



Kvalitetssäkring av Motiverande samtal (MI) – under utbildning och i ordinarie verksamhet

Exemplet Alkohollinjen

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna

ces@sll.se



Rapport 2016:1



ISBN 978-91-87691-33-1



Författare: Lars Forsberg, Astri Brandell Eklund, Nina Lindroos, Kerstin Damström Thakker

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm mars 2016

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Många studier visar att personal inom hälso- och sjukvården har goda möjligheter både att uppmärksamma och att stödja förändring av patienters ohälsosamma levnadsvanor. I samtalet om levnadsvanor är det viktigt att personalen har kunskaper som gör det möjligt att diskutera det samband som kan finnas mellan de symtom patienten söker för och hans eller hennes levnadsvanor. En minst lika viktig del är att personalen kan föra samtalet på ett sätt som stärker patientens motivation och förmåga att genomföra och vidmakthålla en förändring. En samtalsmetod som visat goda resultat i detta avseende är Motiverande samtal som brukar förkortas MI (från engelskans Motivational Interviewing).

Utbildningar i MI ges sedan många år på olika nivåer – allt från grund- och fördjupningsutbildningar till av ett internationellt nätverk anordnade utbildningar av MI-utbildare. Ett problem med de grundutbildningar som ges är att de ofta inte är tillräckligt omfattande och inte följs av fortlöpande handledning. Det medför att MI-kompetensen inte kvalitetssäkras och att varken utövaren eller den verksamhet där han eller hon är anställd kan veta om det verkligen är MI som används i samtalen med patienter.

I den här rapporten redovisas det arbete som under många år har bedrivits på Alkoholnlinjen för att kvalitetssäkra rådgivarnas MI-kompetens. Rådgivare som har utbildats mellan åren 2006 och 2013 har följts i sin rådgivning också i ordinarie verksamhet mellan åren 2007–2014. Rapporten visar att de flesta rådgivare redan under utbildningen uppnår minst baskompetens i MI och att de vidmakthåller och utvecklar sin MI-kompetens i den ordinarie verksamheten.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Förkortningar och förklaringar till begrepp som används i denna rapport | 6 |
| Sammanfattning..... | 7 |
| Bakgrund | 7 |
| Metod..... | 7 |
| Resultat..... | 7 |
| Slutsats | 7 |
| Bakgrund | 8 |
| Motiverande samtal | 8 |
| Inläring och vidmakthållande av MI-kompetens | 8 |
| Kvalitetssäkring av MI | 9 |
| Skattning av MI-kompetens | 9 |
| Inrättande av Alkohollinjen | 11 |
| Klienter och resultat | 12 |
| Alkoholinjens kvalitetssäkring av utbildning i MI och av MI i ordinarie verksamhet | 12 |
| Syfte..... | 13 |
| Frågeställningar | 13 |
| Metod | 14 |
| Utbildning av Alkoholinjens rådgivare | 14 |
| Rekrytering av deltagare till grundutbildningen | 14 |
| Grundutbildningen i MI | 14 |
| Inskolning..... | 15 |
| Anställning | 16 |
| Fortbildning | 16 |
| Hur MI i ordinarie verksamhet kvalitetssäkras | 17 |
| Urval av deltagare för föreliggande studie..... | 17 |
| Tillförlitlighet i kodning av samtalen..... | 18 |
| Databearbetning..... | 19 |
| Resultat | 21 |
| Utveckling av MI-kompetens under utbildningen | 21 |
| Utbildningen på Alkohollinjen år 2006..... | 21 |
| Utbildningarna på Alkohollinjen åren 2007–2013..... | 21 |
| Utbildningsresultaten sett över tid | 24 |
| Resultat av kvalitetssäkring av MI i ordinarie verksamhet | 25 |
| Variation i MI-kompetens för enskilda rådgivare..... | 28 |
| En enskild rådgivares variation i MI-kompetens över tid | 29 |

| | |
|--|----|
| Diskussion | 32 |
| Verksamma komponenter | 32 |
| Kan bedömning av den egna MI-kompetensen vara ett alternativ till kvalitetssäkring enligt MITI? | 33 |
| Alkohollinjens utbildning i MI | 33 |
| Kvalitetssäkring av MI är en grund för fortsatt lärande | 34 |
| Spelar selektionen av deltagare roll? | 35 |
| MI-kompetensen för en rådgivare varierar | 35 |
| Svagheter i föreliggande studie och generalisering av resultaten | 36 |
| Slutsats | 36 |
| Referenser | 37 |
| Bilagor | 40 |
| Bilaga 1. Motivational Interviewing Treatment Integrity-protokoll | 40 |
| Bilaga 2. Mått på MI-kompetens för samtliga deltagare vid olika utbildningstillfällen som utbildats år 2007 – 2013. Medelvärde och standardavvikelse (SD). | 42 |
| Bilaga 3. Utveckling av 2007 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens | 43 |
| Bilaga 4. Utveckling av 2009 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens | 46 |
| Bilaga 5. Utveckling av 2010 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens | 49 |
| Bilaga 6. Utveckling av 2013 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens | 52 |
| Bilaga 7. Mått på deltagarnas MI-kompetens vid de olika utbildningstillfällena under åren 2017 – 2013 | 55 |
| Bilaga 8. Mått på rådgivarnas MI-kompetens vid de olika mättillfällena åren 2007–2013..... | 58 |

Förkortningar och förklaringar till begrepp som används i denna rapport

| | |
|---------|---|
| MI | Samtalsmetoden Motivational Interviewing (MI), på svenska Motiverande samtal. |
| MINT | Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT), ett internationellt nätverk och en förening för utbildare i MI. MINTs syfte är att utveckla MI-träning, kvalitetssäkring av MI och implementering av MI. MINT har årliga konferenser och utbildningar av nya MI-tränare. |
| MITI | Motivational Interviewing Treatment Integrity Manual (MITI), en manual för skattning av i vilken omfattning olika komponenter av MI finns i ett samtal. I MITI finns rekommenderade referensvärden som används vid utbildning/träning av MI samt vid kvalitetssäkring av metoden. |
| MIC Lab | Motivational Interviewing Coding Laboratory (MIC Lab) på Karolinska Institutet som gör MITI-bedömningar av MI-samtal. |

MITI har två komponenter: Övergripande skattningar och beteendeskattningar.

De fem övergripande skattningarna kan översiktligt beskrivas så här:

- Empati – i vilken grad behandlaren anstränger sig att förstå klientens perspektiv
- Samarbete – i vilken grad behandlaren samarbetar jämbördigt med klienten
- Autonomistöd – i vilken grad behandlaren stödjer klientens möjlighet att välja mellan olika alternativ
- Locka fram – i vilken grad behandlaren lockar fram och tydliggör klientens motiv för förändring och förmåga att röra sig mot förändring
- Styrning – i vilken grad samtalet fokuseras kring målbeteendet.

MI-anda är en central variabel som är ett genomsnitt av värdena för Samarbete, Autonomistöd och Locka fram

För beteendeskattningarna anges i vilken frekvens de förekommer under samtalet. Beteendeskattningar görs för variablerna:

- *Information* – ge återkoppling, förklara
- *MI-förenliga yttranden* – bekräfta, understryka klientens kontroll
- *MI-oförenliga yttranden* – råd utan tillstånd, konfrontation, styrande, varnande
- Slutna frågor och Öppna frågor
- Enkla reflektioner – återge det klienten sagt helt eller delvis
- Komplexa reflektioner – försöka återge klientens underliggande tanke och/eller känsla.

Sammanfattning

Bakgrund

Flera studier visar att Motiverande samtal (MI) bidrar till att människor lyckas med att minska eller upphöra med problematiska alkoholvanor. Ett sätt att kvalitetssäkra att det verkligen är MI som används i en verksamhet är kodning av samtal enligt Motivational Interviewing Treatment Integrity Manual (MITI). Kodningen innebär en bedömning av behandlarens förmåga att använda olika komponenter i MI. Det gäller förmågan att förmedla Empati och MI-anda och att använda Öppna frågor, Reflektioner och att avstå från MI-oförenliga yttranden.

Alkohollinjen startades med syfte att erbjuda ett lättillgängligt stöd för personer som börjar fundera över sina alkoholvanor. Rådgivningen baseras i huvudsak på MI som under utbildningen av rådgivare och senare i den ordinarie verksamheten regelbundet kvalitetssäkras genom handledning baserad på MITI-kodning.

Syftet med denna studie är att redovisa hur rådgivarnas MI-kompetens utvecklats över tid, från första utbildningstillfället, under utbildningen och därefter i den ordinarie verksamheten.

Metod

Studien baseras på samtliga 18 rådgivare som under perioden 2007 – 2014 varit anställda på Alkohollinjen och som i ordinarie verksamhet spelat in minst fyra samtal som MITI-kodats. Information om utveckling av rådgivarnas MI-kompetens har inhämtats från kodningsprotokoll över samtalen.

Resultat

Efter genomgången utbildning hade de flesta deltagare i denna studie uppnått baskompetens i MI. De hade lätt att lära sig att förmedla Empati och att använda Öppna frågor och Reflektioner men lite svårare att tillägna sig MI-anda och svårast att avstå från MI-oförenliga yttranden.

De rådgivare som uppfyllde kriterierna för anställning efter genomgången utbildning uppvisade i ordinarie verksamhet minst baskompetens i MI i de flesta av sina inspelade och MITI-kodade samtal. Särskilt skickliga har rådgivarna blivit i att använda reflektioner. Det enda måttet på kompetens i MI, som ofta legat under referensvärdet för baskompetens i MI har varit andel MI-oförenliga yttranden.

Slutsats

Denna studie visar att när insatser för att utveckla och vidmakthålla medarbetarnas MI-kompetens prioriteras så bidrar det till att man i en ordinarie verksamhet kan erbjuda sina klienter evidensbaserad MI. Alkohollinjens MI-utbildning har lett till att rådgivare som grupp nått minst baskompetens i MI enligt fem av sex mått i MITI. Dessutom vidmakthölls rådgivarnas kompetens i MI genom fortsatt handledning baserad på MITI-kodade samtal i den ordinarie verksamheten. Studien bekräftar att de investerade insatserna givit önskat resultat. Särskilda studier behövs för att bekräfta om det finns ett samband mellan rådgivarnas kompetens i MI och om de klienter som ringer till Alkohollinjen förbättrar sina alkoholvanor. För att få en än mer tillförlitlig kvalitetssäkring av rådgivarnas MI-kompetens behöver kriterierna för urval av samtal för MITI-kodning utvecklas.

Bakgrund

Motiverande samtal

Forskningen har visat att Motiverande samtal (Motivational Interviewing; MI) har bidragit till att människor kunnat minska eller upphöra med problematiska alkoholvanor (1,2) och att MI har haft signifikant bättre effekt än traditionell rådgivning vid alkoholproblem (3,4). MI är en av de metoder med forskningsstöd som Socialstyrelsen rekommenderar i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (5).

Miller och Rollnicks (6 s.47) definition av MI lyder, ”Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalsstil i syfte att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring”. MI är en målinriktad kommunikationsstil som riktar särskild uppmärksamhet mot önskan om och möjligheter till förändring, istället för brister och tillkortakommanden. Behandlaren grundläggande förhållningssätt är att fungera som en vägledare i förändringsprocessen, snarare än att peka ut en på förhand bestämd färdriktning. MI består enligt (6) av fyra processer:

1. *Engagera* – att verbalt visa intresse för vad patienten sagt men också för vad som är utsagt och underförstått. Sådant aktivt lyssnande eller empati har samband med bättre behandlingsresultat (7). Engagerandeprocessen riskerar att störas av så kallade MI-oförenliga yttranden som till exempel kan innebära att i all välmening ge råd till en klient som inte efterfrågat det. Studier visar att MI-oförenliga yttranden har samband med att alkoholproblem bibehålls (8,9).
2. *Fokusera* – att klargöra fokus för samtalet . I samtal med klienter med alkoholproblem innebär det att fokusera på alkoholvanorna och hur de kan förändras.
3. *Locka fram* – att hjälpa klienten att verbalisera sina personliga motiv för att förändra sina alkoholvanor samt att stärka klientens tilltro till att lyckas förändra sig. Förändringstal som innebär uttalanden från klienten som indikerar en positiv inställning till förändring har samband med att en förändring kommer till stånd (10,11).
4. *Planera* – att planera för hur en förändring skall genomföras – när tiden är mogen. För behandlaren innebär detta att fördjupa och bekräfta uttryckta motiv för en förändring, understryka klientens fria val och att tillsammans formulera en konkret plan.

De fyra processerna förekommer samtidigt och parallellt men har också en ordningsföljd. Att stärka klientens engagemang och förtroende är en förutsättning för att kunna fokusera samtalet kring alkohol, vilket i sin tur är en förutsättning för att locka fram förändringstal om att minska sin alkoholkonsumtion eller sluta dricka alkohol. Det kan dock finnas skäl att växla mellan processerna. Exempelvis kan engagemanget behöva stärkas under samtalets gång, och under planeringsfasen kan det bli tydligt att fokus för samtalet behöver korrigeras.

Inläring och vidmakthållande av MI-kompetens

För att klienter ska ha nytta av effektiva behandlingsmetoder, krävs att metoden utförs korrekt. När MI börjat tillämpas i praktiken har det visat sig att personal som arbetar i ordinarie verksamhet under normala betingelser, har haft svårt att förvärva tillräcklig

skicklighet i MI (12–14, 47). Vidare har personal i olika verksamheter haft svårt för att vidmakthålla förvärvad MI-kompetens över tid (6 s.375,15,16)

Få verksamheter som infört MI tycks ha tagit till sig dessa resultat. Det har därför hänt att personal har erbjudits korta utbildningar i MI på 1–3 dagar men utan möjlighet att efteråt regelbundet få öva sina MI-prestationer (17,18) Samtidigt som korta utbildningar i MI visat sig vara otillräckliga har en del av dem som deltagit i utbildningarna ändå själva upplevt och skattat sig som kompetenta i MI (6 s.375,15). Det kan leda till att både verksamheter och personal tror att man inte behöver fortsätta träna metoden för att kunna utveckla sin MI-kompetens.

Kvalitetssäkring av MI

Varken formell utbildningsnivå (t ex vårdbiträde, sjuksköterska, läkare) eller längre yrkeserfarenhet har visat sig ha samband med att utveckla skicklighet i MI (6 s.368). Däremot har regelbunden övning av MI, understödd av handledning baserad på observation av den egna praktiken lett till skicklighet i metoden (12,15,19).

Förutom att personalens grundutbildning i MI ofta varit otillräcklig så har verksamheter som infört MI varken kvalitetssäkrat utbildningsresultat eller hur MI utförts i reguljär verksamhet. Sedan drygt ett decennium har MI kunnat kvalitetssäkras genom bedömning av inspelade samtal. Bedömningen görs med tillförlitliga instrument varav Motivational Interviewing Treatment Integrity manual (MITI) är det mest använda (20). Väl utförd kodning enligt MITI, genomförd av oberoende kodare, är den mest objektiva kvalitetssäkring av MI som finns att tillgå. Utan kvalitetssäkring kan varken verksamheten, personalen eller klienterna få bekräftelse på att MI faktiskt har utförts.

MITI (20) har översatts till svenska och är ett instrument med vars hjälp man kan bedöma i vilken omfattning olika komponenter av MI finns i ett samtal. MITI har kunnat användas med hög interbedömarreliabilitet och MITI har prediktiv validitet (21,22). Hög interbedömarreliabilitet innebär att olika kodare oberoende av varandra kommer fram till samma bedömning av samtalet. Med prediktiv validitet menas att MITI verkligen mäter den kompetens man förvärvat när man utbildats i MI. Därmed kan det prediceras att personer som utbildats i MI bör få höga skattningar i MITI medan personer som saknar utbildning i MI bör få låga skattningar i MITI.

Skattning av MI-kompetens

MITI har som redan nämnts två komponenter: Övergripande skattningar och beteendeskattningar.

De fem övergripande skattningarna, alla bedömda på en femgradig skala, beskrivs här översiktligt:

- *Empati* – i vilken grad behandlaren anstränger sig att förstå klientens perspektiv
- *Samarbete* – i vilken grad behandlaren samarbetar jämbördigt med klienten
- *Autonomistöd* – i vilken grad behandlaren stödjer klientens möjlighet att välja mellan olika alternativ
- *Locka fram* – i vilken grad behandlaren lockar fram och tydliggör klientens motiv för förändring och förmåga att röra sig mot förändring
- *Styrning* – i vilken grad samtalet fokuseras kring målbeteendet

Genomsnittet av skalpoängen för delskalorna Samarbete, Autonomistöd och Locka fram utgör variabeln MI-anda.

För beteendeskattningarna anges i vilken frekvens de förekommer under samtalet. Översiktligt beskrivet görs beteendeskattningar för variablerna:

- *Information* – ge återkoppling, förklara
- *MI-förenliga yttranden* – bekräfta, understryka klientens kontroll
- *MI-oförenliga yttranden* – råd utan tillstånd, konfrontation, styrande, varnande
- *Slutna frågor* och *Öppna frågor*
- *Enkla reflektioner* – återge det klienten sagt helt eller delvis
- *Komplexa reflektioner* – försöka återge klientens underliggande tanke och/eller känsla

Sedan MITI först konstruerades har instrumentet uppdaterats och förbättrats. Först kom MITI 2.0 (2003–2007), och sedan MITI 3.0 (2007–2011) och MITI 3.1 (2011–2014). De övergripande skattningarna i MITI 2.0 har gjorts på en sjugradig skala medan både MITI 3.0 och 3.1 har använt en femgradig skala. Mellan MITI 3.0 och 3.1 finns endast marginella skillnader.

Kodare verksamma vid Motivational Interviewing Coding Laboratory (MIC Lab) på Karolinska Institutet har sedan 2005 bedömt MI enligt MITI med hög interbedömarreliabilitet (22). Varje halvår kontrolleras reliabiliteten för alla kodare på MIC Lab genom ett stickprov av slumpvis utvalda samtal.

Tabell 1 visar rekommenderade gränsvärden för nivåerna Baskompetens respektive Skicklighet för MITI:s övergripande skattningar och för totalt fyra index för MITI:s beteendefrekvenser enligt MITI 3.0 och 3.1. Gränsvärdena enligt MITI 3.0 och 3.1 har föreslagits av den forskargrupp vid University of New Mexico som utvecklade MITI (20). Dessa riktlinjer är inte empiriskt bekräftade och kan behöva anpassas beroende på vilket beteendeproblem det gäller och i vilket sammanhang MI utförs (6).

Tabell 1. Gränsvärden för nivåerna Baskompetens respektive Skicklighet enligt MITI 3.0 och 3.1.

| MITI variabler | Baskompetens | Skicklighet |
|---------------------------------|--------------|-------------|
| Övergripande skattningar | 3,5 | 4 |
| Förhållande Reflektioner/Frågor | 1 | 2 |
| Öppna frågor | 50% | 70% |
| Komplexa reflektioner | 40% | 50% |
| MI-förenliga yttranden | 90% | 100% |

Inrättande av Alkohollinjen

Alkoholbruk är en av de viktigaste riskfaktorerna för sjukdom och död i de flesta industrialiserade länder (23). Alkohol bedömdes år 2010 orsaka 3,4 procent av den totala sjukdomsbördan i Sverige, 5,0 procent för män och 1,6 procent för kvinnor (24). Intressant är att de flesta som har alkoholproblem inte söker behandling för just detta (25,26). I en svensk studie var det endast en knapp femtedel av dem som lämnat ett alkoholberoende bakom sig som hade gjort det med hjälp av behandling (27). Dessutom visades att de som sökt hjälp ofta gjorde det först när de fått omfattande problem.

På senare år har ett flertal olika försök gjorts för att bredda utbudet av stödjande insatser som kan vara attraktiva redan i ett tidigt skede när en person börjar uppmärksamma de problem som alkoholvanorna orsakar. En sådan insats är den rådgivning som sedan 2007 erbjuds på Alkohollinjen. All kontakt sker per telefon så den som tar kontakt behöver inte personligen bege sig till en mottagning och där möta en behandlare. Samtal tas emot från hela landet, tjänsten är kostnadsfri och den som vill kan vara anonym.

Den primära målgruppen för Alkohollinjen är personer som inte har för omfattande alkoholproblem och som kan tänkas klara av att förändra sina alkoholvanor med stöd av den begränsade intervention som Alkohollinjen kan erbjuda. För personer som har svårare eller mer långvariga problem erbjuds hänvisning till andra mer relevanta insatser.

Även anhöriga till personer som har alkoholproblem får stöd på Alkohollinjen.

Under 2006 påbörjades planeringen av Alkohollinjen och den första gruppen rådgivare utbildades. Alkohollinjen öppnade i mindre skala i januari 2007 men sedan dess har verksamheten successivt utökats och det pågår ett ständigt förbättringsarbete. Driften av Alkohollinjen har varit förlagd till olika verksamheter i Stockholms läns landsting (SLL), sedan 2012 finns den inom Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). Verksamheten finansieras i huvudsak med statliga medel.

Sedan starten har rådgivarnas förhållningssätt och samtalsmetodik baserats på MI med inslag av KBT. Rådgivningen har anpassats efter hur allvarliga alkoholproblemen varit och vilka förändringar klienten har varit beredd att genomföra. Det har inte givits

individuella medicinska råd men vid behov har kontakt med hälso- och sjukvården rekommenderats. De som vill ha uppföljande samtal kan välja mellan att ringa själva eller att bli uppringda av en rådgivare.

