

Utvärdering och utveckling av utbildningar i Motiverande samtal inom hälso- och sjukvården

Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet,

14 november 2014

Lars Forsberg

Maria Beckman

Ata Ghaderi

Helena Lindqvist

Lina Öhman

Kerstin Börjesson-Toth



**Karolinska
Institutet**



Utvärdering och utveckling av utbildningar i Motiverande samtal inom hälso- och sjukvården

Förord

Ett stort tack till alla som har hjälpt till i arbetet att göra den här studien möjlig. Idén till studien formulerades av Astri Brandell-Eklund på senhösten 2011, då hon var folkhälsoinstitutets expert i Motiverande samtal (MI). Anna Månsdotter och Iréne Nilsson Carlsson på Socialstyrelsen inventerade landstingens intresse för en studie om effekter av landstingens MI-utbildningar och våren 2012 kunde detaljerade riktlinjer för studiens uppläggning göras. Ett särskilt tack riktas till socialstyrelsen, som på senhösten 2012 beslutade att studien skulle stödjas ekonomiskt.

Rekrytering av deltagare till studien möjliggjordes genom MI-utbildningssamordnarna i respektive landsting: Annika Sundelin, Birgitta Bergman, Johannes Dock, Lena Nederfeldt, Maria Bjerstam och Susanne Hellström. Skådespelarna Gustav Annerblom, Maria Grudemo El Hayek, Nanny Nilsson, Peter Parkrud och Åsa Karlin fullgjorde sina roller som standardpatienter, som studiedeltagarna prövade sina MI-kunskaper på. Bedömningen av samtalsprestationer gjordes av kodarna på MIC Lab: Ana Covaciu, Carola Hellberg, Clara Fagerlind, Jenny Rydell, Joakim Andersson, Leona Lindqvist, Linda Ljunggren, Lotta Rollsby, Nina Lindroos och Sophie Dixelius Diamantglou, som också gav återkoppling till studiedeltagarna.

I samband med analysarbete och preliminära resultat organiserade Iréne Nilsson Carlsson och Karin Forslund på socialstyrelsen seminarier där de själva och landstingsrepresentanter stimulerade analysarbetet med kloka synpunkter.

Inte minst riktas ett stort tack till alla studiedeltagarna i respektive landsting – utan deltagare, som lägger ner tid och möda och som delar med sig av hur de förvärvar sin MI-kompetens, ingen studie!

Innehåll

Syftet med forskningsrapporten	4
Bakgrund	4
Landstingens MI-utbildningar	7
Studiens frågeställningar	9
Beskrivning av studiens uppläggning och genomförande	10
Studiens resultat	16
Sammanfattande reflektioner	31
Referenslista	33

Bilaga 1 – Enkät gällande utbildningssamordnarnas beskrivning av utbildningarna

Bilaga 2 – Rekryteringsmejl

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Bilaga 4 – Rollbeskrivning

Bilaga 5 – Enkät gällande deltagarnas självskattning av samtalsfärdigheter

Bilaga 6 – MITI 3.1

Bilaga 7 – Enkät gällande deltagarnas upplevelse av telefonåterkoppling (WAI-S)

Bilaga 8 – Enkät gällande deltagarnas demografiska variabler samt MI-utbildningen form och innehåll

Bilaga 9 – Enkät gällande deltagarnas självskattade frekvens och effektivitet gällande livsstilssamtal

Bilaga 10 – Enkät gällande deltagarnas upplevelse av stöd från arbetsgivare/organisation

Bilaga 11 – Enkät gällande deltagarnas self-efficacy

Bilaga 12 – Enkät gällande deltagarnas eventuella utökade träning efter grundutbildningen

Bilaga 13 – Grafer över utveckling i MI-kompetens

Bilaga 14 – Grafer över utveckling i MI-kompetens månad för månad

Syftet med forskningsrapporten

Följande forskningsrapport syftar till att beskriva och utvärdera utbildningsverksamheten inom ramen för fem svenska landstings implementering av Motiverande samtal (MI) åren 2013-2014, samt att systematiskt utvärdera påföljande träning/återkoppling av MI för att bättre förstå hur färdigheter i MI bör läras ut och upprätthållas inom vården. Rapporten bygger på en studie som genomförts av en forskargrupp på Motivational Interviewing Coding Laboratory (MIC Lab), Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatrforskning, Karolinska Institutet, under perioden första januari 2013 till och med 14 oktober 2014 inom landstingen i Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland och Västernorrland. Att systematiskt utvärdera olika typer av utbildningsinsatser bör leda till en evidensbaserad mer effektiv MI-utbildning och därmed även en bättre möjlighet att lära ut och implementera MI i Sverige. Evidensbaserad och kostnadseffektiv MI-utbildning bidrar till förbättrade förutsättningar för patienter/klienter att få kvalitetssäker behandling med syfte att minska ohälsosamma levnadsvanor, öka hälsosamma vanor, samt för att förbättra följsamheten vid behandling av kroniska sjukdomar.

Bakgrund

Människors levnadsvanor är en bidragande orsak till sjukdomar, skador och annan ohälsa. MI är en relativt kort evidensbaserad samtalsmetod (Miller & Rollnick, 2002) som har visat bättre effekt än traditionell rådgivning för att förebygga ohälsa relaterat till levnadsvanor i allmänhet och till alkohol och rökning i synnerhet (Hetteima, Steele, & Miller, 2005; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, & Burke, 2010; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005). Mot bakgrund av att MI har visat sig kunna minska ohälsa i kliniska studier har stora resurser lagts ned på att implementera MI i hälso- och sjukvård samt i social- och kriminalvård i Sverige. MI har även lyfts fram som en central metod i arbetet med hälsofrämjande livsstilsförändringar i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011).

Behandlarens skicklighet i MI har visat sig vara avgörande. Klienter som samtalar med MI-behandlare som har nått en godtagbar standard i metoden uttrycker mer "förändringstal" under samtalet än klienter som haft rådgivare som är mindre skickliga (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Klientens förändringstal har samband med genomförd livsstilsförändring (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003; Moyers, Martin, Houck, Christopher, & Tonigan, 2009). Projektet har sin utgångspunkt i behandlares dokumenterade svårigheter att förvärva och upprätthålla MI-kompetens över tid (Bohman, Forsberg, Ghaderi, & Rasmussen, 2012; Forsberg, Forsberg, Lindqvist, & Helgason, 2010; Miller & Mount, 2001; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004), vilket tillsammans med de stora kostnader som lagts ned på MI-implementering i landstingen väcker frågor gällande nivån av förvärvade färdigheter hos den sjukvårdspersonal som redan har utbildats i MI, samt hur en framtida kostnadseffektiv MI-utbildning bör utformas.

Det standardiserade bedömningsinstrumentet Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) har utvecklats av Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst (2010) med främst två avsedda tillämpningar: a) inom klinisk forskning, och b) som underlag för strukturerad återkoppling på MI-prestationer. MITI har två komponenter övergripande skattningar och beteendeskattningar. De fem övergripande skattningarna, empati, samarbete, locka fram, autonomi och styrning bedöms på en med skala siffra ett till fem. Genomsnitt av locka fram, autonomi och styrning sammanfattar den viktiga MI-andan. Skattning av beteendefrekvenser görs för antal yttranden om information, MI-förenliga yttranden, MI-oförenliga yttranden, öppna frågor, slutna frågor samt enkla och komplexa reflektioner. Ett samtal bedöms vanligen på en 20-minuters sekvens av ett ljudinspelat samtal.

MI-kompetens sammanfattas av författarna till MITI 3.1.1 i fem mått med rekommenderade gränsvärden för "godkänd" (beginning proficiency) och "skicklig" (competency), tabell 1. Gränsvärdena är föreslagna av den forskargrupp vid University of New Mexico som utvecklade MITI och saknar stöd i empiriska data för olika problembeteenden (Moyers, Martin, Manuel, Miller, & Ernst, 2010).

Tabell 1. Gränsvärden för nivåerna godkänd (beginning proficiency) respektive skicklig (competency) enligt MITI 3:1

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

Studien har syftat till att undersöka vilken kompetensnivå studiedeltagarna kommer upp till genom olika typer av grundutbildningar i MI. Till projektet rekryterades landstingen i Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland och Västernorrland, vilka planerade och genomförde grundkurser med lite olika form och innehåll, flera av dem med inslag av träning inklusive återkoppling på inspelade samtal. Studiedeltagarna rekryterades till projektet från dessa kurser.

Objektiv återkoppling av egna samtalsprestationer tycks vara en viktig del av inlärnigen av metoden (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Därför undersöktes även huruvida sex tillfällen med telefonåterkoppling baserad på MITI-kodat samtal påverkar förmågan att uppnå kompetens i MI,

samt hur vidmakthållandet av kompetens i MI ser ut sex månader efter avslutad grundutbildning i MI.

Enligt regeringsuppdraget Riskbruksprojektets enkätundersökning (Statens folkhälsoinstitut, 2010) blev personalen inom svensk primär-, barn, mödra- och företagshälsovård, i samband med utbildning i MI, mer aktiva i att diskutera alkohol med patienter samtidigt som de fick en ökad tilltro till sin egen förmåga att hjälpa patienter att minska sitt riskbruk av alkohol. Emellertid, undersöktes inte hur kompetent personalen blivit genom utbildningarna i metoden och om MI-kompetens hade samband med att utföra samtal om alkohol med sina patienter. Ett syfte med föreliggande studie har varit att undersöka om en höjd kompetens i metoden har samband med frekvens av levnadsvanesamtal och tilltro till sin förmåga att hjälpa patienter.

Self-efficacy definieras av Bandura (1997) som en individs tilltro på sin förmåga att genomföra vissa uppgifter. Bandura visade att efter att ha lyckats med något ökar en individs tro på sin förmåga att klara samma eller liknande uppgifter i framtiden. Ju mer en person tror sig klara av en uppgift desto större är också chanserna att den utförs, varför self-efficacy kan påverka vilka aktiviteter en individ företar sig. Personer med hög grad av self-efficacy väljer ofta mer utmanande uppgifter och har högre uthållighet än personer med lägre grad av self-efficacy (Bandura, 1997). Föreliggande studie har även syftat till att undersöka huruvida deltagarnas self-efficacy har samband med kompetens i metoden.

Det finns en dokumenterad variation i hur väl behandlare lär sig MI varför selektion framträder som en viktig del av en kostnadseffektiv implementering av metoden (Forsberg, Forsberg, Lindqvist, & Helgason, 2010; Moyers, 2012). Ytterligare ett syfte med studien har varit att undersöka om deltagarnas initiala förmåga att visa empati enligt MITI predicerar deltagarnas möjlighet att förvärva kompetens i MI.

Det finns generellt en dokumenterad fluktuation i kompetens vid yrkesmässig vidareutbildning som involverar komplex inläring, vilket kan leda till känslor av obehag och inkompetens innan en mer stabil yrkeskompetens utvecklas (Lombardo, Milne, & Procter, 2009). I utvärdering av handledning har man funnit att deltagare kan känna sig sårbara och räds en negativ utvärdering från sin handledare (Follette & Batten, 2000). En hög grad av ångest i utbildningssituationer kan leda till en lägre grad av inläring (Warr & Downing, 2000), vilket pekar på vikten av att ta hänsyn till känslomässiga aspekter i arbetet med att utveckla yrkesmässig kompetens. Ytterligare ett syfte med föreliggande studie har varit att undersöka deltagarnas upplevelse av återkoppling baserat på MITI-kodat samtal, samt om eventuella känslor av obehag i samband med objektiv återkoppling av samtalsprestationer var relaterat till deras förmåga att uppnå kompetens i MI.

Kvalitetskontroll av MI inom vården vilar i dag i huvudsak på behandlarens förmåga att skatta sin egen kliniska utövning. Forskningsresultat pekar dock på behandlarens självskattning av egen förmåga som en otillförlitlig källa (Brosan, Reynolds, & Moore, 2008; Chevron & Rounsaville, 1983). Om kvalitetskontroll av MI väsentligen vilar på behandlarens självskattning av sin egen förmåga finns

argument för att undersöka hur korrekt en sådan bedömning är. Föreliggande studie undersökte hur sambandet såg ut mellan deltagarnas förmåga till självskattning av färdigheter i MI och deltagarnas färdigheter i MI mätt med MITI.

Brist på organisatoriskt stöd minskar möjligheterna till en framgångsrik implementering (Guldbrandsson, 2007). För ett långsiktigt lyckat resultat behövs såväl personer i ledande ställning som stöttar och entusiasmerar, som en adekvat resurstilldelning genom hela processen. Studiens sista syfte har varit att undersöka huruvida deltagarnas möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter i MI efter en grundutbildning i metoden samt efter utökad träning i form av telefonåterkoppling hade samband med deltagarnas upplevelse av stöd från den organisation de verkade inom under perioden för utbildningen.

Landstingens MI-utbildningar

De i projektet medverkande landstingen i Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland och Västernorrland rekryterades genom en förfrågan från Socialstyrelsen riktad till alla landsting. Under studiens gång har MI-utbildningssamordnarna från respektive landsting försett forskarna med information om utbildningarna samt deltagarlistor med kontaktuppgifter. Deltagandet har varit frivilligt och ingen ersättning har utgått till de i projektet medverkande landstingen. Nedan följer en sammanställning av MI-utbildningssamordnarnas beskrivning av utbildningen i respektive landsting (två utbildningsarrangörer från Stockholms läns landsting).

Maria Bjerstam, Region Skåne

I Skåne är MI-utbildningarna tre heldagar och sträcker sig över en period av ca två månader. Utbildningarna är interaktivt upplagda och består av både teoretisk genomgång, rollspel, gruppövningar och filmvisning. Varje kurs har två kursledare som leder övningarna, var för sig och tillsammans. I utbildningarna används filmer för att illustrera specifika delar i metoden och för att deltagarna ska få se helheten. Deltagarna erbjuds att spela in och transkribera ett samtal. Kursledarna försöker i möjligaste mån att ha ett personcentrerat förhållningssätt till gruppen och anpassar övningar och upplägg utifrån deltagarna.

Susanne Hellström, Centrum för allmän medicin (CeFAM), Stockholms läns landsting (Stockholm 1)

På CeFAM sträcker sig MI-utbildningarna över tre och en halv dag under en period av fem månader. Två utbildare arbetar parallellt och varvar teori med praktiska övningar inklusive rollspel. Deltagarna får även se film och öva både MITI- och CLAMI^{*}-kodning på egna inspelade samtal. Samtliga deltagare erbjuds kostnadsfri handledning med olika teman à två timmar vid fyra till åtta tillfällen per år, en halv motivationsdag med gästföreläsare och träning, samt möjlighet till en och en halv dags fördjupningskurs med inspelning av samtal.

^{*}) CLAMI – Client Language Assessment of Motivational Interviewing Segments är ett instrument som definierar klienters tal om förändring.

Lena Nederfeldt, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting (Stockholm 2)

På CES sträcker sig grundutbildningen i MI över tre och en halv dag under en period av fyra månader. Utbildargruppen består av nio utbildare, varav sex har genomgått den internationella utbildningen för att utbilda i MI (Training New Trainers; TNT). Vid grundutbildningarna är det två utbildare närvarande, varav minst en har TNT-utbildning. Även två till fyra handledare deltar beroende på gruppens storlek, som varierar mellan 20-30 deltagare. Innehållet består av teori varvat med praktiska övningar inklusive rollspel och filmvisning. De avslutande två kursdagarna inkluderar feedback på egna inspelade och transkriberade samtal, varav det sista samtalet även MITI-kodas av MIC-Lab. Samtliga deltagare erbjuds fem och en halv dags fördjupningsutbildning i MI med MITI-feedback samt en studiedag i MI per år.

Birgitta Bergman, Landstinget Sörmland

MI-utbildningarna i Sörmland blandar teori, inklusive information om den senaste forskningen inom MI, med praktiska övningar. I utbildningarna ingår även grupphandledning då deltagarnas inspelade samtal går igenom. Utbildningarna ges utifrån MI:s förhållningssätt och utgår från de fyra processerna i MI. Det ges även möjlighet för deltagarna att delta i en extra utbildningsdag med repetition och fokus på praktiska övningar. I den extra utbildningsdagen ingår även feedback i grupper om tre med kodning av egna inspelade samtal.

Annika Sundelin, Landstinget i Värmland

Utbildargruppen MI Värmland består av 10 personer varav sju har genomgått TNT. MI-utbildningarna görs av två utbildare, varav minst en har TNT utbildning. Utbildningarna är avgiftsbelagda och har maximalt 22 deltagare per kurstillfälle. Deltagarna rekryteras från olika verksamheter och yrken. Utbildningarna ges på Scandic Hotell vid Klarälven i Karlstad i en trivsamt fysisk miljö och med fantastisk mat. Grundutbildningen består av sammanlagt tre heldagar inklusive inspelning och transkribering. Innehållet består av korta teoretiska pass med kompletterande praktiska övningar och utgår från MI-trädet och de fyra processerna i MI. Sista dagen får utbildningsdeltagarna gå igenom ett kodat protokoll på sina egna samtal. Samtalet är kodat enligt MITI samt har även kodats enligt MITI av deltagarna själva. Alla som gått grundkursen inbjuds till en årlig fördjupningsdag samt erbjuds att delta i lokala träningsgrupper och/eller feedback baserat på inspelade samtal.

Johannes Dock, Landstinget Västernorrland

Samtliga MI-utbildare i landstinget i Västernorrland är TNT utbildade. Utbildningarna ger en grundläggande orientering av teorin inom MI och deltagarna får tillfälle till både praktisk övning och reflektion. Utbildningarna omfattar två heldagar med hemuppgift mellan dagarna, samt möjlighet till ytterligare två heldagar med mellanliggande hemuppgift. Samtliga deltagare spelar även in och transkriberar ett MI-samtal.

Tabell 2 visar en sammanställning av samordnarnas svar på de specifika enkätfrågor (Bilaga 1), som ställdes gällande MI-utbildningarna under tiden för projektet.

Tabell 2. Sammanställning av utbildningssamordnarnas svar på enkätfrågor gällande utbildningarna under tiden för projektet (bilaga 1).

Lands- ting	Utbild- ningens längd	Träning formulera målbeten- de	Inspel- ning av samtal	Transkriber- ing av eget samtal	Handledni- ng av eget samtal	Kodning av eget samtal	Utökad träning utbildning
Skåne	2+1 dag (1-2 mån mellanru- m)	Ja	Frivilli- gt	Frivilligt	Ja, dock inte på samtligas samtal	Nej	Nej
Sthlm 1	2+1+1/2d ag (1 + 3 mån mellanru- m)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (egen MITI/CLA MI- kodning)	Ja (handledning , motivationsd- ag, fördjupnings- utb)
Sthlm 2	2+1+1/2d ag (1 + 2 mån mellanru- m)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (fem- dagars fördupningsu- tb)
Sörmla- nd	1+1dag (2-3 veckors mellanru- m)	Ja	Ja	Nej	Ja, dock inte på samtligas samtal	Ja (egen checklista)	Ja (ytterligare en utb.dag)
Värmla- nd	2+1dag (4 v mellanru- m)	Ja	Ja	Ja	Ja, dock inte på samtligas samtal	Ja (egen MITI- kodning)	Ja (Inspirations- dagarna)
V- norrlan- d	1+1dag (2 v mellanru- m)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (markerar i utskrift)	Ja (ytterligare 1+1 dag)

Studiens frågeställningar

1. Hur ser MI-kompetensen ut bland deltagarna i de fem landstingen innan och efter grundutbildning i MI?
2. Hur ser sambandet ut mellan landstingens olika typer av grundutbildningar i MI och deltagarnas kompetensutveckling?
3. Hur påverkar sex telefonåterkopplingstillfällen efter grundutbildning i MI, deltagarnas kompetens i metoden?
4. Hur påverkar sex telefonåterkopplingsstillfällen baserad på kodning enligt hela MITI respektive enligt halva MITI, deltagarnas kompetens i metoden?
5. Hur ser vidmakthållandet ut avseende deltagarnas uppnådda kompetens i MI, sex månader efter avslutad grundutbildning?
6. Finns samband mellan deltagarnas självskattade frekvens och effektivitet gällande livsstilssamtal och kompetens i metoden?
7. Finns samband mellan deltagarnas self-efficacy och att ha förvärvat kompetens i metoden?
8. Predicerar deltagarnas initiala förmåga till empati enligt MITI och/eller deras initiala förmåga till självskattning av färdigheter att de förvärvar kompetens i metoden?
9. Finns det samband mellan hur deltagarna upplever telefonfeedback baserad på MITI-kodade samtal och deras förmåga att uppnå kompetens i MI?
10. I vilken utsträckning överensstämmer deltagarnas självskattning av färdigheter i MI med deltagarnas färdigheter i MI mätt med MITI?
11. Predicerar deltagarnas upplevelse av organisationens stöd för MI-utbildningen deras möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter i metoden?

