte hun: »Jeg ved, at han vil sige, at jeg skal spise anderledes, end jeg gør – og at jeg skal opereres. Og det vil jeg ikke«.

Siden denne samtale udspandt sig i min mors køkken, har jeg funderet meget over den. Samtalen illustrerer nemlig to meget kraftfulde, essentielle aspekter af den menneskelige kommunikation og samspillet mellem mennesker, nemlig: 1) Vi vil selv bestemme over vores liv, og 2) vi handler ofte på baggrund af det, vi tror andre mennesker forventer.

Kombinationen af at vi selv vil bestemme over vores liv, og at vi ofte i højere grad reagerer på det, vi tror, at den anden forventer, snarere end på det, der rent faktisk siges, gør kommunikation til en svær størrelse. Vi har formentlig alle oplevet samtaler, hvor vi – hvad enten vi har været den talende part eller den lyttende – føler os misforstået, skudt noget i skoene eller oplever, at vi taler helt forbi hinanden. Spørgsmålet er, hvordan vi øger sandsynligheden for, at dette ikke sker – i hvert fald ikke sker, når vi er på arbejde?

### Forskellige kommunikationsstile

Der har været skrevet mange bøger om kommunikation og flere gode af slagsen. *Rollnick et al* udgav således i 2008 *Motivational interviewing in health care* – siden oversat til dansk: (1). Ud over at være atter en bog om *motivational interviewing* – det, vi på dansk kalder den motiverende samtale – og ud over at bogen på bedste vis beskriver, hvordan motiverende samtaler kan bygges op og gennemføres, tager netop denne bog yderligere et skridt. Den placerer nemlig den motiverende samtale i det kommunikationsmæssige landskab i sundhedssektoren, nemlig i feltet afgrænset af en styrende, en følgende og en vejledende kommunikationsstil.

Hvorfor giver dette mening? Jo, det giver mening, fordi vi anvender både den styrende, den følgende og den vejledende kommunikationsstil i vore professionelle samtaler i sundhedsvæsenet. Det er med andre ord kommunikationsstile, vi kender til og opfatter som velkendte og logiske. Lad os kort kaste et blik på dem hver især.

#### DEN STYRENDE KOMMUNIKATIONSSTIL

Den stil, hvor man som den talende tager førertrøjen på. Den styrende kommunikationsstil indikerer, at der er tale om et »skævt« forhold til den anden i den forstand, at den talende har mere autoritet end den lyttende. Det er den talende, der fortæller, hvad den lyttende skal gøre, samtidig med at han måske eller måske ikke beskriver rationalet bag denne besked, ordre eller anmodning. Den styrende kommunikationsstil er naturligt knyttet til ledelse i den forstand, at en arbejdsleder forventes at være den, der

ved, hvad der skal gøres, og samtidig forventes at formidle dette til de ansatte. I sundhedssektoren vil mange genkende den styrende kommunikationsstil som den, de har lært gennem deres uddannelse. Den styrende kommunikationsstil virker passende i mange af de situationer, hvor en patient er afhængig af sundhedspersonalets råd, anvisninger eller handlinger. Det er den, mange sundhedsprofessionelle mestrer, og det er ofte også den styrende kommunikationsstil, som patienterne forventer at blive mødt med (2). Det var det, min mor gav udtryk for i eksemplet først i artiklen, selvom hun samtidig gav udtryk for, at hun ikke ønskede at gøre, hvad lægen forventer.

#### DEN FØLGENDE KOMMUNIKATIONSSTIL

Denne stil er derimod udtryk for, at man støtter patienten snarere end styrer hende i en bestemt retning. Den følgende kommunikationsstil er den, man intuitivt bruger, når man har overbragt svære informationer, og patienten eller den pårørende brister i gråd. Den følgende kommunikationsstil kan karakteriseres som følgende snarere end ledende; vi signalerer, at vi går ved siden af patienten, snarere end at vi afstikker ruten, som patienten skal følge.