Alkohollinjen är öppen måndag–torsdag kl. 12.00–19.00 och fredag kl. 12.00–17.00, sammanlagt 33 timmar per vecka. Två linjer är alltid bemannade och en tredje linje hålls öppen under tider med störst belastning.

Klienter och resultat

Alkohollinjens löpande statistik har visat att de flesta klienter som ringer för första gången har ett möjligt alkoholberoende. Alkoholproblemets svårighetsgrad har bedömts enligt Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (28,29). I en första utvärdering av Alkohollinjens verksamhet, som gjordes bland klienter som ringde för första gången mellan april 2009 och januari 2011, visades att de flesta levde socialt välordnade liv med familj, arbete och tillgång till personligt stöd vid problem. Trots att knappt hälften redan tidigare hade sökt någon form av stöd för att förändra sina alkoholvanor så var det bara en minoritet som vänt sig till beroendevården eller socialtjänsten (30).

Vid en uppföljning 12 månader efter den första kontakten uppvisades flera statistiskt säkerställda resultat: Andelen med möjligt beroende minskade från 64 till 19 procent medan 32 procent uppgav att de inte hade druckit någon alkohol alls eller druckit på en lågrisknivå. Dessutom halverades andelen klienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom och bland kvinnorna ökade andelen som själva bedömde att deras hälsa var god eller mycket god (en ökning från 63 till 73 procent) (31).

Alkohollinjens kvalitetssäkring av utbildning i MI och av MI i ordinarie verksamhet

Med kvalitetssäkring menas i detta fall att spela in samtal och låta oberoende, reliabla kodare koda samtal enligt MITI samt att låta rådgivarna ta del av kodningsresultaten. Sedan Alkohollinjens första utbildning av rådgivare 2006 har stor vikt och betydande resurser lagts på sådan kvalitetssäkring av den MI som utförts av rådgivarna. Detta är enligt vad som tidigare nämnts i avsnittet Inläring och vidmakthållande av MI kompetens helt i enlighet med aktuell forskning (6 s.375–80). För att säkerställa att fullgod kompetens i MI har uppnåtts under utbildningen har man löpande under utbildningen fått återkoppling på sina prestationer genom att övningssamtal kodats enligt MITI. Återkopplingen av MITI-kodningen blir specifik för både MI-tränare och deltagare som båda får kunskap i vad som behöver förbättras.

MITI-kodningen har även givit driftsansvarig bekräftelse på i vilken utsträckning utbildningsmålen nåtts.

Dessutom har den reguljära verksamheten bedrivits så att kontinuerlig kvalitetssäkring, baserad på objektiva skattningar av samtal enligt MITI har kunnat genomföras. Syftet har då varit att säkerställa att rådgivarna ska kunna behålla samt fortsätta utveckla sin MI-kompetens.

Syfte

Att redovisa vilken MI-kompetens rådgivarna på Alkoholnjen uppnått under utbildning i metoden

Att redovisa hur MI-kompetensen upprätthålls och utvecklas över tid i ordinarie verksamhet

Frågeställningar

1. Hur utvecklas MI-kompetensen under utbildningens gång och mellan de olika utbildningarna?
2. Kvarstår och utvecklas den MI-kompetens som erhålls genom utbildningen under ordinarie verksamhet?
3. Hur stabil är rådgivares MI-kompetens mellan olika samtal?

Metod

Utbildning av Alkoholinjens rådgivare

Alkoholinjens har mellan 2006 och 2013 genomfört grundutbildningar för fem grupper av nya rådgivare. Utbildningarna har lagts upp enligt den senaste forskningen om hur MI bäst lärs in och det är genom återkommande övningar som grundas på att den som tränar får objektiv återkoppling på sina prestationer (12,15). Varje utbildningsomgång har i sin helhet omfattat cirka 15 heldagar fördelade över fyra månader. Den del av utbildningen som gällde MI omfattade initialt 5,5 dagar men ökades 2010/2011 till 6,0 dagar. Förutom MI har utbildningen omfattat 3,5 dagar alkoholkunskap inkluderade medicinska och sociala konsekvenser samt behandling av alkoholproblem, 1,5 dag KBT samt 2,5 dagar behandlingsupplägg och 1,5 dag telefon- och dokumentationsteknik.

Rekrytering av deltagare till grundutbildningen

Inför varje ny grundutbildning har intresserade deltagare sökts genom annonsering huvudsakligen riktad till hälsopedagoger men över åren har ett ökande antal personer själva anmält intresse att få delta. Alla som utifrån sitt CV preliminärt bedömts vara lämpliga har inbjudits till personlig intervju med driftansvarig och en rådgivare. Deltagarna har då fått utveckla varför de är intresserade av arbete som rådgivare. De har informerats om att det för anställning som rådgivare krävs att de genomgår utbildningen och den efterföljande inskolningen med gott resultat. De som efter intervjun har bedömts kunna vara lämpliga som rådgivare har erbjudits deltagande i utbildningen.

Grundutbildningen i MI

En mycket erfaren utbildare i MI och mångårig medlem i Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) har varit ansvarig för Alkoholinjens utbildningar och kvalitetssäkring av MI. Hon utvecklade den första utbildningen 2006 och har sedan dess haft huvudansvar för genomförandet av de flesta av de efterföljande utbildningarna. Övriga lärare och handledare i MI-utbildningen har varit erfarna MI-utbildare och de flesta är medlemmar i MINT. På senare år har flera av Alkoholinjens rådgivare blivit medlemmar i MINT och därmed har de fått ta ett allt större ansvar för MI-utbildningen av nya rådgivare.

Förutom att utbildningen är förankrad i forskningen har den utvecklats dels genom erfarenheter från tidigare utbildningar dels genom erfarenheter från rådgivning i den ordinarie verksamheten. Sedan 2010 har den bestått av 3,5 dagar teori, som enligt vedertagen MI-pedagogik förmedlats interaktivt med en stor del rollspel och övningar. Utöver detta ingår 2,5 dagar handledning fördelat på fem tillfällen. Inför varje handledningstillfälle har telefonsamtal med skådespelare spelats in och samtalen MITI-kodats på MIC Lab för att deltagare ska få tillförlitlig återkoppling på sina MI-prestationer.

Sedan den första utbildningen 2006 har skådespelarna spelat standardiserade roller. I utbildningarna 2010 och 2013 har rollen i fyra av samtalen varit klienter med alkoholproblem och i det femte samtalet en roll som anhörig till en person med alkoholproblem. Vid det senaste utbildningstillfället 2014 hade samtliga rollkaraktärer en relativt god tilltro till sin egen förmåga att förändra alkoholvanorna och ansåg förändring vara angelägen. Vid inspelningstillfälle 2 till 5 hade deltagarna olika uppgifter som var densamma för alla, speglade de fyra processer i MI-samtalet som beskrivs av Miller & Rollnick (6):

- I det första samtalet – som spelades in innan MI-utbildningen startat – skulle det vara lätt för deltagaren att prata med klienten på ett meningsfullt sätt.
- Uppgiften i det andra samtalet var att skapa en god relation till klienten och att finna det område som var mest meningsfullt att fokusera på i samtalet för att ge klienten bästa möjliga förutsättningar att förändra alkoholvanorna.
- Screening med AUDIT (10 frågor om alkoholvanor och dess konsekvenser) inklusive feedback samt att locka fram förändringstal var huvuduppgiften i det tredje samtalet.
- I det fjärde samtalet var uppgiften att hjälpa en anhörig att sätta gränser och formulera jag-budskap samt att hjälpa honom/henne att förbättra sin egen situation.
- I det femte samtalet ingick två uppgifter: Planering för genomförande av förändring och avslutning av kontakten med en klient.

Inspelning av samtalen har skett med stöd av en erfaren rådgivare som suttit bredvid. Efter samtalet har personen som haft samtalet, rådgivaren och skådespelaren var och en för sig skattat MITI-variablerna Empati och MI-anda i samtalet. Skådespelaren har dessutom givit muntlig feedback på sin upplevelse av samtalet. Den efterföljande handledningen har skett i grupper om 4–5 personer och med handledare som är erfarna MI-utbildare och oftast medlemmar i det internationella MINT-nätverket för utbildare i MI. Under handledningstillfället har deltagarnas MITI-protokoll (se MITI-3-protokoll i Bilaga 1) delats ut och man har lyssnat på valda delar av samtalet. Dessutom har varje deltagare fått feedback från handledaren och övriga gruppdeltagare har uppmanats att ge positiv feedback.

Inför varje inspelningsomgång har skådespelaren inlett sin standardroll och sina samtal på samma sätt och med samma utgångspunkt i sin roll. Det har varit av stort pedagogiskt värde för deltagarna att vid handledningstillfällena bli varse att samtalen kan utvecklas i många olika riktningar beroende på hur de själva agerat.

Under utbildningarna har driftsansvarig, tillsammans med MI-ansvarig och de rådgivare som deltagit i utbildningen av nya rådgivare, gjort löpande bedömningar av deltagarnas prestationer. Det har i första hand gällt utvecklingen av deras MI-kompetens där kraven har varit att deras MITI-kodningar på inspelade samtal senast i slutet av utbildningen ska ha motsvarat baskompetens i MI (se Tabell 1). Hänsyn har också tagits till om de i diskussionerna under handledningstillfällena visat på insikt gällande egna utvecklingsområden och om de visat en rimlig utveckling över tid av sin MI-kompetens. Dessutom har det gjorts en mer allmän bedömning av personlig lämplighet utifrån vad som kunnat iaktas under utbildningens gång. Till sist gjordes inför den sista utbildningsdagen en slutlig bedömning av vilka deltagare som uppnått tillräckligt goda kunskaper för att få erbjudande om att påbörja inskolning.

Inskolning

Inför inskolningen informerades deltagarna ånyo om att det för anställning som rådgivare krävs att även inskolningen genomförs med gott resultat. Inskolningens omfattning har varierat beroende på person och oftast omfattat 5–10 dagar. Inledningsvis har deltagaren suttit bredvid en erfaren rådgivare och lyssnat. I nästa steg har han/hon först dokumenterat rådgivarens samtal och därefter med stöd av rådgivaren börjat ta och dokumentera egna samtal. Slutligen har deltagaren börjat ta samtal på egen hand med en rådgivare som varit tillgänglig för stöd när så behövts. Även under

inskolningen har driftsansvarig tillsammans med MI-ansvarig och i inskolningen engagerade rådgivare gjort löpande bedömningar av deltagarnas prestationer. Endast de som tillägnat sig tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva rådgivning på egen hand har fått erbjudande om anställning som rådgivare.

Anställning

De som anställts som rådgivare på Alkohollinjen har inledningsvis erbjudits timanställning. De har då förväntats arbeta med telefonrådgivning minst två pass per månad och dessutom delta i fortbildning och arbetsplatsträffar (APT). De flesta rådgivare har fortsatt att vara timanställda och därför kombinerat anställningen på Alkohollinjen med annan sysselsättning som varit huvudsaklig försörjningskälla. Svårigheter att i längden kombinera åtaganden på två arbetsplatser har i flera fall medfört att rådgivare till slut valt att lämna sin anställning på Alkohollinjen som därmed behövt utbilda nya rådgivare.

För några rådgivare har timanställningen så småningom övergått i en tillsvidareanställning som oftast omfattat heltid. Eftersom rådgivare som mest ska sitta med telefonrådgivning 15 timmar per vecka har de tillsvidareanställda förutom rådgivning haft andra arbetsuppgifter på Alkohollinjen eller inom CES.

Eftersom rådgivarna har stor praktisk erfarenhet av att arbeta med MI och stort intresse av att utveckla sin egen kompetens i MI har flera av dem – både tillsvidare- och timanställda – medverkat som handledare och lärare i de MI-utbildningar på olika nivåer som anordnas av CES.

Fortbildning

Den kompetensutveckling i MI som alla rådgivare får innefattar inspelning och MITI-kodning av samtal (se mer om detta i avsnitten Hur MI i ordinarie verksamhet kvalitetssäkras och Resultat av kvalitetssäkring av MI i ordinarie verksamhet) samt handledning i grupper om 4–5 rådgivare under en halvdag vid fyra tillfällen per år.

Vid handledningen väljs utifrån kodningsresultat ett särskilt område att rikta uppmärksamheten mot i samtalet, exempelvis att svara på förändringstal. Handledaren lägger stor vikt vid att bjuda in rådgivarna att själva välja fokus för lyssnandet och bidra med observationer av vad kollegorna gör särskilt bra i sina samtal. Alternativa inriktningar för samtalet diskuteras och alternativa responser från rådgivaren utforskas. Skeenden i samtalet fogas in i det teoretiska ramverket för MI. Om klienten exempelvis börjar uttrycka tvivel på sin vilja att minska sin alkoholkonsumtion analyseras om rådgivaren genom sina uttalanden inverkat på detta. På samma sätt uppmärksammas uttalanden från rådgivaren som förefaller bidra till klientens förändringsvilja. De två handledare som sedan Alkohollinjen öppnade har hållit i de flesta handledningstillfällena för rådgivarna är båda medlemmar i MINT.

I en del av de inspelade samtalen har det ingått att rådgivarna använder olika inslag av Kognitiv beteendeterapi (KBT), till exempel återfallsprevention och rollspel med klienter. Handledningen har då även tagit hänsyn till och utvecklat dessa KBT-inslag. Sådana samtal kan medföra sämre MITI-kodningar, samtidigt som de kan vara relevanta och meningsfulla för den som ringer.

Rådgivarna får också fortbildning om alkohol och annat som är relevant i arbetet, till exempel andra stöd- och behandlingsinsatser som för en del av dem som ringer är mer relevanta än de insatser Alkohollinjen kan erbjuda. Det sker löpande på APT men framförallt under två årliga utbildningsdagar. Rådgivarna har också tillgång till

individuell och kollegial handledning, till exempel efter svåra samtal med klienter. Dessutom ges möjlighet att i grupp diskutera svåra samtal en gång i månaden på APT.

När rådgivare återkommit efter en längre tids frånvaro har de uppdaterat sig kring behandlingsupplägg och MI innan de återigen börjat bedriva rådgivning. I den här studien har det gällt 3 av de 18 deltagarna.

Hur MI i ordinarie verksamhet kvalitetssäkras

Ända sedan Alkohollinjen öppnade 2007 har rådgivarnas användning av MI kvalitetssäkrats genom regelbunden inspelning och MITI-kodning av samtal. Protokollen från MITI-kodningarna visar hur väl MI utförs. Inspelningen av samtal har skett under fyra treveckorsperioder under året. Rådgivarna har uppmanats att under dessa veckor spela in minst ett samtal som kan skickas för MITI-kodning på MIC Lab. I det välkomstmeddelande som alla som ringer får höra innan de kopplas fram till en rådgivare ingår under dessa veckor information om att det av kvalitetssäkrings- och utbildningsskäl pågår inspelning av samtal och att de kommer att tillfrågas om de ger samtycke till det. Rådgivarna ska under samtalet så snart som möjligt bedöma om samtalet kan komma att gälla en beteendeförändring som Alkohollinjen kan stödja – och alltså om användande (och därmed kvalitetssäkring) av MI kan vara relevant. Om så är fallet ska rådgivaren fråga om den inringande samtycker och det är endast då inspelning av samtal får påbörjas. Sammantaget innebär detta att inte alla samtal kan spelas in och att särskilt de rådgivare som inte arbetar så ofta under inspelningsveckorna kan få svårt att spela in samtal.

För att samtal ska kunna MITI-kodas krävs att inspelningen pågår under minst tio minuter. Dessutom krävs att rådgivaren kan formulera ett målbeteende som tydligt anger vilken beteendeförändring som varit i centrum för samtalet. Samtal som har karaktär av allmänt stöd snarare än stöd till beteendeförändring kan av den som ringer upplevas som ett gott stöd och bra bemötande. Däremot kan samtalet få låga värden i MITI-kodningen eftersom rådgivaren inte bidrar till att förändra ett beteende, till exempel att sluta dricka alkohol. Särskilt för samtal med anhöriga som ringer kan det vara svårt att ange ett tydligt målbeteende och rådgivarna föredrar därför ofta att spela in samtal med klienter.

Det är alltså många faktorer som påverkar rådgivarnas möjligheter att spela in samtal och alla vet att det som regel inte ges möjlighet att få mer än ett samtal per inspelningsperiod MITI-kodat. De flesta nöjer sig därför oftast med att spela in ett samtal och det är det samtalet som skickas till MITI-kodning.

För att öka rådgivarnas möjligheter att höja sin MI-kompetens med hjälp av MITI-kodningen och återkoppling på samtalen i handledningen har rådgivarna vid upprepade tillfällen rekommenderats att i första hand skicka in svåra samtal eller samtal som de inte varit helt nöjda med. Några rådgivare har ibland valt att följa rekommendationen medan andra har föredragit att skicka in det samtal de lyckats spela in och som de är i varierande grad nöjda med.

Urval av deltagare för föreliggande studie

Studiens syfte var att redovisa såväl utvecklingen av den MI-kompetens som förvärvats under MI-utbildningen som i vilken utsträckning rådgivarnas MI-kompetens har vidmakthållits och utvecklats i det ordinarie arbetet på Alkohollinjen. Kriterierna för att

ingå i studiegruppen har därför varit att rådgivarna ska ha varit anställda under en tillräckligt lång period för att vid minst fyra tillfällen ha deltagit i kvalitetssäkring av sina samtal i ordinarie verksamhet. Totalt 18 rådgivare som var anställda mellan åren 2007 och 2014 uppfyllde dessa kriterier.

Bland deltagarna var 16 kvinnor och två män. En deltagare var medlem i MINT redan före utbildningstillfället och fem deltagare blev medlemmar under tiden de arbetat på Alkohollinjen. I Tabell 2 beskrivs år för år de olika utbildningarna med uppgift om antal deltagare i varje utbildning, antal deltagare som efter utbildningen anställts samt antal deltagare från varje utbildning, som har ingått i föreliggande studie.

Utbildningar av nya rådgivare genomfördes åren 2006, 2007, 2009, 2010 och 2013. Av samtliga som har antagits till någon av dessa utbildningar har 77 procent (37/48) påbörjat inskolning och av dem som påbörjade inskolningen har 86 procent (32/37) anställts som rådgivare. Av samtliga som anställts som rådgivare uppfyllde 56 procent (18/32) kriterierna för att ingå i denna studie (se Tabell 2).

Tabell 2. Antal deltagare i Alkohollinjens utbildningar olika år, antal som inskolats och antal som anställts samt antal som ingår i studien.

| Utbildnings- tillfälle (år) | Antal deltagare i utbildningen | Därav påbörjat inskolning | Därav anställda | Därav med i studien |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------|
| 2006 | 12 | 11 | 9 | 2 |
| 2007 | 8 | 6 | 5 | 2 |
| 2009 | 10 | 8 | 8 | 5 |
| 2010 | 10 | 7 | 5 | 4 |
| 2013 | 8 | 5 | 5 | 5 |
| Totalt | 48 | 37 | 32 | 18 |

Tillförlitlighet i kodning av samtalen

Vid MIC Labs halvårsvisa kontroller av överensstämmelsen mellan kodarnas MITI-bedömningar har 12–15 samtal slumpvis lottats ut för omkodning. Överensstämmelsen mellan samtliga kodare vid MIC Lab har beräknats med intraklasskorrelationer (ICC) i en ”two-way mixed model” med absolut överensstämmelse. Cicchetti (32) har angett normer för bedömning av ICC: Dålig (Poor) (<0,40), Godkänd (Fair) (0,40–0,59), Bra (Good) (0,60 – 0,74) och Utmärkt (Excellent) reliabilitet (0,75–1,0). Vid de olika mättillfällena under perioden 2006–2014 har ICC för kodarna varierat mellan Godkänd och Utmärkt och de flesta variablerna har haft Bra ICC.

Oss veterligen har reliabiliteten (tillförlitligheten) i kodning enligt MITI över längre tidsperioder inte tidigare studerats. En första mindre undersökning över MIC Lab-kodares överensstämmelse över en lång tidsperiod har emellertid genomförts. Överensstämmelsen mellan MITI-kodningarna har beräknats för två kodare (33). De två kodarna kodade dels 12 samtal 2007, dels samma material 2013. Vid de båda kodningstillfällena var överensstämmelsen mellan de två kodarna god. Vid det första tillfället varierade ICC mellan 0,55–0,99 och vid det andra tillfället mellan 0,62–1,0. De två kodarnas överensstämmelse över tid mellan de båda tillfällena varierade något mer. För båda hade variabeln *Styrning* den lägsta överensstämmelsen (0,11 respektive 0,24).

Vid närmare undersökning var dock överensstämmelsen god mellan kodarna och de låga koefficienterna var ett uttryck för att alla samtal hade höga poäng i styrning. Kodarna låg aldrig mer än ett skalsteg ifrån varandra på den femgradiga skalan. En annan variabel med något låg men Godkänd reliabilitet var *Information* (0,46 respektive 0,51), vilket kan förklaras med att definitionen av den variabeln ändrats något mellan de två tillfällena (se MITI 3.0 och MITI 3.1). Ytterligare två variabler med något låg men Godkänd reliabilitet var *Autonomistöd* (0,40 respektive 0,41) och *Förenliga yttranden* (0,61 respektive 0,46). I dessa två variabler var reliabiliteten mellan de båda kodarna hög 2007 och 2013 men något låg för respektive kodare mellan de två tillfällena vilket sannolikt återspeglar att de båda kodade dessa två variabler något olika 2007 jämfört med 2013.