Beskrivning av studiens uppläggning och genomförande

Projektet har löpt över perioden första januari 2013 till och med 17 november 2014. Oberoende av de olika MI-utbildningarnas omfattning och innehåll har samtliga kursdeltagare som under tiden för projektet genomgått en landstingsanordnad grundutbildning i MI inom landstingen i Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland och Västernorrland via e-post och telefon kontaktats med en förfrågande om deltagande i studien (Bilaga 2). Antal kontaktade deltagare från de olika utbildningarna i MI inom respektive landsting samt antal och andel som tackat ja redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Antal kontaktade kursdeltagare från de olika grundutbildningarna i MI inom respektive landsting.

Landsting	Antal kontaktade kursdeltagare	Antal deltagare som tackat ja	Andel deltagare som tackat ja
Skåne	49	25	51.0 %
Stockholm 1	165	27	16.4 %
Stockholm 2	27	6	22.2 %
Sörmland	187	25	13.4 %
Värmland	256	46	18.0 %
Västernorrland	481	45	9.4 %
Totalt	1 165	174	14.9 %

Studien godkändes av Stockholms regionala etikprövningsnämnd (dnr 2013/5:2). Vid rekryteringen till studien fick kursdeltagarna information om att deltagandet i studien var frivilligt och kostnadsfritt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring och utan att det påverkade grundutbildningen i MI på något sätt (bilaga 3). Sammantaget tillfrågades 1165 kursdeltagare varav 174 (14.9 procent) svarade ja. Av de 174 kursdeltagare som svarade ja till att medverka i studien valde 48 stycken (27,6 procent) att avbryta sitt deltagande i förtid. Deltagare i studien som fullföljt respektive avbrutit sin medverkan fördelade på landsting samt fördelade efter kön redovisas i tabell 4. Av de 48 avhoppen angav 12 stycken tidsbrist som skäl, en att MI som metod inte passade och 35 deltagare har, trots upprepade försök, inte gått att få tag på.

Av de 126 aktiva deltagarna i studien var 111 kvinnor (88,1 procent) och 15 män (11,9 procent). Medelåldern för de aktiva deltagarna var vid tidpunkten för studien 43,3 år (SD= 13,6). Studiens aktiva deltagare kom från en rad olika yrkesområden inom vård och omsorg. Tabell 5 visar de aktiva deltagarnas yrken vid tidpunkten för grundutbildningen i MI. En aktiv deltagare valde att inte uppge sitt yrke. Ett stort antal av de deltagare som valt att i förtid avbryta sitt

deltagande i studien har inte fyllt i enkäterna gällande demografiska variabler, varför uppgifter om dessa deltagare inte kan redovisas.

Tabell 4. Antal kursdeltagare som tackat ja till att medverka i studien från respektive landsting, antal avhopp (procent), antal aktiva deltagare i studien, samt antalet aktiva deltagare fördelat efter kön (procent).

Landsting	Antal kursdeltagare som tackat ja till att delta i studien	Antal avhopp	Antal aktiva deltagare i studien	Antal aktiva kvinnor	Antal aktiva män
Skåne	25	7 (28.0)	18	16 (88.9)	2 (11.1)
Sthlm 1	27	6 (22.2)	21	21 (100)	0 (0.0)
Sthlm 2	6	2 (33.3)	4	4 (100)	0 (0.0)
Sörmland	25	8 (32.0)	17	14 (82.4)	3 (17.6)
Värmland	46	11 (23.9)	35	30 (85.7)	5 (14.3)
Västernorrland	45	14 (31.1)	31	26 (83.9)	5 (16.1)
Totalt	174	48 (27.6)	126	111 (88.1)	15 (11,9)

Tabell 5. De aktiva deltagarnas yrken vid tidpunkten för grundutbildningen i MI

Yrke	Antal deltagare	Yrke	Antal deltagare
Arbetsterapeut	4	Psykolog / PTP-psykolog	6
Audionom	2	Rektor / Enhetschef	2
Behandlare inom socialtjänst	18	Sjukgymnast	18
Coach	1	Sjuksköterska	22
Dietist	6	Sjuksköterska med specialistkompetens	12
Fotvårdsspecialist	1	Tandhygienist	1
Kurator	7	Tolk	1
Logoped	1	Undersköterska	3
Läkare	10	Yrkesvägledare	1
Lärare / Specialpedagog	9		

Randomiserad design

Samtliga 174 kursdeltagare som tackade ja till att medverka lottades till en av studiens tre grupper. Randomiseringen gjordes med hjälp av ett nätbaserat randomiseringsverktyg (Randomizer.org). I tabell 6 redovisas hur antalet aktiva deltagare från respektive landsting fördelades i studiens tre grupper samt antal avhopp från respektive grupp. Studiedeltagarna fick information om vilken grupp de hamnat i först efter det att de spelat in de två första samtalen, baslinjesamtalet innan grundutbildningen i MI samt samtalet efter grundutbildningen. Deltagarna i grupp 1 fick då information om att de skulle kontaktas för ett sista uppföljningssamtal efter sex månader, deltagarna i grupp 2 och 3 fick i stället information om proceduren för telefonåterkoppling och de fem ytterligare samtalsinspelningarna.

Tabell 6 Antal aktiva deltagare från respektive landsting fördelade i studiens tre grupper (AH=antal avhopp från respektive grupp)

Landsting	Grupp 1 (AH)	Grupp 2 (AH)	Grupp 3 (AH)
Skåne	8 (5)	6	4 (2)
Sthlm1	6 (3)	8 (1)	7 (2)
Sthlm2	2	2	(2)
Sörmland	9 (1)	4 (4)	4 (3)
Värmland	15 (8)	9 (3)	11
Västernorrland	11 (8)	9 (4)	11 (2)
Totalt	51 (25)	38 (12)	37 (11)

Grupp 1 (kontroll): Deltagarna i grupp 1 genomförde ett samtal innan grundutbildning i MI, ett efter grundutbildningen, samt ett uppföljningssamtal sex månader efter avslutad grundutbildning.

Grupp 2: Deltagarna i grupp 2 genomförde ett samtal innan grundutbildning i MI, ett efter grundutbildningen, samt ett uppföljningssamtal sex månader efter avslutad grundutbildning. Deltagarna i grupp 2 genomförde även ytterligare fem samtal mellan samtalet efter grundutbildningen och sexmånaders-uppföljningen, samt deltog i sex påföljande individuella telefonåterkopplingar baserade på hela MITI-protokollet (de fem övergripande skattningarna och beteendefrekvenserna).

Grupp 3: Deltagarna i grupp 3 genomförde ett samtal innan grundutbildning i MI, ett efter grundutbildningen, samt ett uppföljningssamtal sex månader efter avslutad grundutbildning. Deltagarna i grupp 3 genomförde även ytterligare fem samtal mellan samtalet efter grundutbildningen och sexmånaders-uppföljningen, samt deltog i sex påföljande individuella telefonåterkopplingar

baserade på endast MITI-protokollets beteendefrekvenser (ej de fem övergripande skattningarna).

Inspelning av samtal

Samtliga av studiens samtalsinspelningar har utförts över telefon med hjälp av fem skådespelare som har spelat sammanlagt åtta olika standardpatienter. Standardpatienterna karakteriserades kort i manus som beskrev ohälsa inom de fyra levnadsvaneområdena i socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (bilaga 4). Studiedeltagarna fick kort information om vilken patient de skulle möta (bilaga 4), samtalets målbeteende samt kontaktuppgifter e-postade till sig inför samtalet. På utsatt tid har studiedeltagarna sedan ringt upp skådespelarna och fått möta nya standardpatienter varje gång, alla i samma ordning. Samtalen har tagit 20 minuter i anspråk och följts av en kort intervju. Studiedeltagarna har då fått svara på skådespelarnas frågor gällande deltagarnas självskattade samtalsfärdigheter under samtalet (bilaga 5). Sammantaget har samtalsinspelningen och intervjun tagit cirka 30 minuter per deltagare och tillfälle, varefter skådespelaren har laddat upp samtalet för kodning på MIC Labs hemsida. Tabell 7 redovisar den ursprungliga tidsplanen för studiens samtal.

Tabell 7. Studiens tidsplan med ett samtal innan grundutbildning i MI (MI-utb), ett efter grundutbildningen och ett uppföljningssamtal sex månader efter avslutad grundutbildning. (MITI = kodat enligt Motivational Interviewing Treatment Manual, TÅ = telefonåterkoppling baserad på hela MITI, TÅb = telefonåterkoppling baserad på beteendekomponenter i MITI)

Månad	1		2		3		4		5		6	
Måttillfälle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gr 1	MITI	MI-utb	MITI									MITI
Gr 2	MITI	MI-utb	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI/ TÅ	MITI
Gr 3	MITI	MI-utb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI/ TÅb	MITI

Deltagarna i alla tre grupper genomförde ett samtal innan grundutbildning i MI, ett efter grundutbildningen och ett uppföljningssamtal cirka sex månader efter avslutad grundutbildning. Samtliga deltagare i grupp 2 och 3 skulle även ha genomfört ytterligare fem samtal med sex påföljande telefonfeedback med en månads mellanrum mellan samtalet efter grundutbildningen och uppföljningen. Då vissa deltagare av olika skäl (oftast tidsbrist) inte alltid kunde utföra sina samtal och telefonåterkoppling enligt den ursprungliga tidsplanen

har dock vissa tidsförskjutningar skett. Ibland har även ett påföljande samtal spelats in utan att återkopplingen för det föregående samtalet genomförts innan, varpå två telefonåterkopplingar i rad har genomförts efter det att båda samtalen har spelats in.

Kodning av samtal

Samtliga av studiens samtalsinspelningar har kodats enligt den svenska översättningen av kodningsinstrumentet MITI 3.1 (Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2010) (bilaga 6) av kodare på MIC Lab. Kodarna på MIC Lab visar hög interbedömarreliabilitet vid regelbundna uppföljningar (Forsberg, Berman, Kallmen, Hermansson & Helgason, 2008; Forsberg, Kallmen, Hermansson, Berman, & Helgason, 2007). Mellan åtta och tolv kodare har arbetat på MIC Lab under tiden för studien. Tabell 8 redovisar interbedömarreliabiliteten för 12 slumpvis utvalda samtal som samtliga i kodargruppen kodade i januari 2014 (i mitten av studieperioden), beräknad med en intraklasskorrelation (ICC) i en "two-way mixed model" med absolut överensstämmelse (absolute agreement), rapporterad för kodarnas enskilda bedömningar (single measures). ICC visar graden av samstämmighet mellan olika bedömare och ett ICC-värde kan variera mellan -1,0 till 1,0. Ett negativt ICC-värde uppstår när variationen hos en bedömare är större än variationen mellan bedömarna. ICC 1.0 betyder att samstämmighet mellan bedömarna är fullständig.

Tabell 8. Kodargruppens ICC-beräkning för var och en av de 12 variabler som ingår i MITI 3.1 baserat på 12 slumpvis utvalda samtal som kodats oberoende av varandra i januari 2014.

MITI-variabel	ICC	MITI-variabel	ICC
Empati	0.60	MI-förenligt	0.81
Locka fram	0.69	MI-oförenligt	0.59
Samarbetsfrämjande	0.74	Slutna frågor	0.64
Autonomistöd	0.75	Öppna frågor	0.92
Styrning	0.49	Enkla reflektioner	0.73
Information	0.89	Komplexa reflektioner	0.68

Interbedömarreliabiliteten mellan kodarna i januari 2014 varierade från bra till utmärkt för alla MITI-variabler utom Styrning och MI-oförenligt där ICC var "fair" enligt Cichetti (1994). Cichettis normer för ICC: *poor* under 0.40, *fair* mellan 0.40 till 0.59, *good* mellan 0.60 till 0.74, och *excellent* mellan 0.75 till 1.00 (Cichetti, 1994). Det låga ICC-värdet i Styrning förklaras av att de samtal

som kodats är lika varandra i detta avseende vilket gör att få skalvärden på den 5-gradiga skalan användes.

Individuell telefonåterkoppling

All telefonåterkoppling i studien utfördes av de utbildade kodarna på MIC Lab. Deltagarna i grupp 2 deltog i sammanlagt sex individuella telefonåterkopplingar baserade på hela MITI-protokollet (de fem övergripande skattningarna och beteendefrekvenserna). Deltagarna i grupp 3 deltog i sammanlagt sex individuella telefonsamtal med återkoppling baserad på endast MITI-protokollets beteendefrekvenser (ej de fem övergripande skattningarna). Studiedeltagarna hade olika handledare från gång till gång, men det var alltid den kodare som kodade samtalet som gav återkopplingen. Innan telefonåterkopplingen fick deltagarna MITI-protokollet och samtalet i form av en ljudfil e-postat till sig. Samtliga telefonåterkopplingar var 30 minuter långa med ett standardiserat innehåll: Inledning med gemensamt satt agenda, reflektion kring deltagarens samtalsfärdigheter med fokus på styrkorna, möjligt utvecklingsområde, rollspel på någon färdighet att förbättra, en gemensamt formulerad hemuppgift till nästkommande återkopplingsamtal samt utvärdering av återkopplingsamtalet. Hemuppgifterna förmedlades skriftligen till efterföljande telefonåterkoppling för att uppnå kontinuitet. Telefonhandledarna fick under studieperioden egen feedback och under en period baserades feedback av telefonhandledarna på att samtligas telefonåterkoppling spelades in.

Efter varje telefonåterkoppling fick deltagarna fylla i en för studien något omarbetad version av enkäten Working Alliance Inventory – Short (WAI-S), en kortversion av Working Alliance Inventory (WAI) (Tracey & Kokotovic, 1989) (bilaga 7). WAI-S har tre delskalor: Uppgift (task), bindning (bond) och mål (goal) och används vanligen för att undersöka arbetsalliansen mellan behandlare och klient. Frågorna på skattningsformuläret omformulerades dock så att de i stället gällde arbetsalliansen mellan studiedeltagare och telefonhandledare. De psykometriska egenskaperna för WAI har studerats för såväl klient- som behandlarversionen (Hanson, Curry & Bandalos, 2002; Horvath & Greenberg, 1989) och WAI-S har visats vara utbytbar med WAI (Busseri & Tyler, 2003).

Formulär och enkäter

I samband med grundutbildningen i MI samt i samband med uppföljningssamtalet sex månader efter avslutad grundutbildning har samtliga deltagare fyllt i enkäter gällande:

a) Demografiska variabler: kön, födelseår, utbildning och yrke, samt formen och innehållet på grundutbildningen (bilaga 8), ifyllt endast i samband med grundutbildningen.

- b) Deltagarnas självskattade frekvens och effektivitet gällande livsstilssamtal formulerades för att möjliggöra jämförelse med enkätfrågor som utvärderade regeringsuppdraget Riskbruksprojektets enkätundersökning 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010) (bilaga 9), ifyllt i samband med grundutbildningen samt i samband med uppföljningssamtalet sex månader efter avslutad grundutbildning.
- c) Deltagarnas upplevelse av stöd för MI-utbildningen från den organisation de verkar inom (bilaga 10), ifyllt i samband med grundutbildningen.
- d) Self-efficacy enligt Koskinen-Hagman, Schwarter och Jerusalems (1999) generella self-efficacy skala med fyra inledande tilläggsfrågor (bilaga 11), ifyllt i samband med grundutbildningen och i samband med uppföljningssamtalet sex månader efter avslutad grundutbildning.
- e) En beskrivning av den eventuella utökade träning utöver grundutbildningen i MI som deltagarna har deltagit i, till exempel motivations- och/eller fördjupningsdagar, lokala träningsgrupper och/eller feedback baserat på inspelade samtal, under tiden för studien (bilaga 12), ifyllt i samband med uppföljningssamtalet sex månader efter avslutad grundutbildning.

Studiens resultat

Resultatavsnittet har strukturerats utifrån studiens 11 frågeställningar.

1. Hur ser MI-kompetensen ut bland deltagarna i de fem landstingen innan och efter grundutbildning i MI?

Av sammantaget 1165 tillfrågade personer accepterade endast 174 (14.9 procent) att delta i studien. I Skåne accepterade hälften som tillfrågats och i Västernorrland knappt 10% (tabell 3). I övriga landsting mellan 13–22%. Nivån för MI kompetens (medelvärde) i sju olika mått innan och efter grundutbildningen, för de olika landstingen, framgår av tabell 9.

Tabell 9. Medelvärde (standardavvikelse) i olika mått på MI-kompetens innan och efter grundutbildning för deltagare i de fem medverkande landstingen.

Mått på MI-kompetens	Skåne N=25*	Väster norrland N=45*	Stockholm N=33*	Sörmland N=25*	Värmland N=46*	Alla N=174
Empati						
Före utbildning	2.1 (1.0)	2.8 (1.1)	2.7 (0.8)	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	2.7 (1.0)
Efter utbildning	3.4 (0.7)	3.5 (0.8)	3.4 (0.8)	3.3 (1.0)	3.5 (0.7)	3.4 (0.8)
MI-anda						
Före utbildning	1.8 (0.8)	2.6 (1.0)	2.5 (0.9)	2.7 (0.7)	2.5 (0.9)	2.5 (0.9)
Efter utbildning	3.0 (0.6)	3.3 (0.7)	3.2 (0.5)	2.9 (1.0)	3.1 (0.7)	3.1 (0.7)
Förenligt m MI						
Före utbildning	1.5 (1.1)	1.8 (1.6)	1.6 (2.1)	1.6 (1.4)	2.0 (1.8)	1.8 (1.7)
Efter utbildning	1.1 (1.4)	1.0 (1.0)	2.1 (1.3)	1.6 (1.3)	1.4 (1.5)	1.4 (1.4)
Oförenligt m MI						
Före utbildning	9.6 (8.5)	4.4 (4.4)	5.0 (5.0)	2.5 (2.2)	4.3 (3.5)	4.9 (5.3)
Efter utbildning	1.1 (1.6)	1.2 (2.9)	1.3 (1.6)	2.2 (3.2)	1.5 (2.9)	1.4 (2.6)
Reflektioner / frågor						
Före utbildning	0.5 (0.3)	0.7 (0.5)	0.5 (0.3)	0.6 (0.4)	0.7 (0.4)	0.6 (0.4)
Efter utbildning	0.8 (0.6)	0.9 (0.5)	0.9 (0.5)	1.2 (1.6)	1.1 (0.7)	1.0 (0.8)
% öppna / frågor						
Före utbildning	29 (13)	37 (16)	39 (17)	39 (15)	36 (16)	36 (16)
Efter utbildning	41 (21)	44 (16)	44 (20)	43 (18)	43 (18)	43 (18)
% komplexa / reflektioner						
Innan grundutbildning	43 (26)	45 (24)	45 (25)	54 (25)	45 (16)	46 (23)
Efter grundutbildning	45 (22)	44 (22)	45 (17)	42 (17)	49 (18)	46 (19)

*) N efter grundutbildning var för Skåne 20 , för Västernorrland 36, Stockholm 28 , Sörmland 21, Värmland 41 och alla 146.

