

”Vem är jag utan cannabis?”

En studie om behandling för personer med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis: Behandlares och klienters perspektiv och förändringsprocesser

Russell Turner och Torbjörn Forkby

Rapport 2015:3 Trestad2
Omslag: Kia Benroth
Layout inlaga: Tony Dahl, GR Info
Tryckeri: Majornas Grafiska
ISBN: 978-91-87099-11-3

Tackord

Stort tack till alla som medverkat på olika sätt! I synnerhet vill vi tacka er som bidrog genom att bli intervjuade och/eller har fyllt i enkäter (både behandlare, klienter och anhöriga). Att behandlarna har deltagit både i referensgruppsmöten och på de olika workshopparna har varit betydelsefullt för studien. Det är inte lätt att vara föremål för utvärdering och vi hoppas att processen ändå har varit utvecklande. Tack också till Christina Wall, Social resursförvaltning och studiens styrgrupp för vägledning under studiens gång. Den oberoende läsgruppen gav också värdefulla kommentarer.

Till sist tack till olika kollegor på FoU i Väst/GR som har stöttat studien på många olika sätt.

Russell Turner och Torbjörn Forkby

Innehåll

TACKORD	3
SAMMANFATTNING	6
Bakgrund	6
Frågeställningar och syfte	6
Metod	7
Resultat	7
Innebörden för praktiken	9
1. INLEDNING	11
1.1 Rapporten i din hand	11
1.2 Varför en studie om Behandlingsgruppens praktik?	13
1.3 Den första delrapporten: Behandlingsgruppens behandlingsmodell – kunskap från praktik	14
1.4 Vad vet vi om behandling av cannabissmissbruk?	19
1.4.1 Metoder som syftar till att öka motivationen till förändring	19
1.4.2 Kognitiv beteendeterapi med tillägg av motiverande samtal eller motivationshöjande behandling	21
1.5 Frågeställning och utgångspunkter – Vad ville vi veta?	22
Droganvändning, beroende, riskbruk eller missbruk?	24
2. METOD	25
2.1 Metodologisk bakgrund	25
2.2 Studiens design	26
2.2.1 Urval och rekrytering	26
2.2.2 Kvantitativ design	26
2.2.3 Kvalitativ design	27
2.2.4 ”Realistisk” analys – Att dra ihop det hela	29
2.3 Studiens organisation	29
3. RESULTAT	31
3.1 Inskrivningar, genomströmning och bortfall	31
3.1.1 Nybesök och inskrivningar	31
3.1.2 Inskrivningar – vilka är klienterna?	34
3.1.3 Genomströmning och oplanerade behandlingsavslut	45

3.2 Klienternas perspektiv och upplevelser.....	50
3.2.1 Rädslan för avslöjandets konsekvenser	51
3.2.2 Cannabis som en sköld/att våga ställa sig skyddslös	54
3.2.3 Att bli sedd för den man är	58
3.2.4 Omvärdering av relationen till cannabis	61
3.2.5 Den nya självbilden: självreflektion, självförståelse och självacceptans.....	65
3.2.6 Att (om)skapa livet: relationer, sysselsättning och ett ordinärt liv kontra tomheten	68
3.2.7 Spridning av temana bland intervjupersonerna	72
3.3 Behandlingsutfall	73
3.3.1 Kortsiktiga utfall (efter tio veckors behandling)	73
3.3.2 Slutliga utfall – vid utskrivning	78
3.3.3 Anhörigperspektivet.....	84
4. AVSLUTANDE DISKUSSION	86
4.1 Resultatens begränsningar	86
4.1.1 Självskattning som utfallsmått.....	86
4.1.2 Bortfall och urvalets representativitet	86
4.1.3 Varför ingen kontroll- eller jämförelsegrupp?	87
4.1.4 Det begränsade urvalet och frånvaron av multivariata analyser	88
4.1.5 Behandlareffekt kontra behandlingsmodellen	88
4.2 Analys av resultaten	89
4.2.1 Behandlingskontexter.....	89
4.2.2 Förändringsmekanismer.....	91
4.2.3 Behandlingsutfall.....	93
4.2.4 En realistisk analys.....	95
4.3 Innebörden för praktiken	96
4.3.1 Primära förslag	96
4.3.2 Ytterligare förslag	98
REFERENSER	100
BILAGA 1 – Informationsbrevet.....	103
BILAGA 2 – Annonsen om studien.....	106

Sammanfattning

Bakgrund

Denna rapport handlar om öppenvårdsbehandling för vuxna med bekymmer kring sin användning av cannabis. Vilka är då de som söker sig till behandling mer exakt? Vad bekymrade dem, hur uppfattade de att det är att genomgå behandling, och vad blev utfallet? Det här är slutrapporten från en treårig studie av Behandlingsgruppen för drogproblem i Göteborg (hädanefter kallad "Behandlingsgruppen"). Studien är också ett delprojekt inom ett nationellt projekt – Trestad2 – vilket är en satsning inom cannabisområdet i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö. Cannabis är den drog som används mest av all narkotika i Sverige (se Forkby, Olausson och Turner, 2013). Samtidigt som andelen personer som använder cannabis gradvis ökar, utvecklas forskningen om skadeverkningarna av cannabis. Det växande antalet personer som prövar cannabis ställer ökade krav på såväl preventiva insatser som på behandlingsmöjligheter. Det finns få studier om öppenvårdsbehandling för cannabisproblem i Sverige och det råder brist på kunskap som tar hänsyn till behandlares praktik och klienters erfarenheter vid sidan om utfallsresultat. Således har denna studie ambition att presentera svar som bygger lika mycket på klienters och behandlares perspektiv för att förstå förändringsprocesser. Rapporten är tänkt som ett underlag för att reflektera över och utveckla den behandling som erbjuds både lokalt i Göteborg och på andra behandlingsmottagningar för missbruks- och beroendefrågor.

Den forskning som finns om behandlingsinsatser för beroende av cannabis avser i de flesta fall forskning genomförd under kontrollerade former där det finns strikta kriterier för vilka klienter som kan inkluderas och vilka som ska exkluderas och det är tydligt vilken behandlingsmodell som praktiseras. Behandlingsgruppen bedriver en kostnadsfri serviceverksamhet som är öppen för alla invånare över 20 år som bor i Göteborg, där den enskilde själv får

avgöra behovet. Det innebär att Behandlingsgruppen har en hög tillgänglighet där man möter en bred målgrupp i fråga om drogintag, motivation till förändring och en rad andra faktorer som spelar roll för att komma ur av ett missbruk. Sättet att bemöta denna heterogena grupp klienter på kan sägas ha varit att utveckla en allmän behandlarkompetens hos personalen där det som erbjuds i mycket handlar om individanpassade psykosociala behandlingssamtal. En delrapport (Turner, 2014) beskrev denna behandlingsmodell utifrån behandlarnas perspektiv, det vill säga vad anser behandlarna fungera i praktiken? Delrapporten inbegrep tre moment: en beskrivning av Behandlingsgruppen, en övergripande bild av behandlingsprocessen och en detaljerad redovisning av behandlarnas praktiska och erfarenhetsbaserade kunskap. Denna rapport presenterar klienternas perspektiv på behandlingsmodellen som beskrevs i delrapporten och utfallsresultat som också kopplas till modellen. På så sätt är ambitionen att väva ihop behandlarnas och klienternas perspektiv med utfallsresultaten.

Frågeställningar och syfte

Frågorna för denna rapport blir därmed:

- Vilka klienter med cannabisproblem kom till Behandlingsgruppen?
 - o Hur många påbörjade en behandling?
 - o Vilka problem och bakgrundsfaktorer hade de?
 - o Hur många klienter stannade i behandling och vilka hoppade av?
 - o Hur många klienter hade anhöriga som också fick stöd av Behandlingsgruppen och vad tyckte de anhöriga om stödet?
- Hur upplevde klienterna behandlingen?
 - o Hur tänkte klienterna kring att söka hjälp?
 - o Vad var viktigt under behandlingen?
 - o Andra upplevelser som klienterna uppfattade som hjälpsamma eller icke hjälpsamma?

- Vad blev utfallet av behandlingen?
 - o Är resultaten de man förväntat sig av behandlingsmodellen?
 - o Vilka andra utfall blev det?

Målet är att kunna besvara frågan: Vad är det i behandling som fungerar för vem i vilka praktiska sammanhang? Metodmässigt innebär detta att en "realistisk" studie gjordes av behandlingens befintliga praktik *som den är* utan så stor påverkan från forskning. En övergripande ram för studien valdes med stöd i programteori, som kartlägger kedjan klienternas behov-insatser-förändringsmekanismer-utfall (Pawson & Tilley, 1998) för att förstå och förklara orsakssamband. Syftet med en sådan ram för studien är att kunna beskriva vilka förändringsmekanismer som leder till vilka utfall. Förhoppningen är också att kunna skapa förståelse för hur behandling kan stödja en person att välja att ta ett steg mot ett liv fritt från cannabis.

Metod

Studien är upplagd som en prospektiv longitudinell kohortstudie, med avsikt att identifiera och följa en grupp klienter från deras första kontakt med Behandlingsgruppen fram till behandlingsavslut. 60 klienter ingick i studien. I den kvantitativa delen av studien följdes klienter upp vid tre tidpunkter under behandlingen: vid inskrivning, vid avstämning omkring tio veckor efter inskrivning samt vid utskrivning. Vid dessa tidpunkter fyllde klienterna i en enkät för att skatta bland annat sin användning av droger, psykisk hälsa, levnadsituation, sociala relationer och andra psykosociala faktorer. I den kvalitativa delen av studien djupintervjuades 18 klienter vid inskrivning, utskrivning och i några fall efter minst sex månader efter utskrivning. Åtta klienters intervjuer analyserades med användning av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers och Larkin, 2009) och resterande tio klientintervjuer analyserades med hjälp av Framework Analysis (se Ritchie och Lewis, 2003) utifrån en mall som byggdes på IPA-resultaten. Två anhöriga till klienterna i studien intervjuades också. Den grundläggande tanken var att främst använda den kvalitativa delen av studien till att förstå förändringsmekanismer och den kvantitativa delen till att främst uttala sig om utfallet. Under studiens gång har återkoppling skett till Behandlingsgruppen genom en referensgrupp, workshops med behandlarna och andra presentationer. Workshoparna har främst fungerat som ett forum för att presentera preliminära resultat och få behandlarnas återkoppling.

Resultat

Vilka klienter kom till Behandlingsgruppen? Analysen av den information som klienterna lämnade om sig själva vid inskrivning stämde bra överens med de kategorier som togs fram i samband med beskrivningen av behandlingsmodellen. Med andra ord har behandlarna haft en relativt god bild av vilka klientgrupper de möter, vilket bär väl för att man kan ha utvecklat särskilda kompetenser för att bemöta dessa grupper. Det fanns å ena sidan klienter med relativt goda sociala förutsättningar för att genomföra och förhoppningsvis lyckas med ett förändringsarbete av det slag som behandlingen innebär. Å andra sidan var klientgruppen ganska belastad när det gäller psykisk ohälsa och eventuella traumatiska upplevelser från barndomen. 85 procent hade upplevt problem med sin psykiska hälsa någon gång i livet och uppemot hälften uppgav före behandling att de hade som svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig och/eller allvarlig ångest. Det visar på vikten av att kunna bemöta och behandla olika former av psykisk ohälsa antingen genom egna insatser eller i samverkan. En stor grupp sökte själva (65%) till Behandlingsgruppen medan återstoden hade fått hjälp av andra personer som inspirerade eller tryckte på för att klienten skulle söka behandling. Det fanns också en undergrupp av klienter som inte finns identifierade i behandlingsmodellen: de utan sysselsättning så som arbete eller studier. Nästan hälften av klienterna hade en inkomst som utgjordes av någon form av särskild ersättning eller bistånd och hälften var oroade över sin ekonomi.

Hur upplevde klienterna då behandlingen och vad säger detta om de förändringsmekanismer som ingår däri? Utifrån analysen av klientintervjuerna och med stöd i behandlarnas perspektiv (det vill säga behandlingsmodellen) identifierades fem förändringsmekanismer:

- **Att ta steget in** handlade om att skapa en tillgänglig och tillitsfull mottagning där klienten får ett lyhört, icke-dömande och nyanserat bemötandet från början. Det är vanligt att känna en viss rädsla eller oro inför konsekvenserna av att komma i kontakt med "myndigheterna" och de initiala mötena bör präglas av en grundläggande respekt för klienterna och för det faktum att de är experter på sina egna liv. För de klienter som kommer till Behandlingsgruppen från samverkanspartners, så som socialtjänsten, kan steget in också innebära att det finns ett motstånd, känslor av tvång, liksom tankar som kanske andra klienter också har kring hantering av sekretess och anonymitet.

- **Att skapa relation och mål** handlade att bli bemött som den man är och att klienten känner en växande tillit till behandlaren och behandlingen. Behandlaren utforskar var klienten befinner sig, bygger alliansen och skapar förtroende för behandlingsupplägget. Detta förhållningsätt medför att klienten får en känsla av jämbördighet och "att göra tillsammans". Det var viktigt för klienterna att skapa behandlingsmål och upplägg som man kunde tro på och som upplevdes bygga på de egna bekymren och behoven.
- **Att omvärdera relationen till cannabis** inramar behandlarens arbete med uppfattningar kring beroendet och avvänjningsinsatserna. Det som verkade viktigt för klienterna var omvärderingen av den egna relationen till cannabis; att omvärdera vilken roll cannabis har haft i ens liv och få en tydligare bild av negativa upplevelser och drogens påverkan på den egna livsutvecklingen.
- **Att skapar nya självbilder** tar upp behandlarnas kunskaper kring att klienten behöver stanna kvar i behandling efter avvänjning, att behandlingen har en del kvar att uppnå även därefter. Det gäller att hålla kvar mål och fokus och inte släppa taget om klienter som känner sig färdiga direkt efter avvänjningen. För klienterna handlar denna mekanism om att skapa nya självbilder samt att träna upp sin självanalys och självförståelse. Med hjälp av behandlaren får klienten exempelvis lära sig att hantera livet – tankar, känslor, andra människor – på ett nytt sätt.
- **Att (om)skapa livet** handlar om att (åter)uppbbygga identiteten utan cannabis och att återskapa ett drogfritt liv. Det kan inbegripa eventuella förändringsprocesser både i klientens sociala liv och när det gällersysselsättning. Exempelvis kan hantering av befintliga sociala relationer vara viktigt för en klient, medan familjen eller att få arbete kan vara den väsentliga punkten för en annan. Det gäller att klienten ges möjlighet att reflektera över vilka områden i livet som behöver skapas om och att hen får adekvat stöd för att göra detta. Klienterna får en bild av vad det är som krävs av dem själva, men också av andra för att det ska vara möjligt att skapa ett delvis nytt liv. Behandlaren kan behöva samverka med andra aktörer och hjälpa klienten att förstå vilka andra personer hen kan ha fördelen av att ha stöd av i denna nyorientering av livet.

Vad blev då utfallet av behandlingen? Av de 60 klienterna i studien gjorde 23 klienter (38 %) ett planerat avslut med ytterligare fyra (7 %) som fortfarande var kvar vid studiens avslut. 31 (52 %) slutade sin behandling på ett oplanerat sätt och ytterligare två klienter (3 %) avslutade av andra anledningar. Bortfallet under behandlingen kan förefalla stort – jämfört med exempelvis 35 procent i andra liknande studier, så som Hoch m.fl. (2014). Det som måste tas i beaktande här är Behandlingsgruppens höga tillgänglighet där man möter en stor variation av motivation och behov bland klienterna. Av de som avslutar på ett planerat sätt uppvisar de flesta – cirka fyra femtedelar – ingen eller låg¹ användning av cannabis. Detta är med andra ord ett lyckat utfall för drygt 30 procent av klienterna när det gäller att vid slutet av behandlingen ha minskat användningen av cannabis. Det är svårt att jämföra med andra studier vad gäller utfallsresultat då det inte finns studier om liknande svenska öppenvårdsformer. Med reservation för eventuella skillnader studierna emellan kan man konstatera att andelen "lyckade fall" hos Behandlingsgruppen ligger nära andra internationella studier. I enlighet med behandlingsmodellen finns också en rad andra positiva utfall vid sidan om minskad droganvändning, exempelvis en minskning av kognitiva problem som brukar hänga ihop med en regelbunden användning av cannabis, minskad oro över den personliga ekonomin samt minskad oro över sociala relationer. Andelen personer i det sociala nätverket som använde cannabis minskade och andelen klienter som uppgav att de hade psykiska problem var i regel mycket lägre än vid inskrivning, även om omkring en femtedel av klienterna fortsatt hade besvär av kognitiv art och en lika stor andel uppgav sig alltså ha ångestproblematik. Relationen med behandlaren skattades högt av klienterna både vid avstämning och utskrivning, och vid dessa tidpunkter ansåg de flesta klienter att behandlaren hade stor betydelse för förändringen.

När det gäller de som inte fullföljer sin behandling, det vill säga de med ett oplanerat avslut, vet vi inte så mycket om varför behandlingen inte fullföljdes. Psykologiska problem så som svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig och allvarig ångest spelar förmodligen en viss roll. Bland klienter som uppgav att de hade svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig även när de inte använde droger, var det nästan tre gånger så vanligt att avsluta behandlingen på ett oplanerat sätt. Ångestproblematik var också vanligare bland de med ett

1. En dag i veckan eller mindre.

oplanerat avslut. Klienter med psykiska problem så som ångest var också de som fullföljde sin behandling utan att minska sitt cannabisintag. Återigen visar detta på vikten av att ha beredskap i form av Behandlingsgruppens egna kompetenser eller bra samverkansstrukturer för att kunna möta klienters psykiska ohälsa.

