

# Webbstöd på Cannabishjälpen

– möjligheter, begränsningar och effekter



**Karolinska  
Institutet**

## **Webbstöd på Cannabishjälpen**

**– möjligheter, begränsningar och effekter**

# INNEHÅLL

## SAMMANFATTNING 4

Summary 4

## INLEDNING 5

## BAKGRUND 6

Cannabisanvändning 6

Cannabisanvändning och risker 7

Cannabisbehandling 7

Webbhandling, tidigare forskning 8

Cannabisnätverket 9

Cannabishjälpen.se 9

## SYFTE OCH PRÖVADE HYPOTESER 10

## METOD – EFFEKTSTUDIEN 11

Informationsspridning 11

Rekrytering och samtycke 11

Registrering och inkludering 11

Skapa konto och genomföra bedömning 11

Randomisering 11

Interventionsgruppen 12

Programinnehåll 12

Kontrollgruppen 12

Information på Cannabishjälpen.se 12

Uppföljning 12

Bortfall 12

Utfallsmått 12

Statistiska analyser 13

Powerberäkning, rekrytering  
av studiedeltagare och bortfall 13

## RESULTAT 13

De som anmält  
intresse via [Cannabishjälpen.se](https://cannabishjalpen.se) 13

Demografiska data 13

Cannabisanvändning och motivation 14

Rekryteringsflödet till studien 14

Jämförelse deltagare  
i studien och de som ej deltog 14

Nyttjandet av behandlingsinnehållet 18

Tre delundersökningar 19

Reflektioner av e-stöd via cannabishjälpen  
utifrån ett rådgivarperspektiv (se bilaga 1) 19

Tillämpning av Motiverande samtal  
i rådgivares skriftliga  
kommunikation (se bilaga 2). 20

Behandlares erfarenheter av att arbeta  
med nätbaserad behandling (se bilaga 3) 20

## DISKUSSION 21

## REFERENSER 23

## BILAGOR 25

Innehåll bilagor 25

# SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet med denna studie var att få en ökad förståelse för webbaserade interventioner som syftar till att hjälpa individer att minska eller sluta med sin cannabisanvändning. En central frågeställning var om en webbaserad intervention når personer som ofta använder cannabis. Resultat visar att de personer som anmälde sitt intresse till studien hade använt cannabis regelbundet de senaste sex månaderna och merparten var motiverade att förändra sina cannabisvanor och få har sökt behandling senaste året. Majoritet uppgav att de försörjde sig via arbete och hade fullföljt gymnasium. De personer som deltog i studien och genomförde ett minimum av behandlingsprogrammet hade fler cannabisfria dagar senaste veckan och rapporterade färre beroendekriterier jämfört med kontrollgruppen. I rapporten redovisar vi även erfarenheter från de två personer som varit e-rådgivare, en utvärdering om möjligheten att kvalitetssäkra skriftlig rådgivning vad gäller motiverande samtal och en preliminär analys från en fokusgruppsundersökning om behandlarerfarenheter vid webbehandling.

I en nyligen publicerad WHO-rapport konstateras att cannabis är världens mest utbredda illegala drog och områden som borde studeras närmare nämns vara mobil- och internetbaserade interventioner för cannabisanvändare. Vår förhoppning är att den redovisade studien är ett bidrag till ökad kunskap inom området.

## Summary

The overall purpose of this study was to obtain a better understanding of web-based interventions intended to help individuals reduce or quit their use of cannabis. A central question was whether a web-based intervention would reach people who frequently use cannabis. The results show that people who declared an interest in the study had been using cannabis regularly over the last six months, and that the majority of them were motivated to change their cannabis habits, while few had sought treatment in the past year. The majority reported that they supported themselves by working and had completed upper secondary education. Those who participated in the study and had fulfilled certain minimum requirements of the treatment programme, had more cannabis free days during the most recent week and reported lower levels of dependency than the control group. The study also reports the experiences of the two people who were e-counselor, and gives an evaluation of the possibility of achieving quality assurance with respect to motivational conversations and a preliminary analysis from a focus group study of the experiences of those providing web-treatment.

A recently published WHO reports notes that cannabis is the most wide-spread illegal drug in the world, and among things which need to be studied more closely it mentions mobile phone and internet-based interventions for cannabis users. We hope that the present study will contribute to expanding our knowledge of this area.

# INLEDNING

Det övergripande syftet med denna studie var att få en ökad förståelse för webbaserade interventioner som syftar till att hjälpa individer att minska eller sluta med sin cannabisanvändning. Vi ville dels undersöka möjligheterna att nå personer med regelbunden cannabisanvändning och dels undersöka om en specifik webbintervention kan vara ett effektivt verktyg för att hjälpa individer att minska eller sluta med cannabisanvändning. De centrala frågeställningarna i effektutvärderingen var om en webbintervention når adekvat målgrupp och om metoden är effektiv. Denna rapport har huvudfokus på att redovisa just effektutvärderingen av interventionen som genomförs via webb.

Vi har även valt att redovisa (I) behandlarerfarenheter, (II) möjligheten att kvalitetssäkra skriftlig rådgivning och (III) en preliminär analys från en fokusgruppsundersökning om behandlarerfarenheter av nätbaserad webbhandling. Dessa tre delundersökningar finns sammanfattade i slutet av resultatdelen av denna rapport samt redovisade i bifogade bilagorna 1-3. (I) Eftersom webbhandling vid cannabisproblem är ett relativt nytt forskningsområde önskade vi ta del av behandlarnas reflektioner som uppkom under projektiden. De två behandlare som genomfört skriftlig rådgivning har fört dagbok om möjligheter och begränsningar utifrån sin behandlarroll. (II) Motiverande samtal (Motivational Interviewing; MI) har starkt forskningsstöd vid substansmissbruk, exempelvis som stöd för att sluta röka cannabis (1). MI-samtal kan kvalitetssäkras via professionell kodning (2) och vi prövade även om MI-kodning är möjlig och meningsfull vid en rådgivares skriftliga kommunikation. (III) De två behandlarna som deltog i denna studie ingick även i en fokusgrupp med ytterligare tio andra behandlare som är eller har varit verksamma inom beroenderelaterad webbhandling. Avsikten med fokusgruppsundersökningen var främst att undersöka behandlares erfarenheter av webbaserad behandling vid problematisk alkohol- och cannabisanvändning och hur webbtekniken påverkar behandlingen.

Projektet som redovisas i denna rapport är finansierat av Folkhälsomyndigheten.

Vi som författat denna rapport har varit involverade i planering och genomförandet av detta projekt:

ULRIC HERMANSSON, socionom, forskare och universitetslektor,  
Institutionen för klinisk neurovetenskap,  
Centrum för psykiatrforskning, Karolinska Institutet

KRISTINA SINADINOVIC, forskare,  
Institutionen för klinisk neurovetenskap,  
Centrum för psykiatrforskning, Karolinska Institutet.

MAGNUS JOHANSSON, socionom och doktorand,  
Institutionen för folkhälsovetenskap Karolinska Institutet.

ANN-SOFIE JOHANSSON, Socionom, samordnare/projektledare  
Nationella cannabisnätverket

THOMAS LUNDQVIST, leg psykolog och docent i psykologi vid Lunds universitet.

# BAKGRUND

Frågan om cannabis effekter på såväl psykiska som fysiska funktioner har länge diskuterats. I mitten av 1800-talet experimenterade ett antal intellektuella kulturarbetare i Frankrike med cannabis och beskrev målande dess effekter. ”Missbruket av haschisch rubbar på ett våldsamt sätt intellektet, överdriver dess aktivitet, eldar upp det allmänna medvetandet till en sådan grad att individen under dess inverkan kastas in i en värld fylld av fantasier, omformar på så sätt och vis hans iakttagelseförmåga, hans förnimmelser och insikter” (Läkaren J-J Moreau, citerad i Nordgren och Tunving, 1984 (3)). I England gjordes vid förra sekelskiftet (1893-94) en omfattande utredning om cannabis och dessa verkningar i Indien, Indian Hemp Commission. Några decennier senare kom USA La Guardiaraporten, som framförallt sökte utreda sambandet mellan cannabis och kriminalitet. Därefter har flera utredningar och sammanställningar gjorts för att vägleda beslutsfattare (4). I den nyligen publicerade WHO-rapporten om hälsokonsekvenser och sociala effekter av cannabisanvändning ges en samlad bild av dagens kunskapsläge (5). Ett 30-tal av världens främsta cannabisforskare har medverkat och ett viktigt motiv till att rapporten skrevs var att det under senare år tillkommit betydelsefull ny forskning om konsekvenser av cannabisanvändning. I rapporten redovisas bland annat kunskapsläget vad gäller förekomst av cannabis och dess hälsokonsekvenser.

## Cannabisanvändning

Enligt WHO-rapporten är cannabis världens mest utbredda illegala drog (5). År 2013 uppskattades 181,8 miljoner personer i åldern 15-64 år använda cannabis det senaste året och enligt rapporten finns ett visst stöd för att förekomsten av cannabisberoende har ökat över hela världen mellan åren 2001 till 2010. Behovet av behandling för personer med cannabisproblem är omfattande. Dessutom finns det stöd för att THC-halten (koncentrationen) har ökat succesivt vilket verifierats i beslagtagna cannabispreparat i såväl USA som i vissa europeiska länder (5).

Cannabis är den dominerande illegala drogen i både Europa (6) och Sverige (7). I den vuxna befolkningen (16-84 år) i Sverige uppgav ungefär 2,7 procent år 2016 att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Användningen visade sig vara vanligare bland män (3 procent) än bland kvinnor (2 procent) och bland yngre än jämfört med äldre (8). Bland yngre unga vuxna (16-29 år) rapporterade 8 procent

att de använt cannabis under det senaste året. I Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) årliga skolundersökningar uppgav ungefär 4 procent av eleverna i årskurs 9 att de använt cannabis de senaste 12 månaderna och i årskurs 2 på gymnasiet var motsvarande andel ungefär 12 procent (9). Även bland årkurs 9 och årskurs 2 i gymnasiet är cannabisanvändning vanligare bland pojkar än bland flickor, om än inte med lika markanta skillnader som i den vuxna befolkningen. Andelen cannabisanvändare i Sverige har inte förändrats nämnvärt under de senaste tio åren, men i den grupp som använder cannabis finns det tecken på en ökad användningsfrekvens (9).

Exakt hur många som har ett cannabisberoende i Sverige är inte helt klarlagt. I en frågeundersökning, troligen den första i vårt land, skattades att 60 000 personer i åldrarna 17 – 84 år hade visat tecken på narkotikaberoende under de senaste 12 månaderna. Detta motsvarar 0,8 procent av befolkningen inom givet åldersintervall och skattningen är baserad på mätning utifrån diagnosinstrumentet DSM-IV (10). Vid en jämförelse med internationella studier från till exempel USA rapporteras liknande nivåer av narkotikaberoende (0,6 procent) (11). I Ramstedts och medarbetares undersökning (2014) (10) rapporterades högst andel av beroende bland de som var 17 – 29 år. Cannabis var den dominerande illegala drogen som använts både den senaste månaden och det senaste året. Vidare visade resultatet att många i den allmänna befolkningen (ca 11 procent) hade någon i sin närhet som använde narkotika (samtliga substanser inkluderade), och en betydande andel, något mer än en fjärdedel, uppgav att de påverkats negativt av detta. Det var vanligare att kvinnor och yngre åldersgrupper påverkats negativt än män och äldre personer.

**Sammanfattningsvis kan konstateras att; cannabis är världens mest utbredda illegala drog och så även i Sverige, nationellt är cannabisanvändningen mer förekommande bland yngre (16-29 år) och mer vanligt bland män samt uppskattningsvis har knappt en procent av befolkningen ett narkotikaberoende och troligen är merparten cannabisberoende.**

## Cannabisanvändning och risker

Nedan redovisar vi WHO-rapportens (5) sammanfattning beträffande risker med tillfällig respektive regelbunden användning av cannabis och dess inverkan på hjärnan. För en mer specifik kunskapsredovisning samt referenser hänvisar vi till rapporten

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/cannabis\\_report/en/index6.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/index6.html)

*Vad vet vi om neurobiologisk påverkan av cannabisbruk?* Vi vet att CB1-receptorer (som aktiveras av THC) är vitt spridda i hjärnan, inklusive i de områden som styr uppmärksamhet, beslutsfattande, motivation och minne. Dessa receptorer modulerar även effekterna av en mängd andra neurotransmittorer. Lång- och korttidsanvändning av cannabis minskar receptornas mottaglighet på ett sätt som kan förklara effekterna av cannabis på arbetsminnet, förmågan att planera och fatta beslut, noggrannhet, motivation, motorisk koordination, humör och kognition.

*Vad vet vi om kortsiktiga/akuta effekter av cannabis?* Den mest uppenbara kortsiktiga effekten på hälsan av cannabis är påverkan på psykologiska funktioner som störningar i medvetandegrad, kognition, perception, affekter och beteende. En minoritet av förstagånganvändare av cannabis blir mycket oroliga, får panikattacker, upplever hallucinationer och kräks. Dessa symtom kan upplevas så pass obehagliga att man söker vård. Det finns även vissa belägg för att cannabisanvändning kan utlösa hjärtbesvär. Nya fallstudier tyder på att cannabisrökning hos yngre kan öka risken för hjärt- och kärlsjukdom, yngre personer bedöms annars som en lågriskgrupp för hjärt- och kärlsjukdom. Studier visar att nyligt bruk av cannabis försämrar förmågan till bilkörning och därmed bidrar till ökad risk för trafikolyckor.

*Vad vet vi om de långsiktiga effekterna av regelbunden cannabisanvändning?* Vi vet att regelbunden cannabisanvändning är förenat med stor risk för att utveckla ett beroende. Risken varierar dock med användningsfrekvens och ålder. Risken för beroende bedöms vara omkring en av tio för personer som någon gång använder cannabis, en av sex för unga användare och en av tre för personer som dagligen använder cannabis. Abstinenssymtom är väl dokumenterade vid cannabisberoende. Det finns ett allt tydligare vetenskapligt stöd för att ett regelbundet och omfattande cannabisbruk under tonåren är förknippat med mer allvarliga och ihållande negativa konsekvenser än motsvarande bruk under vuxenlivet.

I ett antal prospektiva (framåtblickande) studier finns ett dos-responsförhållande mellan cannabisbruk i tonåren och risken att utveckla psykotiska

symtom eller schizofreni senare i livet. Sambandet mellan cannabisanvändning och psykos eller schizofreni anses vara belagt sedan många år och kunskapsläget kan sammanfattas på följande sätt:

- Cannabisanvändning kan leda till schizofreni hos vissa i övrigt friska individer.
- Bland dem som har psykosjukdomar kan cannabisbruk; förvärra symtomen, utlösa återfall eller påverka sjukdomsförloppet negativt.
- Vid återkommande och omfattande cannabisanvändning kan känsliga individer utveckla psykosjukdom som är associerad med debutålder, användningsfrekvens och varaktighet samt THC-halten (styrkan) i cannabis.

Daglig cannabisanvändning i tonåren och vuxenlivet är förknippad med en rad negativa hälsomässiga och psykologiska konsekvenser som exempelvis:

- icke fullföljd skolgång
- kognitiva försämringar
- risk att använda andra illegala droger
- ökad risk för depressiva symptom
- ökad förekomst av självmordstankar och självmordsbeteende
- lång tids cannabisrökning ökar risken för att utveckla kronisk och akut bronkit
- omfattande cannabisrökning hos unga ökar risken för hjärtinfarkt och stroke
- att röka en blandning av cannabis och tobak kan öka risken för cancer och andra sjukdomar i andningsorganen.

## Cannabisbehandling

Även om flertalet av dem med cannabisproblem slutar använda cannabis utan behandlingsstöd finns det ett behov av att erbjuda behandling. I en WHO-rapport (5) framhåller man att det finns god evidens för att erbjuda psykosocial behandling till personer med cannabisberoende. Metoder som kognitiv beteendeterapi (KBT), motivational enhancement therapy (MET) och psykosocial problemlösningsterapi (PPS) har god effekt. Även contingency management (CoM) i kombination med KBT, MET och psykosocial problemlösningsterapi (PPS) har visat sig ge viss effekt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (12) – lyfts i princip liknande rekommendationer som i WHO-rapporten fram.



I riktlinjerna skriver man att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör erbjuda KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET. I riktlinjerna rekommenderas även, dock med lägre grad av rekommendation, kort intervention med motiverande samtal (MI), Contingency management (CoM) och Haschavänjningsprogrammet (HAP). Både WHO-rapporten och Socialstyrelsens riktlinjer bedömer att det i nuläget inte finns stöd för att läkemedelsbehandling är effektivt vid cannabisberoende.

Liksom vid andra substansberoenden är det endast ett fåtal personer med cannabisberoende som söker hjälp (13). Därför är det viktigt att försöka finna nya vägar att komma i kontakt med personer med cannabisproblem och erbjuda behandlingsstöd.

I WHO-rapporten lyfter man fram områden som borde studeras närmare som exempelvis mobil- och webbaserade interventioner för cannabisanvändare. I Socialstyrelsens riktlinjer får webbintervention för cannabisberoende en låg rekommendationsgrad bland annat på grund av att det vetenskapliga underlaget är begränsat (12).

