

# Motiverande samtal inom Kriminalvården



# **Motiverande samtal inom Kriminalvården**

**Projektnummer: 2006:134**

---

Lars Forsberg

Layout: Jenny Botvidsson Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2011  
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2011

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget

Fax: 011-496 35 17

Beställningsnr: 6001

ISBN 91-85187-81-X

Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

SAMMANFATTNING.....	6
INLEDNING .....	7
KRIMINALVÅRDEN SATSAR PÅ MOTIVERANDE SAMTAL .....	7
FORSKNING OM EFFEKTER AV MOTIVERANDE SAMTAL.....	7
MOTIVERANDE SAMTAL .....	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	8
METOD OCH MATERIAL .....	9
INKLUSIONSKRITERIER .....	9
RANDOMISERING .....	9
GENOMFÖRDA INTERVENTIONER, UPPFÖLJNING OCH BORTFALL .....	10
INTEGRITETEN I INTERVENTIONERNA.....	15
GRUPPERNAS OLIKA KOMPETENS I MI.....	15
RESULTAT.....	16
MI-KOMPETENS I DE TRE GRUPPERNA.....	16
PÅVERKAR MI ANVÄNDNING AV DROGER 10 MÅNADER EFTER FRIGIVNING?.....	17
DISKUSSION .....	19
REFERENSER.....	21

## SAMMANFATTNING

---

Motiverande samtal (Motivational Interviewing; MI) är en samtalsmetod som visat sig minska alkohol- och droganvändning. Som ett led i implementering av MI i svensk kriminalvård manualiserades interventionen i fem semistrukturerade samtal Beteende – Samtal - Förändring (BSF). Personal som endera utbildats under 3 + 2 seminariedagar (BSF) alternativt som därutöver fått handledning baserad på audioinspelade sessioner i arbetskamratgrupp (BSF+) genomförde MI-behandling som jämfördes med en kontrollgrupp. En forskningsfråga var att pröva om det krävs handledning baserad på audioinspelade sessioner i arbetskamratgrupp (BSF+) utöver utbildning under 5 seminariedagar för att nå kompetens i MI. Ett andra syfte var att undersöka om MI-behandling ger minskad användning av alkohol- och droger. På 14 fängelser randomiserades 296 droganvändande klienter till BSF+, BSF samt en kontrollgrupp (sedvanliga samtal; UPI) för att undersöka vilken intervention som mest minskade användning av droger. All intervention audioinspelades. Alkohol- och droganvändning mättes i en intervju med Addiction Severity Index (ASI) vid intagning till fängelse samt 10 månader efter frigivning. Förutom bortfall av interventioner samt av klienters pre- respektive postdata misslyckades en del audioinspelningar. Återstående 114 klienter analyserades i behandlingsstudien. För analys av MI-kompetens i interventionerna användes 45 kriminalvårdspersonal med kompletta data.

### **Resultat**

Resultaten visar att introducerande 3 + 2 heldagars MI-utbildning bör följas av återkommande månadsvis handledning / träning baserad på inspelade klientsamtal för att personal ska vidmakthålla och öka sin kompetens i MI efter den introducerande utbildningen. Vidare att MI vidmakthålls och genomförs med på gränsen till fullgod kompetens av personal som efter grundläggande 5 dagars MI-utbildning har månadsvis grupphandledning baserad på audioinspelning, medan personal som bara gått grundläggande 5 dagars MI-utbildning ej når bättre kompetens i MI än kontrollgrupp utan MI-utbildning. Emellertid uppnåddes ej riktvärden för MI-kompetens ("beginning proficiency") 1-2 år efter implementeringens start. Bristande kompetens i MI kan bero på att grupphandledning på flera anstalter pågått kort tid utan möjlighet att ge stor träningseffekt och att MI, trots teoretisk enkelhet, visar sig svårare att nå kompetens i än vad man tidigare bedömt.

Samtliga forskningsklienter minskar alkohol- och droganvändning och illegal aktivitet samt ökar antal dagar i arbete, mätt 10 månader efter frigivning, oavsett om de under fängelset fått kontrollgruppssamtal (ordinarie fängelse- och frigivningsplanering) eller om klienterna under fängelsevistelse fått relativt kompetent MI. En regressionsanalys, som tar hänsyn till fängelsets säkerhetsklassificering, klienters alkohol- och droganvändning vid baslinjen, klienters ålder och tidigare antal domar, ger samma resultat. En förklaring kan vara att riktvärden för MI-kompetens ej uppnåddes. En annan förklaring är att MI har mer kortvarig effekt än vad som mäts 10 månader efter frigivning från fängelse. Andra beteenden kan ha påverkats av MI t.ex. söka behandlingsprogram under avtjänandet av fängelsestraffet, färre misskötsamhetsrapporter under avtjänandet, motivation till att sluta använda droger.

## INLEDNING

---

### **Kriminalvården satsar på Motiverande samtal**

I kriminalvården påbörjades 2001 en centralt initierad satsning för att göra samtalsmetoden "motiverande samtal" (motivational interviewing; MI) tillgänglig för klienter under påföljdsperioden. MI sågs som ett verktyg för all personal som arbetar med längre och kortare klientkontakter att i kriminalvårdsarbetet underlätta för klienter att kunna upphöra med missbruk och brottslighet. Mot bakgrund av den betydande omfattningen av satsningen på MI beslutades att implementeringen av MI skulle studeras för att besvara om samtalen har effekter på klienters förändring med avseende på missbruk och brott?

### **Forskning om effekter av Motiverande samtal**

MI har visat positiv effekt som enda intervention eller som tillägg till annan drogreducerande behandling (Hettema et al. 2004). Forskning om MI har varit intensiv under de gångna 25 åren och alkohol- och drogområdet har det starkaste forskningsstödet. MI som ensamstående behandling visar sig underlätta för människor att upphöra med eller minska skadlig alkoholkonsumtion och användande av droger (Lundahl och Burke, 2009; Ruback et al., 2005; Hettema et al. 2004). Forskning har också visat att om MI användas som inledning till annan behandling erhålls synergieffekt med den efterkommande behandlingen och en förstärkt behandlingseffekt vidmakthålls över tid (Hettema et al. 2004). Emellertid finns få studier om MI inom kriminalvård (McMurran, 2009). Behovet att öka klienters motivation att avstå från droger ledde till att svensk kriminalvård genomförde en satsning på MI med omfattande utbildning av personal, framtagning av skriftligt material samt med särskilda ekonomiska resurser och samordnande ledning.