Innebörden för praktiken

Behandlingsmodellen kan anses fungera i stort sett enligt den teori som behandlarna har kring den. Utfallsresultaten av behandlingen ligger dessutom inte långt ifrån andra liknande behandlingsupplägg. Det innebär att behandlingsmodellen som verktyg för att lagra behandlarnas kunskap borde tillvaratas inom Behandlingsgruppen. En viktig del i detta arbete är att titta närmare på de organisatoriska riskerna förknippade med modellen, se delrapporten (Turner, 2014). Dessa inkluderade behov av kunskapsutbyte för att skapa ett mer enhetligt erbjudande, att tydliggöra rutiner och ansvar för samverkan och att skapa processer för att matcha klientens behov med behandlarnas kompetens på Behandlingsgruppens tre mottagningar. Med matchning menas att exempelvis klienter med psykisk ohälsa matchas med behandlare som har utbildning i insatser mot psykisk ohälsa, eller att klienter i behov av insatser från samverkanspartners matchas med en behandlare som arbetar med ett samverkansperspektiv.

Studien pekar ut tre utvecklingsområden i relation till behandlingsmodellen. Dessa stämmer väl överens med Behandlingsgruppens ambition om hur behandlingsmodellen borde se ut.

- **Klienter med psykisk ohälsa och i synnerhet kognitiva nedsättningar** – Det finns ett samband mellan psykiska problem, i synnerhet kognitiva nedsättningar och eventuellt även ångest, och negativa utfall i behandling. Frågan för praktiken är hur man bäst möter dessa klienter. Fem steg kan övervägas: i) hur psykiska besvär kan bedömas i förväg, ii) hur klienterna kan matchas med behandlarnas kompetenser, exempelvis så att behandlare som möter klienter med psykisk ohälsa har utbildning i relevanta interventioner, iii) vilka specifika interventioner utöver en individanpassad samtalsbehandling som skulle var fördelaktiga att använda (så som Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) som har gott forskningsstöd), iv) hur behandlaren ska bevaka hur problemen utvecklas under behandling och i synnerhet under avvänjning, v) hur samverkan med andra verksamheter ska

organiseras och vem som har ansvar för att se till att samverkan sker (vissa behandlare arbetar exempelvis inte med ett samverkansperspektiv).

- **Återskapandet av ett drogfritt liv** – Vid en workshop för behandlarna som genomfördes inom ramen för studien identifierades detta område som det allra viktigaste utvecklingsområdet. Analysen i denna rapport pekar åt samma håll, då den mekanism som inte verkade vara i rörelse fullt ut var Att (om)ska livet. Behandlingsmodellen skulle kunna utvecklas med stöd av analysen av klientintervjuerna. Man skulle kunna tydliggöra behandlingserbjudandet med stöd i det som var viktigt för klienterna för att kunna omska livet, så som familje- och andra sociala relationer, meningsfull sysselsättning och att kunna vara nöjd med ett ordinarie liv. Det handlar om en tydlig fas i behandlingen där personen – och inte enbart drogen eller återfall – står i fokus. Med stöd i vad som har varit viktigt för klienterna kan behandlingen rikta fokus mot vilka möjligheter som kan utforskas och stödjas under denna fas.
- **Att hitta meningsfull sysselsättning** – Det fanns en del klienter som var mottagare av bidrag och en del utan arbete eller annan sysselsättning. Dessutom verkade en meningsfull sysselsättning vara viktig för vissa klienter för att kunna omska eller återuppta livet. För klienter med dessa behov eller önskemål kan man tänka sig att behandlingen skulle kunna organiseras annorlunda. Av delrapporten framgick att behandlarna tyckte att samverkan inte alltid fungerade fullt ut och hur man arbetade kring samverkansfrågor skiljde sig åt. Resultaten i denna rapport talar också om att samverkan inte alltid fungerar på ett önskvärt sätt, exempelvis genomförs få samtal med samverkanspartners. Ett annat möjligt upplägg är att erbjuda psykosocialt samtalsstöd efter behov, exempelvis för att hantera ångest, *vid sidan om* tjänster eller stöd från samverkanspartners. Det kan handla om att erbjuda en praktikorienterad träning för klienter med behov av arbete eller att utforska möjligheten att studera eller vidareutbilda sig. Det skulle vara värdefullt om klienten och behandlaren (som har kunskap om klienten) tillsammans planerade sådana insatser.

Det finns ytterligare fyra förslag som kan vara intressant för Behandlingsgruppen att titta på. De innefattar:

- **Behandlingsgruppens tillgänglighet** – Många klienter upplever att det är svårt att ta steget till att söka professionell hjälp. En del av dessa hinder skulle kunna minskas genom tydlig och informativ kommunikation om Behandlingsgruppen. Exempelvis skulle en broschyr kunna tas fram med behandlingserbjudanden och en FAQ² om hur sekretess, personuppgifter, kontakt med andra myndigheter etc hanteras.³ Trycksaker om såväl cannabis som behandling skulle vara av nytta också för anhöriga.
- **Att minska bortfall (att ha korta och öppna behandlingsupplägg)** – Det kommer alltid att finnas ett visst bortfall i en verksamhet som Behandlingsgruppen. Ett av de primära förslagen ovan, gällande personer med psykiska svårigheter, skulle kunna vara till viss hjälp. Klienter som kom på någon annans initiativ var överrepresenterade bland de som inte fullföljde sin behandling. Man skulle kunna se över hur motivationshöjande insatser som erbjuds hos Behandlingsmodellen motsvarar beprövade metoder så som MI (se Miller och Rollnick, 1991). Ett annat förslag handlar om hur man kan minska antalet oplanerade avslut genom att exempelvis sätta upp kortsiktiga mål, vilket klienten skulle kunna uppleva som mer överkomligt. Detta förslag innebär att både korta och befintliga öppna behandlingsformerna kan existera bredvid varandra. I vissa fall kan man då välja att börja med ett kort, fast upplägg med kortsiktiga mål för att sedan gå över till ett längre, öppet behandlingsupplägg om behov finns.
- **Att tydliggöra avslut, behandlingsmål (och avslutskategorier)** – I behandlingsmodellen hanteras behandlingsavslut genom att klienten vägleder och till stor del bestämmer över avslutet. Man glesar ut besöken och hålla möjligheten öppen för klienten att komma tillbaka vid behov. En risk med denna avslutsmodell är att det kan skapa otydlighet både för klienten och behandlaren. Några behandlare var mer vana att arbeta utifrån ett målfokuserat perspektiv, där nya behandlingsmål sattes upp tillsammans med klienten efter avvänjning. Detta ansågs som ett sätt att skapa nytt fokus tillsammans med klienten för att hålla denne kvar. Några klienter i intervjustudien kände att de snabbt var färdiga med behandlingen (där behandlarna eventuellt skulle ha tyckt att klienten borde ha

stannat kvar). Om klienten och behandlaren har en tydlig uppfattning om behandlingsmålen i respektive behandlingsfas, exempelvis efter avvänjning, skapas förutsättningar för att klienten ska kunna veta vart man är på väg och om hen är ”färdig” snart. Kopplat till detta finns ett mer administrativt förslag om hur Behandlingsgruppen tänker kring sina nuvarande avslutskategorier (planerat respektive oplanerat avslut). Det skulle säga mer om man tänkte i termer av om klienten och behandlaren kom överens om behandlingsmålen och om målen uppfylldes eller ej.

- **Anhörigarbetet** – Denna rapport påvisar också att anhörigarbete, åtminstone inte i detta urval, har implementerats i någon större utsträckning. Anhörigperspektivet är dessutom en del i behandlingsmodellen. Om det fortsatt ska vara en viktig aspekt av behandlingen är det värt att lyfta denna fråga. En annan fråga som rör anhöriga är hur kommunikationen ska fungera mellan klientens behandlare och den anhörigas (i de fall detta inte är en och samma person).

Sammantaget kan vi genom denna studie av den behandling som erbjuds personer med problematisk användning av cannabis i Göteborg konstatera att det finns en utvecklad och till stor del effektiv behandlingsmodell. Modellen bedrivs i ett sammanhang av väl utbildade behandlare med en stödjande organisatorisk struktur. Detta utgör goda möjligheter för att så väl vidare utveckla behandlingsmodellen som att tillvarata det som redan fungerar. Förhoppningen är att denna rapport kan bidra till en fortsatt utveckling av behandlingsarbetet.

2. Frequently Asked Questions (ungefär vanliga frågor).

3. Detta förslag kom fram på ett referensgruppsmöte.

1. Inledning

1.1 Rapporten i din hand

Denna rapport handlar om ofta djupgående förändringsprocesser som personer som använder cannabis genomgår. Den handlar således om livsval, oro, hopp och kamp om att skapa och utveckla fungerande sammanhang och känsla av värdighet i en situation där livet för många kan upplevas ha hamnat i en återvändsgränd. Den handlar också om det stöd som de kan få under sin förändringsprocess, framförallt med fokus på det som kan komma från öppenvården men också från andra håll. Och i fråga om öppenvården ligger rapportens fokus på *Behandlingsgruppen för drogproblem i Göteborg* (hädanefter benämnd Behandlingsgruppen).⁴ Vad rapporten inte handlar så mycket om är just cannabis. Det finns inte mycket av preparatkunskap eller för den delen beskrivningar av drogens utbredning eller konstaterade effekter på individen (för detta kan hänvisas till Forkby, Olausson och Turner, 2013; Ramström och Folkhälsoinstitutet, 2009).

De personer som söker sig till Behandlingsgruppen gör det på grund av varierande användning av olika droger. I rapporten står de som i huvudsak använder cannabis i centrum. Vilka är då de som söker sig till Behandlingsgruppen mer precist? Har de något gemensamt? Vad bekymrade dem när de sökte hjälp? Hur upplevde de att det var att genomföra förändringsprocesser och "genomgå behandling"? Vi kommer också att undersöka vad som blev utfallet av behandlingsinsatsen, eller med andra ord vad förändringsprocesserna lett till så här långt. Dessa svar sätts i relation till behandlarnas kunskap om sin praktik men även tidigare forskningsresultat. Ambitionen är att föra en diskussion som bygger lika mycket på kunskap från klienter och behandlare som på forskning. Analysen i rapporten är tänkt att kunna användas som ett underlag för att reflektera

över den behandling som erbjuds både lokalt i Göteborg och på andra behandlingsmottagningar för missbruks- och beroendefrågor. Förhoppningen är att resultaten som presenteras här och de reflektioner som görs kan utgöra ett stöd för att utveckla behandlingsarbete för personer med cannabisproblem, och då ta tillvara såväl på det som verkar fungera väl som att lägga kraft på sådant som inte verkar göra det fullt ut.

Denna text utgör slutrapporten från en treårig studie. Studien kom ursprungligen till utifrån en önskan från behandlare anställda vid Behandlingsgruppen. De önskade att tillsammans med forskare få möjlighet att beskriva, utvärdera och utveckla sin behandlingsmodell. Behandlingsgruppen består av tre mottagningar: Centrum-Väster, Hisingen och Nordost. Behandlingsgruppen är en del av Enheten för stöd och behandling inom missbruk, vilket har sin organisatoriska tillhörighet inom Verksamhetsområde Stöd till familjer och individer som är en del av fackförvaltningen Social resursförvaltning, som serverar alla tio stadsdelar i Göteborgs stad. Behandlingsgruppen erbjuder råd, stöd och psykosocial behandling till vuxna över 20 år som bor i Göteborg och har bekymmer med droger samt deras anhöriga. Verksamhetens ambition är att ha hög tillgänglighet genom att vara öppen för alla, Behandlingsgruppen har med andra ord en bred målgrupp. Begränsningar till Behandlingsgruppens målgrupp är att klienter med mer komplexa psykiska problem skulle hänvisas till en specialiserad mottagning. Idén med det aktuella projektet var att genom ett jämbördigt möte mellan forskning och praktik kunna skapa ny förståelse för vad behandlingen faktiskt består av, vilket i sin tur tänktes kunna vara till nytta för såväl behandlare som forskare och andra som är intresserade av missbruks- och beroendevården. Inom projektet har redan en delrapport publicerats (Turner, 2014). Delrapporten tog upp behandlares perspektiv på metod och förhållningssätt. Ambitionen med den delrapporten var att beskriva den modell

4. Där "öppenvården", "öppenvårdsmottagning" eller "behandlingsmottagning" används i rapporten avses antingen andra enheter och mottagningar eller öppenvårdssystemet för missbruksproblem i stort. Där bara "mottagning" används menas en av de tre mottagningar som utgör Behandlingsgruppen.

för behandling som Behandlingsgruppen använder. Den hade ambitionen att beskriva denna både övergripande och i processer såväl som på en detaljerad nivå. Det sista avsåg att kunna lyfta fram och levandegöra behandlarnas "tysta kunskap" eller "know-how". Idén är att den här rapporten kompletterar med klientperspektiv och resultat om utfallet av behandling.

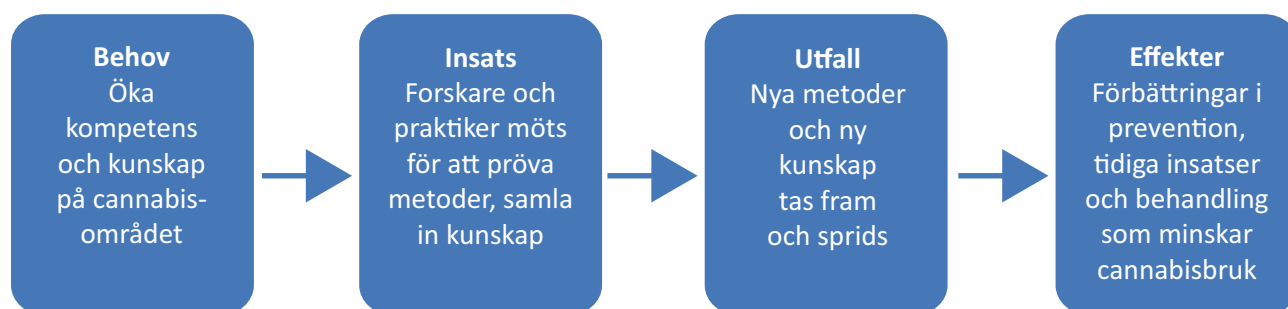
Studien är ett delprojekt inom det nationella projektet Trestad2, som är en satsning på tre nivåer – prevention, tidiga insatser samt vård och behandling – i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö. Utbredningen och omfattningen av cannabisanvändandet i Sverige är störst i de tre storstäderna. Trestad2 bildades efter diskussioner mellan dessa städer och regeringskansliets ANDT⁵-sektariat för att fokusera på storstädernas särskilda situation gällande cannabis. Ett liknande tidigare projekt – Mobilisering mot narkotika – genomfördes 2003–2006 i de tre storstäderna. Tanken med en ny storstadssatsning var att vinna erfarenheter från dessa städer för att dels utveckla olika arbets sätt på storstadsnivå kring cannabis och dels sprida denna kunskap i övriga landet. Socialdepartementet beviljade 35 miljoner kronor till olika delprojekt inom ramen för Trestad2. De övergripande målen för projektet är följande:

- att förbättra kompetens och kunskap kring prevention, tidiga insatser och behandling
- att förbättra implementering och kvalitetssäkring inom dessa områden
- att förbättra kännedom om och tillgänglighet till tjänster
- att sprida denna kunskap.

Projektet som helhet består av cirka 16 delprojekt. Några av projekten drivs gemensamt i samtliga tre städer och några genomförs endast i en av städerna. I början av projektet bestämdes det att varje stad skulle ha ansvar för ett av de tre fokusområdena enligt följande: Malmö – Prevention, Stockholm – Tidiga Insatser och Göteborg – Vård och Behandling. Inom denna ram kunde varje delprojekt arbeta fram egna idéer och Behandlingsgruppens önskan att medverka i ett forskningsprojekt ansågs vara intressant lockande och inom ramarna för Trestad2. Den här studien sorterar under rubriken Vård och Behandling. En särskild tanke med Trestad2 var att delprojekten skulle bygga på samarbete mellan forskning och praktik, där "samarbetet med forskare bidrar till ny kunskap och nya metoder som spänner över hela fältet från förebyggande till behandlande insatser" (Socialdepartementet (2013), s.5). Med andra ord var de olika delprojekten tänkta som ett slags metodutvecklingsprojekt där praktiker och forskare möts för att uppnå ett eller flera av de övergripande målen. Logiken i Trestad2 illustreras i figur 1.

Rapporten är alltså en återrapportering av en lokal treårig studie, men den är också en del av en större helhet där tanken är att bidra till förbättringar på nationell nivå.

Figur 1 – Projektlogik i Trestad2



5. Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak.