#### DEN VEJLEDENDE KOMMUNIKATIONSSTIL

Den vejledende kommunikationsstil befinder sig et sted midt mellem. En guide hjælper med at finde vej, men bestemmer ikke, hvor turen går hen. Det er patienten, der afgør målet med turen, mens guiden giver forslag til, hvordan ruten kan lægges og beskriver, hvilke muligheder der er. Den vejledende kommunikationsstil indebærer således en dialog om,

hvad der er muligt, og hvad patienten ønsker, kombineret med den viden og indsigt, som den professionelle har. Det ligger implicit i den vejledende kommunikationsstil, at det er patienten, der træffer de endelige beslutninger, men på et informeret grundlag.

**SKIFT MELLEMM KOMMUNIKATIONSSTILE**  
Alle tre kommunikationsstile – den styrende, den følgende og den vejledende – bruges løbende i hverdagslivet. De passer til forskellige situationer, og vi skifter intuitivt imellem dem. Indimellem går det galt, og så skaber det problemer. Vi kender alle situationen, hvor forældre står sammen med et lille, skrigende barn og på vejledende vis forsøger at forhandle med barnet om, at det ikke må få det slik, som står på hylden ved kassen i supermarkedet, og hvor alle de øvrige kunder i butikken i deres stille sind beder om, at forældrene skifter til en styrende, autoritær kommunikation, hvor de signalerer over for barnet, at det er dem, der bestemmer. Ligesom vi kender situationen, hvor vi kommer til at anvende en styrende kommunikationsstil over for en medarbejder eller en patient, som bliver fornærmet og trækker sig tilbage, fordi medarbejderen eller patienten ikke mener, at vi er i en position, der berettiger os til at forsøge at angive, hvad han eller hun burde gøre.

I løbet af alle de situationer, man som praktiserende læge står i i løbet af en dag, er der nogle, hvor en enkelt kommunikationsstil er passende, og situationer, hvor den ene kommunikationsstil naturligt afløser den anden. Den gode praktiker er i stand til på passende vis at skifte fleksibelt mellem måderne at kommunikere

på, alt efter hvad der er passende i forhold til patienten eller i forhold til situationen. Det, vi forstår som »den gode lægestil« handler med andre ord ikke så meget om at være flink eller venlig. Det er snarere evnen til på passende vis at skifte mellem kommunikationsstile, og evnen til at forstå, hvilken kommunikationsstil, patienten behøver (1).

### Når lægen skal motivere

I sundhedsvæsenet i det hele taget – og i almen praksis i særdeleshed – fremhæves rådgivning om ændring af patienternes adfærd mere og mere. Både fra politisk hold, fra sundhedsmyndighederne og fra patienterne er der en forventning om, at sundhedspersonalet rådgiver og motiverer patienterne til en livsstil og dermed adfærd, der er hensigtsmæssig for deres helbred.

Når jeg er rundt på møder i 12-mandsforeninger og taler med praktiserende læger, hører jeg imidlertid ofte læger sige, at det er håbløst at forsøge at motivere patienter til at ændre adfærd. »Patienten gør alligevel, som hun selv vil«, eller »Hun siger godt nok, at hun vil tabe sig/holde op med at ryge/motionere/tage sin medicin, men tre måneder efter er der ikke sket en tøddel«. Optimismen blandt de læger, jeg møder, er således svær at få øje på. Når man ser på eksemplet med min mor først i artiklen, peger det i samme retning: på den umotiverede patient.

Men findes den umotiverede patient i virkeligheden? Min gamle mor har godt nok et klart billede af noget, hun ikke tør og derfor ikke vil. Men det er ikke det samme, som at hun ikke vil noget som helst – eller noget andet. Motivation er ikke statisk, og motivation er påvirkelig.



Fig. 1. Vi har formentlig alle oplevet samtaler, hvor vi – hvad enten vi har været den talende part eller den lyttende – føler os misforstået, skudt noget i skoene eller oplever, at vi taler helt forbi hinanden. Spørgsmålet er, hvordan vi øger sandsynligheden for, at dette ikke sker – i hvert fald ikke sker, når vi er på arbejde. Foto: Thyra Hilden.

I min mors tilfælde vil indgydelse af tryk-  
hed og indsigt i supplerende muligheder  
påvirke hendes motivation betragteligt.  
I andre patienters tilfælde vil der være  
andre veje ind til den dialog, der kan få  
deres motivation til at øges. Motivation  
er med andre ord noget, der skabes i rela-  
tioner med andre mennesker, og noget,  
der er påvirkeligt af den kontekst, hvori  
dialogen sker (3).