Databearbetning

De samtal som har ingått i denna studie har bedömts enligt olika versioner av MITI: MITI 2.0, (2006–2007), MITI 3.0 (2007–2011) och MITI 3.1 (2011–2014). Data som baserats på kodningar med MITI 2.0 har redovisats för sig, medan data från kodningar med MITI 3.0 och 3.1 har redovisats tillsammans. Att MITI 2.0 har redovisats för sig beror på att de övergripande skattningarna i MITI 2.0 har gjorts på en sjugradig skala, medan både MITI 3.0 och 3.1 har använt en femgradig skala. MITI 3.0 och 3.1 har redovisats tillsammans därför att de två versionerna av MITI skiljer sig marginellt. De största skillnaderna mellan MITI 3.0 och 3.1 är:

- 1) I MITI 3.1 är det tydligare definierat vilka yttranden som inte ska kodas som information utan lämnas okodade;
- 2) Om flera frågor ställs i en följd och denna följd innehåller en öppen fråga, så kodas alla frågor som Öppen fråga.

Punkt 1) kan leda till att det med MITI 3.0 har kodats flera yttranden under variabeln Information, än vad som skulle ha gjorts med MITI 3.1. Punkt 2) kan leda till att antalet Öppna frågor är större i samtal kodade med MITI 3.1 än med 3.0. Variabeln Information har inte tagits med i denna studie, därför att variabeln inte ingår i de sammanfattande bedömningsmått på MI-kompetens. Beräkningar med Öppna frågor kan ha påverkats av punkt 2). Dock visade resultaten i denna studie att Procent öppna frågor av samtliga frågor inte hade förändrats markant i och med övergången till MITI 3.1 (mättillfälle 1–12 är skattade med MITI 3.0, medan mättillfälle 13–26 är skattade med MITI 3.1, Bilaga 8).

För att undersöka hur enskilda rådgivares MI-kompetens varierade jämfördes skillnaden i skattningarna mellan rådgivares olika samtal under en och samma inspelningsperiod. För rådgivare som lämnat in två samtal vid ett mättillfälle analyserades de båda samtalen parvis. För rådgivare som lämnat in tre samtal gjordes tre parvisa analyser. Totalt har tjugotvå (för en variabel arton) par av samtal från elva olika rådgivare analyserats. Genomsnittet av variationen i MITI-måtten beräknades för samtalsparen.

Kodarna har när de kodat dessa samtal varit blinda med avseende på vem som har genomfört samtalet. Dataunderlaget har blindats genom att rådgivarnas namn har bytts ut mot en sifferkod och därefter matats in i SPSS.

För varje utbildningstillfälle och för varje mättillfälle vid kvalitetssäkringen av den ordinarie verksamheten har de sammanfattande måtten på MI-kompetens enligt MITI beräknats. De sammanfattande sex MI-kompetensmått är: Empati, MI-anda,

Förhållande reflektioner/frågor, Procent öppna frågor/alla frågor, Procent komplexa reflektioner/alla reflektioner och Procent MI-förenliga yttranden/MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden. För de sex måtten har medelvärde och standardavvikelse beräknats. Alla beräkningar har utförts med IBM SPSS Statistics (34).

Resultat

Utveckling av MI-kompetens under utbildningen

Utbildningen på Alkohollinjen år 2006

Den första utbildningen på Alkohollinjen genomfördes 2006. Endast två personer från den utbildningen har arbetat som rådgivare tillräckligt länge för att kunna inkluderas i föreliggande studie. De har alltså vid minst fyra tillfällen deltagit i kvalitetssäkring av sina samtal i ordinarie verksamhet. Revideringen av MITI år 2007, från MITI 2.0 till MITI 3.0, medförde att MITI-kodningarna före respektive efter revideringen inte blev helt jämförbara och därför redovisas utbildningsresultaten för 2006 översiktligt för sig.

Sammanfattningsvis uppvisade deltagarna redan före första utbildningstillfället goda färdigheter i att göra Komplexa reflektioner, vilka i stort bibehölls över efterföljande fyra utbildningstillfällen. De lärde sig att öka användningen av reflektioner och att ställa färre Slutna och Öppna frågor. De hade vid det andra utbildningstillfället kvoten 1,7 reflektioner/frågor vilket mer än väl överskrider gränsvärdet (1,0) för baskompetens i MI. Andelen reflektioner/frågor fortsatte att vara hög under utbildningen med undantag för en svacka vid utbildningstillfälle fyra.

De båda lärde sig att använda en större andel Öppna frågor på bekostnad av Slutna frågor och låg från utbildningstillfälle fyra över gränsvärdet ($\geq 50\%$) Öppna frågor/alla frågor. I variablerna Empati och MI-anda har de två deltagarna haft något svårare att nå baskompetens i MI och deras genomsnitt vid sista utbildningstillfället låg på 4,5 (strax under gränsen) respektive 5,0 (på gränsen) på den sjugradiga skalan. De låg vid det sista utbildningstillfället över gränsvärdet för andel MI-förenliga yttranden av både MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden.

Utbildningarna på Alkohollinjen åren 2007–2013

Resultaten för de 16 studiedeltagare som deltog i de fyra utbildningstillfällena under sjuårsperioden 2007–2013 visas sammantagna i figur 1–6 samt per utbildningstillfälle i Bilaga 2.

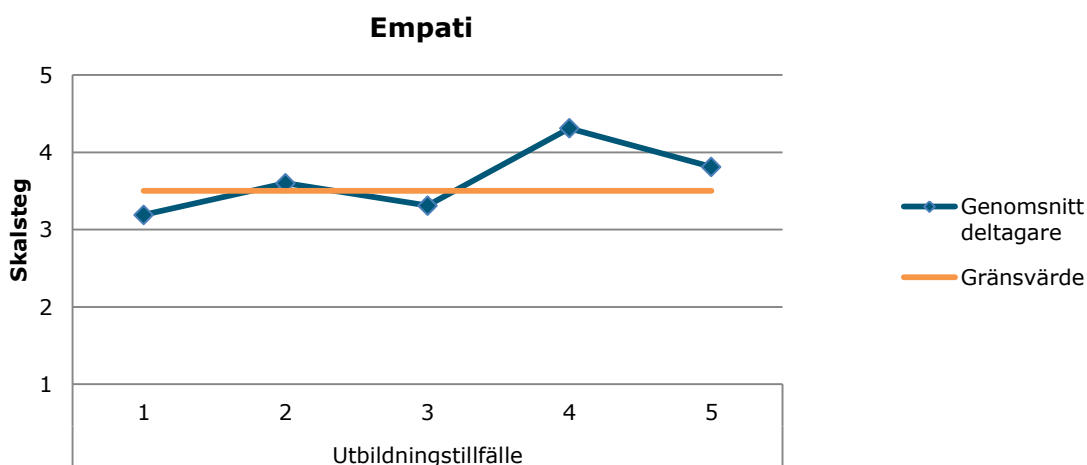
Enligt måtten på MI-kompetens (MITI) lärde sig deltagarna som grupp att visa Empati, det vill säga de visar att de anstränger sig att förstå klientens perspektiv. Deras Empati ökade successivt och från fjärde utbildningstillfället låg deltagarna genomsnittligt över gränsvärdet för baskompetens i MI (Figur 1). De har också tillägnat sig MI-anda som bedöms som ett genomsnitt av skalpoängen för delvariablerna Samarbete, Autonomistöd och Locka fram. Från andra utbildningstillfället låg värdet på eller precis över gränsen för baskompetens (Figur 2).

Deltagarna har lärt sig att göra reflektioner på bekostnad av att ställa frågor och redan vid andra utbildningstillfället hade de uppnått eller låg över gränsvärdet för baskompetens i detta mått (Figur 3). När de ställde frågor hade de lärt sig att använda Öppna frågor men färdigheten var instabil och sjönk vid utbildningstillfälle 3. En bidragande orsak var att deltagarna vid detta utbildningstillfälle skulle integrera AUDIT, bestående av tio slutna frågor, i samtalet. Även vid utbildningstillfälle 5, där deltagaren samtalar med en anhörig, sjönk andelen Öppna frågor (Figur 4).

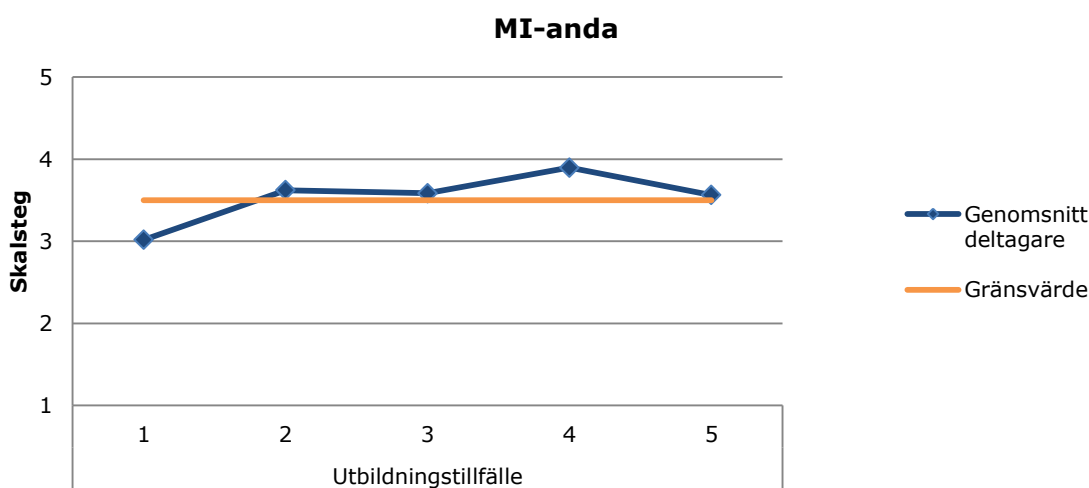
Under utbildningen lärde sig deltagarna att göra Komplexa reflektioner, det vill säga att försöka återge klientens underliggande tanke och/eller känsla. I genomsnitt nådde de över gränsen för baskompetens i MI för procent Komplexa reflektioner av samtliga

reflektioner förutom vid det tredje utbildningstillfället (Figur 5). Även här kan resultatet ha påverkats av att AUDIT integrerades i samtalet.

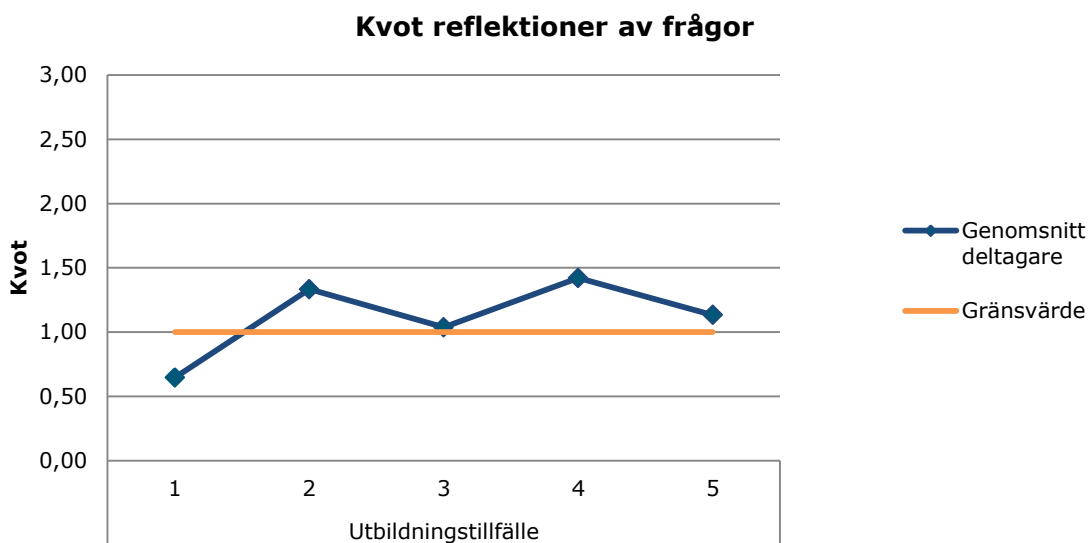
Andelen MI-förenliga yttranden (dvs bekräfta, understryka klientens kontroll) av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden (dvs råd utan tillstånd, konfrontation, styrande, varnande) var det enda måttet på MI-kompetens där medelvärdet under hela utbildningen låg under gränsvärdet för baskompetens i MI med undantag för det tredje utbildningstillfället (Figur 6). Screening med AUDIT inklusive feedback tycks ha underlättat för deltagarna att avstå från att göra MI-oförenliga yttranden.



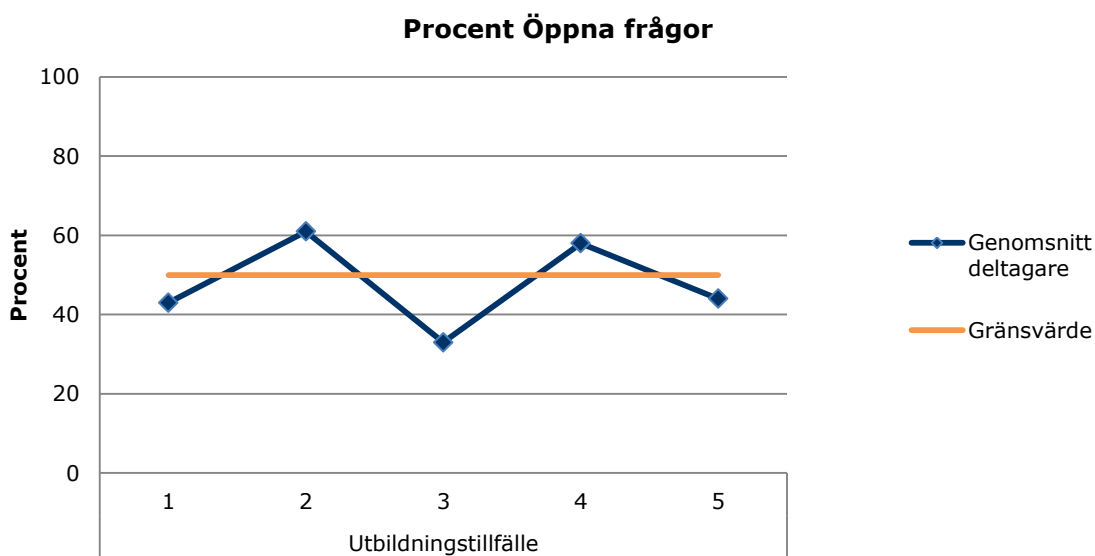
Figur 1. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för skalan Empati.



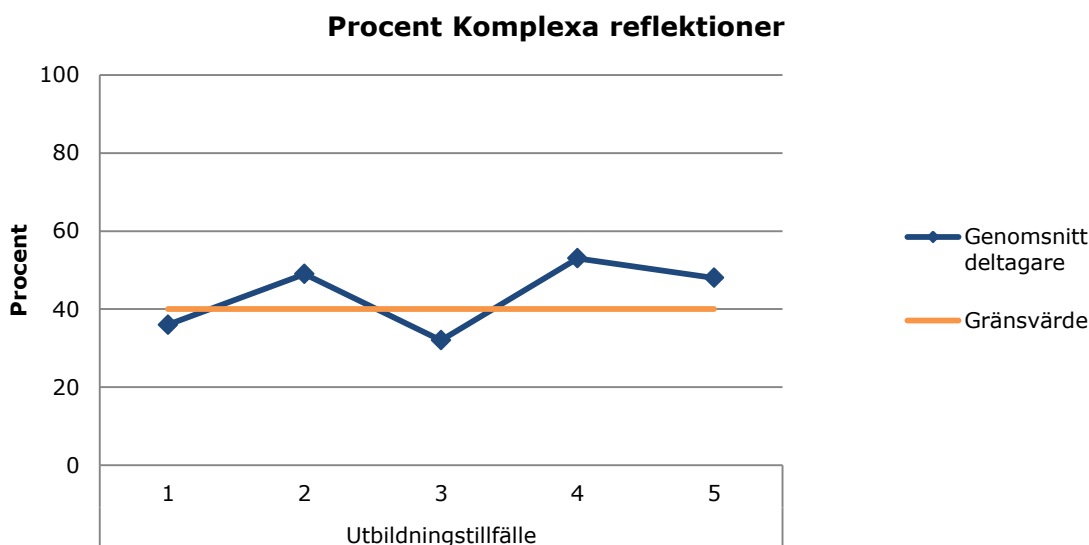
Figur 2. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för skalan MI-anda.



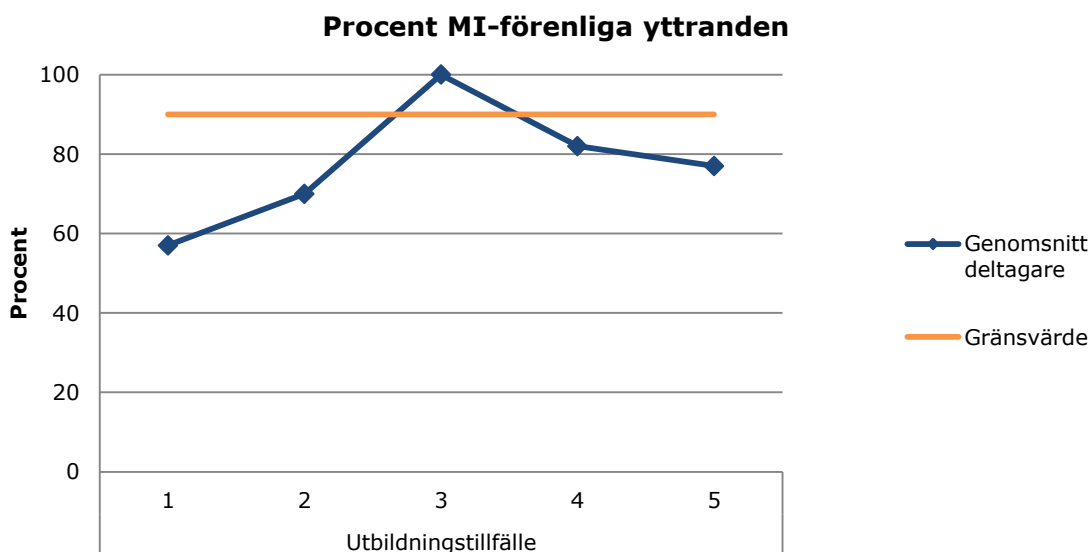
Figur 3. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för kvoten Reflektioner av alla frågor.



Figur 4. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för procent Öppna frågor av alla frågor.



Figur 5. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner.



Figur 6. Utveckling över utbildningstillfällena 1–5 i medelvärde för samtliga deltagare i de fyra utbildningarna (N=16) åren 2007–2013 för procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden.

Utbildningsresultaten sett över tid

Utvecklingen av MI-kompetensen beskrivs också för var och en av de fyra utbildningsgrupperna, se Bilaga 3 Figurerna A–F för år 2007, Bilaga 4 Figurerna A–F för år 2009, Bilaga 5 Figurerna A–F för år 2010 samt i Bilaga 6 Figurerna A–F för år 2013. Utbildningsresultaten för var och en av de fyra utbildningarna framgår i detalj i Bilaga 7 Tabell A–F.

Resultaten visar att deltagarna i utbildningen år 2013 generellt uppvisade högre MI-kompetens än deltagarna i utbildningarna år 2007 och år 2009. Deltagarna 2013 hade vid det femte utbildningstillfället högre poäng i Empati och MI-anda, de hade högre

andel reflektioner i förhållande till frågor, fler Öppna frågor av alla frågor och fler Komplexa reflektioner av alla reflektioner. Enda måttet på MI-kompetens som var sämre för de som utbildades år 2013 jämfört med de som utbildades år 2007 var andelen MI-förenliga av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden.

Måttet MI-förenliga av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden uppvisade också stor variation mellan de olika årens utbildningar och mellan olika utbildningstillfällen under en och samma utbildning. Variationen kan spegla att deltagarnas färdigheter i att avstå från att göra MI-oförenliga yttranden påverkades mer än andra MI-färdigheter av hur klienten reagerade även om klienten i detta fall var en skådespelande standardklient.

Deltagarnas ingångsvärden var i samtliga MI-kompetensmått lägre i de tidiga utbildningarna än i utbildningen år 2013.

Resultat av kvalitetssäkring av MI i ordinarie verksamhet

Under 8-årsperioden 2007–2014 spelade rådgivarna på Alkohollinjen in samtal som bedömdes enligt MITI vid sammanlagt cirka 30 tillfällen. Eftersom kodningar från några inspelningstillfällen försvunnit redovisas i denna studie kodningar från 26 inspelningstillfällen.