1.2 Varför en studie om Behandlingsgruppens praktik?

Det finns få studier om öppenvårdsbehandling för cannabisproblem i Sverige och inga studier (såvitt författaren känner till) som tar upp både behandlarnas och klienters perspektiv jämte utfallsresultat av behandlingen. Cannabis är den drog som används mest av alla narkotika i Sverige (se Forkby, Olausson och Turner, 2013). Detta visar sig i såväl drogvaneundersökningar som i beslagsstatistik. Nationella siffror från folkhälsoundersökningar visar att åldersgruppen 16–29 år brukar ha en prevalens vad gäller cannabisanvändning under *det senaste året* på 10 procent för män och 5 procent för kvinnor (Forkby, Olausson och Turner, 2013). Vidare finns det studier (exempelvis Hall m.fl. 1994) som funnit att omkring tio procent av de som *någon gång i livet* prövat cannabis utvecklar ett beroende. Studier av tungt narkotikamissbruk (exempelvis Anderberg, Dahlberg och Patriksson, 2012) visar att cannabis är den primära drogen bland unga vuxna (upp till 29 år). Totalt sett är cannabis primär drog för nästan en femtedel av alla personer med tung missbruksproblematik i Göteborg, vilket är en lika stor andel som personer som har heroin som förstahandsval. CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) sammanställde information från olika källor – förekomst av cannabis, konsumtion och priser – och konstaterade att cannabisanvändningen har ökat under de senaste decennierna (CAN, 2012). Utifrån nationella skolundersökningar utförda av CAN kan man tydligt se att andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som prövat cannabis någon gång har ökat sedan 2005 (CAN, 2012). Andelen pojkar i gymnasiets årskurs 2 som har prövat cannabis är cirka 20 % medan andelen flickor är knappt 15 %. I Göteborg är andelen 23 % för pojkar och 19 % för flickor (Kungur, 2012). I samma studie rapporteras det att andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som har använt cannabis någon gång under de senaste 30 dagarna har ökat från 3 % till 5 % mellan 2007 och 2010.

Samtidigt som andelen personer som använder cannabis gradvis ökar, utvecklas forskningen om cannabis skadeverkningar. I en sammanställning av forskning, skriver Forkby, Olausson och Turner (2013) att preparatet cannabis blivit starkare genom en ökad THC-halt. Det finns också allt tydligare evidens kring de negativa effekterna av cannabis. Exempelvis visar Meier m.fl. (2012), Ramström och Folkhälsoinstitutet (2009) och Andréasson m.fl. (1989) på en negativ påverkan av regelbunden cannabisanvändning vid kognitiva funktioner och psy-

kisk hälsa så som depression och ångest. Studien från Meier m.fl. (2012) tyder på att de negativa effekterna på kognitiva förmågor förstärks om en person börjar med en regelbunden användning under tonåren. Om detta beror på att den viktiga utvecklingsperiod som tonårstiden utgör förstörs (och att man sedan har svårt att komma ikapp) eller att cannabis skapar bestående skador på hjärnan, går inte att säga än.

Behandlingsgruppens önskan att medverka i ett forskningssamarbete kan ses i sammanhanget av en växande problembild kring cannabis, men också i relation till en alltmer positiv opinionsbildning kring drogen. Med ett mer drogliberalt samhällsklimat och ett växande antal personer som prövar cannabis ställs ökade krav på såväl preventiva insatser som på behandling. Den forskning som finns om behandlingsinsatser avser i de flesta fall forskning genomförd under kontrollerade former där det finns strikta kriterier för vilka klienter som kan inkluderas och vilka som ska exkluderas och där det finns en tydlighet kring vilken behandlingsmodell som praktiseras. Behandlingsgruppens verksamhet skiljer sig från detta. De bedriver en kostnadsfri serviceverksamhet till invånare över 20 år som bor i Göteborg där den enskilde själv får avgöra behovet. Ett dilemma med en verksamhet med hög tillgänglighet är att man kan möta en stor spridning när det gäller drogintag, motivation för förändring och en rad andra faktorer som spelar roll för att komma ur ett missbruk. Att målgruppen är så heterogen gör det också svårt att tillämpa mer strikta behandlingsmetoder, exempelvis sådana som ibland betecknas som evidensbaserade och alltså har vetenskapligt stöd. Sättet att bemöta denna blandning av klienter kan sägas ha varit att utveckla en allmän behandlarkompetens hos personalen där det som erbjuds i mångt och mycket handlar om individanpassade behandlingssamtal enligt Common factors-teorin (exempelvis Wampold, 2001). Detta innebär att faktorer som till exempel styrkan i alliansen mellan klient och behandlare, behandlingsstrukturen, tilltro och tillit till behandlaren spelar större roll än valet av metod. På senare tid har hela Behandlingsgruppen fått utbildning i ett befintligt, strukturerat kognitivt beteendeprogram, Haschavvänjningsprogrammet (HAP) (Lundkvist och Ericsson, 1998). Tidigare var upplägget att varje mottagning hade en behandlare med specialiserad kunskap om HAP och tanken var att HAP skulle användas som ett inslag i det individuella behandlingsarbetet.

Vid de inledande diskussionerna kring det här projektet stod det klart att det inte fanns något uttalat, strukturerat arbetssätt som alla behandlare i

Behandlingsgruppen använde sig av. Behandlarna uppfattade likväl att det gick att tala om en modell, men att det fanns ett stort intresse att få stöd i att beskriva och begreppsliggöra den. Dessutom ville behandlarna kunna uttala sig om utfallet av behandlingsmodellen både kvalitativt och kvantitativt. Metodmässigt för studien innebar det att en "realistisk" studie av behandlingens befintliga praktik skulle göras där man studerar verksamheten *som den är* utan så stor påverkan från forskning. En fördel med en sådan studie är att möjligheten att forskningsresultaten blir tillämpbara ökar. Med andra ord gäller forskningsresultaten den praktik som redan finns, kontra att tala om en ny metod som sedan måste implementeras, justeras, förankras hos den befintliga personalen och så vidare.

1.3 Den första delrapporten: Behandlingsgruppens behandlingsmodell – kunskap från praktik

Som beskrivits ovan handlade den första delrapporten om att beskriva behandlingsmodellen. Beskrivningen inbegrep tre moment: en redogörelse av sammanhanget, en övergripande bild av behandlingsprocessen och en detaljerad redovisning av behandlarnas praktik- och erfarenhetsbaserade kunskap. I det här avsnittet sammanfattas några resultat som beskriver Behandlingsgruppens behandlingsmodell, vilket i sin tur utgör en ram för analysen som kommer senare i rapporten.

Redogörelse av sammanhanget

En intervention genomförs alltid i en rad olika sammanhang och det är därför viktigt att kunna redogöra för de faktorer som är gynnande eller hindrande för att en intervention kan levereras i sitt specifika sammanhang. I den första delrapporten redogjordes för sammanhanget – behandlingens organisation – utifrån fyra nivåer (enligt Pawson och Tilley (1997) modell): behandlarna som individer, arbetsrelationer, organisation och ledning samt samverkansfrågor. Figur 2 på nästa sida sammanfattar denna redogörelse.

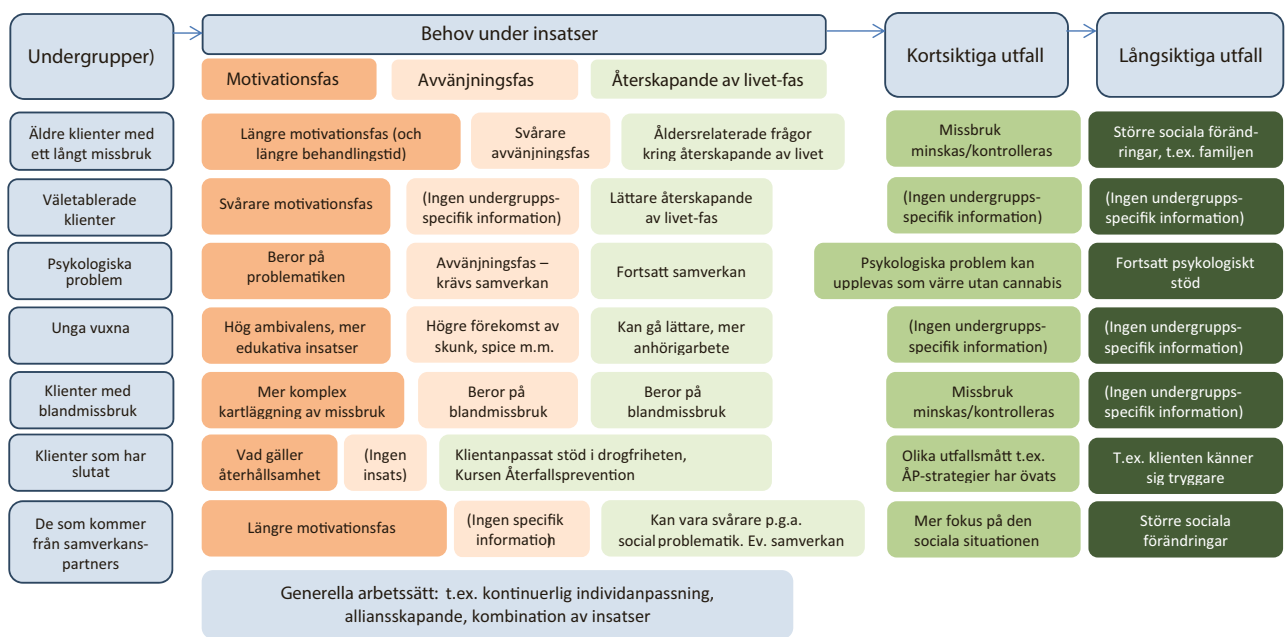
Övergripande bild av behandlingsprocessen

Den övergripande processbilden utvecklades tillsammans med behandlarna utifrån ett programteoretiskt perspektiv (se bland annat Pawson och Tilley, 1997; Rossi, Lipsey och Freeman, 2004). Detta betyder att man i förväg och i dialog med de som utför interventionen som ska studeras tar fram en teori om interventionen. Teorin gäller inte (nödvändigtvis) akademiska teorier utan de tankar och antaganden som står bakom eller som styr det som görs i praktiken. Visserligen kan man i ett kunskapsbaserat arbete dra nytta av akademiska teorier men en programteori är mycket mer specificerad just för den praktik som ska studeras och för det sammanhang där praktiken utförs. Man försöker precisera en teori eller ett logiskt resonemang som kopplar ihop målgruppens behov, insatserna som levereras, kausala mekanismer och förväntade utfall. Det blir då den teori som beskrivs och slutligen jämförs och justeras med analysen från exempelvis klientintervjuer och kvantitativa utfallsresultat. Figur 3 på sidan 16 illustrerar den programteori som togs fram för behandlingsmodellen. Bilden redovisar sju undergrupper av klienter som till viss del förväntas ha olika behand-

Figur 2 – Gynnande och hindrande aspekter av behandlingssammanhanget

Behandlarna Gynnande aspekter • Välutbildade, oftast inom en psykoterapeutisk tradition • Stor variation av erfarenheter av målgruppen • Engagemang för arbetet	Hindrande aspekter • Variation av utbildningar och erfarenheter (kan innebära ett icke-enhetligt erbjudande)
Arbetsrelationer • Möjlighet att lära från varandra och internt kunskapsutbyte • Bra kännedom om varandras arbetsätt (kan förekomma med tid och process) • Självstyrande, stödjande och platt struktur; öppna, tillgängliga relationer	• Risk för att behandlingen anpassas efter behandlaren och inte efter klienten; ett icke enhetligt erbjudande • Processerna för att stödja att ett mottagningsteam blir sammansatt kan förbättras
Organisation och ledning • Specialistmottagning för samsjuklighet (missbruk och psykisk ohälsa) • En tyngd i att samla specialistkompetenser kring missbruk för hela staden •Handledning efter både mottagningsönskemål och egen terapeutisk inriktning • Placering hos Social resursförvaltning: stabilitet och kontinuitet för klienter; gratis och för alla; oberoende behandling; inget tvång • Frihet och förtroende från ledningen vad gäller behandlingsarbete	• Behov av kunskapsutbyte och metodutveckling på en övergripande nivå (för ett mer enhetligt erbjudande på mottagningar) • Risk att mottagningshandledning bidrar till olika erbjudanden på olika mottagningar • "Frihet och förtroende" kan behöva balanseras med stöd från ledningen till nyare team • Stundtals låg inströmning av klienter och otydlighet kring vem som har ansvar för att marknadsföra verksamheten • Behov av att ledningen är en kommunikationskanal uppåt och utåt och förankrar förändringsplaner hos behandlarna
Samverkansfrågor • Engagemang och förståelse för vikten av samverkan hos behandlarna • Några exempel på bra samverkansprocesser på mottagningsnivå och goda relationer kring individer	• Allmänt behov av att förbättra samverkan på mottagnings- och gruppnivå • Otydlighet kring vem som har ansvar för vilka aspekter av samverkan • Svårt men viktigt att skapa god samverkan med socialtjänsten • Eventuella överlappningar med socialtjänstens missbruksverksamheter • Olika sjukvårdsinsatser på respektive mottagning

Figur 3 – En övergripande kartläggning av behandlingens programteori.



Obs! Mekanismer – en viktig del i programlogiken (se avsnitt 2.1) – nämns inte i modellen eftersom de tas fram med stöd av både behandlarnas och klienternas redogörelser.

lingsbehov. Behandlingsförloppet kan delas upp i tre faser: en initial motivationsfas, en avvänjningsfas och en tredje och sista fas med fokus på återskapande av livet. Själva insatserna som genomförs under dessa tre faser presenteras mer i detalj i delrapporten men i korthet består de av motivationshöjande inslag, edukativa insatser, avvänjning, kognitiv beteendeterapi (KBT), familje- och nätverksarbete, återfallsprevention och klientanpassat efterbehandlingsarbete. De olika behandlingsbehoven för undergrupperna visas i de tre olika faserna i behandlingsförloppet. Under rutan Kortsiktiga utfall återfinns de förändringar som man förväntar sig för de olika undergrupperna efter cirka tio veckors behandling. Under rutan Långsiktiga utfall listas de förväntade förändringarna vid behandlingens avslut.

En viktig del i den "realistiska" vetenskapsteorin (exempelvis Harré och Secord, 1972; Pawson och Tilley, 1997; Pawson, 2013) är att kunna beskriva kausala förändringsmekanismer. Detta görs med användning av analys utifrån både behandlarnas och klienternas perspektiv och presenteras längre fram i den här rapporten. Det är viktigt att urskilja mekanismer från insatser. Insatser avser de inslag som levereras, exempelvis motivationshöjande inslag eller KBT. Mekanismer handlar om de upplevelser – det vill säga reaktioner, tankar och även känslor – som

en person har av insatsen (Harré och Secord, 1972; Pawson och Tilley, 1997).

Utifrån djupintervjuer med behandlare togs fyra huvudbehov fram som gäller alla klienter med cannabisproblem⁶:

- Att klienten har "fastnat" eventuellt i relation till kognitiva nedsättningar. Behandlingsbehovet är att klienterna förstår sina tankemönster – berättelsen de har om sig själva eller sin självbild – där de har fastnat och att de kommer loss från detta.
- Att klienten inser själva beroendet och kopplingen till ett eventuellt selektivt synsätt eller snävt fokus på drogens effekter.
- Att komma igenom avvänjningsprocessen och att ta sig till nästa steg, exempelvis att klienten förstår det som pågår i kroppen, och sedan kan stå ut med en viss tomhet för ett tag medan man börjar återskapa ett liv utan cannabis.
- Att det behövs ett "frirum" där det är möjligt att utforska känslor, tankar och identitetsfrågor i en trygg miljö utan moraliserande eller dömande svar.

6. Några behov som var specifika för vissa undergrupper togs också fram (se Turner, 2014).

Detaljerad bild av behandlingsmodellen

Den detaljerade bilden av behandlingsmodellen gjordes med stöd av djupintervjuer och några workshops med behandlarna. Analysen av djupintervjuerna med behandlarna resulterade i en tematisk presentation av behandlarnas erfarenhetsbaserade kunskap, vilket sedan bearbetades och utvecklades på workshoppar. Fokus här var att komma närmare "huret" i praktiken.

Enligt Common factors-teori (ungefär "gemensamma faktorer") står den teoretiska inriktningen av en psykoterapeutisk metod endast för en bråkdel av resultaten vad gäller effekt. De fyra huvudsakliga faktorer som påverkar behandlingens effekt brukar sägas vara: klient och utomterapeutiska faktorer (det som annars pågår i klientens liv), förhållandet mellan klienten och behandlaren, den terapeutiska modellen (teoretiska inriktning), och klientens förväntan och hopp (Thomas, 2006). De tre sista faktorerna är det som kan påverkas av behandlaren och enligt Wampold (2001) spelar förhållandet mellan klient och behandlare samt klientens förväntan och hopp större roll än den terapeutiska modellen. Wampold (2001) kallar detta för "The Contextual Model" (ungefär kontextmodellen) i motsats till den medicinska modellen, som hävdar att det är diagnosen och specifika behandlingsinnehåll inriktade mot specifika symptom som har mest effekt. Enligt Wampolds (2001) metaanalyser finns det begränsat stöd för specifika effekter av behandling enligt den medicinska modellen, medan forskning visar tydligt stöd för kontextmodellen, att de verksamma mekanismerna ligger i andra faktorer så som bemötande, tilltro till behandlaren och metoden, möjlighet att prata ut och utforska tankar, och utvecklandet av nya beteenden. Detta innebär att behandlingsforskning bör fokusera lika mycket (om inte mer) på att finna de verksamma gemensamma komponenterna, i stället för att titta på vilka insatser eller metoder som har fått vilka resultat. En eventuell begränsning med Wampolds forskning relaterat till den här studien är dock att fokus i hans forskning inte enbart låg på drogmissbruksbehandling och i synnerhet inte på olika behandling för personer som missbrukar cannabis. Det kan betyda att det kan finnas specifika behandlingsinslag i behandling för cannabismissbruk som *också* behövs vid sidan om de gemensamma faktorerna så som tillit till behandlaren. Därmed bör man vara lite försiktig med att helt förlita sig på kontextmodellen vad gäller behandling för personer med cannabisberoende och dylikt. Det beror på att specifika behandlingsinslag just för personer

med cannabismissbruk, exempelvis i samband med avvänjning, skulle kunna ha lika stor betydelse som kontextuella faktorer.