### **Motiverande samtal**

MI är en klientcentrerad och mot en förändring av ett målbeteende styrd rådgivning. I MI ifrågasätts den förhärskande föreställningen att missbrukares brist på motivation är en stabil egenskapsliknande företeelse hos klienten. Istället hävdas att klienters motivation kan påverkas av interaktionen med vårdgivaren (Miller och Rollnick, 2002). MI fokuserar på att det bara är klienten som kan ta ansvar för förändring och som har att ta ställning till hur den ska genomföras såväl som vilka mål som ska uppnås. Vårdgivaren hjälper klienten till ett självständigt genomtänkt beslut, grundat på bästa möjliga underlag. Klientens ambivalenta tankar kring förändring lyfts fram och i samtalet förstärks varligt klientens åtaganden att förändra sig. Samtalet genomsyras av vårdgivarens intresse och optimism, parade med respekt, värme och äkthet.

Ett led i implementeringen av MI i kriminalvården var att manualisera MI i fem semistrukturerade samtal, Beteende – Samtal – Förändring (BSF) (Farbring, 2003).

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

---

Syftet med föreliggande arbete är att undersöka om kriminalvårdens klienter efter frigivning oftare minskar användning av droger om de får MI jämfört med om de får kontaktmannasamtal enligt tidigare kriminalvårdsrutin. Vidare undersöks om personal med träning i metoden tillhandahåller MI på ett kompetent sätt.

1. Gör systematisk återkoppling av inspelade klientsamtal som grund för handledning, att personal visar mer skicklighet i MI jämfört med om personal bara har grundutbildning i MI och BSF och saknar handledning?
2. Ger motiverande samtal bättre drogfrihet och laglydighet jämfört med kontaktmannasamtal enligt tidigare rutin?



## METOD OCH MATERIAL

---

Studien, som godkändes av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 2004-03-26 (dnr 2004/4:1), genomfördes på 14 anstalter i Sverige. Urvalet av anstalter gjordes så att intagnas återstående strafftid till frigivning inte skulle vara för lång, att anstalten hade minst en personal vars tjänst utformats för genomförande av MI, att anstalten inte lagt omfattande resurser på annat behandlingsprogram samt att anstalterna skulle vara spridda över landet för att göra studiens resultat representativt för svensk kriminalvård.

I januari 2004 prövades organisationen med några pilotklienter på var och en av anstalterna. Samtidigt med att arbetet med pilotklienterna påbörjades beslutades om regelbundna telefonkonferenser med forskningsaktiva på anstalterna. På respektive anstalt identifierade samordnaren de klienter som svarade mot kraven för att inkluderas i studien. Samordnaren undersökte om klienten uppfyllde inklusionskriterierna samt informerade klienten skriftligt och muntligt om studien och frågade om klienten ville delta.

### Inklusionskriterier

- Ej utvisning i domen
- Ej genomgått BSF på häkte eller anstalt
- Född 54 01 01 – 84 12 31
- Villkorlig frigivning senast 05 06 30 1)
- Missbrukar alkohol eller narkotika
- Genomgången ASI-intervju
- Talar svenska/norska

- 1) Studien förlängdes och från och med 05 09 19 rekryterades klienter som villkorligt frigavs senast 06 03 31 och inkluderades i studien.

### Randomisering

Samordnaren ansvarar för att informera den intagne, och hans arbetsplats om samtalen, som klienten lottats till och ser till att de fem samtalen har ett tydligt schema med tid, plats och datum. Klienter som muntligt och skriftligen medgivit att de vill delta i forskningen randomiserades på tre alternativ:

1. En serie om 5 samtal enligt sedvanlig samtalsrutin ("Sedvanlig rutin") som genomförs av ordinarie kontaktman enligt normal rutin med undantag av att samtalen audioinspelas. Kriminalvårdsverkets författningssamling (KVVFS 2001:3) om planering av fängelsevistelse, permissioner och frigivningsförberedelser i syfte att motverka droganvändning och återfall i brott låg till grund för samtalen. Under studiens genomförande implementerades MI i kriminalvården. Därmed kom en del personal i kontrollgruppen som ålagts att genomföra sedvanlig intervention att få MI-utbildning under studiens gång. Sådan personal instruerades att göra sedvanlig intervention enligt den studiematerial som forskningsprojektet tillhandahöll och som överensstämde med hur de tidigare arbetat.
2. "BSF", en serie om 5 samtal enligt manual (Farbring, 2003) som genomförs med existerande personal som fått 3 dagars MI workshop och 2 dagars träning med BSF manual. BSF-programledaren hade 3 dagars MI-utbildning och 2 dagars utbildning i BSF-manualen. Den lokale forskningsamordnaren bestämde vilka BSF-programledare, som skulle vänta med kamratgruppshandledning. Handledning om problem som man möter i sina samtal förekom men utan att man lyssnar på sina egna eller andras samtal.
3. "BSF med återkoppling" (BSF+) genomförs också i enlighet med BSF-manualen (Farbring, 2003) med existerande personal med programledaren som hade 3 dagars MI-utbildning och 2 dagars utbildning i BSF-manualen. Emellertid följdes 3 + 2 dagars utbildning av

kamrathandledningsmöten (2 timmar) var 5:e vecka, som leddes av lokala handledare i utveckling av MI kompetens, och som kodade standard i MI och som gav positiv feedback. Startdatum för kamratgruppshandledning dokumenterades, vilket möjliggjorde beräkning av uppskattad mängd kamratgruppshandledning. Varje programledare i BSF+ gruppen hade i genomsnitt 16.3 möten (SD 8.5).