### **Samtalen om adfærdsændringer – den motiverende samtale**

Hvordan taler man så med en patient om  
hendes adfærd - en adfærd, hun bør æn-  
dre? Skal man forklare hende, hvad hun  
kan gøre for at passe på sit helbred? Skal  
man give hende gode råd og overtale  
hende til at følge dem? Skal man advare  
hende om, hvad der kan ske, hvis hun  
ikke ændrer adfærd? Skal man rådgive

hende om, hvordan hun skal bære sig ad  
med ændre sin adfærd? Skal man henvise  
hende til en specialist? Skal man bruge  
den ene eller anden eller tredje kommu-  
nikationsstil?

Den vejledende kommunikationsstil  
omfatter flere former for samtaleteknik-  
ker, heriblandt den motiverende samtale.  
Den motiverende samtale er velegnet til  
at hjælpe mennesker med at tage stilling  
til adfærdsændringer.

Den motiverende samtale er ikke en  
metode til at narre patienten til at gøre  
noget, hun ikke vil. Der er snarere tale  
om en faglig, klinisk metode til at ud-  
drage patientens egen motivation til at  
foretage adfærdsændringer med henblik  
på at passe på sit helbred eller opnå et  
bedre helbred. Den gennemgående sam-  
talestil er af *Rollnick et al* (1) blevet be-  
skrevet som samarbejdende, stimule-

rende og med respekt for patientens autonomi. Lad os se et øjeblik på, hvad det betyder.

#### SAMARBEJDENDE

Samarbejdende betyder i denne sammenhæng, at den motiverende samtale ikke foregår mellem en »ekspert« og en »uvildende«, men på lige fod mellem to eksperter. Lægen eller sundhedspersonen er ekspert på færdigheder, muligheder og konsekvenser af adfærd i relation til sygdomsbilleder. Patienten er ekspert på sig selv og sit eget liv og ved, hvad det er muligt at gennemføre, hvad der er vigtigt for øjeblikket, og hvad der giver mening i familielivet derhjemme. Samtalen om adfærdsændringer i relation til sundhed og helbred sker derfor på lige fod og leder i bedste fald frem til beslutninger truffet i fællesskab.

#### STIMULERENDE

Stimulerende betyder i denne sammenhæng, at den motiverende samtale har som mål at få patientens egen, indre motivation til at vokse. I denne henseende er den motiverende samtale anderledes end traditionel rådgivning på sundhedsområdet, idet rådgivning netop handler om at give råd og give information, dvs. tilføre patienten noget mere, noget hun ikke har. Den motiverende samtale tager i modsætning hertil udgangspunkt i patientens perspektiv, i de ting, aspekter og værdier, der er vigtige for hende, og forsøger at binde dette sammen med ændringer på sundhedsområdet. Dette kan kun gøres gennem at forstå patientens perspektiv og gennem at uddrage og stimulere patienternes egne, gode grunde og argumenter for forandringer.

#### RESPEKT FOR PATIENTENS AUTONOMI

Dette betyder her, at lægen eller sundhedspersonen må arbejde med en vis afstand til det forventede udbytte af samtalen. Lægen må med andre ord respektere de valg, patienten træffer, også selvom det ikke altid er de valg, som lægen havde foretrukket, at hun traf. Accepten af, at patienten er et voksent menneske, der kan – og skal – træffe valg for sit eget liv, er et centralt element, når det handler om at stimulere adfærdsændringer. Som i eksemplet med min mor først i artiklen, ligger det dybt i den menneskelige natur, at vi selv vil bestemme over vores eget liv. Vi reagerer derfor instinktivt og intuitivt imod noget, der lugter af forsøg på overtalelse eller tvang. Det kan derfor ironisk være anerkendelsen af patientens ret til at træffe egne beslutninger og egne valg, der gør forandring mulig.

Disse tre aspekter karakteriserer den samtalestil, som danner klangbunden i den type guidning, som kaldes den motiverende samtale (1).