Polanyi (1962, 1983) argumenterade för en holistisk syn på kunskap där "tacit" (ungefär implicit) vetande som kommer från praktik och upplevelser spelar lika stor roll som en explicit eller uttryckligen formulerad kunskap. Implicit vetande – "den tysta kunskapen" – är viktig för hur en behandlare agerar i behandlingsrummet. Den består av värderingar och förhållningssätt som till viss del tas för givna. Man kommer åt implicit vetande genom en process av *artikulering*, där man enligt Nonaka (1991) får möjlighet att sätta ord på det som görs, tar fram strukturer och skrifter så att kunskap blir explicit och kan spridas genom diskussion och reflektion.

Tanken med den detaljerade bilden av behandlingsmodellen – och en tematisk presentation av behandlarnas kunskap – var att synliggöra gemensamma värderingar, implicit agerande och förhållningssätt gentemot klienterna. Syftet var lika mycket beskrivande som att i form av teman ta tillvara behandlarnas erfarenhetsbaserade kunskap. Det var dessa teman som skulle kunna vara en del i "kontexten" som Wampold menar är viktigare än om en behandlare använder KBT eller någon annan teoretisk inriktning. De teman som togs fram skulle också kunna vara ett sätt att *artikulera* det implicita vetande som Polanyi (1962, 1983) hävdar är lika viktigt som formella beskrivningar av en metod, men också att artikulera denna kunskap. 35 teman utvecklades och dessa delades upp efter om de omfattade alla klienter– allmänna förhållningssätt – eller var specifika för cannabis. En annan uppdelning var om temat handlade om grundläggande kunskaper som används under hela behandlingsperioden – eller situationsrelaterade kunskaper som gällde specifika faser, moment eller situationer. I figur 4 på nästa sida sammanfattas temana. Varje tema utgör en artikulering av implicit kunskap om förhållningssätt, med andra ord ett uttryck för "huret". Det är dock helheten och samspelet mellan temana som bildar behandlarnas förhållningssätt.

Figur 4 – Teman i det implicita förhållningssättet



1.4 Vad vet vi om behandling av cannabissmissbruk?

I detta avsnitt sätts Behandlingsgruppens arbete i relation till tidigare forskning om behandling för personer med cannabissmissbruk eller beroende. Texten syftar till att ge en generell ingång till vad man kunnat konstatera vara lovande inslag i behandlingsarbetet, men kan inte på något enkelt sätt användas som en måttstock för att bedöma Behandlingsgruppens behandlingsupplägg. Detta görs trots att den mesta forskning som genomförs har den medicinska modellen – och inte Wampolds Common factors-modell – som teoretisk ram, det vill säga studier strävar efter att precisera och jämföra inslag i metoder och inte ”huret” i metoderna. Inte heller inom den medicinska forskningstraditionen är forskningsläget ännu inte tillräckligt omfattande och resultaten kan vanligen inte visa fram några helt konklusiva eller särdeles stora effekter. Forskningen kring cannabis och behandlingsarbetets effekter har dock blivit något mer omfattande under senare år, och det finns nu även ett antal kontrollerade studier och också några så kallade metaanalyser eller systematiska översikter som försöker sammanfatta läget. Författarna har här valt att referera till studier som med strikt design undersöker effekter av metoder som har likheter med det arbete som genomförs av Behandlingsgruppen antingen genom att en viss metod används som en del av behandlingsarbetet (som MI) eller där generella likheter föreligger (KBT – likhet exempelvis med HAP)⁷. Vi har valt bort att presentera forskning där vi inte funnit stöd i Behandlingsgruppens arbete, trots att metoden i vissa studier visat sig ha effekt (exempelvis gäller detta Contingency Management).

En svårighet vid jämförelsen mellan Behandlingsgruppens arbete och vad som framkommit i effektforskningen är också att det här inte är frågan om att studera resultat och effekter av en viss avgränsad metod. Så som beskrivits i föregående avsnitt (och som finns i en tidigare rapport från projektet (Turner, 2014) erbjuder Behandlingsgruppen en relativt stor bredd av mer eller mindre utvecklade metoder och utvecklad praktikerfarenhet om i vilka övergripande faser arbetet brukar ske, vilka förhållnings-sätt som tycks fungera i dessa och hur arbetet kan anpassas till olika grupper. Därtill finns skillnader

mellan de tre mottagningarna i förhållande till vilken tradition som utvecklats och även mellan olika behandlare där olika fallenhet, intresse, utbildning och motivation har betydelse för det praktiska arbetet. Det finns dock vissa återkommande inslag i arbetet bland mottagningar och behandlare som kan relateras till forskning som bedrivits kring olika metoder som kan vara värd att lyfta fram, för att ge en grov indikation på hur väl valda dessa inslag är. Det kan samtidigt vara värt att notera att den bredd, variation och flexibilitet som finns hos Behandlingsgruppen visserligen försvårar en effektmätning, men den kan också vara naturlig och kanske nödvändig för en verksamhet med hög tillgänglighet som inte sorterar ut klienter utifrån den metod man kan erbjuda.

Intressant i detta sammanhang är att HAP faktiskt inte har något specifikt stöd inom behandlingseffektforskningen, då det inte gjorts några kontrollerade studier. Önskvärt vore så klart att det fanns riktigt trovärdiga resultat som just studerade effekterna. Det finns samtidigt stora likheter mellan en del inslag i HAP och metoder som verkar hyggligt lovande, inte minst gäller det de edukativa metoderna och de med inslag av KBT. Socialstyrelsen har också intagit en viss pragmatisk hållning till metoden och menar att forskningsstöd visserligen saknas, men att det finns erfarenheter från praktiker som i viss mån kan väga upp varför metoden ”kan” erbjudas (Socialstyrelsen, 2014, s. 35). Även om det hade funnits ett tydligt forskningsbaserat underlag så används HAP i praktiken långt ifrån alltid i sin fulla längd och främst i form av att den ger ett slags ramverk med vissa fundamenta för avvänjningsprocessen (se Turner, 2014).

De metoder och kombinationer av metoder som redovisas nedan visar på sätt som Behandlingsgruppen skulle kunna arbeta på, och deras arbete har i många fall stora likheter med dessa metoder. Det är dock omöjligt att säga hur stora likheterna är. Något som kännetecknar forskningsstudierna nedan är att det finns ett på förhand framtaget program som behandlarna tänks följa, de får sedan utbildning i programmet och inslag av att kontrollera hur nära de följer programmet förekommer tillsammans med inslag som ökar programtroheten.

1.4.1 Metoder som syftar till att öka motivationen till förändring

Två metoder som används som motivationshöjande inslag i behandlingsarbetet återkommer i forskning – Motiverande samtal (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET). En av grundtankarna är

7. Urvalet kommer i huvudsak från ett större urval av studier som gjordes i arbetet med att uppdatera de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, ett arbete lett av Socialstyrelsen. En av författarna till denna rapport (Forkby) ingick som skribent och redovisningen här relaterar till den granskning av vetenskaplig kvalitet och arbetsdokument som han utarbetade inom ramen för projektet.

här att genom samtal få fram klientens eller patientens egna tankar och idéer om sitt beteende och hur det kan förändras. Olika tekniker finns utvecklade kring hur den enskilde ska kunna identifiera tankar som motverkar en förändring och hur hen kan hålla kvar engagemanget att fortsätta sin förändringsprocess. Behandlaren använder sig av icke-konfrontativa tekniker för att stödja den enskildes egen kraft och för att bemöta och övervinna motstånd och rädsla till förändring. MET kan sägas vara en kortare form av MI och används inte sällan för att nå personer som annars inte skulle ta kontakt med en behandlingsverksamhet.

Forskningsresultat: Vid cannabissmissbruk eller -beroende ger motivationshöjande insatser (MI/MET) liten till måttlig effekt på cannabisanvändning vid fyra månaders uppföljning jämfört med en jämförelsegrupp.

Forskargruppen The marijuana treatment project research group, har lämnat flera viktiga bidrag på det här området. I en studie (MTPRG, 2004) undersöktes en kortintervention för cannabisberoende. Utgångspunkten var att hitta en metod som kunde nå den stora grupp som använder cannabis med en metod som var tydlig, avgränsad och attraktiv. Här ingick 450 vuxna personer med cannabissmissbruk. Dessa fick antingen 1) två sessioner MET, 2) nio sessioners multikomponentprogram (MET, KBT och Case management) eller 3) väntelista. Tretton terapeuter deltog som behandlare. Dessa var i första hand psykologer med utbildning på masternivå. Inslaget från MI innebar bland annat ett varmt, empatiskt samtalsklimat och från KBT hämtades bland annat färdighetsträning. Case management användes, i mindre grad, men för att bredda perspektivet till att även innefatta andra livsproblem än de som var drogrelaterade. Resultatet visade signifikant små till måttliga positiva effekter för i första hand multikomponentprogrammet, men även MET hade positiv effekt i förhållande till en jämförelsegrupp.

Stephens m.fl. (2000) undersökte en längre och en kortare behandling för personer med cannabissmissbruk eller -beroende. 291 vuxna användare/beroende av cannabis randomiserades till 1) 14 sessioners gruppbaserad KBT-behandling 2) 2 sessioner enskild MI eller 3) väntelista. Sex terapeuter med masternivå (KBT-grupp) och två på doktorsnivå (MI-individuell) ansvarade för behandlingen. I den gruppbaserade KBT-behandlingen ingick 8–12 deltagare där olika inslag användes (exempelvis hemuppgifter, motivationshöjande, identifiering av risksituationer, skills-training och coping). En kompletterande an-

höriggrupp erbjöds samtidigt. Den individuella MI-behandlingen innehöll bland annat feedback från resultat från screening av droganvändning, information om skadeverkningar och genomgång av KBT-metoder lämpliga för att sluta med cannabis. Stöd gavs till en plan för att sluta och ett kontrakt upprättades. Signifikant positiva effekter kunde konstateras i jämförelse med kontrollgruppen – väntelistan – däremot inte mellan grupperna som gavs en aktiv behandling.

I en annan studie var syftet särskilt att försöka nå personer som annars inte söker behandling (Stephens m.fl., 2007). 188 vuxna användare med problematisk användning eller risk för utvecklande av problematisk användning av cannabis fördelades slumpmässigt till 1) personlig feedback (MI), 2) kortutbildning – "multimedia feedback" eller 3) väntelista. Tre terapeuter på masternivå med tidigare erfarenhet av beteendeterapi ansvarade för behandlingen. Personlig feedback innebar en session om 90 minuter där återkoppling/bedömning gavs kring cannabisanvändning och dess risker och upplevda fördelar. MI-tekniker användes vid samtalet (så som öppna frågor, reflexivt lyssnande, affirmationer, osv). Alternativ till rådgivning eller behandling gavs. Multimediafeedback innebar att den senaste forskningsbaserade kunskapen om marijuana gavs under 1 session om 90 minuter. Här användes en kortare dokumentär med efterföljande bildspel varvid råd om behandling gavs. Resultatet visar att gruppen som fick personlig feedback (MI) hade färre antal dagar per vecka av cannabisanvändning än både de som fick väntelista och multimediafeedback.

Det är värt att notera vid överföringen av resultatet att undersökningsgrupperna i studierna är tämligen homogena. De domineras av män (68–77 %), "vita" (69–95 %), i anställning (68–76 %) och med en genomsnittsålder mellan 32 och 36 år. Härmed saknas det data om mer heterogena urval i fråga om kön, etnicitet, social ställning och ålder (även om man i några studier försökt kontrollera för detta kan det ifrågasättas om urvalen medger en sådan analys). Vidare har effekten för personer med funktionsnedsättningar inte särredovisats eller analyserats. De aktuella studierna är också utförda i nära anknytning till de aktuella forskargrupperna. Det går från studierna inte heller att klarlägga hur oberoende personer som analyserat data har varit från behandlingen eller projektet i övrigt. Vilka möjligheter och hinder samt effekter som kvarstår när modellerna översätts till ordinarie behandling är därför oklart.

1.4.2 Kognitiv beteendeterapi med tillägg av motiverande samtal eller motivationshöjande behandling

Det är vanligt att olika metoder används tillsammans vid behandlingsarbete, vilket är tydligt hos Behandlingsgruppen. När det handlar om behandling av cannabismissbruk används inte sällan KBT som bas i arbetet i kombination med ett motivationshöjande inslag. Vanligen återfinns de motivationshöjande inslagen inledningsvis i behandlingen för att åtföljas av strukturerade sessioner med kognitiv beteendeterapi, även om förhållningssätt från MI kan vara generella för hela behandlingsprocessen.

Motivationshöjande metoder är kortfattat beskrivna ovan. Syftet med kognitiv beteendeterapi (KBT) är att underlätta för klienten att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden, samt att skapa mer realistiska och funktionella sådana. Klienten och behandlaren formulerar tillsammans mål för vad man vill uppnå med behandlingen och arbetar sedan tillsammans enligt en fastlagd struktur för att nå dessa mål. Man använder sig av metoder såsom kartläggning av tankar, känslor, reaktioner och beteenden, samt exponering. Hemuppgifter är en vanlig del av behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp.

Forskningsresultat: Vid missbruk eller beroende av cannabis ger kombinationen av motivationshöjande insatser (MI/MET) tillsammans med kognitiv beteendeterapi (KBT) en måttlig effekt på cannabisanvändning under behandling eller vid behandlingsslut i jämförelse med väntelista eller MI/MET, och liten effekt på cannabisanvändning vid 6–7 månaders uppföljning jämfört med väntelista.

Budney m.fl. (2000) redovisar en studie där 60 cannabisberoende personer fått antingen 1) en kortare (4 sessioner) MI-baserad behandling (Brief Motivational Interview), 2) en längre (14 sessioner) KBT i kombination med MI och där träning av så kallade "coping skills" var en väsentlig del (MBT) samt 3) en motsvarande kombination som 2) men med tillägget vouchers (MBTV). Behandlarteamet utgjordes av två personer utbildade på masternivå och en med doktorsgrad. Inga signifikanta skillnader för cannabisanvändning kunde konstateras mellan MBT och Brief Motivational Interview under eller efter avslutad behandling.

I en studie av Copeland m.fl. (2001) ingick 229 personer som följdes under och 6–7 månader efter avslutad behandling. Här studerades effekten av 1) 6 sessioners KBT med inslag av MI och återfallsprevention, 2) en kort KBT-session tillsammans med självhjälpsmaterial i förhållande till 3) väntelista. Tre

kliniskt erfarna psykologer ansvarade för behandlingen där en var utbildad på doktorsnivå, en på masternivå och en var en mycket erfaren "honors graduate" (som motsvarar kandidatnivå). Resultatet indikerar positiva effekter för såväl 1) som 2) i förhållande till väntelista, dock saknas statistisk signifikans för avgörande effektmått.

Hoch m.fl. (2012; 2014) har genomfört ett tvådelat projekt; dels en studie där de möjliga effekterna under bästa förhållanden undersöktes (efficacy), dels en studie som eftersträvade att undersöka metoden (CANDIS) inom ordinarie behandlingsverksamhet (effectiveness). Båda studierna prövade en kombination av MET, KBT och problemlösningsstrategier jämfört med väntelista. Terapeuterna var i den första delen kliniska psykologer med KBT-inriktning (Hoch m.fl., 2012) och i den andra delen terapeuter verksamma vid elva öppenvårdsmottagningar som ingick i studien (Hoch m.fl. 2014). Resultatet visar att CANDIS-metodiken hade relativt stor effekt i förhållande till väntelista i båda studierna. Dock har effectiveness-studien ett stort bortfall, särskilt för 6-månadersuppföljningen; 255 slumpades till aktiv behandling och av dessa fick man uppföljningsdata från 166 (65 %) vid behandlingsavslut, 102 (40 %) vid tremånadersuppföljningen och enbart 53 (21 %) sex månader efter behandling. Kontrollgruppen (väntelista) har bara följts under behandlingen varför det inte går att uttala sig om effekterna efter avslutad behandling.

Undersökningsgrupperna i de här studierna (KBT i kombination med motivationshöjande metodik) är tämligen homogena i fråga om kön, med mellan 80 och 96 procent män. Studiedeltagarnas etniska bakgrund var också relativt homogen (100 % vita i Budney; 78 % födda i Australien i Copeland). Relativt stor spridning fanns dock vad gäller sociala förhållanden mätt i integration på arbetsmarknaden (mellan 28 och 65 procent i anställning). Den genomsnittliga åldern varierade mellan 24 och 32 år. I relation till det tämligen sparsamma antalet studier är det naturligt att det saknas data kring en hel del undergrupper. Det gäller särredovisningar i fråga om kön, ålder, social förankring och etnicitet. Vidare har effekten för personer med funktionsnedsättningar inte särredovisats eller analyserats. Aktuella studier är också, möjligen med undantag för Hoch m.fl. 2014, utförda i nära anslutning till de aktuella forskargrupperna. Det går från studierna inte heller att klarlägga hur oberoende personer som analyserat data har varit från behandlingen eller projektet i övrigt. Vilka möjligheter och hinder samt effekter som kvarstår när modellerna översätts till ordinarie behandling är därför oklart. En indikation från studien av Hoch

m.fl. 2014 är dock att det kan vara svårt att få personer att stanna kvar i behandling, alternativt vara nåbara för uppföljning i ordinarie verksamhet – även om denna studie indikerar positiva effekter för den undersökta modellen. För att uppnå en större säkerhet rörande metodikens kapacitet att bidra till bestående livsförändringar krävs studier med längre uppföljningstid, inkluderande kontrollgrupper.