I förväg igenklitrade kuvert iordningställdes med något av de tre alternativen. Randomiseringen gjordes av en för genomförandet i övrigt blind person som skrev den med slumpstalstabell lottade intervention på papper, lade i kuvert och klitrade igen. Till varje anstalt och samordnare skickades det antal kuvert som motsvarade det antal klienter som bedömts vara möjligt att rekrytera. Samordnaren öppnade kuvertet när klient accepterat deltagande i studien och meddelade klienten vilket av alternativen han lottats till samt förmedlade kontakt med den personal som skulle genomföra interventionen.

På tio anstalter genomfördes randomiseringen med alla tre alternativen. På fyra anstalter kunde bara två av de tre alternativen tillhandahållas pga. brist på personal. Anstalterna Kirseberg och Hällby tillhandahöll endast "Sedvanlig rutin och BSF-samtal med återkoppling", på anstalten Helsingborg tillhandahölls bara "Sedvanlig rutin" och "BSF-samtal" och på anstalten Högsbo endast "BSF-samtal" och "BSF-samtal med återkoppling". Om randomiseringskuvert innehöll lott till alternativ, som inte tillhandahölls på anstalten fortsatte randomiseringen, tills ett alternativ som kunde genomföras hade lottats fram.

På anstalten utsågs personal som hade kontaktmannafunktion med klienten ifråga till att genomföra "Sedvanliga samtal". Personal med MI-utbildning, utsedd av fängelsets chef, genomförde "BSF" och "BSF med återkoppling". Knappt en fjärdedel av samtalsserierna genomfördes av en personal, som bara gjorde en samtalsserie under studieperioden. Arton personal gjorde tre eller fler samtalsserier. BSF med återkoppling förutsatte att MI-utbildad personal ingick i en kollegial grupp som tränade metoden. De första BSF med återkoppling gjordes dock ofta av personal som ännu var otränade då träningsrutiner med återkoppling just hade tagit sin början och träningsrutinen fungerande inte fullt ut.

## **Genomförda interventioner, uppföljning och bortfall**

Kriminalvårdsregistret tillhandahöll data om studieklienternas strafflängd, antal tidigare domar och kriminella historia. En semi-strukturerad intervju Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, 1992) som tar ungefär en timme (ASI-X; Öberg, 2000) gjordes i början av straffet. ASI intervjun gav klientdata om fysisk och psykisk hälsa, ekonomiskt status, familjesituation, alkohol- och droganvändning samt kriminellt status.

Primära utfallsvariabel konstruerades av item i ASI-intervjun och var antal dagar av de senaste 30 under vilka klienten använt alkohol eller droger. Användning av dämpande medicinering samt metadon inkluderades inte eftersom de kan vara förskrivna av läkare. Sekundära utfallsvariabler var ASI-variabler som beskrev antal dagar under de senaste 30 som klienten gjort illegala handlingar samt antal dagar som klienten arbetat. En post-ASI intervju (ASI-X) (Öberg, 2000) gjordes 10 månader efter frigivning från fängelse.

Rekrytering av klienter började i april 2004. Den sista klienten som rekryterades fick villkorlig frigivning 31 mars 2006. Forskningsassistent på Karolinska Institutet, som var blind med avseende på vilken intervention, som klienten lottats till, upprättade telefonkontakt med klienten för att göra ASI, när så var möjligt. De sista uppföljningsintervjuerna gjordes i februari 2007.

Klientflödet i studien, genomförda samtal, genomförd uppföljning och olika bortfall framgår av Figur 1. Av 296 randomiserade studieklienter, gjordes aldrig någon ASI vid straffets inledning på 23 (pre-ASI) trots att det var inklusionskriterium i studien. Den gruppen exkluderades från vidare analyser. Av de 273 klienter som ASI-intervjuades inledningsvis, mottog 71 aldrig någon intervention medan 202 fullföljde en till fem interventionssessioner. Av 273 kunde 140 (51 %)

klienter inte nås för uppföljning (post-ASI) 10 månader efter frigivning, vilket resulterade i 114 klienter med pre- och post-ASI och med en till fem genomförda interventionssessioner (fullständiga data).