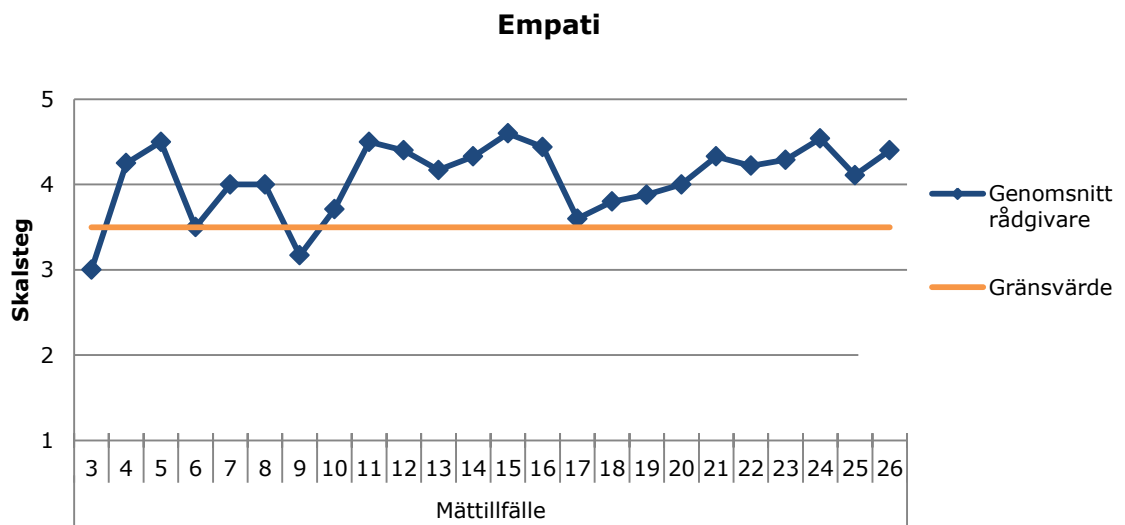
Resultaten av denna kvalitetssäkring av MI framgår av Figur 7–12 samt i Bilaga 8. Ett mättillfälle avser de i studien inkluderade rådgivare som då arbetade på Alkohollinjen och spelade in samtal.

Vid mättillfällena 1 och 2 år 2007 bedömdes MI enligt MITI 2.0 varför dessa uppgifter enbart redovisas i Bilaga 8. I Figurerna 7–12 redovisas mättillfällena 3–26 åren 2008–2014 som samtliga kodades med MITI 3.0 och 3.1.

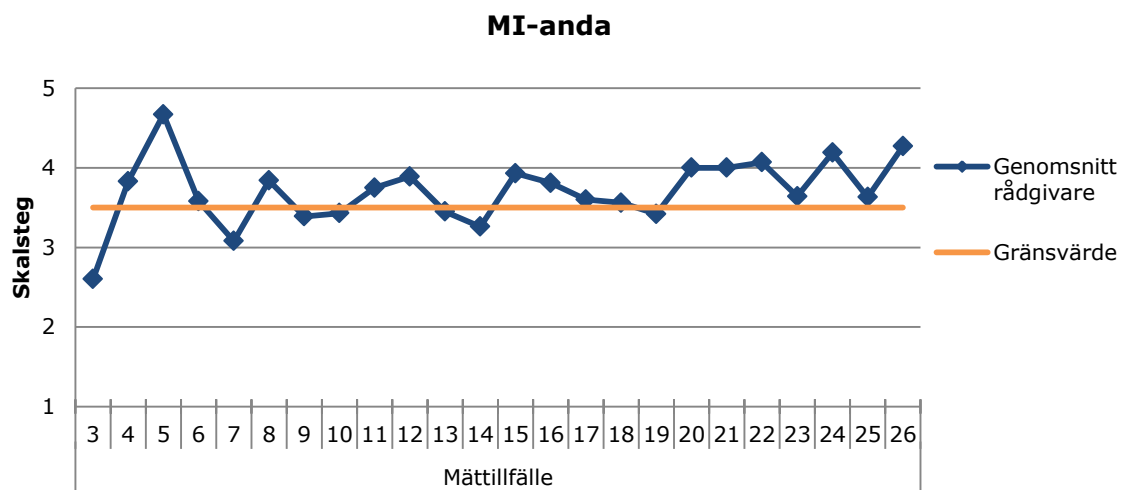
Rådgivarna har genom åren visat påtagligt hög MI-kompetens. De har varit skickliga i att använda reflektioner, där de har nått nivån skicklighet i MI ($\geq 2,0$ reflektioner/frågor, Figur 9). De har endast vid enstaka tillfällen legat under värdet för baskompetens i genomsnittsvärdet för Empati. Genomsnittet för MI-anda har legat något lägre än genomsnittet för Empati. Kompetensen i Empati och MI-anda har från och med 2011 förbättrats för gruppen som helhet och utom vid enstaka mättillfällen, visat baskompetens i MI (Figur 7–8).

Det enda mått där gruppens genomsnitt ofta har legat under referensvärdet för baskompetens i MI har varit procent MI-förenliga av samtliga MI-oförenliga och MI-förenliga yttranden (Figur 12 och Bilaga 7, Tabell F). Förutom detta har rådgivarna under studieperioden i huvudsak uppvisat minst baskompetens i MI.

Av dem som efter godkänd utbildning och inskolning har anställts som rådgivare på Alkohollinjen har ungefär 85 procent enbart kunnat erbjudas timanställning. Det har periodvis bidragit till en relativt stor personalomsättning eftersom många timanställda haft svårt att i längden kombinera arbetet som rådgivare med annan anställning. På senare år har flera rådgivare kunnat erbjudas tillsvidareanställning och fler timanställda rådgivare har stannat kvar. Det har inneburit att antalet i studien inkluderade deltagare per år ökat i vårt material från två år 2007 till 15 år 2014 (Bilaga 8). Därmed är kvalitetssäkringen ett visst verksamhetsår med få studiedeltagare ett mer osäkert mått på rådgivarnas MI-kompetens det året, jämfört med ett år där måttet baserats på många rådgivares kodade samtal.

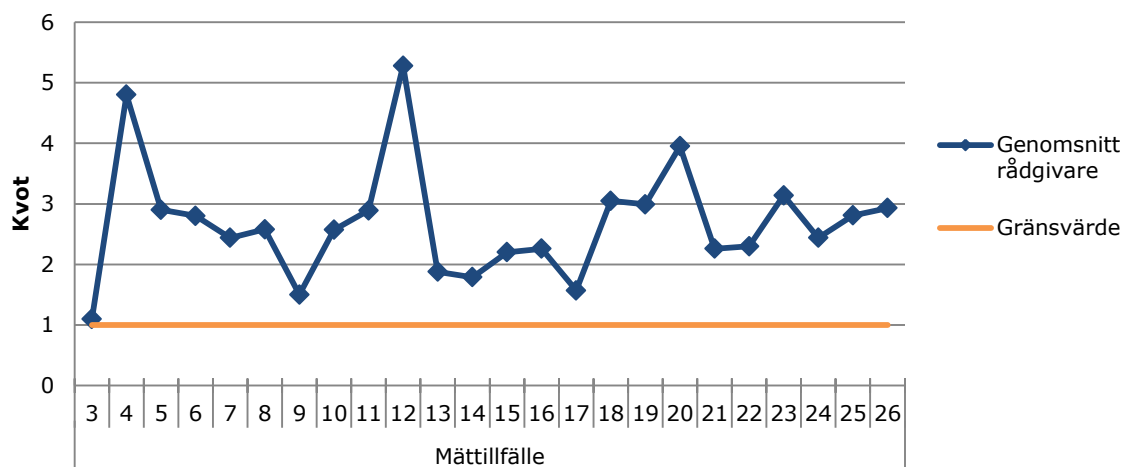


Figur 7. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för skattningen i skalan Empati åren 2008 – 2014.



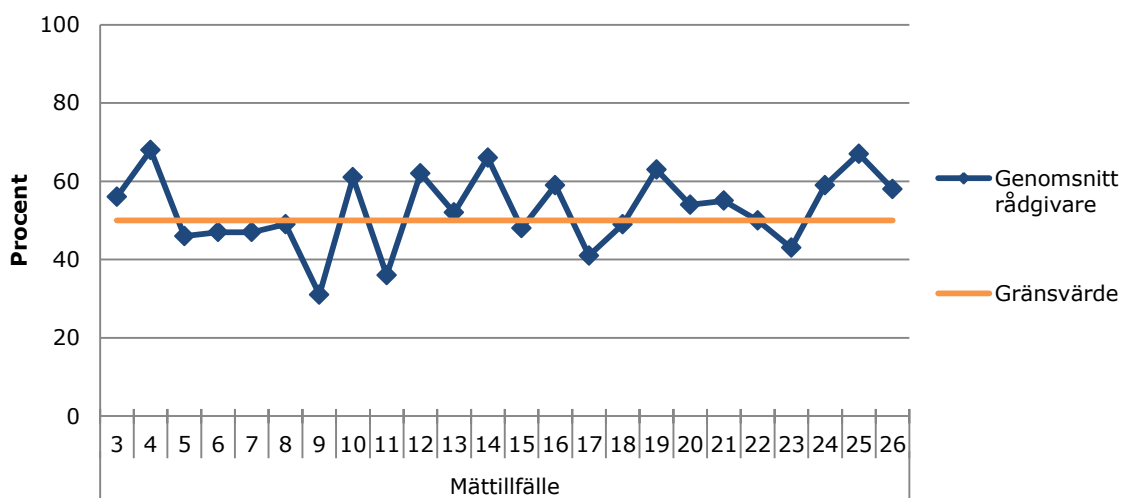
Figur 8. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för skattningen i skalan MI-anda åren 2008 – 2014.

Kvot reflektioner av frågor



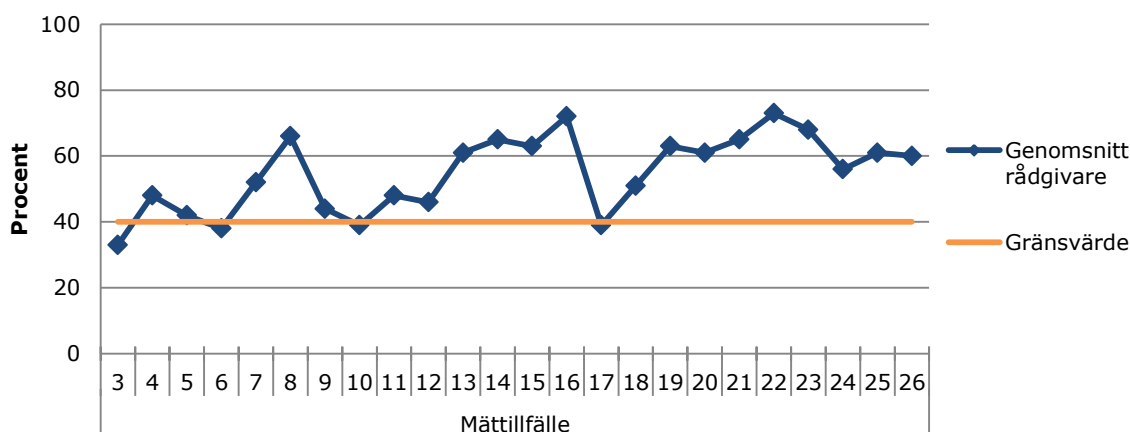
Figur 9. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för kvoten Reflektioner av alla frågor åren 2008 – 2014.

Procent Öppna frågor



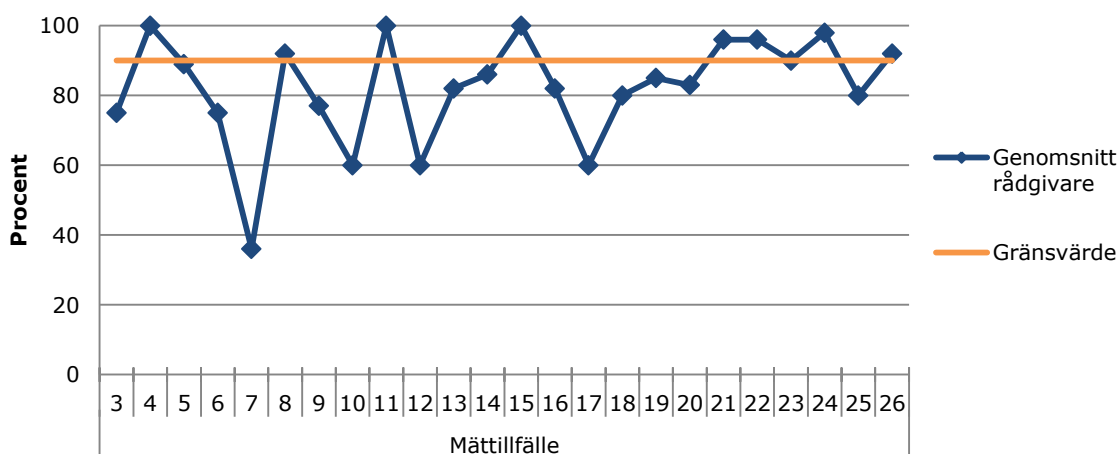
Figur 10. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för procent Öppna frågor av alla frågor åren 2008 – 2014.

Procent Komplexa reflektioner



Figur 11. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner åren 2008 – 2014.

Procent MI-förenliga yttranden



Figur 12. Utveckling av rådgivarnas medelvärde för procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden åren 2008 – 2014.

Variation i MI-kompetens för enskilda rådgivare

Ibland har en rådgivare lämnat in mer än ett samtal vid ett visst mättillfälle. Elva rådgivare har under åren 2007–2014 lämnat in två eller tre samtal för kodning vid samma mättillfälle. Detta har gjort det möjligt att undersöka hur MI-kompetensen varierat mellan olika samtal utförda av samma rådgivare under samma mätperiod.

För att ge en bild av variationen i rådgivarnas MI-kompetens har skattningen av dessa samtal jämförts parvis. För en rådgivare med två samtal från samma mättillfälle har samtal 1 kunnat jämföras med samma rådgivares samtal 2. För rådgivare med tre samtal från samma mättillfälle har samtal 1 och 2, 2 och 3 samt 1 och 3 kunnat jämföras. Sammanlagt har det varit möjligt att genomföra 22 sådana dubbelskattningar för variabeln Empati, kvoten mellan Reflektioner och Frågor, procent Öppna frågor, procent Komplexa reflektioner samt procent yttranden Förenliga med MI. För variabeln MI-

anda har 18 dubbelskattningar genomförts eftersom två av samtalen saknat målbeteende och därför inte kodats för MI-anda. Genomsnittet av skillnaden mellan kodning för de parvis jämförda skattningarna presenteras i Tabell 3.

Skattningen av Empati och MI-anda för de parvis jämförda samtalen visade i båda fallen en genomsnittlig skillnad på 0,6 poäng på den femgradiga skalan. För kvoten mellan antal Reflektioner och antal Frågor fanns en betydande genomsnittlig skillnad med en variation på en och en halv gång (1,6) mellan samtal utförda av samma rådgivare under ett och samma mättillfälle. Procent Öppna frågor av totala antalet frågor varierade i genomsnitt med 24 procent. Procent Komplexa reflektioner av totala antalet reflektioner skiljde sig i genomsnitt 20 procent. Procent yttranden Förenliga med MI av totala antalet yttranden som är Förenliga eller Oförenliga med MI skiljde sig i genomsnitt med 22 procent.

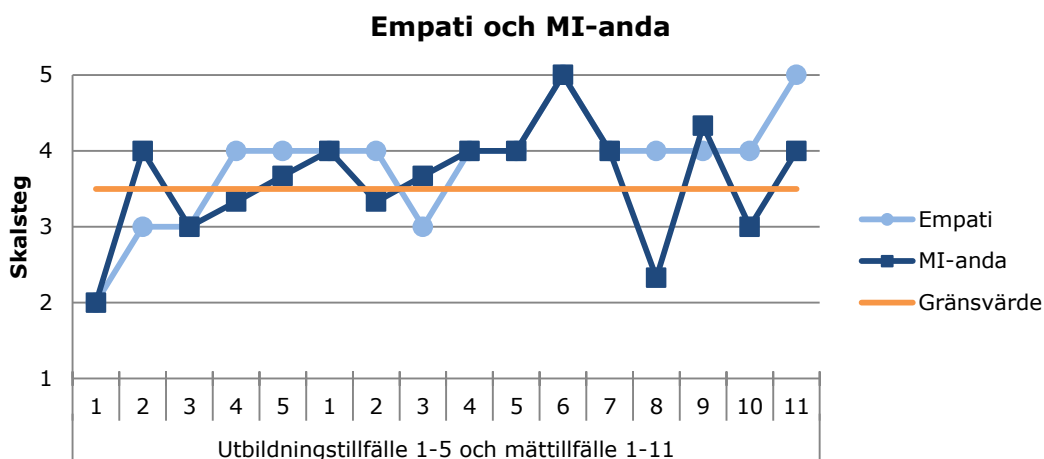
Tabell 3. Variation i MI-kompetens mellan olika samtal under samma mättillfälle för enskilda rådgivare i ordinarie verksamhet.

| Variabel | Genomsnitt av skillnad | Antal dubbelskattningar |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Empati | 0,57 poäng | 22 |
| MI-anda | 0,58 poäng | 18 |
| Förhållande Reflektioner/Frågor | 1,56 gånger | 22 |
| Öppna frågor | 24% | 22 |
| Komplexa reflektioner | 20% | 22 |
| MI-förenliga yttranden | 22% | 22 |

En enskild rådgivares variation i MI-kompetens över tid

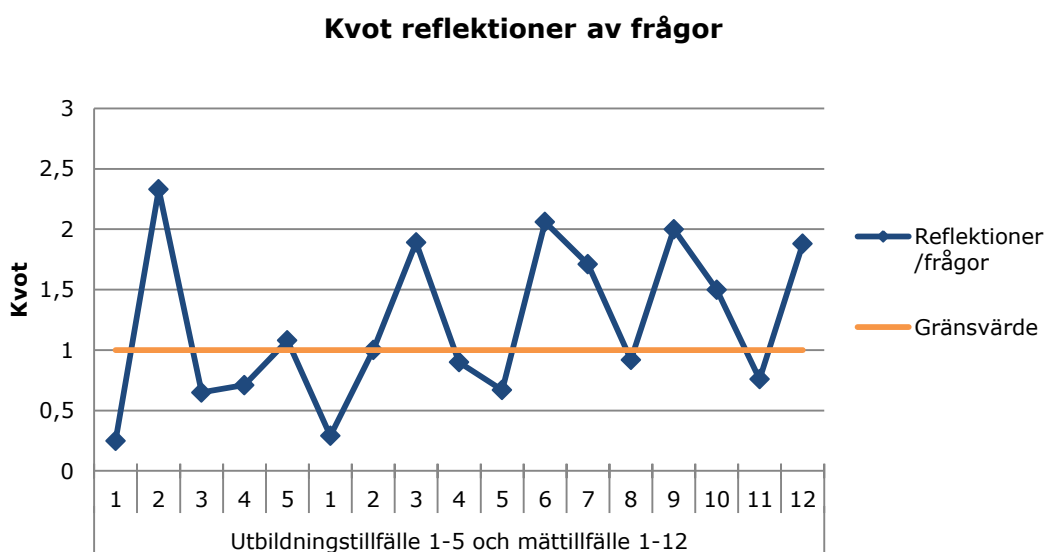
En illustration av hur en enskild rådgivares MI-kompetens har varierat över en längre period från första utbildningstillfället och därefter i den ordinarie verksamheten ges i Figur 13–16.

Det kan konstateras att rådgivaren under de fem utbildningstillfällena har förvärvat MI-kompetens i Empati samt att den förmågan därefter vidmakthållits utom vid ett av 11 tillfällen i ordinarie verksamhet. Rådgivaren lärde sig också MI-anda under utbildningen men i den ordinarie rådgivningen har förmågan att visa Empati varierat mellan olika samtal. Värdet för MI-andan har varierat mellan drygt 2 och 5 poäng, men oftast legat över nivån för baskompetens i MI. Vid mättillfälle 4, 5 och 6 har Empati och MI-anda samma värde (Figur 13).



Figur 13. Utveckling för en enskild rådgivare i skalorna Empati och MI-anda under utbildningen i MI och under 11 mättillfällen i ordinarie verksamhet¹.

Andelen Reflektioner i förhållande till Frågor har i ordinarie verksamhet oftast legat på eller över gränsvärdet för baskompetens i MI men rådgivarens variation i det måttet är stor. Ibland har rådgivaren dubbelt så många reflektioner som frågor men andra gånger fler frågor än reflektioner (Figur 14).

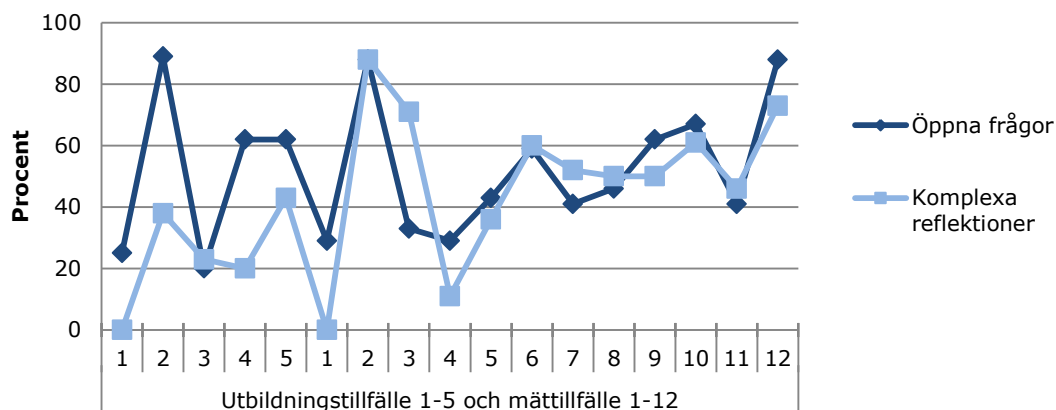


Figur 14. Utveckling för en enskild rådgivare för kvoten Reflektioner av alla frågor under utbildningen i MI och under 12 mättillfällen i ordinarie verksamhet.

Procent Öppna frågor låg i ordinarie verksamhet något oftare på eller över gränsvärdet på 50 procent. Procent Komplexa reflektioner har legat stabilt över gränsvärdet på 40 procent men med enstaka stora variationer (se mättillfälle 1 och 4 Figur 15).

¹ Mättillfälle 12 i Figur 13 utgår då samtalet var kortare än 10 minuter och därför inte tillät skattning av Empati och MI-anda.