1.5 Frågeställning och utgångspunkter – vad ville vi veta?

Den här studien har två mål:

1. att ta fram en detaljerad beskrivning av behandlingsmetoden – beskrivningen ska vara både kunskapshöjande och en plattform för utveckling för Behandlingsgruppens personal men också kunskapshöjande för andra utanför enheten, både nybörjare och erfarna behandlare
2. att utvärdera utfallet av arbetet, vilket kan bidra till kunskap kring vilka metoder som fungerar för vem i vilka praktiska sammanhang.

Dessa två mål gäller studien som helhet. Den första delrapporten handlade om det första målet, medan det andra målet är i fokus i denna rapport. I viss mån är målen oberoende av varandra; det går inte metodmässigt att operationalisera varje nyans och detalj i förhållningssättet och koppla detta till utfallsresultat. Snarare blir det helheten i metoden som utvärderas och här blir det den övergripande bilden av metoden som studeras. Således är frågeställningarna för denna rapport följande:

- Vilka klienter med cannabisproblem kom till Behandlingsgruppen?
 - o Hur många påbörjade en behandling?
 - o Vilka problem och bakgrundsfaktorer hade de?
 - o Hur många klienter stannade i behandling och vilka hoppade av?
 - o Hur många klienter hade anhöriga som också fick stöd av Behandlingsgruppen och vad tyckte de anhöriga om stödet som de fick?
- Hur upplevde klienterna behandlingen?
 - o Hur tänkte klienterna kring att söka hjälp?
 - o Vad var viktigt under behandlingen?
 - o Hur uppfattade klienterna andra upplevelser i livet i stort, som hjälpsamma eller ej hjälpsamma?
- Vad blev utfallet av behandlingen?
 - o Ser man de resultat som förväntas av behandlingsmodellen?
 - o Vilka andra utfall blev det?

Det gyllene målet med en "realistisk" utvärdering är att kunna besvara frågan: vilka förändringsmekanismer verkar i rörelse för vilka typer av klienter och till vilket utfall? Studien hade denna övergripande fråga som ledstjärna med vetskap om att ett gediget och pålitligt svar på denna fråga skulle kräva mer än en studie (Pawson, 2013). Ambitionen i denna studie var dock att kunna presentera en utvärdering som

ändå tog fram såväl förståelse för förändringsmekanismer hos klienter som resultat om utfall. Det var ett önskemål från behandlarna att utvärderingsdelen av studien skulle bygga på både kvantitativa och kvalitativ metoder, där kvalitativa metoder främst används för att förstå förändringsmekanismer och kvantitativa för att uttala sig om utfallet.

Behandlarna ville också att några av klienternas berättelser skulle tas fram i ett häfte som skulle fungera som inspirationsmaterial exempelvis i väntrummet men också i behandlingsrummet. Fyra berättelser redigerades utifrån intervjuutskrifter från denna studie av Christina Wall, Kunskapskällar'n, Social resursförvaltning.⁸

Den här rapporten samlar kunskap från tre olika källor: behandlarna (i form av behandlingsmodellen), klienter (i form av deras perspektiv och erfarenheter) och forskning (i form av utfallsresultat men också analys av de tre källorna). Det är viktigt att vara tydlig med hur kunskapen hos behandlarna står i relation till andra typer av kunskaper, och därmed vilken status deras kunskap ska ha i denna rapport. Ett kunskapsbaserat arbete enligt bland andra Sackett m.fl. (2000) består av tre områden som är länkade till varandra: klientens önskemål och upplevelser; behandlarnas erfarenhet (eller kunskap från klinisk/praktisk verksamhet) samt forskningsresultat från behandlingsstudier (figur 5).

Figur 5 – Länkar i ett kunskapsbaserat arbete



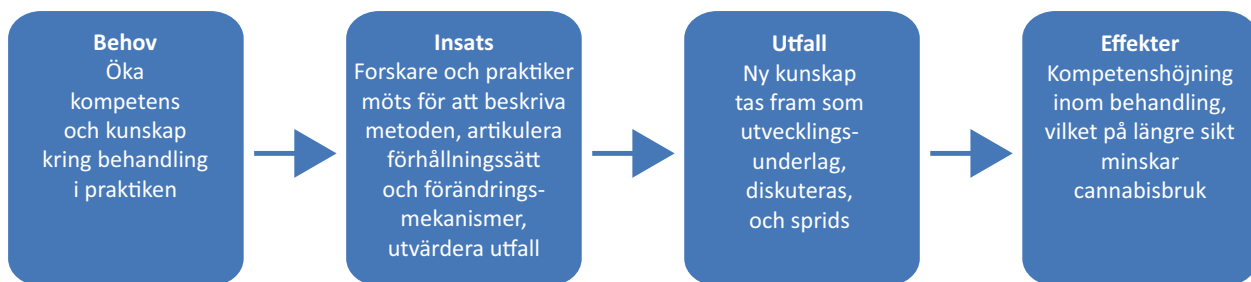
Dessa tre komponenter bör vara i balans med varandra i ett kunskapsbaserat arbete; de stödjer och kompletterar varandra. Behandlarnas erfarenheter och kunskaper som togs fram i den första delrapporten kan betraktas som *självständig* kunskap i den andra ringen i figuren. Däremot bör ett heltäckande kunskapsbaserat arbete *också* använda kunskap från effektutvärderingar. Behandlarnas kunskap i både delrapporten och i den här rapporten behandlas som en spegelbild – till mer eller mindre del – av en *redan implementerad* metod, även om denna praktik inte fanns nedskrivnen. Med andra ord är frågan om programtrohet till stor del inte relevant, även om frågan kan ställas hur lik den beskrivna modellen behandlarnas faktiska arbete är.

I diskussionerna om hur studien skulle formas och vilka syften den skulle ha hämtades inspiration från Pattons (2008) nyttofokuserade förhållningssätt där man börjar en praktisk studie med fokus på kunskaps- och utvecklingsbehov, det vill säga vem som ska använda slutresultaten och på vilket sätt. Detta ledde fram till att den primära målgruppen definierades som personal inom Behandlingsgruppen. Resultaten skulle kunna bidra till en nyanserad och ingående beskrivning av hur man arbetar med cannabisanvändare, vilka förändringsmekanismer som är viktiga och vilka utfall som uppnås. Studien skulle ta tillvara de erfarenheter som finns på enheten, vilket skapar underlag för utvecklingsarbete på Behandlingsgruppen. En sekundär målgrupp utanför Behandlingsgruppen skulle vara både forskare och andra som arbetar eller är intresserade av arbetet med personer med missbruk eller beroende av cannabis.

Man kan alltså se ett dubbelt syfte med denna studie. Å ena sidan finns det syften som gäller för Trestad2 som projekt och å andra finns de syften som togs fram i dialog med behandlarna inom ramen för delprojektet. Detta delprojekt förväntas inte uppnå alla syften inom det övergripande Trestad2-projektet, utan fokuserar på att öka kunskapen kring behandling i praktiken av personer med cannabisproblematik. Det förväntade utfallet av den här studien är därmed att mötet mellan forskning och praktik skapar en specifik typ av kunskap som både behandlarna och forskningen saknar. På längre sikt är ett förväntat utfall att kunskapen blir ett underlag för utveckling och kompetenshöjning. Man kan bygga på logiken i Trestad2 som presenterades i figur 1 för att precisera de övergripande syften som togs fram tillsammans med behandlarna i en justerad modell (figur 6 på nästa sida).

8. Röster från cannabisstudien - Fyra berättelser” som finns på Kunskapskällar'n's webbsida, www.socialutveckling.goteborg.se/team/kunskapskallarn/

Figur 6 – Projektlogik för denna studies syften



Droganvändning, beroende, riskbruk eller missbruk?

Hittills har rapporten använt sig av olika terminologi vad gäller begreppen missbruk och beroende. Det finns en polariserad och politiserad debatt kring narkotikapolitiken och hur personer som använder narkotika ska behandlas i samhället och i synnerhet av myndigheterna (Skårner, 2012). Det är en sak att utgå ifrån vad som är bäst för att locka in personer i behov av hjälp, exempelvis att prata om "Vilka bekymmer har du med din användning av cannabis?". Då undviker man stämpeln "missbrukare" där många personer inte skulle känna igen sig eller bli avskräckta. Så var tanken med titeln på den här studien; "Behandling av personer som använder cannabis: Riskbruk, missbruk och beroende". Betoningen var på "*personer som använder*" med tre olika varianter vad gäller användningsmönster. Det är dock en annan sak när det gäller den lagstiftning som Sverige har som säger att allt bruk av droger är missbruk. Det har varit ett önskemål från Behandlingsgruppen att dessa rapporter använder sig av begreppet "personer med missbruk". Annars har författarna i de flesta fall försökt använda mer neurala ord som "användning" eller "intag".

2. Metod

Här beskrivs metoden som har använts för insamling och tolkning av resultaten. Dessutom ges en kunskapsteoretisk ram för den valda ansatsen. Syftet är att det ska finnas möjlighet att granska på vilka grunder och på vilket sätt studiens resultat har kommit till. Viktiga kvalitetskriterier för rapporter från FoU i Väst/GR är att de ska vara tillgängliga och relevanta för praktiker. Det är också viktigt att rapporten beskriver val av forskningsmetod för att kvaliteten ska kunna bedömas. Finns det exempelvis koherens mellan syfte, mål, metod och resultat (Yardley, 2008)?

2.1 Metodologisk bakgrund

Hela studien vilar vetenskapsteoretiskt på en programteoretisk grund som understöds av kritisk realism (Harré och Secord, 1972; Pawson och Tilley, 1997; Pawson, 2013). Här sammanförs dels frågor som rör vilka egenskaper det fenomen man studerar har (ontologi), dels hur man kan få kunskap om det fenomen som man studerar (epistemologi). Med förledet "kritisk" avses att vår kunskap om verkligheten är styrd och formad av de sociala och kultu-

rella sammanhang som omger oss. Efterledet "realism" innebär en idé om att "verkligheten" trots allt finns därute opåverkad av våra medvetanden och inte kan reduceras enbart till sociala och kulturella konstruktioner av den. Det finns ett mänskligt upplevelsefält som är en *förutsättning* för att fenomen – känslor, beteenden, händelser – kan förstås utifrån sociokulturella ramar. Den programteoretiska ramen introducerades redan i avsnitt 1.2. En central del för en "realistisk" programteori är att identifiera vilka mekanismer som är i rörelse (Harré och Secord, 1972; Pawson, 2013). Tabell 1 sammanfattar den kritiskt realistiska positionen vad gäller ontologi och epistemologi.

Särskilt viktigt i studien är att kunna skapa förståelse för hur kontexterna för behandling, förändringsmekanismer och utfall hänger ihop. Kontexterna handlar om både behandlingssammanhanget, vilket beskrevs i delrapporten och i korthet i avsnitt 1.3, och de olika klientkontexterna, det vill säga variationer bland klienternas livsomständigheter, egenskaper och behov.

Tabell 1 – En "realistisk"-metodologisk ram

Ontologi (Vad ska studeras?)	Epistemologi (Hur kan det studeras?)
Interventioner eller insatser är komplexa system som ingår i andra komplexa system, som sker i ett socialt sammanhang ...	... vilket man undersöker genom att kartlägga insatsens teori och insatsens sammanhang.
Insatser har effekt genom underliggande mekanismer ...	... vilket byggs på den generativa teorin om social kausalitet ⁹ och att se mönster i hur sammanhang, mekanism och utfall hänger ihop.
En mekanism är mötet mellan insatsen och hur personen tänker kring den ...	... vilket undersöks genom fokus på personens egna redogörelser och upplevelser av insatsen och valen som personen gör.
En insats består av olika individers viljor, intressen, förutsättningar, tankar och värderingar ...	... vilket undersöks genom att lyfta fram hur värderingar, viljor och så vidare genomsyrar arbetet.

9. Det finns inte plats i den här rapporten att diskutera den generativa teorin om social kausalitet. I korthet handlar det om att kunna beskriva den underliggande mekanism som förväntas generera eller orsaka utfallet.

2.2 Studiens design

Studien är upplagd som en prospektiv longitudinell kohortstudie, vilket innebär en avsikt att identifiera och följa en grupp klienter från deras första kontakt med Behandlingsgruppen fram till behandlingsavslut. Studien avser också att tydliggöra behandlings-sammanhanget och där ge en noggrann bild av verksamheten och behandlingsmodellen. Studien har genomförts med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Dessa presenteras i sin tur efter ett avsnitt om urval och rekrytering.

2.2.1 Urval och rekrytering

Alla klienter med cannabis som primär drog som sökte sig till en av Behandlingsgruppens tre mottagningar från och med september 2012 till slutet av 2013 fick en förfrågan från ansvarig behandlare om de ville delta i studien. Inga andra inkluderings- eller exkluderingskriterier användes. Vid förfrågan gavs såväl muntlig som skriftlig information om studien (bilaga 1). Klienten kunde då bestämma sig på plats eller vid nästa besök. Klienten kunde samtycka till att delta i den kvantitativa respektive kvalitativa delen var för sig.

Utifrån verksamhetsstatistik från 2011 och första hälften av 2012 beräknades att omkring 180 klienter kunde förväntas ingå i urvalet under studieperioden. Utifrån liknande tidigare studier förväntades ett bortfall på cirka 30%. Beräkningen av urvalet visade sig bygga på en feltolkning av siffrorna då Behandlingsgruppen har en tvåstegsinsång till behandling där nybesök skiljs från inskrivning i behandling. Bortfallet mellan nybesök och inskrivning¹⁰ var vanligtvis mycket större än 30% (resultat för klienter i denna studie presenteras under sektion 3.1). Hela gruppen skulle följas kvantitativ och ett underurval skulle ske för att få personer till den kvalitativa delen av studien. Där klienten hade en anhörig som också fick stöd av Behandlingsgruppen, skulle både klienten och den anhöriga tillfrågas om deltagande i studien.

I början av studien och ett par gånger under studieperioden annonserades efter deltagare till studien i lokala tidningar (se bilaga 2). Vid den tiden var det inte vanligt att Behandlingsgruppen spred information om verksamheten via tidningsannonser. Att annonsen sattes in hade en tydlig koppling till forskning och annonseringen bedömdes inte påverka själva behandlingsarbetet i någon högre grad. Däremot var det mer osäkert om den skulle locka en annan grupp än den befintliga till mottagningen

och till att delta i studien. En fördel med att annonsera på detta sätt var dock att kunna testa ett sätt att nå klienter som annars inte hade varit tillgängliga.

2.2.2 Kvantitativ design

Alla klienter som gav sitt samtycke till att vara med i studien skulle följas kvantitativt under behandlingen vid tre tidpunkter: inskrivning, avstämning kring tio veckor efter inskrivning och vid utskrivning. Då behandling anpassas i längd och innehåll efter varje individ varierade perioden mellan avstämning och utskrivning. Utskrivningsmätningen blev alltså inte en mätning under en på förhand fastställd tidsperiod utan den skedde efter olika lång tid, vilket motiveras av att studien avsåg att undersöka behandlingen så som den faktisk bedrevs.

Vid alla tre tidpunkter fyllde klienten i en enkät. Enkäterna var nästan likadant utformade vid inskrivning och utskrivning (förutom några förändringar av ordval och några extra statiska (det vill säga ej förändringsbara) frågor vid inskrivning och ytterligare frågor om behandling vid utskrivning). Avstämningsenkäten var en kortare enkät och den innehöll endast frågor om faktorer som man med utgångspunkt från behandlingsmodellen kunde förvänta sig att se (avseende kortsiktiga utfall). Enkäten byggde huvudsakligen på DOK-intervjun (se Anderberg och Dahlberg, 2010), vilken redan användes av Behandlingsgruppen. I samarbete med behandlarna kompletterades denna med frågor för att fånga upp aspekter av den behandlingsmodell som tagits fram i den andra delen av studien och några aspekter mer specifikt relaterade till cannabis. För det mesta användes etablerade forskningsskalor¹¹, men några enkla frågor togs fram specifikt för studien. Några frågor från DOK togs också bort, då de ansågs mindre relevanta för studien. Den slutliga enkäten tog upp områden som droganvändning, psykisk och fysisk ohälsa, socioekonomiska faktorer, socialt nätverk, behandlingsmål och historia (vid inskrivning) och relationen med behandlaren (vid avstämning och utskrivning). Enkäterna kan erhållas från författarna.

Förutom deskriptiva analyser av inskrivningar genomfördes matchade paranalyser, det vill säga mellan inskrivnings-, avstämnings- och utskrivningsenkäter. Det innebär att bara de klienterna med ett matchat par enkäter, exempelvis en inskrivnings- och en utskrivningsenkät, ingick i analysen av förändringar i de tillfrågade faktorerna. Inom den "realistiska" utvärderingsmodellen används inte

10. Dessa begrepp och processer beskrivs i avsnitt 3.1.1.

11. Dessa återfinns i resultatavsnittet.

kontroll- eller jämförelsegrupper. I stället är kausalitet förstått utifrån den programteoretiska modellen och de förändringsmekanismer som tagits fram med stöd av kvalitativt material.

2.2.3 Kvalitativ design

Även den kvalitativa delen av studien hade en prospektiv longitudinell design. Många kvalitativa studier nöjer sig med en tvärsnitt retrospektiv design, där intervjupersonen ombes att blicka tillbaka över förändringar från längre tid tillbaka fram till nutid. Det är heller inte ovanligt att man enbart intervjuat personer som har stannat kvar i behandling en längre tid, vilket riskerar att bli ett mer positivt betonat urval. En styrka med en prospektiv longitudinell design är att intervjupersonen tillfrågas främst om saker i det nära förflutna och att man kan diskutera liknande frågeställningar vid upprepade tidpunkter. Detta skapar möjlighet att se förändringar i intervjupersonens förståelse och uttryck av sina upplevelser. En annan fördel med denna design är att man börjar med en grupp klienter som utgör ett mindre selekterat eller strategiskt urval av den bredare gruppen. Genom att följa ursprungsgruppen får man en tydligare bild av hur många det gick att genomföra uppföljningsintervjuer med, vilket kan möjliggöra förståelse för hur representativ den slutliga intervjugruppen är. Förhoppningen var att kunna följa lika många klienter som fullföljer sin behandling som de som avslutar i förtid.