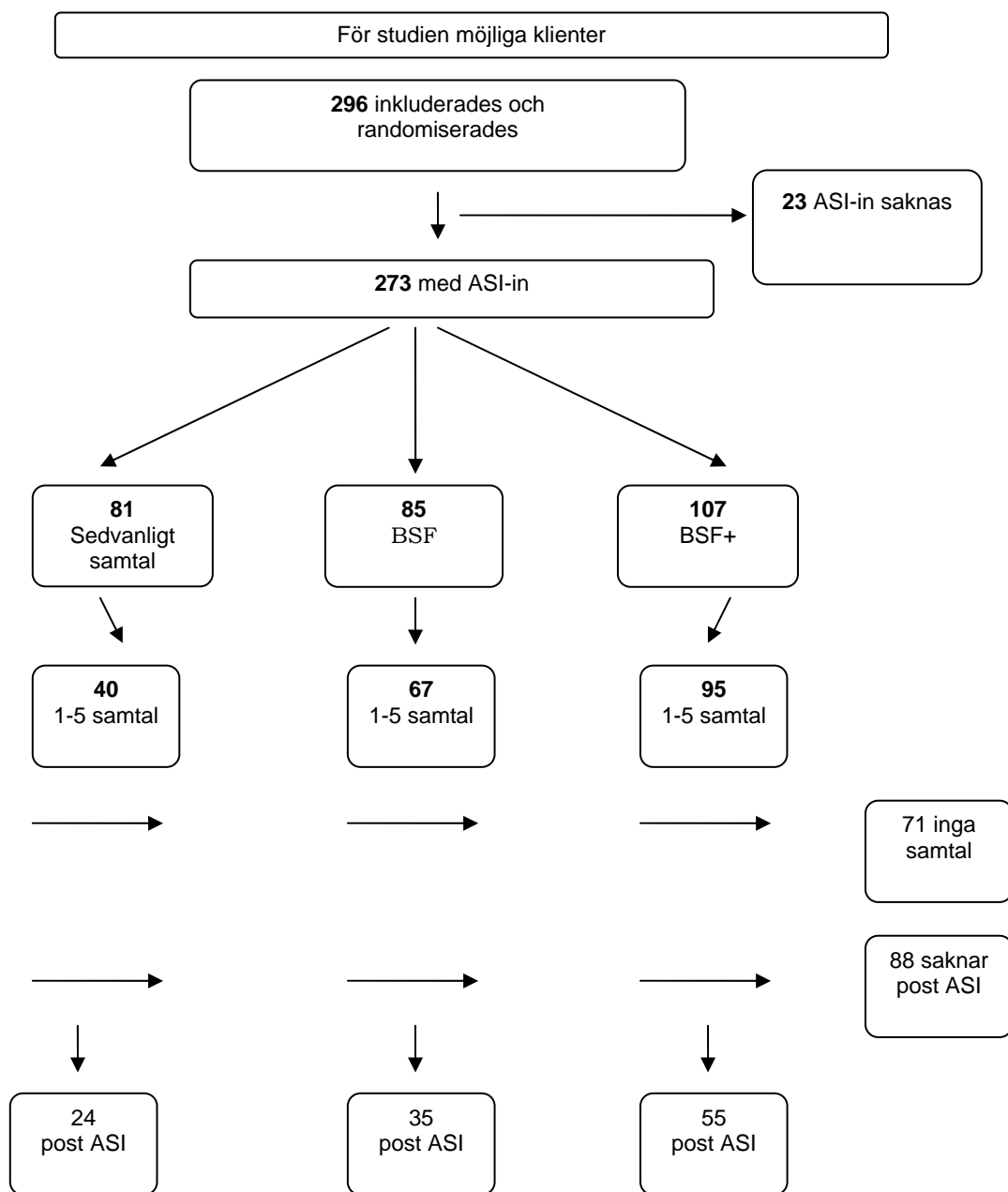
Det bortfall, som berodde på att ingen intervention genomfördes på inkluderade klienter, orsakades främst av tidsbrist för personal och i pressade situationer lägre prioritering av forskningssamtal från ledningen. Andra anledningar var att en del personal drog sig för att spela in samtal. Särskilt utsatt för dessa två typer av bortfall var kategorin ”Sedvanliga samtal” (Figur 1). Andra bortfallsorsaker var att klienten frigavs eller flyttades till annat fängelse innan samtal påbörjats eller innan samtalsserien fullt ut genomförts.

Bortfall, som orsakades av att uppföljningsdata inte kunde samlas in, berodde på svårigheter att nå ut med information om studien till all berörd personal inom frivården. En annan typ av bortfall i uppföljningen härrör från att klienter byter telefonnummer, uteblir från överenskomna telefonintervjuer och har okänd adress. Sammantaget kunde 146 ASI-intervjuer genomföras. Tillgängliga för analys med kompletta ASI-data var 133 klienter av i studien inkluderade klienter, varav 19 ej fått något enda samtal, vilket resulterar i att det finns 114 klienter med pre-ASI, post-ASI samt genomförd intervention. Av 114 hade 83 klienter fullgod audioinspelning av ett första samtal.

Bortfallsanalys genomfördes för variablerna: klientålder och kriminell historia samt med ASI data vid baslinjen: antal dagar med droganvändning, antal dagar med mental sjukdom, antal dagar med anställning/arbete, antal dagar med illegal aktivitet. Det var inga signifikanta skillnader mellan de 3 grupperna (n=296), eller för klienter med uppföljningsdata jämfört med dem som saknade ASI-uppföljningsdata.

Emellertid, hade klienter, som aldrig fick samtal men som randomiserats till sedvanliga samtal signifikant längre strafftid jämfört med dem som erhöll samtal. För klienter som randomiserat till BSF and BSF+ fanns inga skillnader mellan dem som fått samtal och de som inte fått samtal.

Figur 1. Flödesschema över forskningsklienter med olika bortfall av data.



De analyserade studieklienterna (n=114) beskrivs i relation till samtliga randomiserade klienter (n=296), med huvudsakligt brott i nuvarande dom (Tabell 1) och i relation till klienter med data från intervjun med ASI (pre ASI; n=273/259) med avseende på användning av droger (Tabell 2) samt med avseende på demografiska förhållanden (Tabell 3).

Tabell 1. *Samtliga randomiserade klienter (n=296) och studieklienterna (n=114) med fullständiga data beskrivna med huvudsakligt brott i nuvarande dom.*

	Procent N=296	Antal	Procent N=114	Antal
Narkotikabrott och varusmuggling	33 %	97	35	40
Tillgreppsbrott	22 %	65	24	27
Våldsbrott	14 %	41	11	12
Brott mot allmänhet och stat	9 %	26	8	9
Rån och grovt rån	8 %	24	9	10
Bedrägeri, förskingring el borgenärsbrott	5 %	16	4	5
Annat	4 %	13	6	7
Rattfylleri el grovt rattfylleri	3 %	9	3	3
Sexbrott	2 %	5	1	1

Tabell 2. *Samtliga randomiserade klienter (n=296) utom klienter utan ASI-data samt studieklienterna (n=114) med fullständiga data med avseende på användning av droger under de senaste 30 dagarna. Genomsnittsålder vid debut och andel som injicerat samt debutålder vid injicering.*

	% (n=273)	Debutålder M (SD)	% (n=114)	Debutålder M (SD)
<b>Amfetamin</b>	53 %	19	51 %	18.5
Senaste 30 dagarna	(145)	(5.5)	(58)	(5.5)
<b>Cannabis</b>	46 %	15.5	39 %	15
Senaste 30 dagarna	(125)	(3.5)	(44)	(3.5)
<b>Heroin</b>	23 %	23.5	28 %	24
Senaste 30 dagarna	(62)	(6.5)	(32)	(8.5)
<b>Andra opiater</b>	11 %	22.5	9 %	19
Senaste 30 dagarna	(29)	(8)	(10)	(9)
<b>Alkohol</b>	17 %	17	21 %	16
Senaste 30 dagarna	(47)	(7)	(24)	(6.5)
<b>Blandmissbruk</b>	48 %	20	42 %	19
Senaste 30 dagarna	(131)	(6)	(48)	(6.5)
<b>Injicerat</b>	47 %	19.5	47 %	20
Senaste 30 dagarna	(130)	(5.5)	(54)	(6.5)
<b>Första drogtillfället</b>	-	16.5	-	15.5
		(5)		(6)

Tabell 3. Demografisk beskrivning samtliga randomiserade klienter (n=296) utom klienter utan ASI-data samt studieklienterna (n=114) med fullständiga data.