#### Principperne i den motiverende samtale

I forlængelse af disse aspekter er der mindst fire principper, som karakteriserer den motiverende samtale (1, 4). Principperne omfatter, at man: 1) forstår og udforsker patientens perspektiv, 2) undgår ordne-refleksen, 3) gøder patientens tro og optimisme og 4) lytter empatisk til patienten. På dansk kan akronymet FUGL bruges til at huske principperne: Forstå, Undgå, Gød og Lyt. Nedenfor knyttes nogle ord til hvert enkelt princip.

## FORSTÅ

Det er patientens egne gode grunde til at gennemføre en adfærdsændring, der medfører, at hun gør det – ikke de grunde, lægen kan komme med. Det kan fx godt være, at lægen har fokus på de helbredsmæssige aspekter af rygning, men hvis det genererer patienten mere, at hun lugter grimt, når hun ryger, er det måske dette aspekt, der skal trækkes lidt mere frem i lyset. Og det behøver ikke nødvendigvis at tage lang tid at tale med patienten om dette. Hvis lægen kun har begrænset tid til sin rådighed, kan det blot være mere hensigtsmæssigt at bruge den tid på at spørge patienten om hendes egne, mulige grunde til at forandring, snarere end at bruge tiden på at fortælle hende om lægens. Og det kan samtidig være nyttigt at forstå, at patienten også er optaget af de gevinster, hun har ved rygning, fx at hun oplever rygning som en måde at skabe sig små pauser i dagligdagen og dermed tackle stress på.

## UNDGÅ

Når man arbejder professionelt med at hjælpe andre mennesker – som læge, som sygeplejerske eller som socialrådgiver eller lignende – har man ofte et dybfølt ønske om at forebygge skader og stimulere det gode liv. Når nogen er på vej i den gale retning, kan det derfor være svært at modstå en næsten dragende refleks til at forsøge at stoppe personen, forsøge at korrigere hende og forsøge at få hende til at trække ind på den rette vej i stedet. At lade være med at gøre det kan opleves som om, man slet ikke gør sit arbejde godt nok.

Men som nævnt ovenfor har vi alle sammen en iboende tendens til at forsøge

at undgå overtalelse. Hvis den professionelle derfor kan kontrollere sin ordrefleks, kan det forunderligt nok øge sandsynligheden for at komme i dialog med patienten om de muligheder, hun har for at ændre adfærd. Hvis patienten føler sig tryk i den forstand, at hun oplever, at hun kan beskrive både sine svagheder og de risikomomenter, som hun oplever, uden at dette medfører, at hun bliver mødt med en stribe gode råd, hun ikke kan overskue eller følge, vil hun have meget nemmere ved at lytte til de råd, hun selv beder om, når hun er parat til det. Det gælder især, hvis hun er ambivalent over for det, hun måske og måske ikke skal eller vil ændre.

Hvis lægen argumenterer for en ændring, som patienten er ambivalent over for, vil det derimod uvægerligt ende med, at patienten argumenterer imod. Og dette vil igen uvægerligt ende med, at patienten hører sig selv sige alt det, der taler imod en ændring – og det vil bestyrke hende i, at ændringen ikke er mulig.

Lægen kan altså hensigtsmæssigt stræbe efter det modsatte: At det er patienten, der argumenterer for en ændring. Det kan indebære, at lægen skal »sidde på hænderne« og kontrollere sin ordrefleks. Måske skal han endog helt uden ironi i stemmen sige til patienten: »Du vil vist aldrig holde op med at ryge«. For så svarer patienten måske: »Åh, aldrig er så stort et ord. En dag holder jeg nok op, tror jeg«. Og så kan læge spørge: »Hvad kunne få dig til det, tror du?« Selvom man som sundhedsprofessionel forsøger at kontrollere sin instinktive trang til at rette på patienten, er der med andre ord meget man kan gøre i stedet.

## GØD

I den internationale litteratur dukker begrebet empowerment op igen og igen. Det er i stigende grad tydeligt, at det har betydning, at patienten tager aktivt vare på eget helbred. Det er derfor et centralt princip i den motiverende samtale at gøde og styrke patientens egne kompetencer i forhold til at yde egenomsorg og gennemføre relevante adfærdsændringer. Igen er det af vital betydning, at lægen hjælper patienten til at finde de muligheder, som giver mening for patienten selv, og som hun oplever som gennemførlige i det liv, hun lever. Det er med andre ord patienten, der er ekspert her. Lægen er alene ekspert i forhold til at styre samtalen i den rette retning og ikke ekspert i selve metoderne. I stedet for at fortælle patienten, at der er rig mulighed for at motionere i løbet af dagen, er det fx mere hensigtsmæssigt at bede patienten om at beskrive sin dag og dernæst bede patienten om at pege på de tidspunkter og situationer, hvor det vil være muligt at lægge motion ind.