Av de klienter som gav sitt samtycke till att bli intervjuade valdes de 30 första klienterna ut. Tanken var att dessa klienter skulle avspegla den bredare gruppen (vilket de gjorde mest på grund av det lägre än förväntade antalet klienter i den bredare gruppen). Bortfallet även i denna del av studien beräknades vara 30% och således skulle målet vara uppnått om 20 klienter följdes kvalitativt genom sin behandling. Till slut blev det 18 klienter som ingick i den kvalitativa delen. Upplägget var att en djupintervju genomfördes vid inskrivning och ytterligare en vid utskrivning. En kortare telefonintervju skulle också utföras cirka sex månader efter utskrivning. En biobiljett gavs som tack vid varje intervju, men detta angavs inte i rekryteringsinformationen. Intervjuguiden skapades både utifrån den behandlingsmodell som utarbetats och med stöd i tidigare forskning om missbruksbehandling. Utformningen av frågorna gjordes i många fall med hjälp av en så kallad tratteknik som utvecklats inom kvalitativ psykologi (exempelvis Smith, Flowers och Larkin, 2009). Här börjar intervjuaren med att ställa breda frågor för att sedan följa upp dessa med smalare frågor vid

behov. På så sätt avses forskarens styrning av svaren minskas. Aspekter av intervjuer enligt en kritisk realistisk utgångspunkt (Pawson och Tilley, 1997) används också för att väcka klienternas tankar kring tänkbara kausala mekanismer. Intervjuguiderna kan erhållas genom författarna. Alla intervjuer skedde i enskilda rum, spelades in och skrevs ut ordagrant.

Intervjuerna analyserades genom en tvåstegsprocess. Ett urval om åtta klienter som både var representativt i förhållande till det bredare kvalitativa urvalet, men som också speglade de sju undergrupperna i behandlingsmodellen valdes ut. Utskrifterna från intervjuerna med dessa klienter analyserades med Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers och Larkin, 2009). IPA är en av de mest använda kvalitativa metoderna inte bara inom psykologi, utan även i många andra samhällsvetenskapliga ämnen (se exempelvis Smith, 2010). Den har vuxit fram som metod främst i de engelsktalande länderna men har även börjat få fäste i Sverige (se exempelvis Boström, Broberg och Hwang, 2009). Eftersom metoden kan anses ny eller främmande följer en fördjupad presentation nedan. Intervjuutskrifter från de övriga nio klientintervjuerna i det kvalitativa urvalet analyserades med Framework Analysis (se Ritchie och Lewis, 2003). Framework Analysis (FA) är ett kvalitativt analysätt som brukar används i samband med ett större antal intervjupersoner. I korthet tar man fram en färdig mall som används som stöd i läsning och analys av utskrifterna. Temana från IPA-analysen gjordes om till en matris och användes i en FA (ungefär matrisanalys) av de tio andra klienternas intervjuer. Tanken här var att testa teman från IPA-resultaten på ett nytt urval för att se om de fungerade som ett sätt att förstå andra klienter. På så sätt ökar validiteten i temana som ett förklarande verktyg.

Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

IPA är en av de få metoder inom kvalitativ psykologi som har en mer holistisk och tydlig modell av "människan" som kulturellt och historiskt betingad, att hen konstrueras av och konstruerar med hjälp av språket, men också med hjälp av upplevelsefältet – den levda erfarenheten – som består av intryck, tankar, känslor och kroppsliga uppfattningar. Utifrån den fenomenologiska filosofi som IPA bygger på är våra upplevelser, uppfattningar och erfarenheter en förutsättning för att skapa förståelse om sig själv och världen, och en grund för användning av och uttryck med hjälp av språk. Upplevelsefältet är därmed det som ska undersökas inom kvalitativ psykologi. En analys med stöd av IPA prioriterar hur

individen själv uppfattar sina upplevelser av ett visst fenomen. Detta sätt skiljer sig från andra teoridrivna analysätt där individens egna upplevelser redan i analysfasen tolkas mer "deterministiskt", utifrån en viss teori. Användningen av IPA i denna studie är också ett försök att sätta fokus på klienternas egna perspektiv och undvika både romantiserande eller demoniserande tolkningar, exempelvis där klienter alltid anses agera med positiv handlingskraft eller att beteende alltid tolkas som ett utfall av "missbruksproblematik". IPA länkar väl samman med kritisk realism, då det där finns ett antagande om att det finns en verklighet "därute", men att den endast är nåbar genom människors tolkningar, språk och andra uttryckssätt. "Verklighet" magasineras med andra ord i den upplevda verkligheten. Inom denna vetenskapsfilosofiska ram har IPA en tydlig relation till skapandet av "sanningar". IPA betonar att varje individs uppfattningar och tolkningar av sina egna upplevelser är unika på individnivå. Inom ramen för ett vetenskapligt projekt har forskaren en viss forskningsfråga som hen vill besvara. Det är då forskarens roll att genomföra en grundlig analys av individers egna uppfattningar med fokus lika mycket på hur individen själv uppfattar sina upplevelser som på att förstå individens uppfattningar med hänsyn till forskningsfrågan. Smith, Flowers och Larkin (2009) kallar denna process för dubbel hermeneutik, eftersom forskaren gör en tolkning av individens tolkning av sina upplevelser. Upplevelsen är grunden till verklighet men den tolkas först av individen exempelvis i respons till intervjufrågor som sedan tolkas av forskaren i relation till forskningsfrågan. Således kan forskningsprojekt anses som ett försök till rekonstruktion av verkligheten, men också som ett försök att förstå hur människor uppfattar sina egna verkligheter.

I vardagligt språk kan fraser som "hur klienter uppfattar sin verklighet" tolkas som om det finns en "riktig" eller "sann" version av verkligheten som någon annan förutom klienten känner till bäst. Detta är långt ifrån meningen med IPA. IPA betonar lika mycket empatisk som undersökande/explorativ eller frågande analys. Den som analyserar utskriften av intervjuer försöker i ett första steg förstå personen genom hans egna ord, exempelvis; hur uttrycker personen sina upplevelser, hur uppfattar de den erfarenheten, och vilka tankar och känslor pratar de om? I det första steget går intervjuutskriften igenom och omfattande anteckningar görs rad för rad. Idén här är att undvika en förenklad eller naiv läsning, där man bara läser texten för att få ett sammanfattande

intryck, utan avsikten är att få en reflektion på hur man har skapat sin egen förståelse. Det fenomenologiska begreppet "bracketing" (ungefär att sätta i parentes) är användbart här, vilket innebär att forskaren försöker reflektera över sin egen förförståelse och de värderingar som är med i tolkningen. I ett andra steg av analysen tar man ett steg tillbaka och forskaren försöker där skapa uppfattningar och förståelse för hur individen har uppfattat fenomenet. Individens egna ord är fortfarande centrala, men här ställs än mer undersökande/explorativa frågeställningar till intervjutexten. IPA, i likhet med många andra kvalitativa metoder, försöker undvika en naiv tolkning där intervjupersoners ord står för sig själva (se Mazzei och Jackson, 2012). I stället ligger analysen i detta andra steg på en högre abstraktionsnivå där målet är att begreppsliggöra individens uppfattningar. Alltjämt med en nära koppling till individens egna uppfattningar. Ett tredje steg i analysen är att skapa teman som grupperar begreppen som har tagits fram. Dessa teman är tänkta att fånga upp och skildra essensen i intervjupersonernas upplevelser som i analysen verkade viktiga för forskningsfrågan. Teman och eventuella underteman är också ett försök att lyfta analysen från en enskild individ till att skapa en förståelse på gruppnivå. Temana fungerar som ett sätt att kunna fokusera på vad som är likt men också på vad som skiljer sig mellan de forskningspersoner som finns i gruppen. Den slutliga analysen handlar då om forskarens tolkning av olika upplevda verkligheter (återigen med betoning på att psykologiskt och vetenskapsteoretiskt sett har vi endast tillgång till "verkligheten" genom hur den upplevs). Forskarens roll är att skapa en balans mellan att framställa personernas egna uppfattningar och att ge rimliga, relevanta och intressanta tolkningar inom ramen för forskningsfrågan.

IPA arbetar medvetet med vad som kan betraktas vara ett litet antal forskningspersoner, där de flesta publicerade studier har mellan en och åtta personer i urvalet. Detta är på grund av det intensiva analysarbetet med intervjuutskriften. Idén med urvalet är att ta fram detaljerade närbilder av några personer som på en övergripande nivå har upplevt samma fenomen. Detta så kallade "purposive sampling" (ungefär att ta fram ett ändamålsenligt urval) ligger i linje med den hermeneutiska forskningstradition som IPA också hämtar inspiration ifrån. I stället för att man som i kvantitativa studier vill uppnå en statistisk generaliserbarhet till en viss population, vill man härigenom kunna uttala sig om någonting nytt eller intressant genom delar av en helhet. Således

omställs eller omvärderas vår kunskap av helheten utifrån en förståelse för hur delarna har ändrats (det som kallas för den hermeneutiska cirkeln, se exempelvis Gadamer, 1960). I utvecklingen av IPA har kopplingar gjorts till bredare diskussioner om validitet och tillförlighet inom kvalitativa metoder (se Yardley, 2008). I stället för att försöka värdera kvalitativa metoder med kriterier från kvantitativ forskning använder IPA dels Yardleys (2008) ramar för kvalitativ forskning, det vill säga lyhördhet för sammanhanget (sensitivity to context), noggrannhet och grundlighet, genomskinlighet och koherens, påverkan och betydelse. Dels har bland annat Smith (2010) skapat mer specifika kriterier för hur man ska bedöma kvaliteten i en IPA studie. Vid analysen i den här studien togs hänsyn både till Yardleys och Smiths kriterier.

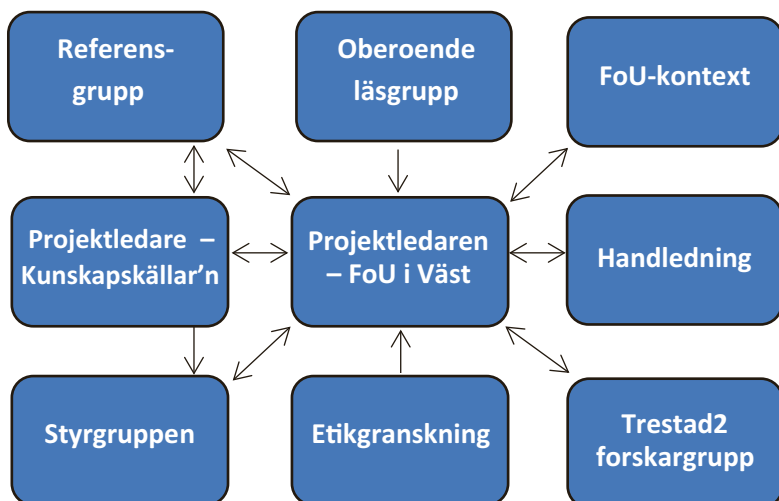
2.2.4 ”Realistisk” analys – att dra ihop det hela

Man kan förstå de kvantitativa och kvalitativa armarna av studien som två separata delar. Men avsikten var att resultaten skulle sammanvägas i relation till behandlingsmodellen. En del av den ”realistiska” analysen blir därför att förstå vad resultaten innebär för behandlingsmodellen totalt sett. Den kvalitativa analysen av klientperspektivet ligger till grund tillsammans med behandlarnas perspektiv för förståelse för förändringsmekanismerna. Exempelvis görs en sammanvägning av vad behandlarna tyckte var de effektiva mekanismerna och förståelse från analysen av klienternas upplevelser av sin förändring. Genom att en ökad förståelse skapas för vilka specifika förändringsmekanismer som är i rörelse, kan man vara uppmärksam på och möjligtvis främja dessa processer i framtida behandling. Den kvantitativa analysen ligger till grund för en förståelse för om behandlingsmodellen har haft det utfall som förväntades av behandlingsmodellen. På så vis blir det en sammanvägning av behandlarnas kunskap och utfallsresultat. Får modellen bekräftelse, eller skapas det frågor kring en viss behandlingsaspekt för vissa klienter i vissa kontexter?

2.3 Studiens organisation

En ytterligare del i kvalitetsgranskningen av studien kan vara att granska studiens organisation. Russell Turner har haft ett huvudansvar för studiens design, konstruktion av undersökningsinstrument, insamling och analys av data samt författande av rapporter och arrangemang liksom deltagande i olika nätverk och andra aktiviteter kring studien. Torbjörn Forkby har varit vetenskapligt ansvarig och handledare för studien och har även medverkat konkret genom deltagande i olika workshopar, styr- och referensgrupp, genomfört ett par av intervjuerna samt agerat biträdande skribent vid författande av denna slutrapport. Kvalitetsgranskningen har innefattat presentation av studiens upplägg och resultat internt på FoU i Väst/GR för kollegial granskning, liksom för en särskilt tillsatt referensgrupp. Uppdragsgivare har varit Kunskapskällar’n, ett kunskapscentrum för ANDT-frågor inom Social Utveckling, Social resursförvaltning i Göteborgs Stad. En projektledare från Kunskapskällar’n (Christina Wall) har haft en samordningsroll som bland annat har handlat om att skapa förutsättningar för studien. En referensgrupp och en styrgrupp för studien skapades också. Referensgruppen bestod av sju behandlare och projektledaren från Kunskapskällar’n. Syftet med referensgruppen var att ge återkoppling om enkäter, process, resultat och spridningsstrategier. Referensgruppen har träffats cirka en gång per termin men har också haft kontakt via e-post. Styrgruppen bestod av ett antal personer från Social resursförvaltning: enhetschefen för Enheten för stöd och behandling inom missbruk (där Behandlingsgruppen ingår), gruppchef för Behandlingsgruppen, verksamhetschefen för område Stöd till familjer och individer (Enheten för stöd och behandling inom missbruk ingår), projektledaren från Kunskapskällar’n och en enhetschef från enheten Social Utveckling (där Kunskapskällar’n ingår) samt projektledaren för Trestad2 i Göteborg. Syftet med styrgruppen var att medlemmarna skulle få information under studiens gång, möjlighet att ställa övergripande frågor och skapa goda förutsättningar för genomförande och spridning inom och utom Social resursförvaltningen. Till sist hade denna studie kopplingar till den övergripande forskargrupp som hade hand om en utvärdering av hela Trestad2. Slutrapporten granskades också av en oberoende läsgrupp bestående av representanter från både forskning och praktik. Figur 7 på nästa sida visar studiens organisation. Hela studien granskades av den regionala etiknämnden och fick godkänt i februari 2012.

Figur 7 – Studiens organisation



3. Resultat

I detta kapitel presenteras studiens resultat. I det första delavsnittet beskrivs vilka klienter som kommer till Behandlingsgruppen och blir inskrivna i behandling, hur långt de kommer i behandlingsprocessen och hur många som fullföljer behandlingen enligt överenskommen plan. Det andra delavsnittet presenterar klienternas perspektiv på behandlingsprocessen. Därefter redovisas i ett tredje delavsnitt kvantitativa resultat utifrån enkäterna. I det sista resultatavsnittet lyfts anhörigperspektivet fram genom både kvantitativ information och några röster från anhöriga.

3.1 Inskrivningar, genomströmning och bortfall

Den här studien är en undersökning av en form av öppenvårdsbehandling i en vardaglig praktik, vilket inte är detsamma som att undersöka en viss metod under mer kontrollerade former. I det här fallet är det viktigt att ta hänsyn till verksamhetens karaktär av att ha hög tillgänglighet; den är öppen för alla (med väldigt få begränsningar) och vill då också kunna skapa individuellt anpassade behandlingsupplägg. Det innebär också att verksamheten möter en betydande variation bland klienterna och även att behandlingen skiljer sig både vad gäller längd och innehåll. Naturligtvis ställer detta stora krav på verksamheten ifråga om flexibilitet och kompetens. Det skulle vara enklare att skapa en mottagning för en viss specifik grupp, där behoven är klarlagda och erbjudandet är bestämt i förväg. Att ha en sådan bred verksamhet kan samtidigt vara en nödvändighet om man vill kunna erbjuda en ingång till att påbörja en behandling. I vilket fall är det för utvärderingen viktigt att beskriva vilka klienter som faktiskt kommer till Behandlingsgruppen och hur olika problematik och andra livsvillkor de har. Inte minst är detta viktigt för att kunna relatera resultatet till något. Likväl är det viktigt att veta hur genomströmningen ser ut och hur länge klienter stannar i behandling. Det kan

här exempelvis vara intressant att se om det är vissa grupper av klienter som avslutar behandlingen på ett oplanerat sätt. För att få ett så litet bortfall som möjligt från en undersökning av detta slag skulle man kunna tänka sig att man från forskningsprojektets sida skulle skapa former där man lägger ned stor möda på att få klienterna att stanna kvar i behandlingen. Detta har inte gjorts i denna studie då avsikten har varit att undersöka behandlingsarbetet i praktiken, varför siffrorna som avser genomströmningen och hur lång tid man stannar i behandling anses bidra till att ge en rättvisande bild av Behandlingsgruppens verklighet.

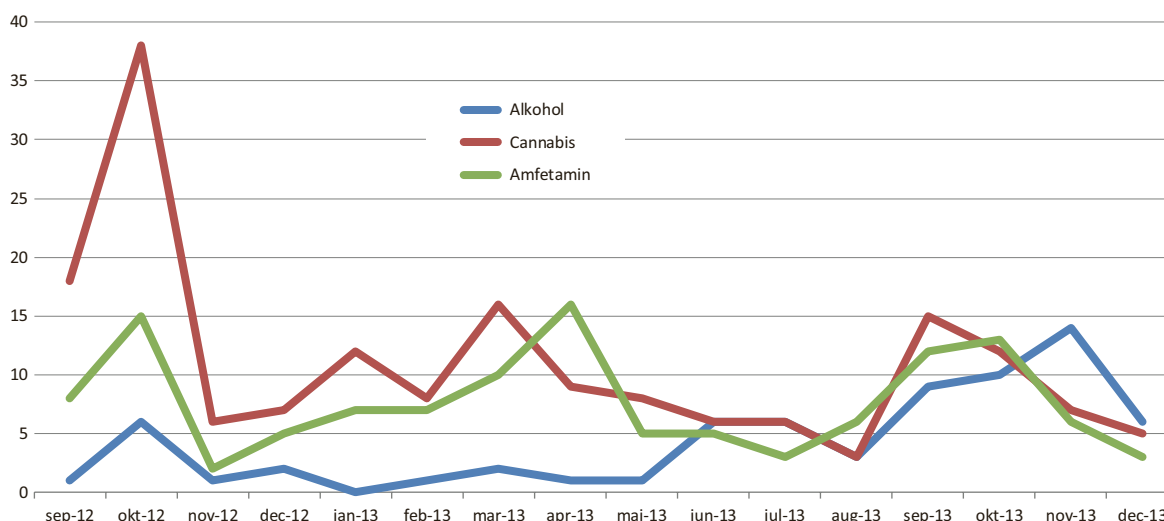
3.1.1 Nybesök och inskrivningar

Behandlingsgruppen har en inskrivningsprocess i två steg. De första två till tre besöken betraktas som nybesök där man utforskar klientens behov samt presenterar och diskuterar sig fram till behandlingsalternativ. Om klienten bestämmer sig för att påbörja en behandling brukar en inskrivning göras under besök tre. Uppgifter från Behandlingsgruppen ger vid handen att under studiens fältarbetsfas – september 2012 till december 2013 – registrerades 539 nybesök varav 173 (32 %) rörde sig om personer med cannabis som huvuddrog. Figur 8 på nästa sida visar antal nybesök under studieperioden för klienter med alkohol, cannabis och amfetamin som huvuddrog¹².

Man kan konstatera att inledningsvis under studieperioden fanns en större tillströmning av personer med cannabis som huvuddrog än av personer med alkohol eller amfetamin som huvuddrog. Annars ser inflödet för perioden relativt stabilt ut (omkring elva nybesök per månad rörande cannabis som huvuddrog). Tillströmningen i början av studien kan till viss del hänga samman med tidningsannonser i lokala tidningar: två gånger i september 2012 och en gång

12. Heroin och övriga droger visas inte i figuren.

Figur 8 – Antal nybesök september 2012 till december 2013 efter huvuddrog



i november 2013. Annonseringen kan ha lockat och erbjudit en väg för personer som annars inte hade sökt sig till behandling.

Enligt Behandlingsgruppens egen verksamhetsstatistik för 2013 gjordes 119 inskrivningar, att ställa i relation till 376 nybesök under samma period. Det betyder att cirka en tredjedel av nybesöken brukar gå vidare till inskrivning, men detta varierar beroende på vilken primärdrog klienten har. Tabell 2 visar bortfallet mellan nybesök och inskrivningar 2013 efter primärdrog.

Tabell 2 – Nybesök och inskrivningar 2013 efter primärdrog

Primärdrog	Nybesök	Inskrivningar	Andel inledd behandling
Alkohol	59	31	53%
Cannabis	107	46	43%
Amfetamin	93	21	23%
Heroin	32	8	25%
Övriga/blandmissbruk	85	13	15%
Alla klienter	376	119	32%

Av tabell 2 framgår att andelen som påbörjade en behandling efter inskrivning var 43 % för personer med cannabis som huvuddrog under 2013. Att knappt sex av tio väljer att inte gå vidare med ett behandlingsarbete kan låta som en alltför stor andel, men det är först om vi känner till orsakerna till detta som man kan uttala sig om huruvida det är ett problem eller inte. Det är viktigt här att ta hänsyn till Behandlingsgruppens höga tillgänglighet och den breda målgrupp som kan komma till mottagningar-

na. Man kan också konstatera att de som sökt med cannabis som huvuddrog inleder en behandling i långt högre grad än de som söker för andra droger, undantaget alkohol. Det var exempelvis enbart 15 % av dem som använder olika droger, och har svårt att ange en huvuddrog, som gick vidare i behandlingsarbete.

En viss indikation på orsaker till varför man inte påbörjar ett behandlingsarbete när det gäller personer med cannabis som huvuddrog kan hämtas från studiens egen databas (som enbart täcker studieperioden). Här framgår också andelen personer som ingår i studien i förhållande till andelen sökande, samt övergripande orsaker till varför de inte ingår i studien, trots kontakt med Behandlingsgruppen. Här framkommer att av de 173 nybesöken där personer angav cannabis som huvuddrog, gick 127 (73 %) vidare till inskrivning, vilket då också innebar ett erbjudande om behandling. Detta innebär att 46 personer inte gick vidare till att påbörja en behandling. Här var det huvudsakligen fråga om korta kontakter (42 personer, 84 %) där behandling inte påbörjades på grund av att personen inte kom tillbaka efter första besöket. I gruppen fanns också fyra personer (8 %) som hade för svåra psykiska problem för Behandlingsgruppen. Det resulterade i 127 personer som gick vidare till inskrivning, som skulle ha kunnat tillfrågas om att delta i studien. Av dessa 127 blev sex personer inte tillfrågade om att delta. Det fanns fyra personer (8 %) där olika svårigheter i kontakt och kommunikation innebar att personen inte blev tillfrågad. Två klienter visade sig ha andra problem än cannabis och var därför inte aktuella för studien. Det resulterade i 121 personer som både skrevs in

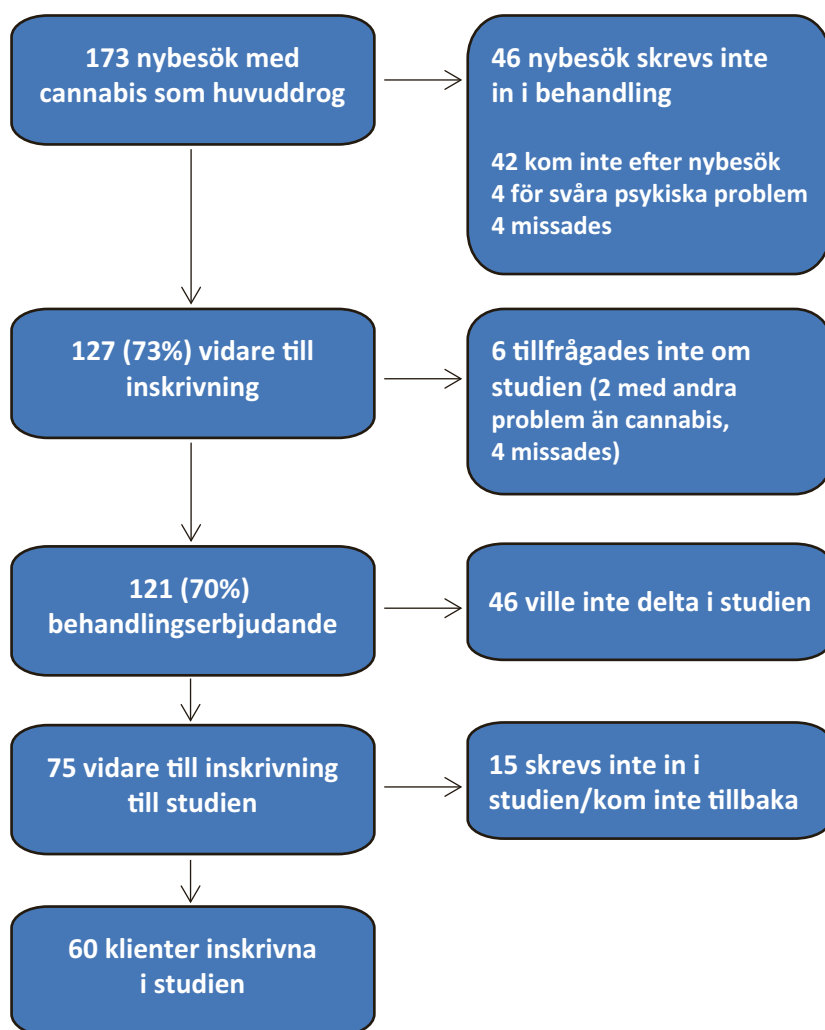
i behandling och fick frågan om deltagande i studien. Av dessa 121 tackade 75 personer ja, och 46 (38%) personer valde att avstå. Av de 75 personer som ställde sig positiva till behandlingserbjudandet skrevs 60 personer in för behandling. Vidare fanns det 15 personer som inte blev inskrivna, trots att de tackat ja till behandling (på grund av att de inte kom tillbaka till Behandlingsgruppen efteråt).

Det resulterar i 60 inskrivningar från 125 möjliga klienter, vilket ger 48% inskrivningar i studien, 37% som tackade nej till studien, och tolv procent som aldrig kom i gång med sin behandling, och 3% som föll bort på grund av kommunikationsmissar. Figur 9 visar ett flödesschema för nybesök och inskrivningar vad gäller cannabis som huvuddrog.

Utifrån antalet nybesök under studieperioden

(n=173) var det 64% (n=110)¹³ av personerna som var redo att gå till inskrivning. Det är 21 procentenheter bättre jämfört med verksamhetsstatistiken. När det gäller personer som var villiga att ingå i studien blir gruppen såklart mindre, då 46 personer valde att inte delta. Slutligen blev 60 klienter inskrivna i studien, vilket innebär 48% av de som potentiellt skulle kunna ha deltagit (de 125 man skulle ha erbjudit en behandling efter nybesök), och 80% räknat på dem som tackat ja till deltagande i studien (n=75). Figur 10 visar antal och andel klienter som blev inskrivna i behandling och i studien. Till stor del är antalet klienter som stod till studiens förfogande ett resultat av flödet av klienter till Behandlingsgruppen och genom inskrivningsprocessen. Det kan verka som en mindre grupp som blev kvar att studera men gruppen var fortfarande relevant att följa.

Figur 9 – Flödesschema för nybesök och inskrivningar till studien



13. 125 möjliga klienter minus de 15 som inte skrevs in.

Figur 10 – Antal och andel klienter inskrivna i behandling och studien relaterat till 125 potentiella personer.

	Antal	Andel
Inskrivna i behandling och studien	60	48%
Tackade nej till studien	46	37%
Tackade ja, men blev aldrig inskriven i behandling	15	12%
Missades pga kommunikationsmissar	4	3%
Summa	125	100%

3.1.2 Inskrivningar – vilka är klienterna?

Ett av målen med studien är att ge en deskriptiv bild av klientgruppen; det vill säga vilka är klienterna som söker sig till Behandlingsgruppen för bekymmer kring sin användning av cannabis? Vilka bakgrundsvariabler kan man se och vilken annan problematik har dessa klienter? Syftet med en sådan beskrivning är att öka förståelsen för målgruppen och därmed bidra till kunskapsunderlag för planering av olika insatser på verksamhets- och individnivå.

Demografisk information

Majoriteten av klienterna var män (n=49, 82 %) och svenska medborgare (n=52, 87%). 46 (77 %) personer angav också Sverige som födelseland. Bland utrikes födda fanns fyra (7 %) personer från Somalia och resterande tio klienter kom från tio olika länder, mestadels utanför Europa. De personer som ingick i gruppen var mellan 20 och 63 år gamla. Genomsnittsåldern var 30,5 men medianvärdet var 25,5.

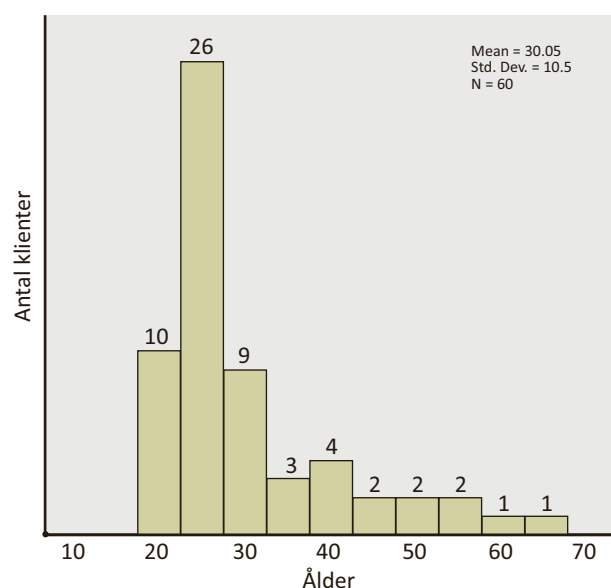
Figur 11 visar åldersspridningen bland klienterna.

Drygt två tredjedelar av klienterna var under trettio, 18 % befann sig i åldersspannet mellan 30 och 40 år och 6 % var mellan 40 och 50 år. Nästan 10 % var över 50. I samband med beskrivningen av behandlingsmodellen (Turner, 2014) uppgav behandlarna att man arbetade med i huvudsak två klientgrupper sett ur ett åldersgruppsperspektiv: de unga och äldre klienter som har använt cannabis i många år. Med stöd av statistiken skulle det gå att urskilja en yngre grupp som är mellan 18 år och strax över 20 samt en äldre grupp från ungefär 30 år och uppåt.

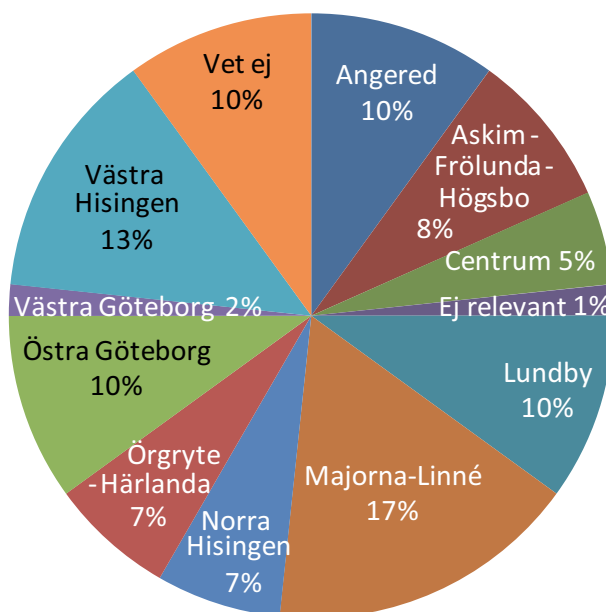
Behandlingsgruppens klienter kommer från alla delar av Göteborg, men flest från Majorna/Linné. 10 personer (17 %) kom därifrån, näst flest kom från Västra Hisingen (8 klienter, 13 %). Figur 12 visar klienternas hemstadsdel vid inskrivning.

I vilken mån den aktuella klientgruppen återspeglar spridningen av cannabis över staden går inte att säga. Anledningen till att man söker stöd kan förklaras av en rad olika orsaker. Men man kan samtidigt konstatera att i en undersökning av cannabisanvändning bland yngre (Kungur, 2012) så är det en relativt sett högre andel ungdomar som någon gång provat cannabis i stadsdelen Majorna/Linné jämfört med Göteborg i övrigt. Det kan samtidigt finnas många anledningar till varför en person börjar uppfatta sin användning som problematiskt och söker sig till en behandlingsmottagning. Det kan hänga samman med en högre tilltro till att myndigheter kan erbjuda

Figur 11 – Åldersspridning bland klienterna



Figur 12 – Klienternas hemstadsdel vid inskrivning



stöd, information om behandlingsmottagningen, hur andra verksamheter arbetar med mera. Klienterna kan välja att besöka vilken som helst av Behandlingsgruppens tre mottagningar, oavsett var de själva bor. Samtidigt överensstämmer fördelningen av klienter mellan mottagningarna till viss del med klienternas hemstadsdelar, det vill säga mottagningen i Centrum-Väster hade flest klienter (n=24, 40 %), Hisingen hade 21 (35 %) och Nordost hade 15 (25 %).

Initiativtagande och mottaglighet för behandling

Behandlingsgruppen erbjuder en verksamhet som är öppen för alla där klienterna själva bedömer att de har behov av att komma. Verksamheten är frivillig för den enskilde och bygger därmed på klientens egen vilja att delta. Här kan det finnas en viss motsättning. Att personerna själva har valt att komma till verksamheten skulle kunna indikera en hög motivation. Samtidigt är det viktigt att beakta verksamhetens öppenhet och det faktum att klienterna inte gallras ut för att passa den specifika behandlingsmodellen. Som en följd härav är det möjligt att klienternas motivation och övriga beredskap att påbörja en behandling varierar betydligt. I enkäten ombads klienten att ange vem som var den främsta initiativtagaren till att ta kontakt med Behandlingsgruppen. Här kunde klienten välja sig själv eller någon annan så som familjen, myndigheter och så vidare. En bild av varifrån klienten ansåg att initiativet till att ta kontakt kom, kan ge en indikation på hur klientgruppens mottaglighet för behandling ser ut och eventuella variationer.