	%	N=273	%	N=114
<b>Sysselsättning senaste tre åren</b>				
Arbetslös	46 %	126	44 %	50
Arbetat hel- eller deltid	29 %	78	34 %	39
Intagen	15 %	40	12 %	14
Övrigt	9 %	24	10 %	11
Arbetslös	1 %	4		
<b>Skolbakgrund</b>				
9 år eller färre	59 %	160	67 %	76
10-12 år	37 %	102	33 %	38
13 år eller mer	4 %	11		
<b>Huvudsakligt boende</b>				
Eget boende	40 %	110	39 %	45
Inneboende/andra hand	36 %	99	37 %	42
Bostadslös	15 %	40	14 %	16
Övrigt	9 %	25	10 %	11
<b>Härkomst</b>				
Född i Sverige av svenskfödda föräldrar	62 %	167	60 %	69
Minst en utlandsfödd förälder	38 %	101	38 %	43
Uppgift saknas	2 %	5	2 %	2
<b>Antal barn</b>				
Inga barn	51 %	138	52 %	59
1-2 barn	40 %	111	36 %	41
3-5 barn	9 %	24	12 %	14
<b>Civilstånd</b>				
Ensamstående	69 %	187	67 %	76
Gift eller sambo	31 %	85	33 %	37
<b>Psykisk hälsa</b>				
<i>Upplevt längre period av;</i>				
Ångest och/eller depression	63 %	171	63 %	72
Koncentrationssvårigheter	54 %	148	54 %	62
Svårighet kontrollera våldsamt beteende	44 %	118	44 %	50
Haft allvarligt menade självmordstankar	36 %	97	31 %	35
Har gjort självmordsförsök	21 %	56	19 %	22

## **Integriteten i interventionerna**

För att bedöma MI-kompetensen i de två BSF-interventioner samt för att bedöma om kontrollinterventionen med sedvanlig rutin kontaminerats till följd av MI-utbildningar inom kriminalvården och umgänge personalen emellan, kodades samtliga inspelade förstasamtal enligt den psykometriskt robusta, svenska versionen av Motivational Interviewing Treatment Integrity Code 3.0 (MITI 3.0) (Moyers et al. 2007; Moyers et al., 2003).

MITI har med författarnas tillstånd översatts till svenska (Forsberg, Forsberg, Van Loo, 2007) och granskats med avseende på att överensstämja med moderversjonen. Ett laboratorium för kodning av inspelade samtal enligt MITI 3.0 sätts upp. MITI kan svara på grundläggande frågor såsom: Hur mycket liknar den här behandlingen motiverande samtal? Eller: Hur kan våra behandlare bli bättre i tillämpning av motiverande samtal? MITI har god reliabilitet (Moyers et al., 2003). MITI har också visats sig ha validitet med avseende på att kunna påvisa skillnader i rådgivares samtalsbeteende före- respektive efter utbildning och träning i MI (Forsberg, et al., 2008; Forsberg, Forsberg, Van Loo, 2007).

I MITI-schemat bedöms enbart vårdgivarens yttranden. Två typer av bedömningar görs: variabler för övergripande bedömning, samt frekvensräkning av specifika verbala beteenden (Forsberg, Forsberg, Van Loo, 2007). I globala bedömningar inkluderas MI-anda (som innehåller tre sub-variabler: Locka fram klienttal, Samarbeta, och Autonomistödja), Empati, och Styrning mot målbeteende (dvs i studien att tala om att reducera/avstå droganvändning). Övergripande variabler skattas var och en på en 5-gradig skala av Likert-typ, som sträcker sig från ett (låg) till fem (hög). Detaljerade anvisningar för skattningen anges i MITI 3.0-manualen (Forsberg, Forsberg, Van Loo, 2007).

Frekvensräkning av vårdgivarens verbala beteenden inkluderar med MI förenliga och med MI oförenliga yttranden; frågor (slutna respektive öppna); och reflektioner (enkla och komplexa). Dessa frekvensräkningar av verbala beteenden sammanfattas i fyra index: (1) kvoten för med MI förenliga i relation till med MI oförenliga och med MI oförenliga yttranden; (2) kvoten mellan reflektioner och frågor; (3) kvoten mellan öppna frågor samt öppna och slutna frågor; och (4) kvoten mellan komplexa reflektioner och enkla och komplexa reflektioner.

För varje övergripande variabel och för varje index finns gränsvärden för 'begränsande kompetens' (Beginning proficiency) och 'kompetens' (Competency) i MI, föreslagna av forskargruppen vid University of New Mexico (Moyers et al. 2007).

## **Gruppernas olika kompetens i MI**

För att utröna MI-kompetensen i de 3 grupperna korrigerades för att inte enstaka personal, som utfört samtal till många forskningsklienter, skulle snedvrída resultaten. För att motverka snedvrída resultat valdes endast ett samtal från var och en av de 45 i personalen där klienten hade fullständiga data. För bedömning av MI-kompetens i de 3 grupperna valdes den senast gjorda inspelade förstasamtalen. Reliabiliteten i kodningarna, mätt som intraklasskorrelationer för 2 av varandra oberoende kodningar beräknades för ett stickprov på 20 samtal och var från god till utmärkt (Cicchetti, 1994) i de olika MITI-variablerna.

## RESULTAT

### MI-kompetens i de tre grupperna

Det fanns signifikanta skillnader mellan grupperna i samtalslängd ( $F(2, 80)=4.9$ ,  $p < 0.05$ ). Gruppen som fick sedvanlig behandling hade i medeltal 26 (SD=18) minuter långa samtal, medan BSF hade  $M=46$  (SD=23) och BSF med återkoppling  $M=49$  (SD=27).

En variansanalys visade signifikanta skillnader mellan de tre interventionerna i de globala variablerna Empati ( $F = 3.604$ ,  $p = .036$ ), Locka fram ( $F = 4.836$ ,  $p = .013$ ), Autonomistöd ( $F = 4.795$ ,  $p = .013$ ) och MI-anda ( $F = 5.657$ ,  $p = .007$ ). Justerat för multipla jämförelser genom användning av Bonferroni post hoc test indikerar att de signifikanta skillnaderna mellan personal i UPI och BSF+ grupperna är i Locka fram (genomsnittsskillnad =  $-0.995$ ,  $p = .019$ ), Autonomistöd (genomsnittsskillnad =  $-0.943$ ,  $p = .012$ ) och MI-anda (genomsnittsskillnad =  $-0.878$ ,  $p = .008$ ) (Tabell 4).

### Globala mått

Personal som gjorde sedvanligt samtal (UPI) skiljde sig inte signifikant från personal i BSF-gruppen avseende någon variabel. Personal i BSF+gruppen var signifikant bättre än UPI-personalen avseende empati, framlockande och MI-anda, men inte avseende samarbete eller autonomistödande (se Tabell 4). I alla globala mått låg BSF+personalen över 3 i medelpoäng på 5-gradig skala, medan UPI-personal låg under 3. Referensvärde begynnande kompetens i MI för de globala måtten har satts till 3,5 (Moyers et al. 2007). Det finns inga skillnader i MI-kompetens mellan personal i BSF- och UPI-grupperna.

Tabell 4. Medelvärdet för skattning av de globala måtten för respektive grupp.

	UPI (n=10)		BSF (n=14)		BSF+ (n=21)		Total (n=45)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Empati	2.30	.82	2.50	.85	3.10	.89	2.73	.92
Locka fram	2.10	.74	2.43	1.02	3.10	.89	2.67	.98
Samarbete	2.40	.97	2.57	.76	3.10	.89	2.78	.90
Autonomi	2.20	.79	2.71	.82	3.14	.79	2.80	.87
MI-anda	2.23	.74	2.57	.72	3.11	.71	2.75	.79
Styrning	4.20	1.03	4.14	1.45	4.71	.56	4.42	.99

### Beteendemått

En variansanalys visar inga signifikanta skillnader mellan personal i grupperna avseende indexen reflektioner:frågor och procent öppna frågor av alla frågor, eller för antal MI-förenligt eller antal icke MI-förenligt (se Tabell 5). BSF+personal hade signifikant högre procent komplexa reflektioner än personal med UPI. Det finns signifikanta skillnader i MI-förenligt ( $F = 3.806$ ,  $p = .030$ ) och procent Komplexa reflektioner ( $F = 3.417$ ,  $p = .042$ ). Justerat för multipla jämförelser genom användning av Bonferroni post hoc test indikerar att de signifikanta skillnaderna mellan personal i UPI och BSF+ grupperna är för MI-förenligt (genomsnittsskillnad =  $-1.138$ ,  $p = .026$ ) och för procent Komplexa reflektioner (genomsnittsskillnad =  $-0.178$ ,  $p = .037$ ) (Tabell 5).



Tabell 5. Medelvärden för index som beräknats av beteendeskattningar för MI-förenligt, MI-oförenligt, Informationsgivande, för alla interventionsgrupper

	BP <sub>a</sub>			UPI (n=10)		BSF (n=14)		BSF+ (n=21)		Total (n=45)	
	M	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Reflektioner: Frågor	1.0	.49	.24	.53	.32	.56	.31	.53	.29		
% Komplexa Reflektioner	.40	.09	.12	.21	.16	.27	.21	.21	.19		
% Öppna Frågor	.50	.26	.15	.28	.11	.33	.15	.30	.14		
MI Förenligt		.10	.32	.86	.95	1.24	1.34	.87	1.14		
MI Oförenligt		1.70	1.57	1.14	1.66	.52	1.12	.98	1.45		
Ge information		11.50	10.57	13.14	6.16	14.62	5.43	13.47	7.00		

a) BP = Beginning Proficiency, referensvärde för sannolik effekt av MI

### Påverkar MI användning av droger 10 månader efter frigivning?

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de tre grupperna (n=114) vare sig vid baslinjen eller vid uppföljningen (se Tabell 6). Alla tre grupper reducerade sitt droganvändande signifikant från baslinjen till uppföljningen. När analysen gjordes med en skapad abstinensvariabel (ingen användning vare sig av droger eller alkohol under de senaste 30 dagarna) finns inte heller någon skillnad mellan grupperna. Av samtliga uppgav 54.4% (62 klienter) helnykterhet under de senaste 30 dagarna jämfört med 12.3% (14 klienter) innan intervention vid baslinjen.

Tabell 6. Antal dagar av droganvändning de senaste 30 vid baslinjen samt 10 månader efter frigivning för personer med minst ett samtal. N=114

	Pre	Post	t	df	p
UPI (n=24)	21.8 (11.8)	6.5 (11.8)	5.63	23	<0.001
BSF (n=35)	23.1 (11.5)	6.5 (11.7)	6.30	34	<0.001
BSF+ (n=55)	19.9 (12.1)	7.2 (11.6)	6.07	54	<.001
Total (n=114)	21.3 (11.8)	6.8 (11.6)	10.23	113	<.001
Skillnader mellan grupper	F =.839 p =.435	F =.045 p =.956			

Det fanns inga skillnader mellan grupperna i de sekundära utfallsmåtten. Alla tre grupperna visade signifikant reducering av illegal aktivitet (Tabell 7) och ökning i antal arbetade dagar mellan pre- och post-ASI, vilket är särskilt tydligt för BSF+gruppen (Tabell 8).

Tabell 7. Antal dagar med illegal aktivitet de senaste 30 vid baslinjen samt 10 månader efter frigivning för personer med minst ett samtal. N=114

	Pre	Post	t	df	p
UPI (n=23)	16.0 (13.8)	3.3 (9.0)	4.16	22	<0.001
BSF (n=33)	18.6 (13.5)	3.1 (8.8)	6.5	32	<0.001
BSF+ (n=47)	12.2 (13.2)	4.5 (9.5)	3.54	46	.001
Total (n=103)	15.1 (13.6)	3.8 (9.1)	7.79	102	<.001
Skillnader mellan grupper	F =2.176 p =.119	F =.083 p =.920			

Tabell 8. Antal dagar med arbete de senaste 30 vid baslinjen samt 10 månader efter frigivning för personer med minst ett samtal. N=114

	Pre	Post	t	df	p
UPI (n=24)	5.1 (9.1)	7.8 (11.0)	-1.07	23	.296
BSF (n=33)	2.0 (5.9)	5.5 (9.9)	-1.90	32	.067
BSF+ (n=53)	2.1 (6.1)	4.8 (8.8)	-2.13	52	.038
Total (n=110)	2.73 (6.8)	5.7 (9.6)	-2.99	109	.003
Skillnader mellan grupper	F =2.049 p =.134	F =.818 p =.444			

I en regressionsanalys försökte vi kontrollera för andra inverkanade variabler än MI-behandling. Sådana inverkanade variabler (confounding variables) är ålder och antal tidigare fängelsedomar, tillsammans med droganvändning vid baslinjen och vilken säkerhetsklass som fängelset hade där klienten vistades. När dessa predicerande variabler användes i en regressionsanalysmodell erhöles inga signifikanta skillnader mellan grupperna (n=114).

För att säkerställa att bortfallet inte inverkanade genomfördes en intention-to-treat analys. I den inkluderades alla klienter som hade baslinjedata i ASI (n=272). Klienter som inte hade uppföljningsdata (post ASI) gavs ett värde som var identiskt med värdet de hade vid baslinjen. Analysen visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna i användning av droger;  $F(2, 269) = .03$ ,  $p = ns$ . Det fanns inte heller några signifikanta skillnader mellan grupperna i sekundära mått såsom: dagar med illegal aktivitet:  $F(2, 250) = .61$ ,  $p = ns$  och dagar med anställning:  $F(2, 264) = .42$ ,  $p = ns$ .

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de två i hopslagna BSF-grupperna (BSF och BSF+) och UPI i de primära och sekundära måtten. Det var också fallet vid jämförelse mellan de i hopslagna grupperna, UPI och BSF, med BSF+.

## DISKUSSION

---

En genomtänkt strategi för utbildning och träning i MI bland ordinarie kriminalvårdspersonal tycks ha resulterat i en signifikant MI-kompetens. Personal som hade 3 dagars MI-utbildning och 2 dagars utbildning i BSF-manualen följt av handledningsmöten (2 timmar) var 5:e vecka, ledda av lokala handledare, som kodade standard i MI och som gav positiv feedback, resulterade i signifikant bättre MI-kompetens jämfört med en kontrollgrupp. Personal som endast hade 3 dagars MI-utbildning och 2 dagars utbildning i BSF-manualen skiljde sig inte signifikant från kontrollgruppen i någon MI-variabel. Våra resultat är i linje med tidigare forskning som visar att personal efter några månader förlorar den kompetens som förvärvas under introducerande seminariedagar i MI (Miller et al., 2004; Miller & Mount, 2001). Kriminalvårdens lyckade storskaliga implementeringsstrategi i en verklig arbetssituation bör leda till efterföljd bland svenska och internationella vårdgivare som implementerar MI och där enstaka dagars utbildning i MI i stort sett alltid tycks användas (Madson et al., 2009), vilket enligt våra resultat inte leder till kompetenshöjning i MI.

Studien gjordes med existerande personal och under normala arbetsförhållanden, vilket gör att resultaten kan generaliseras till utanför en rigid och orealistisk forskningsmiljö. De flesta studier som undersökt effekten av MI har gjorts under forskarkontrollerade förhållanden där genomförarna av MI utbildats grundligt i metoden och övervakats vid genomförandet (s.k. efficacystudier). I föreliggande arbete har ordinarie personal utbildats och tränats och de har långtifrån haft likvärdiga betingelser med utförare i forskarkontrollerade studier (effectivenessstudier). Studien ger därför kunskap om villkor för att nå kompetens i MI för ordinarie personal med olika bakgrund och utbildning och med en lång rad andra arbetsuppgifter än MI. Emellertid innebär det en svaghet i studien, som bör leda till försiktighet i tolkningen av resultaten eftersom personalen inte randomiserades mellan tre olika utbildningar inför att de genomför de tre interventionerna. Resultaten kan därför ha orsakats av andra faktorer än att personal hade olika typer av MI-utbildning.

Studieklienterna reducerade droganvändning mellan tiden innan intagning i förvar och 10 månader efter frigivning från anstalten. Vi finner inte några skillnader i användning av droger och alkohol 10 månader efter frigivning för klienter som under en fängelsevistelse får MI jämfört med om de fått motsvarande antal sedvanliga planeringssamtal enligt kriminalvårdens rutiner. Inte heller gör MI att fler avstår droger helt och hållet utan hela studiepopulationen minskar sin användning lika mycket och 54.4 % uppger att de avstått droger och alkohol helt den senaste 30-dagarsperioden. Samma resultat framträder vid undersökning av effekten på illegala aktiviteter och antal arbetade dagar.