## Webbhandling, tidigare forskning

Under de senaste åren har forskningen börjat intressera sig för webbaserade interventioner som syftar till att hjälpa personer att ändra substansvanor, främst har studierna handlat om alkohol. En webbaserad intervention kan exempelvis vara en stödjande insats eller behandling som syftar till att hjälpa användaren att minska eller sluta med sin konsumtion av en viss substans (14). Webbinterventioner skiljer sig från traditionella webbsidor på så sätt att de har fokus på självhjälp och tillhandahåller olika former av interaktivt stöd, antingen med villkorsstyrd förprogrammerad text som visas beroende på användarens olika val eller genom att inkludera kommunikation med exempelvis en rådgivare via e-post, chatt eller elektroniska anslagstavlor (15).

Potentialen att nå många människor via webbaserade interventioner är stor om tillgången till internet är utbredd i ett land. Uppskattningar visar att strax över 90 procent använder internet i Sverige och över 80 procent använder det dagligen (16). Sverige är ett av de länderna i världen där internetanvändningen är som högst och mest spridd i samhället (16). I en attitydundersökning som genomfördes på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut 2009 framkom att 78 procent av de svarande skulle använda internet för att skaffa information om alkohol och andra droger (17).

I samband med att projektet som redovisas i denna rapport, initierades, genomförde forskare Kristina Sinadinovic (medförfattare till denna rapport) en litteraturgenomgång av publicerade studier som utvärderat effekterna av webbaserade interventioner för reducering av just cannabisanvändningen. Genomgången visade att ett fåtal studier hade publicerats och att webbaserade interventioner troligen kan vara lika effektiva som behandling där personen fysiskt träffar behandlaren (face-to-face). Genomgången visade med tydlighet att kunskapsläget är begränsat och att fler studier behöver genomföras. Nedan redovisas i korthet vilka studier som ingick i litteraturgenomgången och vad respektive studie kom fram till.

Lee och kollegor (2010) (18) genomförde en randomiserad kontrollerad studie i syfte att mäta effekten av en kort webbaserad intervention. Målgruppen var blivande studenter (17 – 19 år) som under sommaren innan de började på college, screenats för cannabisanvändning och drogrelaterade problem. Samtliga genomgick en screening bestående av frågeformulär gällande cannabisanvändning. Interventionsgruppen fick omedelbart en personlig återkoppling gällande deras cannabisanvändning medan kontrollgruppen inte fick någon återkoppling. Deltagarna från båda grupperna följdes upp tre respektive sex månader efter screening. Resultat; inga effekter av interventionen kunde påvisas. Analyserna visade dock på effekter av interventionen (minskad cannabisanvändning) för de individer som hade drogrelaterade problem i familjen samt för dem som redan vid baslinjemätningen hade funderat på att förändra sin cannabisanvändning.

Budney och kollegor (2011) (19) undersökte skillnader för individer med missbruk eller beroende av cannabis mellan en webbaserad intervention och face-to-face behandling baserad på motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendebehandling (KBT) och ”contingency management” (CM). Studien var en icke randomiserad jämförande studie. Interventionen pågick under 12 veckor med nio behandlingssessioner. Totalt rekryterades 38 individer via lokala tidningar, affischering m.m. och samtliga var 18 år eller äldre. Personerna som inkluderades i studien uppfyllde DSM-IV kriterierna för cannabismissbruk och/eller cannabisberoende samt rapporterade cannabisanvändning under minst 50 dagar under de senaste 90 dagarna. 16 studiedeltagare fick behandling via internet medan 22 fick behandling via personliga möten med behandlare. Oavsett behandlingsform var innehållet i behandlingen likadan. För att få tillgång till den webbaserade behandlingen var deltagarna hänvisade till att besöka behandlingskliniken varje vecka där de genomförde en session i taget. En forskningsassistent var alltid



närvarande för att hjälpa till vid eventuella problem samt för att kontrollera att ingen deltagare var drog-påverkad. Vid en jämförelse mellan grupperna, 12 veckor efter rekrytering, framkom inga skillnader mellan grupperna avseende cannabisanvändning, kvarstannandet i behandling eller programgenomförandet.

Tossmann och medarbetare (2011) (20) genomförde en randomiserad kontrollerad studie i syfte att undersöka effekterna av ett lösningsfokuserat webbaserat behandlingsprogram för unga cannabisanvändare i Tyskland. Internetprogrammet, "Quit the shit", bestod av 50 dagars dagboksskrivande. Deltagaren i interventionsgruppen hade kontakt med en behandlare via chatt, dels i samband med programstart (ca 50 minuter) och därefter en gång per vecka. Under de återkommande chattsessionerna fick deltagarna i interventionsgruppen en detaljerad feedback såväl kring det hen hade skrivit i sin dagbok som återkoppling på annan information som lämnats på sidan. Vid tremånadersuppföljningen hade interventionsgruppen minskat användningen av cannabis (både frekvens och kvantitet) och minskat ångest- och depressionsnivåer i större utsträckning än kontrollgruppen. Interventionsgruppen hade både ökat sin upplevda förmåga och tilltro till att kunna motstå cannabis (self-efficacy) och sin tillfredsställelse med livet, i högre grad än kontrollgruppen.

Rooke och kollegor (2013) (21). En australiensisk webbaserad intervention, programmet "Reduce Your Use: How to Break the Cannabis Habit", effektutvärderades i en randomiserad kontrollerad studie. Programmet var ett fullt ut automatiserat självhjälsprogram utan behandlarstöd och bestod av sex moduler som byggde på kognitiv beteendeterapi (KBT), motiverande samtal (MI) och behavioral self-management (BSM). Effekterna av interventionen utvärderades mot en kontrollgrupp som fick tillgång till sex webbaserade moduler med psykoedukativt material. Vid sexveckorsuppföljning samt efter tre månader hade interventionsgruppen i högre utsträckning minskat både frekvensen och kvantiteten av cannabisanvändningen jämfört med kontrollgruppen.

Schaub och kollegor (2015) (22) utvärderade effekterna av ett självhjälsprogram som avsåg hjälpa individer att reducera sin cannabisanvändning. Studiedesignen var en randomiserad kontrollerad studie. Grundprogrammet bestod av åtta moduler baserade på motiverande samtal (MI), självkontrollövningar och kognitiv beteendeterapi (KBT). Totalt randomiserades 308 studiedeltagare till tre grupper; (1) antigen en grupp som fick tillgång till självhjälsprogrammet utan möjlighet att chatta

med en behandlare, (2) en grupp som fick tillgång till självhjälsprogrammet och möjlighet att chatta med en tränad behandlare eller till (3) en kontrollgrupp (väntelista). Resultatet vid tremånadersuppföljningen visade att självhjälsgruppen med chatt (grupp 2) signifikant reducerade antalet dagar då de använde cannabis både jämfört med självhjälsgruppen utan chatt (grupp 1) och med kontrollgruppen (grupp 3). Likaså rapporterade en högre andel (9 %) av självhjälsgruppen med chatt (grupp 2) att de inte använde cannabis vid uppföljningen jämfört med självhjälsgruppen utan chatt, grupp 1 (2 %). Dock fanns ingen skillnad avseende dessa två utfallsmått mellan självhjälsgruppen utan chatt (grupp 1) och kontrollgruppen (grupp 3). Inga skillnader hittades heller mellan grupperna avseende självrapporterade symptom på cannabismissbruk/-beroende, svårighetsgraden av cannabisberoende, riskbruk av alkohol eller symptom på psykisk ohälsa.

## Cannabisnätverket

Nationella cannabisnätverket bildades år 2000 och består av behandlare, från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som är involverade i behandling av personer som har ett problematiskt bruk av cannabis. Nätverket har idag drygt 900 medlemmar knutna till ca 300 behandlingsenheter spridda över hela landet. Nätverkets syfte är att skapa ett forum för kompetens- och metodutveckling samt erfarenhetsutbyte mellan kliniker och forskare. Målet är att kvaliteten på behandlingsarbetet därigenom ska öka. Nätverket arbetar även för att fler behandlingsalternativ ska erbjudas lokalt och regionalt och att kunskap om cannabis och möjliga behandlingssatser sprids så att fler kan få behandling. Nätverkets medlemmar har under flera år bedrivit ett utvecklingsarbete med manualbaserad behandling för både vuxna och ungdomar samt tagit initiativet för uppbyggnaden av den webbaserade interventionen Cannabis hjälpen.se.

## Cannabishjälpen.se

Cannabishjälpen är en webbplattform som vänder sig till personer som röker cannabis, anhöriga till personer som röker cannabis och professionella som träffar personer som röker cannabis. Cannabis hjälpen.se erbjuder fakta i form av text och filmer, information anpassad till olika målgrupper, en karta med enheter i Sverige som erbjuder cannabisbehandling samt en frågelåda där besökarna kan ställa frågor och få svar. Sidan har ca 500 unika besökare per dag.

Ett webbaserat program avsett att vara en del av Cannabishjälpen har utvecklats i samarbete mellan behandlare från Nationella cannabisnätverket och Beroendecentrum Stockholm. Motivet var bland annat att genom internet kunna nå en bredare målgrupp samt även att kunna erbjuda ett alternativ till traditionell behandling.

Programmet består av två delar. Den första är ett test (screening) med personligt anpassad återkoppling utifrån cannabis konsumtion och upplevda cannabisrelaterade problem. Den andra delen är en webbaserad behandling utformad för att hjälpa användarna att sluta använda cannabis och består av psykoedukativt informationsmaterial samt övningar baserade på Haschavvänjningsprogrammet (HAP) (23, 24), Motiverande samtal (MI), lösningsfokuserad terapi och kognitiv beteendeterapi (KBT).

Behandlingsdelen innehåller även en kalender där användare registrerar vilka dagar de har använt respektive inte använt cannabis, samt sina planerade aktiviteter. Baserat på registreringarna i kalendern (ej rökt cannabis) får användaren återkoppling och tips

på ”uppdrag” som denne kan arbeta med i programmet. Uppdragen som användaren kan genomföra i behandlingen är: motivation för förändrade cannabisvanor, målformulering av en period då man ska vara utan cannabis, praktiska tips på hur man genom självkontroll kan göra för att förändra sina cannabisvanor, kartläggning av risksituationer som utlöser cannabis sug eller -konsumtion, hitta alternativa sätt att hantera sug, lära sig hantera svåra känslor, öva på att hantera socialt tryck, finna metoder för att sova bättre, ta hjälp av andra samt återfallsprevention med tips på hur man behåller motivationen att förändra sina cannabisvanor på längre sikt. Den rekommenderade genomförandetakten i behandlingsprogrammet är att användaren gör 1-2 uppdrag per vecka under en sexveckorsperiod.

Användaren har under hela programtiden möjlighet att anonymt ha kontakt med en rådgivare med god kunskap och klinisk erfarenhet av behandling. Inga personliga möten sker. Användaren av programmet kan själv bestämma om och i vilken utsträckning hen önskar en sådan kontakt.

## SYFTE OCH PRÖVADE HYPOTESER

För att söka svar på frågan om interventionen på Cannabishjälpen.se når rätt målgrupp önskade vi samla in såväl demografiska data om användarna som information om levnadssituation, alkohol- och droganvändning, psykisk hälsa samt tidigare försök att minska eller sluta med cannabis användning. För att undersöka om Cannabishjälpen.se kan vara ett effektivt verktyg för att hjälpa individer att minska eller sluta med sin cannabis användning har följande fyra hypoteser testats:

1. Användningen av webbaserat behandlingsprogram på Cannabishjälpen kommer att vara associerad med fler cannabisfria dagar jämfört med enbart tillgång till informationsmaterial om cannabis användning och dess skadliga effekter.
2. Användningen av webbaserat behandlingsprogram på Cannabishjälpen kommer att vara associerad med en minskning i cannabis konsumtionen (frekvens och kvantitet) bland individer med

regelbunden cannabis användning jämfört med enbart tillgång till informationsmaterial om cannabis användning och dess skadliga effekter.

3. Användningen av webbaserat behandlingsprogram på Cannabishjälpen kommer att vara associerad med minskning av alkoholkonsumtion, depression och ångest samt ökad känsla av sammanhang jämfört med enbart tillgång till informationsmaterial om cannabis användningen och dess skadliga effekter.
4. Andelen som söker professionell hjälp alternativt tar upp med sina anhöriga eller vänner att de skulle vilja minska eller sluta med sin cannabis användning kommer att vara större bland dem som använder ett webbaserat behandlingsprogram på Cannabishjälpen än bland dem som enbart har tillgång till informationsmaterial om cannabis användning och dess skadliga effekter.

# METOD – EFFEKTSTUDIEN

## Informationsspridning

Information om studien har funnits på Cannabis-hjälpen.se och varit tillgänglig för alla som besökt sidan. Vi har även spridit information om studien via olika hemsidor som exempelvis Studenthälsomotagningars hemsidor på universitet och högskolor. Projektet har även annonserat i sociala medier som Google och Facebook samt deltagit i diskussionsgrupper på Twitter. Informationen på hemsidor och sociala medier har i princip haft följande budskap; *Vill du delta i en forskningsstudie om att förändra din cannabisanvändning med internetbaserad hjälp?* Särskilda spridningskort togs fram i syfte att öka intresset hos personer som röker cannabis att besöka just Cannabis-hjälpen.se och därigenom erbjuda möjligheten att delta i studien.

## Rekrytering och samtycke

Studiedeltagandet var självselektande. Individer som besökte Cannabis-hjälpen.se tillfrågades på första sidan om de var intresserade av att delta i en studie för att förändra cannabisanvändningen. Personer som önskade delta i studien fick information om syftet och vad det innebar att delta i studien samt att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan någon förklaring. Alla deltagare informerades om att uppgifterna som registrerades på hemsidan skulle komma att användas i forsknings-syfte varför ett godkännande (samtycke) behövdes, vilket de kunde lämna direkt på sidan.

## Registrering och inkludering

De som samtyckte kunde sedan gå vidare till en registreringssida där de elektroniskt erbjöds att besvara frågor om kön, ålder, födelseland, utbildningsgrad, sysselsättning, civilstånd samt om sin levnads- och boendesituation. Gällande cannabisanvändningen besvarade deltagarna en fråga om hur frekvent deras cannabisanvändning var samt fyllde i en kalender där de registrerade de senaste sju dagarnas cannabis-konsumtion (Timeline Followback-metoden, TLFB) (25). De besvarade också frågor om negativa konsekvenser av cannabisanvändningen genom att fylla i bedömningsinstrumentet Cannabis Abuse Screening Test – CAST (26), frågor om förekomsten av kriterier för cannabismissbruk och beroende (DSM-5) (27) samt motivation att förändra sin cannabisanvändning (28). Ovan nämnda instrument låg till grund för att bedöma behörigheten att delta i studien men

utgjorde även en del av baslinjemätningen. För att bli inkluderad i studien skulle man vara 16 år eller äldre och ha använt cannabis minst en gång i veckan under de senaste sex månaderna.

## Skapa konto och genomföra bedömning

Personer som var behöriga att delta i studien ombads att skapa ett användarkonto på den webbaserade studieplattformen genom att registrera ett användarnamn, ett lösenord och en e-postadress. Ett automatiskt e-postmeddelande skickades till den registrerade e-postadressen. För att slutföra skapandet av användarkontot behövde individen sedan bekräfta sin e-postadress. Därefter erbjöds studiedeltagarna att besvara ytterligare bedömningsformulär; frågor om alkoholvanorna de senaste 6-månaderna (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT-C (29)), fråga om användning av andra droger än alkohol och cannabis, frågor om nedstämdhet och depression (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, MADRS-S (30)), frågor om ångest (Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7 (31)) samt frågor om känslan av sammanhang (KASAM -13 (32)). De tillfrågades också om de under de senaste 12 månaderna hade erhållit professionell hjälp för att minska eller sluta med sin användning av cannabis och om de under samma period tagit upp frågan med sina anhöriga eller vänner. Ovanstående bedömningsformulär samt de instrument som redovisas under rubriken "Registrering och inkludering" utgjorde själva baslinjemätningen.

## Randomisering

Efter genomförd bedömning slumpades (randomiserades) studiedeltagarna till interventionsgrupp eller kontrollgrupp (väntelista). Randomiseringen skedde via ett automatiserat system som för varje ny studiedeltagare drog en "digital lott" som bestämde huruvida individen hamnade i interventionsgruppen eller kontrollgruppen. Studiedeltagarnas grupptillhörighet var okänd (blindad) för både forskargruppen och för studiedeltagarna själva. Efter den automatiserade randomiseringen informerades deltagarna bland annat om att de skulle bli kontaktade efter tre månader för en uppföljning och om man deltog i uppföljningen skulle man få vara med i utlottning av iPads. Deltagarna i båda grupperna fick erbjudandet om att svara på frågor om vilka webbaserade tjänster som

de själva bedömde borde vara tillgängliga samt hur dessa kan utformas.

Deltagare informerades även om att om de hade psykiatriska problem (pågående eller tidigare psykos, schizofreni, bipolär störning samt pågående självmordstankar) så rekommenderades de att söka hjälp inom den traditionella missbruksvården eller inom psykiatrin. Vidare informerades studiedeltagarna om att individer som har svårigheter med, eller inte kan, svenska, inte kommer att kunna tillgodogöra sig det behandlingsprogram som erbjuds via studien.