Mått på MI-kompetens bestämdes till tre av fyra index, föreslagna av MITI-manualens författare (sid 13, tabell 8). Emellertid, bestämde vi att särredovisa empati och MI-anda, istället för som medelvärde av de två de globala variablerna. Detta för att båda variablerna är teoretiskt centrala i MI-utbildning och därmed för lärare i MI. En annan skillnad jämfört med MITI-författarnas rekommendation är att kvoten förenliga yttranden av förenliga och oförenliga yttranden, redovisades som separata variabler. Motivet var att båda variablerna ofta är lågfrekventa varför en kvot varierar stort och blir en osäker indikation.

I en envägs variansanalys visades att det, före grundutbildning i MI, fanns ett antal signifikanta skillnader mellan landstingen. Närmare undersökt med post hoc test (Bonferroni), visades att deltagare i Skåne hade signifikant lägre empati jämfört med deltagare i Västernorrland ($p=.031$) och jämfört med Värmland ($p=.028$). Skåne hade även lägre MI-anda jämfört med samtliga andra landstings ($p<.05$) deltagare samt signifikant fler oförenliga yttranden ($p<.05$) jämfört med övriga landsting. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan landstingens deltagare med avseende på förenliga yttranden, avseende andel reflektioner i förhållande till frågor, procenten öppna frågor i förhållande till alla frågor, eller procenten komplexa reflektioner. Förutom Skåne var det inget annat landstings deltagare, som skiljde sig i något av de sju måtten på MI-kompetens.

I en envägs variansanalys efter grundutbildningens genomförande fanns inga signifikanta skillnader mellan de olika landstingen med avseende på Empati, MI-anda, antal oförenliga yttranden, andel reflektioner av frågor, procent öppna frågor och procent komplexa reflektioner (tabell 9). Emellertid hade Stockholm signifikant fler förenliga yttranden jämfört med Västernorrland ($p=0.006$) samt på gränsen signifikant fler jämfört med Skåne ($p=0.052$).

2. Hur ser sambandet ut mellan landstingens olika typ av grundutbildning i MI och deltagarnas utveckling av MI-kompetens?

Frågan om sambandet mellan deltagarnas kompetensutveckling under grundutbildningen och landstingens olika typ av grundutbildning undersöktes genom att karakteristika i de olika grundutbildningarna korrelerades med utvecklingen av MI-kompetens i de sju olika måtten. Deltagare som spelat in samtal före respektive efter grundutbildningen ($N=146$) hade fyllt i enkäten om den grundutbildning som de deltagit i. Emellertid, saknades enkäter för 15 kursdeltagare, varför analyserna endast kunde göras för övriga deltagare ($N=131$).

De olika landstingens grundutbildningar karakteriserades med avseende på utbildningens längd i dagar, om den innehöll inspelning av eget samtal, om deltagare transkriberat sina samtal, om man fått handledning under

utbildningen, om ens samtal kodats av MIC Lab enligt MITI, och om kursen innehållit utbildning i MITI.

Utvecklingen i MI-kompetens för deltagarna i landstingens olika grundutbildningar undersöktes genom att differensen mellan MI-kompetensen före respektive efter grundutbildning beräknades.

I en envägs variansanalys visades att deltagargruppen i Skåne utvecklade sig i signifikant högre grad jämfört med deltagarna i Sörmland ($p=.006$, post hoc test Bonferroni) och Skånegruppen visade även en tendens till signifikant starkare utveckling jämfört med deltagargruppen i Värmland ($p=0.083$) (tabell 10). För oförenliga yttranden förbättrades deltagarna i Skåne signifikant starkare än deltagarna i samtliga övriga landsting ($F(4, 137)=7.94$, $p<0.001$). Även om Skåne visade på en klart starkare utveckling gällande empati, fanns det ingen signifikant skillnad till något annat landsting i den variabeln. Inte heller i utvecklingen för förenliga yttranden, andel reflektioner av frågor, procent öppna frågor och procent komplexa reflektioner fanns signifikanta skillnader mellan landstingen. Det fanns en signifikant skillnad avseende utvecklingen i MI-anda ($F(4, 136)=3.24$, $p=.014$).

Hela studiegruppen hade efter grundutbildningen genomsnittligt förbättrats i empati och i MI-anda och även en förbättring med färre oförenliga yttranden samt i fler reflektioner i förhållande till frågor. Det var ingen eller marginell förbättring i procent fler komplexa reflektioner, samt i procent fler öppna frågor och det var en försämring i färre förenliga yttranden (tabell 10).

Tabell 10. Förändring i medelvärde (standardavvikelse) i mått på MI-kompetens från före till efter grundutbildningen för deltagare i de fem medverkande landstingen.

Mått på MI-kompetens	Skåne N=20	Västernorrland N=36	Stockholm N=28	Sörmland N=21	Värmland N=41	Alla N=146
Empati	1.4 (1.3)	0.6 (1.0)	0.7 (1.1)	0.5 (1.0)	0.7 (1.1)	0.7 (1.1)
MI-anda	1.3 (0.9)	0.7 (0.9)	0.6 (0.9)	0.3 (1.0)	0.6 (1.0)	0.7 (1.0)
Förenligt m MI	- 0.5 (1.8)	- 0.8 (1.6)	0.4 (2.9)	0.1 (1.7)	- 0.7 (2.0)	0.4 (2.1)
Oförenligt m MI	- 8.4 (6.6)	- 3.3 (4.9)	- 4.0 (5.0)	- 0.1 (3.9)	- 2.9 (3.5)	- 3.5 (5.2)
Reflektioner/frågor	0.4 (0.6)	0.2 (0.6)	0.4 (0.6)	0.6 (1.6)	0.5 (0.8)	0.4 (0.8)
% öppna / frågor	12 (20)	6 (19)	5 (21)	5 (22)	7 (28)	7 (22)
% komplexa / reflektioner	1 (4)	0 (3)	0 (24)	- 9 (31)	5 (24)	0 (29)

De beräknade korrelationerna (Spearman) mellan karakteristika i landstingens olika MI-utbildningar och differensen i MI-kompetens i de sju måtten var mycket låga och ingen variabel på utbildningens karakteristika var korrelerad med differensen för något av de sju måtten på MI-kompetens (empati, i MI-

anda, antal förenliga yttranden och antal oförenliga yttranden samt i indexen andel reflektioner av frågor, procent öppna frågor av alla frågor och procent komplexa reflektioner av alla reflektioner.

3. Hur påverkades deltagarnas MI-kompetens efter grundutbildning av sex tillfällen med återkoppling via telefon?

Genomförande av telefonåterkopplingar – ”följsamhet”

En del deltagare som lottats till någon av grupperna med telefonåterkoppling fick inte återkoppling så som den planerats (sid 15). Tjugosex deltagare hann spela in ytterligare ett samtal innan de fick feedback på det först inspelade samtalet, vilket inträffade två eller fler gånger för 12 av dessa 26 kursdeltagare. De registrerade avvikelserna sammanfattades i en variabel (följsamhet) och relaterades till MI-kompetens vid uppföljning. Variabeln konstruerades så att högre poäng innebar sämre följsamhet. Följsamhetspoäng korrelerades med differensen mellan MI-kompetensen i samtal efter grundutbildningen och den vid uppföljningen. MI-kompetensen bedömdes i variablerna empati, i MI-anda, antal förenliga yttranden och antal oförenliga yttranden samt i indexen andel reflektioner av frågor, procent öppna frågor av alla frågor och procent komplexa reflektioner av alla reflektioner.

Sambanden mellan följsamhet i genomförande av telefonåterkoppling och utveckling av MI-kompetens undersöktes med Spearmans korrelation. Analyserna visade låga icke signifikanta korrelationer mellan följsamhet och differensen i MI-kompetens mellan grundutbildning och uppföljning.

Jämförbarhet mellan grupper med telefonåterkoppling och kontrollgrupp

För meningsfulla analyser om effekten av återkoppling via telefon jämfördes grupperna efter grundutbildningen för att säkerställa deras likvärdighet. För att kunna jämföra telefonåterkoppling med kontrollgruppen (grupp 1, n=61), slogs grupp 2 och 3 ihop (n=85). I den hopslagna gruppen hade deltagarna antingen fått återkoppling via telefon baserad på hela MITI eller på beteendeskattningen i MITI. Eventuella skillnader mellan kontrollgrupp och den med återkoppling, testades med variansanalys ANOVA. Det var signifikant fler oförenliga yttranden i grupp 1 (kontroll) jämfört med gruppen med telefonåterkoppling ($F(1, 144)=5.05$, $p=0.026$, partiell kvadrerad $\eta^2=0.034$) medan de två betingelserna var lika efter grundutbildningen i övriga mått på MI-kompetens.

Skillnader i MI-kompetens mellan betingelser

Eftersom vi fann skillnader mellan de två betingelserna vid grundutbildningen, undersöktes skillnaden mellan betingelserna vid uppföljningen, 6 månader senare, med kovariansanalys där vi tog hänsyn till värdet på MI-kompetensmått efter grundutbildningen. Analyserna vid uppföljningen visade att gruppen med telefonåterkoppling hade högre kompetens i samtliga

sju MI-kompetensmått (tabell 11), varav signifikant bättre jämfört med kontrollgruppen i fem av måtten (MI-anda, färre oförenliga yttranden, en större andel reflektioner jämfört med frågor, en högre procent öppna frågor och en högre procent komplexa reflektioner).

Tabell 11. Medelvärden (standardavvikelse) för de båda hopslagna grupperna med telefonåterkoppling (grupp 2 och 3) jämfört med grupp 1(kontroll) i mått på MI-kompetens, vid uppföljning efter 6 månader med hänsyn till MI-kompetens efter grundutbildning.

Mått på MI-kompetens	Grupp 1	Grupp 2 och 3	Signifikansvärde
	grundutbildning, n=61 uppföljning, n=50 Medelvärde (standardavvikelse)	grundutbildning, n=85 uppföljning, n=75 Medelvärde (standardavvikelse)	
Empati			
Efter grundutbildning	3.3 (0.8)	3.5 (0.7)	F(1, 144)=3.35, p=0.069
Vid uppföljning	3.4 (0.9)	3.7 (0.8)	F(1, 122)=2.32, p=0.131
MI-anda			
Efter grundutbildning	3.1 (0.8)	3.2 (0.7)	F(1, 144)=0.79, p=0.377
Vid uppföljning	3.0 (0.9)	3.4 (0.7)	F(1, 122)=11.60, p=0.001*
Förenligt m MI			
Efter grundutbildning	1.4 (1.2)	1.4 (1.5)	F(1, 144)=0.02, p=0.896
Vid uppföljning	1.9 (1.8)	2.3 (1.8)	F(1, 122)=1.40, p=0.240
Oförenligt m MI			
Efter grundutbildning	2.0 (3.3)	1.0 (1.9)	F(1, 144)=5.05, p=0.026*
Vid uppföljning	2.4 (2.9)	1.3 (1.9)	F(1, 122)=4.59, p=0.034*
Reflektioner / frågor			
Efter grundutbildning	0.9 (0.6)	1.1 (0.9)	F(1, 144)=1.72, p=0.191
Vid uppföljning	0.8 (0.7)	1.1 (0.6)	F(1, 122)=3.96, p=0.049*
% öppna / frågor			
Efter grundutbildning	43 (19)	43 (18)	F(1, 144)=0.01, p=0.930
Vid uppföljning	47 (17)	56 (18)	F(1, 122)=8.40, p=0.004*
% komplexa / reflektioner			
Efter grundutbildning	50 (19)	42 (19)	F(1, 143)=5.49, p=0.020*
Vid uppföljning	44 (24)	52 (19)	F(1, 122)=7.72, p=0.006*

Studiedeltagarnas utveckling (differensen i MI kompetens efter avslutad grundutbildning och till uppföljningen efter sex månader) analyserades med envägs variansanalys ANOVA. Gällande MI anda och procent komplexa reflektioner visade kontrollgruppen en svag försämring under sexmånadersperioden efter avslutad grundutbildning medan de som fick

återkoppling via telefon visade en svag förbättring under perioden (tabell 12 och bilaga 13 med grafer över de två gruppernas utveckling i sju mått på MI-kompetens). Gruppen med telefonåterkoppling hade även fler förenliga yttranden och färre oförenliga yttranden än kontrollgruppen men förbättringen var inte signifikant. Dock hade gruppen med telefonåterkoppling under perioden förbättrats signifikant i procent öppna frågor jämfört med kontrollgruppen. I empati och i andel reflektioner i förhållande till frågor hade ingen av grupperna förändrats under perioden.

Tabell 12. Gruppen med telefonåterkoppling (grupp 2 och 3) jämförd med grupp 1 (kontroll) i förändring i mått på MI-kompetens efter grundutbildning till uppföljning efter 6 månader.

Mått på MI-kompetens	Grupp 1	Grupp 2 och 3	Signifikansvärde
	N=50 Medelvärde	N=75 Medelvärde	
Empati	0.0	0.2	F(1, 123)=0.63, p=0.429
MI-anda	- 0.2	0.2	F(1, 123)=9.41, p=0.003*
Förenligt m MI	0.5	0.9	F(1, 123)=1.65, p=0.201
Oförenligt m MI	0.8	0.3	F(1, 123)=1.10, p=0.296
Reflektioner / frågor	- 0.1	0	F(1, 123)=0.46, p=0.501
% öppna / frågor	2	13	F(1, 123)=6.48, p=0.012*
% komplexa / reflektioner	- 6	11	F(1, 123)=14.74, p=0.001*

4. Hur påverkades deltagarnas MI-kompetens efter grundutbildning av sex tillfällen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI alternativt återkoppling baserad på halva MITI?

Jämförbarhet i MI-kompetens efter genomförd grundutbildning mellan deltagare som randomiserats till telefonåterkoppling baserad på hela MITI, deltagare som randomiserats till telefonåterkoppling baserad på MITI-beteendeskattning samt kontrollgruppen undersöktes med en envägs variansanalys (tabell 13). Grupperna var lika i sex mått på MI-kompetens men inte i procent komplexa reflektioner av samtliga reflektioner. Post hoc-testat med Bonferroni korrektion, visades att det var signifikant högre procent komplexa reflektioner i grupp 1 (kontroll) jämfört med i grupp 3 (telefonåterkoppling med beteendeskattning) (p=0.030) medan grupp 2 inte skiljde sig signifikant från de båda övriga grupperna.

Eftersom vi fann skillnader mellan de tre betingelserna efter grundutbildningen valde vi att undersöka om grupperna skiljde sig vid uppföljningen, 6 månader senare med envägs variansanalys, i vilken hänsyn togs till värdet på MI-kompetensmått efter grundutbildningstillfället. Analysen visade flera signifikanta skillnader mellan de tre betingelserna (tabell 13).

I MI-anda skiljde sig kontrollgruppen signifikant både från gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI (p=0.013), såväl som från gruppen

med telefonåterkoppling endast baserad på beteendeskattning ($p=0.002$). Detta gällde även för procent öppna frågor där kontrollgruppen också skiljde sig signifikant från både gruppen med telefonåterkoppling baserat på hela MITI ($p=0.046$) som från gruppen med telefonåterkoppling baserat på beteendeskattning ($p=0.005$). Det var liknande resultat för procent komplexa reflektioner där gruppen med telefonåterkoppling baserat på beteendeskattning skiljde sig signifikant ($p=0.005$) från kontrollgruppen medan telefonåterkoppling baserat på hela MITI närmade sig signifikans ($p=0.061$). För oförenliga yttranden visade variansanalysen en tendens till skillnad mellan de tre betingelserna, vilken närmare undersökt visade, att kontrollgruppen skiljde sig signifikant från gruppen med telefonåterkoppling som baserats på beteendeskattning ($p=0.015$).

Tabell 13. Grupp 1, 2 och 3 (standardavvikelse) efter grundutbildning samt vid uppföljning efter sex månader, i mått på MI-kompetens i medelvärde.

Mått på MI-kompetens	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Signifikansvärde
	N=61*) Medelvärde (standard- avvikelse)	N=46*) Medelvärde (standard- avvikelse)	N=39*) Medelvärde (standard- avvikelse)	
Empati				
grundutbildning	3.3 (0.8)	3.5 (0.7)	3,5 (0.7)	F(2, 143)=1.67 p=0.192
uppföljning	3.4 (0.9)	3.6 (0.8)	3,8 (0.8)	F(2, 121)=1.49 p=0.229
MI-anda				
grundutbildning	3.1 (0.8)	3.2 (0.7)	3.2 (0.6)	F(2, 143)=0.41, p=0.665
uppföljning	3.0 (0.9)	3.3 (0.8)	3.5 (0.6)	F(2, 121)=6.04, p=0.003*
Förenligt m MI				
grundutbildning	1.4 (1.2)	1.6 (1.5)	1.2 (1.4)	F(2, 143)=0.93, p=0.396
uppföljning	1.9 (1.8)	2.2 (1.8)	2.4 (1.8)	F(2, 121)=0.82, p=0.444
Oförenligt m MI				
grundutbildning	2.0 (3.3)	1.1 (2.0)	0.9 (1.6)	F(2, 143)=2.66, p=0.074
uppföljning	2.4 (2.9)	1.6 (2.1)	0.9 (1.5)	F(2, 121)=3.04, p=0.051
Reflektioner / frågor				
grundutbildning	0.9 (0.6)	1.0 (0.5)	1.2 (1.2)	F(2, 143)=1.84, p=0.162
uppföljning	0.8 (0.7)	1.1 (0.7)	1.1 (0.6)	F(2, 121)=1.99, p=0.142
% öppna / frågor				
grundutbildning	43 (19)	41 (17)	46 (19)	F(2, 143)=0.89, p=0.414
uppföljning	47 (17)	54 (17)	58 (19)	F(2, 121)=4.55, p=0.012*
% komplexa / reflektioner				
grundutbildning	49 (20)	44 (18)	39 (21)	F(2, 143)=3.48, p=0.033*
uppföljning	44 (24)	50 (20)	54 (16)	F(2, 121)=4.40, p=0.014*

*) Vid uppföljningen efter sex månader var i grupp 1 N= 50, i grupp 2, N= 39 och i grupp 3, N= 36.

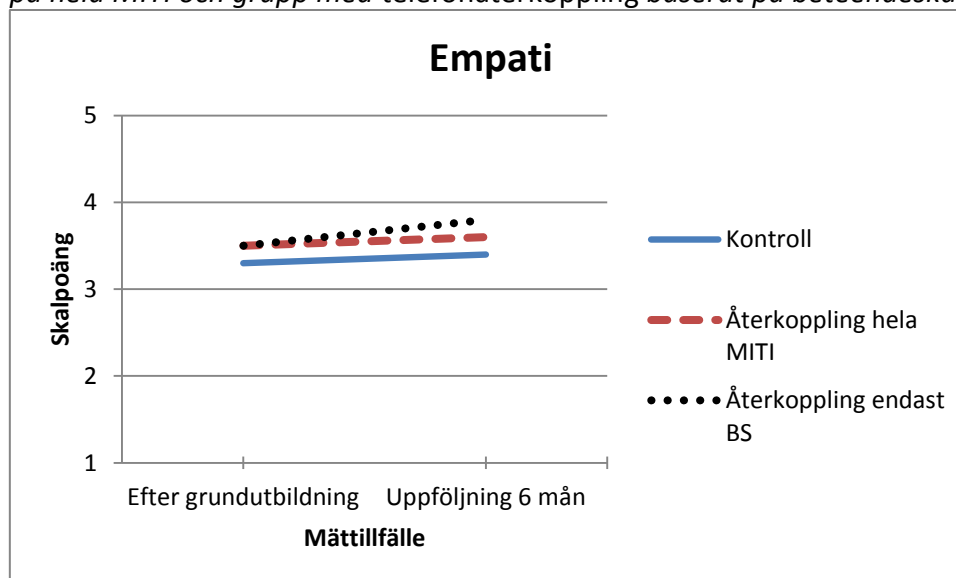
5. Hur vidmakthölls deltagarnas MI-kompetens i de tre betingelserna sex månader efter avslutad grundutbildning?

Förändring i hur MI kompetens utvecklades efter avslutad grundutbildning till uppföljningen efter sex månader analyserades med envägs variansanalys ANOVA. Analysen visade inga signifikanta skillnader mellan de tre betingelserna för empati. (tabell 14, figur 1).