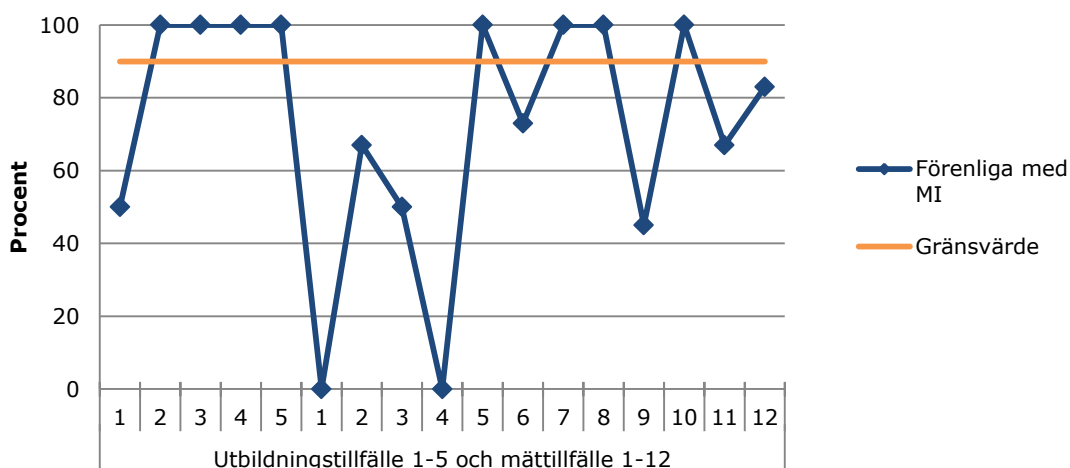
Öppna frågor och Komplexa reflektioner



Figur 15. Utveckling för en enskild rådgivare i procent Öppna frågor av alla frågor (gränsvärde 50 %) och procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner (gränsvärde 40 %) under utbildningen i MI och under 12 mättillfällen i ordinarie verksamhet.

Det mått på MI-kompetens som varierat mest för rådgivaren var Procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden. Vid två tillfällen 0 procent och vid fyra tillfällen 100 procent i ordinarie verksamhet. Det bör dock påpekas att procentsiffrorna blir överdrivna i detta mått eftersom det i många samtal är så få yttranden. Att räkna procent med endast få MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden medför att ett enda yttrande kan ge en stor effekt i procentsiffran.

Procent MI-förenliga yttranden



Figur 16. Utveckling för en enskild rådgivare i procent Förenliga yttranden av alla förenliga och oförenliga yttranden under utbildningen i MI och under 12 mättillfällen i ordinarie verksamhet.

Diskussion

Alkohollinjens redovisning av MI-kompetensen hos rådgivare i ordinarie verksamhet under en så lång period som åtta år är oss veterligen unik och innebär ett viktigt bidrag till forskningen om implementering av MI.

Många verksamheter framförallt inom hälso- och sjukvården utgår från att behandlare efter endast ett fåtal dagars utbildning ska ha lärt sig MI. Det har inneburit att MI-utbildningar ofta varit korta och utan inslag av fortsatt träning (17,18) som kunnat ge personal i ordinarie verksamhet möjlighet att nå och upprätthålla rekommenderade kriterier för MI-kompetens. Om en verksamhet erbjuder sin personal att delta i en grundutbildning i MI men inte kvalitetssäkrar den utbildade personalens MI-samtal kommer varken verksamheten eller personalen att veta om klienterna nås av MI.

Vår studie har kunnat visa att Alkohollinjen, som ända sedan verksamheten startade genomfört en grundutbildning i MI följt av omfattande fortsatt träning, har kunnat säkerställa att rådgivningen i den ordinarie verksamheten minst motsvarat uppställda kriterier för baskompetens i MI för fem av sex mått. Alkohollinjen har på så sätt kunnat få investeringen i MI-utbildningen bekräftad, till gagn för de klienter som tar kontakt med verksamheten.

Alkohollinjens synsätt har varit att MI-utbildningens resultat ska bedömas med hjälp av observerade samtalsprestationer hos deltagarna. Det är ett arbetssätt som de båda upphovsmännen till MI också förordat i sin senaste bok (6).

Studier har visat att rådgivarens skicklighet i MI har varit avgörande för hur det går för klienter (21,35). Klienter som samtalar med MI-rådgivare som har nått skicklighet i metoden har uttryckt mer förändringstal under samtalet än klienter som haft rådgivare som varit mindre skickliga (19). Exempel på förändringstal kan vara att tala om sina motiv för att förändra sina alkoholvanor, hur man tänker sig gå till väga och/eller att man har tilltro till sin förmåga att göra en förändring. Klienters tal om förändring respektive om att inte förändra sig har i sin tur haft samband med om förändring av en levnadsvana har genomförts (9,10,36).

Den tidigare nämnda 12-månadersuppföljningen av klienter som första gången kontaktade Alkohollinjen 2009–2011 (31) visade att den rådgivning som praktiseras på Alkohollinjen bidrog till både statistiskt och kliniskt signifikanta förbättringar. Särskilt markant var förbättringen i andelen klienter med möjligt alkoholberoende som minskade från två tredjedelar till en femtedel. Resultatet indikerar att det kan finnas ett samband mellan att evidensbaserad MI tillhandahållits klienter och det positiva utfallet.

Verksamma komponenter

Forskning har visat att vissa komponenter i MI (Empati, MI-anda, MI-oförenliga yttranden) har samband med hur det går för klienter att till exempel förändra sina alkoholvanor eller sluta röka. Apodaca och Longabaugh (9) har visat att även små förändringar i MI-oförenliga yttranden kan inverka på hur det går för klienten. Lindqvist et al. (37 under arbete) har visat att en höjning av MI-andan även under rekommenderade gränsvärden för kompetens i MI medför att fler klienter påverkas gynnsamt. Det är även visat att förmågan att förmedla Empati inverkar på utfallet av behandling (7).

En annan verksam komponent i Alkohollinjens rådgivning kan vara den kartläggning av alkoholvanorna och dess konsekvenser som görs med hjälp av screeningformuläret

AUDIT och som följs av återkoppling av resultaten. Detta arbetssätt har likheter med Motivational Enhancement Therapy (MET) vars huvudkomponenter är MI i kombination med personlig återkoppling av alkoholrelaterade hälsoreultat (38).

Kartläggningen i MET är omfattande men forskningen har ännu inget svar på hur omfattande en kartläggning ska vara för att utgöra en verksam komponent i behandlingen. När MET i en stor randomiserad kontrollerad studie jämfördes med 12-stegsbehandling och Kognitiv beteendeterapi (KBT) hade alkoholberoende patienter som fått MET vid uppföljning efter 3 år förbättrats lika mycket som patienter som fått 12-stegsbehandling och KBT (39).

I Socialstyrelsens nyligen reviderade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården rekommenderas MET vid alkoholberoende (40) och metoden är nu under implementering i Sverige (41). Det kan vara rimligt att se Alkollinjens rådgivning som "MET light".

Kan bedömning av den egna MI-kompetensen vara ett alternativ till kvalitetssäkring enligt MITI?

Självbedömning av kompetens i MI saknar samband med objektiv skattning av MI-prestationer (15,19). Eftersom man ibland underskattar och vid andra tillfällen överskattar sina färdigheter kan den egna skattningen inte användas för att korrekt bedöma om man lärt sig MI. Personal som endast hänvisas till otillförlitlig självbedömning av sina prestationer har mindre goda förutsättningar att nå baskompetens och skicklighet i MI (42). Ett problem är att behandlaren kan invaggas i tron att de utför evidensbaserad MI och därför dra slutsatsen att de inte behöver fortsätta utveckla och kvalitetssäkra sin kompetens i MI.

Alkohollinjens utbildning i MI

Redan när verksamheten på Alkohollinjen planerades 2006 och beslut togs om att basera rådgivningen på MI fanns en medvetenhet om vikten av kvalitetssäkring av utförda samtal såväl i utbildningen som i den ordinarie verksamheten. Dessutom har både grundutbildningen i MI och handledningen på inspelade och MITI-kodade samtal utvecklats över tid baserat på vunna erfarenheter.

I Alkollinjens sex dagar långa MI-utbildning har återkoppling av MITI-kodade samtalsprestationer bidragit till att de flesta deltagare nått MI-kompetens. Det har endast varit deltagare som i sin utbildning uppnått gränsvärden för måtten på baskompetens i MI, eller som genom sina framsteg under utbildningen visat att de kan göra detta med viss ytterligare träning, som har erbjudits anställning.

Bedömt enligt MITI-kodningarna tillägnade sig rådgivarna minst baskompetens i MI redan under grundutbildningen. Det som rådgivarna ha haft svårast att lära sig har varit att avstå från att göra MI-oförenliga yttranden, exempelvis att ge råd fastän klienten inte efterfrågat det. Att avstå från att göra MI-oförenliga yttranden är samtidigt en central färdighet i MI och predicerar klienters förändring (9). Ett fåtal MI-oförenliga yttranden har visat sig räcka för att klienter ska lyckas mindre bra med att förändra sig (6 s.435). En första rekommendation för att stärka Alkohollinjens MI-utbildning är att utveckla insatser som bidrar till att deltagarna lär sig att helt avstå från att använda MI-oförenliga yttranden.

Sammantaget har deltagarna i de fem utbildningarna med knapp marginal nått baskompetens i MI i Empati (visat aktivt lyssnande). En andra rekommendation för att stärka MI-utbildningen är att i större utsträckning lära deltagarna Empati så att alla med god marginal tillägnar sig den färdigheten. Detta eftersom även den variabeln har

samband med klienternas prognos. Hög grad av Empati har samband med att det går bra för klienter och låg grad av Empati har samband med att klienter fortsätter dricka alkohol (7).

En av undervariablerna i MI-anda är Locka fram-variabeln som i senare års forskning framträtt som alltmer central. Flera studier har visat att klienters tal om att förändra sig respektive tal om att inte förändra sig har haft samband med hur klienten senare lyckats genomföra en förändring (9,10,36,43,44). Detta har bidragit till att förändringstal fått ökad betydelse i den senaste uppdateringen av MITI, MITI 4.2.1 (45). Definitionen av variabeln Locka fram har preciserats så att behandlarens Locka fram-aktiviteter kodas med avseende på om behandlaren förstärker klientens förändringstal eller reducerar klientens tal om att inte förändra sig.

I föreliggande studie bröts Locka fram-variabeln ut för sig ur MI-anda-variabeln och analyserades separat. Vi fann att den vid det sista utbildningstillfället hållit sig kring 3,5 på den femgradiga skalan vilket motsvarar baskompetens. En tredje rekommendation för att förbättra Alkohollinjens MI-utbildningen är att mer än tidigare fokusera på att öka förekomsten av Locka fram-uttalanden. Om så sker är det sannolikt att mängden förändringstal hos klienter som ringer till Alkohollinjen kommer att öka (36) och därmed predicera att ännu fler klienter drar ner eller slutar dricka alkohol (11).

I senare års MI-utbildningar på Alkohollinjen har deltagarna lyckats bättre än deltagarna i utbildningarna år 2007 och 2009. Det beror sannolikt på att utbildningarna har förbättrats baserat på erfarenheter både från tidigare utbildningar och från rådgivningen i den ordinarie verksamheten. Det kan också bero på att deltagarna i den senaste utbildningen 2013 hade större kännedom om MI redan när utbildningen påbörjades än deltagare som utbildades 2007 och 2009. Detta antagande stöds av att de senares ingångsvärden för MITI-kodningarna vid de första utbildningstillfällena var lägre än ingångsvärdena för deltagarna 2013.

Senare års forskning om hur utbildning i MI ska utformas visar att handledning som baseras på oberoende kodning av verkliga MI-prestationer är en viktig del av utbildningen. Insikten om detta har funnits på Alkohollinjen redan då verksamheten planerades. Dessutom stöds pedagogiken av en nyligen genomförd undersökning i fem svenska landsting (15). Där visades att 2 – 3 dagars grundutbildning som följdes av regelbunden handledning baserad på objektiva MITI-kodade MI-prestationer signifikant ökade personalens MI-kompetens jämfört med kontrollgruppen som inte fick sådan handledning. Utan handledning under en sex månaders uppföljningsperiod reducerades nivån på den under grundutbildningen förvärvade MI-kompetensen. Den pedagogik som tillämpas på Alkohollinjen bekräftas också av en genomgång av 21 studier om MI-utbildning som fann att om grundutbildningen i MI följdes av 3 – 4 tillfällen med handledning/feedback så bibehölls MI-kompetensen medan den sjönk utan sådana insatser (12).

Kvalitetssäkring av MI är en grund för fortsatt lärande

Alkohollinjens kvalitetssäkring av MI genom inspelning och MITI-kodning av rådgivarsamtal i ordinarie verksamhet har borgat för att investerade resurser i MI-utbildningen har tillvaratagits. Därutöver har kvalitetssäkringen genomförts så att träningen av rådgivarna baserats på de behov som de MITI-kodade inspelningarna tydliggjort. Protokollen från de MITI-kodade samtalen har visat på utvecklingsområden i MI-kompetens hos rådgivare som därmed har kunnat uppmärksammas och åtgärdas. Både rådgivare och handledare har fått oberoende feedback på utförda MI-prestationer. Rådgivarna har genom kvalitetssäkringen och handledningen givits

möjlighet att hålla sin MI-kompetens på en hög nivå. Klienter som kontaktat Alkohollinjen har därmed sannolikt nåtts av evidensbaserad MI, vilket är sällsynt såväl nationellt som internationellt.

Kvalitetssäkringen av verksamheten vid Alkohollinjen visar att rådgivarna har baskompetens och att de ibland uppvisar skicklighet i sina MI-samtal. I Alkohollinjens ordinarie rådgivning nådde rådgivarna som grupp vid sista mättillfället 2014 i Empati 4,4 poäng och i MI-anda 4,3 poäng på den femgradiga skalan. I den tidigare nämnda svenska undersökningen om MI-implementering i fem landsting (15) nådde personal efter två dagars grundutbildning i MI och sex tillfällen med handledning baserad på MITI-kodning av egna samtal i genomsnitt 3,5 poäng i Empati och 3,2 poäng i MI-anda. En förklaring till att Alkohollinjen når längre än andra verksamheter som implementerar MI kan vara att Alkohollinjen under lång tid har prioriterat utveckling av rådgivarnas MI-kompetens. Rådgivarna på Alkohollinjen vet att deras närmaste chef anser att det är viktigt att de upprätthåller sin MI-kompetens och att deras utveckling i detta avseende följs kontinuerligt. Spontana kommentarer från deltagare i landstingsstudien pekar mot att många av dem saknade motsvarande stöd från sina chefer. Vi kan alltså inte utesluta att skillnader i MI-kompetens i olika verksamheter också påverkas av ledningens prioriteringar och inte bara av utbildningens uppläggning och av kvalitetssäkring med MITI-kodning och handledning.

Det enda måttet på MI-kompetens som ofta har legat under referensvärdet för baskompetens har varit procent MI-förenliga yttranden av samtliga MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden. Under 2013 och 2014 har dock rådgivarna i genomsnitt uppnått minst baskompetens vid fem av åtta mättillfällen. Vid ett av dessa tillfällen uppvisade de baserat på hela 11 rådgivarsamtal skicklighet i MI.

Spelar selektionen av deltagare roll?

En del i Alkohollinjens prioritering av MI har varit att man inför utbildningarna har intervjuat intresserade deltagare. Eftersom alla efter intervjun inte erbjöds att gå utbildningen gjordes därmed en första selektion. Eftersom alla som gick utbildningen inte erbjöds anställning som rådgivare gjordes en andra selektion. Enligt dagens kunskapsläge har deltagares prestationer i Empativariabeln samband med hur väl man kan tillägna sig MI-kompetens under en utbildning (7,46). Det behövs fortsatt forskning om hur selektionskriterier ska utformas dels för att deltagare ska nå fullgoda resultat efter MI-utbildning, dels för att minska utbildningskostnaderna och möjliggöra att klienter i ökande omfattning kan nås av evidensbaserad MI.

MI-kompetensen för en rådgivare varierar

Ofta så tänker vi nog att när vi väl lärt oss en sak så är den nya färdigheten stabil men tänker vi efter så vet vi att så är det oftast inte. Det vanliga är istället att våra inlärdade färdigheter varierar en hel del från tid till annan och det gäller även för MI. En färdighet är sällan stabil även om träning och återkoppling av prestationer kan minska variationen betydligt.

I vår studie belystes enskilda rådgivares variation i sina MI-samtal vilket understryker vikten av regelbunden kvalitetssäkring, individuell feedback till rådgivare och fortsatt forskning om MI-träning. Variationen kan antas vara beroende av faktorer som rör både klienten och rådgivaren. En del klienter är fåordiga och andra mångordiga, en del har en livssituation där en förändring blir ytterst komplex medan andra har det lättare. För rådgivarens del spelar både yttre och personliga förutsättningar roll. Det kan till exempel handla om stress därför att många samtal står i kö eller trötthet. Variationen i

samtalsprestationer för en och samma rådgivare har tidigare studerats (14) men fler studier behövs för att förstå hur olika faktorer inverkar.

Svagheter i föreliggande studie och generalisering av resultaten

Samtalen som kvalitetssäkringen av Alkohollinjen har baserats på har inte valts slumpmässigt utan rådgivarna har själva valt vilka samtal som lämnats för kodning. Alkohollinjen har två gånger per termin haft inspelningsveckor då samtal spelats in. Bland de samtal som lämnats in har en del valts ut för att rådgivarna varit särskilt nöjda med dem medan andra har valts för att rådgivaren velat lära sig mer genom feedback och handledning på svåra samtal. De valda samtalen visar vad rådgivarna på Alkohollinjen kan prestera med avseende på MI men kvalitetssäkringen kan inte generaliseras till att samtliga Alkohollinjens klienter erhållit evidensbaserad MI.

Utifrån ett kvalitetssäkringsperspektiv av verksamheten vid Alkohollinjen bör samtal idealt väljas ut slumpmässigt. Om kvalitetssäkring av Alkohollinjen inte bara ska visa vad rådgivaren *kan prestera* utan även vad *klienterna erhållit* så bör alla samtal spelas in och stickprov på samtal lottas fram för kodning och sammanställning av kvalitetsmått. Ett sådant förfarande skulle motverka selektionseffekter men måste samtidigt ske på verksamhetens villkor.

De presenterade resultaten kan bara generaliseras till den selekterade grupp deltagare i Alkohollinjens MI-utbildningar som både anställts som rådgivare och i ordinarie verksamhet spelat in minst fyra samtal som MITI-kodats. Det är möjligt att den valda studiegruppen utgörs av rådgivare som haft särskilt lätt för att lära sig MI och som dessutom haft ett särskilt stort intresse för att vidareutveckla sin MI-kompetens. De kan då vara ett positivt urval av mer MI-kompetenta rådgivare. Studiens resultat kan inte generaliseras till rådgivare som arbetat kortare tid på Alkohollinjen.

Studien är mer representativ för rådgivarnas MI-kompetens år 2013 och 2014 än 2007–2010. Åren 2007–2010 har det som mest varit fyra rådgivare per år som kunnat inkluderas i vår studie eftersom endast dessa uppfyllt våra kriterier att vid minst fyra mättillfällen efter sin MI-utbildning ha spelat in samtal som MITI-kodats. Under 2013 och 2014 har mellan 8 och 15 rådgivare kunnat inkluderas, vilket gör att kvalitetssäkringen dessa år är mer representativ för verksamheten.

Slutsats

Denna studie visar att prioritering av insatser för att utveckla och vidmakthålla medarbetarnas MI-kompetens bidrar till att man i en ordinarie verksamhet kan erbjuda sina klienter evidensbaserad MI. Alkohollinjens MI-utbildning har lett till att rådgivare som grupp nått minst baskompetens i MI enligt fem av sex mått i MITI. Dessutom vidmakthölls rådgivarnas kompetens i MI genom fortsatt handledning baserad på MITI-kodade samtal i den ordinarie verksamheten. Studien bekräftar att de investerade insatserna givit önskat resultat. Särskilda studier behövs för att bekräfta om det finns ett samband mellan rådgivarnas kompetens i MI och att klienter som ringer till Alkohollinjen förbättrar sina alkoholvanor. För att få en än mer tillförlitlig kvalitetssäkring av rådgivarnas MI-kompetens behöver kriterierna för urval av samtal för MITI-kodning utvecklas.

Referenser

1. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Social Work Prac.* 2010;20(2):137–60.
2. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:91–111.
3. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305–12.
4. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of Motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(3):328–35.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Västerås: Edita Västra Aros; 2011.
6. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal (CÅ Farbring, Övers. 3:e upplagan). Stockholm: Natur & Kultur; 2013.
7. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav.* 2013;27(3):878–84.
8. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(3):455–61.
9. Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in Motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction.* 2009;104(5):705–15.
10. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):862–78.
11. Glynn LH, Moyers TB. Chasing change talk: the clinician's role in evoking client language about change. *J Subst Abuse Treat.* 2010;39(1):65–70.
12. Schwalbe CS, Oh HY, Zweben A. Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. *Addiction.* 2014;109(8):1287–94.
13. Bohman B, Forsberg L, Ghaderi A, Rasmussen F. An Evaluation of Training in Motivational Interviewing for Nurses in Child Health Services. *Behav Cogn Psychoth.* 2013;41(3):329–43.
14. Forsberg L, Forsberg LG, Lindqvist H, Helgason AR. Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Subst Abuse Treat Pr.* 2010;5(1):8.
15. Forsberg L, Beckman M, Ghaderi A, Lindqvist H, Öhman L, Börjesson-Toth K. Utvärdering och utveckling av utbildningar i Motiverande samtal inom hälso- och sjukvården (opublicerad rapport). Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
16. Miller WR, Mount KA. A small study of training in Motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behav Cogn Psychoth.* 2001;29(4):457–71.

17. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in Motivational interviewing: a systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(1):101–9.
18. Statens folkhälsoinstitut. Motiverande samtal i primärvården – kartläggning av utbildningsinsatser och synpunkter. Kalmar: Lenanders Grafiska; 2009.
19. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn Motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(6):1050–62.
20. Moyers TB, Martin T, Manuel J, Miller WR, Ernst D. Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1) (LG Forsberg, L Forsberg, K Forsberg, T Van Loo & S Rönqvist, Övers.). Stockholm: MIC Lab, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; 2010.
21. Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SML. How does Motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(4):590–8.
22. Forsberg L, Berman AH, Källmén H, Hermansson U, Helgason AR. A Test of the Validity of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *Cogn Behav Ther.* 2008;37(3):183–91.
23. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
24. Agardh E, Boman U, Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsördan. Utvecklingen i Sverige 1990-2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen.* 2015;112(C4TH).
25. Cunningham JA, Breslin FC. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict Behav.* 2004;29(1):221–3.
26. Kuramoto SJ, Martins SS, Ko JY, Chilcoat HD. Past year treatment status and alcohol abuse symptoms among US adults with alcohol dependence. *Addict Behav.* 2011;36(6):648–53.
27. Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, Collin L. Att förbättra sina dryckesvanor - om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. En rapport från projektet "Lösningar på alkoholproblem". Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD; 2007. Report No.: FoU-rapport: 5.
28. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction.* 1993;88(6):791–804.
29. Berman A, Wennberg P, Källmén H. AUDIT & DUDIT. Identifiera problem med alkohol och droger. Stockholm: Gothia; 2012.
30. Heinemans N, Damström-Thakker K. Vilka kontakter Alkoholnjen för att få stöd för förändring av sina alkoholvanor och hur uppfattar de bemötandet? Resultat från baslinjeintervjuer. Stockholm; 2012. Report No.: 2012:3.
31. Heinemans N, Toftgård M, Damström-Thakker K, Galanti MR. An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. *Subst Abuse Treat Pr.* 2014;9(1):22.

32. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assessment*. 1994;6(4):284–90.
33. Andersson L, Juselius J. Är kodning av motiverande samtal enligt MITI reliabel över tid? Karolinska Institutet, Inst för klin neurovetenskap; 2014.
34. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
35. Gaume J, Gmel G, Faouzi M, Daeppen J-B. Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(2):151–9.
36. Moyers TB, Martin T, Houck JM, Christopher PJ, Tonigan JS. From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for Motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(6):1113–24.
37. Lindqvist H, Rosendahl I, Enebrink P, Andersson G, Forsberg L. Counsellor style and in-session client language predict outcome in smoking cessation treatment. Stockholm: MIC Lab, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; inskickad.
38. Miller WR, Zweben A, DiClemente C, Rychtarik R. Motivational Enhancement Therapy manual. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 1992.
39. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(6):1300–11.
40. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Falun: Edita Brobergs; 2015.
41. Hammarberg A, Andreasson S, Fahlke C, Forsberg LG, Johansson M, Öjehagen A. Manual för Motivationshöjande behandling MET (Motivational Enhancement Therapy). Svensk reviderad version. 2015.
42. Brosan L, Reynolds S, Moore RG. Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behav Cogn Psychoth*. 2008;36(5):581–7.
43. Gaume J, Bertholet N, Faouzi M, Gmel G, Daeppen J-B. Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(2):177–85.
44. Vader AM, Walters ST, Prabhu GC, Houck JM, Field CA. The language of Motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(2):190–7.
45. Moyers TB, Manuel J, Ernst D. Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.1. Unpublished manual. 2014.
46. Carpenter KM, Cheng WY, Smith JL, Brooks AC, Amrhein PC, Wain RM, m.fl. “Old dogs” and new skills: How clinician characteristics relate to motivational interviewing skills before, during, and after training. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(4):560–73.
47. Forsberg, L., Ernst, D. Farbring, C. A. (2010). Learning motivational interviewing in a real-life setting: a randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour and Mental Health: Volym 21, Nummer 3*, pp. 177–188.



© 2013 Motivational Interviewing Coding Laboratory
Centrum för psykiatrforskning
Kompetenscentrum för psykoterapi
Liljeholmstorget 7, Plan 6
117 63 Stockholm

E-post: mic-lab@cns.ki.se

Hemsida: www.miclab.org

| | | |
|--------------------------------------|---|---------|
| <u>Enkla + Komplexa reflektioner</u> | = | (≥1,0) |
| Slutna + Öppna frågor | | |
| <u>Öppna frågor</u> | = | (≥0,50) |
| Slutna + Öppna frågor | | |
| <u>Komplexa reflektioner</u> | = | (≥0,40) |
| Enkla + Komplexa reflektioner | | |
| <u>Förenliga</u> | = | (≥0,90) |
| Förenliga + Oförenliga | | |

| | | |
|-------------------------------|---|--------|
| Empati | = | (≥3,5) |
| MI-anda (medelvärde L+S+A) | = | (≥3,5) |
| Styrning | = | |

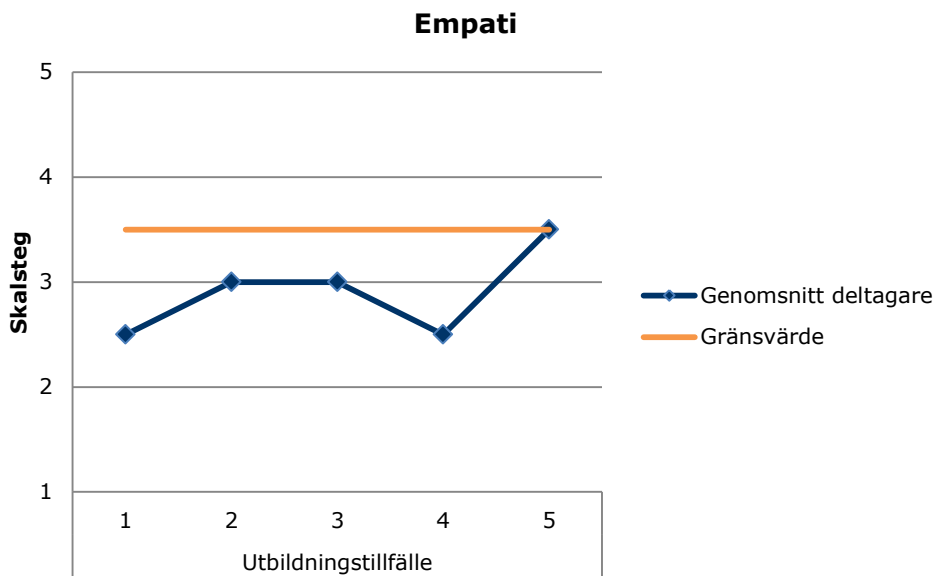
Kodarens/kodarnas kommentarer:

Övrigt:

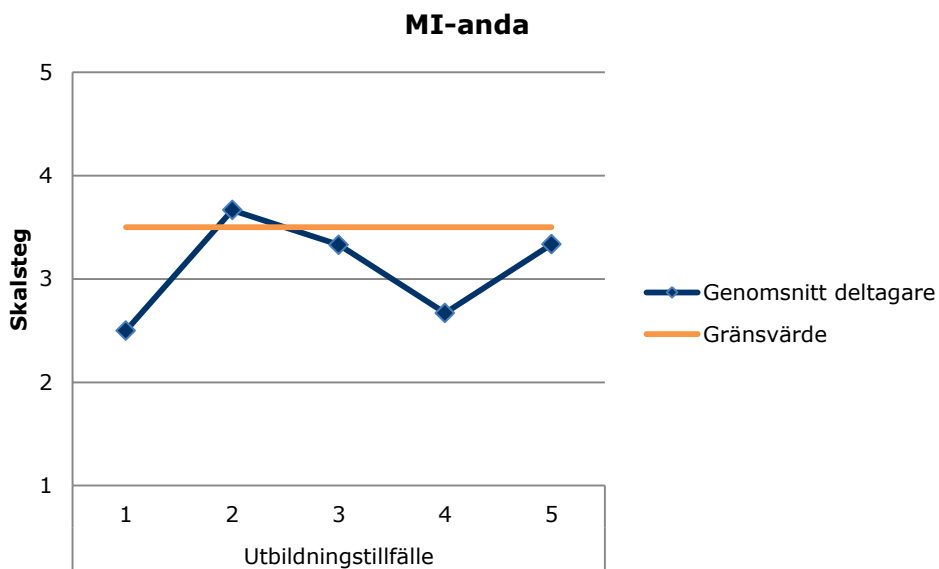
Bilaga 2. Mått på MI-kompetens för samtliga deltagare vid olika utbildningstillfällen som utbildats år 2007 – 2013. Medelvärde och standardavvikelse (SD).

| Utbildnings- tillfälle Referensvärde | Empati ≥3,5 | MI- anda ≥3,5 | Reflektioner/ Frågor ≥1,0 | Procent Öppna frågor ≥50% | ProcentKomplexa reflektioner ≥40% | Procent MI- förenliga yttranden ≥90% |
|--|-----------------------|-----------------------------|---|---|---|--|
| Tillfälle 1 Medelvärde (SD) | 3,19 (0,91) | 3,02 (0,57) | 0,65 (0,47) | 43 (17) | 36 (25) | 57 (43) |
| Tillfälle 2 Medelvärde (SD) | 3,6 (0,74) | 3,62 (0,77) | 1,33 (0,66) | 61 (20) | 49 (14) | 70 (0,46) |
| Tillfälle 3 Medelvärde (SD) | 3,31 (0,79) | 3,58 (0,64) | 1,04 (0,68) | 33 (21) | 32 (16) | 100 (0) |
| Tillfälle 4 Medelvärde (SD) | 4,31 (0,95) | 3,9 (0,65) | 1,42 (0,86) | 58 (14) | 53 (24) | 82 (34) |
| Tillfälle 5 Medelvärde (SD) | 3,81 (0,98) | 3,56 (0,62) | 1,13 (0,44) | 44 (18) | 48 (18) | 77 (40) |

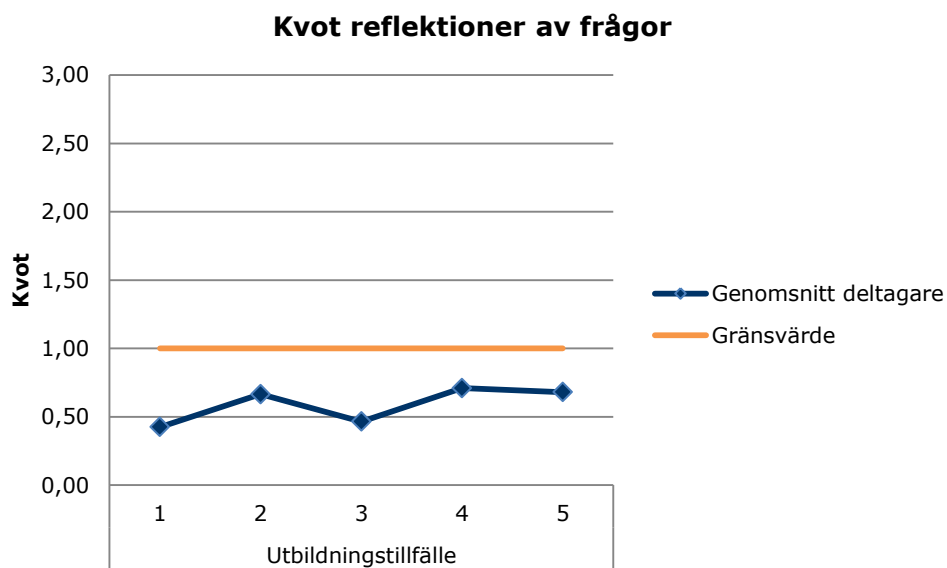
Bilaga 3. Utveckling av 2007 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens



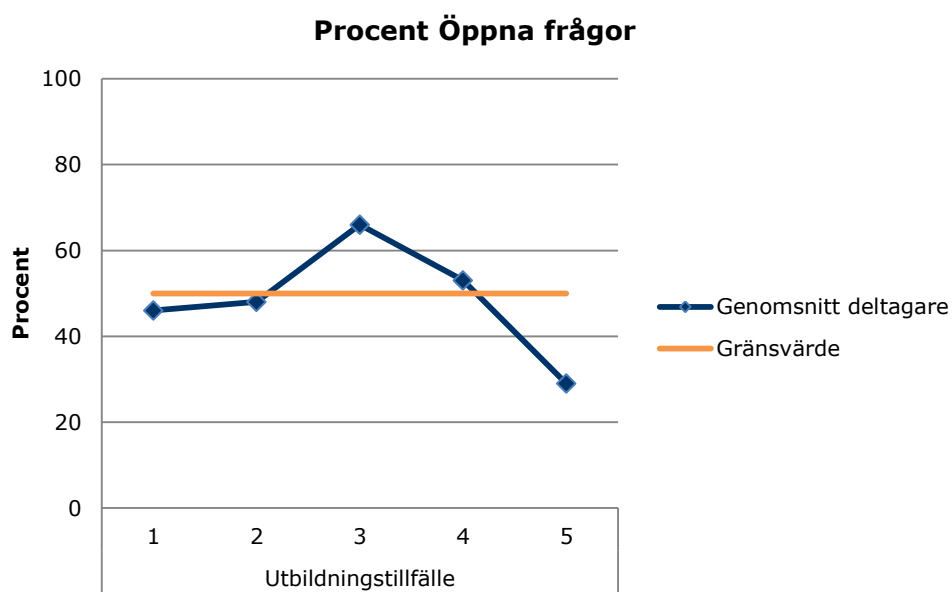
Figur A. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för skalan Empati.



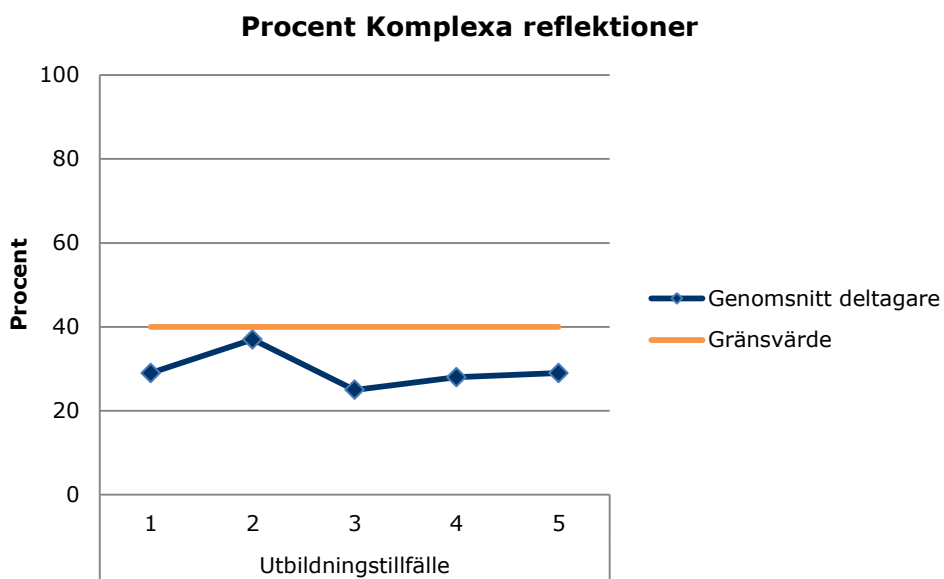
Figur B. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för skalan MI-anda.



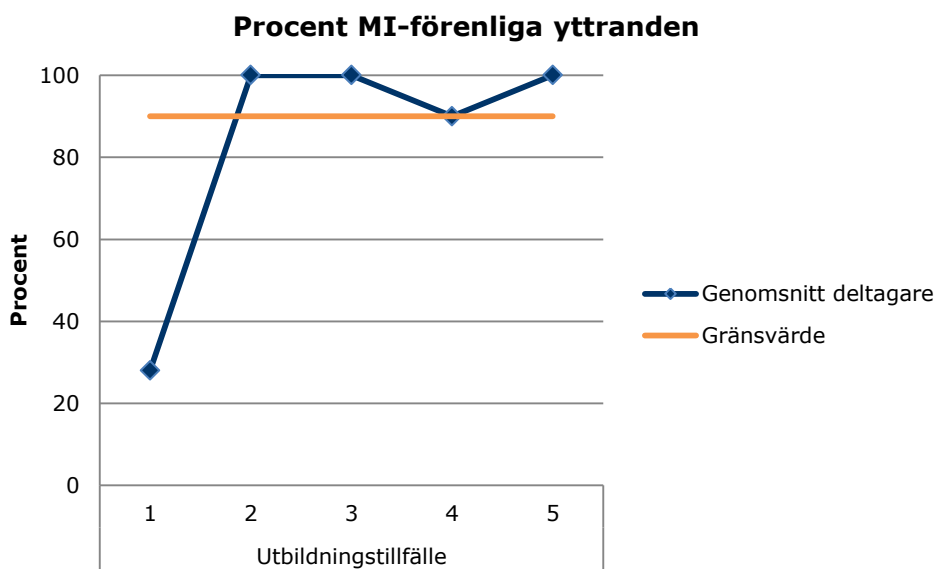
Figur C. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för kvoten Reflektioner av alla frågor.



Figur D. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för procent Öppna frågor av alla frågor.

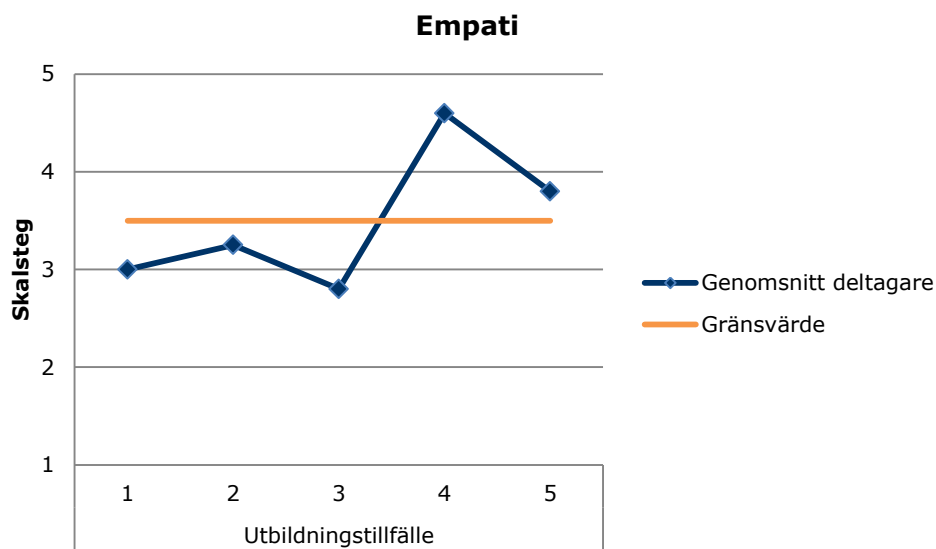


Figur E. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner.

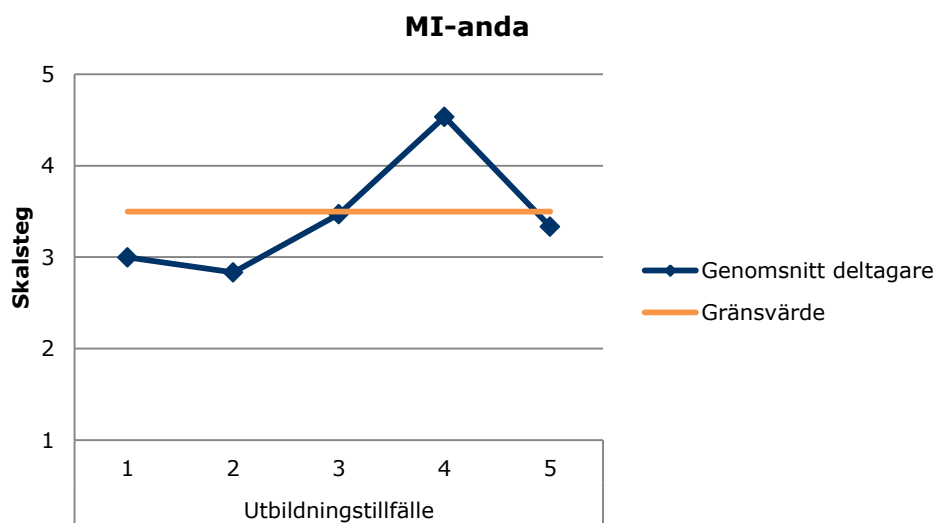


Figur F. Utveckling av 2007 års deltagares (N=2) medelvärde för procent MI-förenliga yttranden av alla förenliga och oförenliga yttranden.