## Interventionsgruppen

Via e-post och den webbaserade studieplattformen informerades deltagarna om att de hade tillgång till ett program under de kommande två månaderna med möjlighet att via webbplatsen kommunicera med en behandlare. De två behandlare som genomförde rådgivningen via chatten hade goda kunskaper och lång erfarenhet av Haschavvänjningsprogrammet (HAP) liksom MI-metodik samt KBT-behandling.

## Programinnehåll

Deltagarna erbjöds personlig återkoppling på självrapporteringen och alternativa övningar/uppdrag såsom; finna motivation till förändring av cannabisvanor, sätta mål för cannabisfria dagar, söka efter praktiska tips att avstå från cannabis genom självkontroll, identifiera risksituationer som utlöser (triggar) sug, inventera alternativa sätt att hantera sug och känslor som utlöser sug, träna på att hantera det sociala trycket (exempelvis att tacka nej), finna sätt att förbättra sömnen, acceptera behov av – och fråga efter – hjälp från andra, samt finna fungerande tips på hur man kan upprätthålla motivation att bibehålla de förändrade cannabisvanorna på långt sikt (återfallsprevention). Rekommendationen var att genomföra ett eller två uppdrag per vecka under en sexveckorsperiod. Under hela programtiden kunde deltagarna själva bestämma om – och i vilken utsträckning – de önskade kontakt med en rådgivare via webbplatsen.

## Kontrollgruppen

Individer som randomiserades till kontrollgruppen genomgick samma procedur som interventionsgruppen vad gäller att skapa konto och genomföra bedömning. Efter randomiseringen informerades de om att de senare kommer att få tillgång till ett webbaserat program (programmet beskriv ovan).

## Information på Cannabishjälpen.se

I övrigt hade deltagarna från båda grupperna möjlighet att använda sig av all öppen faktainformation på Cannabishjälpen.

## Uppföljning

Tre månader efter rekrytering fick samtliga deltagare, både från interventions- och kontrollgruppen, en inbjudan via mail om att delta i tremånadersuppföljningen. Via en personlig länk till ett webbaserat uppföljningsformulär erbjöds deltagaren att återigen fylla i frågor om den egna cannabis- och alkoholkonsumtionen, depression och ångest, om de sökt professionell hjälp för sin cannabisanvändning liksom hjälp av anhöriga eller vänner. Deltagare som inte besvarade uppföljningsfrågorna inom fem dagar fick ett påminnelsemail där de återigen erbjöds att delta i uppföljningen. Totalt skickades sex påminnelser ut med fem dagars mellanrum.

## Bortfall

De som inte besvarade uppföljningsfrågorna inom 30 dagar efter att första inbjudan om uppföljning skickats ut betraktades som bortfall.

## Utfallsmått

Insamlande av data för såväl primära som sekundära utfallsmått har skett vid baslinje- och uppföljningsmätningen (tre månader efter rekryteringen). Det **primära** utfallsmåttet i denna rapport var andelen som inte rökt cannabis de senaste sju dagarna (Timeline Follow-Back, TLFB-metoden). De **sekundära** utfallsmåtten var följande; 1) Antalet dagar de rökt cannabis under en vecka och uppskattat antalet gram (cannabis) som rökts per vecka, 2) frekvens av cannabisanvändningen under de senaste sex månaderna före bedömningen (baslinjen) och under de senaste tre månaderna före uppföljningen, 3) antal DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterier för cannabisberoende under de senaste tre månaderna, 4) negativa konsekvenser av cannabisanvändningen (CAST), 5) andel studiedeltagare som sökt professionell hjälp för att minska eller sluta med cannabisanvändning eller som har sökt hjälp av släktingar eller vänner på samma grunder, 6) antal glas (alkohol) under de senaste sju dagarna mätt med TLFB-metoden, 7) poäng på KASAM-13, ett bedömningsinstrument med tretton frågor om känslan av sammanhang, 8) MADRS-poäng, nio



frågor som mäter symptom och svårighetsgrad av depression och 9) GAD-7 poäng, sju frågor som mäter symptom och svårighetsgrad av ångest.

## Statistiska analyser

Skillnaderna mellan grupperna vid baslinjen har analyserats med oberoende tvåsidiga t-test för att testa den statistiska signifikansen på skillnaderna i medelvärde mellan grupperna (för kontinuerliga variabler). Skillnaderna mellan grupperna, avseende kategoriska variabler, testades med Chi-Square-test. Kontinuerliga primära och sekundära utfallsmått har analyserats med Repeated measures ANOVA för att undersöka om det finns skillnader mellan gruppernas utveckling i utfallsmåtten över tid. Skillnaderna mellan grupperna, avseende kategoriska variabler, testades även vid uppföljningen med Chi-Square-test.

## Powerberäkning, rekrytering av studiedeltagare och bortfall

Innan rekryteringen av deltagare startade genomfördes en power-beräkning för att ta reda på hur stort antal studiedeltagare som behövdes för att kunna upptäcka önskvärda skillnader i medelvärden mellan interventions- och kontrollgruppen. Denna beräkning gjordes med programmet G\*Power 3.1.9.2 och byggde på planen att genomföra oberoende ensidiga t-test med lika antal studiedeltagare i båda grupperna. Med  $\alpha=0.05$  och 80-procentig power visade resultatet att det nödvändiga antalet studiedeltagare som ska inkluderas i de statistiska analyserna är 176 per grupp för att det ska vara möjligt att upptäcka en effektstorlek så liten som  $d=0.30$ .

# RESULTAT

## De som anmält intresse via [Cannabishjalpen.se](http://Cannabishjalpen.se)

### DEMOGRAFISKA DATA

Totalt ifylldes 854 intresseformulär för att delta i studien varav 580 av män (68 %) och 274 av kvinnor (32 %). Medelålder för gruppen var ca 26 år ( $s=7$ ). Några karakteristika för gruppen ( $n=854$ ):

*Civilstånd:* Något mer än hälften (55 %) var ensamstående, en fjärdedel var sambo (27 %) och ca 14 % uppgav att de var gifta eller levde i partnerskap. Få personer, knappt 4 %, rapporterade att de var skilda eller separerade.

*Försörjning:* Majoriteten (58 %) försörjde sig via arbete och en femtedel (19 %) via studiemedel eller utbildningsbidrag. Några uppgav att de hade sin försörjning via sjukersättning/aktivitetsersättning (6 %) alternativt försörjningsstöd (5 %). Resterande hade ospecificerad försörjning (annat) (8 %), A-kassa (1 %), sjukpenning (3 %) och tre personer hade pension.

*Högsta utbildningsnivå:* En majoritet (58 %) hade genomgått gymnasium eller motsvarande utbildningsnivå och 15 % hade universitet/högskola som högsta utbildningsnivå. En femtedel (19 %) hade endast genomgått grundskolan och 6 % rapporterade att de ej fullföljt grundskolan.

*Bostadssituation:* Många av deltagarna (38 %) uppgav att de hade hyreslägenhet med eget hyreskontrakt medan 16 % bodde i bostadsrätt och 11 % i hyreslägenhet med andrahandskontrakt. Ungefär samma andel (13 %) uppgav att de bodde i villa eller radhus och 9 % bodde i hyresrum eller var inneboende och några (4 %) i studentlägenhet. Endast 2 % uppgav att de saknade bostad. Resterande uppgav annan boendeform (ospecificerad).

*Levnadssituation:* Knappt en fjärdedel uppgav att de levde ensamma (23 %) och något färre (21 %) uppgav att de levde tillsammans med föräldrarna. Nästan en femtedel (19 %) levde med partner utan barn medan endast 9 % uppgav att de levde med partner och barn och 2 % rapporterade att de levde med barn utan partner. Flera respondenter (22 %) uppgav att boendesituationen varierade över tid.

## Cannabisanvändning och motivation

Gruppen som anmälde intresse att delta i studien (n=854) rapporterade en genomsnittlig veckokonsumtion av cannabis under senaste veckan på 5,6 gram (s=7,1) och i 5,3 dagar (s=2,2). I beräkningen har vi exkluderat 15 personer som uppgav en extremt hög veckokonsumtion (mer än 25 gram cannabis). Totalt uppgav 798 respondenter (93.4 %) att de använt cannabis varje vecka under de senaste sex månaderna. Via självrapportering uppgav gruppen i genomsnitt att de bejakade 7,4 beroendekriterier (s=2.7) av 11 möjliga enligt DSM-5. CAST-instrumentet gav totalpoäng på i genomsnitt 13,0 poäng (s=5,0) och nästan alla (94 %, n=806) hade 5 eller fler poäng vilket indikerar på att de screenade positivt för cannabisyndrom.

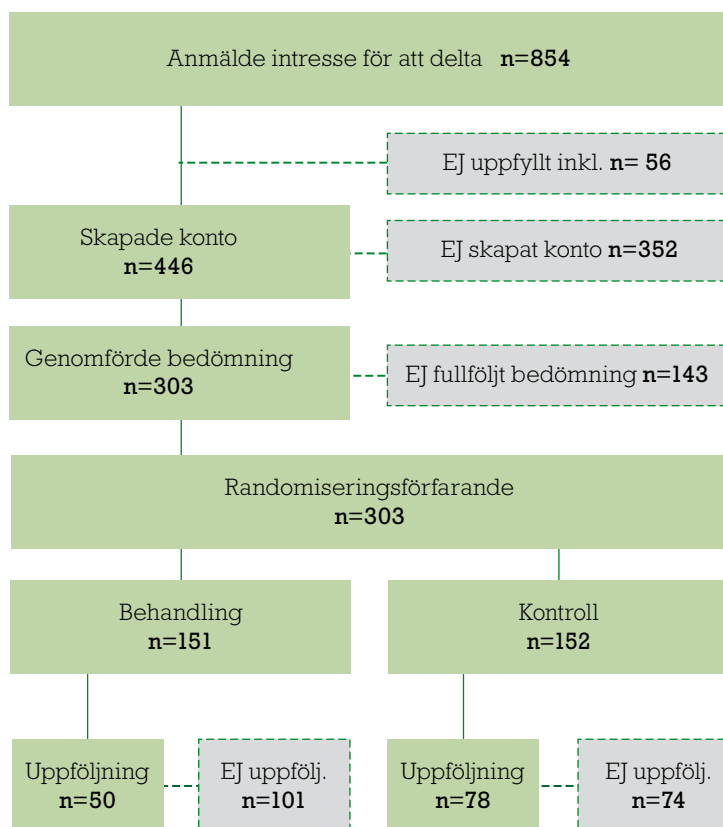
Skattning av motivation gjordes med en visuell analog skala (VAS) där 0 innebar att individen inte alls var redo att förändra cannabisanvändningen och 100 innebar att personen var helt redo att förändra sina cannabisvanor. Gruppens genomsnittliga skattning var ca 68 poäng men med en stor variation (s=30). Om skalans poäng delas in i kvartiler (0-25, 26-50, 51-75 och 76-100) återfinns 184 individer (21.5 %) inom tredje kvartilen (50-75) och 432 individer (50.6 %) inom skalans högsta kvartil (76-100).

## Rekruteringsflödet till studien

Av de totalt 854 respondenterna som anmälde intresse för att delta i studien gick 303 individer vidare till en bedömning av om de uppfyllde kriterierna för att inkluderas i studien och randomiseras till antingen en behandlingsgrupp (n=151) eller en kontrollgrupp (n=152). För mer detaljer se figur 1 nedan.

## JÄMFÖRELSE DELTAGARE I STUDIEN OCH DE SOM EJ DELTOG

Vid en jämförelse mellan de personer som deltog i studien (n=303) och de som inte deltog (n=551) fanns flera skillnader. De som deltog är i genomsnitt äldre, bodde i högre utsträckning i hyreslägenhet med eget hyreskontrakt, och bodde i mindre utsträckning i villa/radhus eller med sina föräldrar jämfört med dem som inte deltog i studien. Det visade sig även att de som deltog i studien använde cannabis oftare, uppfyllde fler beroendekriterier enligt DSM-5 och screenade högre CAST-poäng. De var även mer motiverade att förändra sin cannabisanvändning än de som inte deltog i studien. I tabell 1 nedan jämförs grupperna.



**FIGUR 1.**

Flödesschema från intresseanmälan till uppföljning

**TABELL 1:** Jämförelse mellan studiedeltagare (n=301) och de som inte deltog (n=551),

	<b>Studie- deltagare (n=303)</b>	<b>Icke deltagare (n=551)</b>	<b>Test-värde</b>	<b>P-värde</b>
Medelålder (standardavvikelse)	27,4 (7,2)	25,7 (7,0)	$t_{(852)}=-3,474$	<0,001
<b>Bostadssituation</b>				
Villa eller radhus (%)	9,6	15,5	$\chi_{(6)}=15,666$	0,047
Hyreslägenhet, eget hyreskontrakt (%)	43,9	35,1		
<b>Levnadssituation</b>				
Med föräldrar (%)	14,9	24,5	$\chi_{(6)}=18,928$	0,004
Förhållandena har skiftat (%)	26,4	19,1		
<b>Beroende</b>				
Cannabissyndrom enligt DSM-5	99,7	94,7	$\chi_{(1)}=13,984$	<0,001
Genomsnittligt antal beroendekriterier (standardavvikelse)	8,1 (2,1)	7,0 (2,9)	$t_{(851)}=-5,506$	<0,001
<b>Cannabisanvändning</b>				
Använt cannabis varje vecka under de senaste 6 månaderna (%)	100,0	89,0	$\chi_{(1)}=32,956$	<0,001
Mer sällan än 1 gång i månaden (%)	0,0	1,5	$\chi_{(7)}=34,091$	<0,001
Ca 1 gång i månaden (%)	0,0	2,0		
Ca 2-3 gånger i månaden (%)	0,0	5,8		
Varje dag eller nästan varje dag (%)	82,8	73,5		
Antal dagar med cannabisanvändning/ senaste veckan (standardavvikelse)	5,5 (2,0)	5,1 (2,3)	$t_{(852)}=-2,459$	0,014
CAST totalpoängen (standardavvikelse)	14,1 (4,3)	12,5 (5,3)	$t_{(852)}=-4,508$	<0,001
CAST $\geq 5$ (%)	98,3	92,2	$\chi_{(1)}=13,956$	<0,001
<b>Motivation</b>				
Motivation att förändra cannabisbruket (skala 0-100) (standardavvikelse)	73,9 (25,0)	65,2 (32,0)	$t_{(852)}=-4,059$	<0,001

I tabellerna 2 och 3 nedan redovisas några demografiska baslinjekarakteristika för de 303 individer som deltog i studien, uppdelat på behandlingsgrupp (n=151) och kontrollgrupp (n= 152). Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan grupperna vad gäller civilstånd, försörjning, utbildning, bostadssituation och levnadssituation.

Det fanns heller inga skillnader mellan grupperna avseende cannabisanvändning, alkoholkonsumtion, ångest, depression och motivation (se tabell 3 nedan).



**TABELL 2:** Jämförelse av demografiska karakteristika för behandling- och kontrollgrupp

	<b>Behandlingsgrupp (n=151)</b>	<b>Kontrollgrupp (n=152)</b>	<b>Test-värde</b>	<b>P-värde</b>
Kvinna (%)	37,7	27,6	$\chi_{(1)}=3,524$	0,60
Medelålder (standardavvikelse)	27,7 (7,8)	27,1 (6,5)	$t_{(301)}=-0,699$	0,485
<b>Civilstånd</b>				
Ensamstående (%)	58,9	53,9	$\chi_{(4)}=4,933$	0,296
Sambo (%)	22,5	28,9		
Gift/Partnerskap (%)	13,2	14,5		
Skild/Separerad (%)	5,3	2,0		
Änka/Änkling (%)	0	0,7		
<b>Försörjning genom</b>				
Arbete (%)	60,3	63,8	$\chi_{(7)}=6,662$	0,465
Studiemedel/Utbildningsbidrag (%)	19,2	15,1		
Pension (%)	0,7	0,7		
Sjukersättning/Aktivitetsersättning (%)	4,6	9,2		
Sjukpenning (%)	3,3	0,7		
A-kassa (%)	1,3	0,7		
Försörjningsstöd (%)	4,0	2,6		
Annat (%)	6,6	7,2		
<b>Högsta avslutade utbildning</b>				
Ej avslutat grundskola, folkskola eller motsvarande (%)	2,6	6,6	$\chi_{(4)}=5,437$	0,245
Grundskola/Folkskola (%)	17,9	16,4		
Gymnasium, fackskola, yrkesskola eller motsvarande (%)	57,6	59,2		
Universitet/Högskola (%)	18,5	17,1		
Annan utbildning (%)	3,3	0,7		
<b>Bostadssituation</b>				
Villa eller radhus (%)	7,9	11,2	$\chi_{(8)}=6,928$	0,544
Bostadsrättslägenhet (%)	15,2	16,4		
Hyreslägenhet, eget hyreskontrakt (%)	43,0	44,7		
Hyreslägenhet, andrahandskontrakt (%)	12,6	8,6		
Studentlägenhet (%)	5,3	3,3		
Hyresrum/Inneoende (%)	9,9	9,2		
Inackorderingsrum (%)	0,7	0,0		
Saknar bostad (%)	0,0	2,0		
Annat (%)	5,3	4,6		
<b>Levnadssituation</b>				
Ensam (%)	25,8	27,0	$\chi_{(6)}=5,399$	0,494
Med föräldrar (%)	15,2	14,5		
Med make/partner/sambo enbart (%)	12,6	20,4		
Med make/partner/sambo och barn (%)	9,9	9,9		
Med barn enbart (%)	2,6	1,3		
Förhållandena har skiftat (%)	28,5	24,3		
Annat (%)	5,3	2,6		
Har barn under 18 år (%)	80,0	92,9	$\chi_{(1)}=2,013$	0,156

**TABELL 3:** Jämförelse mellan behandlings- och kontrollgrupp av bedömningsinstrument

	<b>Behandlingsgrupp (n=151)</b>	<b>Kontrollgrupp (n=152)</b>	<b>Test-värde</b>	<b>P-värde</b>
<b>Användning/beroende</b>				
Använt cannabis varje vecka under de senaste 6 månaderna (%)	100,0	100,0		
Cannabissyndrom enligt DSM-5	100,0	100,0		
Antal beroendekriterier i genomsnitt (standardavvikelse)	7,9 (2,2)	8,2 (2,1)	$t_{(301)}=1,020$	0,308
Antal dagar med cannabisanvändning/ senaste veckan (standardavvikelse)	5,4 (2,0)	5,6 (1,9)	$t_{(301)}=0,941$	0,347
Gram cannabis i genomsnitt konsumerad under den senaste veckan* (standardavvikelse)	5,6 (4,5)	5,6 (4,1)	$t_{(294)}=-0,084$	0,933
CAST totalpoängen (standardavvikelse)	14,1 (4,3)	14,1 (4,3)	$t_{(301)}=0,039$	0,969
CAST > 5 (%)	98,7	98,0	$\chi_{(1)}=0,197$	0,657
Använt andra illegala droger (%)	85,4	84,9	$\chi_{(1)}=0,019$	0,891
Riskbruk av alkohol (%)	16,6	13,2	$\chi_{(1)}=0,692$	0,406
Genomsnittligt antal standardglas alkohol under den senaste veckan (standardavvikelse)	6,3 (8,0)	5,6 (8,1)	$t_{(301)}=-0,726$	0,468
<b>Sökt hjälp</b>				
Sökt hjälp/behandling för cannabisvanor	14,6	13,2	$\chi_{(1)}=0,126$	0,722
Pratat med en anhörig eller vän om att minska eller sluta med cannabisanvändning (%)	79,5	78,3	$\chi_{(1)}=0,063$	0,801
<b>Ångest och depression</b>				
Medelpoäng GAD-7 (standardavvikelse)	9,3 (5,5)	8,7 (5,3)	$t_{(301)}=-0,975$	0,331
Ångest enligt GAD-7 (%)	77,5	77,6	$\chi_{(1)}=0,001$	0,975
Medelpoäng MADRS (standardavvikelse)	21,6 (8,9)	20,9 (9,8)	$t_{(301)}=-0,646$	0,519
Depression enligt MADRS (%)	96,7	92,1	$\chi_{(1)}=3,005$	0,083
<b>Motivation</b>				
Motivation att förändra cannabisbruket (VAS: 0-100) (standardavvikelse)	73,5 (25,5)	74,2 (24,5)	$t_{(301)}=0,232$	0,816
VAS: 0-25 (%)	6,6	6,6	$\chi_{(3)}=7,667$	0,053
VAS: 26-50 (%)	13,2	9,2		
VAS: 51-75 (%)	19,9	33,6		
VAS 76-100 (%)	60,3	50,7		

\*6 exkluderade med avvikande värden  $gr > 25$

Det fanns vissa statistiska skillnader mellan de studiedeltagare som fullföljde 3-månadersuppföljningen (n=128) och de som inte deltog i uppföljningen (n=175). De studiedeltagare som inte fullföljde var något yngre, hade i mindre utsträckning avslutat universitet eller högskola och bodde i högre utsträckning med sina föräldrar. De rapporterade även i genomsnitt fler beroendekriterier, använde i genomsnitt mer cannabis per vecka, skattade högre på ångest och hade högre CAST-poäng (se tabell 4 nedan).

## NYTTJANDET AV BEHANDLINGSINNEHÅLLET

De som slumpades till behandlingsgruppen fick omedelbart tillgång till behandlingsinnehållet och erbjöds att via en kalender registrera vilka dagar de avstått eller använt cannabis. De erbjöds även 12 alternativa övningar/uppdrag (se tabell 5 nedan) samt möjlighet att skriva egna kommentarer och få återkoppling från behandlarna. Av de 12 uppdragen som ingick i behandlingserbjudandet genomförde behandlingsgruppen i genomsnitt 3.9 (sd=2.7). De genomförde även i genomsnitt 13.8 (sd=17.7) kalenderregistreringar och skrev i genomsnitt 6.5 (sd=8.0) kommentarer.

Nyttjandet av de 12 uppdragen som ingick i behandlingserbjudandet varierade vilket ovanstående tabell

**TABELL 5:** Nyttjandet av behandlingsutbudet i behandlingsgruppen

	Antal	Andel i procent
Psykoedukativ introduktion	137	90,7
Motivation	90	59,6
Målsättning (I)	78	51,7
Självkontroll	57	37,7
Målsättning (II)	28	18,5
Hantera sug	22	14,6
Förbättra sömn	22	14,6
Hantera tankar om cannabis	20	13,2
Hantera känslor om cannabis	17	11,3
Att tacka nej	15	9,9
Fråga efter hjälp	9	6,0
Förebygga återfall	6	4,0
Inventera risksituationer	1	0,7

visar. Vi valde därför att göra en per protokoll-analys (PP), dvs. enbart effektanalys på de personer som bedömdes ha deltagit i en rimligt omfattande behandlingssats. Att använda interventionen enligt protokollet definierades i denna analys att studiedel-

**TABELL 4:** Skillnader mellan de som har fullföljt respektive ej fullföljt 3-månadersuppföljning

	Deltagare (n=128)	Icke deltagare (n=175)	Test-värde	P-värde
Medelålder (standardavvikelse)	28,6 (7,5)	26,6 (6,9)	$t_{(301)}=-2,414$	0,016
<b>Högsta avslutade utbildning</b>				
Universitet/Högskola (%)	23,4	13,7		
<b>Levnadssituation</b>				
Med föräldrar (%)	7,8	20,0		
<b>Användning/beroende</b>				
Gram cannabis i genomsnitt konsumerad under den senaste veckan* (standardavvikelse)	5,0 (4,1)	6,1 (4,4)	$t_{(294)}=-2,030$	0,043
CAST totalpoängen (standardavvikelse)	13,1 (4,4)	14,8 (4,1)	$t_{(301)}=3,349$	0,001
Genomsnittlig antal beroendekriterier (standardavvikelse)	7,6 (2,2)	8,4 (2,0)	$t_{(300)}=3,599$	<0,001
<b>Ångest</b>				
Medelpoäng GAD-7 (standardavvikelse)	8,2 (5,4)	9,5 (5,4)	$t_{(301)}=2,106$	0,036

\*7 exkluderade som har extremvärden (outliers)  $gr>25$

tagaren antingen (I) genomförde minst tre uppdrag eller (II) gjorde minst två uppdrag och skrev minst tre egna kommentarer eller (III) gjorde minst ett uppdrag och skrev minst fem egna kommentarer. Merparten (86%, n=110) av de personer som deltog i uppföljningen hade genomfört interventionen enligt protokollet.

En per protokoll-analys visade att det primära utfallsmåttet, andelen som inte använde cannabis under den senaste veckan, var signifikant ( $p=0,022$ ) högre i behandlingsgruppen (35,3%) medan i kontrollgruppen var andelen (15,8%). Vidare hade behandlingsgruppen en mer makant (signifikant) minskning ( $p=0,001$ ) i antalet total poäng på CAST jämfört med kontrollgruppen. Även andelen beroendekriterier (DSM-5) hade minskat signifikant ( $p=0,020$ ) i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

I övrigt visar förändring över tid (baslinje jmf med uppföljning) en statistiskt signifikant förbättring av; dagar med cannabisanvändning senaste veckan, totalpoäng på KASAM (känslan av sammanhang), MADRS (depression) och GAD-7 (ångest) för båda grupper över tid men förbättringen var lika stor i behandlingsgruppen som i kontrollgruppen. Dock fanns ingen skillnad över tid i någon av grupperna vad gäller alkoholkonsumtion (se tabell 6 nedan)

När vi inkluderar alla som genomfört uppföljningen ( $n=128$ ), även de som genomfört enstaka uppdrag, återfanns även en statistiskt signifikant förbättring över tid för både interventionsgruppen och kontrollgruppen men ingen skillnad mellan grupperna. Fanns heller ingen skillnad mellan grupperna avseende andelar som under uppföljningstiden sökt hjälp för att förändra sin cannabisanvändning.

## Tre delundersökningar

Som nämnts inledningsvis har vi i denna rapport även valt att redovisa (I) behandlarerfarenheter, (II) möjligheten att kvalitetssäkra skriftlig rådgivning och (III) en preliminär analys från en fokusgruppsundersökning som handlade om behandlarerfarenheter av nätbaserad behandling. Samtliga dessa delundersökningar finns i sin helhet redovisade i bilagorna 1–3.

## Reflektioner av e-stöd via cannabis hjälpen utifrån ett rådgivarperspektiv (se bilaga 1)

*Bakgrund:* Mot bakgrund av att både kunskap och erfarenhet ur ett behandlarperspektiv vad gäller e-behandling (chatt, mail eller liknande) är begränsat valde vi att låta rådgivarna i denna studie föra dag-

**TABELL 6:** Förändringar över tid för de personer som bedömds ha använt intervention enligt protokollet.

	Interventionsgrupp (n=34)		Kontrollgrupp (n=76)	
	Medelvärde, baslinjen (sd)	Medelvärde, uppföljning (sd)	Medelvärde, baslinjen (sd)	Medelvärde, uppföljning sd)
Antalet dagar med cannabisanvändning, senaste veckan	5,1 (2,3)	2,4 (2,7)	5,4 (2,0)	3,7 (2,7)
Antal beroendekriterier	8,3 (2,0)	5,3 (2,8)	7,5 (2,1)	5,8 (2,6)
Gram cannabis, senaste veckan	4,6 (3,1)	1,9 (3,0)	5,3 (4,6)	3,5 (4,2)
Glas alkohol, senaste veckan	6,6 (8,6)	4,9 (5,3)	6,4 (8,8)	5,5 (9,5)
CAST totalpoängen	14,5 (4,2)	7,9 (5,8)	12,9 (4,4)	9,7 (5,2)
KASAM totalpoängen	48,4 (12,2)	54,5 (13,7)	50,9 (14,2)	54,7 (15,1)
MADRS totalpoängen	22,1 (8,5)	16,5 (11,1)	19,7 (9,4)	16,1 (10,8)
GAD7 totalpoängen	9,2 (5,9)	6,8 (5,8)	8,0 (5,1)	6,3 (5,4)

boksanteckningar. Båda behandlarna hade erfarenhet av att arbeta med haschavvänjningsprogrammet (HAP) på sedvanligt sätt på en mottagning. De hade även utbildning och klinisk erfarenhet av att arbeta med såväl motiverande samtalsmetodik (MI) som KBT-metoder som exempelvis återfallsprevention. Behandlarnas grundprofession är socionom respektive sjuksköterska. Båda hade sedan tidigare erfarenhet av att svara på frågor från cannabisanvändare via webbplatsen Cannabishjälpen.se. Behandlarna förde regelbundet och självständigt anteckningar om möjligheter och begränsningar i sin rådgivningsroll och de kommunicerade både med varandra och projektledningen under projekttiden. Deras erfarenheter och reflektioner redovisas i bilaga 1.

*Syftet* var att utifrån ett rådgivarperspektiv systematiskt dokumentera egna reflektioner över möjligheter och begränsningar med att genomföra skriftlig rådgivning. Erfarenhetssammanställningen är tänkt att vara till hjälp vid formulering av hypoteser för framtida forskning och metodutveckling.

*Resultat:* Behandlarna har valt att redovisa sina erfarenheter utifrån följande perspektiv; förberedelser inför uppgiften, rekrytering, tillgänglighet, kvalitets-säkring, för- och nackdelar för både användaren och behandlaren samt sammanfattning av möjligheter och hinder. Behandlarna beskrev att det var utmanande att använda sig av precisa formuleringar i kommunikationen med användarna. Det saknades t.ex. möjlighet att korrigera sitt budskap utifrån mottagarens (användarens) reaktioner så som man kan göra i sedvanliga behandlingssamtal. I bilagan redovisas fler reflektioner från behandlarna.

### **Tillämpning av Motiverande samtal i rådgivares skriftliga kommunikation (se bilaga 2).**

*Bakgrund:* Eftersom muntligt genomförda motiverande samtal (MI) både kan kvalitetssäkras och har ett gott forskningsstöd vid behandling och rådgivning av substansanvändning var det rimligt att pröva om kodning av en rådgivares skriftliga kommunikation var möjlig. Professionell kodning av MI vid muntlig kommunikation görs med Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) (2). I denna studie har vi använt den senaste versionen av MITI (version 4.2.1). Vid MI-handledning av de två behandlarna beaktades att det finns ett starkt forskningsstöd för att antalet MI-oförenliga yttranden är ett relevant mått i MITI som är relaterat till klientens prognos att förändra sig. Både handledning, kodning, analys och sammanställning av data genomfördes av psykolog och med dr. Lars Forsberg vid MIC Lab. se (bilaga 2).

*Syftet* var att undersöka om kodning, enligt MITI 4.2.1, av rådgivarens skriftliga kommunikation var möjlig. Ett sekundärt syfte var att undersöka om rådgivarnas skriftliga kommunikation ändrades efter handledning som baserades på kodning enligt MITI.

*Slutsatser:* Skriftlig kommunikation kan kodas enligt MITI 4.2.1, och kodning kan utgöra underlag för skriftlig och muntlig handledning av webbbehandlare. En försiktig slutsats är att MITI-kodning i kombination med handledning bedöms kunna påverka behandlarna att utföra mer MI-förenliga yttranden i sin skriftliga rådgivning.

### **Behandlares erfarenheter av att arbeta med nätbaserad behandling (se bilaga 3)**

*Bakgrund:* Motivet till fokusgruppsundersökningen var främst att undersöka behandlares erfarenheter av att arbeta med webbaserad behandling för problematisk alkohol- och cannabisanvändning och på vilket sätt den skriftliga rådgivningen och IT-tekniken påverkar behandlingen. I bilaga xx finns en sammanställning av de preliminära resultaten från de kvalitativa fokusgruppsintervjuerna som genomfördes under hösten 2017. Följande frågeställningar formulerades för studien: Vilka är skillnaderna mellan traditionella behandlingsmetoder och webbaserad behandling? På vilket sätt påverkar tekniken förutsättningarna och formen för behandling? Vilka styrkor och svårigheter ser behandlarna med webbaserade behandlingsmetoder? De två behandlarna från effektstudien medverkade i intervjugruppen tillsammans med tio andra behandlare som var eller hade varit verksamma inom just beroendebehandling via internet. Gemensamt för samtliga var att de hade arbetat med manualbaserade program som bygger på KBT-övningar med MI-inspirerade inslag. Veronica Ekström, fil. dr. i socialt arbete vid Ersta Sköndal Bräcke högskola är den som har genomfört och sammanställt det preliminära analyserna som redovisas i bilagan.

*Sammanfattning:* De preliminära reflektionerna visar bland annat att det finns skillnader mellan traditionell behandling och nätbaserad behandling. En skillnad som framkom är att den skriftliga formen i kombination med tidsförskjutningen verkade skapa utrymme för reflektion hos både behandlaren och användaren. En annan är att det blev ett ökat fokus på det konkreta behandlingssupdraget (se utförligare beskrivning i bilaga 3).

# DISKUSSION

En av de övergripande frågeställningarna var att undersöka om webbprogrammet lyckades nå en adekvat målgrupp. Gruppen som anmälde sitt intresse att delta i studien (n=854) rapporterade en regelbunden cannabisanvändning. De hade den senaste veckan i genomsnitt använt cannabis i 5,3 dagar (s=2,2) och nästan alla (93 %) uppgav att de använt cannabis varje vecka under de senaste sex månaderna. Flertalet (94 %) screenade positivt för cannabissyndrom och i genomsnitt bejakade gruppen 7 av 11 beroendekriterier enligt DSM-5.

Enligt manualen skattas att mer än 5 kriterier bedöms som svår. Intressant i detta sammanhang är även att majoriteten (72 %) skattade att de var motiverade till att minska sina cannabisvanor (>50-100 på motivationsskalan, VAS) och så stor andel som hälften (51 %) skattade hög motivation (76-100). Dessa resultat visar att de personer som valde att anmäla sig till studien använde cannabis regelbundet och var motiverade att förändra sina cannabisvanor. Demografiska data visar även att gruppen var hyggligt socialt etablerad. Majoritet uppgav att de försörjde sig via arbete och hade fullföljt gymnasium eller motsvarande utbildningsnivå som högsta utbildningsnivå.

Dock var det en stor grupp (65%, n=551) som valde att inte gå vidare från intresseanmälan till att genomföra en bedömning. Liknande tendenser har visat sig i webbaserade alkoholstudier (33, 34). När vi jämför gruppen som ej genomförde bedömningen med de som valde att genomföra den (n=303) så framkommer flera intressanta skillnader. De som valde att genomföra bedömningen var i genomsnitt äldre, använde cannabis oftare, uppfyllde högre antal beroendekriterier enligt DSM-5, screenade fler poäng på cannabissyndrom jämfört med dem som avstod och de var även mer motiverade att förändra sin cannabisanvändning. Dessa resultat indikerar på att de som attraherades att fullfölja bedömningen hade en något högre cannabisproblematik och var mer motiverade till förändring. En rimlig hypotes, även om vi utifrån denna studie inte har något entydigt svar, är att av de som valde att göra bedömningen hade möjligen fler upplevt negativa konsekvenser av sina cannabisvanor varför motivationen att ändra dem ökade. Dock är det en viktig utmaning för framtida studier att utröna vad som kan attrahera och motivera personer med cannabisproblem att ta steget från en intresseanmälan till att genomföra en bedömning.

Det är även lätt att bli nyfiken på vilken interventionseffekt en intresseanmälan, med en slags screening, kan ha på cannabisvanorna. Detta med tanke på att alkoholstudier visat att enbart ifyllandet av screenings- och bedömningsformulär som handlar om de egna alkoholvanorna kan ha effekt på konsumtionsvanorna (35, 36).

Aktivitetsgraden i webbprogrammet, det vill säga hur många uppdrag man genomförde och hur aktiv man var att nyttja möjligheten att skriva kommentarer till behandlarna, varierade. Mot den bakgrunden valdes en per protokoll-analys (PP), dvs. att analysera effekten på de personer som bedömdes ha genomfört en rimlig del av behandlingsinsatsen. Utfallet visade att behandlingsgruppen hade fler cannabisfri dagar den senaste veckan och minskning i antalet beroendekriterier jämfört med kontrollgruppen. Övriga utfallsvariabler (se tabell 6) visade på flera förändringar över tid. Tossman och medarbetare (2011) (20) och Rooke och kollegor (2013) (21) har redovisat liknande resultat. Det fanns statistiskt signifikant förbättring över tid i både behandlingsgruppen och kontrollgruppen, dock ingen skillnad mellan grupperna.

Intressant i detta sammanhang är att nämna studien av Schaub och kollegor (2015) (22) som utvärderade effekterna av ett självhjälpssystem i syfte att reducera cannabisanvändning. Grundprogrammet bestod av åtta moduler baserade på motiverande samtal (MI), självkontrollövningar och kognitiv beteendeterapi (KBT). Resultatet vid tremånadersupp-följningen visade att självhjälpgruppen som hade tillgång till chatt med behandlare reducerade antalet cannabisdagar jämfört med kontrollgruppen (väntelista).



Liknande resultat framkom i denna studie. Möjligen kan det vara så att en chatt-kontakt med en behandlare har betydelse för att uppnå en förändring av cannabisvanorna och det ökar följsamheten i programmet. Inom alkoholområdet finns det stöd för liknande resonemang (37, 38).

I denna studie, liksom i andra studier, har en central utmaning varit att få studiedeltagare att både kvarstanna i – och följa programmet (39). Möjligen är detta en ännu större utmaning i behandlingsstudier via webb i jämförelse med traditionell face-to-face behandling. I många webbstudier, liksom i denna, är studiedeltagarna anonyma och det går exempelvis inte att ringa upp för att fråga om de önskar fortsätta rådgivningen. En annan reflektion är att en påbörjad webbintervention kanske inte uppfattas vara ett lika påtagligt åtagande som om man söker hjälp på en mottagning. Liknande och fler reflektioner togs upp av behandlarna i denna studie (se bilaga 1).

Det finns flera brister och svagheter i den genomförda studien. En central brist är det betydande bortfallet (58 %) vid uppföljningen. I bortfallsanalysen återfanns skillnader mellan gruppen som deltog och de som avböjde. De som inte genomförde uppföljningen var något yngre, rapporterade fler beroendekriterier, använde mer cannabis per vecka och skattade högre på ångestskalan. En annan brist är att alla data som samlats in bygger på självrapportering varför risken för såväl under- som överrapportering bör beaktas. Möjligen skulle mer objektiva mått kunna användas i en framtid, exempelvis biologiska test som mäter intag av substans.

Slutligen vill vi nämna att resultatet tyder på att det tycks vara möjligt att MI-koda rådgivares skriftliga kommunikation. En försiktig slutsats är att MITI-kodning i kombination med handledning bedöms kunna påverka behandlarna att utföra mer MI-förenliga yttranden i sin skriftliga rådgivning (se bilaga 2). Detta öppnar upp för att kunna kvalitetssäkra delar av den skriftliga rådgivningen i framtida studier.



# REFERENSER

1. **McCambridge J, Day M, Thomas BA, Strang J.** Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addict Behav.* 2011;36(7):749-54.
2. **Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM.** The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, Preliminary Reliability and Validity. *J Subst Abuse Treat.* 2016;65:36-42.
3. **Nordegren T, Tunving K.** Hasch romantik och fakta. Borås: Prisma; 1984.
4. **Hermansson U, Allebeck P.** Cannabis, gammalt problem, men ny kunskap finns. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2007;84(1):3-5.
5. WHO. The health and social effects of nonmedical cannabis use. 2016. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/cannabis\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/)
6. EMCDDA. European Drug Report: Trends and Developments. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017. Report No.: ISSN 2314-9086.
7. CAN. Drogutvecklingen i Sverige 2017. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2017. Contract No.: CAN rapport 164.
8. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor. Webtabeller; Narkotikavanor, nationella resultat och tidsserier 2016.
9. CAN. Skolelevers drogvanor 2016.
10. **Ramstedt M, Sundin E, Landberg J, Raninen J.** ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen. Stockholm: Centrum för psykiatriforskning (CPF), Karolinska Institutet; 2014. Report No.: 55.
11. **Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF.** Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):566-76.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20778/2017-12-23.pdf>; Socialstyrelsen; 2017.
13. **Degenhardt L, Hall W, Lynskey M.** The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence.* 2001 64(3):319-27.
14. **Cunningham JA, Kypri K, McCambridge J.** Use of Emerging Technologies in Alcohol Treatment. *Alcohol Res Health.* 2011;33(4):320-6.
15. **Ritterband LM, Thorndike F.** Internet interventions or patient education web sites? *Journal of Medical Internet Research.* 2006;8(3).
16. **Findahl O.** Svenskarna och Internet 2016. Stockholm: Stiftelsen för Internetinfrastruktur; 2016.
17. Statens Folkhälsoinstitut. Resultatredovisning undersökning allmänhet – Attitydundersökning ANTD vår 2009. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
18. **Lee CM, Neighbors C, Kilmer JR, Larimer ME.** A Brief, Web-Based Personalized Feedback Selective Intervention for College Student Marijuana Use: A Randomized Clinical Trial. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2010;24(2):265-73.
19. **Budney AJ, Fearera S, Walker DD, Stangera C, Thostenson J, Grabinski M, et al.** An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011;115:74-9.
20. **Tossmann H-P, Jonas B, Tensil M-D, Lang P, Strüber E.** A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2011;14(11):673-9.
21. **Rooke S, Copeland J, Norberg M, Hine D, McCambridge J.** Effectiveness of a Self-Guided Web-Based Cannabis Treatment Program: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research.* 2013;15(2):e26).

22. **Schaub MP, Wenger A, Berg O, Beck T, Stark L, Buehler E, et al.** A Web-Based Self-Help Intervention With and Without Chat Counseling to Reduce Cannabis Use in Problematic Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2015;17(10):e232.
23. **Lundqvist T, Ericsson D.** Vägen ut ur haschmissbruket : en behandlingsmodell för öppenvård. Lund: Studentlitteratur; 1988.
24. **Lundqvist T.** Chronic cannabis use and the sense of coherence. *Life Sci*. 1995;56(23-24):2145-50.
25. **Norberg MM, Mackenzie J, Copeland J.** Quantifying cannabis use with the timeline follow-back approach: a psychometric evaluation. *Drug Alcohol Depend*. 2012;121(3):247-52.
26. **Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M.** Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*. 2007;12(4):233-42.
27. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014.
28. **Bertholet N, Cheng DM, Palfai TP, Samet JH, Saitz R.** Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addictive Behaviors*. 2009 34(8):636-40.
29. **Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA.** The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Projekt (ACQUIP). *Arch Intern Med*. 1998;158:1789-95.
30. **Fantino B, Moore N.** The self-reported Montgomery-Asberg Depression Rating Scale is a useful evaluative tool in Major Depressive Disorder. *BMC Psychiatry*. 2009 27(9:26).
31. **Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B.** A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 22;166(10):1092-7.
32. **Eriksson M, Lindstrom B.** Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-6.
33. **Johansson M, Sinadinovic K, Hammarberg A, Sundstrom C, Hermansson U, Andreasson S, et al.** Web-Based Self-Help for Problematic Alcohol Use: a Large Naturalistic Study. *Int J Behav Med*. 2017;24(5):749-59.
34. **Sinadinovic K, Wennberg P, Johansson M, Berman AH.** Targeting individuals with problematic alcohol use via Web-based cognitive-behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial. *Eur Addict Res*. 2014;20(6):305-18.
35. **McCambridge J, Day M.** Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction*. 2008;103(2):241-8.
36. **Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML.** Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addiction*. 2007;102(1):62-70.
37. **Blankers M, Koeter MW, Schippers GM.** Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(3):330-41.
38. **Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H, Cunningham J, Clarke S, Wiers R, et al.** Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(6):e99912.
39. **Murray E, White IR, Varagunam M, Godfrey C, Khadjesari Z, McCambridge J.** Attrition revisited: adherence and retention in a web-based alcohol trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(8):e162.

# BILAGOR

## Innehåll bilagor

### ***Bilaga 1***

Reflektioner av e-stöd via cannabishjälpen utifrån ett rådgivarperspektiv **26**

### ***Bilaga 2***

Tillämpning av Motiverande samtal i rådgivares skriftliga kommunikation **37**

### ***Bilaga 3***

Beroenderelaterad behandling på internet.

Behandlares erfarenheter av att arbeta med nätbaserad behandling **45**

# REFLEKTIONER AV E-STÖD VIA CANNABISHJÄLPEN UTIFRÅN ETT RÅDGIVARPERSPEKTIV

*Stockholm 2018-01-22*

**Jenny Alpsjö och Agneta Björck**

*rådgivare på Cannabishjälpen*

# Innehållsförteckning

Vilka är vi?	3
Förberedelser och inledande funderingar	3
Rekrytering	4
Tillgänglighet	4
Kvalitetssäkring	4
Fördelar för användare och rådgivare	5
Begränsningar för användare och rådgivare	6
Metodreflektioner	7
Våra erfarenheter och utmaningar	9
Några exempel och reflektioner på fiktiva användare	9
Framtidstankar om e-rådgivning	11

## Vilka är vi?

I studien har vi varit två e-behandlare med lång erfarenhet av att arbeta med hasch-avvänjningsprogrammet (HAP) på mottagning och även att utbilda andra att använda metoden. HAP är ett manualbaserat program vid cannabisavvänjning som följer faserna i den förlängda abstinensen från cannabis.

Vi har olika professioner, socionom respektive sjuksköterska, vilket kan vara en fördel då det ger en bredd i kunskap och erfarenhet. Innan studien startade hade vi en funktion på Cannabishjälpens hemsida där vi svarade på inskickade frågor om att sluta röka, abstinens, funderingar om påverkan och funktion. Detta gav oss en start i hur vi formulerade svaren.

Förutom detta har vi dessutom goda kunskaper i MI (motiverande samtal) samt KBT (kognitiv beteendeterapi), vilket också var ett krav på tjänsterna som e-rådgivarna i studien.

## Förberedelser och inledande funderingar

Det låg inledningsvis en stor utmaning i hur man skulle göra om face-to-face behandling till ett e-baserat program. Även om HAP är ett manualbaserat program med en hög grad av struktur så finns det som alltid en flexibilitet i hur man anpassar programmet efter den situation som personen framför en faktiskt befinner sig i. Vi fick hantera ett annat sätt att tänka där innehåll anpassas efter vilken fas klienten/patienten befinner sig i. Användaren skulle själv uppge om hen hade rökt cannabis sedan förra inloggningen eller inte och utifrån det få tillgång till modulerna.

I start av ett program på mottagning finns en viktig del som handlar om psykoedukation och vi fick fundera kring hur den ska anpassas efter e-rådgivning och inte bli för mycket information. I ett program på mottagningen ber vi om tillstånd att berätta om erfarenheter från tidigare klienter och egna reflektioner för att öka igenkänning och kunna se var deltagarnas negativa konsekvenser finns. För att anpassa rådgivning till individen, i e-programmet får vi utgå från de svar deltagarna ger i bedömning och uppdrag för att uppnå samma funktion. Vi diskuterade också en del frågor kopplade till hur mycket och vilket material som skulle tas in från liknande e-program riktade till alkoholanvändare.

En annan fråga som var aktuell var hur aktiva och styrande vi som rådgivare skulle vara, i relation till det statiska innehållet. Skulle vi vara proaktiva och sträva mot en skrivkontakt eller skulle vi mer finnas till hands vid uttalat behov och istället försöka hänvisa till en större användning av modulerna/uppdragen i programmet?

Det var av vikt att få användarna att fortsätta jobba med programmet förstås, både för att en hög grad av följsamhet kan vara till hjälp för dem i sin förändring, men också ur forskningssynpunkt. Vi funderade en del på det här med att påminna och återkomma till de användare som hade varit inaktiva en period – hur aktiva skulle vi vara för att hålla balansen mellan att vara en engagerad behandlare och att respektera den integritet och autonomi som kan vara särskilt noga att ta hänsyn till i just ett sådant här sammanhang? Vi provade oss fram och landade i att vi oftast gick tillbaka och påminde eller hörde av oss ett par gånger innan vi släppte de användare som av okända anledningar inte önskade fortsätta i programmet.

## Rekrytering

En stor fråga inledningsvis var rekryteringen till programmet. Vi rådgivare fick vara delaktiga i diskussioner kring vilka kanaler som var lämpliga att använda sig av, utformning av informationsmaterial och i att sprida såväl muntlig som skriftlig information om programmets existens. Det handlade om allt ifrån att maila ansvariga för olika hemsidor som den tänkta målgruppen skulle kunna vara i kontakt med, till att informera om vår del i programmet vid utbildningar och den nationella cannabiskonferensen.

## Tillgänglighet

Vi pratade mycket om hur programmet skulle passa målgruppen på bästa sätt. En viktig faktor var förstås tillgängligheten. Ett e-baserat program måste ge en stor tillgänglighet. Vår tanke vara att det företrädesvis kunde handla om användare som var vana vid att använda datorn för att söka information och även service av olika slag och som skulle kräva en snabb feed-back för att fortsätta hålla uppe intresset för kontakten. Vi satte en riktlinje att alltid ge ett första hälsningsmeddelande till nya användare inom ett par dygn efter att vi fått registreringen, i de flesta fall har det gått snabbare än så. För att möjliggöra en snabb första kontakt ordnades också en teknisk lösning där vi rådgivare fick en avisering via mail så snart någon ny användare loggat in och gjort de inledande registreringarna. Vi beslutade att läsa in vissa delar av uppdrag för att underlätta för deltagare med svårigheter att läsa.

## Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkringen av programmet var också en fråga som diskuterades inledningsvis och där vi fick vara med och tycka till. Självklart fanns risk – precis som i ”vanlig” behandling – att deltagarna får olika bemötande/feedback beroende på vilken rådgivare de blir koppelade till. Här ville vi säkerställa ett kongruent förhållningssätt.

Efter gemensam diskussion i projektgruppen valdes att kodning enligt MI, motiverande samtal, var förenligt med intentionerna i programmet. Syftet var både för att se hur det kunde vara användbart i den här typen av interventioner men också som ett sätt att ge chans till feedback och gemensam metoddiskussion med oss rådgivare tillsammans.

För oss som rådgivare kändes det skönt att veta att någon annan ser och har insyn i vårt arbete och hur vi skriver. Det kan skapas en slags illusion om att rådgivarkontakten annars blir lite ”privat” som en brevvän, det är ju inte tanken här. Det vi gör behöver vara synligt för andra för kvalitetssäkring och rättssäkerhet.

Lars Forsberg vid [www.MIC.Lab.se](http://www.MIC.Lab.se) anlätades för uppdraget utifrån sin omfattande kompetens och erfarenhet inom området. Förutom den skriftliga kodningen som gjorts av våra längre rådgivarkontakter så har vi även fått muntlig återkoppling av kodningen vid tre tillfällen hösten 16–våren 17. I återkopplingarna har vi pratat mycket om att stärka autonomi men även samarbete, att be om lov innan vi ger information eller delger vår synpunkt, vad vi valt att lyfta för att stärka förändringsinriktade uttalanden, hur vi gör komplexa reflektioner för att stärka motivation till förändring osv – viktig och meningsfull feedback som vi direkt kunde omsätta i arbetet. Vi båda bedömer att vi haft stor nytta av både återkopplingen och handledningen från kodningslab i vår ambition att bli bättre e-rådgivare.



## Fördelar för användare och rådgivare

### *Tillgänglighet*

En självklar tänkt fördel för användarna av programmet är förstås möjligheterna i att använda programmet efter eget behov och när man så önskar. De kan både registrera sig och börja använda programmet precis var och när de själva vill, och de kan också välja att sluta logga in eller använda sig av programmet precis när de så önskar.

Att vi som rådgivare har arbetat med programmet under väldigt flexibla förhållanden har varit en fördel för användarna, vi har ibland kunnat svara på meddelanden under sena kvällar eller helger vilket gett en större tillgänglighet. Det finns dock viss variation i hur snabbt man svarar – ibland nästan i realtid till att det kan gå några dagar tills användaren får feedback/svar. Att kunna arbeta hemifrån, på resande fot och vilken tid på dygnet som helst har också varit en fördel för oss som rådgivare som även har andra uppdrag och åtaganden.

### *Anonymitet*

Användarna är anonyma och vet att vi inte har några befogenheter eller möjligheter att tex koppla in andra myndigheter om vi skulle se behov därav. Vår upplevelse är också att programmet har lyckats nå en del användare som annars inte hade tagit kontakt med vanliga vårdinstanser, vissa av dem har också själva uttryckt det i kontakten. Det har rört sig om personer som tex. haft sådan typ av arbete som kunnat riskerats om deras cannabisanvändning blivit känd för arbetsgivaren, personer som varit rädda att bli av med en redan fungerande läkarkontakt om cannabisanvändningen nämnts och även depressiva personer (där cannabisen kan ha spelat en roll) som inte velat söka vård.

### *Frihet*

Det har även funnits en frihet hos vissa användare att formulera sig ärligt om t.ex. sin rädsla för att släppa cannabisen men även andra svåra frågor såsom suicidtankar, förakt mot omvärlden osv. där man kanske inte kunnat hitta ett annat forum för sina tankar och funderingar. Vi rådgivare har i vissa fall efter att ha fått ökad kunskap om behov hos användaren kunnat rekommendera behandling, stöd, utredning inom befintliga vård- och stödinstanser.

### *Autonomi*

Utifrån att just användarnas självständighet har varit en så central utgångspunkt i programmet har begreppet Autonomi varit viktig i den MI-återkoppling som vi fått ta del av. Mellan oss två rådgivare men även tillsammans med MIC Lab har vi fortlöpande diskuterat hur man med olika tekniker i skrift kan förstärka autonomi ytterligare. Det har t.ex. handlat om att lyfta de kompetenser som personen uppvisar, att ofta påminna om hur personen själv väljer vad i våra kommentarer de vill ta till sig eller vad som passar dem, att ställa öppna frågor i syfte att utforska vidare just den unika personens erfarenheter och möjligheter.

### *Eftertanke och reflektion*

Att få formulera sig i skrift ger andra möjligheter än det talade ordet. Det ger en chans till eftertanke och reflektion när man formulerar sig, både för användarna av programmet men också för oss som rådgivare. Man kan, särskilt när användaren ger uttryck för mer känsloladdade frågor, ge texten en chans att mogna innan återkopplingen skickas. Kanske vill jag som rådgivare revidera och formulera om min återkoppling? Jag får som behandlare även en möjlighet att fundera lite extra på hur just det här sättet jag uttryckt mig kan tänkas landa hos mottagaren. I våra vanliga behandlingssamtal går det fortare, uttrycken blir ibland mindre exakta och inte lika övertänkta. I forumet med webbintervention är texten kvar, det är något som användaren kan gå tillbaka till och läsa flera gånger varför den inte bör ge utrymme för olika tolkningar. Det gäller att skriva så precist som möjligt, att fånga upp det viktigaste att ge feedback kring och försöka undvika missförstånd. En fördel att skriva är också att vårt tonfall och kroppsspråk inte påverkar konversationen.

Vi vet att vi inte alltid har samma chans att i efterhand rätta till, förtydliga eller komma vidare i ett samtal, såsom man ändå kan ha i ett vanligt behandlingssamtal där man kan fånga upp kroppsspråk och känslouttryck direkt i rummet. När texten är skriven finns också möjligheter till att spara konversationen som ett dokument att gå tillbaka till vid senare tillfällen. En del användare som varit aktiva i kontakten med oss har vi uppmanat att spara ner konversationen, just för att kunna gå tillbaka till och se sin egen process. Kanske kan den vara till hjälp i att se sina mönster även senare, med lite tidsperspektiv.

## **Begränsningar för användare och rådgivare**

### *Att möta någon i rummet*

Baksidan av den större autonomin och anonymiteten är förstås att vi som rådgivare saknar en hel del viktig information om de vi möter. Tillgänglig information är begränsad till vad användarna skriver eller fyller i inom ramen för bedömningsinstrumenten. Å ena sidan ger det oss ett ganska omfattande inledande material om deras bakgrundsfakta (kön, ålder, sysselsättning, relationsstatus osv), cannabisanvändning, eventuella negativa konsekvenser av detta och även uppgifter om psykisk hälsa. I vissa fall är faktiskt mängden bakgrundsinformation större än vad vi normalt har i kliniska kontakter. Samtidigt har vi vid e-rådgivning inte tillgång till all den information som kommer från att möta en person i rummet såsom kroppsspråket, samtalston, dialekt, utseende, stil.

När vi möter någon i behandlingsrummet kan vi direkt få en bild av personens sinnesstämning, om den är mottaglig för tydliga besked eller lättsam skämtsamhet, se om den är akut påverkad av droger osv. Här går allt detta förlorat. Det ställs andra krav på oss som behandlare att sortera ut det viktiga och formulera oss korrekt utan att bli alltför opersonliga. Det gäller att noga läsa det användaren skriver i uppdragen och i vår kommentarstråd för att vaska fram specifika detaljer om vem personen är, vad som är viktiga motivationsfaktorer för just denne och sedan koncentrera sin feedback kring dessa. Ett exempel kan vara en användare som återkommande i flera uppdrag nämner saknad efter en namngiven person. Där kan vi i vårt svar bekräfta att detta tycks viktigt för användaren, vi kan resonera om sorg och saknad som påfrestande känslor som cannabisen kanske tidigare dämpat men vara noga med att använda formuleringar såsom ”jag får intrycket att...”, ”av det du skriver förstår jag det som...”, ”det är vanligt att...” osv. Det blir viktigt att alltid också ställa en fråga om huruvida det stämmer för mottagaren, om vi har förstått denne rätt. Utrymmet för feltolkningar och missförstånd är större vid e-rådgivning då vi inte kan se den omedelbara responsen hos mottagaren på det vi säger/skriver.

Vi behöver hela tiden vara väl medvetna om detta.

### *Avbrott*

Det är en stor del av användarna som slutar vara aktiva i programmet. Några skriver någon rad om att de inte finner det hjälpsamt eller att de sökt annan typ av hjälp, men oftast vet vi inte vad som varit anledningen till att de väljer att inte fortsätta kontakten. Anledningarna kan vi bara spekulera om i dessa fall. Hade det varit en behandlingskontakt på mottagning så hade man kunnat försöka få tag på personen för uppföljning eller åtminstone kanske haft en tydligare hypotes om vad som inte passat personen.

### *Hänvisning*

Eftersom vi saknar bakgrundsuppgifter om var i landet (eller i vissa fall faktiskt grannland) våra användare bor, så har vi inte kunnat hänvisa direkt till annan adekvat hjälp när det har varit påkallat. Det har funnits tillfällen då en person beskrivit suicid-tankar eller en allvarligare missbruksproblematik som vi skulle vilja fångades upp av vårdinstanser. Det vi har fått göra i de fallen har begränsats till att fråga om aktuell hemvist och/eller ge allmänna hänvisningar om vilken typ av hjälp vi bedömer skulle kunna vara aktuell.

## **Metodreflektioner**

Frågorna vi hade inledningsvis kring hur trogen man som rådgivare bör vara det ursprungliga HAP-programmet och i vilken utsträckning vi som e-rådgivare involverar motivationsteknik har varit en process för oss under projektets gång. Självklart har vi behandlare växlat fokus utifrån klientens förändringsprocess. Tyngdpunkten kan dock generellt sägas ha förskjutits från HAP mot MI-hållet av flera skäl;

- Det har visat sig att många av användarna i programmet faktiskt inte riktigt har bestämt sig för att sluta röka cannabis ännu. Utifrån att vi märkt hur stor andel av användarna som är ambivalenta inför att sluta har vi fått nya idéer om hur man skulle kunna utveckla programmet för att ge ett större utbud av ingångar.
- Merparten av vår återkoppling (kommentarskontakten) har haft fokus på att vara motivationshöjande. Däremot har vi – såsom vi också görs i motivationsarbete med cannabisrökare med personligt möte – tagit in en del psykoedukation kring cannabis från HAP när vi sett att det kan ha en motivationshöjande effekt.
- Det är många användare som inte har fortsatt framåt i programmets moduler där de också får tillgång till nya delar hämtade ur HAP. De har sällan haft så lång drogfri tid under programmets gång att det skulle vara aktuellt att använda tekniker/metoder ur HAP:ens senare faser, utan det material vi använt ur HAP har även av detta skäl främst varit det som finns under fas 1.
- Sist men inte minst har förskjutningen i metodfokus också handlat om att vi har haft stöd med MI-kodning av Lars Forsberg på MIC Lab. Det har riktat vårt metodfokus mot vilka MI-tekniker och centrala utgångspunkter inom MI som vi kan utveckla och använda oss mer av.

## Våra erfarenheter och utmaningar

Det har varit spännande att jobba med **precisa formuleringar**, man tvingas tänka igenom noga hur det man skriver kan tänkas landa hos mottagaren, trots att man har begränsad kunskap om denne. Man saknar möjligheten att kunna korrigerera sig utifrån mottagarens reaktion såsom man gör i vanliga behandlingssamtal. Det här är helt klart en annan typ av hantverk än det vi till vardags är vana att använda och det har varit utvecklande att hitta sin ton och behandlarstil i e-rådgivningen utan att göra den alltför personlig.

När det gäller utförandet av rådgivning har det varit ett individanpassat arbetssätt, att möta varje användare utifrån språk, akuta svårigheter, tilltalssätt, snabbhet i respons, ställda frågor eller i vissa fall ge information. Flera användare har deltagit i programmet under lång tid och även bett om tillstånd att få fortsätta för att de uppnått ett beslut under tiden i motivationsfas. Val av **rådgivarstil** har varit på deltagarnas villkor för att underlätta samarbete. Vi har vid flera tillfällen diskuterat längd på svar och kommit fram till att de anpassas i möjligaste mån till den längd och språk deltagaren använder. Vi har också upplevt att det skrivna ordet kan framföra känslor, stämninglägen och att det går att dela humor och livshändelser i skrift. Flera delar av rådgivningen har varit mycket positiva överraskningar ur relationsbyggande synvinkel, mod att berätta, förändringar som vi fått följa.

En del av de svårigheter som vi har tampats med i rollen som rådgivare har handlat om att det faktiskt inte finns några säkra färdiga svar på hur man ska bedriva den här typen av arbete. Vi har fått resonera och prova oss fram till sätt som fungerar för oss och som går i linje med såväl etiska överväganden som behandlingsmetoder vi normalt använder som behandlare.

Ibland har det funnits en nyfikenhet att få veta mer om användarna som man får lägga band på – det är viktigt att hela tiden påminna om att de bara delar med sig av det de själva önskar och att de kan ta till sig precis bara det de själva känner är användbart. Vi tänker att just **autonomi och självständighet** är ännu mer viktiga i den här typen av program än i traditionell behandlingskontakt och att det perspektivet behöver hållas levande.

Att vi arbetat i ett nytt och e-baserat program har också inneburit en del tekniska svårigheter. I vissa frågor har vi fått hjälp av forskaren och tillika tekniskt kunnige Magnus Johansson som utifrån sin unika kompetens har anpassat och förklarat efter bästa förmåga. Ibland har det handlat om att hitta nya tekniska lösningar för att underlätta vårt arbete – tex att lägga in automatiska mail så att vi snabbt ska se att en ny användare har kommit in i programmet, eller att anpassa hur kommentarerna syns i en följd på användarens sida istället för under varje enskilt uppdrag. I vissa frågor har det trots allt funnits en fortsatt osäkerhet om alla användare har fått samtliga meddelanden från rådgivare, vilket har känts olustigt. Vi tänker att det är en fördel om man som rådgivare i e-baserade program har en relativt god vana att använda tekniken, men även att man nog behöver räkna med att det kan behövas tillgång till teknisk support vid behov.

Även i kontakt med MIC Lab har det funnits en del mer tekniska metoddiskussioner kring hur man på bästa sätt kan sammanställa material från konversationerna med användarna för MI-kodning. I vissa delar finns en del kvar att utveckla vad gäller översiktlighet och användarvänlighet i programmet – för såväl användarna som de som framöver ska arbeta i det som rådgivare.

## Några exempel och reflektioner på fiktiva användare

En ung person med dåligt psykiskt mående - har samtidigt vårdkontakt med ej vågat vara ärlig om sin cannabisanvändning och eventuella andra droger. Våldigt ambitiös i att fylla i uppdragen ordentligt och är positivt överraskad över feedback

från rådgivare, berättar att det är värdefullt att bli speglad. Tycks ha ett stort **berättarbehov**, vill förmedla hur hen har det och vad som är svårt och cannabisen är bara en liten del i det. Försvinner efter en kortare tids kontakt.....

Vi har haft flera användare i programmet som har varit väldigt uppgivna, nedstämda och även suicidnära. Tänker att den här typen av kontakt kan vara lockande just för att de vet att vi inte kan ingripa eller göra så mycket åt det mer än att **fånga upp, bekräfta, försöka förmedla hopp och motivera till vårdkontakt**. Det kan leda till en större frihet att berätta ärligt och på egna villkor. Ibland har vi som rådgivare förvånats över vilka fina konversationer vi kunnat få till. Det tycks i vissa fall ha fyllt en funktion i att pröva vilken spegling som man får om man blottar det mest förbjudna eller obegripliga. Finns det någon där som vill eller kan förstå? Någon användare har skickat länkar med videomaterial för att bättre kunna förmedla hur hen känner sig i sitt sammanhang. Någon har skickat länkar till artiklar för att få feedback på hur jag som behandlare tänker om dessa. Det kan ses som försök till kontakt och relation av personer som själva tycker att de har svårigheter med just detta. Här finns plötsligt ett ofarligt och lättillgängligt forum för att försöka nå fram. Relativt snabbt kan man komma till en kärna som har handlat om stora **existentiella frågor** – meningen med att leva, vad som är ett gott liv, döden som möjlig utväg, tankar om otillräcklighet och oförmågor och ensamhet. Dessa konversationer har för oss rådgivare upplevts som ett stort förtroende och ett stort ansvar.

Person i 25 årsåldern som beskriver ett långt utanförskap och en långvarig psykisk ohälsa som hen inte vågat söka hjälp för. Cannabis har varit kryckan som nu börjar upplevas mera som hinder än stöd. Rådgivningen har haft ett tydligt fokus att **öka tilltro till professionell hjälp** via psykiatri/beroendevård för att se samsjuklighet. Att bekräfta autonomi och få

utrymme att ventilera motstånd och rädslor för att sedan våga söka hjälp på en mottagning. I samtal med rådgivare reflektera och släppa rädslor och ta stöd i verkligheten. När bedömning gjorts återkom hen för att ta hjälp av programmet att sluta röka cannabis för att sedan gå i beroendebehandling för att utforska hur hen ville leva sitt liv.

E-rådgivning i kombination med vård/behandling på mottagning kan ge en ökad styrka då flera och komplexa behov kan tillgodoseas. Att ha ett stöd i en process mot att våga ta fortsatt hjälp och få vrida på de egna rädslor som finns inför detta med oss rådgivare har varit en del i flera av användarnas behov. Flexibilitet som rådgivare och att inte själv fastna i att vilja mer än användaren är en viktig komponent som behöver lyftas som egenskap i behandlarrollen. **Kunskap om samsjuklighet och cannabis funktioner** kan vara ett område att fortsätta utveckla då detta med att skriva kan öka tillgänglighet för just denna grupp.

Person i 30-årsåldern som "fastnat" i cannabisberoende, ett destruktivt mönster av isolering och depression, ställt sig utanför samhället och har väldigt låg tilltro till att professionellt stöd kan vara till hjälp. Blir en lång lång konversation som till stor del syftar till att **ingjuta hopp** om att förändring är möjligt, att utforska hens mål och mening med livet och motivera till att försöka ge det en chans med cannabisfrihet för att utvärdera eventuell skillnad. Vill ibland diskutera lagstiftning,

stigmatisering och skickar länkar, vill utbyta tankar. Har tipsat användaren om att spara ner vår konversation för att kunna titta tillbaka på den senare med distans. Hen ges möjlighet att testa tankar och idéer och uttrycka sig ärligt, till viss del för att testa vilken feedback hen får. Hen är väldigt tydlig med när det jag skriver inte alls passar. Hen använder inte de statiska delarna i programmet, utan fokuserar på vår konversation.

Sätter fingret på vilken stor del av arbetet i programmet som faktiskt handlat om **motivationsarbete** inför en beteendeförändring. Långt ifrån alla användare i programmet har varit inställda på att sluta röka cannabis när de registrerar sig. Det har – precis som i vanligt behandlingsarbete – varit en lång tid av ambivalens och förberedelser för flera. Det har trots allt varit flera som har hängt kvar även i denna fas av förändringsprocessen och vi vill gärna tro att vi har fyllt en funktion i att grunda och fördjupa deras beslut framåt, oavsett vilket det blivit. Flera har gått in i programmet med en tro om att de kommer att mötas med dömande attityd kring deras cannabisanvändande och har uttryckt en positiv förvåning av att så inte har skett.

Yngre medelålders person som har en ordnad social situation med bra arbete som inte vågar söka hjälp inom vanliga vården, av rädsla för att det skulle äventyra karriären. Använder cannabis som ett sätt att "lätta på trycket" och koppla av från höga prestationskrav. Har en del frågor kring t.ex. hur man kan berätta för an-

höriga och vill veta mer om vad som är att betrakta som vanliga symptom under avvänjning från cannabis. Använder sig av programmets alla delar, fattar ett beslut att sluta röka cannabis, är målmedveten och fokuserad och uppger sedan att hen har lyckats bra med sin förändring och har upplevt direkta vinster av det.

Eftersom det här är en typ av användare som från början är mycket motiverad till förändring kan vi som rådgivare direkt gå in och stötta i att hitta strategier för hur det ska gå till. En stor del av arbetet blir också att **normalisera** den process och de känslor som personen upplever under avvänjningen och koppla ihop dessa med cannabisens effekter. Förhoppningsvis får användaren med sig såväl nya kunskaper som nya verktyg, men också en stor portion bekräftelse och tillit till sig själv i att hitta nya sätt att hantera de situationer och känslor där cannabisen tidigare har fyllt en funktion. Till viss del är denna målgrupp ny (åtminstone för mig som vanligtvis arbetar inom socialtjänstens öppenvård) i och med den i övrigt välordnade sociala situationen. Här finns också exempel på hur vi kunnat **gestöd i relation till anhöriga** i och med att de, genom användarens egen försorg, kunnat hitta information riktad till anhöriga på samma hemsida (Cannabishjälpen.se) och att de tillsammans har kunnat ha ett samtal om personens cannabisanvändning både utifrån den information de fått där och utifrån att de kunnat ta del av innehåll i behandlingsprogrammet.

## Framtidstankar om e-rådgivning

Den tid vi lever i och de tekniska möjligheter som finns styr oss mot att söka information, umgås, roa oss och även att söka hjälp på nätet. En del av de användare vi har haft i programmet är relativt unga människor som har en stor vana och bekvämlighet i att använda internettjänster. För att ett e-behandlingsprogram ska attrahera dem så tänker vi att det krävs att programmet innehåller snabb feedback (både den inbyggda i själva programmet men också från rådgivaren) och roligare grafik än nuvarande program.

Det finns stor potential att göra ett mer färgglatt, tilltalande program med tex influenser av spelmiljöer, direkt återkoppling som är rörlig, mer ljud och filmmaterial osv. Vi har också haft vissa idéer redan under detta projekt kring att tex skapa avatarer av oss rådgivare samt använda emojis mm. i text, men dessa idéer har inte omsatts i praktiken. Man kan också tänka sig en chattfunktion där samtal kan pågå i realtid för att kunna medverka ännu mera interaktivt i processen.

Utifrån vad vi sett om att användarna befinner sig i olika skeden av sin förändringsprocess väcks idéer om ett mer differentierat och interaktivt program med flera ingångar utifrån var i en förändringsprocess användaren befinner sig.



# Tillämpning av Motiverande samtal i rådgivares skriftliga kommunikation

Datum:

2018-01-06

Beskrivning:

Analys av rådgivares tillämpning av motiverande samtal i det internetbaserade behandlingsprogrammet på Cannabishjälpen.

---

Lars Forsberg,  
Med dr/Ph D, leg. psykolog, psykoterapeut,  
Specialist i klinisk psykologi  
MIC Lab

© MIC Lab AB 2017

## Bakgrund

Forskning har visat att Motiverande samtal (Motivational Interviewing; MI) har kunnat hjälpa klienter att sluta använda skadliga substanser, exempelvis att sluta röka cannabis (Miller & Rollnick, 2013; McCambridge, 2011).

MI är en väl definierad metod där specifika MI-variabler har samband med klienters beteende efter en MI-intervention (Magill, Apodaca, Borsari, et al. 2017; Moyers & Miller, 2013; Miller & Rose, 2009). Forskningen om MI-variablers relevans har möjliggjort professionell kodning av MI, som vuxit fram som ett behov inte bara vid forskning om MI utan även vid kvalitetssäkring av metoden i hälso- & sjukvård (Forsberg, Brandell Eklund, Lindroos, Damström Thakker, 2016) samt för att få tillförlitlig feedback på sina prestationer vid utbildning i MI (Beckman, Forsberg, Lindqvist, Diez, Enö Persson, Ghaderi, 2017).

Professionell kodning (kvalitetssäkring) av MI görs med Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) (Moyers, Rowell, Manuel, Ernst, Houck, 2016). Den första versionen av MITI publicerades 2003 och studier om MI har steg för steg lett till att bedömningsinstrumentet förbättrats. Den senaste versionen är MITI 4.2.1.

I MITI 4.2.1 kodar kodaren 14 variabler. Fyra variabler utgörs av övergripande skattningar av kodarens helhetsintryck av samtalet. Tio variabler är frekvensräkning av specifika verbala beteenden. För att kunna bedöma ett samtal reliabelt enligt MITI lyssnar professionella kodare på 20 minuter av samtalet. Dock kan tillförlitlig kodning göras på så kort avsnitt som 10 minuter.

Mot bakgrund av att MI har starkt forskningsstöd vid substansmissbruk och att metoden kan kvalitetssäkras prövades i föreliggande pilotstudie om kodning av en rådgivares skriftliga kommunikation kan göras med MITI och vara meningsfull.

Uppenbarligen är en skriftlig kommunikation inte samma sak som att lyssna på ett samtal. Kodning av samtal enligt MITI-manualen ska beakta rådgivares tonfall, tempo i talet, pausering och tonhöjd. I skriftliga kommunikation saknas dessa data. En annan skillnad mellan skriftlig kommunikation och att koda ett samtal, som lyssnas på, är kommunikationens utsträckning i tid. Skriftliga kommunikation kan vara en textsida men den kan även vara 35 sidor lång och den kan sträcka sig över många veckor jämfört med ett samtal som varar i 20 minuter.

Mig veterligen finns ännu ingen forskning om och inga riktlinjer för hur skriftlig kommunikation ska koda enligt MITI 4.2. I föreliggande pilotstudie begränsas kodning av skriftlig kommunikation till att bara omfatta beteendeskattningar. Beteendeskattning är mer specifikt definierat i MITI och därmed lättare att koda reliabelt i jämförelse med de fyra övergripande variablerna som skattas på en 5-stegs skala. Beteendeskattning i den skriftliga kommunikationen definierades helt i enlighet med de 10 definierade variablerna i MITI, med undantag av en modifiering.

Den senaste versionen av MITI har i likhet med tidigare versioner kunnat användas med god interbedömarreliabilitet av utbildade kodare. Manualen har även visat sig vara valid och mäta

aspekter av MI, som har samband med klienters beteende efter en MI-intervention (Moyers, Rowell, Manuel, Ernst, Houck, 2016).

Vid handledning av rådgivarna i den föreliggande pilotstudien beaktades att det finns starkt forskningsstöd för att antal MI-oförenliga yttranden är ett relevant mått i MITI, som är relaterat till klientens prognos efter samtalet. Ju fler MI-oförenliga yttranden som rådgivare gör under ett samtal desto sämre prognos för klienten (Magill, Apodaca, Borsari, et al. 2017; Apodaca & Longabaugh, 2009). MI-oförenliga yttranden är när rådgivare gör yttranden som kodas som endera ”Övertala” eller ”Konfrontera”.

## Syfte

I föreliggande pilotstudie undersöks kodning enligt MITI 4.2.1 av rådgivares skriftliga kommunikation med användare av det internetbaserade behandlingsprogrammet på Cannabis hjälpen. Ett sekundärt syfte är att undersöka om rådgivarnas skriftliga kommunikation ändrats efter handledning som baserats på kodning enligt MITI.

## Genomförande och resultat

### *Rådgivare väljer skriftliga kommunikation*

Två rådgivare på det internetbaserade behandlingsprogrammet väljer ut 30 skriftliga kommunikationer. Den första skriftliga kommunikationen i behandlingsprogrammet inleddes 15-07-30 och den sista avslutades 17-05-05. En rådgivare sände in 10 skriftliga kommunikationer för kodning och den andre sände in 20 skriftliga kommunikationer.

Det internetbaserade behandlingsprogrammet består av standardiserade avsnitt med förprogrammerad text som är oberoende av vilken klient som genomför programmet. En klient genomför uppdrag i programmet, får skriftlig återkoppling av rådgivare och erbjuds även att skicka meddelanden till rådgivaren och att skriftligen kommunicera med en rådgivare. I föreliggande arbete har endast rådgivarens kommunikation kodats och inte de avsnitt av kommunikationen i programmet som standardiserats.

### *Kodning av skriftliga kommunikation enligt MITI 4.2.1*

Vid kodning av skriftlig kommunikation modifierades MITI 4.2.1-manualen i ett avseende jämfört med vid ordinarie beteendeskattningar då samtal avlyssnas. Modifieringen gäller kodning av rådgivarens återkoppling på hur klienten svarat på behandlingsprogrammets standardiserade frågor och enkäter. Enligt MITI-manualen ska återkoppling av undersökningsresultat kodas som ”Ge Information”. Emellertid kodas selektiv återkoppling från en rådgivare i behandlingsprogrammet som ”Enkel Reflektion”. Motiv för sådan kodning är att rådgivaren gör ett urval och väljer vad hon återkopplar till klienten. Det är i den meningen ingen objektiv återkoppling av undersökningsresultat utan mer en reflektion på vad klienten skriftligen kommunicerat och kodas därför som ”Enkla Reflektion”.

© MIC Lab AB 2017

### *Telefonhandledning baserad på skriftliga kommunikation som kodats enligt MITI*

En senior kodare på MIC Lab kodade alla 30 skriftliga kommunikationer. Den genomförda kodningen återkopplades skriftligen till rådgivarna. Vid tre tillfällen återkopplades kodningen även muntligen i telefonhandledning mellan MIC Lab-kodaren och rådgivarna. De två första handledningarna ägde rum under hösten 2016 och var på 90 minuter med båda rådgivarna tillsammans. Den sista handledningen var individuell och på 60 minuter, 17-02-09 (Rådgivare 1) och 17-02-20 (Rådgivare 2). Vid varje handledningstillfälle baserades handledningen på en detaljerad genomgång av rådgivarnas skriftliga kommunikation som kodats enligt MITI.

Handledningen syftade till att rådgivarna skulle reducera yttranden som kodats som *Oförenliga med MI* och öka yttranden som kodats som *Förenliga med MI*. Konkret syftade handledningen till att omgärda rådgivarens råd och information med yttranden som kodas, *Söka samarbete* och *Betona autonomi*. Vidare att rådgivaren skulle undvika alltför långa svar. Ett annat syfte med handledningen var att uppmärksamma rådgivarna på möjligheter dämpa klientens tal om anledningar att fortsätta röka cannabis respektive möjligheter att främja klientens tal om att sluta röka cannabis.

### *Rådgivarnas skriftliga kommunikation kodat enligt beteendeskattning i MITI 4.2.1*

I detta tidiga skede av att pröva om MITI 4.2.1-kodning kunde tillämpas vid analys av skriftlig kommunikation i det internetbaserade behandlingsprogrammet, bedömdes att inte beräkna interbedömarreliabilitet på den utförda kodningen varför endast en enda kodare kodade de 30 kommunikationerna.

Den skriftliga kommunikation (N=30) var av olika längd. Den kortaste kommunikationen var endast en sida text och den längsta var 35 sidor text. Genomsnittligt antal sidor för de kodade 30 skriftliga kommunikation var 7,27 sidor. För att öka jämförbarhet mellan kodningsresultat i olika skeden av den skriftliga kommunikationen beräknades frekvensen för varje MITI-variabel i relation till antal sidor som varje kommunikation omfattade.

Varje rådgivares skriftliga kommunikation sammanfattades i ett kodningsprotokoll med de 10 MITI-variablerna och data matades in i en statistikfil. För de 30 kommunikationerna beräknades varje variabels medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) samt det lägsta (Minimiantal yttranden) och det högsta värdet (Maximalt antal yttrande) per sida skriven text.

En översikt över de 30 kommunikationerna presenteras i tabell 1. I tabellen visas genomsnittligt antal yttranden per sida skriftlig kommunikation (2 decimaler) för var och en av de 10 MITI-variablerna. Vidare visas maximalt antal yttranden, minimalt antal yttranden och SD.

Utan anspråk på att kunna göra en vetenskaplig jämförelse med ordinarie MITI-kodning av samtal så kännetecknas rådgivarnas skriftliga kommunikation i behandlingsprogrammet av hög andel yttranden som kodats som MI-förenliga. Per sida kodas i genomsnitt: Bekräfta-yttranden = 1,37, Söka samarbete = 1,08 och Betona autonomi = 0,31, vilket summeras till 2,76 MI-förenliga yttranden per sida. Ett annat intryck är att den skriftliga kommunikationen kännetecknas av låg andel reflektioner i relation till frågor.

Tabell 1. Översikt över 30 skriftliga kommunikationer kodade i 10 MITI-variabler. Genomsnittligt antal koder per sida för varje variabel, spridning samt maximal och minimal frekvens i variabeln.

MITI-variabler	Genomsnittligt antal	Maximalt antal	Minimi-antal	Standard-avvikelse
Ge information	1,96	4,50	0,77	0,87
Övertala	1,09	3,00	0	0,80
Övertala med tillstånd	0,72	2,25	0	0,59
Fråga	1,95	4,00	0,49	1,09
Enkla reflektioner	0,72	2,00	0	0,59
Komplexa reflektioner	0,80	2,00	0	0,49
Bekräfta	1,37	4,25	0	0,97
Söka samarbete	1,08	3,00	0	0,71
Betona autonomi	0,31	1,00	0	0,30
Konfrontera	0,05	1,00	0	0,19

Av de sex mått på kvalitetssäker MI som föreslås i MITI 4.2.1 kan tre mått tillämpas vid kodning som begränsas till beteendeskattning av 10 variabler. För ett av dessa tre mått finns referensvärde i MITI-manualen. De tre måtten redovisas i tabell 2 för den skriftliga kommunikationen i behandlingsprogrammet. De tre måtten är:

- 1) Antal yttranden förenliga med MI. Sådana yttranden anses öka sannolikhet av framtida önskat klientbeteende.
- 2) Antal yttranden oförenliga med MI. Sådana yttranden har i studier haft negativt samband med klienters framtida beteende.
- 3) Andel reflektioner i relation till andel frågor. I ordinarie kodning är referensvärdet: För godkänd (fair) - rådgivaren har lika många reflektioner som frågor & för skicklig (proficient) - rådgivaren har dubbelt så många reflektioner som frågor.

Tabell 2. Mått på kvalitetssäker MI enligt MITI 4.2.1 beräknad per sida skriftliga kommunikation (N=30)

Kvalitetsmått enligt MITI	Genomsnitt skriftlig kommunikation	Max	Min	SD
Förenliga med MI	2,76	5,50	1,00	1,18
Oförenliga med MI	1,14	3,00	0	0,81
Reflektioner i relation till frågor	0,31	2,00	0,03	0,45

### Rådgivares handledning baserad på kodning av skriftlig kommunikation

Rådgivarnas skriftliga kommunikation jämfördes från perioden före telefonhandledning (telefonåterkoppling; TÅ) och under (N=20) med deras skriftliga kommunikation efter att tre genomförda handledningar avslutats (N=10). Den statistiska jämförelsen gjordes med En-vägs Anova-analys i alla MITI-variabler samt i tre mått på kvalitetssäker MI (antal MI-förenliga yttranden, antal MI-oförenliga yttranden, andel reflektioner av frågor).

Resultatet visade att det inte var någon skillnad från före till efter genomförda TÅ i 8 av 10 kodade variabler (Frågor, Enkla reflektioner, Komplexa reflektioner, Övertala med tillstånd, Bekräfta, Söka samarbete, Betona autonomi, Konfrontera). Av mått på kvalitetssäker MI fanns inga skillnader för 2 av de 3 måtten (Reflektioner/Frågor, Förenliga yttranden (summan av Bekräfta-yttranden + Söka samarbete-yttranden + Betona autonomi-yttranden) (tabell 3).

Det fanns signifikanta skillnader mellan före och efter genomförd TÅ i 2 av 10 variabler (Övertala och Ge information) och i 1 av 3 mått på kvalitetssäker MI (Oförenliga yttranden (summan av Övertala-yttranden + Konfrontera-yttranden) (tabell 3). Ur ett MITI-kodningsperspektiv så förbättrar rådgivarna sina prestationer i storleksordningen med 1 yttrande mindre per sida, som kodas Övertala.