Tabell 14. Förändringen i MI-kompetens (sju mått) efter grundutbildning till uppföljning efter sex månader för grupp 1, 2 och 3, beskriven i medelvärdeskillnader.

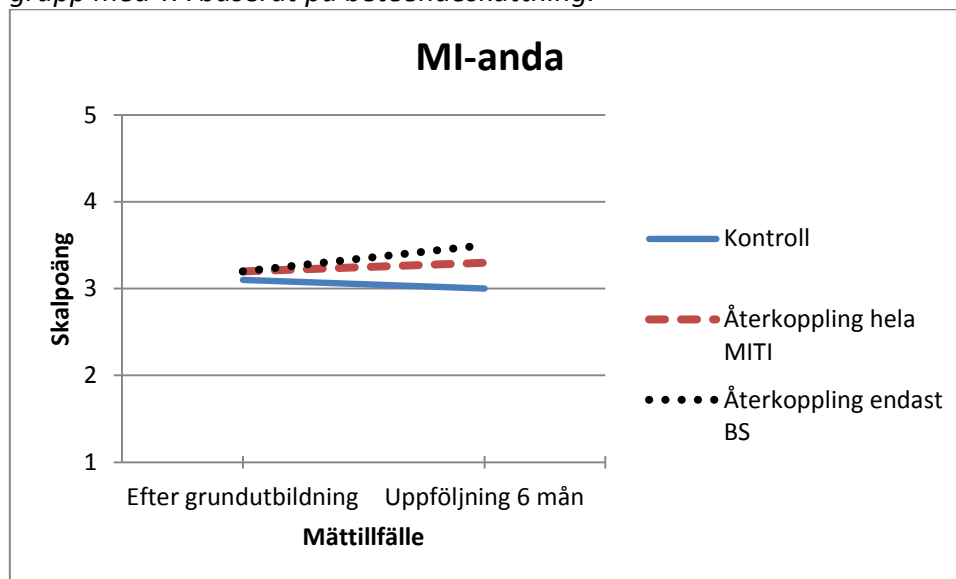
Mått på MI-kompetens	Grupp 1 N=50 Medelvärdes- skillnad	Grupp 2 N=31 Medelvärdes- skillnad	Grupp 3 N=30 Medelvärdes- Skillnad	Signifikansvärde
Empati (skalpoäng)	0.1	0.0	0.3	F(2, 122)=0.49, p=0.612
MI-anda (skalpoäng)	- 0.2	0.2	0.3	F(2, 122)=4.73, p=0.011*
Förenligt m MI (antal)	0.5	0.8	1.2	F(2, 122)=1.06, p=0.350
Oförenligt m MI (antal)	0.8	0.5	0.1	F(2, 122)=0.79, p=0.457
Reflektioner / frågor (andel)	- 0.1	0.1	- 0.1	F(2, 122)=0.92, p=0.400
Öppna / frågor (procent)	2	13	12	F(2, 122)=3.25, p=0.042*
Komplexa /reflektioner (procent)	- 6	8	16	F(2, 122)=8.39, p=0.001*

Figur 1. Vidmakthållande av kompetens i empati under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med telefonåterkoppling baserat på hela MITI och grupp med telefonåterkoppling baserat på beteendeskattning.



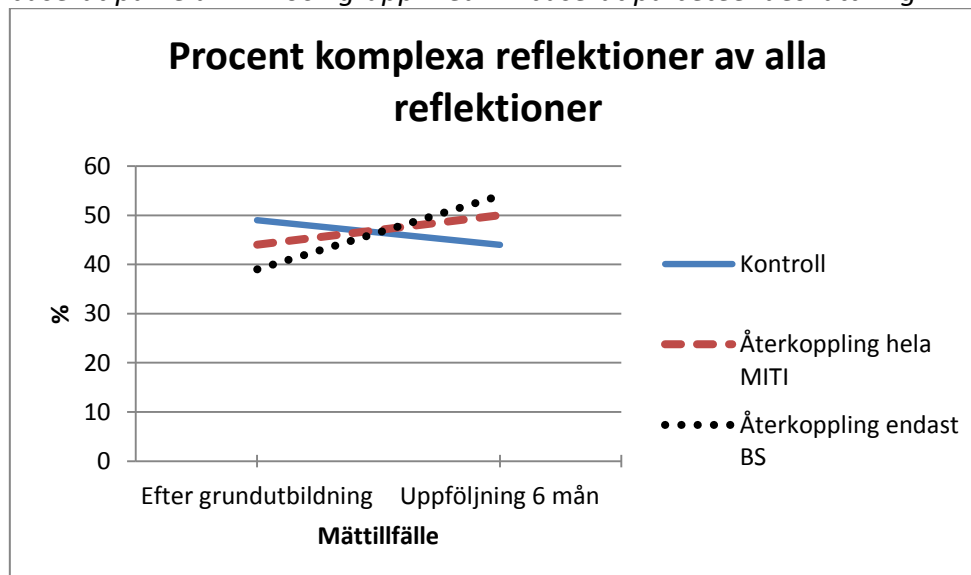
I MI-anda, däremot försämrades kontrollgruppen efter avslutad grundutbildning och under sexmånadersperioden medan de två grupper som fått telefonåterkoppling baserat på objektiva data på sina samtalsprestationer visade en svag förbättring (tabell 14, figur 2).

Figur 2. Vidmakthållande av kompetens i MI-anda under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.



Gruppen med deltagare som fått telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning skiljde sig signifikant från kontrollgruppens utveckling i MI-anda ($p=0.021$), post hoc testat med Bonferroni, vilket även gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI, också gjorde ($p=0.049$), (figur 2).

Figur 3. Vidmakthållande av kompetens i procent komplexa reflektioner under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.

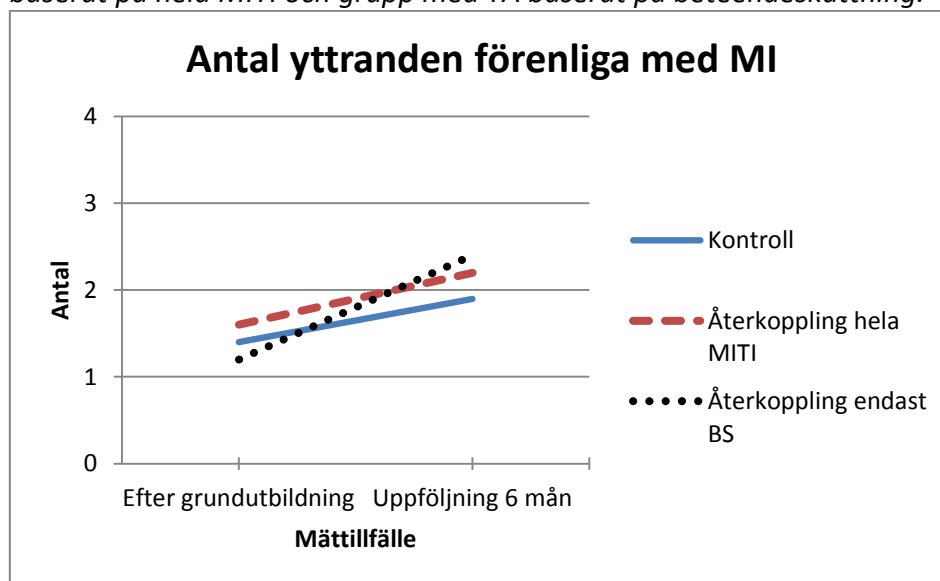


Vi fann liknande utveckling gällande procent komplexa reflektioner där deltagare som fått telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning förbättrades signifikant ($p=0.001$) jämfört med kontrollgruppens utveckling, där deltagarna istället försämrades under perioden (tabell 14, figur 3). Vid post hoc test med Bonferroni skiljde sig kontrollgruppens utveckling både från gruppen

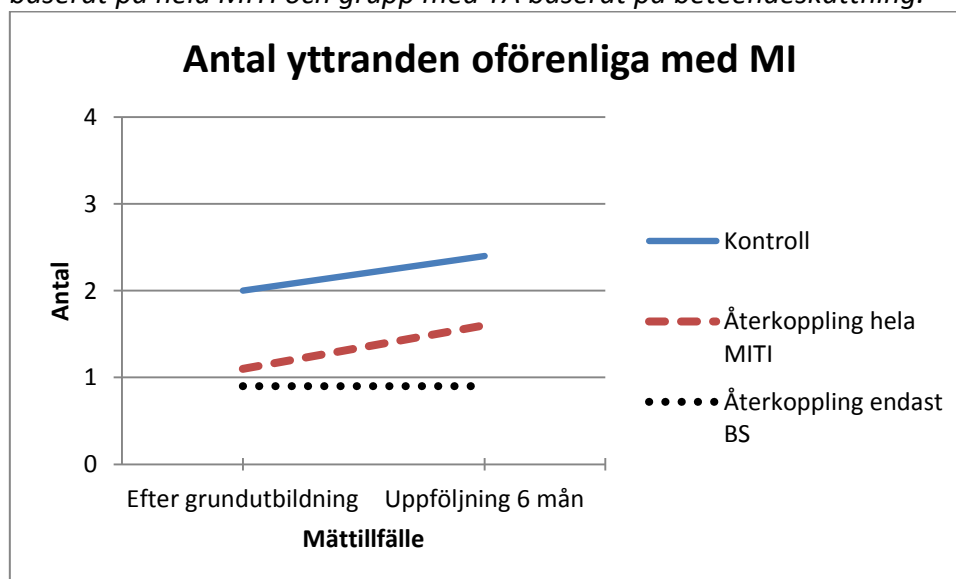
med telefonåterkoppling, baserad på beteendeskattning ($p=0.001$) samt från gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI ($p=0.034$)

Vad gäller antal förenliga yttranden så förbättrades alla tre grupperna men de båda grupperna med telefonåterkoppling ökade proportionellt mer i förenliga yttranden jämfört med kontrollgruppen (tabell 14, figur 4), dock ej signifikant.

Figur 4. Vidmakthållande av kompetens i förenliga yttranden under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.



Figur 5. Vidmakthållande av kompetens i oförenliga yttranden under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.

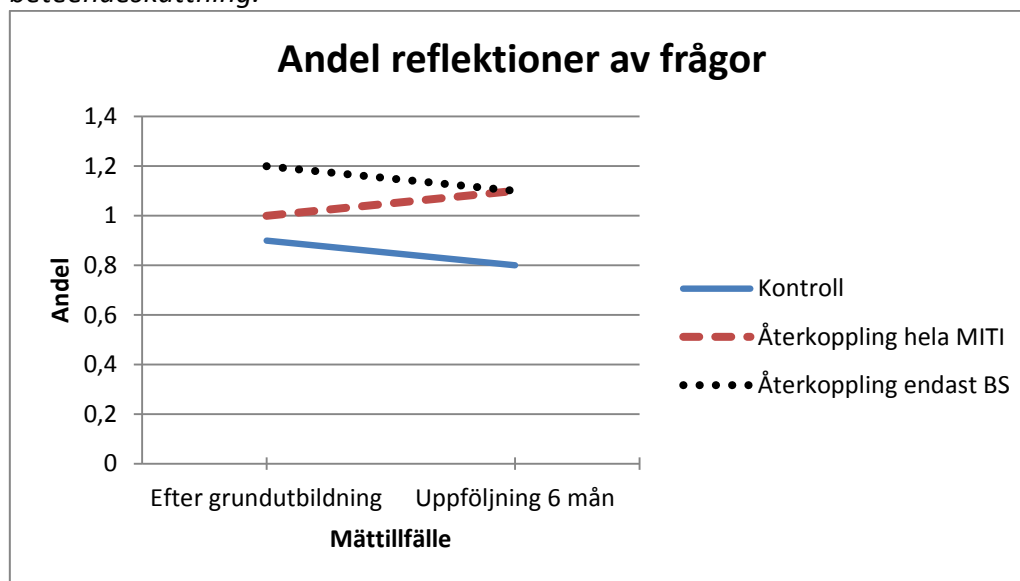


Kontrollgruppen och gruppen med återkoppling av hela MITI försämrades i oförenliga yttranden (tabell 14, figur 5) medan gruppen som fått återkoppling

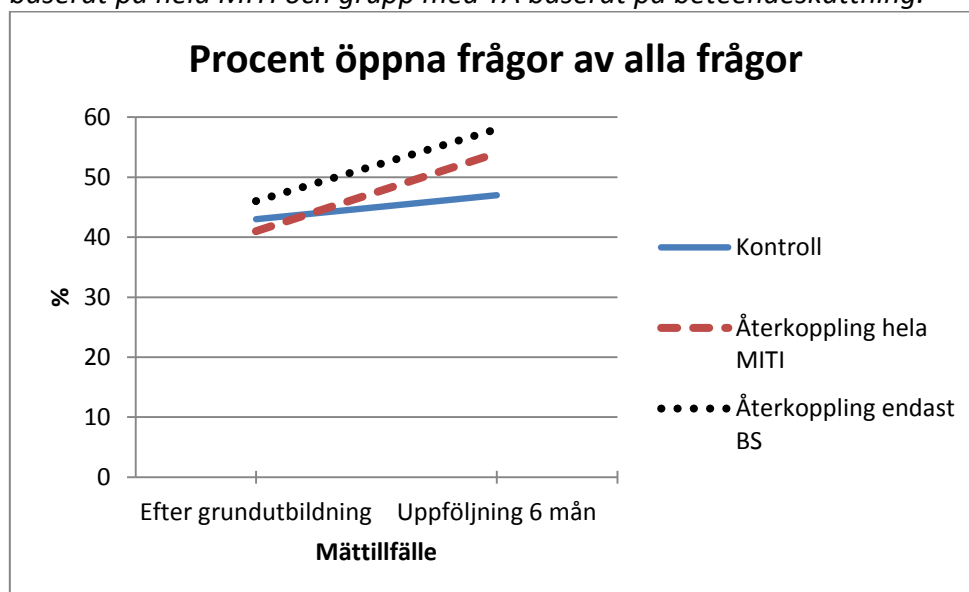
på beteendeskattning var oförändrad vad gäller antal oförenliga yttranden under perioden.

I andel reflektioner i förhållande till frågor hade ingen av de tre betingelserna förändrats under perioden (tabell 14, figur 6).

Figur 6. Vidmakthållande av kompetens i andel reflektioner i förhållande till frågor under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.



Figur 7. Vidmakthållande av kompetens i procent öppna frågor under sexmånadersperioden efter grundutbildning för kontrollgrupp, grupp med TÅ baserat på hela MITI och grupp med TÅ baserat på beteendeskattning.



De båda grupperna med telefonåterkoppling ökade signifikant enligt variansanalysen med högre procent öppna frågor än kontrollgruppen men

förbättringen visade sig inte vara signifikant vid post hoc test med Bonferroni ($p=0.068$)(tabell 14, figur 7).

6. Finns samband mellan deltagarnas självskattade frekvens och effektivitet i att utföra livsstilssamtal och deras kompetens i MI?

Självskattad frekvens

Självskattad frekvens i att utföra samtal om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat skattades på en 5-gradig skala, från låg till hög (efter att numreringen ändrats för att bli logisk) till: 1="Aldrig", 2="Sällan", 3="Ibland", 4="Ofta", 5="Alltid". Förändring i skattningsfrekvens från grundutbildningstillfället då studiedeltagarna första gången skattade med vilken frekvens de genomförde samtal om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat till uppföljningen, sex månader senare, beräknades som differenser mellan de två tillfällena. Differensen i frekvens samtal och studiedeltagarnas olika utveckling i MI-kompetens analyserades med Spearmankorrelationer ($N=115$).

Resultaten visade att inget av sju mått på förbättring av MI-kompetens hade samband med att man skattade sig göra fler samtal om tobak. Inte heller i något mått på förbättring av MI-kompetens fanns samband med ökad frekvens samtal om alkohol, eller med fler samtal om fysisk aktivitet eller med fler samtal om mat.

Eftersom analyserna rörande de tre randomiserade betingelserna har visat att deltagare som lottats till de två betingelserna med telefonåterkoppling var signifikant mer MI-kompetenta jämfört med kontrollbetingelsen analyserades om de båda grupperna skiljde sig åt i skattad frekvens livsstilssamtal. I ett första steg undersöktes om det fanns skillnader mellan de två hopslagna betingelser med telefonåterkoppling samt kontrollgruppen. Det visade sig inte finnas några skillnader i frekvens samtal mellan dem som lottats till kontrollgruppen och dem som lottats till telefonåterkoppling för något av de fyra livsstilssamtalen (två oberoende grupper, Mann Whitney U-test).

I ett andra steg analyserades eventuella skillnader mellan de tre randomiserade betingelserna. Därvid framkom att gruppen med telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning hade större skillnader i skattningsfrekvens än både gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI såväl som kontrollbetingelsen (Kruskal Wallis test). Gruppen med telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning låg genomgående högre i frekvensskillnad i de fyra olika levnadsvanesamtalen och hade signifikant högre frekvensskillnad jämfört med gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI och kontrollgruppen i samtal om mat ($\chi^2=10.699$, $df=2$, $p=0.005$).

Vid uppföljningstillfället fanns emellertid inga skillnader mellan de tre betingelserna i frekvensen utförda samtal (Kruskal Wallis test).

Gällande studiepersonernas samtalsfrekvens vid uppföljningstillfället uppgavs den om tobak i genomsnitt ligga på 2.9 på en 5-gradig skala, vilket motsvarade "ibland" på enkäten. Genomsnittlig samtalsfrekvens om alkohol var något lägre, 2.7 motsvarande mellan "ibland" och "sällan" på skalan. För fysisk aktivitet å andra sidan uppgavs 3.7 genomsnittligt, vilket närmade sig "ofta" på skalan samt för mat en något lägre frekvens, 3.3 dvs något mer än "ibland".

Självskattad effektivitet

Självskattad effektivitet i att utföra samtal om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat skattades på en 4-gradig skala där 1="liten utsträckning"----- 2-----3---- 4="stor utsträckning".

Förändring i skattad effektivitet från grundutbildningstillfället då studiedeltagarna första gången skattade med vilken effektivitet de upplevde sig genomföra samtal om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat till uppföljningen sex månader senare beräknades, som differensen mellan de två tillfällena (N=115). Samband mellan differensen i skattad effektivitet och differensen i MI-kompetens mellan uppföljningen och den vid grundutbildningen undersöktes med Spearmankorrelationer.

Analyserna visade att ökad effektivitet för samtal om tobak korrelerade signifikant med en ökning med fler reflektioner i förhållande till frågor ($r_s=0.21$, $p=0.022$) medan övriga sex mått på utvecklingen i MI-kompetens inte hade samband med att man skattade sig göra mer effektiva samtal om tobak. Inget mått på utvecklingen i MI-kompetens hade samband med att man skattade sig ökat effektiv i samtal om alkohol och inte heller i samtal om fysisk aktivitet eller i samtal om mat.

Analogt med analyserna huruvida frekvensen samtal vid olika levnadsvanor skiljde sig mellan de båda betingelserna, som visat sig ge olika grad av MI-kompetens, gjordes analyser om ifall skattad effektivitet i samtalen skiljde sig mellan dem som fått telefonåterkoppling respektive dem som hade kontrollbetingelsen.

Vid grundutbildningstillfället då skattningen i effektivitet gjordes första gången var det fler av dem som lottats till kontrollbetingelsen jämfört med dem som lottats till telefonåterkoppling, som skattade sig högt i att göra effektiva samtal om tobak, testat med Mann-Whitney U ($z= - 2.29$, $p=0.022$). För samtal om alkohol, fysisk aktivitet samt mat skattade sig kontrollgruppen effektivare men det fanns inga signifikanta skillnader mellan de två betingelserna.

Vid analysen kontrollerades för skillnaden mellan betingelserna vid det första skattningstillfället genom att beräkna differensen mellan skattningen om effektivitet vid uppföljningen och den vid grundutbildningstillfället. Därefter undersöktes om differensen i skattad effektivitet i att samtala skiljde sig mellan de två betingelserna, testat med Mann-Whitney U-test. Gruppen som lottats till telefonåterkoppling hade ökat sin skattning av effektivitet mer i samtalen om tobak jämfört med kontrollbetingelsen ($z= - 2.82$, $p=0.005$), liksom i samtal

om mat ($z = -2.09$, $p = 0.037$). Det fanns en tendens till signifikant skillnad för samtal om fysisk aktivitet ($z = -1.66$, $p = 0.097$) samt samtal om alkohol ($z = -1.91$, $p = 0.057$) där de som lottats till telefonåterkoppling skattade sig ha ökat mer i effektivitet..

De båda betingelserna skiljde sig inte vid uppföljningstillfället i hur de skattat sin effektivitet i att utföra samtal om levnadsvanorna.

Differensen mellan skattningen om effektivitet vid uppföljningen och den vid grundutbildningstillfället analyserades också för deltagarna uppdelade på de tre randomiserade grupperna. Därvid visades att differensen för kontrollgruppens skattning av sin effektivitet i genomsnitt låg lägst och gruppen med telefonåterkoppling baserad på hela MITI låg högst, medan gruppen med telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning låg mellan de båda andra. De tre betingelserna skiljde sig signifikant i skattad effektivitet i samtal om tobak ($z = 11.97$, $p = 0.003$) och i samtal om alkohol ($z = 7.05$, $p = 0.030$) samt i samtal om mat ($z = 7.38$, $p = 0.025$) testat med Kruskal Wallis test. Det fanns en tendens till signifikant skillnad för samtal om fysisk aktivitet ($z = 5.11$, $p = 0.078$).

I samtal om tobak hade man i genomsnitt skattat sig ligga på en tvåa på den 4-gradiga skalan om effektivitet i samtalet. För alkohol låg man någon decimal lägre medan man i samtal om fysisk aktivitet skattade sig ett helt skalsteg effektivare vilket även gällde för samtalen om mat.

7. Fanns det samband mellan deltagarnas self-efficacy och att ha förvärvat MI-kompetens?

Self-efficacy skattades med 14 påståenden på en 4-gradig skala där 1="tar helt avstånd", 2="tar delvis avstånd", 3="instämmer delvis", 4="instämmer helt", som summerades till en totalpoäng för skalan. Skalan ifylldes första gången vid grundutbildningen då gruppen med telefonåterkoppling (medelvärde=40.5) inte skiljde sig från kontrollgruppen (medelvärde=41.0), undersökt med envägs variansanalys $F(1, 126) = 0.25$ $p = 0.620$). Inte heller fördelat på de tre lottade betingelserna fanns skillnader i self-efficacypoäng dem emellan (kontrollgrupp, medelvärde=41.0 poäng, grupp med telefonåterkoppling baserad på hela MITI, medelvärde=40.1 och grupp med telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning i MITI, medelvärde=41.0 poäng, $F(2, 125) = 0.34$ $p = 0.710$).

Vid uppföljningen efter 6 månader fanns inte heller några skillnader i self-efficacypoäng mellan gruppen med telefonåterkoppling (medelvärde=42.8 poäng) och kontrollgruppen (medelvärde=41.3 poäng), ($F(1, 118) = 2.43$ $p = 0.122$). Analysen visade inte heller skillnad då de tre lottade grupperna jämfördes (kontrollgrupp, medelvärde=41.3 poäng, grupp med återkoppling baserad på hela MITI medelvärde=43.5 och grupp med telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning i MITI, medelvärde=42.2 poäng, $F(2, 117) = 1.72$ $p = 0.184$).

I en ytterligare analys undersöktes samband mellan differensen i self-efficacypoäng mellan de två tidpunkterna för enkätens ifyllande samt differensen i MI-kompetens mellan samma tidpunkter. Resultatet visade inga signifikanta samband i något av de sju måtten för MI-kompetens (Spearmankorrelation).

8. Predicerade deltagarnas initiala empati enligt MITI och/eller deras initiala förmåga till självskattning av sina MI-färdigheter att de förvärvat MI-kompetens vid uppföljningen?

Empati som prediktor av MI-kompetens

Mått på förändring i MI-kompetens var differensen mellan värde i MI-kompetensmått innan deltagaren gjort sin grundutbildning (vid baslinjen) och värdet vid uppföljningen. Differenserna beräknades i MI-kompetensmåtten, empati, MI-anda och antal oförenliga yttranden, antal förenliga yttranden, kvoten reflektioner till frågor, procent öppna frågor samt procent komplexa reflektioner. I en analys undersöktes om deltagares empati vid baslinjen hade samband med graden av förändring av deras MI-färdigheter under perioden från baslinjen till uppföljningen (Spearmankorrelation).

Empati vid baslinjen hade samband med utvecklingen empati ($r_s = -0.70$, $p=0.001$), med MI-anda ($r_s = -0.59$, $p=0.001$), av antal förenliga yttranden ($r_s = -0.18$, $p=0.044$) såväl som oförenliga yttranden ($r_s = 0.54$, $p=0.001$), med deltagarnas utveckling i andel reflektioner i förhållande till frågor ($r_s = -0.27$, $p=0.003$), procent öppna frågor ($r_s = -0.27$, $p=0.003$), och differens i procent komplexa reflektioner ($r_s = -0.21$, $p=0.021$).

I en andra analys delades deltagare med låga empativärden (empati=1 och 2, N=50) vid baslinjen i en grupp, deltagare med värde 3 i en mellangrupp (N=48) och deltagare som hade hög empati (empati=4 och 5, N=27) i en tredje grupp. I en variansanalys med oberoende grupper undersöktes om de tre grupperna skiljde sig i något av de sju måtten på MI-kompetens vid uppföljningstillfället. Analysen visade inga signifikanta skillnader.

Självskattning som prediktor av MI-kompetens

Självskattning av MI-kompetens gjordes i nio variabler varav fem variabler skattades på 5-gradig skala, analogt med hur dessa variabler bedömdes enligt motsvarande skalor i MITI. Övriga 4 variabler skattades på 3-gradig skala.

Vi fann inga samband mellan självskattad empati och förändringen av sina egna empatifärdigheter från baslinjen (innan grundutbildningen) till hur MI-kompetensen utvecklats vid uppföljningen, analyserat med Spearmankorrelationer. Det fanns inte heller någon prediktion för självskattad MI-anda, självskattat om det var fler (lika många eller färre) förenliga yttranden än oförenliga yttranden, fler (lika många eller färre) reflektioner i förhållande till frågor, öppna i förhållande till slutna frågor samt komplexa i förhållande till enkla reflektioner under perioden.

9. Finns det samband mellan hur deltagare upplever telefonåterkoppling baserad på MITI-kodade samtal och deras förmåga att uppnå kompetens i MI?

Självskattning av telefonfeedback gjordes i WAI-S som innehöll 13 item på 7-gradig skala om hur telefonåterkopplingen upplevdes (bilaga 7). Lägst nöjdhetspoäng i WAI-S är 13 och mest nöjd med telefonåterkopplingen är 91 poäng. Skattningarna för 13 item summerades till en summapoäng för varje tillfälle med telefonåterkoppling.

Det var endast grupp 2 (n=31) och grupp 3 (n=29) som fick telefonfeedback baserad på kodning, varför analysen av samband mellan MI-kompetens och upplevelse av telefonåterkoppling gjordes för studiedeltagare i dessa två betingelser.

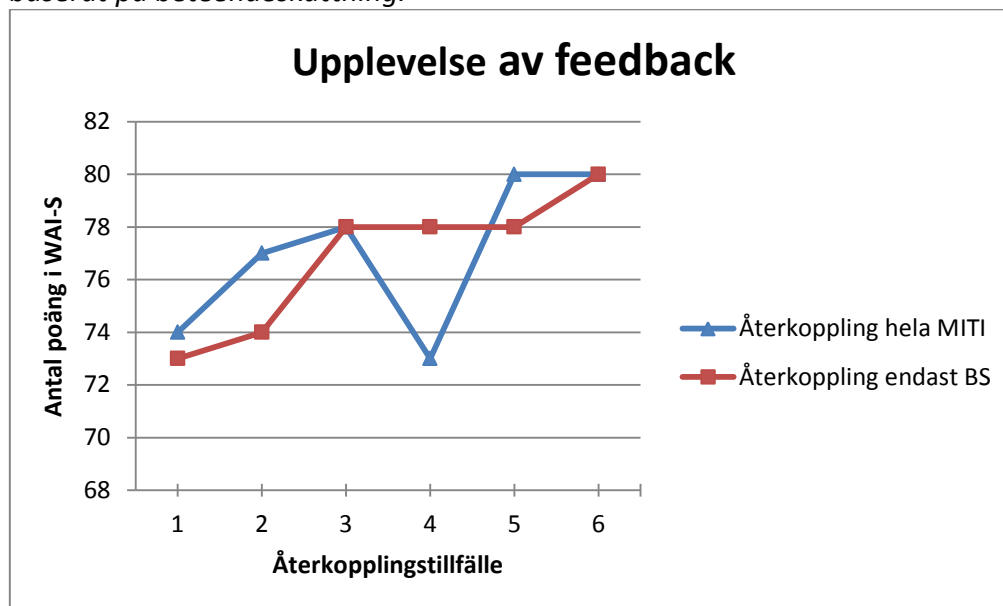
Beräkningen av varje studiedeltagares nöjdhetspoäng med telefonåterkoppling gjordes så att samtliga sex tillfällen med återkoppling summerades till ett värde som indikerade respektive deltagarens genomsnittliga nöjdhetspoäng. Kompetensförändringar under perioden efter grundutbildningens avslutning och till uppföljningen sex månader senare beräknades för empati, MI-anda, antal förenliga yttranden, antal oförenliga yttranden, andel reflektioner av frågor, procent öppna frågor och procent komplexa reflektioner.

Samband mellan studiedeltagares utveckling i MI-kompetens och genomsnittlig nöjdhetspoäng med telefonåterkoppling undersöktes genom att beräkna Spearmanskorrelationer. Inget mått på förändringen i MI-kompetens korrelerade signifikant med nöjdhetspoäng med telefonåterkoppling.

Gruppen med telefonåterkoppling som baserats på beteendeskattning hade vid skattningen efter den första telefonåterkopplingen en summapoäng på 71 vilket omräknat till genomsnittlig poäng motsvarade 5.5. Gruppen där återkopplingen baserades på hela MITI hade efter första tillfället en summapoäng på 73 och ett genomsnitt på 5.6 poäng. Variationen mellan deltagare var ganska liten med en standardavvikelse, som endast varierade mellan knappt 2 poäng och upp till 3 poäng vid de olika tillfällena.

De båda grupperna med telefonåterkoppling, grupp 2 (n=31) och grupp 3 (n=29) jämfördes med varandra med avseende på hur de skattat sin nöjdhetspoäng med telefonåterkopplingen vid vart och ett av de sex tillfällena. Båda grupperna ökade i nöjdhetspoäng enligt WAI-S (figur 8).

Figur 8. Skattad nöjdhet i WAI-S vid sex tillfällen med telefonåterkoppling för gruppen med återkoppling baserat på hela MITI och gruppen med återkoppling baserat på beteendeskattning.



Gruppen med telefonåterkoppling som baserats på beteendeskattning ökade kontinuerligt i jämn takt, planade ut tillfälle fyra och fem för att åter öka vid sista återkopplingstillfället. Gruppen där återkopplingen baserades på hela MITI ökade vid andra och tredje tillfället men sjönk med fem skalpoäng (genomsnitt 0.4) vid fjärde tillfället för att öka vid femte och vara oförändrad vid det sista tillfället. Vid sista tillfället var båda grupperna på nästan samma nöjdhetspoäng (telefonåterkoppling baserat på beteendeskattning var på 80 summapoäng (genomsnitt=6.2) respektive återkoppling baserat på hela MITI också på 80). Sammanfattningsvis ökade gruppernas skattade nöjdhet med telefonåterkoppling med 8 (genomsnitt 0.6) respektive 7 (genomsnitt 0.5) summapoäng under studieperioden.

10. I vilken utsträckning överensstämde deltagarnas självskattning av färdigheter i MI med deltagarnas färdigheter i MI mätt med MITI?

För att bedöma överensstämmelsen mellan självskattning och oberoende, objektiv skattning gjordes analyserna endast för de variabler som skattades på skalor med lika många skalsteg. MI-kompetens bedömt enligt MITI kodades i 12 variabler.

Vi valde att bedöma överensstämmelsen mellan självskattad MI-kompetens och oberoende skattning enligt MITI i variabler som mättes i skalor med lika många skalsteg. Därvid valdes empati och MI-anda, MI-anda beräknat som genomsnitt av locka fram, samarbete och autonomi. Styrning skattades också i fem skalsteg men har inte i någon studie visat samband med utfall och sorterades därför bort. Övriga självskattningsvariabler skattades i tre skalsteg att jämföra med frekvensräkning i MITI. Dessa variabler sorterades bort för att

komplexiteten i att skapa en skala med tre steg i MITI gjorde beräkningarna osäkra. Variabler som beräknades på skalor med olika många skalsteg skulle ha krävt att MITI-skalan transformerades till en skala med tre steg. I självskattningsskalan bedömdes fyra av nio variabler på skalor med tre steg.

En kvot beräknades mellan deltagarnas självskattade empati i sina första samtal innan grundutbildningen (vid baslinjen) och empati enligt MITI vid samma tillfälle.

Om självskattning innebar ett högre värde än den objektiva MITI-skattningen så resulterade det i en kvot större än 1, en överskattning av sina uttryck för empati i samtalet ifråga, där en maximal överskattning blir en kvot som är 5. Om kvoten resulterade i ett värde lägre än 1, hade självskattningen underskattat uttrycken för empati under samtalet, där det lägsta värdet, dvs mest underskattning var 0.20.

På motsvarande sätt beräknades en kvot mellan självskattad MI-anda (genomsnitt på självskattning av locka fram, samarbete och autonomi) samt MI-anda enligt MITI (genomsnitt på objektiv skattning av locka fram, samarbete och autonomi).

Procenten deltagare som underskattat sin empati och MI-anda beräknades, liksom andelen som gjort samma bedömning som den oberoende bedömningen respektive den procent som gjort överskattning av sina samtalsprestationer. En dålig självskattning definierades som 2 eller fler poängs avvikelse från oberoende MITI-skattning. Med den definitionen blev för kvoten på empati, ett värde som var lägre än 0.6 (för mycket underskattning) bedömt som dålig självskattning respektive om det var högre än 2 (för mycket överskattning) då det också bedömdes som dålig självskattning (tabell 15).

Tabell 15. Medelvärde (standardavvikelse) för kvoten mellan självskattning och oberoende skattning enligt MITI. Procent deltagare som underskattat respektive överskattat sina färdigheter empati och i MI-anda med mer än 2 skalsteg jämfört med oberoende skattning enligt MITI.

	Medelvärde (standardavvikelse)	% under- skattning	% över- skattning	% lika	2 skalsteg under MITI	2 skalsteg över MITI
Kvot (empati)	1.7 (0.9)	4.7	68.0	27.3	2.4	35.5
Kvot (MI- anda)	1.7 (0.9)	17.9	75	7.1	0	29.2

11. Predicerade deltagarnas upplevelse av organisationens stöd för MI-utbildningen deras möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter i metoden?

Den vid grundutbildningen ifyllda enkäten om upplevt stöd från arbetsgivare och kollegor för deltagande i MI-utbildning. Enkäten bestod av åtta frågor, var och en på en 5-gradig skala, där 1 är dåligt stöd och 5 mycket bra stöd. De åtta frågorna summerades till en summapoäng där 8 är lägst stöd och 40 maximalt stöd. Varje studiedeltagares poäng i åtta item summerades och sammanfattade organisationsstödet i den variabeln.

Organisationsstöds-poängen relaterades till differensen mellan MI-kompetensen i samtalet vid baslinjen och MI-kompetensen i samtalet vid uppföljningen, dvs utvecklingen i MI-kompetens under perioden. Sambanden undersöktes med Spearmans korrelation. Analyserna visade låga icke signifikanta korrelationer mellan organisationsstöd och de sju måtten på MI-kompetens.

Ett ytterligare sätt att undersöka om organisationsstödet hade samband med utvecklingen i MI-kompetens hos deltagarna gjordes genom att jämföra de 34 deltagare (27 procent) som skattat sig ha lägst stöd (mellan 9 - 20 poäng) med de 38 (30.4 procent) som skattat sig ha bäst stöd (mellan 31 - 40 poäng). De två grupperna jämfördes med avseende på utveckling i MI-kompetens från baslinje till uppföljning (oberoende t-test) och det fanns inga signifikanta skillnader i något av de sju måtten.

Hur stor andel av deltagarna hade godkänd kompetens i MI redan innan grundutbildningen och hur många är godkända vid uppföljningen?

En sammanfattande bedömning av deltagares individuella MI-kompetens kunde göras genom att ett kriterium för MI-kompetens skapades. Kriteriet bestämdes vara att samtliga fem mått, som angivits i MITI 3.1, tagna tillsammans utgjorde krav för att deltagare skulle bedömas ha gjort ett godkänt samtal. De mått som samtalet skulle uppfylla:

Genomsnitt av empati + MI-anda	≥3.5
Kvoten reflektioner av frågor	≥ 1.
Procent öppna frågor av frågor	≥50%
Procent komplexa reflektioner av reflektioner	≥40%
Procent MI-förenliga yttranden av förenliga och oförenliga yttranden	≥90%

En del som gick grundutbildning hade godkänd MI-kompetens i enskilda mått enligt referensvärdena i MITI-manualen 3.1 (tabell 16). Emellertid var ingen innan grundutbildningen godkänd i samtliga fem måtten, sammantagna, vilka utgör kriterium för godkänd MI-kompetens.

Tabell 16. Antal och (procent) godkända innan grundutbildning i MI, efter grundutbildning och vid uppföljning efter sex månader i fem mått som satts på MI-kompetens i MITI-manualen.

Mått på MI-kompetens	Referensvärde för godkänd MI	Godkända innan utbildning N=174 Antal (procent)	Godkända grundutbildning N=145 Antal (procent)	Godkända uppföljning N=125 Antal (procent)
Empati + MI-anda / 2	3.5	31 (18)	74 (51)	65 (52)
Förenligt m MI /				
Oförenligt m MI	0.90	15 (9)	54 (37)	43 (34)
Reflektioner / frågor	1.0	25 (14)	65 (45)	50 (40)
% öppna / frågor	0.50	41 (24)	61 (42)	75 (60)
% komplexa /reflektioner	0.40	116 (67)	94 (65)	82 (66)

Efter grundutbildningen hade andel studiedeltagare som var godkända i enskilda mått ökat med det dubbla eller flerdubbla med undantag av procent komplexa reflektioner av alla reflektioner där andelen mellan tillfällena var i stort lika.

Kursdeltagare som fått telefonåterkoppling kunde följas månad för månad över den halvårslånga perioden (tabell 17 och grafer över utveckling, bilaga 13).

Tabell 17. Utveckling månad för månad för gruppen med återkoppling baserad på hela MITI (N=44) respektive för gruppen med återkoppling baserad på beteendeskattning i MITI (N=38).

Mått på MI-kompetens	Grund Utbildning	Återkopp ling 2	Återkopp ling 3	Återkopp ling 4	Återkopp ling 5	Återkopp ling 6	Återkopp ling u
Empati							
TÅ	3.5 (0.7)	3.8 (0.7)	3.5 (0.9)	3.8 (0.7)	3.5 (0.8)	3.7 (0.8)	3.6 (0.8)
TÅ bet	3.5 (0.7)	3.7 (0.5)	3.6 (0.9)	3.8 (0.6)	3.8 (0.9)	3.9 (0.6)	3.8 (0.8)
MI-anda							
TÅ	3.2 (0.7)	3.4 (0.6)	3.2 (0.8)	3.7 (0.7)	3.5 (0.8)	3.5 (0.8)	3.3 (0.8)
TÅ bet	3.2 (0.6)	3.5 (0.5)	3.5 (0.9)	3.6 (0.6)	3.5 (0.6)	3.7 (0.6)	3.5 (0.6)
Förenligt							
TÅ	1.6 (1.5)	2.4 (1.8)	3.0 (1.8)	2.9 (2.0)	3.2 (1.6)	3.7 (1.9)	2.2 (1.8)
TÅ bet	1.2 (1.4)	2.2 (1.6)	3.0 (2.1)	3.2 (2.1)	2.7 (1.7)	3.9 (2.0)	2.4 (1.8)
Oförenligt							
TÅ	1.2 (2.0)	0.9 (1.4)	1.5 (2.5)	1.7 (0.3)	1.3 (2.3)	1.3 (2.2)	1.6 (2.1)
TÅ bet	0.9 (1.6)	0.6 (1.7)	1.1 (2.9)	1.2 (0.2)	0.8 (1.3)	0.3 (0.6)	0.9 (1.5)
Refl/ fråg							
TÅ	1.0 (0.5)	1.0 (0.6)	0.8 (0.5)	1.1 (0.7)	0.9 (0.6)	1.1 (0.8)	1.1 (0.7)
TÅ bet	1.2 (1.2)	1.1 (0.9)	0.9 (0.4)	1.1 (0.5)	0.9 (0.4)	1.1 (0.6)	1.1 (0.6)
% öppna							
TÅ	41 (17)	44 (21)	46 (16)	51 (19)	45 (16)	49 (18)	54 (17)
TÅ bet	46 (19)	50 (20)	46 (16)	52 (20)	55 (17)	37 (17)	58 (19)
	44 (18)	55 (23)	45 (22)	51 (21)	45 (24)	51 (18)	50 (20)
% komplexa							
TÅ	39(21)	49 (18)	45 (23)	42 (19)	46 (23)	52 (22)	54 (16)
TÅ bet							

Om studiedeltagarnas MI-kompetens sammanfattades till ett mått bestående av samtliga fem mått, enligt rekommendation i MITI-manualen, hade efter grundutbildningen bara åtta procent (11/145) godkänt samtal och efter sex månader, vid uppföljningen, hade endast nio procent (11/125) godkänt enligt denna definition. Bara två personer hade godkänt vid båda tillfällena. Med en analog definition på klart underkänd, med avseende på måtten i MITI-manual, bedömdes globalt genomsnitt inte kunna överstiga två samt att värdet i övriga fyra kvoter skulle ha ett värde lägre än angivna värden för godkänd i MITI. Med den definitionen var nio underkända vid uppföljningssamtalet, varav sju tillhörde kursdeltagare som lottats till kontrollgruppen.

Sammanfattande reflektioner

Kursdeltagare som efter sin grundutbildning i MI fick sex tillfällen med återkoppling baserad på MITI-kodning förvärvade mer MI-kompetens jämfört med deltagare i kontrollgruppen som tagit del av arbetsplatsens ordinarie MI-understöd. Resultatet stöds av tidigare forskning (Miller et al., 2004) och understryker att grundutbildning i MI bör åtföljas av handledning baserad på objektiv återkoppling av samtalsprestationer.

MI-kompetensen bland kursdeltagarna innan grundutbildning i MI låg relativt högt för 18 procent av deltagarna, som nådde upp till nivån *godkänd* i det viktiga globala måttet på MI-kompetens (genomsnitt av empati och MI-anda). Sett till hela situationen, kan ett landsting räkna med att en viss grupp blir duktiga på små insatser (grundutbildning). Efter grundutbildning hade 51 procent av samtliga kursdeltagare uppnått nivån *godkänd* i det globala måttet (genomsnitt av empati och MI-anda). Emellertid visade våra resultat också att det var få som uppnådde godkänd nivå enligt de rekommendationer som givits i MITI-manualen. Endast åtta procent efter grundutbildningen och nio procent efter sex månader. Ingen enda kursdeltagare uppnådde kriterierna för skicklig i uppföljningssamtalet, vilket ställer frågor om det pedagogiska innehållet i träning som följer på grundutbildning ska utformas.

Skillnaden i MI-kompetens mellan de två grupperna med telefonåterkoppling visar att pedagogiken i återkoppling av prestationsdata har betydelse och inverkar på effekten. Återkopplingen som baserades på endast beteendeskattning ledde till bättre MI-kompetens. En förklaring kan vara att deltagarna fick bättre avgränsade delmål med färre och mer konkreta beteendevariabler. En annan kan vara att mer emotionellt laddade variabler som empati och samarbete var nedtonade i denna typ av återkoppling och att därmed prestationsångest, som hinder vid inläring, hade reducerats.

Variationen i MI-kompetensen varierade på gruppnivå, vilket tydligt syntes för de sex tillfällena med telefonåterkoppling. I empati kunde en svag ökning noteras över halvåret endast för gruppen som fått återkoppling baserad på beteendeskattning. Intressant eftersom empativariabeln inte återkopplats

direkt utan endast indirekt som att t.ex. komplexa reflektioner påverkar empati positivt. MI-anda visade en med empati likartad utveckling. Mycket mer forskning behövs om hur innehållet i handledning ska utformas för att ha positiva effekter för klienter. Handledning via telefon visade sig fungera bra, vilket öppnar möjligheter för bra tillgänglighet av professionella handledare oberoende av var man befinner sig.

Är MITI-manualens rekommendation vad gäller kraven för godkänd MI respektive skicklig vad vi ska sträva efter? Våra resultat visade att få nådde den kompetensen, vilket understryker ett stort behov av forskning om vilken nivå av MI-kompetens, som är kritisk i att främja klienters förändring av ohälsosamma beteenden. Forskning har visat att hög MI-kompetens leder till klientpåverkan (Miller et al., 2004; Amrhein et al., 2003; Moyers et al., 2009) men vi saknar forskning om hur skicklig i MI en behandlare måste vara för att samtalet ska rendera nytta för klienter. Det är en allvarlig kunskapsbrist och vi har inget empiriskt stöd för vid vilken nivå som vi är kompetenta nog för att kunna tillhandahålla kompetent MI till klienter.

Riskbruksprojektet om att implementera MI inom primärvård, företagsvård och mödravård för att motverka riskabel och skadlig alkoholkonsumtion, innebar en stor satsning och massutbildning i MI. I den utvärdering som gjordes (Statens folkhälsoinstitut, 2010), undersöktes inte vårdpersonalens MI-kompetens och dess relation till om fler samtal om alkohol genomfördes. Våra resultat visade att kursdeltagare som fick återkoppling på sina inspelade MI-prestationer, skattade sig mer effektiva i att föra levnadsvanesamtal (tobak, alkohol, ökad fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor). När det gällde benägenhet att utföra levnadsvanesamtal indikerade våra resultat att flest samtal gjordes av den grupp, som tränats genom telefonåterkoppling baserad på beteendeskattning, vilket också var den grupp, som var mest MI-kompetent.

Återkoppling baserad på ett oberoende, objektiva MITI-protokoll upplevdes stegvis alltmer positivt över tid. I en studie där WAI-S validerats anges ett genomsnitt på 5.02 (SD 0.89) respektive 5.88 (SD =.75) poäng vid skattning av total nöjdhet (Hatcher & Gillaspay, 2006). Mot den bakgrunden så låg deltagarna med telefonåterkoppling högt vid sina första telefonåterkopplingar. Det var även ganska låg variation omkring medelvärdet för gruppen, vilket kan indikera en hög grad av samstämmighet i bedömningen. Dock, sjunker gruppen med återkoppling baserad på hela MITI med drygt fem skalpoäng vid återkopplingstillfälle 4, för att återigen stiga vid tillfälle 5 och 6, vilket väcker frågor om och påkallar närmare analys av såväl detaljinnehållet vid återkopplingstillfälle 4, som vilka item i WAI-S, som berördes.

Kursdeltagarnas positiva skattning enligt WAI-S är intressant och påkallar närmare undersökning av hur olika typ av handledning upplevs och värdesätts. Samtidigt ska resultatet tolkas med försiktighet dels för att WAI-S ursprungligen konstruerats för att mäta arbetsrelation mellan terapeut och klient dels för att i vår version av WAI-S hade enkät-item omformulerats för att vara anpassade till arbetsrelationen mellan kodare som ger telefonåterkoppling och kursdeltagare som lär sig MI. Emellertid, har WAI-S tidigare anpassats till och använts för att arbetsrelationen mellan handledare och handledd (Wood, 2005).

Grundutbildningarna skiljde sig en del i de olika landstingen men samtliga grundutbildningar var generellt relaterade till högre MI-kompetens. Skillnaderna mellan grundutbildningarnas olika innehåll (utbildningens längd i dagar, om den innehöll inspelning av eget samtal, transkribering av sitt samtal, feedback på inspelat samtal, kodning av sitt samtal, och om den innehöll utbildning i MITI), tycktes inte motsvaras av att deltagarna nådde olika kompetensnivå i MI. En förklaring kan vara att de olika landstingen använde sig av skickliga lärare som utbildats i att utbilda i MI, genom den internationella TNT-utbildningen. TNT-utbildningen har utvecklats under de senaste 20 åren till att kunna lära ut grundläggande MI via en grundutbildning, som är förhållandevis standardiserad och baserad på en gedigen manual där övningar beskrivits och demonstrationsvideos tillhandahålls. Trots att MI-kompetens i Skåne initialt var lägre än för övriga landsting innebar grundutbildningen att Skånedeltagarna nådde motsvarande kompetens som deltagare i övriga landsting.

Många av de ingående karaktäristika som vi mätte grundutbildningen i, var dikotoma, vilket gör att det blir svårare att upptäcka samband. Det var en begränsning och bör undersökas mer noggrant i framtida studier.

En förklaring till att grundutbildning åtföljd av telefonåterkoppling baserad på objektiva prestationsdata, gav signifikant bättre MI-kompetens jämfört med ordinarie insatser, kan vara att man själv inte klarar att skatta sina egna prestationer. Våra resultat visade att en mycket stor andel överskattade sina MI-prestationer och ungefär en tredjedel skattade sina prestationer mycket skilt från objektiv bedömning. Om alternativet till att tränas med hjälp av handledning baserad på objektiv återkoppling, är den egna överskattningen, så kan det leda till att man inte tror sig behöva träna MI.

I våra resultat visades starka korrelationer mellan empati, mätt före grundutbildningen och hur MI-kompetens utvecklades över sex månader. Korrelationerna visade att desto lägre empati ju bättre MI-kompetens. En förklaring kan vara att de som initialt hade hög empati, inte kunde nå högre när de mättes vid uppföljningen. Närmare undersökt fann vi inte heller någon skillnad mellan en grupp med mycket låg empati före grundutbildning och en annan med hög, när de jämfördes i MI-kompetens vid uppföljningen.

En svaghet i studien är att de som rekryterades till studien var en selekterad grupp. Då endast 14,9 procent av de 1 165 tillfrågade kursdeltagarna svarade ja till att delta i studien måste man fråga sig hur representativa de 174 studiedeltagarna är. Skiljer sig de som tackat ja till att delta i studien vad gäller MI-kompetens från övriga kursdeltagare? I landstinget i Skåne, där ca 50 procent av kursdeltagarna rekryterats till studien jämfört med övriga landsting där mellan 10-22 procent av kursdeltagarna rekryterats, var MI-kompetensen lägre vid baslinjen. Selektion av studiedeltagare gör även att våra resultat inte kan generaliseras till personal som utbildas inom de fem medverkande landstingen utan endast till de knappt 15 procent som valde att delta i studien. Alla, som valde att delta i studien kan ha varit högmotiverade av att förkovra sig i MI och i att vidmakthålla sina färdigheter efter grundutbildningen. Det kan

i så fall ha resulterat i mindre skillnader mellan de randomiserade betingelserna än om studien kunnat göras med samtliga som utbildats i MI.

Det var svårt att rekrytera deltagare till studien. Samtliga kursdeltagare som under tiden för projektet deltog i en landstingsanordnad grundutbildning i MI inom landstingen i Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland och Västernorrland blev, vid ett flertal tillfällen, kontaktade både via e-post och via telefon gällande möjligheten att fördjupa sina kommande studier i MI genom att delta i studien. I rekryteringsinformationen ingick information om möjligheten att kostnadsfritt få ta del av sammanlagt sex telefonåterkopplingar, samt att det är en tjänst som i vanliga fall kostar 9 750 kronor. Det vanligaste skälet som kursdeltagarna uppgav för att inte delta i studien var tidsbrist. Ett flertal studiedeltagare har dessutom uppgivit för forskarasistenterna i projektgruppen att de deltagit i studien utanför arbetstid.

Projektet har genomgående haft problem med deltagare som har valt att avbryta sitt deltagande i förtid, och även då har i de allra flesta fall tidsbrist angetts som huvudsakligt skäl (25 procent av avhoppet). Med tanke på de stora resurser som vidareutbildning av personal i de flesta fall kräver är det intressant att notera hur lite tid och energi många av deltagarna upplever att de kan ta i anspråk för att utveckla färdigheter i den metod de förväntas lära sig, även om det inte innebär någon extra kostnad än förlorad arbetstid för den organisation som de arbetar i.

Svårigheten för deltagare i studien att kunna fullfölja sina MI-inspelningar och i förekommande fall telefonåterkopplingar kan ha berott på att olika arbetsgivare inom landstingen inte kunnat prioritera implementering av MI. Svårigheterna i studien kan tolkas som varningssignal för att landstingens MI-implementering hotas av andra prioriteringar och otillräcklig kunskap om implementeringsforskningens rön (Guldbrandson, 2007). Emellertid fann vi inget stöd, med vårt sätt att mäta arbetsplatsstöd, för att stödet från arbetsgivare och kollegor inverkar på hur väl kursdeltagarna tillägnade sig kompetens i MI.

Uppföljningssamtalet skattades lägre än det näst sista samtalet i flera mått på MI-kompetens, vilket illustrerade variationen i MI-kompetens inom samma individ, vilket i det här fallet sannolikt berodde på att olika samtalstillfällen, hade olika patientproblem. I det sista samtalet var det svårare att veta vad som skulle förändras då samtalet rörde patientens mat och hälsosamt ätande.

Variation i MI-utövares MI-kompetens har dokumenterats tidigare (Forsberg, Forsberg, Lindqvist, & Helgason, 2010). Förutom att man som individ har olika bra och dåliga dagar, utgör olika typ av patient och patientproblem, en källa till variation. Slutligen är reliabiliteten i kodningen inte fullständig. MITI kodningsmanual har förbättrats och utvecklats från MITI 2.0 för 10 år sedan till MITI 3.0, till MITI 3.1 idag. MITI innehåller idag bättre definierade variabler och ett bättre val av variabler. En ytterligare förbättring nås med MITI 4.0, som blir tillgängligt för svensk kodning under 2015.

Referenser

- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 71(5), 862-878. doi: 10.1037/0022-006X.71.5.862 2003-07816-003 [pii]
- Bandura. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (pp. 15-40): Freeman and Company. Unites States of America.
- Bohman, B., Forsberg, L., Ghaderi, A., & Rasmussen, F. (2012). An Evaluation of Training in Motivational Interviewing for Nurses in Child Health Services. *Behav Cogn Psychother*, 1-15. doi: S1352465812000331 [pii] 10.1017/S1352465812000331
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581-587. doi: Doi 10.1017/S1352465808004438
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, 15 (2), 193-197.
- Chevron, E. S., & Rounsaville, B. J. (1983). Evaluating the clinical skills of psychotherapists. A comparison of techniques. *Arch Gen Psychiatry*, 40(10), 1129-1132.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. ISBN: 978-91-86885-66-3
- Follette, V. M., & Batten, S. V. (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 306-312.
- Forsberg, L., Berman, A. H., Kallmen, H., Hermansson, U., & Helgason, A. R. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cogn Behav Ther*, 37(3), 183-191. doi: 794025509 [pii] 10.1080/16506070802091171
- Forsberg, L., Forsberg, L. G., Lindqvist, H., & Helgason, A. R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 8. doi: 1747-597X-5-8 [pii] 10.1186/1747-597X-5-8

Forsberg, L., Kallmen, H., Hermansson, U., Berman, A. H., & Helgason, A. R. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cogn Behav Ther*, 36(3), 162-169. doi: 778612500 [pii] 10.1080/16506070701339887

Guldbrandsson, K (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Statens folkhälsoinstitut, ISBN: 978-91-7257-531-8.

Hatcher & Gillaspay (2007) Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16:1, 12-25, DOI: 10.1080/10503300500352500

Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62 (4), 659-673.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. doi: DOI 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 223-233.

Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Swedish version of the general self-efficacy. Retrieved Maj 30, 2006, from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>.

Lombardo, C., Milne, D., & Procter, R. (2009). Getting to the heart of clinical supervision: a theoretical review of the role of emotions in professional development. *Behav Cogn Psychother*, 37(2), 207-219. doi: S135246580900513X [pii] 10.1017/S135246580900513X

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160. doi: Doi 10.1177/1049731509347850

Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small Study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? [Article]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 457-471. doi: 10.1017/s1352465801004064

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*, 72(6), 1050-1062. doi: 2004-21587-015 [pii] 10.1037/0022-006X.72.6.1050

Moyers, T.B. (2012). [Symposium at the International Conference on Motivaional Interviewing.].

Moyers, T.B., Manuel, J.K., Christopher, P., & Amrhein, P. (2006). Client language assessment in motivational interviewing (CLAMI) segment. Unpublished coding manual. University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions.

Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1), from http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf

Moyers, T.B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*, 77(6), 1113-1124. doi: 2009-22711-010 [pii]10.1037/a0017189

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55, 305-312. Statens folkhälsoinstitut (2010). Motiverande samtal i primärvården. ISBN: 978-91-7257 659-9

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (3), 207-210.

Warr, P., & Downing, J. (2000). Learning strategies, learning anxiety and knowledge acquisition. *Br J Psychol*, 91 (Pt 3), 311-333.

Wood, C. (2005) Supervisory Working Alliance: A Model Providing Direction for College Counseling Supervision. *Journal of Collage Counseling*, vol 8, pp 128-137.

Bilaga 1 – Enkät gällande utbildningssamordnarnas beskrivning av utbildningarna

Implementering av Motiverande samtal i Sverige; utvärdering och utveckling

Frågorna syftar till att ge en grund för en beskrivning av den utbildningsverksamhet som under 2013-2014 förekommer inom ramen för landstingens implementering av MI. Om utbildningar med olika form, längd eller inriktning administreras eller ges, vänligen besvara frågorna med ett frågeformulär per utbildning (alltså två formulär för två olika typer av kurser, tre för tre olika typer av kurser osv). Har du frågor eller funderingar får du gärna höra av dig till maria.beckman@ki.se

Utbildare eller utbildningssamordnare inom landstinget i

Namn _____ Datum _____

Namn på utbildningen

MI-utbildningens längd och innehåll

1. Vänligen ange utbildningens längd i antal dagar samt ange hur dessa dagar ligger i förhållande till varandra (tex 2 + en dag med en månads mellanrum)

2. Är ett samtals *målbeteende* något som tas upp under utbildningen?

Ja Nej

3. Ingår *inspelning av samtal* (deltagarens) som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

4. Ingår *transkribering av samtal* (deltagarens) som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

5. Ingår *feed-back av ett inspelat samtal* (deltagarens) som ett obligatoriskt moment i utbildningen?
 Ja Nej

6. Ingår *kodning av samtal* (deltagarens) som ett obligatoriskt moment i utbildningen?
 Ja Nej

7. Ingår eller ges det möjlighet för deltagarna i utbildningen att delta i någon form av utökad träning, till exempel motivations- och fördjupningsdagar, lokala träningsgrupper och/eller feed-back baserat på inspelade samtal?
 Ja Nej

Om du svarade ja vänligen beskriv den utökade träningens form och innehåll här:

Använd utrymmet nedan (eller så mycket som du behöver) för att beskriva formen och innehållet på utbildningen (tex öppna frågor, rollspel osv)

Bilaga 2 – Rekryteringsmejl

Hej XX!

Här kommer ett erbjudande om möjligheten att fördjupa dina kommande studier i Motiverande samtal (MI) genom att delta i en pågående MI-studie på Karolinska Institutet i Stockholm.

I korthet innebär ett deltagande i studien att du har möjlighet att lottas till den grupp som får sex telefonåterkopplingar på inspelade samtal. Sex telefonåterkopplingar kostar i vanliga fall 9750 kronor, men allt deltagande i studien är kostnadsfritt för samtliga deltagare.

All medverkan i studien sker över telefon eller mejl med hjälp av skådespelare/handledare på flexibla tider som bokas in efter din kalender.

Deltagande i studien är fullt frivilligt och beslutar du dig för att delta kan du när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du bestämmer dig för att du vill delta så anmäler du dig genom att svara på det här mejlet.

Har du några frågor om studien är du alltid välkommen att kontakta mig

Maria Beckman

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Samtycke om deltagande i studie

Vi är en grupp forskare vid institutionen för klinisk neurovetenskap på Karolinska Institutet som intresserar oss för frågan om vad som kan underlätta lärandet av Motiverande samtal (MI). Med start vårterminen 2013 kommer vi att utföra en studie runt om i Sverige där vi

- Undersöker hur mycket MI-färdigheter deltagarna lär sig under en utbildning i MI genom att mäta färdigheter i samtalsmetoden före och efter utbildningen
- Undersöker om ytterligare feed-back i metoden efter avslutad utbildning ökar MI-färdigheterna bland deltagarna
- Undersöker om deltagarnas förmåga till självskattning av färdigheter i MI, self-efficacy, frekvens av livsstilssamtal samt effektivitet gällande att hjälpa patienter med livsstilsrelaterade hälsoproblem har samband med utbildningen i MI
- Undersöker om det finns någon variabel som predicerar möjligheten för deltagarna att tillgodogöra sig kompetens i MI
- Undersöker om deltagarnas upplevelse av stöd för MI-utbildningen från den organisation de verkar inom predicerar deras möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter i metoden

Om du väljer att delta i studien innebär det att du går den utbildning i MI som du har anmält dig till, men att du också kan lottas till den grupp som får sex tillfällen av kodningsbaserad feed-back i MI. Feed-backen tar 30 minuter och sker individuellt över telefon. Samtalet som feed-backen baseras på spelas in över telefon med hjälp av en skådespelare som spelar en patient.

Skådespelaren kommer även att ställa några korta frågor om din upplevelse av samtalet. Efter samtalet kommer skådespelaren att ladda upp samtalet för kodning varefter du får en tid för telefonfeed-back. Feed-backen syftar till att ge dig information om hur mycket MI-färdigheter ditt samtal innehöll samt ge dig möjligheter att utveckla dina MI-färdigheter vidare.

Alla som väljer att delta i studien kommer att spela in tre samtal tillsammans med en skådespelare som spelar patient; ett samtal innan utbildningen i MI, ett samtal efter utbildningen i MI, och slutligen ett samtal sex månader efter det att MI-utbildningen är slut. Samtliga deltagare i studien kommer även att få fylla i ett antal formulär med frågor om demografiska variabler, innehållet på MI-utbildningen, antal patientsamtal gällande ohälsosamma levnadsvanor samt skattad effektiv gällande att hjälpa patienter med ohälsosamma levnadsvanor, och slutligen upplevelsen av stöd från arbetsgivare/organisation. Total beräknad tidsåtgång för att fylla i formulären är cirka 20 minuter.

Allt material som samlas in i samband med studien lagras i databaser och kommer endast att användas i forskningssyfte. Samtliga resultat analyseras och presenteras på gruppnivå utan möjlighet att identifiera enskilda individer. Om du väljer att delta i studien kan du när som helst och utan förklaring välja att avbryta ditt deltagande utan att det påverkar dig eller din utbildning i MI på något sätt.

Alla deltagare i studien som vill kommer att kunna ta del av studiens resultat.
Har du några frågor om studien är du alltid välkommen att kontakta oss.

Maria Beckman, doktorand, leg psykolog, 070 797 22 65, maria.beckman@ki.se

Lars Forsberg Med dr, leg psykolog, lektor i psykoterapi vid Karolinska
Institutet,
073 692 30 50, lars.forsberg.3@ki.se

Bilaga 4 – Rollbeskrivning

Roller för sammanlagt åtta telefonsamtal (20 minuter) gällande tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Namnen för de olika rollerna anges vid respektive samtal.

Baslinjesamtal Tobak

Målbeteende: Sluta röka (*Ingemar/Ingmarie*)

- Kvinna/man 41 år. Gift med två barn i nedre tonåren
- Söker vårdkontakt på grund av tilltagande känsla av andnöd vid ansträngning samt pip i bröstet. Besvär sedan ca ett halvt år tillbaka
- Arbetar som chef på en fritidsgård, relativt stressigt arbete med långa arbetsdagar
- Rökt sedan tonåren, röker ca ett paket om dagen
- Har försökt sluta röka vid två tidigare tillfällen; första gången gick inte bra alls, andra gången uppehåll i nästan ett år. Aldrig använt sig av stöd eller nikotinläkemedel
- Fördelar med att röka; socialt, roligt, gott, stressar ned, håller vikten?
- Nackdelar med att röka; "ser inte bra ut", känner av att konditionen påverkas, farligt för hälsan, dålig förebild för barnen, luktar illa, dyrt
- Vill sluta röka men är rädd för att misslyckas igen vid ett nytt försök. Vill gärna ha information om de olika nikotinhjälpmiddel som finns att tillgå, eller om det finns annan hjälp att få?

Vilja = 9, Tilltro till förmåga = 2

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 41 år. Söker vårdkontakt på grund av tilltagande känsla av andnöd vid ansträngning samt pip i bröstet. Besvär sedan ca ett halvt år tillbaka. Röker.

Samtal ett Alkohol

Målbeteende: Dra ned på drickandet (*Nicklas/Karin*)

- Kvinna/man 30 år. Sambo
- Söker vårdkontakt på grund av tilltagande sömnsvårigheter varje natt sedan ca ett halvt år tillbaka. Svårt att somna in och vaknar även tidigt utan att vara utvilad.
- Söker information om sömntabletter eller om det är något annat man kan göra?
- Arbetar som servitör med oregelbundna arbetstider och sena kvällar och nätter
- Umgås med arbetskolligor/stressar av med alkohol efter jobbet, vilket ofta leder till mer festande

- Sambo har uttryckt viss oro över konsumtionen, inte direkt orolig själv (vet inte att det kan påverka sömnen). Dock känsla av att det ibland spårar ut och blir för mycket.
- Fördelar med att alkoholl; socialt, roligt, gott, varvar ned
- Nackdelar med att dricka alkohol; spårar stundtals ut (minnesluckor ibland; känns inte bra dagen efter), blir trött och seg dagen efter (ibland flera dagar), sambo sur, dyrt
- Vill göra en förändring men inte redo att gå för fort fram och ta allt för stora beslut
- Risksituation är arbetet/grupptryck från kollegor (svårt att säga nej)

Vilja = 6 Vill helst inte "knapra sömntabletter", men "måste komma till rätta med sömnen". När/om vetskap om sambandet mellan alkohol/försämrad sömn påverkas viljan att testa att dra ned på drickandet positivt. **Tilltro till förmåga = 7**

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 30 år. Söker vårdkontakt på grund av tilltagande sömnsvårigheter. Riskkonsumtion av alkohol.

Samtal två Fysisk aktivitet

Målbeteende: Öka graden av fysisk aktivitet (Magnus/Marie)

- Kvinna/man 57 år. Gift med två vuxna söner
- Söker vårdkontakt på grund av tilltagande nedstämdhet sedan ett halvår tillbaka
- Söker information om antidepressiv medicin, eller om det är något annat man kan göra?
- Fysisk inaktiv
- Arbetslös sedan ca ett år tillbaka, arbetade tidigare på ett litet familjeföretag som inköpare
- Delvis socialt isolerad sedan hen blev arbetslös. Kommer inte ut särskilt mycket. Partner arbetar och kommer hem sent på em. Ibland kommer sönerna på besök.
- Fördelar med fysisk aktivitet; Kommer ut/kommer igång, kan aktivera sig på dagtid när annars ensam/sysslös, socialt, roligt, slipper ta antidepressiv medicin (?)
- Nackdelar med fysisk aktivitet; Kan inte se några. Var fysisk aktiv tidigare när hen hade hund och barnen var yngre
- Vill göra en förändring, gärna något som även innebär social kontakt (Friskis och svettis?/badminton eller promenader med någon gammal vän som kan kontaktas?)
- Möjligtvis svårt att kontakta gammal vän, skamfyllt att ha blivit arbetslös, har inte hörts på länge

Vilja = 10 Vill helst inte antidepressiva men hade inte tidigare vetskap om hur fysisk aktivitet påverkar även det psykiska måendet positivt

Tilltro till förmåga = 8

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 57 år. Söker vårdkontakt på grund av tilltagande nedstämdhet sedan ett halvår tillbaka. Fysisk inaktiv

Samtal tre Matvanor (Jakob/Jenny)

Målbeteende: Regelbundna måltider bestående av "riktig mat" + dra ned på småätandet

- Kvinna/man 34 år. Ensamstående
- Söker vårdkontakt på grund av kraftig övervikt. Vill höra om hur man går tillväga för att få en "överviktsoperation"?
- Arbetar som kassörska i en mataffär
- Äter inte frukost, lunch eller middag på bestämda tider. Arbetar delvis oregelbundet då arbetspassen ligger olika nästan varje dag
- Tycker inte om att laga mat; "tråkigt att laga och äta ensam"
- Äter sällan frukost alls, tar något när hen kommer till arbetet, ofta mackor och/eller fikabröd
- Lunch ofta färdigmat från arbetet; "färdiga pastor eller potatismos med något till, ibland sallad"
- Även middag ofta färdigmat från arbetet, eller "typ pizza/mackor"
- Äter fikabröd och godis dagligen. Dock aldrig "chips och sånt"
- Dricker ofta läsk
- Nackdelar med regelbundna måltider/dra ned på småätandet; Svårt att få till med de oregelbundna arbetstiderna, tråkigt att äta ensam, svårt att tänka sig att helt sluta äta sötsaker
- Vill kanske göra en förändring, men är osäker på hur det kommer att gå
- Risksituationer är fikabrödet i lunchrummet + tillgången till färdigmat/godis/läsk på arbetsplatsen

Vilja = 6 Vill framför allt gå ned i vikt, men skulle även gilla att äta lite nyttigare.

Tilltro till förmåga = 1

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 34 år. Ensamstående. Söker vårdkontakt på grund av kraftig övervikt. Äter oregelbundet och sällan "riktig mat", småäter ofta sötsaker

Samtal fyra Tobak

Målbeteende: Sluta röka (Hanna/Hampus)

- Kvinna/man 52 år. Sambo, en tonårsdotter från en tidigare relation (delad vårdnad)
- Söker vårdkontakt för att få hjälp att sluta röka

- Arbetar i en taxi-växel sedan flera år tillbaka. Trivs både med arbetsuppgifterna och med arbetskamraterna
- Rökt sedan tonåren, röker mer än ett paket om dagen
- Har försökt sluta röka "hur många gånger som helst" och har använt "alla medel som finns". Lyckas aldrig längre än några dagar
- Fördelar med att röka; socialt, roligt, gott, håller vikten
- Nackdelar med att röka; farligt för hälsan (framför allt rädd för att utveckla cancer eller för att få kol), dyrt
- Vill sluta röka men "kan inte". Har redan testat allt men vill ändå få hjälp. Finns det kanske en grupp man kan gå med i?

Vilja = 9, Tilltro till förmåga = 2

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 52 år. Söker vårdkontakt för att få hjälp att sluta röka. Rökt sedan tonåren, röker mer än ett paket om dagen

Samtal fem Alkohol

Målbeteende: Dra ned på drickandet (Gry/Anders)

- Kvinna/man 55 år. Sambo med vuxna barn från två tidigare relationer
- Söker vårdkontakt på grund av högt blodtryck
- Arbetar som försäkringsmäklare
- Trivs bra på arbetet, men "mycket högt tempo med långa stressiga arbetsdagar"
- Kopplar ofta av med ett glas vin tillsammans med sambon efter arbetsdagen. Dricker även dagligen vin till middagen, "kan bli både ett och två glas och säkert mer till helgen". Tar även ofta en drink eller två tillsammans med sambon och goda vänner på fredagar och/eller lördagar
- Dricker sig "aldrig direkt berusad, men tål en del"
- Fördelar med att alkohol; stressar ned, socialt, gott (kan inte tänka sig att äta middag utan ett glas vin)
- Nackdelar med att dricka alkohol; blir ibland trött och seg dagen efter, vikten
- Tycker att det "blir lite mycket när man slår ihop det, men har aldrig tänkt på sin konsumtion som ett direkt problem"

Vilja = 6 Om/när sambandet mellan hälsa/hög alkoholkonsumtion kommer fram + om/när den ihopräknade konsumtionen framgår blir viljan att dra ned högre, vill dock inte sluta dricka alkohol helt. **Tilltro till förmåga = 10** "Det är bara att dricka ett glas vin i stället för två på vardagar och hejda sig lite på helgerna, det är inga som helst problem med den saken".

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 55 år. Söker vårdkontakt på grund av högt blodtryck, riskkonsumtion av alkohol

Samtal sex Fysisk aktivitet

Målbeteende: Öka graden av fysisk aktivitet (Monica/Morgan)

- Kvinna/man 67 år. Sambo med vuxna barn
- Söker vårdkontakt på grund av högt blodtryck
- Pensionär sedan några år tillbaka, arbetade tidigare som projektkoordinator på Arla
- Svårt att gå långa sträckor och/eller att springa på grund av en fyra år gammal fotskada varvid hen är fysiskt inaktiv
- Tidigare hög grad av fysisk aktivitet; åkte skidor, sprang och spelade tennis. Saknar det livet
- Sambon är fysisk aktiv och är den som, numera, ensam går på promenader med parets hund
- Vill gärna göra en förändring, särskilt när sambandet med högt blodtryck framgår, måste bara hitta något som hen klarar av med sin fot
- Fysisk aktivitet som hen skulle kunna klara av med sin fot; cykla, simma och/eller paddla kanot med sambon. Har bara inte tänkt på det, och kanske är det svårt att komma igång?
- Nackdelar med fysisk aktivitet: kan inte komma på några alls. Vill göra en förändring

Vilja = 10, Tilltro till förmåga = 10

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 67 år. Söker vårdkontakt på grund av högt blodtryck. Fysiskt inaktiv

Uppföljningssamtal Matvanor

Målbeteende: Gemensamma måltider med varierad kost inklusive frukt och grönt för hela familjen (Josefin/Fredrik)

- Kvinna/man 36 år. Sambo med två söner; 4 och 6 år (Olle och Erik)
- Hälsosamtal på grund av familjens måltidsvanor. Olle äter endast vaniljyoghurt eller sötade skorpor hemma. Erik vill helst endast äta makaroner med ketchup. På förskolan äter båda barnen "allt" tillsammans med de andra barnen. Inget av barnen äter dock frukt eller grönsaker
- Arbetar som bokningschef på Dansens hus. Roligt, men svårt att kombinera arbetet med småbarnslivet
- Har försökt att ha gemensamma måltider med hela familjen och äta varierat, men det slutar alltid i kaos (barnen äter inget alls tills vaniljyoghurt/makaroner dukas fram)
- Föräldrarna äter för sig, dock sällan frukt och grönt

- Fördelar med nuvarande måltidsordning: Enkelt, snabbt, mindre bråk, barnen får i alla fall i sig något "På förskolan verkar de ju få i sig varierat, hur varierat måste det egentligen vara? Och tids nog ger det sig, de kan ju inte äta såhär hela livet"
- Nackdelar med nuvarande måltidsordning: "Det är väl egentligen kanske inte så nyttigt", tråkigt att aldrig kunna äta tillsammans, känner sig som en dålig förälder, barnen utvecklas inte, utvecklas inte tillsammans, ger bara efter, känner sig svag
- Hen både vill och vill inte förändra. Kanske senare? "Nu är det så stressigt ändå, får inte in ett så här stort projekt också"

Vilja = 5

Tilltro till förmåga = 4 "Det är helt enkelt för stressigt just nu"

Information som vårdgivaren fått inför samtalet

Kvinna/man 36 år. Sambo med två söner; 4 och 6 år (Olle och Erik). Hälsosamtal på grund av familjens måltidsvanor. Målbeteende: Gemensamma måltider med varierad kost inklusive frukt och grönt för hela familjen

Bilaga 5 – Enkät gällande deltagarnas självskattning av samtalsfärdigheter

Självskattning av samtalsfärdigheter

Namn _____ Datum _____

1. I det här samtalet visar jag att jag anstränger mig för att förstå klientens
perspektiv och känslor

Liten utsträckning

Stor utsträckning

1

2

3

4

5

2. I det här samtalet visar jag att jag anstränger mig för att utforska
klientens egna tankar kring förändring

Liten utsträckning

Stor utsträckning

1

2

3

4

5

3. I det här samtalet visar jag att jag är medveten om att klienten har
kunskap som kan användas för att nå förändring

Liten utsträckning

Stor utsträckning

1

2

3

4

5

4. I det här samtalet visar jag att jag försöker lyfta fram klientens
upplevelse av kontroll och valmöjlighet

Liten utsträckning

Stor utsträckning

1

2

3

4

5

5. I det här samtalet visar jag att jag försöker ha fokus på förändring

Liten utsträckning

Stor utsträckning

1

2

3

4

5

6. Hur stor andel av dina yttranden i det här samtalet tror du var *reflektioner* och hur stor andel tror du var *frågor*?

Fler frågor än reflektioner

Lika många frågor som reflektioner

Fler reflektioner än frågor

7. Hur stor andel av reflektionerna i ditt samtal upplevde du var *komplexa* (reflektioner som lägger till mening till det klienten sagt)?

Fler komplexa än enkla reflektioner

Lika många komplexa som enkla reflektioner

Fler enkla än komplexa reflektioner

8. Hur stor andel av frågorna du ställde i ditt samtal tror du var *öppna frågor*?

Fler öppna än slutna frågor

Lika många öppna som slutna frågor

Fler slutna än öppna frågor

9. Hur upplevde du proportionen mellan yttranden *förenliga med MI* (tex fråga om tillstånd, bekräfta, understryka klientens kontroll, stödja) och *yttranden oförenliga med MI* (tex råd utan tillstånd, konfronterande, styrande, varnande) i ditt samtal?

Fler förenliga än oförenliga yttranden

Lika många förenliga som oförenliga yttranden

Fler oförenliga än förenliga yttranden

Bilaga 6 – MITI 3.1

Kodning av behandlares yttranden i motiverande samtal (MITI 3.1)

Samtal: Kodat segment: 00:00-00:00 (min) Kodare:

Målbeteende: Datum: Åååå-mm-dd

Övergripande skattning

Empati	Att anstränga sig att förstå (skala 1-5)	
MI-anda	Locka fram (L) (skala 1-5)	
	Samarbetsfrämjande (S) (skala 1-5)	
	Autonomistöd (A) (skala 1-5)	
Styrning	Fokus (skala 1-5)	

Beteendefrekvens

Variabelnamn		<i>S:a</i>
Information	Ex. Återkoppling, förklaring, att lära ut något	
Yttranden förenliga med motiverande samtal	Ex. Fråga om tillstånd, bekräfta, understryka klientens kontroll, stödja	
Yttranden oförenliga med motiverande samtal	Ex. Råd utan tillstånd, konfronterande, styrande, varnande	
	<i>Totalt antal förenliga och oförenliga yttranden</i>	
Frågor (undergrupperas)	Slutna frågor	
	Öppna frågor	
	Totalt antal frågor	
Reflektioner (undergrupperas)	Enkla reflektioner	
	Komplexa reflektioner	
	Totalt antal reflektioner	

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

Empati	=	(≥3,5)
MI-anda <i>(medelvärde L+S+A)</i>	=	(≥3,5)
Styrning	=	

Kodarens/kodarnas kommentarer:

Övrigt:

Bilaga 7 – Enkät gällande deltagarnas upplevelse av telefonåterkoppling (WAI-S)

Namn _____ Datum _____

Nedan följer ett antal påståenden om den telefonåterkoppling som du just har deltagit i. Markera det alternativ som bäst passar in genom att byta ut lämplig siffra mot ett X

1. Jag och min handledare är eniga om vad jag behöver göra för att utveckla mina färdigheter i MI

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

2. Det vi gör under feed-backen har gett mig nya sätt att se på mitt sätt att samtala

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

3. Min handledare uppskattar mig och visar det under feed-backen

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

4. Min handledare förstår inte vad jag vill försöka uppnå med feed-backen

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

5. Min handledare kan hjälpa mig om jag stöter på problem i min utveckling av färdigheter i MI

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

6. Jag och min handledare är eniga om målen med feed-backen

1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

7. Jag tror att min handledare uppskattar att arbeta med mig

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
8. Jag och min handledare är eniga om vad som är viktigt för mig att arbeta med under feed-backen						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
9. Jag och min handledare har förtroende för varandra						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
10. Jag och min handledare har olika uppfattningar om mina MI-färdigheter						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
11. Jag och min handledare har en gemensam förståelse om vilka slags förändringar som skulle kunna vara till hjälp för mig						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
12. Jag och min handledare arbetar med mina samtalsfärdigheter på ett passande sätt under feed-backen						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
13. Feed-backen ger mig nya kunskaper vilket gör att jag kommer att kunna utveckla mina MI-färdigheter						
1	2	3	4	5	6	7
Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid

Sist skulle jag vilja att du skattar din generella upplevelse av din senaste telefonåterkoppling med en siffra från ett till tio, där:

Ett = En känsla av obehag eller annat som kan falla under kategorin negativ känsla eller upplevelse

Tio= Ingen känsla alls av obehag eller annat som kan beskrivas som en negativ känsla eller upplevelse

Svar _____ (1-10)

Bilaga 8 – Enkät gällande deltagarnas demografiska variabler samt MI-utbildningen form och innehåll

Enkäten syftar till att möjliggöra en analys av det möjliga sambandet mellan kursdeltagarnas demografiska variabler och MI-utbildningens längd och innehåll, samt kursdeltagarnas färdigheter avseende MI efter avslutad utbildning, skattad enligt oberoende expertbedömningar. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i avidentifierad form och presenteras så att enskilda personer inte kan spåras

Demografiska variabler

Namn _____ Datum _____

8. Kön Kvinna Man Födelseår _____

9. Vilken akademisk examen har du _____

10. Nuvarande yrke _____

MI-utbildningens längd och innehåll

11. Vänligen ange utbildningens längd _____

12. Ingår inspelning av samtal som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

13. Ingår transkribering av samtal som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

14. Ingår feedback som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

15. Ingår kodning av samtal som ett obligatoriskt moment i utbildningen?

Ja Nej

16. Om ja, kudas samtalet av MIC Lab?

Ja **Nej**

Bilaga 9 – Enkät gällande deltagarnas självskattade frekvens och effektivitet gällande livsstilssamtal

Självskattad frekvens och effektivitet gällande livsstilssamtal

Enkäten syftar till att möjliggöra en analys av det möjliga sambandet mellan kursdeltagarnas självskattade frekvens av levnadsvanesamtal och självskattade effektivitet gällande att hjälpa patienter med livsstilsrelaterade hälsoproblem, samt deras deltagande i en grundutbildning i MI, en utökad träning i MI i form av telefonfeed-back, samt av en möjlig höjd kompetens i MI som en följd av utbildning/träning. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personer inte kan spåras

Namn _____ Datum _____

1. Hur ofta diskuterar du följande livsstilsrelaterade frågor med dina patienter?

Tobak

1 Alltid 2 Ofta 3 Ibland 4 Sällan 5 Aldrig

Alkohol

1 Alltid 2 Ofta 3 Ibland 4 Sällan 5 Aldrig

Fysisk aktivitet

1 Alltid 2 Ofta 3 Ibland 4 Sällan 5 Aldrig

Matvanor

1 Alltid 2 Ofta 3 Ibland 4 Sällan 5 Aldrig

2. Hur effektiv anser du att du är i att hjälpa patienter att åstadkomma en förändring inom följande områden?

Tobak

Liten utsträckning Stor utsträckning
1 2 3 4

Alkohol

Liten utsträckning Stor utsträckning
1 2 3 4

Fysisk aktivitet

Liten utsträckning Stor utsträckning
1 2 3 4

Matvanor

Liten utsträckning Stor utsträckning
1 2 3 4

Bilaga 10 – Enkät gällande deltagarnas upplevelse av stöd från arbetsgivare och/eller organisation

Upplevelse av stöd från arbetsgivare och/eller organisation

Enkäten syftar till att möjliggöra en analys av det möjliga sambandet mellan kursdeltagarnas upplevelse av stöd för MI-utbildningen från den organisation de verkar inom, samt deras möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter i MI efter en grundutbildning samt efter utökad träning i form av telefonfeedback. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personer inte kan spåras.

Namn _____ Datum _____

1. Min arbetsgivare värdesätter mitt deltagande i MI-utbildningen

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer mycket bra

2. Jag får det stöd/resurser som jag behöver från min arbetsplats för att kunna fullgöra samt tillgodogöra mig MI-utbildningen

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer mycket bra

3. Min arbetsgivare visar intresse för mitt deltagande i MI-utbildningen och/eller det jag lär mig under utbildningen

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer mycket bra

4. Mina kollegor tar hänsyn till min MI-utbildning i fördelningen av övriga arbetsuppgifter

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer mycket bra

Bilaga 11 – Enkät gällande deltagarnas self-efficacy

Self-efficacy

Enkäten syftar till att möjliggöra en analys av det möjliga sambandet mellan kursdeltagarnas självskattning av self-efficacy samt deras färdigheter i MI efter en grundutbildning samt efter utökad träning i form av telefonfeed-back. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personer inte kan spåras.

Namn _____ Datum _____

1. Jag besitter förmågan att utgå från klientens/patientens kunskap och tankar om sin förändring när jag i ett samtal försöker få till en beteendeförändring

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

2. Jag besitter förmågan att visa att jag förstår klientens/patientens perspektiv och känslor under ett samtal

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

3. Jag besitter förmågan att hålla fokus på förändring i ett samtal, även om klienten/patienten stundtals tenderar att börja prata om annat eller "driver iväg"

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

4. Jag besitter förmågan att få mina klienter/patienter att känna att de klarar av en beteendeförändring, även under de mest svåra förhållanden

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

5. Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

6. Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

7. Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

8. I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

9. Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

10. Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

11. Vad som än händer klarar jag mig alltid

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

12. Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

13. Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

14. När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft

1 2 3 4
Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Instämmer delvis Instämmer helt

Bilaga 12 – Enkät gällande deltagarnas eventuella utökade träning efter grundutbildningen

Enkäten syftar till att möjliggöra en analys av det möjliga sambandet mellan utökad träning efter grundutbildning i MI, till exempel motivations- och fördjupningsdagar, lokala träningsgrupper och/eller feed-back baserat på inspelade samtal, samt kursdeltagarnas färdigheter avseende MI efter avslutad utbildning, skattad enligt oberoende expertbedömningar. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personer inte kan spåras

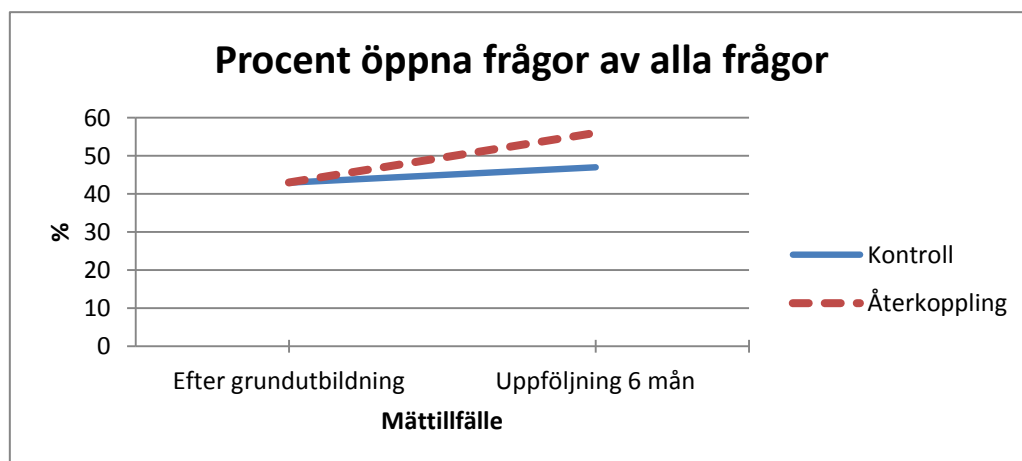
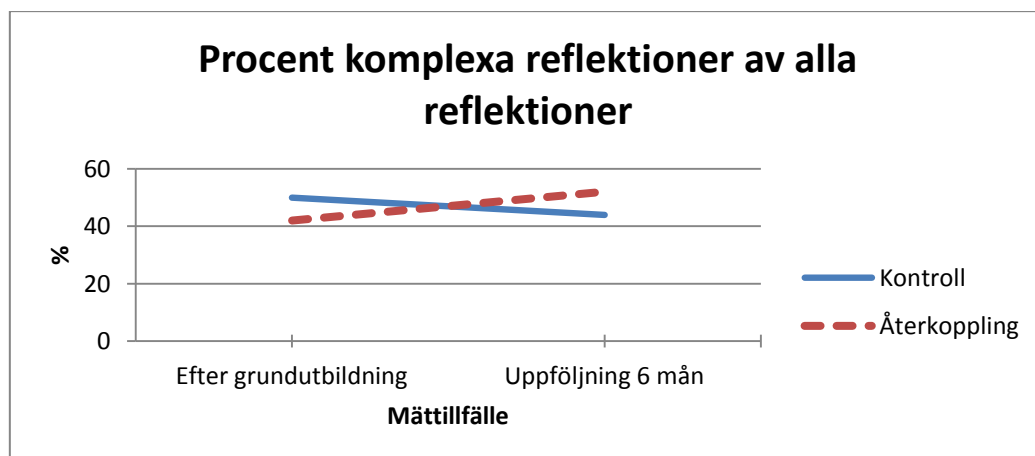
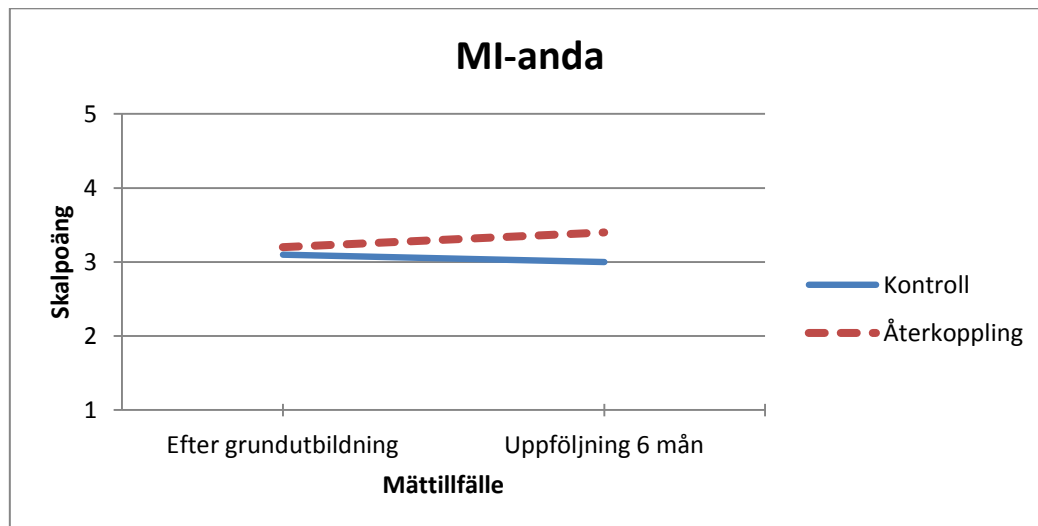
1. Namn _____ Datum

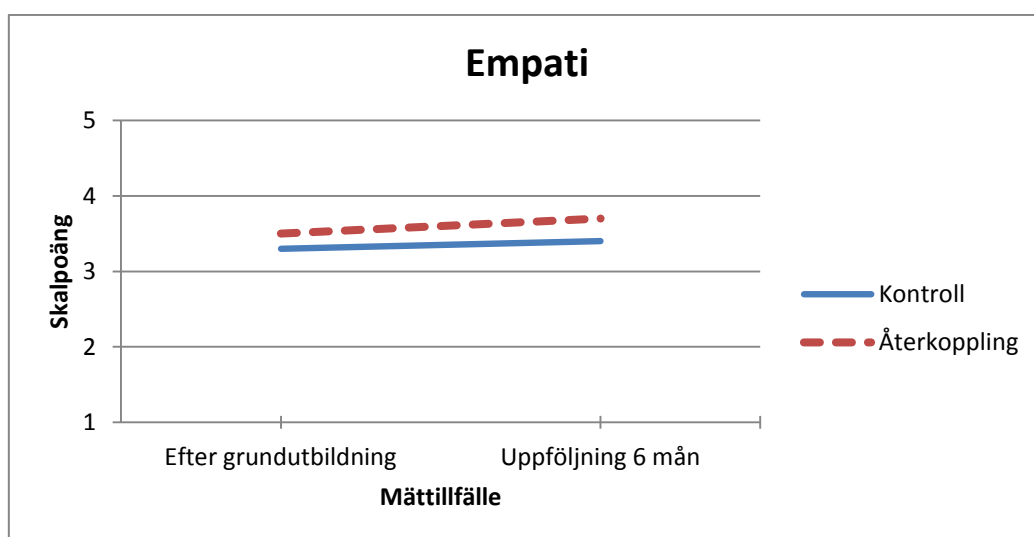
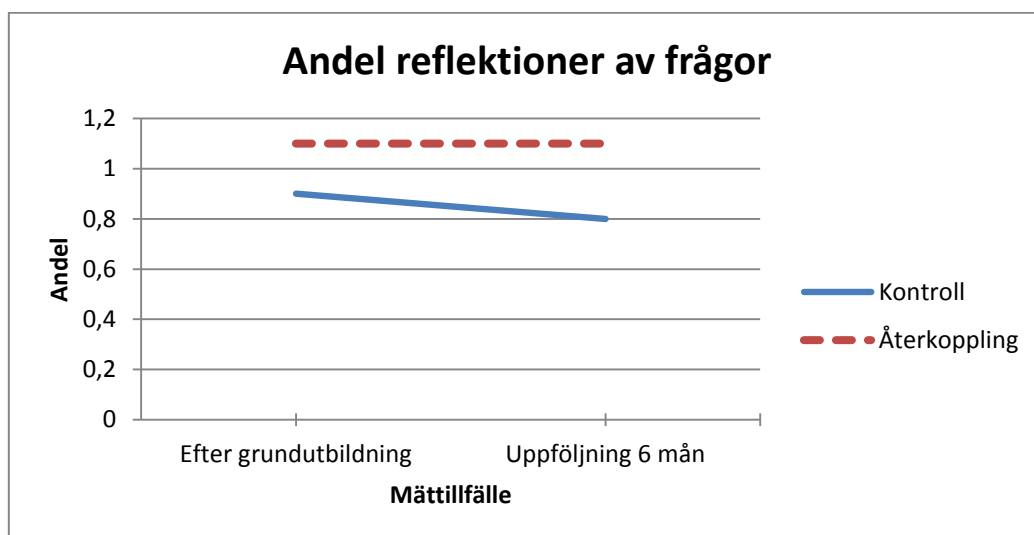
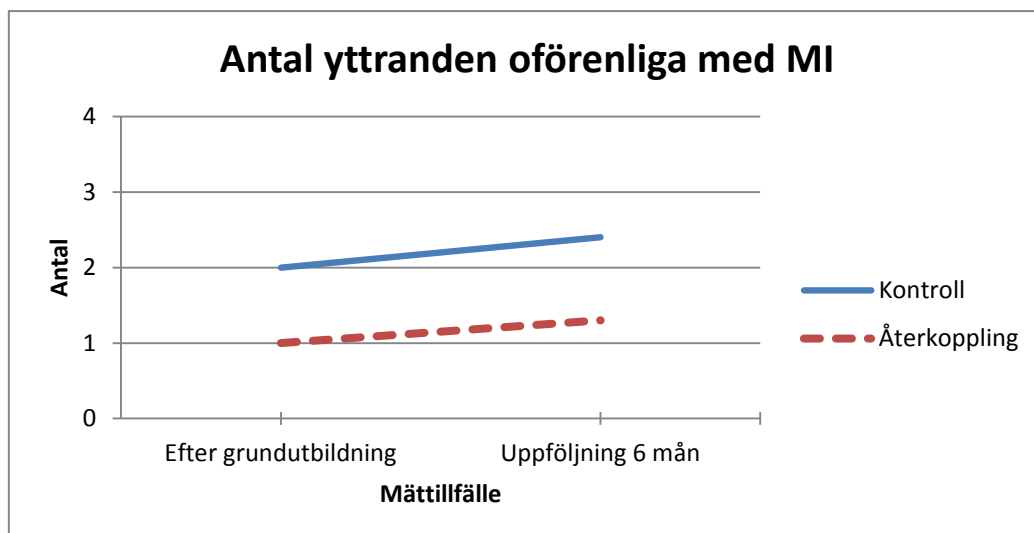
Har du efter grundutbildningen deltagit i någon form av utökad träning, till exempel motivations- och fördjupningsdagar, lokala träningsgrupper och/eller feed-back baserat på inspelade samtal? OBS! Frågan gäller inte de aktiviteter som utförts inom ramen för MI-studien utan i stället om du tagit del av någon MI-aktivitet utöver MI-studien!

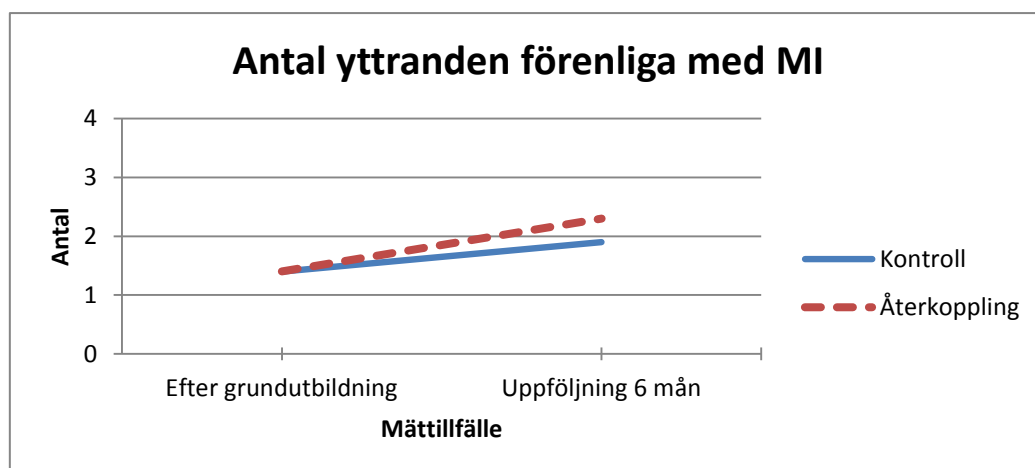
Ja Nej

Om du svarade ja på föregående fråga, vänligen beskriv den utökade träningens form och innehåll här:

Bilaga 13. Grafer över gruppen med telefonåterkoppling (grupp 2 och 3) jämförd med grupp 1 (kontroll) i förändring i mått på MI-kompetens efter grundutbildning till uppföljning efter 6 månader.







Bilaga 14. Utveckling månad för månad för gruppen med återkoppling baserad på hela MITI (N=44) respektive för gruppen med återkoppling baserad på beteendeskattning i MITI (N=38).