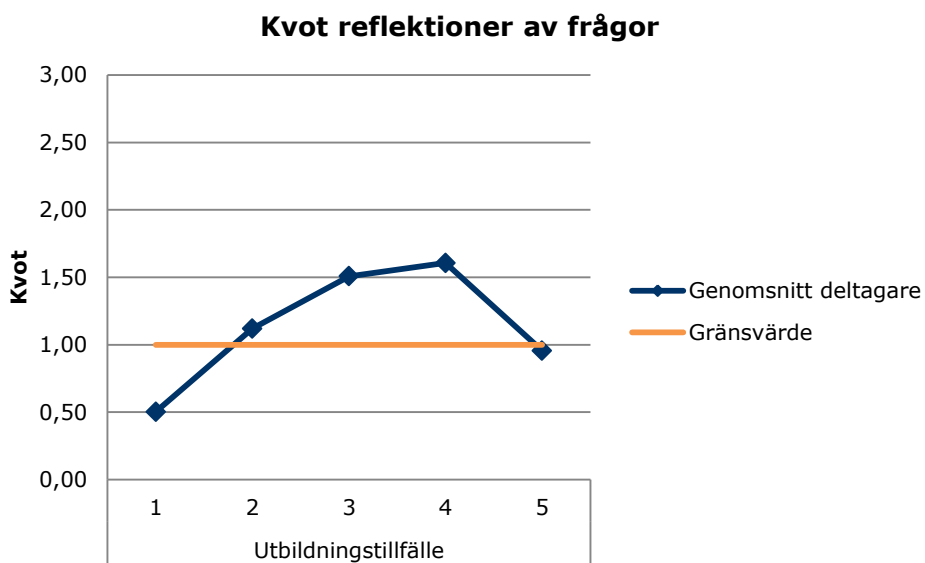
Bilaga 4. Utveckling av 2009 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens



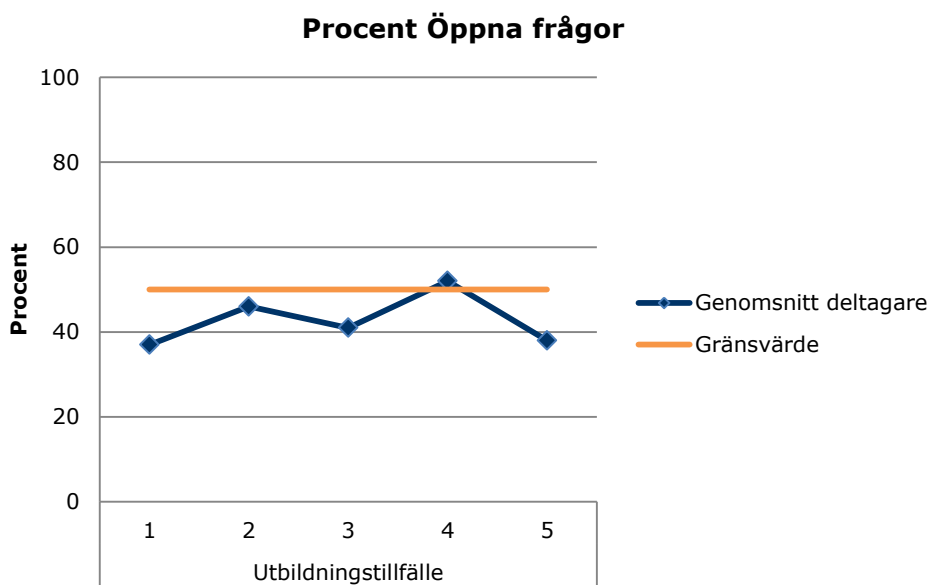
Figur A. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för skalan Empati.



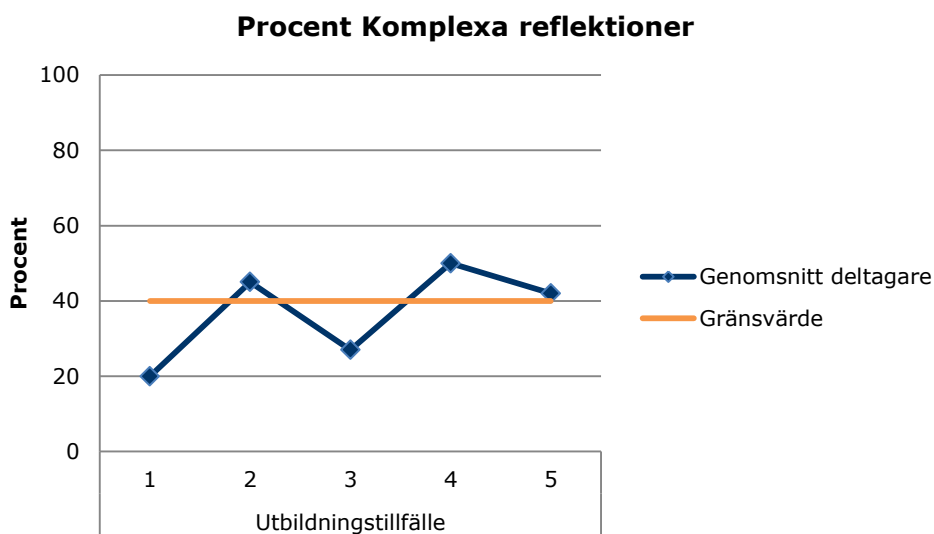
Figur B. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för skalan MI-anda.



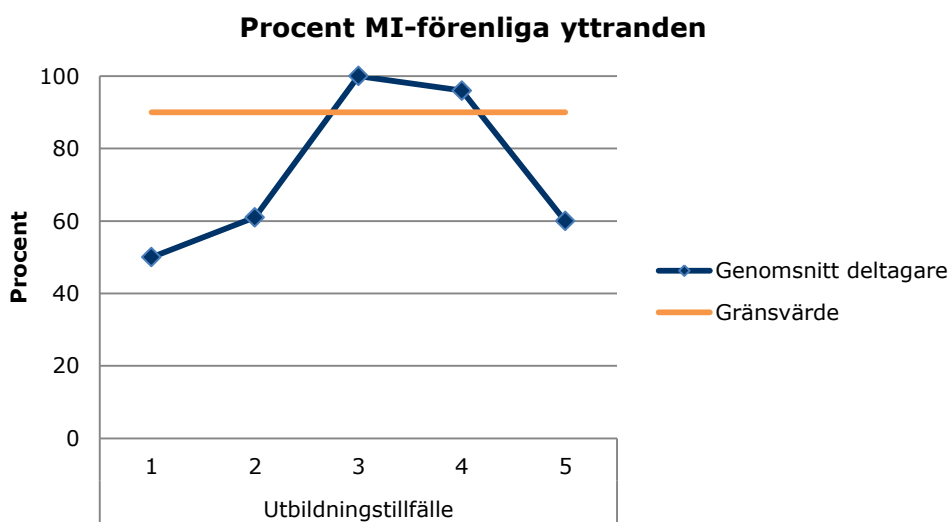
Figur C. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för kvoten Reflektioner av alla frågor.



Figur D. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för procent Öppna frågor av alla frågor.

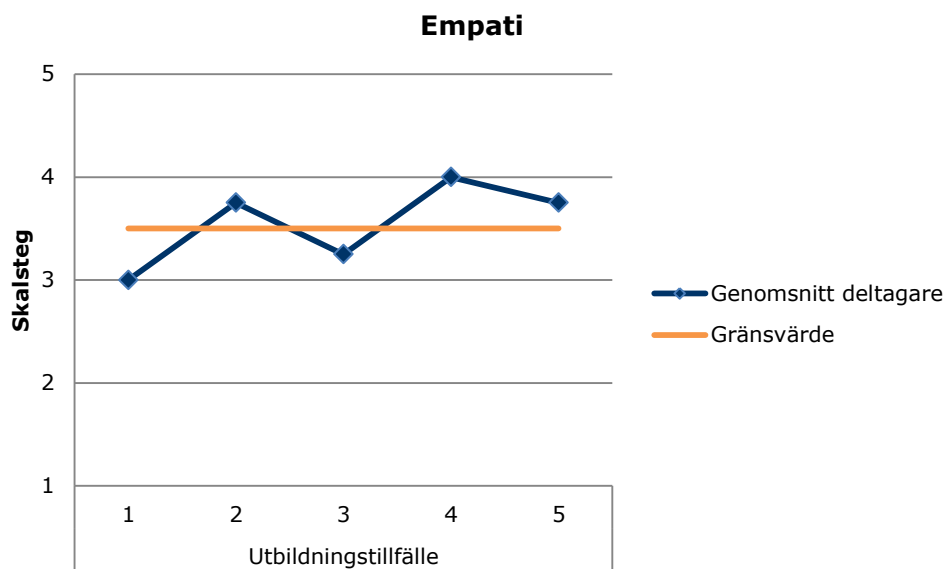


Figur E. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner.

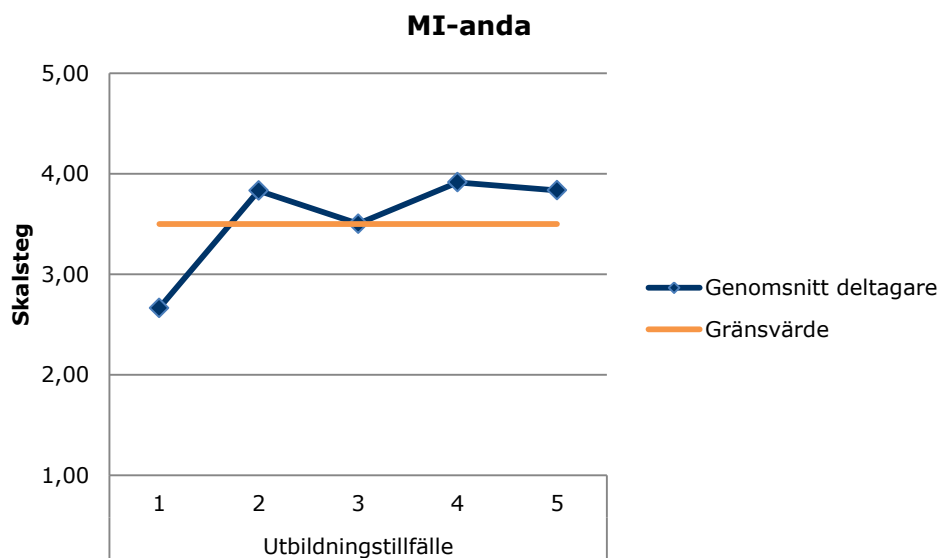


Figur F. Utveckling av 2009 års deltagares (N=5, tillfälle 2 N=4) medelvärde för procent MI-förenliga yttranden av alla förenliga och oförenliga yttranden.

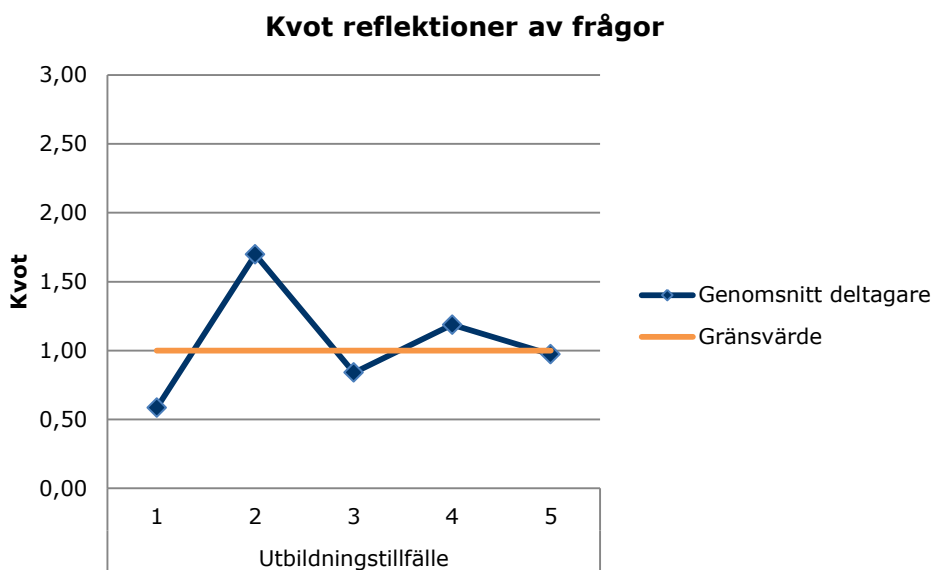
Bilaga 5. Utveckling av 2010 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens



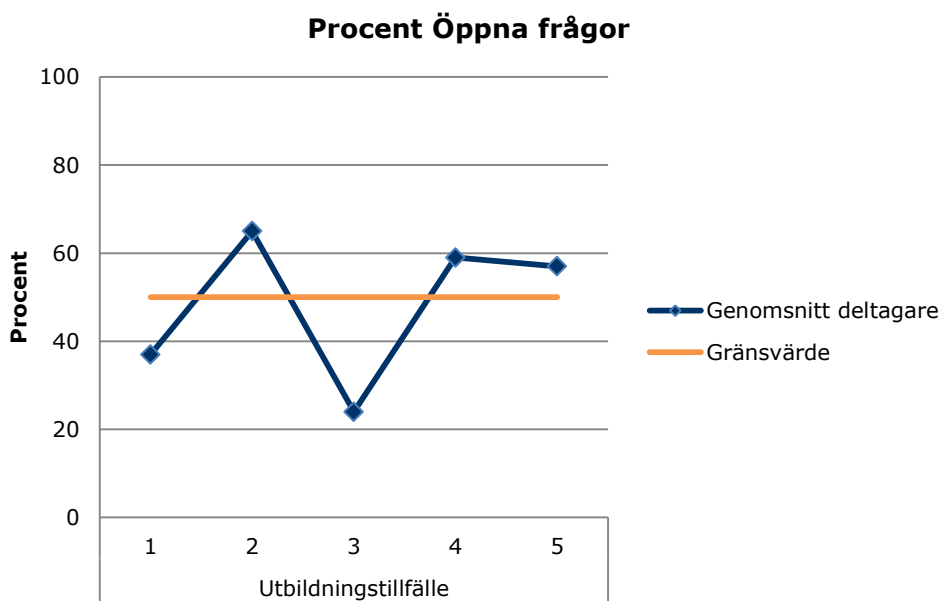
Figur A. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för skalan Empati.



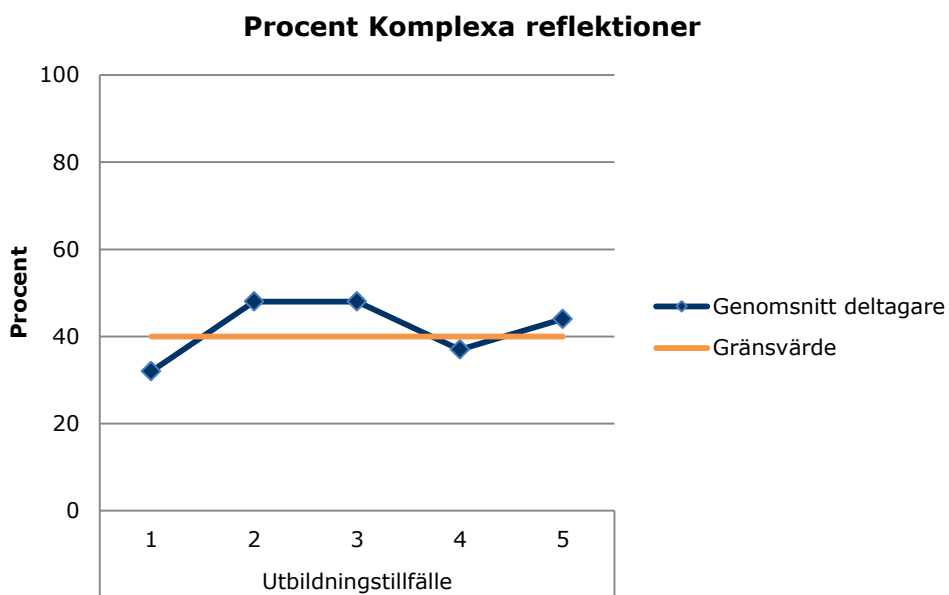
Figur B. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för skalan MI-anda.



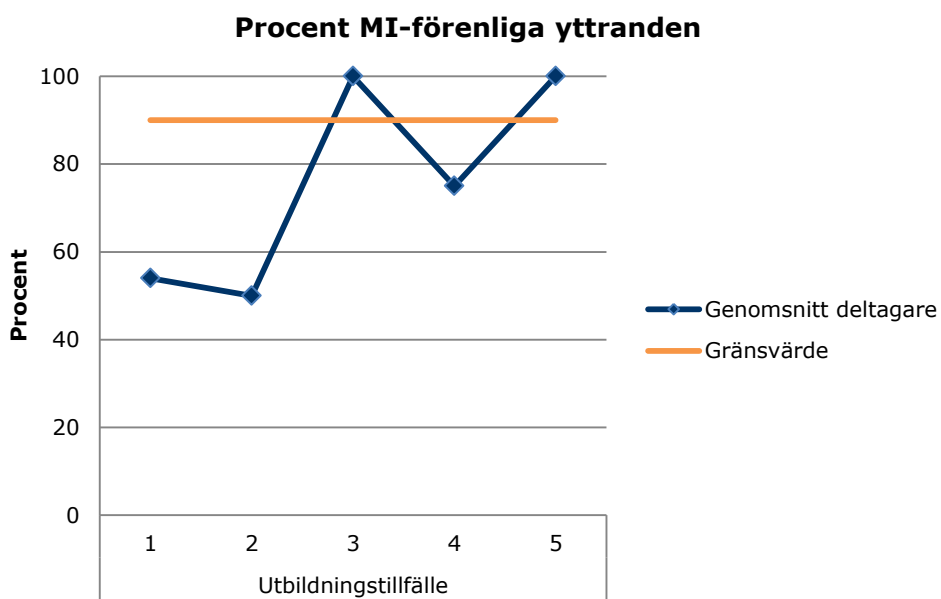
Figur C. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för kvoten Reflektioner av alla frågor.



Figur D. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för procent Öppna frågor av alla frågor.

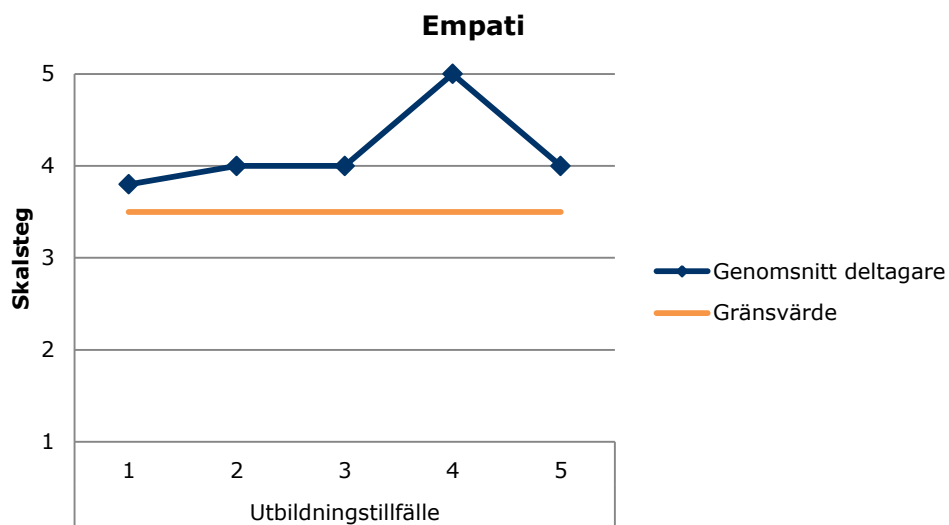


Figur E. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner.

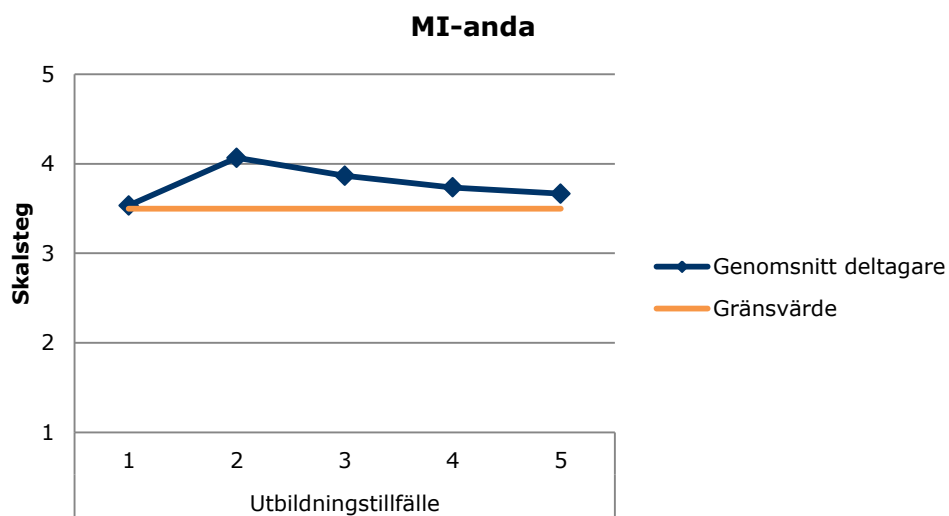


Figur F. Utveckling av 2010 års deltagares (N=4) medelvärde för procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden.