Inte heller när hypotetiskt predicerande variabler såsom säkerhetsklass samt drog- och alkoholanvändning vid början av straffet beaktades i en regressionsanalys finner vi skillnader i användning av alkohol- och droger 10 månader efter frigivning eller i illegala aktiviteter och antal arbetade dagar under de senaste 30 dagarna.

En förklaring till att MI-kompetenta personalen inte når bättre resultat för sina klienter än övriga två grupper är att den uppnådda MI-kompetensen trots allt endast approximerar MI. När gruppen med BSF med handledning jämförs med de riktvärden på kompetent MI, som föreslagits av forskargruppen vid University of New Mexico (Moyers et al., 2007) så når man genomsnittligt inte upp till dessa föreslagna nivåer. Den bristande kompetensnivån kan bero på att träning med återkoppling ej genomfördes på alla anstalter under hela studieperioden. Kompetensnivån för personalen med BSF med återkoppling ligger i genomsnitt något under den rådande lägsta nivån för ett väl genomfört motiverande samtal (Moyers et al., 2007). Forskning visar att först tillämpning av MI med god kompetens ger påverkan på klienter (Gaume, et al., 2009; Moyers et al., 2005; Miller et al., 2004).

En annan förklaring är att MI har mer kortvarig effekt än vad som mäts 10 månader efter frigivning från fängelse. Andra beteenden kan ha påverkats av MI t.ex. söka behandlingsprogram under avtjänandet av fängelsestraffet, färre misskötsamhetsrapporter under avtjänandet, motivation till att sluta använda droger. Påverkan av tidsmässigt mer näralliggande beteenden har visats i andra studier om MI inom Kriminalvård (Walters et al., 2010).

Det ska noteras att det var ungefär dubbelt så långa samtal i BSF-grupperna som i gruppen med sedvanliga planeringssamtalen, vilket antyder att samtalslängden inte tycks ha inverkan på utvecklingen av droganvändning.

Ett intressant bortfall är den stora grupp (n=77) som inte fick någon intervention trots att de inkluderats och lottats och där personal som ålagts genomförande av sedvanliga planeringssamtal till stor del är ansvariga för bortfallet. Bortfallsgruppen är signifikant olika mellan de tre interventionerna. De klienter som fått sedvanliga planeringssamtal var mindre kriminellt belastade. Detta bekräftas av bortfallsanalysen där den gruppens bortfall har längre strafftid och de som har ASI har mer olaglig verksamhet de senaste 30 dagarna före gripandet. Därmed kan randomiseringen delvis ha misslyckats och den del av kontrollgruppen där interventionen genomfördes kan ha kommit att bestå av ett positivt urval av klienterna i jämförelse med de två andra grupperna. Vid jämförelse mellan den delen av kontrollgruppen och de båda respektive BSF-grupperna ser vi dock inga signifikanta skillnader men kontrollgruppen har fler arbetade dagar vid baslinjen vilket ytterligare stärker bilden av att gruppen med sedvanliga samtal sannolikt var klienter som var mindre belastade än övriga två grupper.

## REFERENSER

---

Cicchetti, DV (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment* 6: 284-290.

Farbring, CÅ (2003). *Beteende - Samtal - Förändring. Fem semistrukturerade motiverande samtal.* [Behaviour - Counseling - Change. Five semi-structured motivational sessions] Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

Forsberg, L, Berman, AH, Källmen, H, Hermansson, U and Helgason, AR (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy* 37: 183-191. DOI: 794025509 [pii]; 10.1080/16506070802091171

Forsberg, L., Forsberg, L. and Van Loo, T. (2008) *Motivational Interviewing Treatment Integrity Code 3.0 – MITI kodningsmanual 3.0.* Stockholm: Dept of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet.

Gaume, J, Gmel, G, Faouzi, M and Daepfen, J-B (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37: 151-159.

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

Lundahl, B and Burke, BL (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology* . 65(11), 1—14: 1232-1245. DOI: 10.1002/jclp.20638

Madson, MB, Loignon, AC and Lane, C (2009). Training in motivational interviewing: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36: 101-109. DOI: S0740-5472(08)00088-3 [pii]; 10.1016/j.jsat.2008.05.005

McLellan, A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992) The fifth edition of addiction severity index. *J Subst Abuse Treat* 9:199-213.

McMurrin, M. (2009) *Motivational Interviewing with offenders.* *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100.

Miller, WR and Mount, KA (2001). A Small Study of Training in Motivational Interviewing: Does One Workshop Change Clinician and Client Behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29: 457-471. DOI: 10.1017/S1352465801004064

Miller, WR and Rollnick, S (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change.* New York: Guilford Press.

Miller, WR, Yahne, CE, Moyers, TB, Martinez, J and Pirritano, M (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 72: 1050-1062. DOI: 2004-21587-015 [pii]; 10.1037/0022-006X.72.6.1050

Moyers, T, Martin, T, Catley, D, Harris, K and Ahluwalia, JS (2003). Assessing the Integrity of Motivation Interviewing Interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 31: 177-184. DOI: 10.1017/S1352465803002054

Moyers, T, Martin, T, Manuel, JK, Miller, WR and Ernst, D. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0 (MITI 3.0) (2007) <http://casaa.unm.edu/download/miti3.pdf> [1 April 2010]

Moyers, TB, Miller, WR and Hendrickson, SM (2005b). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 73: 590-598. DOI: 2005-11147-002 [pii]; 10.1037/0022-006X.73.4.590

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B: Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005, 55(513):305-12.

Walters, S. Vader, A., Nguyen, N., Harris, R. (2010) Motivational interviewing as a supervision strategy in probation: a randomized effectiveness trial. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49: 309-323.

Öberg, D, Zingmark, D. & Sallmen, B. ASI-X v 1.1 (2000) [http://www.druglibrary.stir.ac.uk/documents/asi\\_sw.pdf](http://www.druglibrary.stir.ac.uk/documents/asi_sw.pdf) [1 April 2010]



Kriminalvården

---

[www.kriminalvarden.se](http://www.kriminalvarden.se)  
601 80 Norrköping  
Telefon 077-228 08 00  
Fax 011-496 36 40