## LYT

Essensen i hele samtalen er, at lægen eller sundhedspersonen lytter til sin patient. Rundt omkring i sundhedsvæsenet møder man ofte den opfattelse, at det er sundhedspersonalet, der sidder inde med en viden, der skal gives til patienterne. Men i den motiverende samtale er det mindst lige så vigtigt at lytte til patienten, som at dele ud af sin indsigt.

Mange læger indvender på dette tidspunkt, at der ikke er tid i dagligdagen til at man sidder sammen med patienten og lytter til hendes fortælling. Ikke med alt det, man skal nå nu om dage, og slet ikke

når man samtidig gerne vil være sikker på, at patienten dog har fået den information med sig, som man som læge synes, hun bør have.

Indvendingen er helt reel. Et forslag kan derfor være, at lægen gør det til en vane at lægge ud med at spørge patienten – før han informerer – hvad hun allerede ved: »Hvad ved du om sammenhængen mellem kost og diabetes?«, »Hvad ved du om betydningen af rygning, når det gælder KOL?«, »Hvad ved du om betydningen af motion, når det gælder lidelser som din?«. Patienten vil så typisk fortælle lægen det samme, som han havde intentioner om at fortælle hende, og han kan i stedet fortsætte samtalen med: »Er du interesseret i, hvad jeg kan supplere med?«, eller »Hvad tænker du på den baggrund, at du kan gøre?«, eller »Hvad kan jeg hjælpe med i den forbindelse?«

### Den motiverende samtale og de tre kommunikationsstile

Vi nævnte i starten af artiklen, at man overordnet set kan tale om tre kommunikationsstile, som vi løbende anvender, bruger og mikser i løbet af vores dagligdag. Den motiverende samtale kan betragtes som en variant af guidning og er velegnet til at hjælpe mennesker med at tage stilling til adfærdsændringer. *Rollnick et al* (1) fremhæver, at den sundhedsprofessionelle kan gennemføre den motiverende samtale i en vejledende stil ved at have særlig opmærksomhed på, hvordan patienten kan hjælpes til at træffe egne beslutninger om adfærdsændringer. Men ikke al guidning er motiverende samtaler. I modsætning til generel guidning er den motiverende samtale karakteriseret af:

*Målrettethed:* Den sundhedsprofessionelle har ofte en bestemt adfærdsændring i tankerne og leder blidt patienten i retning af overvejelser om, hvorvidt og hvordan hun kan arbejde mod dette.

*Fokus på særlig aspekter af det, patienten siger:* Den sundhedsprofessionelle vil forsøge at udtrække og tydeliggøre patientens egne argumenter for adfærdsændringer.

*Særlige kliniske kommunikationsfærdigheder:* Den motiverende samtale indebærer kommunikationsfærdigheder, der er velbeskrevne og som kan trænes (1).

Alle tre kommunikationsfærdigheder – den følgende, den ledende og den vejledende – bruges i dagliglivet og i det professionelle arbejde. I alle tre kommunikationsstile anvendes tre basale, men væsentlige færdigheder, nemlig: spørgsmål, informationsgivning og lytning.

#### SPØRGSMÅL

Spørgsmål anvendes, fordi der er noget, som lægen gerne vil vide, og derfor beder patienten beskrive eller svare på.

#### LYTTEN

Lytten anvendes som er en aktiv proces. Lytten indebærer, at man sender signaler om, at man er interesseret i det, patienten fortæller, og at man forsøger at forstå det. Lytten er formentlig den allermost centrale færdighed, når det gælder guidning.

#### INFORMATIONSGIVNING

Informationsgivning er essentiel, når det handler om at formidle viden til en patient om hendes lidelse og behandlingen

af den. Læger informerer i almindelighed om mængder af ting, diagnoser og anbefalinger.

#### ANVENDELSE AF DE TRE FÆRDIGHEDER

Disse tre færdigheder anvendes som sagt i alle kommunikationsstile, men i forskellige mængder. Hvor den ledende kommunikationsstil primært er præget af en høj grad af informationsgivning, er den følgende karakteriseret af en høj grad af lytten, og den vejledende er præget af såvel spørgsmål, informationsgivning som lytten.

De tre kommunikationsstile anvendes ikke blot i forskellige typer samtaler, men ofte skiftevis i løbet af den enkelte samtale. Overvej følgende eksempel:

Min gamle mor går endelig til læge med sine bekymringer over smerter i venstre side af kroppen. Hun har tidligere fået en bypassoperation og døjede i lang tid med eftervirkninger af den. Hun frygter, at lægen vil sige, at hun skal have en ny. Lægen bruger de første 3–4 minutter med en følgende kommunikationsstil, hvor han giver hende mulighed for at fortælle om sine bekymringer. Han sænker bevidst tempoet i samtalen og indgyder hende dermed tryghed. Han bekræfter med mellemrum, at han forstår det, hun fortæller ham, ved kort at referere det, hun har sagt, fx ved at sige: »Jeg kan høre, at du spekulerer på, om du skal have en ny operation« (lytten) eller ved at sige: »Fortæl mig mere om, hvad du er bange for«.

Efter nogle minutter skifter han stil og bliver mere styrende. Han viser sit skift ved at give en kort opsummering af det, min mor har fortalt ham: »Du har altså døjet med flere og flere smerter i venstre

side, og de minder dig om de smerter, du havde for nogle år siden, som endte med, at du blev opereret. Nu er du bange for, at der er nye årer, der er kalket til, og at du derfor skal have en ny operation. Og det vil du nødig, for du synes, det var næsten umuligt at komme dig over operationen«. Min mor føler sig forstået, og lægen kan derefter gå videre: »Jeg vil gerne skifte retning nu og stille dig nogle spørgsmål om de smerter, du har. Er det i orden?« Lægen stiller herefter de nødvendige spørgsmål for at få afklaret hendes symptombillede, og han informerer, hvor det er relevant. Spørgsmålene er klare og informationen tydelig. Lægen foreslår yderligere undersøgelser på et sygehus og informerer om, hvad der skal ske.

Herefter skifter lægen til en vejledende stil, fordi han ønsker min mors samarbejde i forhold til de nye undersøgelser og i forhold til den medicin, hun samtidig tager. Han spørger: »Hvad kan du forestille dig, at du kan gøre for at huske din medicin?« og »Hvad bekymrer dig mest lige nu?« Han tager sig igen tid til at vise min mor, at han hører hendes svar – og det gør han ved kort at gengive essensen af dem, før han svarer hende: »Du spekulerer stadig på, om det vil ende med, at hospitalet vil anbefale en operation, og du har ret i, at det kan vi ikke vide. Du tænker samtidig, at det måske vil være en hjælp, hvis du får et af dine børn til at tage med dig på sygehuset. Vi har målt dit kolesteroltal, og det får vi svar på om nogle dage. I mellemtiden vil

du se på din kost og dine muligheder for at røre dig mere i dagligdagen«. Herefter fortsætter han: »Hvad kan du forestille dig, at du kan gøre for at få mere motion i hverdagen?« Efter nogle minutter afsluttes samtalen med aftale om en ny tid. Lægen har fået et billede af, hvad min mor døjer med, og min mor forlader lægen med oplevelsen af, at de to kan samarbejde om at finde en løsning, som min mor kan bære at se sig selv som en del af.

Den motiverende samtale behøver med andre ord ikke at tage ret meget længere tid end de konsultationer, lægen plejer at have. Ovenfor er nævnt simple og basale elementer i samtalen, som selvfølgelig kan udbygges, og som både skal udvikles og trænes, ligesom det meste andet her i livet. Den interesserede læge kan læse mere i (1), som netop er udkommet på dansk, eller deltage i relevante kurser rundt omkring i landet.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

#### LITTERATUR

1. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivations-samtalen i sundhedssektoren. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
2. Nielsen AS. Mødet mellem to verdener. Om patienter og behandlere i alkoholbehandling. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2004.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag, 2003.
4. Barth T, Børveit T, Prescott P. Endringsfokuseret rådgivning. København: Gyldendal Akademisk, 2001.