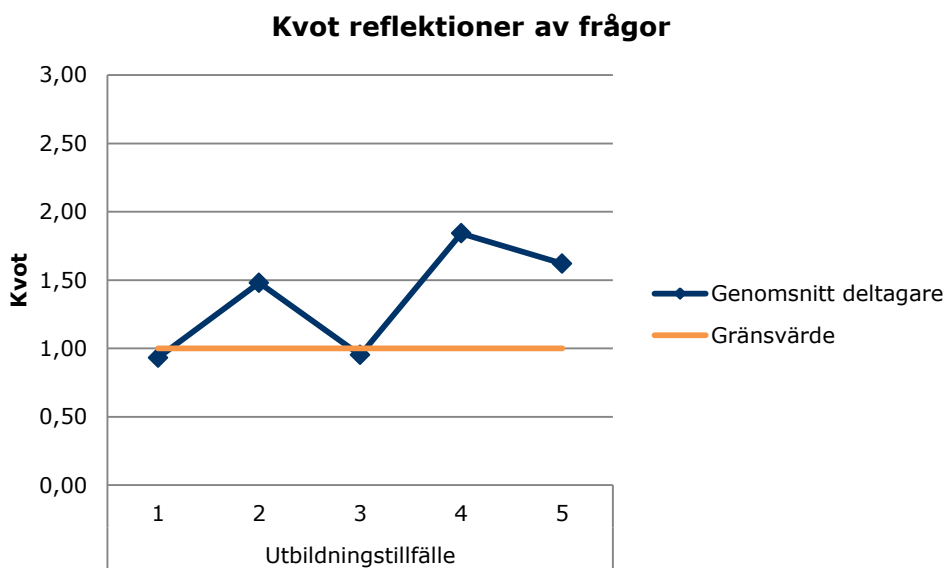
Bilaga 6. Utveckling av 2013 års deltagares medelvärde i mått på MI-kompetens



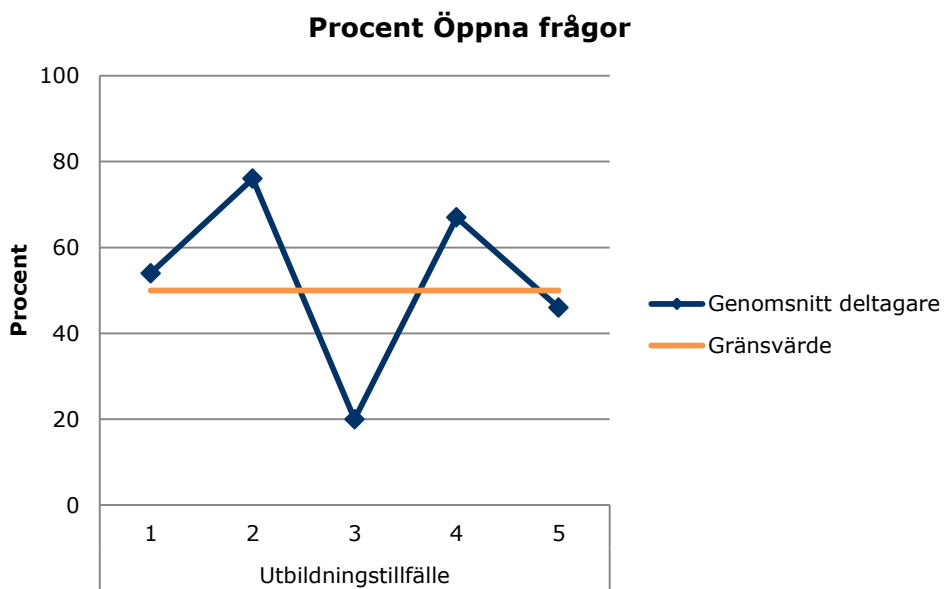
Figur A. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde för skalan Empati.



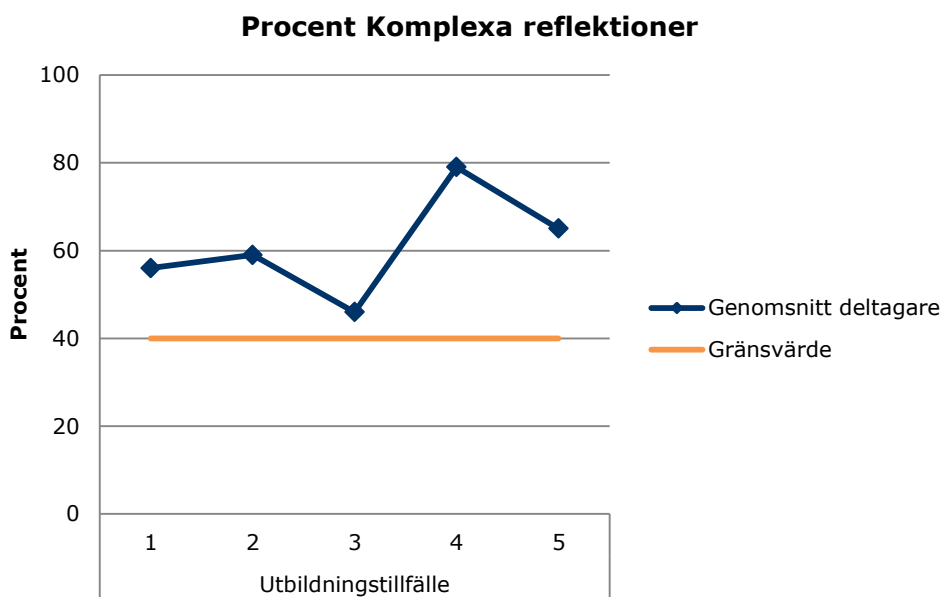
Figur B. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde för skalan MI-anda.



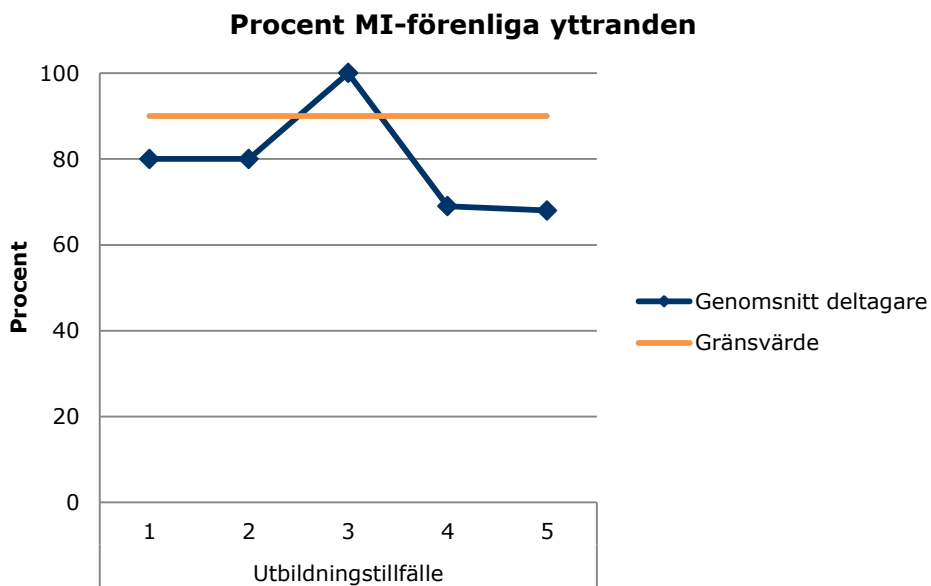
Figur C. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde för kvoten Reflektioner av alla frågor.



Figur D. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde för procent Öppna frågor av alla frågor.



Figur E. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde för procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner.



Figur F. Utveckling av 2013 års deltagares (N=5) medelvärde i procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden.

Bilaga 7. Mått på deltagarnas MI-kompetens vid de olika utbildningstillfällena under åren 2007 – 2013

Tabell A. Skalan empati vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | Empati 2007 | Empati 2009 | Empati 2010 | Empati 2013 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Referensvärde $\geq 3,5$ | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 2,5 | 3 | 3 | 3,8 |
| (SD) | (0,71) | (0,71) | (1,16) | (0,84) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 3 | 3,25 | 3,75 | 4 |
| (SD) | (0) | (0,96) | (0,96) | (0) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 3 | 2,8 | 3,25 | 4 |
| (SD) | (0) | (1,10) | (0,50) | (0) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 2,5 | 4,6 | 4,0 | 5,0 |
| (SD) | 0,71 | 0,55 | 0,81 | 0 |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 3,5 | 3,8 | 3,75 | 4 |
| (SD) | (0,71) | (1,64) | (0,50) | (0,71) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Tabell B. Skalan MI-anda vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | MI-anda 2007 | MI-anda 2009 | MI-anda 2010 | MI-anda 2013 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Referensvärde $\geq 3,5$ | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 2,5 | 3 | 2,67 | 3,53 |
| (SD) | (0,26) | (0,41) | (0,61) | (0,38) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 3,67 | 2,83 | 3,83 | 4,07 |
| (SD) | (0,47) | (1,03) | (0,58) | (0,28) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 3,33 | 3,47 | 3,5 | 3,87 |
| (SD) | (0) | (1,10) | (0,34) | (0,30) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 2,67 | 4,53 | 3,92 | 3,74 |
| (SD) | (0) | (0,38) | (0,42) | (0,15) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 3,34 | 3,33 | 3,84 | 3,67 |
| (SD) | (0,47) | (1) | (0,33) | (0,34) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Tabell C. Kvoten reflektioner av alla frågor vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | Reflektion/ Frågor 2007 | Reflektion/ Frågor 2009 | Reflektion/ Frågor 2010 | Reflektion/ Frågor 2013 |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Referensvärde $\geq 1,0$ | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 0,43 | 0,5 | 0,59 | 0,93 |
| (SD) | (0,15) | (0,17) | (0,40) | (0,73) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 0,67 | 1,12 | 1,7 | 1,48 |
| (SD) | (0,47) | (0,27) | (0,66) | (0,82) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 0,47 | 1,51 | 0,84 | 0,95 |
| (SD) | (0,50) | (0,93) | (0,63) | (0,20) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 0,71 | 1,6 | 1,19 | 1,84 |
| (SD) | (0,15) | (1,21) | (0,39) | (0,79) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 0,68 | 0,96 | 0,97 | 1,62 |
| (SD) | (0,10) | (0,21) | (0,09) | (0,46) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Tabell D. Procent Öppna frågor av alla frågor vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | Procent Öppna frågor 2007 | Procent Öppna frågor 2009 | Procent Öppna frågor 2010 | Procent Öppna frågor 2013 |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Referensvärde ≥ 50 procent | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 46 | 37 | 37 | 54 |
| (SD) | (1) | (10) | (25) | (17) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 48 | 46 | 65 | 76 |
| (SD) | (20) | (11) | (21) | (17) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 66 | 41 | 24 | 20 |
| (SD) | (7) | (25) | (10) | (5) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 53 | 52 | 59 | 67 |
| (SD) | (10) | (13) | (14) | (15) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 29 | 38 | 57 | 46 |
| (SD) | (0,4) | (15) | (5) | (25) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Tabell E. Procent Komplexa reflektioner av alla reflektioner vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | Procent Komplexa reflektioner 2007 | Procent Komplexa reflektioner 2009 | Procent Komplexa reflektioner 2010 | Procent Komplexa reflektioner 2013 |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Referensvärde $\geq 40\%$ | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 29 | 20 | 32 | 56 |
| (SD) | (21) | (19) | (28) | (21) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 37 | 45 | 48 | 59 |
| (SD) | (19) | (10) | (18) | (6) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 25 | 27 | 48 | 46 |
| (SD) | (35) | (21) | (8) | (9) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 28 | 5 | 37 | 79 |
| (SD) | (24) | (20) | (15) | (9) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 29 | 42 | 44 | 65 |
| (SD) | (7) | (10) | (11) | (21) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Tabell F. Procent MI-förenliga yttranden av alla MI-förenliga och MI-oförenliga yttranden vid utbildningstillfälle 1 – 5 år 2007, 2009, 2010 och 2013.

| Utbildningstillfälle | Procent Förenliga yttranden 2007 | Procent Förenliga yttranden 2009 | Procent Förenliga yttranden 2010 | Procent Förenliga yttranden 2013 |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Referensvärde $\geq 90\%$ | | | | |
| Tillfälle 1 | | | | |
| Medelvärde | 28 | 50 | 54 | 80 |
| (SD) | (16) | (50) | (42) | (45) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 2 | | | | |
| Medelvärde | 100 | 61 | 50 | 80 |
| (SD) | (0) | (49) | (58) | (45) |
| Antal | N=2 | N=4 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 3 | | | | |
| Medelvärde | 100 | 100 | 100 | 100 |
| (SD) | (0) | (0) | (0) | (0) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 4 | | | | |
| Medelvärde | 90 | 96 | 75 | 69 |
| (SD) | (14) | (9) | (50) | (41) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |
| Tillfälle 5 | | | | |
| Medelvärde | 100 | 60 | 100 | 68 |
| (SD) | (0) | (55) | (0) | (41) |
| Antal | N=2 | N=5 | N=4 | N=5 |

Bilaga 8. Mått på rådgivarnas MI-kompetens vid de olika mättillfällena åren 2007–2013

| Mättillfälle | Empati | MI-anda | Reflektioner/ Frågor | Procent Öppna frågor | Procent Komplex reflektioner | Procent förenliga yttranden |
|----------------------------|------------------|---------|-------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Referensvärde | ≥3,5 | ≥3,5 | ≥1,0 | ≥50 | ≥40 | ≥90 |
| Tillfälle 1 | | | | | | |
| VT 2007² | | | | | | |
| Medelvärde | 5,5 | 5,5 | 1,68 | 0,61 | 0,36 | 1 |
| (SD) | (0,71) | (0,71) | (1,91) | (0,28) | (0,71) | (0) |
| Antal | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 |
| Tillfälle 2 | | | | | | |
| VT 2007 | | | | | | |
| Medelvärde | 4 | 3,5 | 1,22 | 33 | 41 | 1 |
| (SD) | (0) | (0,71) | (0,16) | (11) | (1) | (0) |
| Antal | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 | N=2 |
| Tillfälle 3 | | | | | | |
| HT 2008 | | | | | | |
| Medelvärde | 3 | 2,6 | 1,1 | 56 | 33 | 75 |
| (SD) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) | (0) |
| Antal | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 | N=1 |
| Tillfälle 4 | | | | | | |
| VT 2009 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,25 | 3,83 | 4,8 | 68 | 48 | 1 |
| (SD) | (0,96) | (0,43) | (2,47) | (23) | (15) | (0) |
| Antal | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 |
| Tillfälle 5 | | | | | | |
| HT 2009 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,5 | 4,67 | 2,9 | 46 | 42 | 89 |
| (SD) | (0,71) | (0,47) | (2,33) | (13) | (18) | (19) |
| Antal | N=2 ³ | N=2 | N=3 | N=3 | N=3 | N=3 |
| Tillfälle 6 | | | | | | |
| HT 2009 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,5 | 3,58 | 2,8 | 47 | 38 | 75 |
| (SD) | (1) | (1,07) | (1,89) | (12) | (28) | (50) |
| Antal | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 |

² Vid mättillfälle 1 och 2 år 2007 har MITI 2.0 använts, mellan mättillfälle 3 och 12 år 2008–2011 har MITI 3.0 använts och mellan mättillfälle 13 och 26 år 2011–2014 har MITI 3.1 använts.

³ Att antal skiljer sig åt inom ett och samma mättillfälle beror på att samtalen antingen understiger 10 minuter i längd eller på att ett Målbeteende saknas; båda är anledningar till att en fullständig MITI-skattning inte kan utföras.

| Måttillfälle | Empati | MI-anda | Reflektioner/ Frågor | Procent Öppna Frågor | Procent Komplex reflektioner | Procent förenliga yttranden |
|---------------------|---------------|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Referensvärde | ≥3,5 | ≥3,5 | ≥1,0 | ≥50 | ≥40 | ≥90 |
| Tillfälle 7 | | | | | | |
| VT 2010 | | | | | | |
| Medelvärde | 4 | 3,08 | 2,44 | 47 | 52 | 36 |
| (SD) | (0,82) | (1,15) | (1,45) | (27) | (16) | (23) |
| Antal | N=4 | N=4 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 |
| Tillfälle 8 | | | | | | |
| VT 2010 | | | | | | |
| Medelvärde | 4 | 3,84 | 2,58 | 49 | 66 | 92 |
| (SD) | (0,89) | (0,69) | (1,96) | (18) | (15) | (20) |
| Antal | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 |
| Tillfälle 9 | | | | | | |
| HT 2010 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,17 | 3,39 | 1,5 | 31 | 44 | 77 |
| (SD) | (0,75) | (0,57) | (0,68) | (12) | (14) | (39) |
| Antal | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 | N=6 |
| Tillfälle 10 | | | | | | |
| HT 2010 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,71 | 3,43 | 2,57 | 61 | 39 | 60 |
| (SD) | (0,95) | (0,57) | (1,23) | (21) | (18) | (47) |
| Antal | N=7 | N=7 | N=7 | N=7 | N=7 | N=7 |
| Tillfälle 11 | | | | | | |
| VT 2011 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,5 | 3,75 | 2,89 | 36 | 48 | 100 |
| (SD) | (0,58) | (0,49) | (1,39) | (30) | (14) | (0) |
| Antal | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 | N=4 |
| Tillfälle 12 | | | | | | |
| VT 2011 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,4 | 3,89 | 5,28 | 62 | 46 | 60 |
| (SD) | (0,55) | (0,38) | (7,12) | (29) | (21) | (55) |
| Antal | N=5 | N=3 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 |
| Tillfälle 13 | | | | | | |
| HT 2011 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,17 | 3,45 | 1,88 | 52 | 61 | 82 |
| (SD) | (0,58) | (0,62) | (1,28) | (23) | (24) | (36) |
| Antal | N=12 | N=12 | N=13 | N=13 | N=13 | N=13 |

| Mättillfälle | Empati | MI-anda | Reflektioner/ Frågor | Procent Öppna frågor | Procent Komplex reflektioner | Procent förenliga yttranden |
|---------------------|---------------|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Referensvärde | ≥3,5 | ≥3,5 | ≥1,0 | ≥50 | ≥40 | ≥90 |
| Tillfälle 14 | | | | | | |
| HT 2011 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,33 | 3,26 | 1,79 | 66 | 65 | 86 |
| (SD) | (0,71) | (0,54) | (0,57) | (14) | (22) | (26) |
| Antal | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 |
| Tillfälle 15 | | | | | | |
| VT 2012 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,6 | 3,93 | 2,2 | 48 | 63 | 100 |
| (SD) | (0,55) | (0,36) | (0,74) | (15) | (11) | (0) |
| Antal | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 |
| Tillfälle 16 | | | | | | |
| VT 2012 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,44 | 3,81 | 2,26 | 59 | 72 | 82 |
| (SD) | (0,53) | (0,47) | (1,05) | (25) | (21) | (35) |
| Antal | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 |
| Tillfälle 17 | | | | | | |
| HT 2012 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,6 | 3,6 | 1,57 | 41 | 39 | 60 |
| (SD) | (0,55) | (0,37) | (0,93) | (12) | (23) | (55) |
| Antal | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 | N=5 |
| Tillfälle 18 | | | | | | |
| HT 2012 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,8 | 3,56 | 3,05 | 49 | 51 | 80 |
| (SD) | (0,42) | (0,53) | (2) | (20) | (15) | (30) |
| Antal | N=10 | N=9 | N=11 | N=11 | N=11 | N=11 |
| Tillfälle 19 | | | | | | |
| VT 2013 | | | | | | |
| Medelvärde | 3,88 | 3,42 | 2,99 | 63 | 63 | 85 |
| (SD) | (0,83) | (0,68) | (1,98) | (20) | (12) | (30) |
| Antal | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 |
| Tillfälle 20 | | | | | | |
| VT 2013 | | | | | | |
| Medelvärde | 4 | 4 | 3,95 | 54 | 61 | 83 |
| (SD) | (0) | (0,51) | (3,39) | (22) | (8) | (34) |
| Antal | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 | N=8 |

| Måttillfälle | Empati | MI-anda | Reflektioner/ Frågor | Procent Öppna frågor | Procent Komplex reflektioner | Procent förenliga yttranden |
|---------------------|---------------|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Referensvärde | ≥3,5 | ≥3,5 | ≥1,0 | ≥50 | ≥40 | ≥90 |
| Tillfälle 21 | | | | | | |
| HT 2013 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,33 | 4 | 2,26 | 55 | 65 | 96 |
| (SD) | (0,50) | (0,50) | (1,29) | (16) | (17) | (11) |
| Antal | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 |
| Tillfälle 22 | | | | | | |
| HT 2013 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,22 | 4,07 | 2,3 | 50 | 73 | 96 |
| (SD) | (0,44) | (0,52) | (1,85) | (25) | (16) | (11) |
| Antal | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 |
| Tillfälle 23 | | | | | | |
| VT 2014 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,29 | 3,64 | 3,14 | 43 | 68 | 90 |
| (SD) | (0,61) | (0,81) | (3,55) | (23) | (16) | (18) |
| Antal | N=14 | N=11 | N=14 | N=14 | N=14 | N=14 |
| Tillfälle 24 | | | | | | |
| VT 2014 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,54 | 4,19 | 2,44 | 59 | 56 | 98 |
| (SD) | (0,52) | (0,45) | (1,27) | (24) | (17) | (8) |
| Antal | N=11 | N=9 | N=11 | N=11 | N=11 | N=11 |
| Tillfälle 25 | | | | | | |
| HT 2014 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,11 | 3,63 | 2,81 | 67 | 61 | 80 |
| (SD) | (0,78) | (0,63) | (1,91) | (28) | (16) | (35) |
| Antal | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 | N=9 |
| Tillfälle 26 | | | | | | |
| HT 2014 | | | | | | |
| Medelvärde | 4,4 | 4,27 | 2,93 | 58 | 60 | 92 |
| (SD) | (0,82) | (0,94) | (1,95) | (23) | (14) | (26) |
| Antal | N=15 | N=15 | N=15 | N=15 | N=15 | N=15 |

ISBN 978-91-87691-33-1



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING