

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**”Jag skulle nog säga att det var en ögonöppnare”  
– erfarenheter från en internetbehandling vid  
alkoholbrukssyndrom**

Marie Enelund Moore och Anna Wendel

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
PM 2519  
Hösttermin 2019  
Handledare: Angelica Hagsand

# **”Jag skulle nog säga att det var en ögonöppnare” – erfarenheter från en internetbehandling vid alkoholbrukssyndrom**

Marie Enelund Moore och Anna Wendel

**Sammanfattning.** Detta examensarbete undersöker erfarenheter hos före detta deltagare i en internetbaserad KBT-behandling mot AUD, med särskilt fokus på vad dessa personer har upplevt som verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor. Tolv deltagare intervjuas via telefon två år efter avslutad behandling. Datan analyseras med tematisk analys. Resultaten innefattar bland annat utsagor om behandlingsupplägg och behandlingsinnehåll och om vad i det relationella som varit betydande för deltagarna. Tillgänglighet, individanpassning och internetbehandling som personlig eller opersonlig är exempel på erfarenheter som framkommer. Kartläggning av alkoholkonsumtion betonas som viktig och olika former av insikt beskrivs ha varit närvarande i deltagarnas resa mot förändrade alkoholvanor. Resultaten diskuteras med avseende på implikationer, möjliga förbättringsområden och rekommendationer för framtida forskning.

I Sverige uppskattas mellan 6 och 11 % av befolkningen uppfylla kriterierna för alkoholbrukssyndrom och det bedöms vara ungefär dubbelt så vanligt hos män som hos kvinnor (SOU, 2011; Ramstedt, Sundin, Landberg & Raninen, 2014; Poznyak & Rekve, 2018). I diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5:e upplagan, vanligen förkortat DSM-5, ska en person ha ”ett problematiskt mönster av alkoholbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande” för att uppfylla diagnosen för alkoholbrukssyndrom (American Psychiatric Association, 2013, s. 490, vår översättning). Detta innebär att minst två av elva kriterier som listas i DSM-5 uppfyllts under ett år och dessa kriterier kan ta sig olika uttryck för olika personer. Bakom dessa kriterier döljer sig ofta ett oerhört stort lidande för såväl individen som hans anhöriga (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Detta examensarbete undersöker före detta deltagares erfarenheter av en internetbaserad behandling vid alkoholbrukssyndrom, med särskilt fokus på vad i behandlingen som de upplevt som verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor. I detta arbete kommer alkoholbrukssyndrom härnäst att benämnas AUD, efter engelskans Alcohol Use Disorder (American Psychiatric Association, 2013; Edwards, Gillespie, Aggen & Kendler, 2013).

## **Alkoholbrukssyndrom - påverkar individ och samhälle**

Alkoholbruk bedöms vara den femte största orsaken till den globala sjukdomsburden efter högt blodtryck och rökning. Vid bruk av alkohol ökar risken att dö i sjukdomar som skrumplever, cancer och hjärt-kärlsjukdomar (Lim et al., 2010). Det

finns inte någon nedre gräns för när alkoholkonsumtion kan ses som helt riskfri, då risken att drabbas av alkoholrelaterade skador varierar individuellt (Allebeck et al., 2018).

Personer med AUD lider ofta samtidigt av olika former av annan psykisk ohälsa och personer med psykisk ohälsa har ofta alkoholproblem. Den vanligaste psykiska samsjukligheten med alkoholproblematik är ångest, depression och personlighetsstörningar (Alborn, 2012). Vidare kan individens kognitiva funktioner försämrans av långvarig överkonsumtion av alkohol (Stavro, Pelletier & Potvin, 2013).

AUD och dess skadeverkningar drabbar inte bara individen och dess omgivning utan innebär även stora samhällskostnader i form av exempelvis vård och minskad produktivitet i arbete. Kostnaderna uppskattades enligt den senaste publicerade statistiken uppgå till ca 49 miljarder kronor år 2008 i Sverige (SOU, 2011). I en brittisk studie från 2010 uppskattades olika drogers skadeverkningar för individen, personer i hans omgivning och samhället i stort. Forskarna fann att alkohol var den drog som hade störst övergripande skadeverkan, allra tydligast på samhällsnivå (Nutt, King & Phillips, 2010).

## **Behandling vid AUD**

Personer med AUD tillhör en av de diagnosgrupper som erhåller minst stöd för sin psykiska problematik (Probst, Manthey, Martinez & Rehm, 2015). I Sverige beräknas ca 20 % av de med någon form av substansberoende nås av hjälp från vården (SOU, 2011). En anledning till att dessa personer i så låg grad erhåller stöd beror bland annat på en mindre benägenhet att söka hjälp. Anledningen till detta varierar och vid självrapportering anges bland annat låg tilltro till behandling, upplevt socialt stigma och låg sjukdomsinsikt (Probst, Manthey, Martinez & Rehm, 2015; Grant, 1997). Forskning visar att personer med alkoholberoende väcker mer negativa emotioner hos befolkningen än vad personer med annan psykisk problematik gör, emotioner såsom irritation, motvilja och rädsla. Personer med alkoholberoende anses även ha sig själva att skylla i större utsträckning än vad personer med annan psykisk problematik har (Schomerus et al., 2011).

Vid AUD kan sjukvården erbjuda såväl farmakologiska som psykologiska och psykosociala behandlingar. Farmakologisk behandling kan innebära att patienten tar läkemedel för att minska sug efter alkohol (Socialstyrelsen, 2015). Det finns flera evidensbaserade psykologiska och psykosociala behandlingar vid AUD. Socialstyrelsen framhåller att praxis för vilka psykologiska och psykosociala behandlingar som erbjuds ser olika ut i olika delar av landet, men ger i sina rekommendationer högsta prioritet till motivationshöjande behandling (Motivational Enhancement Therapy, MET). Även behandlingar såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), Community Reinforcement Approach (CRA), tolvstegsbehandling eller Social Behaviour Network Therapy (SBNT) bör erbjudas av hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid AUD. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer ska internetbaserad behandling vid missbruk eller beroende av alkohol enbart erbjudas inom ramen för forskning och utveckling, detta med anledning av att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (Socialstyrelsen, 2015).

## **Internetbaserad behandling - för olika typer av psykisk ohälsa**

Internetbaserade behandlingar har visat sig vara effektiva för olika psykiska problem. De anses ha flera fördelar, bland annat ökad vårdtillgänglighet och hög

kostnadseffektivitet (Bewick et al., 2008; Sundström, Blankers, & Khadjesari, 2017). Användandet av internetbaserad behandling har ökat kraftigt i Sverige, från två pågående behandlingar i oktober 2015 till 14 277 pågående behandlingar i oktober 2019 (Inera, 2019). Internetbaserad behandling används bland annat vid social ångest, depression och sömnproblem (Kaldo, Buhrman, Vernmark & Österberg, 2013).

Internetbaserade behandlingar kan ha olika upplägg när det gäller utformning, omfattning, intensitet och mängden kontakt med behandlare. Internetbaserad KBT beskrivs vara som sedvanlig KBT med skillnaden att istället för att behandlaren träffar patienten personligen och på så sätt förmedlar behandlingen, så förmedlas behandlingen via internet. Behandlaren roll blir att hjälpa patienten att navigera genom behandlingen och fungera som stöd vid behov. Kontakten mellan patient och behandlare sker via ett säkert meddelandesystem. Innehållet i internetbaserad KBT är i de flesta fall specifikt utformad efter ett problemområde eller diagnos och behandlingen är tidsbestämd, ofta mellan åtta och tolv veckor lång. Patienten genomgår stegvis olika moduler som innehåller information i form av text, illustrativa videoklipp och bilder samt olika övningar, exempelvis skriftliga uppgifter, exponering och självskattningar. Hemuppgifter görs i anslutning till modulerna och rapporteras in till behandlare via internet. Behandlaren följer patientens arbete med modulerna, ger relevant feedback, svarar på frågor och tar kontakt med patienten om denna inte deltar aktivt i behandlingen (Kaldo, Buhrman, Vernmark & Österberg, 2013).

### **Tidigare kvalitativ forskning om internetbaserad behandling**

När det kommer till kvalitativ forskning på patienters erfarenheter av internetbaserad KBT-behandling för annat än just alkoholproblematik visar tidigare studier att patienter ofta önskar ökat stöd eller kontakt med behandlare (Bendelin et al., 2011; Gerhards et al., 2011; Holst et al., 2017; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015). Vidare upplever patienter att internetbaserad KBT-behandling är en flexibel metod med hög tillgänglighet som ger stor anonymitet (Gerhards et al., 2011; Holst et al., 2017; Sánchez-Ortiz et al., 2011). Graden av problemmatchning och individanpassning framhålls som relevant (Bendelin et al., 2011; Lillevoll et al., 2013; Rozental et al., 2015). Patienter beskriver hur internetbaserad KBT-behandling kräver eget ansvarstagande (Bendelin et al., 2011; Holst et al., 2017, Lillevoll et al., 2013) och erfarenheter av inre och yttre motivation i internetbaserad KBT-behandling lyfts fram (Bendelin et al., 2011; Gerhards et al., 2011; Sánchez-Ortiz et al., 2011). Även olika aspekter av probleminsikt betonas (Bendelin et al., 2011; Sánchez-Ortiz et al., 2011; Rozental et al., 2015). Slutligen framkommer erfarenheter av att använda den tekniska plattformen och hur det påverkar erfarenheter av internetbaserad KBT-behandling (Gerhards et al., 2011; Rozental et al., 2015).

### **Tidigare kvalitativ forskning om behandling vid alkoholproblematik**

I våra sökningar efter tidigare kvalitativ forskning på patienters erfarenheter av behandling vid alkoholproblematik återfinns vi få studier på detta område. Det finns vissa undantag (Besenius, Beirne, Grogan, Clark-Carter, 2013; Resnick & Griffiths, 2011; Croxford, Notley, Maskrey, Holland & Kouimtsidis, 2015). Dessa studier skiljer

sig dock markant från vår studie med avseende på typ av behandling, i vilket sammanhang behandlingen ges samt vilken typ av problematik som behandlats.

## **Tidigare kvalitativ forskning om internetbaserad behandling vid AUD**

Det finns ett växande forskningsstöd för effektiviteten av internetbaserad behandling vid AUD (Kiluk et al., 2019). Dock är forskningsläget mer begränsat gällande studier som undersöker patienters erfarenheter och upplevelser av sådan behandling. Ett undantag utgörs av en australiensisk studie av Darvell, Kavanagh och Connolly (2015), vilka undersökte upplevelsorna av internetbaserad behandling för patienter med både AUD och depression med avseende på framförallt behandlingens intensitet och grad av erhållit stöd. Ungefär två tredjedelar av deltagarna uppgav att de hade haft nytta av behandlingen. De patienter som hade fått en mer omfattande behandling med terapeutkontakt via email var nöjdare med behandlingen och utfallet än de som fått en mindre omfattande behandling utan terapeutkontakt. Flera som erhållit den senare varianten beskrev att behandlingen de fått hade förvärrat deras alkoholproblem och/eller annan icke-alkoholrelaterad problematik. Dessa patienter hade upplevt att såväl behandlingsinnehåll som stöd hade varit otillräckligt. I stort noterades en stark önskan om mer stöd och mänsklig kontakt samt en högre grad av anpassning efter individuella behov. Kartläggning av alkoholvanor uppgavs ge insikt och fungera motiverande. De flesta såg behandlingen som ett uppmuntrande steg mot att fortsätta arbeta med sina problem. De begränsningar som Darvell, Kavanagh och Connolly (2015) tar upp med sin studie inkluderar att det gått lång tid, cirka två till tre år, från det att deltagarna avslutat behandlingen till dess att de intervjuats om sina erfarenheter. De tar upp att patienternas retrospektiva uppfattning om behandlingen kan ha påverkats av deras situation vid intervjutillfället, exempelvis deltagande i andra behandlingar, samt eventuellt fortsatt alkoholmissbruk (Darvell, Kavanagh & Connolly, 2015).

## **Teori om verksamma faktorer**

Sammanfattningsvis är det många personer som upplever sig ha problem med alkohol och dess effekter syns på flera olika nivåer i samhället. Det finns olika former av behandlingar vid AUD och frågan om vad det är i en behandling som får individer att förändra sina alkoholvanor har givit uppkomst till teorier om förändringsfaktorer. Dessa teorier utgår ofta ifrån vilka aspekter av specifika terapier som anses vara verksamma. Då detta arbete har ett särskilt fokus på vad som upplevts som verksamt respektive icke-verksamt i en behandling följer här en genomgång av relevant teori kring verksamma faktorer vid förändrat alkoholbruk.

**Generella förändringsfaktorer vid förändrade alkoholvanor.** En forskningsgrupp undersökte vilka mekanismer som är verksamma i behandling och vad som möjliggör förändring av alkoholvanor, oavsett behandlingsform, och utvecklade en modell över detta baserad på patienters erfarenheter (Orford et al., 2006), se bilaga 1. Modellen innefattar åtta huvudkategorier, utöver behandling som sådan, som anses vara förändrande faktorer. Behandlingens främjande av andra tankesätt och beteenden samt stöd av familj och vänner visade sig leda till förändring. Även själva bedömningen inför behandling och övrig erhållen behandling (exempelvis avgiftning) fungerade som

förändringsfaktorer. De positiva konsekvenserna av förändrade alkoholvanor samt den katalysator som föregår hjälpsökandet beskrivs också vara starka förändringsfaktorer. Slutligen attribuerar patienter i större eller mindre grad förändringsprocesser till sig själva och till sin förmåga, förändringen upplevs vara självstyrd (Orford et al., 2006).

**Sociala aspekter.** Många behandlingar för AUD har starkt socialt eller interpersonellt fokus. Exempel på detta är ovan nämnda CRA och SBNT, där bakomliggande teori lyfter fram uppbyggandet av positivt socialt stöd som centralt för förändring (UKATT Research Team, 2001). Även inom behandling som utgår från tolvstegsprogrammet betonas att den sociala gemenskapen, inklusive tillgång till förebilder, är viktig för förändring (Karlsson, 2012).

**Individens ansvar.** Betoningen på det individuella ansvaret som verksam förändringsfaktor har lyfts fram i forskning om motiverande samtal och är även en viktig utgångspunkt för bland annat tolvstegsprogrammet (Bien, Miller & Boroughs, 1993; Karlsson, 2012). En komponent i att väcka individens engagemang och ansvarskänsla kan då vara kartläggning av alkoholens konsekvenser för psykisk och fysisk hälsa för individen i fråga (Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Betoningen på individens egna ansvar för förändring kan kompletteras av det bio-psyko-sociala perspektivet på alkoholrelaterad problematik och dess bakomliggande mekanismer. Detta perspektiv redogör för hur olika faktorer samspelar och orsakar missbruk. Utöver tidigare nämnda psykologiska och sociala faktorer som kan tänkas vara viktiga i behandlingsarbete tar detta perspektiv även hänsyn till genetikens påverkan och begränsningar vilket ger en mer komplex bild av individens egna ansvar (Blomqvist, 2012).

**Terapeut- och patientegenskaper.** Teorin bakom motiverande samtal betonar hur förändring möjliggörs genom terapeutens empatiska förhållningssätt och genom att denna uppmuntrar och stärker individens tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring (Bien, Miller & Boroughs, 1993). Även patientegenskaper har undersökts och de starkaste prediktorerna för ett gott behandlingsutfall på lång sikt var beredskap att förändras samt 'self-efficacy' (Project MATCH Research Group, 1998). 'Self-efficacy' kan definieras som den individuella föreställningen om den egna förmågan att utföra det beteende som krävs för att uppnå ett resultat (Bandura, 1977). I kontexten av Project MATCH handlar det specifikt om en individs tilltro till sin förmåga att avstå från alkohol i högrisksituationer. Egenskaper hos patienten kan alltså hjälpa till att förklara förändring i alkoholvanor (Project MATCH Research Group, 1998).

## Syfte och frågeställning

Vårt syfte med detta examensarbete är att undersöka erfarenheter hos före detta deltagare i en internetbaserad behandling mot AUD. Vi fokuserar särskilt på att identifiera vad i behandlingen dessa personer har upplevt som verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor. Frågeställningen blir därmed: Vad har före detta deltagare i en internetbaserad behandling vid AUD för erfarenheter av behandlingen och vad i den anser de ha varit verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor?

## Metod

Detta examensarbete har gjorts inom ramen för projektet "Internetförmedlad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen" som genomförts på Karolinska Institutet med Anne H. Berman som huvudansvarig forskare. För att genomföra examensarbetet gjorde vi i samarbete med huvudansvarig forskare ett tillägg till ursprungsprojektets etikansökan vilket godkändes av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, se diarienummer 2018/2583-32 och bilaga 2.

Ursprungsprojektet hade som syfte att undersöka effekten av en högintensiv internetbaserad behandling vid AUD och jämföra denna behandling med en lågintensiv variant samt med väntelista. Den högintensiva behandlingsvarianten var baserad på KBT och återfallsprevention och hade ett psykoedukativt upplägg. Det psykoedukativa upplägget innebar att deltagarna fick lära sig mer om alkohol och om sin problematik. Den högintensiva behandlingsvarianten bestod av 13 moduler (se bilaga 3) som innehöll information via text och illustrativa videoklipp, praktiska övningar, kunskapsbaserade quiz, alkoholdagbok och hemuppgifter. Den innefattade även aktiv terapeutkontakt via textchatt och behandlingen pågick under tolv veckor. Den lågintensiva behandlingsvarianten baserades på återfallsprevention och bestod av nio moduler som levererades över tolv veckor. De nio modulerna hade liknande innehåll som modulerna i den högintensiva behandlingsvarianten, men var mindre och färre i omfattning. En viktig skillnad mot den högintensiva behandlingen var även att den lågintensiva saknade terapeutkontakt. Båda behandlingsvarianterna levererades via en teknisk plattform som uppfyllde kraven på sekretess och dataskydd (Sundström et al., 2019). För en översikt av modulerna i den högintensiva behandlingen, vilket deltagarna i detta examensarbete genomgick, se bilaga 3. För en översikt av behandlingsupplägg för den lågintensiva behandlingen se Sundström et al. (2016).

Deltagarna i ursprungsprojektet rekryterades genom Google Adwords, Facebook och smartphoneappen Remente. Inklusionskriterier för att få delta i studien var att vara över arton år gammal, ha ett alkoholbruk som överskred en specifik nivå samt att uppfylla kriterierna för diagnosen AUD. Exklusionskriterier var otillräckliga kunskaper i svenska, läs- och skrivsvårigheter, annan pågående psykologisk behandling, allvarlig depression, akut suicidalitet, samtidigt bruk av olagliga droger, samt allvarlig psykiatrisk samsjuklighet. Studien omfattade 166 deltagare, 51 % av dessa var kvinnor och medelåldern uppgick till 52,9 år ( $s=10,7$ ) (Sundström et al., 2019).

Primära utfallsmått i ursprungsprojektet var alkoholkonsumtion mätt i antal standardglas (12 gram etanol) per vecka och antal högkonsumtionsdagar (för män  $\geq 5$  standardglas och för kvinnor  $\geq 4$  standardglas) per vecka (Sundström et al., 2019).

Efter avslutad behandling hade samtliga tre grupper reducerat sin alkoholkonsumtion, dock hade deltagarna i den högintensiva behandlingsvarianten en signifikant större reduktion vad gällde standardglas per vecka jämfört med väntelistan:  $M=10.9$  respektive  $M=20.6$ ,  $t(93)=3.21$ ,  $p=0.002$ ;  $d=0.78$ . Skillnaden i antal standardglas mellan deltagare i den lågintensiva behandlingsvarianten och väntelistan var också signifikant efter avslutad behandling:  $M=14.4$  respektive  $M=20.6$ ,  $t(92)=2.01$ ,  $p=0.05$ ,  $d=0.48$ . Skillnaden mellan den låg- och högintensiva behandlingsvarianten i antal standardglas efter avslutad behandling var inte signifikant. Deltagarna i den högintensiva behandlingsvarianten hade signifikant lägre antal högkonsumtionsdagar per vecka än deltagarna i väntelistan:  $M=1.22$  respektive  $M=2.51$ ,  $t(93)=3.87$ ,  $p=0.0002$ ;  $d=0.92$ .

Deltagarna i den lågintensiva behandlingsvarianten hade signifikant lägre antal högkonsumtionsdagar per vecka än deltagarna i väntelistan:  $M=1.69$  respektive  $M=2.51$ ,  $t(92)=2.33$ ,  $p=0.02$ ;  $d=0.57$ . Deltagarna i den högintensiva behandlingsvarianten hade även signifikant lägre antal högkonsumtionsdagar per vecka än deltagarna i den lågintensiva behandlingsvarianten:  $M=1.22$  respektive  $M=1.69$ ,  $t(141)=2.003$ ,  $p=0.05$ ;  $d=0.34$  (Sundström et al., 2019).

Resultaten innebar att både den hög- och lågintensiva behandlingsvarianten var mer effektiv i att minska antalet konsumerade glas alkohol per vecka i jämförelse med en inaktiv väntlista. Den högintensiva behandlingsvarianten var dock mer effektiv när det gällde att minska antalet högkonsumtionsdagar i jämförelse med både den lågintensiva behandlingsvarianten och väntelistan (Sundström et al., 2019).

## Deltagare

I detta examensarbete intervjuades tolv personer som deltagit i behandling i ursprungsprojektet. När deltagarna i ursprungsprojektet genomgick tvåårsuppföljande intervjuer tillfrågades samtliga om intresse av att delta i detta examensarbete. Frågan ställdes av en av examensarbetsförfattarna som vid denna tidpunkt arbetade som forskningsassistent i ursprungsprojektet (se avsnitt nedan om personlig reflexivitet). I nästa steg kontaktades alla som hade visat intresse och som hade fått den högintensiva behandlingsvarianten (13 personer). De som hade deltagit i den högintensiva behandlingen valdes ut som population eftersom det hade inneburit metodologiska svårigheter att inkludera deltagare från båda behandlingsvarianterna. Vi hade ett antagande om att behandlingsvarianterna kan ha upplevts olika och vi ville inte att eventuell variation i svaren skulle bero på variation i behandlingen. Av 13 personer tackade tolv stycken ja till att delta, vilket ger ett bortfall på en person. Denna person tackade nej eftersom hen vid uppringningstillfället hade ångrat sig och inte längre ville delta i den kvalitativa intervjun.

Av deltagarna var åtta män och fyra kvinnor. Åldern på deltagarna varierade mellan 30 och 66 år,  $M= 51.6$ ,  $s= 9.8$ . Sex av deltagarna hade högskola/universitet som högsta utbildningsnivå, fem hade gymnasium/folkhögskola/Komvux och en hade grundskola/folkskola.

## Instrument

På grund av deltagarnas geografiska spridning samlades datan in genom telefonintervjuer. För att i största möjliga mån få ett djup i datan valdes en semistrukturerad intervjuform. Denna kan uppmuntra deltagaren till att reflektera och prata om sina erfarenheter genom att det skapas ett tillåtande intervjuklimat där relevanta följdfrågor kan utformas allt eftersom (Kvale, Brinkman & Thorell, 2014). I våra intervjuer utgick vi från en intervjuguide, se bilaga 4. Vi konstruerade denna guide utefter Kvale, Brinkman och Thorells (2014) rekommendationer om frågestruktur. Innehåll och utformning av frågorna styrdes av forskningsfrågan och syfte.

Innan intervjuerna påbörjades testades intervjuguiden i en pilotintervju över telefon, med en person som tidigare genomgått en psykologisk behandling med KBT-inriktning. Denna person hade inte behandlats för alkoholproblematik och hade heller inte



genomgått en internetbehandling. Pilotintervjun utgör alltså inte en del av vårt material för analys. Syftet med pilotintervjun var att testa om intervjuguidens frågor fungerade för att få fram information om deltagares erfarenheter av behandling. Efter genomförd pilotintervju lades en fråga till i slutet om huruvida deltagaren tyckte att det var något mer som hen skulle vilja tillägga eller bli frågad om. Vissa frågor förtydligades ytterligare och ordningen på frågorna justerades för att få ett bättre flöde i intervjun. Frågor som undersökte om intervjupersonen hade deltagit i någon tidigare behandling, samt huruvida deltagaren skulle rekommendera behandlingen till en vän med liknande problematik, lades också till.

## **Tillvägagångssätt**

I samband med inbokning av telefonintervju fick deltagarna ett informationsbrev skickat till sig via e-mail (se bilaga 5). Deltagarna instruerades att säkerställa att de kunde prata ostört. Vid intervjutillfället säkerställdes sedan att deltagarna hade läst och förstått informationsbrevet och innehållet i brevet sammanfattades kort med särskild tyngd på deltagandets frivillighet, varpå muntligt samtycke till att delta inhämtades. Vi delade upp intervjuerna mellan oss så att vi genomförde samma antal intervjuer, denna uppdelning gjordes slumpmässigt. Intervjuerna var mellan 16 och 57 minuter och genomsnittslängden på en intervju var 32 minuter. Intervjuerna spelades in med ljudinspelningsprogrammet Audacity och transkriberades i Word. Transkriberingen gjordes ordagrant och inkluderade såväl verbala som icke-verbala yttranden. Vid de fåtal tillfällen som det inte gick att urskilja vad en deltagare sa, skrevs detta ut i transkriberingstexten. Transkriberingen gjordes av den person som inte hade genomfört intervjun för att båda på tidigt stadium i processen skulle få möjlighet att fördjupa sig i materialet.

## **Databearbetning**

Vår data analyserades med tematisk analys som metod. Vårt syfte och frågeställning styrde valet av analysmetod på så sätt att den tematiska analysen hjälpte oss att undersöka mönster och mening i data vilket överensstämde med syftet att undersöka deltagares erfarenheter. Tematisk analys har även använts i andra kvalitativa undersökningar inom liknande forskningsområden (se exempelvis Darvell, Kavanagh & Connolly, 2015; Resnick & Griffiths, 2011; Croxford, Notley, Maskrey, Holland & Kouimtsidis, 2015).

Vi valde att analysera datan på en semantisk nivå vilket innebar att vi höll oss textnära snarare än att leta efter underliggande mening. Detta val gjordes utifrån hur syfte och frågeställning är formulerade samt utifrån vår epistemologiska ståndpunkt (se nedan).

Vår ansats var induktiv, vilket innebär att kodningen och tematiseringen är datanära och att deltagarnas erfarenheter undersöks utifrån syftet. Analysen försökte därmed hållas neutral i relation till vår förförståelse och hade inte ett specifikt teoretiskt ramverk som utgångspunkt för förståelse av datan.

Den tematiska analysen följde Braun och Clarkes (2006) rekommenderade tillvägagångssätt. Först läste vi de transkriberade intervjuerna upprepade gånger och

skrev ned initiala tankar som väcktes. Därefter förde vi in de transkriberade intervjuerna i datorprogrammet ATLAS.ti (version 8) vilket är ett datorprogram för kvalitativ dataanalys. Vi började på ett systematiskt sätt koda datan i minsta meningsbärande enheter. Efter detta gick vi igenom samtliga koder och säkerställde att de var relevanta utifrån vårt syfte och att samtliga citat stämde överens med tilldelad kod. Nästa steg var att gruppera koderna i potentiella teman och underteman. Därefter gick vi igenom teman och underteman och kontrollerade att de dataenheter som låg till grund för koderna passade in med de teman som de ingick i. I detta steg kontrollerade vi även att teman passade in med datasetet som helhet. Relevanta justeringar gjordes. Vi gick sedan vidare med att förbättra och tydliggöra temana, definiera exakt vad respektive tema bestod av och hur temat i fråga förhöll sig till forskningssyftet. I detta steg säkerställde vi att temana höll en hög intern homogenitet och extern heterogenitet. Detta arbete inkluderade att skriva en detaljerad analys och beskrivning av varje tema. I detta skede namngavs även temana. Slutligen sammanställdes våra resultat i text och temana belystes med konkreta utdrag från datan. Kodningsprocessen och tematiseringen utfördes konsekvent gemensamt i syfte att uppnå en hög samstämmighet och öka reliabiliteten av analysen. I de fall som det uppstod meningsskiljaktigheter i analysprocessen resonerade vi kring möjliga vägar framåt och beslutade oss för det alternativ som vi gemensamt kom fram till var bäst.

## **Epistemologisk och personlig reflexivitet**

Vår valda analysmetod, tematisk analys, har beskrivits ha en teoretisk frihet på så sätt att den inte kräver en specifik epistemologisk utgångspunkt (Braun & Clarke, 2006). Detta gör det desto viktigare att de som utför undersökningen tydligt anger sin epistemologiska och ontologiska utgångspunkt eftersom den genomsyrar såväl insamlandet som analysen av datan och forskningsfrågan som sådan. Vi utgick från kritisk realism som ontologisk utgångspunkt. Denna position innebär att vi tror att världen och dess sociala fenomen existerar oberoende av våra representationer av dem, men att det bara är möjligt att undersöka dessa fenomen genom att studera representationerna (Snape & Spencer, 2003). Vår epistemologiska hållning grundar sig i empirismen på så sätt att vi tänker oss att kunskap om världen nås genom våra sinnesintryck, där våra observationer på ett systematiskt sätt kan samlas in och klassificeras (Willig, 2013). I likhet med många andra ser vi inte att dessa sinnesintryck ger en ren tillgång till obestridliga fakta, då perception ofrånkomligen har ett selektivt element och ett och samma fenomen kan observeras på olika sätt beroende på vem det är som gör observationen och vad denna observation har som syfte (Willig, 2013).

Vi som skriver detta examensarbete läser sista terminen på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet. Under vår utbildning har vi haft föreläsningar om missbruk och behandling, vilket har bidragit till att forma vår förståelse av fenomenet som sådant och vilka behandlingar som finns och rekommenderas. Under utbildningen ingår behandlingsarbete i form av individuell psykoterapi i klassiskt öga-mot-öga-format. Vi har inte själva någon erfarenhet av att ge eller ta emot internetbehandling för något psykiskt problem.

Inför intervjuerna fick vi tillgång till samtliga behandlingsmoduler och kunde gå igenom dessa. Vi gjorde detta för att bättre kunna förstå deltagarnas svar och ställa

relevanta följdfrågor. Det finns dock alltid en risk att detta kan ha influerat vårt sätt att ställa frågor och vår förståelse av deltagarnas svar.

En av författarna till detta examensarbete har arbetat som forskningsassistent i ursprungsprojektet, med uppgift att göra strukturerade uppföljningsintervjuer med behandlingsdeltagarna ett och två år efter avslutad behandling. I sin roll som forskningsassistent var hon blind för innehåll, upplägg och utfall av behandlingarna. Det fanns en risk att hon under intervjuerna till detta examensarbete skulle minnas deltagaren i fråga, eller vice versa. Medförfattaren gjorde därför en medveten ansträngning att förhålla sig neutral under såväl intervjuer som analys.

## Resultat

Syftet med detta examensarbete var att undersöka erfarenheter hos före detta deltagare i en internetbaserad behandling mot AUD. Vi fokuserade särskilt på att identifiera vad i behandlingen dessa personer hade upplevt som verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor. Frågeställningen blev därmed: Vad har före detta deltagare i en internetbaserad behandling vid AUD för erfarenheter av behandlingen och vad i den anser de ha varit verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor? Den besvaras av nedanstående redovisning av sex huvudteman och tolv underteman, vilka illustreras av utvalda citat. En sammanställning av teman presenteras i tabell 1.

Tabell 1

### *Sammanställning av huvudteman och underteman.*

---

Huvudtema	Undertema
1. Behandlingsupplägg	1.1 Tillgänglighet 1.2 Användarvänlighet 1.3 Upphovsmakarna 1.4 Den lilla investeringen 1.5 Efter behandling
2. Behandlingsinnehåll	2.1 Verktyg 2.2 Kalla fakta
3. Det relationella	3.1 Den på andra sidan 3.2 Mänsklighet
4. Vem blir jag i den här behandlingen?	4.1 Behandling för vem? 4.2 Förändring är upp till mig 4.3 Självständighet
5. Insikt	

## 1. Behandlingsupplägg

Huvudtemat Behandlingsupplägg fångar upp deltagarnas erfarenheter av behandlingens upplägg.

**1.1 Tillgänglighet.** Tillgänglighetsaspekten kopplades till att behandlingen upplevdes som enkel att genomföra och att det fanns en röd tråd. Enkelheten i genomförandet berodde ur detta perspektiv i hög grad på att behandlingsupplägget möjliggjorde en tids- och platsmässig flexibilitet för deltagarna. Det var möjligt att sitta vid sin dator när och var det passade en bäst. Vissa deltagare menade även att denna flexibilitet gav dem tid att reflektera ordentligt:

*“Det var ingen stress, liksom, och man hade inga tider att passa, riktigt så där. Jag kunde liksom reflektera och sitta i bilen när jag reste och så vidare, så där, så att, eh... Jag hade tid på mig att fundera igenom frågorna och så där, då.” -D12*

Deltagare beskrev även att behandlingen upplevdes som tillgänglig eftersom den garanterade anonymitet. Genom att deltagaren inte behövde träffa någon som kunde se vem hen var kunde integriteten behållas intakt. För deltagare som uppgav anonymitet som relevant, var möjligheten att genomföra behandlingen utan att behöva känna skam och stigmatisering grundläggande för upplevelsen av behandlingen som tillgänglig. Som en deltagare uttryckte det:

*“Ja, det var ju ingenting man, liksom, ja, visade utåt om man säger, utan man satt ju hemma liksom i smyg, eller vad ska man säga.” -D11*

Flera deltagare beskrev att tröskeln in i behandling upplevdes som låg och att den kunde vara ett bra första steg i ett fortsatt individuellt arbete. Det här illustreras av följande citat:

*“Ja, nämen vad som är bra är först och främst att man kanske mjukstartar i sitt tänk runt alkoholkonsumtionen och då är internet faktiskt ganska smidigt, så det är bra.” -D8*

**1.2 Användarvänlighet.** Detta undertema fångar sådant som deltagarna beskrev påverkade hur enkelt eller komplicerat det var att genomföra behandlingen rent praktiskt. Innehållet beskrevs ofta som användbart och relevant, men textmängden kunde upplevas som omfattande och ibland försvåra användarvänligheten. En deltagare beskrev att hen gärna hade sett en enklare utformning med stolpar eller bildstöd. Samtidigt framhöll vissa deltagare att texten var användbar, eftersom det gick att skriva ut den och behålla materialet efter avslutad behandling.

I behandlingen ingick många moment som innebar att deltagarna fick besvara frågor, exempelvis om sin alkoholkonsumtion. Kopplat till detta beskrevs rigida svarsalternativ som något som kunde försämra användarvänligheten, eftersom det då kunde upplevas som tvingande att välja svarsalternativ som inte stämde in.

Slutligen nämnde vissa deltagare den tekniska plattformen som en negativ aspekt av behandlingen. Den beskrevs då som underutvecklad och med ett oattraktivt användargränssnitt. Ur ett användarperspektiv beskrevs den vara komplicerad och kräva mycket av deltagaren:

*“Nej, nej, det krävde ju att du själv var skärpt och hade energi, tålmod, bra inställning. Det var tufft ibland att bara logga in och bara köra för att, det var ju en rent teknisk bit liksom.” -D6*

**1.3 Upphovsmakarna.** Deltagare resonerade kring behandlingens upphovsmakare och deras möjliga motiv och utgångspunkter. Vissa deltagare tyckte sig se en bakomliggande behandlingsideologi som i vissa fall stämde överens med deras egna värderingar och syn på alkoholproblematik vilket kunde påverka behandlingens trovärdighet:

*“Dem har nåt att luta sig mot, det är inte det dära att man ska bestraffas eller frias eller medicineras eller nånting. Utan det var, de tänkte som jag.” -D6*

Samtidigt fanns det deltagare som inte upplevde att bakomliggande behandlingsideologi stämde överens med hur de tyckte att behandlingen borde ha utformats. Frågan om absolutism var något som deltagare hade olika synpunkter på. Dels huruvida avhållsamhet från alkohol faktiskt var en rekommendation från behandlingen eller inte, dels om det var ett önskvärt mål eller inte. En del hade uppfattat att behandlingen inte ställde krav på absolutism och tyckte att det gjorde att behandlingen tappade i trovärdighet och ledde till ett minskat engagemang i behandlingen. Andra hade tvärtom uppfattat att det rekommenderats att sluta helt och för dem som inte tyckte att det var en lämplig rekommendation påverkades behandlingens trovärdighet negativt av detta.

Vissa deltagares erfarenheter påverkades av att behandlingen gavs som en del av en forskningsstudie. Det kunde uppstå tvivel kring syftet med vissa interventioner, huruvida de primärt var till för att gynna deltagaren eller forskningen:

*“Det [rapporteringen] gav ju inte mig någonting. Det kanske gav dom någonting, jag vet inte.” -D2*

Det framkom även synpunkter på huruvida man hade fått tillräckligt med information om behandlingens upplägg och innehåll från upphovsmakarna innan uppstart. En del ifrågasatte detta medan andra utgick ifrån att de själva kunde ha fått informationen och sedan glömt av den. Oavsett vad som kan tänkas stämma, resulterade dock missriktade förväntningar i en besvikelse hos vissa deltagare:

*“Jag trodde det skulle vara lite mer telefonintervju än vad det var. Så att man kunde få lite stöd och hjälp online direkt, liksom, mellan... mun till mun.” -D9*

En del av de deltagare som uttryckte besvikelse över att behandlingens upplägg inte var som förväntat, eller som man tyckte att den borde vara, gjorde även en koppling till tillgängliga ekonomiska resurser. Behandlingen kunde uppfattas som ett ineffektivt men billigt sätt att ge behandling.

**1.4 Den lilla investeringen.** Detta undertema omfattar deltagares uppfattningar om huruvida behandlingen krävde en stor investering från deras sida, såväl praktiskt som känslomässigt. På ett känslomässigt plan menade flera deltagare att behandlingen innebar en relativt liten investering och en del framhöll också att det inte fanns något att förlora på att delta. Det kunde kännas bra att överhuvudtaget göra någonting åt sina problem, flera deltagare uttryckte att behandlingen var något man lika gärna kunde prova på:

*“... eftersom insatsen är relativt låg så är det ju alltid värt att prova såklart, även om man inte har höga förhoppningar. Jag satte ju ingenting, jag offrade ju ingenting, och satte ingenting på spel, jag hade ju bara saker att vinna och insatsen var rätt liten ändå.” -D7*

Att behandlingen bedrevs över internet kunde ha en avdramatiserande effekt, vissa deltagare benämnde dessutom genomgående behandlingen som utbildning, snarare än behandling. En del deltagare framhöll även att behandlingen hade ett avgränsat fokus, vilket gjorde att de kunde koncentrera sig på specifika aspekter av sin problematik och därmed inte blev överväldigade. Samtidigt tvingades de då fokusera på sina problem utan att distraheras av annat. Som en deltagare uttryckte det:

*“Ibland så kan man liksom skära ner det, 'nu handlar det bara om det här, den här biten', att du får koll på hur mycket du dricker, när och under vilka förhållanden, ungefär så, koka ner det lite.” -D6*

Samtidigt beskrevs behandlingen av vissa deltagare som såväl tidskrävande som känslomässigt tuff. Därmed krävdes det också en stor arbetsinsats för att genomföra den, med exempelvis många skattningsskalor att fylla i.

**1.5 Efter behandling.** Synen på behandlingsupplägget påverkades även av hur deltagare tyckte att det blev för dem efter behandlingens slut. Vissa menade att behandlingen var för kort och tog slut innan de var redo och att det kändes tomt när den tog slut. Hos en del hade behandlingen väckt nya behov, som att prata med någon. En del menade att steget att söka hjälp igen om de återföll i alkoholproblematik kändes mindre efter genomgången behandling och att behandlingen även underlättade för dem att söka hjälp för andra, icke-alkoholrelaterade problem:

*“Jag tror ändå att liksom den här första, den här, mitt deltagande i internetundersökningen gjorde att jag, ja, att det blev lättare, att acceptera liksom att jag måste prata med någon.” -D12*

En del deltagare uttryckte att de effekter som behandlingen hade haft föll bort när behandlingen tog slut. Andra menade att behandlingen hade lett till ett förändrat tankesätt och nya rutiner, vilket hade en vidmakthållande effekt. Deltagare som hade valt att skriva ut behandlingsmaterialet beskrev att detta var hjälpsamt då de kunde gå tillbaka och repetera sådant de tyckte varit hjälpsamt. Det framkom även önskemål om ett behandlingsupplägg med ett större stöd i vidmakthållandet.

Ett ytterligare fynd som framkom av vår undersökning var att de uppföljningsintervjuer som gjordes inom ramen för ursprungsprojektet ett och två år efter behandling kunde ha en inverkan. Dels kunde uppföljningsintervjuerna väcka negativa tankar och känslor kring det egna måendet och ens alkoholkonsumtion och då riskera att trigga suget efter alkohol. En deltagare uttryckte det så här:

*“... alltså just precis när man hade de här samtalen eller nån av de här intervjuerna, så när man kanske reflekterade lite över resultaten, hade det då, som du säger, inte gått så bra så hade det kanske varit lätt att ta det som en ursäkt för att falla tillbaka, va.” -D5*

Dels kunde intervjuerna upplevas som stöttande och som ett tecken på att behandlarna brydde sig om hur det gick för deltagarna. I dessa fall hade uppföljningsintervjuerna en vidmakthållande effekt:

*“Ja, för hade de släppt dig direkt vet jag inte hur de hade gått, det var just det att det fanns ju ett intresse och jag tänker på det att 'om ett år, vad kommer jag säga då', hur är jag nu, jag fick det där långa perspektivet, det behöver man. För det tar många år innan det blir stabilt.” -D6*

Några deltagare gav uttryck för en sammanblandning av behandlingen med de återkommande uppföljningsintervjuerna. Dessa uppföljningsintervjuer hade till uppgift att samla in data om deltagarnas psykiska mående och alkoholvanor, i forskningssyfte. De vetenskapliga uppföljningsintervjuerna uppfattades dock av vissa deltagare som en del av den kliniska behandlingen. Detta kunde framkomma i samband med att deltagare beskrev tiden efter behandlingen och hur uppföljningen upplevdes som verksam:

*“Jag tyckte faktiskt dem följde med länge, bra liksom, de följde upp. Återkom och kollade upp efter ett år och sådär, det tycker jag var jättebra.” -D6*

Behandlingen blev för vissa deltagare därmed något mer än de moduler som genomgicks under de tolv veckorna, uppföljningsintervjuerna kunde alltså även fylla en terapeutisk funktion.

## 2. Behandlingsinnehåll

Deltagarna talade både på en specifik och generell nivå om delar av behandlingens innehåll och hur detta innehåll upplevdes som verksamt och icke-verksamt. I detta huvudtema ryms undertemana Verktyg och Kalla fakta.

**2.1 Verktyg.** Många av deltagarna refererade i allmänna ordalag till verktyg som de mötte och använde sig av i behandlingen. Det kunde också vara så att de gav uttryck för att sakna verktyg och tyckte att behandlingen inte innehöll tillräckligt mycket av detta. Vanligen pratades det om verktyg, instrument eller strategier i just allmänna ordalag, utan att beskriva närmare vad för verktyg som åsyftades:

*“Jag tycker att den var i bra form och just det här att man fick ett antal olika verktyg att jobba med som man sedan också kunde använda sig av. Det fanns ju möjlighet att plocka, man fick ju med sig metoder i bakfickan om man säger så, som man kan plocka fram om och när bekymren uppstår igen så att säga.” -D4*

Behandlingsinnehåll i form av specifika verktyg för att exempelvis hantera sug berördes av deltagarna. Strategier såsom undvikande, distraktion, skjuta upp beslut och att hålla ut diskuterades utifrån verktygens upplevda användbarhet och verkningsgrad. I följande citat beskrev en deltagare hur verktyget 'stopp-kort' inte fungerade för hen och att hen önskade en större variation på verktyg:

*“Nej men då tänkte jag istället 'vad kan jag ha?', så där behövs det mera alternativ. Jag kan inte ha ett stopp-kort i fickan som jag tar upp, 'vad har du*

*där?’, - nej! Så där behöver man kanske mer verktyg. För för mig är det det, när man står där och då ’amen jag ska inte ha ett glas till’, hur gör jag då? Det behövs mer, verktyg till.” -D8*

**2.2 Kalla fakta.** Här behandlas beskrivningar av hur behandlingsinnehållet bestod av information och kartläggning av deltagarnas alkoholproblem. Med information menas de avsnitt av behandlingen där deltagare fick lära sig mer om alkohol och dess konsekvenser. Somliga uppskattade dessa inslag...

*“Jo, jag tyckte det var väldigt mycket relevant information jag fick. Jag fick lära mig mer om mitt eget drickande.” -D9*

... medan andra förhöll sig kritiskt:

*“Det är säkert många faktorer, men ett, åtminstone för mig, så funkar liksom inte såna där teorigrejer, böcker och... Alltså, allt det där som man gjorde på den här behandlingen eller vad man ska säga, faktadelen, den kunde jag ju redan.” -D7*

Att kartlägga sitt drickande beskrevs som en stor del av behandlingens innehåll. Detta kunde av deltagare beskrivas som en viktig del av behandlingen i och med att det blev tydligt hur mycket de drack.

*“Det som nog var det bästa, det som hade nån effekt, det är nog i så fall att tvingas att kartlägga exakt vad man har för mönster och rapportera in det varje vecka...” -D7*

Någon tyckte att kartläggningen inte gav något då det inte bidrog med ny information. Andra kunde tycka det var verksamt att kartlägga sitt drickande men tyckte att formen för det blev upprepande och tjatig:

*“Hela tiden samma sak, varje gång man loggade in så... Dom sa det också, att det var det som var själva grejen, att man alltid skulle ta upp de här frågorna.” -D2*

### **3. Det relationella**

Huvudtemat Det relationella samlar deltagarnas erfarenheter av kontakten med behandlare och huruvida internetbehandling är personligt eller opersonligt. Dessa resonemang kunde också väcka behov hos deltagarna om att få känna sig som en hel människa.

**3.1 Den på andra sidan.** Detta undertema rör deltagares upplevelser av att inte vara ensamma i sin resa mot förändrade alkoholvanor och hur kontakten med behandlare spelade en roll i behandlingen. Det fanns varierade uppfattningar och erfarenheter av behandlarkontakten. Den kunde upplevas som engagerad, professionell och frekvent men även som bristfällig, kortfattad och otillgänglig. De varierade uppfattningarna kan belysas av följande två citat:



*“Jag blev förvånad över att det var verkligen, någon som kunde och brydde sig och tyckte att det här var viktigt och liksom så, det lora bra alltså.” -D6*

*“Jag kan ändå uppleva att den personliga kontakt man hade, som var svaren, och kontakten man hade var väldigt begränsad. Det känns som att den som hade arbetsuppgifterna hade väldigt snävt med tid, för det var väldigt kortfattade svar.” -D4*

Upplevelsen av behandlaren präglades av erfarenheten av att veckovis redovisa hur mycket alkohol som man druckit. Behandlaren blev någon som man rapporterade in sina resultat till, någon som kunde följa en och som man var ansvarig inför. En deltagare nämnde att det skulle ha varit verksamt att ha vad hen beskrev som ‘accountability partner’. Denna partner skulle vara någon som deltagaren var redovisningsansvarig inför och som själv skulle redovisa tillbaka till deltagaren. Det skulle alltså vara ett gemensamt åtagande.

Deltagare beskrev också erfarenheter av bristande återkoppling från behandlare på det som rapporterades in:

*“Men alla de här grejerna som man rapporterade in tror jag kunde vara användbart om man fick en personlig reflektion och återkoppling på, att nån har sett det man har skickat in.” -D7*

Undertemat rör även ouppfyllda önsknigar om vad den på andra sidan hade kunnat innebära för deltagaren. Det uttrycktes behov av att ha kontakt med någon som skulle kunna fylla funktionen av en sponsor, en vis person som kunde guida deltagaren på resan. Sponsorn skulle vara någon som visste vad deltagaren gick igenom eftersom hen själv hade gått igenom samma sak eller själv var på samma resa:

*“Med någon likasinnad eller någon som vet vad man går igenom. En som kanske har, en som kanske, mmm, har kommit ut på andra sidan, om man säger så. Och har blivit hjälpt, då. Och hittat ett bättre sätt, eller bra sätt att leva.” -D11*

**3.2 Männsklighet.** Huruvida internetbehandling var ett format som upplevdes som personligt eller opersonligt diskuterades av deltagarna. Detta kontrasterades mot traditionell öga-mot-öga-behandling. Att behandlingen upplevdes som personlig eller opersonlig kunde uppfattas både som bra och dåligt.

Vissa deltagare såg behandlingen som opersonlig i en positiv bemärkelse. För andra deltagare bestod den opersonliga aspekten av en begränsad kontakt med behandlare vilket för dessa deltagare blev problematiskt. Flera saknade mänsklig kontakt och kände att deras känslomässiga behov inte tillgodosågs i den form som behandlingen erbjöd. Någon beskrev hur dessa behov väcktes under behandlingens gång, medan andra gav uttryck för att ha haft sådana behov sedan början av behandlingen.

Internetbehandling kunde upplevas som mekanistiskt, där deltagaren kände att den inte hade möjlighet att bli en hel person. Någon upplevde att formen för uppföljning och återkoppling under behandlingen bidrog till en känsla av att inte bli sedd och hållen. Flera av deltagarna önskade att behandlingen kunde innehålla telefonkontakt med behandlare med viss frekvens eller vid behov.

*“Pratet är viktigt eftersom att, för det första så är det, jag tror att det är bra att man har återkoppling mot en människa. Asså det här är ju bara från mina perspektiv, det är mycket möjligt att nån annan tänker att det är jätteskönt att det är en dator som sitter och frågar varje vecka liksom. Jag tror att som människa, att man behöver nån motpart om man har problem i någon form, om det är äktenskapsproblem eller missbruksproblem eller spelproblem, så tror jag att man kan komma långt med internetbaserade behandlingar, men jag tror att det behövs den mänskliga faktorn också. För man är en människa så man behöver en människa i andra ändan på nåt sätt, det kan vara mycket eller lite beroende på hur man fungerar.” -D8*

Internetbehandling kunde också upplevas som personligt, där deltagare tyckte sig få en bild av vem behandlaren var eller att internetbehandlingen i någon mån gav utrymme för kontakt med en annan människa:

*“Ja, man fick ju nån form av personlig kontakt och det tycker jag var bra, att man liksom fick ett namn, någon man kommunicerade med under utbildningen. Även fast den var digital så.” -D4*

Några av deltagarna berättade att de hade bjudit in andra personer än behandlare i sin behandlingsprocess. Att exempelvis involvera anhöriga och låta dem få större insyn i behandlingen och drickandet upplevdes som verksamt.

*“Jag tror att en avgörande grej, i alla fall för mig var det det men för många andra kan det säkert också vara, att man har, jag har för mig att det ingick i nån fråga eller nånting, att man skulle om man kan ta det med någon närstående. Och jag gjorde ju så att jag berättar ju allting för min sambo så att vi kunde diskutera det, och det gör ju att när behandlingen avslutas då följs det ju av den personen också. Så har man nån nära vän eller nån man lever ihop med eller nånting, då blir det ju också en uppföljning av det. För börjar man då sväva iväg då reagerar ju den personen också.” -D4*

Att få kännedom om att man inte är ensam om att ha problem med alkohol var något som hjälpte deltagare. Att förstå att många andra också kämpar med alkohol och psykisk ohälsa upplevdes som en lättnad. Det kunde leda till reflektioner kring vad som ingår i att vara människa och inge hopp om att situationen skulle kunna bli bättre.

*“Att jag inte var ensam och att det var många som kände likadant som jag och som hade kunnat ta ner det till en, till en normal nivå igen. Det kändes hoppfullt.” -D9*

Några önskade att det inom behandlingen hade funnits utrymme för att kunna dela erfarenheter med andra som har liknande problem, kanske inom ramen för ett gruppforum eller nätverk. Att ingå i ett sammanhang och hämta kraft från varandra beskrevs som en potentiellt verksam faktor:

*“Det är ju en sån jätteviktig aspekt, det här att det är win-win, ta och ge liksom, man växer ju av att få ge till andra, man känner att man betyder nånting och är inte bara en stackars hopplös person, som det är synd om, som är dum.” -D6*

#### 4. Vem blir jag i den här behandlingen?

Inom detta huvudtema ryms deltagares funderingar kring hur man skulle förhålla sig till behandlingen med avseende på hur väl den passade personen i fråga samt individens egen roll i behandlingen och dess utfall. Här var erfarenheten av bibehållen självständighet central.

**4.1 Behandling för vem?** Detta undertema cirkulerar kring reflektioner om vem denna behandling egentligen var till för och vilken funktion den kunde fylla. Det fanns deltagare som menade att personer med svårare alkoholproblem än vad de själva hade inte skulle kunna tillgodogöra sig denna sorts behandling. Vissa menade att det krävdes god internetvana och att man var frisk och motiverad för att kunna ta till sig behandlingen. Andra deltagare uppfattade istället behandlingen som utformad för personer med svårare alkoholproblematik än vad de själva hade:

*“Jag tyckte väl kanske att den, även om jag är medveten om att jag har problem, så var den väl inriktad, kände jag, på personer som har ännu större problem, sådär.” -D3*

Citatet ovan tangerar även en annan uppfattning som var vanlig bland deltagarna, nämligen att bristen på individanpassning upplevdes som problematisk. Här beskrev flera deltagare att de hade tyckt att behandlingen hade varit mer verksam om den hade kunnat anpassas efter deras egna individuella problembild och behov. Vissa beskrev det som oproblemiskt att behöva svara på frågor de inte tyckte hade personlig relevans för dem, medan andra upplevde att det påverkade deras motivation negativt. En upplevd brist på individanpassning kan illustreras av följande citat:

*“Möjligen att man direkt om man tyckte att nån fråga inte passade att man skulle kunna gå igenom den med nån och säga 'men det här stämmer inte', om man tycker att något i innehållet inte passade mig, att man skulle kunna prata med någon om det.” -D1*

Vissa deltagare uttryckte också att de trodde att behandlingen skulle varit mer verksam om behandlarna i början av behandlingen hade tagit in information om dem som individer. Denna information skulle sedan ha använts för att i ett senare stadium anpassa behandlingen för att passa in på de individuella problemen och behoven. Samtidigt fanns det även deltagare som istället beskrev att behandlingen passade dem perfekt:

*“Den var, den var skraddarsydd för mig, kändes det som, att det funkade verkligen.” -D12*

**4.2 Förändring är upp till mig.** Detta undertema sammanfattar en tendens hos flera av deltagarna att förklara förändrade alkoholvanor med sina egna, individuella egenskaper. Här betonades den egna drivkraften och det egna ansvaret. Deltagare som beskrev att delar av behandlingen inte kändes riktad mot dem och deras problembild kunde exempelvis beskriva hur de då ignorerade de delar de inte tyckte passade dem. Istället fokuserade dessa deltagare på att hitta sådant de tyckte passade in på dem och som kunde vara hjälpsamt. Personliga egenskaper, som exempelvis att vara en person som avslutar sådant man påbörjat, beskrevs ha hjälpt deltagare att komma ur sin

alkoholproblematik. Det kunde även handla om att se sig själv som en stark och motiverad person som tar ansvar för sina egna handlingar och är beredd att jobba hårt:

*“För att vara med i den här behandlingen som jag gick så förutsätter det att du är väldigt, jävligt, motiverad. Och det är ju jag, jag är ju en praktpatient på det sättet, jag gjorde ju jobbet väldigt mycket själv.” -D6*

En del beskrev att behandlingen fungerade som en påminnelse om ett eget ansvar för sitt tillfrisknande, vilket kunde aktualiseras av att behandlingen tog slut:

*“Jag drack under dom månaderna som behandlingen var också. Och sen, sen fick jag ju gå tillbaka och repetera och verkligen skärpa till mig, att nu... Det är ingenting jag kan läsa och fylla i frågeformulär, utan då får jag kavla upp ärmarna och göra någonting, va.” -D10*

Slutligen var det dock flera deltagare som utöver den egna drivkraften betonade vikten av att behandlingen hade en inneboende pådrivande funktion och att det var viktigt att bli uppmuntrad av behandlare.

**4.3 Självtändighet.** Flera deltagare betonade vikten av att känna att de behandlades som vuxna människor i behandlingen. Det kunde handla om att inte bli bemött på ett nedlåtande sätt:

*“Jag tror att många räds det här att man liksom ska bli mästrad och liksom förminskad på grund av sina problem, va, så det i sig tror ju jag inte är nyckeln till framgång, utan man ska liksom känna att det är en hjälp man har hittat som man använder för sin egen skull.” -D5*

Det upplevdes som viktigt att kunna utföra behandlingen på sina egna villkor vilket inkluderade att kunna ta sig tillräckligt med tid för egen reflektion. Det var dessutom viktigt att uppleva att man hade kontroll över sin egen behandling:

*“Och därför tycker jag att den här Karolinska, den var mycket bättre, tycker jag, för att jag känner att jag är en vuxen person och kan ta egna beslut och då kunna dricka måttligt.” -D9*

## 5. Insikt

Detta huvudtema är inte uppdelat i underteman, utan rymmer ett mönster bestående av olika former av insikt som deltagare uppgav vara verksamma faktorer i deras tillfrisknande. Deltagare beskrev att ett viktigt tidigt steg var att överhuvudtaget erkänna att det fanns ett problem och därpå acceptera att det fanns ett hjälpbehov:

*“För att just kunna liksom bearbeta det, kunna vänja sig vid tanken att man kanske behöver ta hjälp.” -D1*

Detta tangerar en annan aspekt som deltagare angav som viktigt i behandlingsprocessen, nämligen ärlighet. Det kunde handla om ärlighet som gjorde att man vågade acceptera det egna hjälpbehovet som beskrivet ovan, men även en

självrannsakande ärlighet som blev ett steg i att komma över skam som kunde ligga som ett hinder i behandlingsprocessen. Även ärlighet mot andra uppgavs kunna vara verksamt under behandlingen:

*“Så att jag tror att det är viktigt att ha någon att prata med. Som vet vad man går igenom och som inte... som vet hur man, hur mycket man lurar sig själv och intalar sig själv, och inte bara sig själv för lurar man sig själv så lurar man ju även andra också, tror att man kan, i alla fall.” -D11*

Många deltagare lyfte även fram att det var avgörande att få insikt i vilka konsekvenser deras alkoholkonsumtion hade för deras eget fysiska och psykiska mående och för andra i deras omgivning. Dessa insikter kunde samtidigt vara tunga att bära. Deltagare beskrev även att det var viktigt att få syn på vilka konsekvenser det kunde få om man slutade dricka och det beskrevs av många som verksamt att få insikt i vad man tyckte var viktigt i livet.

*“... då har det varit avgörande med att få gå till botten med vilka konsekvenser det får, så som man har agerat, och så vilka fördelar de naturligtvis har om man agerar på ett bättre sätt. /.../ För det har ju satt igång mycket tankar om man inser att 'fyfasen vad illa jag har betett mig här'. Så atte, särskilt då hur man har påverkat sin omgivning och familj med det, det har varit starkt för mig att jobba med i alla fall.” -D4*

Deltagare beskrev hur en ökad kännedom om de personliga orsakerna bakom ens alkoholbruk fungerade som en verksam faktor i att förändra sina alkoholvanor. Några upplevde att detta var något som saknades i behandlingen:

*“Men det kanske är lättare att lösa problem om man liksom vet varför, varför jag gör det här beteenden, vad är det liksom som triggas mig, liksom.” -D2*

Det verksamma i att inse konsekvenserna av drickandet hängde tätt ihop med probleminsikt, som också uppgavs vara viktigt. Här beskrev många deltagare att behandlingen på olika sätt blev en ögonöppnare:

*“Så det blir väldigt uppenbart för en själv, 'hur många glas är det, inte vet jag' du vet. /.../ och man blir, vad ska man säga, mycket mer medveten om vad man själv håller på med, uppmärksammar, 'ojdå', liksom. Så det är jättebra tror jag, rätta upp det på det sättet.” -D8*

Många deltagare kopplade ihop konsekvensinsikten med insikten om att de hade valmöjligheter kopplat till sitt drickande, vilket beskrevs som en kraftfull faktor i behandlingsprocessen. Med valmöjligheterna följde för många resonemang om det egna ansvaret för tillfrisknande, men även en hoppfullhet som kom med insikten om att valmöjligheter innebär att läget inte är hopplöst:

*“Det var inte kört, det var inte hopplöst, jag var liksom inte född till det.” -D6*

## Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att undersöka erfarenheter hos före detta deltagare i en internetbaserad behandling mot AUD. Vi fokuserade särskilt på att identifiera vad i behandlingen dessa personer hade upplevt som verksamt respektive icke-verksamt för att uppnå en förändring av sina alkoholvanor.

Deltagarna uppfattade den internetbaserade behandlingen som tillgänglig. Tillgängligheten blev en förutsättning för deltagarna att kunna genomföra behandlingen, den plats-och tidsmässiga flexibiliteten samt deltagandets anonymitet var nödvändig för detta. Detta resultat återfinns även i annan kvalitativ forskning som undersöker erfarenheter av internetbaserad KBT-behandling (Gerhards et al., 2011; Holst et al., 2017; Sánches-Ortiz et al., 2011). Tidigare forskning har framhållit bland annat stigmatisering som en anledning till varför personer med alkoholproblematik är mindre benägna att söka hjälp (Probst, Manthey, Martinez & Rehm, 2015; Grant, 1997). För våra deltagare blev internetbehandling ett sätt att komma runt stigmatiseringen och våga söka hjälp. För somliga blev dock anonymiteten som följde av att ha en begränsad personlig kontakt med behandlare en försvårande och icke-verksam faktor.

Användarvänligheten var något som påverkade i vilken grad behandlingen upplevdes som verksam eller icke-verksam. Den plattform som behandlingen levererades via kunde vara ett hinder i behandlingen på så sätt att användargränssnittet uppfattades som oattraktivt eller att textmängden var för omfattande. Även tidigare forskning har betonat att den tekniska plattformen kan påverka erfarenheter vid internetbaserad KBT-behandling (Gerhards et al., 2011; Rozental et al., 2015). Våra resultat på detta området fick oss att reflektera kring huruvida behandlingsinnehållets trovärdighet kan påverkas av hur attraktivt användargränssnittet uppfattas. Vid utformning av framtida program kan det vara intressant att inkludera kunskap om design för att höja deltagares användarupplevelse. I utformningen av framtida program skulle det även kunna övervägas att erbjuda innehållet på olika nivåer, där deltagaren kan välja hur mycket information i text som hen vill ta del av. Detta kan vara särskilt relevant eftersom kognitiva funktioner försämras av långvarig överkonsumtion av alkohol (Stavro, Pelletier & Potvin, 2013) vilket exempelvis skulle kunna påverka deltagares förmåga att tillgodogöra sig stora textstycken.

Deltagare erfor och berättade om en bakomliggande behandlingsideologi som de förhöll sig till på olika sätt. Det verkar som att behandlingsideologin och internetbehandling som format är väl passande för personer som vill ta ett eget ansvar och själv göra något åt sin alkoholproblematik. Uppfattningen huruvida behandlingen uppmuntrade till en absolutistisk hållning eller om den inte gjorde det skilde sig åt bland deltagarna. Oavsett om behandlingen gjorde det eller inte så är det en fråga som var viktig för deltagare. Vilken information som deltagare hade fått om behandlingen innan den påbörjades var också en viktig faktor som påverkade trovärdigheten. Det förekom att deltagare hade haft felaktiga uppfattningar och förväntningar om vad behandlingen skulle innebära, exempelvis när det kom till mängd och form på kontakten med behandlare.

I resultatet blev det tydligt att flera deltagare uppfattade det som att behandlingen enbart krävde en liten känslomässig investering från deras sida. Att delta i internetbaserad behandling sågs generellt sett inte som ett stort åtagande, flera av deltagarna refererade exempelvis till behandlingen som en utbildning. Det är möjligt att förstå det som ett sätt för deltagarna att distansera sig från patientrollen och underlätta steget in i behandlingen. Behandlingen beskrevs också som något som man inte kan förlora något på att prova på.

Det kan diskuteras hur denna inställning påverkade deltagarnas engagemang och behandlingens verksamhetsgrad. En möjlig tolkning av varför internetbehandling upplevdes innebära en liten känslomässig investering kan vara att uppfattningen hos många deltagare var att internetbehandling är en operativ behandling. Om internetbaserad behandling innebär en lägre grad av känslomässig investering och det i sin tur har en relation till deltagarens engagemang i behandlingen, skulle det kunna innebära att dessa faktorer kan påverkas. Att öka graden av känslomässig investering genom att öka uppfattningen av kontakten med behandlare som personlig, skulle alltså kunna påverka engagemanget och motivationen i behandlingen i en positiv riktning. Samtidigt vet vi från tidigare forskning att upplevelse av förbättringen som självstyrd är något som påverkar förändring av alkoholvanor positivt (Orford et al., 2006).

Deltagare hade olika erfarenheter av tiden efter avslutad behandling. Vissa hade önskat att behandlingen var mer flexibel i längd och tyckte att det skulle ha varit verksamt att kunna vara aktiva i behandlingen tills dess att de hade känt sig klara. Flera deltagare uttryckte att det hade känts tomt efter behandlingens slut och att det skulle ha varit verksamt att ha någon som följer upp och någon som bryr sig om hur det går för en. De uppföljande forskningsintervjuerna inom ramen för ursprungsprojektet fyllde i några fall denna roll. Detta är något att ta i beaktande i utvecklandet av framtida internetbaserade behandlingar, att inkludera till exempel en vidmakthållandeplan eller uppföljande samtal.

Deltagare uttryckte att behandlingen hade försett dem med en verktygslåda med olika strategier för att få kontroll över och minska sin alkoholkonsumtion, vilket beskrevs som verksamt. En central behandlingsaspekt som lyftes fram som en starkt verksam faktor var uppmaningen att kartlägga sin alkoholkonsumtion. För många blev det här en ögonöppnare som, kombinerad med en ärlighet gentemot sig själv och sin omgivning, kunde öppna upp för olika former av insikt. Dels beskrev många en insikt i de egna alkoholproblemen och om alkoholens olika konsekvenser, dels en insikt om att det fanns olika valmöjligheter och det egna ansvaret för att välja väg mot förändring. Här var de verktyg som presenterades i behandlingen viktiga, eftersom de gav konkret kunskap om hur deltagarna kunde gå till väga för att omvända insikt i praktisk förändring. Erfarenheten av det verksamma i att kartläggning av alkoholkonsumtion leder till insikt och fungerar motiverande är något som även Darvell, Kavanagh och Connolly (2015) fann i sin forskning. Erfarenheter av kartläggningens funktion i förändring av alkoholvanor återfinns även i de teoretiska antaganden som ligger till grund för bland annat MET (Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Våra resultat visar att behandlarkontakten hade en viktig roll i att påverka hur verksam deltagare uppfattade att behandlingen var. Oavsett om en deltagare hade upplevt behandlarkontakten som positiv eller bristfällig, så uppgavs den alltså vara en viktig påverkande faktor. En del deltagare upplevde kontakten med behandlare som personlig och engagerad medan andra beskrev den som det rakt motsatta. En förklaring kan vara att olika deltagare ju hade kontakt med olika behandlare och att dessa behandlare kan ha haft olika sätt att uttrycka sig och bemöta deltagare. En annan förklaring kan dock vara att individuella egenskaper hos deltagarna påverkade huruvida de uppfattade något som personligt eller inte. Oavsett anledning kan det konstateras att för de deltagare som uppfattade behandlarkontakten som operativ på ett negativt sätt eller som i övrigt bristfällig, så var detta en betydande faktor som kan ha gjort behandlingen mindre verksam. Annan forskning kring erfarenheter av internetbaserad behandling har framhållit deltagares önskemål om mer stöd eller behandlarkontakt (Bendelin et al., 2011;

Gerhards et al., 2011; Holst et al., 2017; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015), något som i viss grad även återspeglas i våra resultat.

Känslan av att vara ensam om sina problem verkar ha varit en försvårande faktor i deltagares problembild och många beskrev det som verksamt att inse att de inte var ensamma om att ha dessa problem. Vissa deltagare uttryckte även att det skulle ha varit verksamt att ha tillgång till en sponsor, eller få möjlighet att inom ramen för behandlingen ha kunnat ingå i ett forum med personer som tidigare haft en alkoholproblematik men lyckats övervinna denna. Att detta kan vara verksamt har även plockats upp av tolvstegsbehandlingen, där dessa moment ingår (Karlsson, 2012). Det kan ses som problematiskt att en del deltagare kände sig ensamma i själva behandlingen när de inte kände att de hade den personliga och stöttande kontakt med behandlaren som de hade önskat. Även Darvell, Kavanagh och Connolly (2015), i vilkas studie deltagare hade haft kontakt med behandlare via e-mail, fann att deltagare som inte var nöjda med behandlingen bland annat uppgav att de hade önskat mer stöd och mänsklig kontakt. Ett förslag till förbättring skulle kunna vara att komplettera internetbehandlingen med möjligheten att ha en sponsor eller att ingå i en samtalsgrupp.

Deltagare uppgav också att det hade varit verksamt att behandlingen uppmanade dem att involvera anhöriga. Att familj och vänner kan fungera som en anledning till förändring för en person med alkoholproblematik återfinns även i forskningen av Orford et al. (2006). Även UKATT Research Team (2001) fann att sociala aspekter som att involvera anhöriga kunde utgöra viktiga faktorer för förändring.

Resultaten synliggör också en annan utmaning för behandlingsformatet, vilket är att även om deltagare har ett avgränsat problem i form av AUD, så är det fortfarande verksamt för dem att erfara att de blir sedda av behandlaren och får känna sig som hela människor. I teorin bakom motiverande samtal betonas att förändring möjliggörs genom terapeutens empatiska förhållningssätt (Bien, Miller & Boroughs, 1993). Därmed skulle en fråga för framtida forskning kunna vara hur empati och allians kan förstås inom ramen för internetbaserad behandling.

Av resultaten framgår att flera deltagare såg behandlingen som ett lämpligt första steg i en process mot att få kontroll över sin alkoholkonsumtion. Behandlingen, som många uppgav verkade anpassad för personer med svårare alkoholproblematik än deras egen, sågs därmed inte som tillräcklig för att hjälpa dem hela vägen fram men som en god början. Även deltagare i Darvells, Kavanaghs och Connollys studie (2015) beskrev den genomgångna behandlingen på detta sätt. Detta väcker frågor kring huruvida deltagares motivation påverkas av synen på behandlingen som otillräcklig. Framtida forskning skulle kunna undersöka huruvida denna syn på behandlingen kan påverka behandlingsefterlevnad, särskilt hos deltagare som anser att behandlingen verkar utformad för personer med svårare problematik och därmed skulle kunna dra slutsatsen att de själva kanske inte är så illa därän trots allt.

En vanlig erfarenhet av behandlingen var att den upplevdes som fyrkantig, där samma behandlingsmall förväntades passa för alla deltagare. Därmed framkom även önskemål om möjlighet till individanpassning. Detta återfanns också i studien av Darvell, Kavanagh och Connolly (2015), där deltagare uttryckte önskemål om högre grad av individanpassning. Även i kvalitativa studier på internetbaserad KBT-behandling för annan typ av problematik lyfts framkommer liknande erfarenheter (Bendelin et al., 2011; Lillevoll et al., 2013; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015).

En erfarenhet av behandlingen var att deltagare förväntades rapportera in stora mängder information, men sedan inte fick någon återkoppling på detta från behandlare.



Även detta kan kopplas till ovan resonemang om en önskan hos deltagare att ses som hela människor, där informationen skulle kunna användas av behandlare för att skapa en mer komplett bild av deltagarna och deras behov. Behandlingen skulle också ha varit mer verksam om de hade fått denna återkoppling, menade deltagarna. Det framfördes även önskemål om att behandlarna skulle använda sig av den inrapporterade informationen för att individanpassa behandlingen i ett senare skede.

Tidigare forskning har visat att självstyrd förändring är en verksam faktor vid förändrade alkoholvanor (Orford et al., 2006). Detta skulle kunna bero på att personers 'self-efficacy' (Bandura, 1977) stärks av att de attribuerar förändring till sig själva. Resultatet i detta examensarbete visade att flera deltagare i hög grad tillskrev sina förändrade alkoholvanor till egna ansträngningar och personliga egenskaper, vilket kan tyda på att den undersökta internetbehandlingen hade ett upplägg som stärkte denna verkamma faktor. Samtidigt uppgav flera deltagare att de hade önskat ett större stöd från behandlaren de hade kontakt med. Här uppstår en balansgång mellan den yttre draghjälpen som behandlaren kan utgöra, och stärkandet av deltagares 'self-efficacy'. För lite behandlarstöd och för stort fokus på självständighet och eget ansvar riskerar för vissa deltagare att leda till sämre utfall. Om dessa deltagare inte lyckas med att förändra sina alkoholvanor är risken att de med låg 'self-efficacy' avskräcks från att försöka igen, ifall de har föreställningen att om det är upp till dem själva så kommer de att misslyckas. Å andra sidan skulle för mycket behandlarkontakt för vissa deltagare kunna påverka utvecklingen av 'self-efficacy' kopplat till förändring av alkoholvanor negativt. En fråga att ta ställning till blir därmed vem behandlingen lämpar sig för och huruvida internetbehandling är till för alla. I likhet med Orford et al. (2006) fann vi att framsteg i behandling och att uppleva de positiva konsekvenser som följer av förändrade alkoholvanor fungerade motiverande för deltagare.

De uppföljande forskningsintervjuerna i ursprungsprojektet uppfattades av somliga som en del av behandlingen. För de deltagare som tyckte att det var verksamt med en personlig kontakt fanns det ett behov av att känna att man inte bara släpptes. Om denna behandling skulle implementeras i en klinisk miljö i nuvarande form skulle dessa rigorösa uppföljande intervjuer inte vara en del av behandlingen. Finns det då något annat sätt för deltagarna att känna att de blir följda och att någon bryr sig? Utifrån uppfattningen av uppföljningsintervjuerna som verksam faktor i behandling blir det även relevant att ställa sig frågan om intervjuerna som vi genomförde inom ramen för examensarbetet också fyller samma potentiellt verkamma eller triggande funktion. Att utvärderingsintervjuer i kvalitativa studier kring psykologisk behandling kan ha en terapeutisk effekt är något som bland annat Shamai (2003) diskuterar. Hos de deltagare som hade behov av att ha en personlig kontakt i behandlingen är det möjligt att våra intervjuer i detta avseende hade terapeutisk inverkan och fyllde behovet av en uppföljande kontakt.

Värt att notera är könsfördelningen bland våra deltagare, som bestod av åtta män och fyra kvinnor. I ursprungsstudien var könsfördelningen jämn, 51 % kvinnor, och således valde oproportionerligt många män att delta i vår studie. Det är möjligt att denna ojämna fördelning kan förklaras av slumpmässiga skäl men det skulle också kunna förstås utifrån inverkan av samhällliga normer kring kön och alkohol.

## Examensarbetets begränsningar

En begränsning i detta arbete består i att det hade gått lång tid mellan behandlingsavslut och våra intervjuer. Detta innebär att deltagare kunde ha svårt att minnas detaljer kopplade till sina erfarenheter av behandlingen. Det finns även en risk att deltagarnas minne kan ha påverkats negativt av deras alkoholbruk, särskilt om de haft fortsatta alkoholproblem även efter avslutad behandling. Det finns heller ingen garanti för att deltagare inte varit påverkade av alkohol under själva intervjutillfället.

Att intervjuerna gjordes över telefon utgör också en begränsning och det hade varit att föredra att träffas personligen. Detta var dock inte praktiskt genomförbart då deltagarna var geografiskt utspridda över hela Sverige.

Slutligen är det värt att reflektera kring vilka deltagare som väljer att tacka ja till en intervju om erfarenheterna av en behandling de fått. Hinsley, Kelly och Davis (2019) noterade i sin studie att deltagare i kvalitativa undersökningar tenderar att diskutera antingen positiva eller negativa upplevelser, och hoppa över de neutrala, vilket kan göra att viktiga upplevelser inte fångas upp. I detta examensarbete skulle det kunna vara så att de som antingen var mycket nöjda eller mycket missnöjda hade större benägenhet att tacka ja till att vara med. Vår uppfattning är dock att det funnits en pluralitet i beskrivna erfarenheter.

## Sammanfattning

Att delta i en internetbaserad behandling mot AUD har för våra deltagare inneburit en rad olika erfarenheter och upplevelser av vad som har varit verksamt och icke-verksamt. Berättelserna om behandlingen innefattar utsagor om behandlingsupplägg och behandlingsinnehåll och om vad i det relationella som varit betydande för deltagarna. Behandlingen har väckt frågor om den egna rollen i behandlingen och om hur olika former av insikt har varit närvarande i deras resa mot förändrade alkoholvanor.

Sjukvården erbjuder olika typer av behandlingar vid AUD och det blir en fråga för organisation, behandlare och patient vilken behandling som lämpar sig för vilken patient. När en person ska ta ställning till om den vill delta i en behandling, oavsett om det är en klassisk öga-mot-öga-behandling eller inte, så är det viktigt att kunna göra ett välinformerat val. När internetbaserade behandlingar alltmer implementeras i den offentliga vården är det viktigt att tydligt informera patienter om behandlingens upplägg och tillvägagångssätt, så att patienter kan vara någorlunda förberedda på vad som väntar.

## Referenser

- Alborn, S-E. (2012). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. I C. Fahlke (red.), *Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämpning* (s. 244-272). Malmö, Sverige: Liber AB.
- Allebeck, P., Andreasson, S., Wåhlin, S., Ramstedt, M., Gripenberg, J., Damström-Thakker, K., ... Heinemans, N. (2018). *Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2018:1.

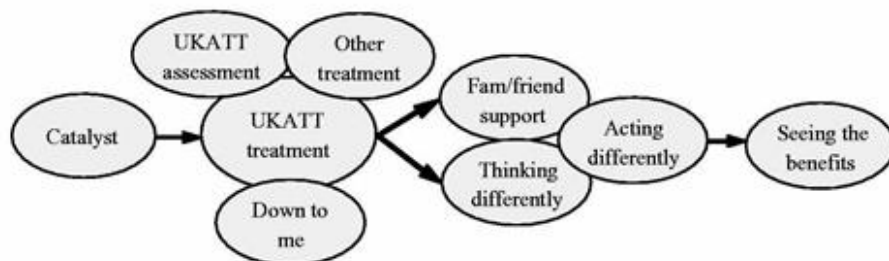
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (5:e upplagan) - DSM-5*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215.
- Besenius, C., Beirne, K., Grogan, S., & Clark-Carter, D. (2013) Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in a Depression/Alcohol Use Disorder Group: A Qualitative Study, *Alcoholism Treatment Quarterly*, *31*(1), 50-66, doi:10.1080/07347324.2013.746613
- Bewick, B. M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A. J., Cahill, J., & Mulhern, B. (2008). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption - A systematic review. *Preventive Medicine*, *47*(1), 17-26. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.005
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *21*(4), 347–356. doi:10.1017/s135246580001167x
- Blomqvist, J. (2012) Perspektiv på missbruk och beroende - från Magnus Huss till Robert West i C. Fahlke (red.) *Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämpning* (ss. 152-170). Malmö: Liber.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology* *3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Croxford, A., Notley, C. J., Maskrey, V., Holland, R., & Kouimtsidis, C. (2014). An exploratory qualitative study seeking participant views evaluating group Cognitive Behavioral Therapy preparation for alcohol detoxification. *Journal of Substance Use*, *20*(1), 61–68. doi:10.3109/14659891.2014.894590
- Darvell, M. J., Kavanagh, D. J., & Connolly, J. M. (2015). A qualitative exploration of Internet-based treatment for comorbid depression and alcohol misuse. *Internet Interventions*, *2*(2), 174–182. doi:10.1016/j.invent.2015.03.003
- Edwards, A. C., Gillespie, N. A., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2013). Assessment of a Modified DSM-5 Diagnosis of Alcohol Use Disorder in a Genetically Informative Population. *Alcohol Clin Exp Res*, *37*(3), 443-451. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01954.x
- Folkhälsomyndigheten (2019, 12 december) *Alkoholens Skadeverkningar*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/alkohol/skadeverkningar/>
- Gerhards, S. A. H., Abma, T. A., Arntz, A., de Graaf, L. E., Evers, S. M. A. A., & Widdershoven, G. A. M. (2011). Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1-3), 117-125. doi:10.1016/j.jad.2010.09.012
- Grant, B. F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: Reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*(4), 365-371. doi:10.15288/jsa.1997.58.365
- Hinsley, K., Kelly, P. J., & Davis, E. (2019). Experiences of patient-centred care in alcohol and other drug treatment settings: A qualitative study to inform design of a patient-reported experience measure. *Drug and Alcohol Review*, *38*(6), 664–673. doi:10.1111/dar.12965

- Holst, A., Nejati, S., Björkelund, C., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Kivi, M., . . . Pettersson, E. (2017). Patients' experiences of a computerised self-help program for treating depression—A qualitative study of internet mediated cognitive behavioural therapy in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 46-53. doi:10.1080/02813432.2017.1288813
- Inera (2019, 19:e november). *Översikt*. <https://www.inera.se/aktuellt/statistik/stod-och-behandling/oversikt/>
- Kaldo, V., Buhrman, M., Vernmark, K., & Österberg, J. (2013). *Internetbehandling. Implementering av internetbaserad KBT i hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Karlsson, M. (2012) 12-stegsbehandling - en behandlingsmetod för att uppnå nykterhet och drogfrihet i C. Fahlke (red.) *Handbok i missbrukspsykologi - teori och tillämpning* (ss. 391-402). Malmö: Liber.
- Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 43(11). doi:10.1111/acer.14189
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell S-E. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Lillevoll, K. R., Wilhelmsen, M., Kolstrup, N., Høifødt, R. S., Waterloo, K., ... & Risør, M. B. (2013). Patients' experiences of helpfulness in guided internet-based treatment for depression: Qualitative study of integrated therapeutic dimensions. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), 172-183. doi:10.2196/jmir.2531
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380(9859), 2224-60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. doi:10.1016/s0140-6736(10)61462-6
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., ... Slegg, G. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction* 101(1), 60-68. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x
- Poznyak, V., & Rekve, D. (red:er). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/gsr\\_2018/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/)
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in european primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1). doi:10.1186/s13011-015-0028-z
- Project MATCH Research Group (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311. doi:10.1111/j.1530-0277.1998.tb03912.x

- Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J. & Raninen, J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013*. STADs rapportserie, 2014, rapport nummer 55.
- Resnick, S. M., & Griffiths, M. D. (2011). Service quality in alcohol treatment. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 149–163. doi:10.1108/09526861111105103
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: A qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223-236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033
- Sánchez-Ortiz, V. C., House, J., Munro, C., Treasure, J., Startup, H., ... & Schmidt, U. (2011). "A computer isn't gonna judge you": A qualitative study of users' views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders. *Eating and Weight Disorders*, 16(2), 93-101. doi:10.1007/BF03325314
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. doi:10.1093/alcalc/agq089
- Shamai, M. (2003). Therapeutic Effects of Qualitative Research: Reconstructing the Experience of Treatment as a By-Product of Qualitative Evaluation. *Social Service Review*, 77(3), 455–467. doi:10.1086/375789
- Snape, D. & Spencer, L. (2003). The Foundations of Qualitative Research. I J. Ritchie & J. Lewis (red:er). *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications Ltd.
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen, artikelnr 2015-4-2.
- SOU (2011:35). *Bättre insatser vid missbruk och beroende*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. (SOU 2011:35) Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: A meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213. doi:10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x
- Sundström, C., Blankers, M. & Khadjesari, Z. (2017). Computer-based interventions for problematic alcohol use: A review of systematic reviews. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(5), 646-658. doi:10.1007/s12529-016-9601-8
- Sundström, C., Eék, N., Kraepelien, M., Fahlke, C., Gajecki, M., Jakobsson, M., ... Berman, A. H. (2019). High- versus low-intensity internet interventions for alcohol use disorders: Results of a three-armed randomized controlled superiority trial. *Addiction*. doi:10.1111/add.14871
- Sundström, C., Gajecki, M., Johansson, M., Blankers, M., Sinadinovic, K., Stenlund-Gens, E., ... Berman, A. H. (2016). Guided and Unguided Internet-Based Treatment for Problematic Alcohol Use – A Randomized Controlled Pilot Trial. *PLOS ONE*, 11(7). doi:10.1371/journal.pone.0157817
- Sundström, C., Kraepelien, M., Eék, N., Fahlke, C., Kalso, V., & Berman, A. H. (2017). High-intensity therapist-guided internet-based cognitive behavior therapy for alcohol use disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1355-6

- UKATT Research Team (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36(1), 11–21. doi:10.1093/alcalc/36.1.11
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (3:e upplagan). Berkshire: Open University Press.

## Bilaga 1



*Figur 1.* Modell över förändring från klientens perspektiv. Från Orford et al. (2006).

## Bilaga 2



**Karolinska  
Institutet**

Anne H Berman, docent  
Leg psykolog, leg psykoterapeut  
Specialist i klinisk psykologi

Institutionen för klinisk  
neurovetenskap  
Centrum för psykiatrforskning

Regionala etikprövnings- nämnden i Stockholm
datum: 2018-12-19
Dnr: 2018/2583-32

Stockholm  
18 december  
2018

Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm  
Box 289  
171 77 STOCKHOLM

### **Tilläggsansökan till beviljat etikprövningstillstånd med Dnr 2015/2014-31**

*Internetförmedlad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen*

Detta brev avser ett tillägg i projektet med EPN beslut 2015-12-30 med titel "Internetförmedlad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen". Avgiften på 2000 kr betalas in till bankgironummer 794-5496 med angivelse av diarienumret ovan 2018-12-18.

Projektet fortgår enligt plan. För närvarande sker tvåårsuppföljningar enligt beskrivningen i den ursprungliga ansökan. De första resultaten från studien har genererat ett intresse hos oss att på kvalitativ väg närmare undersöka deltagarnas upplevelser av behandlingen. Denna tilläggsansökan avser en kvalitativ studie som utgör underlag för examensuppsats för två studenter på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet (GU). Studenterna får vetenskaplig handledning via handledare på GU men studien sker under undertecknads ansvar.

#### *Bakgrund till den kvalitativa studien*

Inom ramen för projektet "Internetförmedlad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen" görs utvärderingar av behandlingarnas effektivitet utifrån kvantitativa data. Vid utvärdering av behandling är det av vikt att även inkludera kvalitativa mått genom att närmare studera deltagarnas upplevelser av behandlingen. Genom att fråga efter och beakta deltagarnas synpunkter på behandlingens innehåll, utformning och utfall stärks brukarperspektivet och brukarinflytandet. En kvalitativ studie av detta slag syftar till att ge en grundlig förståelse för bakomliggande faktorer vilka kan tänkas påverka behandlingsutfallet och kan bidra med viktig information för att i framtiden anpassa behandlingens utformning så att denna får bästa möjliga effekt. En kvalitativ studie skulle också kunna identifiera och undanröja risker för eventuella negativa bieffekter av behandlingen. Vi är sammanfattningsvis intresserade av att undersöka vad deltagarna upplever är verksamt i behandlingen och vilka komponenter eller aspekter som upplevts som hjälpsamma eller icke-hjälpsamma.

En kvalitativ utvärdering som liknar förestående studie har tidigare blivit godkänt i pilotprojektet som föranledde det aktuella projektet, en pilotstudie med titeln "Internetförmedlad behandling av alkoholproblem: En pilotstudie i allmän befolkning och beroendevården" och EPN dnr 2015/26-31. I en tilläggsansökan till pilotstudien erhöles också tillstånd att spela in intervjuerna (dnr 2017/2081-32; se bilaga 1).

Karolinska Institutet  
Institutionen för klinisk neurovetenskap  
Centrum för psykiatrforskning  
Norra Stationsgatan 69, plan 7  
113 64 Stockholm

Mobil 070-4245360

URL: <http://ki.se/people/anberm>  
E-post: [anne.h.berman@ki.se](mailto:anne.h.berman@ki.se)



### Procedur

Tillåtelse att ta kontakt för ett eventuellt deltagande i denna kvalitativa studie inhämtas via telefon i samband med den ordinarie tvåårsuppföljningen i projektet. Därefter kontaktas deltagare för inbokning av intervjutid och tillfrågas om informationsbrevet (se bilaga 2) bör skickas per post eller e-mail. Vid intervjutillfällets inledning upprepas innehållet i informationsbrevet, inklusive uppgiften om att samtalet kommer att spelas in och att deltagandet när som helst kan dras tillbaka. Muntligt samtycke att gå vidare med intervjun inhämtas.

För att på djupet kunna undersöka personers erfarenheter och upplevelser av att delta i behandling för alkoholbrukssyndrom vill vi genomföra semistrukturerade intervjuer med personer som har genomgått tvåårsuppföljning efter genomgången och avslutad behandling (se bilaga 3 för intervjuguide). Vi avser att genomföra intervjuerna via telefon. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas för att möjliggöra kvalitativ analys.

Deltagarnas personuppgifter behandlas enligt den rättsliga grunden "Allmänt intresse" och är skyddade av sekretess. Ljuddatafiler och transkriberade intervjuer förvaras i elektroniska system enligt KIs riktlinjer för forskningsdokumentation som uppfyller de krav som ställs i Dataskyddsförordningen. Deltagarna kommer att identifieras genom en pseudonymiseringskod, som kopplas till deras personuppgifter som identifierar dem direkt (i den här studien handlar det om epostadress och telefonnummer). Den lista som kopplar pseudonymiseringskoden till personuppgifterna (epostadress och telefonnummer) förvaras inlåst och oåtkomligt för obehöriga. Dataanalyserna görs så att obehöriga inte kan ta del av dem. När resultaten är klara presenteras de på gruppnivå, vilket innebär att ingen utomstående kan utläsa vad individuella deltagare har svarat.

Vi svarar gärna på eventuella frågor om denna planerade delstudie och hoppas att tilläggsansökan blir godkänt av Etikprövningsnämndens ordförande.

Med vänliga hälsningar,



Anne H Berman, docent  
Leg psykolog, leg psykoterapeut  
Huvudansvarig forskare för projektet

Godkännes, datum 2018-12-23



Agneta Nordenskjöld  
Vetenskaplig sekreterare  
Regionala etikprövningsnämnden  
I Stockholm

### Bilagor

Bilaga	Beskrivning
1	Godkänt tillägg med liknande upplägg, 2017/2081-32
2	Informationsbrev
3	Preliminär intervjuguide

### Bilaga 3

**Summary of the ePlus treatment manual: purpose and homework assignments**  
(Sundström et. al., 2017).

<b>Module</b>	<b>Purpose of module</b>	<b>Homework assignment</b>
Module 1: Alcohol Education	To learn about the effects of alcohol on body and mind and about tolerance and abstinence.	Questions pertaining to the text.
Module 2: Pros and cons of drinking	To help the participant reflect about pros and cons of drinking.	Make a decisional balance.
Module 3: Goals and values	To learn the difference between goals and values, and why these are important to establish at the beginning of treatment.	Set an alcohol consumption goal during treatment (abstinence or moderate drinking). Explore and formulate core values in life.
Module 4: Analyzing risk situations	To learn what risk situation are, and how to analyze them.	Complete a behavioral analysis of one's own risk situations.
Module 5: Dealing with craving	To learn about craving and ways of dealing with it.	Make notes on how to deal with craving: who can you call when you feel craving?, what can you do to distract yourself?, where can you surf on your craving?
Module 6: Dealing with thoughts about alcohol	To learn about what thoughts commonly occur among people who have just begun changing their alcohol habits.	Make notes on which thoughts about alcohol occur most frequently. Make a situational analysis and choose which specific coping strategies to use when the thoughts appear.
Module 7: Dealing with social situations	To learn about why it can be hard to say no to alcohol in social situations.	Practice saying no with a friend or in front of a mirror. Write down answers to specific

		situations presented in the text.
Module 8: Finding other activities	To learn about the "reward trap" (using alcohol as a reward), and the importance of finding other meaningful activities.	List activities to engage in that do not include alcohol. Draw up a time schedule for doing them.
Module 9: Problem solving	To learn about stress, how it is sometimes associated with alcohol use, and about problem solving as a technique.	Go through problem solving and apply it step by step in at least one situation.
Module 10: Negative thoughts and interpretation traps	To learn about negative thoughts and about coping strategies to deal with them, cognitive restructuring.	Complete a behavioral analysis of negative thoughts and challenge these thoughts.
Module 11: Seemingly irrelevant decisions	To learn about the importance of identifying small, seemingly irrelevant decisions that could lead to drinking.	Make notes on a situation where irrelevant decisions were involved in one's drinking.
Module 12: Relapse plan	To learn about the concept of relapse, and predict situations that could make it harder to resist drinking.	Formulate a relapse plan.
Module 13: Life without alcohol problems	To summarize the treatment and look towards the future.	Review the initial alcohol consumption goal formulated in Module 1. Set goals for the future, after treatment.

## Bilaga 4

### *Intervjuguide*

- **Hur skulle du beskriva dina problem innan behandlingen?**
  - har du någon uppfattning om hur dina problem påverkade dig och din omgivning (till exempel dina relationer till familj och vänner eller din arbetsförmåga, fritidsintressen och så vidare?)
- **Vad fick dig att söka hjälp?**
  - hade du tidigare sökt eller funderat på att söka hjälp för dina alkoholproblem?
  - hur var det att ta steget att söka hjälp?
    - hade något kunnat förenkla/underlätta detta steg?
  - varför valde du just internetbehandling? hur kom i kontakt?
- **Vad hade du för förväntningar på behandlingen?**
  - innehåll?
  - utfall/resultat?
- **Vad tyckte du om den behandling du fick? Hur var behandlingen för dig/hur skulle du beskriva behandlingen?**
  - hur väl tyckte du att behandlingen passade just dig och dina problem?
  - generellt sett; hur väl levde behandlingen upp till dina förväntningar?
  - vad tycker du det har för betydelse att behandlingen bedrevs genom internet?
  - hur upplevde du kontakten med behandlare?
  - vad i behandlingen tycker du har hjälpt dig? (Vad i det var det som var bra/ hjälpsamt?)
  - vad, om något, tycker du borde ändras/tas bort? (Vad i det var det som inte var så bra?)
  - vad, om något, tycker du det skall göras mer av? (Vad i det var det som var bra/ hjälpsamt?)
  - har du upplevt några oönskade eller negativa effekter av behandlingen? (Hur har detta påverkat dig?)
  - hur blev det för dig när behandlingen tog slut?
    - hur förberedde behandlingen dig att stå på egna ben i att hantera ditt drickande?
  - Tror du att du skulle rekommendera behandlingen till en vän med liknande problem. I så fall varför/varför inte.
  - hur har behandlingen påverkat din syn på dina problem och vad som är viktigt i ditt liv?
- **Hur skulle du beskriva ditt liv idag?**
  - hur har behandlingen påverkat dig?
  - hur tror du att ditt liv hade sett ut idag om du inte genomgått behandlingen?
- **Har du deltagit i någon annan behandling efter internetbehandlingen?**
  - Vad var det för sorts behandling?
  - I vilken utsträckning tror du att det faktum att du gått i internetbehandlingen innan påverkat ditt val att söka annan behandling?

- På vilket sätt tror du att det påverkade?
- **Då var jag färdig med mina frågor, men är det något du tycker jag har missat att fråga om?**
  - Något du skulle vilja lägga till innan vi avslutar?
  - Något annat du har tänkt på kopplat till behandlingen?

## Bilaga 5

### INFORMATION TILL DELTAGARE I KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

#### ”Upplevelser och erfarenheter av internetbaserad behandling för alkoholbrukssyndrom”

##### **Bakgrund och syfte**

Denna delstudie görs som en del av projektet “Internetföremödad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen”. Syftet med delstudien är att på djupet undersöka personers erfarenheter och upplevelser av att delta i internetbaserad behandling för alkoholbrukssyndrom, bidra till en utvärdering av behandlingen och synliggöra deltagarnas synpunkter på behandlingens innehåll, utformning och utfall. Delstudien genomförs inom ramen för arbetet med en psykologexamensuppsats, under vetenskaplig handledning från Göteborgs universitet.

##### **Deltagande i delstudien**

Du har tillfrågats att delta i delstudien med anledning av att du genomgått internetbaserad behandling för alkoholproblematik. Deltagandet utgörs av en intervju via telefon som tar ca 30-60 minuter vid ett tillfälle. Samtalet kommer att spelas in för att kunna analyseras på gruppnivå.

##### **Frivillighet**

Deltagandet i delstudien är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva ge någon förklaring. Du kan också ta tillbaka ditt samtycke om deltagande i delstudien utan att detta kommer att få några konsekvenser för dig.

##### **Hantering av data och sekretess**

Dina personuppgifter behandlas enligt den rättsliga grunden ”Allmänt intresse” och är skyddade av sekretess. Dina svar förvaras i elektroniska system enligt KIs riktlinjer för forskningsdokumentation som uppfyller de krav som ställs i Dataskyddsförordningen. Vi som arbetar med projektet omfattas alla av tystnadsplikt. Vi kommer i studien att identifiera dig genom en så kallad pseudonymiseringskod, som kopplas till dina personuppgifter som identifierar dig direkt (i den här studien handlar det om din epostadress och telefonnummer). Den lista som kopplar pseudonymiseringskoden till dina personuppgifter (epostadressen och telefonnumret) förvaras inlåst och oåtkomligt för obehöriga. Dataanalyserna görs så att obehöriga inte kan ta del av dem. När resultaten är klara presenteras de på gruppnivå, vilket innebär att ingen utomstående kan utläsa vad just du har svarat.

##### **Dina uppgifter**

Enligt EU:s dataskyddsförordning (GDPR) har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta de ansvariga för studien (se

nedan). Personuppgiftsansvarig i studien är Karolinska Institutet (KI). Dataskyddsbud på KI är Mats Gustavsson: [mats.gustavsson@ki.se](mailto:mats.gustavsson@ki.se). Dataskyddsinspektionen är tillsynsmyndighet.

### **Ansvariga**

Vi som genomför denna studie heter Marie Enelund Moore och Anna Wendel och studerar på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet.

Forskare som är huvudansvarig för genomförandet av projektet "Internetförmedlad behandling för alkoholbrukssyndrom - en randomiserad kontrollerad studie i allmänbefolkningen", samt för denna delstudie, är Anne H Berman, docent, leg psykolog, [anne.h.berman@ki.se](mailto:anne.h.berman@ki.se), 070-4245360, <http://ki.se/people/anberm>.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Gruppresultat kommer att redovisas i ett psykologexamensarbete vilket presenteras vid examination på Göteborgs Universitet. Eventuellt kommer delstudiens resultat att ligga till grund för en senare forskningsartikel. Om du önskar ta del av resultaten från delstudien var god kontakta Marie Enelund Moore via mejladressen [gusenelu@student.gu.se](mailto:gusenelu@student.gu.se), eller huvudansvarig forskare.

Med vänliga hälsningar,

Marie Enelund Moore, 070-7388107, och Anna Wendel, 073-5875842

### **Samtycke ges muntligt i samband med intervju och transkriberas. Informationen inför samtycke till deltagande och lagring av personuppgifter är följande:**

Jag.....har tagit del av ovanstående skriftliga information om studiens genomförande och förstår vad mitt deltagande innebär. Jag är också medveten om att mitt deltagande är fullt frivilligt och att jag när som helst, och utan närmare förklaring, har rätt att avbryta mitt deltagande.

Intygs av intervjuare: .....

Datum framgår av inspelningens filnamn.