Det finns starkt forskningsstöd för att antal MI-oförenliga yttranden är ett relevant mått. Ju fler MI-oförenliga yttranden som rådgivare gör under samtal om substansmissbruk desto sämre prognos har klienten för att gå ur sitt missbruk (Magill, Apodaca, Borsari, et al. 2017; Apodaca & Longabaugh, 2009).

Mot bakgrund av resultaten i föreliggande pilotarbete kan antas att rådgivarna har reducerat ett inledningsvis oönskat skriftligt beteende där många yttranden kodats "Övertala" och en del även "Konfrontera". Handledningen har bland annat fokuserat på att istället betona autonomi och övertala med tillstånd och det positiva resultatet kan antas vara en effekt av telefonhandledning baserad på MITI-kodning av skriftliga kommunikation.

### Exempel på yttranden som kodas Övertala och förslag på omformulering

**Klient** (december 2015): ..... för jag tror att vissa missar är mycket pga detta tänkande. .... man blir motiverad när man ser att man hållit sig borta från fördärvet .....Hoppas du har haft en bra helg, det har jag iallafall, trots mina snedsteg.

**Rådgivare:** ..... *De där argumenten som din hjärna gav dig innan du rökte på - att du skulle få fira ....., vilja testa sig själv - just de argumenten är viktig information för dig framöver. När det gäller att förebygga framtida återfall så kan du vara extra uppmärksam på när din hjärna säger åt dig just de sakerna. Titta gärna lite närmare på vart och ett av dem; ÖVERTALA*

Om rådgivaren i exemplet ovan omformulerat sig, så kan ÖVERTALA undvikas, exempelvis: ..... *Jag vet inte om det stämmer för dig men de där argumenten som din hjärna gav dig innan du rökte på - att du skulle få fira ....., vilja testa sig själv - just de argumenten kan vara viktig information för dig framöver. När det gäller att förebygga framtida återfall så kan du vara extra uppmärksam på när din hjärna säger åt dig just de sakerna. Vad tänker du om det resonemanget? ÖVERTALA MED TILLSTÅND + SÖKA SAMARBETE*

Tabell 3. Jämförelse mellan kodad skriftliga kommunikation enligt MITI 4.2.1 före och under att rådgivarna hade TA (N=20) samt skriftliga kommunikation efter att TA avslutats (N=10)

	Genomsnitt	SD	N		Genomsnitt	SD	N	Signifikans
Ge information	2,25	0,90	20		1,39	0,46	10	0,008
Övertala	1,44	0,73	20		0,39	0,33	10	0,000
Övertala m tillstånd	0,60	0,54	20		0,96	0,64	10	0,115
Fråga	2,07	1,08	20		1,71	1,13	10	0,396
Enkel reflektion	0,74	0,53	20		0,68	0,71	10	0,794
Komplex reflektion	0,77	0,45	20		0,85	0,57	10	0,712
Bekräfta	1,50	1,08	20		1,10	0,69	10	0,295
Söka samarbete	1,10	0,73	20		1,05	0,68	10	0,873
Betona autonomi	0,29	0,26	20		0,36	0,37	10	0,563
Konfrontera	0,07	0,23	20		0,02	0,06	10	0,504
Refl/Frågor	0,30	0,49	20		0,32	0,38	10	0,938
Förenliga m MI	2,89	1,07	20		2,51	1,40	10	0,417
Oförenliga m MI	1,50	0,73	20		0,40	0,32	10	0,000

## Slutsats

Skriftliga kommunikation kan kodas enligt MITI 4.2.1 och kodningen kan utgöra underlag för skriftlig och muntlig handledning av rådgivare. Rådgivares skriftliga kommunikationsmönster tycks kunna påverkas till mer positiv skriftlig kommunikation av handledning baserad på MITI-kodning. Framtida forskning kan undersöka effekten av olika skriftliga kommunikationsmönster kodade enligt MITI.



## Referenser

Apodaca TR, Longabaugh OR. 2009. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction* 104:705–715 DOI 10.1111/j.1360-0443.2009.02527.x.

Lars Forsberg, Astri Brandell Eklund, Nina Lindroos, Kerstin Damström Thakker (2016) Kvalitetssäkring av Motiverande samtal (MI) – under utbildning och i ordinarie verksamhet Exemplet Alkohollinjen. Rapport 2016:1 [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se) ISBN 978-91-87691-33-1

Magill, M., Apodaca, T., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R., Tonigan, S., Moyers, T. (2017) A Meta-Analysis of Motivational Interviewing Process: Technical, Relational, and Conditional Process Models of Change. *Journal Consulting and Clinical Psychology*.

McCambridge, J., Day, M., Thomas, B. A., & Strang, J. (2011). Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addict Behav*, 36(7), 749-754. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.03.002S0306-4603(11)00086-4 [pii]

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. (Third Edition. ed.). New York: Guilford Press.

Moyers, Rowell, Manuel, Ernst, Houck (2016) The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, preliminary reliability and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

## Beroenderelaterad behandling på internet. Behandlares erfarenheter av att arbeta med nätbaserad behandling.

Underlag för projektrapportering

Av: Veronica Ekström, fil. Dr. i socialt arbete.

### Inledning

Denna text är en sammanställning av preliminära resultat från de kvalitativa fokusgruppsintervjuer som genomförts under hösten 2017. Syftet med studien är att undersöka behandlares erfarenheter av att arbeta med internetbaserad behandling för problematisk alkohol- och cannabisanvändning och på vilket sätt tekniken påverkar behandlingen. Följande frågeställningar har formulerats för studien:

1. Vilka är skillnaderna mellan traditionella behandlingsmetoder och internetbaserad behandling?
2. På vilket sätt påverkar tekniken förutsättningarna och formen för behandling?
3. Vilka styrkor och svårigheter ser behandlarna med internetbaserade behandlingsmetoder?

Sammanlagt har tolv personer intervjuats. De är eller har varit verksamma inom beroenderelaterad behandling på internet. Tre målgrupper finns representerade: personer som vill minska sin alkoholkonsumtion, personer som vill minska sin cannabiskonsumtion samt anhöriga till personer mer problematisk alkoholkonsumtion. Gemensamt för samtliga är att de har arbetat med manualbaserade program som bygger på KBT-övningar med MI-inspirerade inslag.

Tre fokusgruppsintervjuer har genomförts. Intervjutillfällena var cirka 90 minuter långa. Vid intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide som bas, men ordning och följdfrågor anpassades utifrån deltagarnas svar. Intervjuerna har transkriberats ordagrant och därefter kodats i Open Code. Först lästes intervjuerna i sin helhet och nyckelmeningar antecknades i Open Code. Därefter bearbetades var och en av de tre intervjuerna genom att avsnitt i intervjuerna kodades. Koderna utvecklades successivt under arbetet. De utgår ifrån vad intervjupersonerna talar om. Koder som använts bara enstaka gånger har sedan i ett par fall slagits samman med andra koder för att få en enhetlig kodning av de tre intervjuerna. Exempel på koder som använts är *skriftlig form*, *tidsförskjutning*, *tillgänglighet* och *hantverk*. I nästa steg har intervjumaterialet sorterats utifrån kodningen och lästs kod för kod. Det skapar en annan förståelse för innehållet i intervjuerna. Likheter och skillnader blir tydliga, liksom centrala teman.



Även om det i skrivande stund inte är möjligt att ge uttömmande svar på studiens frågeställningar går det att presentera ett antal preliminära resultat eller teman, vilka kommer att vidareutvecklas i det kommande analysarbetet. Jämförelser med andra studier och ett mer utvecklat resonemang utifrån teoretiska perspektiv återstår att göra i senare sammanhang. Denna text skall vara kortfattad och av det skälet används inte citat i presentationen.

### **Behandling i skriftlig nätbaserad form**

Gemensamt för de fyra programmen som intervjupersonerna har erfarenhet ifrån, är dels att de erbjuds via internet och dels att behandlingen sker i skriftlig form, vilket kan jämföras med traditionell behandling där samtalet i form av det talade ordet är centralt. Den skriftliga formen kan vara till nytt för personer som inte är så verbala och snabbt kan formulera muntliga svar. På motsatt sätt passar den skriftliga formen sämre för personer som har svårt att formulera sig i skrift. Flera av behandlarna talar om vikten av att användarna kan formulera någon form av text för att det ska vara meningsfullt. Den skriftliga kommunikationen utgör en möjlighet för både behandlare och användare att gå tillbaka och läsa både sina egna kommentarer och de svar eller frågor man fått. Det skriftliga samtalet blir därmed bevarat på ett sätt som ett traditionellt samtal inte blir, vilket flera av behandlarna lyfter som en fördel.

Den skriftliga formen gör också att det byggs in en tidsförskjutning i kommunikationen. En användare kanske skickar in ett så kallat uppdrag, vilket kan utgöra reflektioner på ett visst tema i behandlingsprogrammet. Behandlaren ska sedan återkoppla och ge feed-back på den text som användaren har skickat. Behandlaren har möjlighet att läsa texten flera gånger, fundera på innehållet, prata med kollegor och titta på tidigare texter innan hen formulerar och skickar sin återkoppling. Det blir en stor skillnad jämfört med traditionell behandling då kommunikationen sker direkt i det muntliga samtalet. På samma sätt har användaren möjlighet att i sin egen takt läsa återkopplingen och formulera frågor eller kommentarer.

Nackdelen är dock att det är omöjligt att läsa av reaktioner hos användaren på samma sätt som man kan göra i traditionell behandling. Man ser inte ansiktsuttryck, kan inte läsa av kroppsspråk och har ingen tillgång till känslouttryck hos användaren när den tar del av återkoppling eller annan skriftlig kommunikation. Kanske formulerar användaren en kommentar eller en fråga som gör att behandlaren kan korrigera missuppfattningar, förstärka eller tona ned tidigare kommentarer. Men då blir tidsförskjutningen en nackdel. Det förefaller som att respons från användarna är ovanligt och enligt några av de intervjuade behandlarna bidrar detta till en stumhet i behandlingen.

### **Tillgänglighet och fokus**

En annan viktig aspekt med den nätbaserade behandlingen är att den innebär en högre tillgänglighet för användaren. Behandlarna som arbetar med samma behandlingsprogram i både traditionell och nätbaserad behandling beskriver att de träffar patienterna i traditionell behandling 45 minuter varannan vecka. Däremellan är det mycket ovanligt att det



förekommer någon kommunikation. Patienter som deltar i den nätbaserade behandlingen har däremot tillgång till behandlarna oftare. Det varierar om behandlarna har satt upp några riktlinjer för hur ofta man svarar på kommunikation. Några svarar regelbundet, andra beskriver att de lovat att svara två gånger i veckan. Om det kommer meddelanden från användarna som verkar vara akuta svarar man dock oftare. Det är inte nödvändigtvis så att användarna får mer tid i nätbaserad behandling, men den är mer utspridd och det finns en viss möjlighet för användarna att påverka när kontakten sker.

Flera av behandlarna i intervjuerna beskriver att de upplever att det blir ett tydligare fokus i den nätbaserade behandlingen. Huruvida det är programmen i sig, den skriftliga formen eller den nätbaserade formen som orsakar detta är dock oklart. Ett tydligare fokus beskrivs av några av de intervjuade som positivt. Andra uttrycker sig mer i problematiserande termer där man är orolig för att personer som behöver ett mer omfattande stöd inte fångas upp. Några av behandlarna jämför med traditionell behandling där de tycker att samtalen möjliggör att man fångar upp även svårigheter som användaren eller patienten har. Det som kan beskrivas som småprat runt det faktiska behandlingsprogrammet, dvs alkohol- eller cannabiskonsumtionen, skapar en mer komplex bild av personen och man kan gemensamt utforska även andra problemområden.

Några av behandlarna har erfarenhet att arbeta med anonyma användare. Flera av dem beskriver att de tror att det gör att man når personer som annars inte skulle vända sig till vården. Den höga tillgängligheten på internet och möjligheten att som användare själv välja var och när man är aktiv i behandlingen tror flera av behandlarna också gör att man kan attrahera personer som inte annars skulle söka behandling. Samtidigt är det en samstämmig uppfattning att det är många avhopp i den nätbaserade behandlingen. Det är vanligt att användarna bara försvinner genom att sluta svara på skriftlig kommunikation och slutar skicka in uppdrag. Om det handlar om att användarna inte var tillräckligt motiverade, att de var missnöjda med programmet eller om de fått det stöd de behövt är oklart och sannolikt finns samtliga ståndpunkter representerade.

## Behandla på nätet – ett hantverk

Att behandla på nätet ställer delvis andra krav på behandlarna än i traditionell behandling. Den skriftliga formen är, som beskrivits ovan, helt central och det medför att behandlarna också behöver vara bekväma i att arbeta med det skrivna språket istället för det talade ordet. Det ställer krav på att kunna anpassa sitt språk utifrån användarens sätt att skriva. Det ställer krav på att kunna formulera kärnfulla texter och inte ”dränka” användarna i långa skriftliga utläggningar. Det ställer krav på att hitta sätt ställa skriftliga frågor för att i viss mån kompensera för det man som behandlare får i traditionell behandling i form av synbara reaktioner i form av ansiktsuttryck eller kroppsspråk. Ett par av behandlarna beskriver att det tycker detta är svårt och att deras upplevelse är att behandlingen tenderar att bli lite ”platt”. Däremot inte sagt att de tror att resultaten för användarna är sämre. Det handlar mer om deras egen upplevelse som behandlare. Behandlarna beskriver att de är medvetna om att de gör olika. Några skriver längre och mer omfattande och andra skriver kortfattat. Några av



behandlarna talar i termer som kan tolkas som att det finns ett ideal som handlar om att arbeta utifrån en struktur och vara fokuserad och snabb när man arbetar med nätbehandling.

Flera av behandlarna beskriver att de tycker att de tar mindre plats i nätbaserad behandling än i traditionell behandling. För några är detta positivt eftersom det sägs öka autonomi för användarna. Andra behandlare är inte odelat lika positiva. Upplevelsen är dock inte att behandlingsresultaten för användarna blir sämre, men den egna upplevelsen som behandlare blir annorlunda och för vissa bidrar det till en känsla av otillräcklighet.

Utifrån beskrivningarna i intervjuerna så verkar nätbaserad behandling innebära en ökad distans och mindre av relation mellan behandlaren och användaren. Detta kan uppfattas som både positivt och negativt av behandlarna. En aspekt är att användarna inte behöver ”vara rädda om” behandlarna, vilket beskrivs som positivt för användarna. Det ökar autonomi och behandlingen sker på användarnas villkor. Den kommunikation som äger rum sker för användarnas skull i högre grad.

Behandlarna försöker skapa allianser eller relationer i den nätbaserade behandlingen, men det kräver andra tekniker än i traditionell behandling. Flera av behandlarna beskriver att de ofta klipper och klistrar från mallar, men att det är viktigt att ändå försöka vara personlig. Man ”klipper och klistrar” även i ett muntligt samtal, men i ett fysiskt möte använder man kroppsspråk och tonfall som man kan anpassa, vilket gör skillnad. Att formulera frågor om hur kommentarer ”landar” och stämma av om de tolkningar man gör stämmer är andra tekniker som några av behandlarna beskriver att de använder mer i den nätbaserade behandlingen.

## Sammanfattning

Den här texten består av ett antal preliminära reflektioner utifrån de intervjuer som gjorts med behandlare med erfarenhet från olika nätbaserade behandlingsprogram för att minska alkohol- och cannabisanvändande. Behandlarna beskriver viktiga skillnader mellan traditionell behandling och nätbaserad behandling. En sådan skillnad är att den skriftliga formen i kombination med tidsförskjutningen verkar skapa ett utrymme för reflexivitet hos både behandlaren och användaren.

En annan skillnad verkar vara att det blir ett ökat fokus på vad som kan beskrivas som det konkreta behandlingsuppdraget. Frågan är om det enbart handlar om den nätbaserade formen. Antagligen hänger det ihop med en större diskussion som handlar om olika teoretiska utgångspunkter för eller emot manualbaserade behandlingsprogram. Det är möjligt att den nätbaserade formen förstärker fokuseringen, men sannolikt finns detta inbyggt även i manualbaserade behandlingsprogram som erbjuds i traditionell form.

Nätbehandling verkar, enligt behandlarnas beskrivningar, öka tillgängligheten för användarna. Tekniken gör att de har tillgång till kontakt med behandlarna oftare än i traditionell behandling, vilket också ökar användarnas autonomi. Samtidigt verkar det som att behandlarna tar mindre plats i nätbaserad behandling än i traditionell behandling.



ERSTA  
SKÖNDAL  
BRÄCKE  
HÖGSKOLA

5 (5)

Åtminstone är det upplevelsen hos flera av behandlarna. Betydelsen av detta är ett område som bör studeras vidare.

Arbetet med denna studie kommer att fortsätta med en mer systematisk analys av intervjumaterialet utifrån ett par av de teman som pekas ut i denna text.







Rapporten finns att ladda ned på [www.cannabishjalpen.se](http://www.cannabishjalpen.se)



**Karolinska  
Institutet**

Institutionen för klinisk neurovetenskap, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet

Karolinska Institutet  
171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 800 00  
[ki.se](http://ki.se)