Initiativtagaren till att ta kontakt med Behandlingsgruppen var till stor del (n=39, 65 %) klienten själv. Sju klienter (12 %) angav att familjen, flick-/pojkvän eller vänner var initiativtagaren. Ytterligare sju klienter (12 %) kom genom att kontakt förmedlades från socialtjänsten, tre genom arbetet/företags hälsovård, två genom en annan missbruksenhet och för en klient gick kontakten genom den psykiatriska slutenvården.¹⁴ När man ser till vilken målsättning klienterna hade med behandlingen uppgav en stor del av klienterna (n=37, 62 %) att de ville sluta helt med cannabis, elva (18 %) ville få kontroll över sin användning, medan 6 (10 %) redan hade slutat men ville minska risken för återfall. Dessa grupper går att känna igen i hur behandlarna beskrev hur de uppfattade motivationen hos målgruppen, exempelvis genom att de nämnde att det fanns en grupp som faktiskt redan hade slutat och ville ha återfallsprevention. Fyra klienter (7 %) var osäkra på målet

med behandlingen.¹⁵ I enkäten fick klienterna också svara på frågan hur redo de bedömde att de var att genomföra en förändring liksom sin förmåga att genomdriva den. På en skala från 1 till 10 där 10 var högsta poäng var genomsnittet (medianvärde) för båda frågorna mycket högt på 9. Bara fyra klienter (7 %) bedömde sin förändringsinställning som låg. Bland dessa fanns såväl de som kom genom socialtjänsten som de som kom på eget initiativ och även de som hade tydliga mål och de som saknade detta. Sammantaget skulle dessa resultat kunna indikera att då de flesta klienter hade en tydlig målbild och bedömde sin beredskap och förändringsförmåga som hög, så borde många i den aktuella gruppen vid inskrivning åtminstone vara potentiellt mottagliga för behandling.

Att ha erfarenhet från tidigare behandling skulle kunna påverka inställningen till den aktuella behandlingen (antingen genom ökad mottaglighet – vid tidigare positiva erfarenheter – eller motsatsen om kontakten varit sämre). Över en tredjedel (n=22, 37 %) hade tidigare vårdats för drogproblem. Några hade också tidigare fått vård för alkoholproblem, fast då en långt mycket mindre grupp (n=5, 8 %) och ytterligare några för läkemedelsmissbruk (n=2, 3 %). Åtta klienter (13 %) hade tidigare genomgått drogavgiftning någon gång i livet. Inga av dessa avgiftningar hade dock skett under de senaste sex månaderna. En dryg tredjedel (n=21, 35 %) hade varit i kontakt med behandling i öppenvården (i allmänt och inte nödvändigtvis Behandlingsgruppen), men bara fyra av dem (7 %) under de senaste sex månaderna. Man kan alltså konstatera att det finns få i gruppen som snabbt hade återkommit till öppenvårdsbehandling efter tidigare behandling, vilket kan vara viktig kunskap när man ser till att många i den aktuella gruppen inte genomför behandling enligt plan utan slutar tidigare. Att sluta med behandling i förtid kan ses som att klienten inte var redo, men förhoppningen är att de återkommer. Det är dock inte säkert att gruppen återvändare är särskilt stor. 10 klienter (17 %) hade tidigare haft kontakt just med Behandlingsgruppen, alltså en grupp som kan betraktas som återbesökare i verksamheten. Här fanns en jämn stor spridning mellan de som kom på eget initiativ och de som kom på någon annans initiativ. Det kan vara så att tidningsannonserna nådde en ny målgrupp, vilket resulterade i en lägre andel klienter som återvänder jämfört med annars. Bara 6 klienter (10 %) hade någon gång upplevt slutenvård (men ingen under de senaste sex månaderna). Väl-

14. Ett svar saknades på denna fråga.

15. Två svar saknades på denna fråga.

digt få klienter (n=2, 3 %) hade tvångsvårdats inom socialtjänsten genom LVU (för unga) eller LVM (för vuxna personer med missbruksproblematik). Detta stämmer överens med bilden av att klientgruppen till stor del är relativt välfungerande i samhället. Nio klienter (15 %) hade tidigare kontakt med Anonyma Narkomaner (NA).

Den enskildes erfarenheter av tidigare behandling skulle kunna ge en indikation på hur klienten förhåller sig till att påbörja en ny behandlingsperiod. Man kan då konstatera att av de 23 personer som tidigare genomgått behandling var det ingen som uppgav att den varit helt lyckad. Möjligen skulle det vara lätt att tänka att om man söker behandling igen så har inte tidigare försök varit helt lyckade. Men sett mot bakgrund av att förändringsprocesser i samband med missbruk kan innebära ett flertal försök på vägen, där enskilda insatser visserligen kan ses som lyckade men om de inte länkas samman i en kedja när de inte full effekt, så detta resultat är ändå intressant. Bland personalen i Behandlingsgruppen framkommer också att de inte nödvändigtvis ser sitt arbete som en isolerad insats, utan som en del i en längre process, där en positiv behandlingserfarenhet kan ses som ett viktigt mål i sig, vid sidan av hur drogkonsumtionen förändras. Det visar sig att 14 klienter (61 %) tyckte att behandlingen var delvis lyckad, fem (22 %) bedömde den som delvis misslyckad och fyra (17 %) tyckte att den tidigare behandlingen var helt misslyckad. Figur 13 sammanfattar dessa siffror.

Figur 13 – Bedömning av tidigare behandling

	Antal	Andel
Helt lyckad	0	0%
Delvis lyckad	14	61%
Delvis misslyckad	5	22%
Helt misslyckad	4	17%
Alla	23	100%

Ställt i relation till hela gruppen i studien kan man konstatera att det här finns en liten grupp klienter – cirka 15 % – med tidigare negativa erfarenheter av behandling för missbruksproblematik. De flesta i denna grupp hade bara haft erfarenhet av öppenvård varav hälften hos Behandlingsgruppen. Denna grupp skulle kunna tänkas vara något mindre mottaglig, eller möjligen mindre positivt inställd, till ny behandling.

Boende och levnadssituation

Ett stabilt boende kan anses som en förutsättning för en sådan omfattande förändringsprocess som att sluta med ett missbruk. Drygt två tredjedelar av klienterna (n=41, 68 %) hade egen bostad, åtta klienter (13 %) bodde hos sina föräldrar och sex (10 %) bodde i andra hand eller som inneboende eller i studentbostad. Två personer (3 %) uppgav att de var bostadslösa. Resterande tre klienter hade andra typer av bostäder eller så hade de inte besvarat frågan. Att en del klienter bor hos sina föräldrar kan säkerligen förklaras av att en stor andel dem var under 25 år. 24 klienter (40 %) levde ensamma, 13 (22 %) levde tillsammans med partner men utan barn och åtta (13 %) levde med sina föräldrar. Sex klienter (10 %) levde med vänner, och sex klienter (10 %) med barn, varav fyra (7 %) levde med en partner. Två andra klienter hade andra levnadsformer tillsammans med andra.¹⁶

En fjärdedel av klienterna (n=15, 25 %) hade barn. Sju personer (12 %) hade barn som var över 18 år, medan elva (18 %) hade yngre barn¹⁷. Alla klienter med barn förutom en hade kontakt med sina barn (även om bara 6 av de 15 klienterna med barn bodde ihop med barnen). Fyra klienter (7 %) – två män och två kvinnor – väntade barn vid inskrivning. Bilden av klienternas hemsituation varierade alltså, med en förhållandevis stor andel som bodde ensam i sin egen bostad, familjekonstellationer med egen bostad, och unga människor som fortfarande bodde hemma. Att så få klienter uppger att de är hemlösa indikerar i alla fall att det i de flesta fall finns en viss stabilitet när det gäller boendeförhållanden. Det visar sig också att det finns en liten grupp klienter med barn – cirka 10–23 %. Här blir det viktigt med ett barnperspektiv, exempelvis hur situationen för hemmavarande barn ser ut och om det behövs stöd för dem. I synnerhet är det angeläget med behandling för de personer som väntar barn.

Relationer och stöd

Likväl som ett stabilt boende kan sociala relationer och i synnerhet vilket stöd de kan bidra med vara viktigt för hur man klarar processen att ta sig ur ett missbruk. Vi såg tidigare att 40 % av klienterna levde ensamma medan nästan 60 % levde ihop med andra. 56 klienter (93 %) uppgav att de har personer att tillgå när de behöver stöd. Dessa svar kan dock bero på en miss vid enkätkonstruktionen¹⁸. Enkäten efterfrågade maximalt sju olika relationer och om

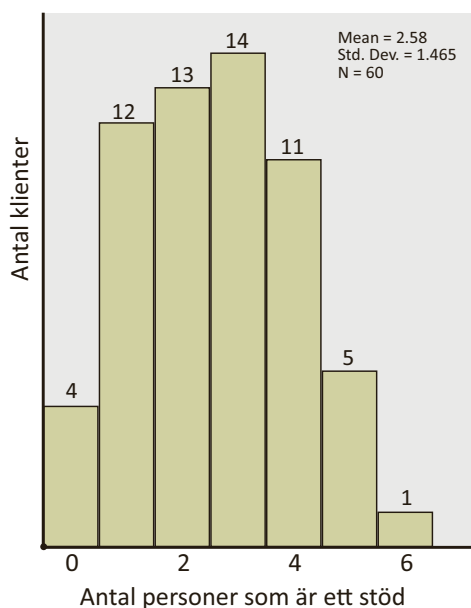
16. Ett svar saknades på denna fråga.

17. Siffrorna blir mer än 25 % då 3 (5 %) klienter hade barn både under och över 18.

18. Detta beror på att det var lite otydligt i början av studien hur man skulle ange om man inte tyckte att vissa personer utgjorde ett stöd. Detta fel rättades senare till.

dessa relationer var ett stöd. De flesta klienter som hade relationer som var ett stöd angav mellan en och fyra personer. Figur 14 visar antal klienter efter antalet "stödpersoner" i de sociala nätverken.

Figur 14 – Antal stödpersoner i klienternas sociala nätverk



Om man utgår från de svar som finns framkommer en bild av en grupp klienter med ett ganska bra stöd-nätverk kring sig och en mindre grupp klienter – cirka 7% – som är mer socialt utsatt. De stödpersoner som klienterna angav var i rangordning: nära vänner (n=44, 73% av klienterna), föräldrar (n=36, 60% av klienterna), syskon (n=29, 48%), partners (n=20, 33%), annan släktning (n=14, 23%), före detta partner (n=8, 13%), och barn eller styvbarn (n=4, 7%). Av de klienter som uppgav att vännerna var ett stöd var det 27 (61% av de 44) som markerade att hälften eller över hälften av vännerna också använde cannabis. Det går inte att säga just vilka vänner som betraktades som stödpersoner, och enbart det faktum att en vän använder cannabis betyder inte nödvändigtvis att hen inte kan vara ett bra stöd. Resultatet ger dock en viktig dimension till förståelsen för hur det sociala nätverket kan se ut, och då att det kan vara så att även de som är stödjande personer kan vara positivt inställda till cannabis och kanske inte så behjälpliga i processen att komma från ett missbruk. Nästan alla klienter hade minst en vän som använde cannabis. I genomsnitt (medelvärde) bestod vänskapskretsen till lite över hälften av personer som använde cannabis. Det fanns dock en stor spridning där omkring en femtedel hade få vänner som använde cannabis och en fjärdedel hade vänner varav alla eller nästan alla använde cannabis.

När det gäller hur oroade klienterna var över sina relationer framträder en spretig bild. 19 personer (32%) var väldigt mycket eller mycket oroliga över sina relationer, där elva (18%) var väldigt mycket oroade, 16 (27%) var ganska oroade, medan tolv (20%) var lite oroade och tolv (20%) inte alls var oroade. Våld i nära relationer var aktuellt (som förövaren eller som offret) för sju (12%) klienter. Det fanns fler klienter (12%) som hade utövat våld mot en närstående än de som själva blivit utsatta för våld (7%).

Utbildning, sysselsättning och ekonomi

Ekonomi och arbete kan också påverka förutsättningarna att ta sig ur drogmissbruket. Uppgifter om utbildningsnivå ger en indikation på klienternas förutsättningar att komma in på arbetsmarknaden. Drygt hälften av klienterna (n=31, 52%) hade fullföljt gymnasium eller motsvarande och 10 (17%) hade fullföljt eftergymnasial eller högskoleutbildningen. 14 (23%) personer hade endast grundskoleutbildning medan fyra (7%) klienter inte hade fullföljt grundskolan. 19 (32%) klienter var anställda varav 13 (22%) var fast anställda. Nio klienter (15%) fick ersättning från Försäkringskassan, åtta (13%) var arbetslösa och sju (12%) var studenter. 14 (23%) angav annan sysselsättning som kunde vara en blandning av exempelvis praktikplats med studier, deltagit i behandling med ersättning och så vidare.¹⁹ 24 klienter (40%) angav att de hade inkomst av eget arbete medan 27 (45%) hade ersättning eller bistånd från socialtjänsten eller Försäkringskassan (17 (28%) med ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, 10 (17%) med ersättning från Försäkringskassan). Tre klienter (5%) levde på studiemedel, två (3%) på medel från föräldrar, och två (3%) uppgav annan försörjning. En klient levde på sin pension.²⁰ Över hälften av klienterna (n=33, 55%) var oroliga över sin ekonomi och 13 (22%) var mycket oroliga. Bland klienter med inkomst från eget arbete fanns det en lika stor spridning mellan klienter som var oroade och inte oroade över ekonomin. Bland klienter med ersättning eller bistånd fanns det dubbelt så många klienter som var oroade över sin ekonomi. Generellt kan sägas att gruppen inte utmärker sig särskilt i fråga om formell utbildningsnivå, även om betygen från utbildningarna möjligen kan göra det. Det finns samtidigt en klart negativ bild när man ser till omfattningen av arbete och sysselsättning i gruppen där bara en tredjedel har anställning. Det fanns också en ganska stor grupp – drygt hälften av klienterna – som kunde anses vara ekonomiskt

19. Tre svar saknades på denna fråga.

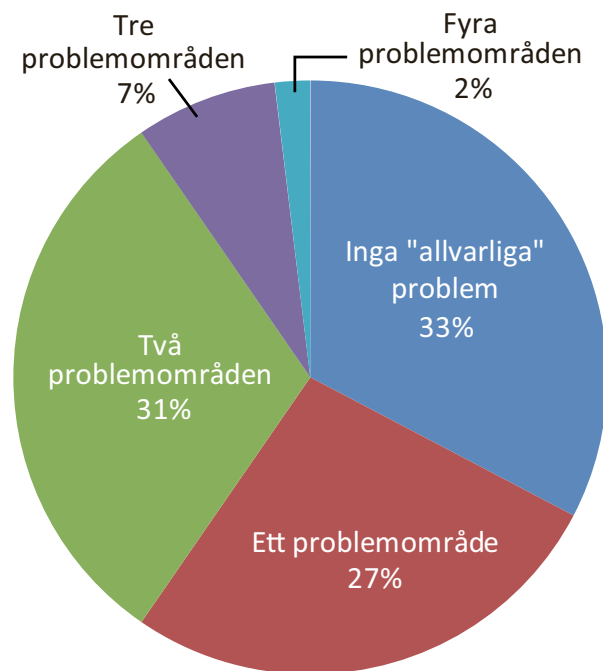
20. Ett svar saknades på denna fråga.

utsatta, det vill säga en grupp som levde på bidrag eller hade annan försörjning. En stor del av denna grupp saknade anställning. Oron över ekonomin var också stor, särskilt bland dem som levde på bidrag. Man får här också tänka in att kostnaden för en daglig användning av cannabis sätter ekonomisk press på de flesta, även de med anställning.

Uppväxtmiljö och psykisk ohälsa

Klienternas uppväxtmiljö kan ge en fingervisning om i vilken utsträckning deras bakgrund innan drogmissbruket kan ha påverkat sådant som psykiskt och socialt välbefinnande, där svåra upplevelser i barndomen ökar risken för senare psykiska problem eller missbruk (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014). Cannabismissbruk liksom andra former av drogmissbruk samvarierar ofta med psykisk ohälsa. Det är samtidigt svårt att med någon större träffsäkerhet avgöra i det enskilda fallet om de psykiska problemen varit en (bidragande) orsak eller en effekt av missbruket. Åtta klienter (13%) hade placerats i familjehem eller fosterfamilj under sin uppväxt, men här saknades fem svar (10%), vilket kan tyda på att frågan varit känslig för några av klienterna. För att få en enkel bild av uppväxtmiljön kunde klienterna ange om de hade upplevt ett eller flera av fyra problem under sin uppväxt; alkohol-/drogmissbruk, psykiska problem, våld eller misshandel, och andra "allvarliga problem" där klienten hade möjlighet att själv ange vad detta innebar. En stor andel av klienterna (n=38, 63%) uppgav att de hade upplevt olika problem under sin uppväxt. Vanligast var att klienterna angav att det hade förekommit alkohol eller drogmissbruk i den egna uppväxtmiljön (n=26, 43%). En nästan lika stor andel (n=24, 40%) uppgav att det hade förekommit psykiska problem. 15 personer (25%) hade upplevt misshandel eller våld under uppväxten, medan 8 (13%) angav att det förekommit andra allvarliga problem, så som ekonomiska problem, flytt från land till land, att man blivit mobbad, psykiskt våld, sjukdom och sträng disciplin. En klient angav att samtliga fyra typer av problem hade förekommit under uppväxten och fyra klienter (7%) uppgav att både alkohol-/drogmissbruk, psykiska problem och våld förekom under uppväxten. Det fanns 16 klienter (31%) som uppgav två av de angivna problemtyperna, vilket indikerar vidare form av multiproblematik. 14 klienter (27%) uppgav att de hade upplevt ett av de fyra problemområdena. Figur 15 visar andelen klienter som uppgav förekomst av de olika problemområdena under sin uppväxt.

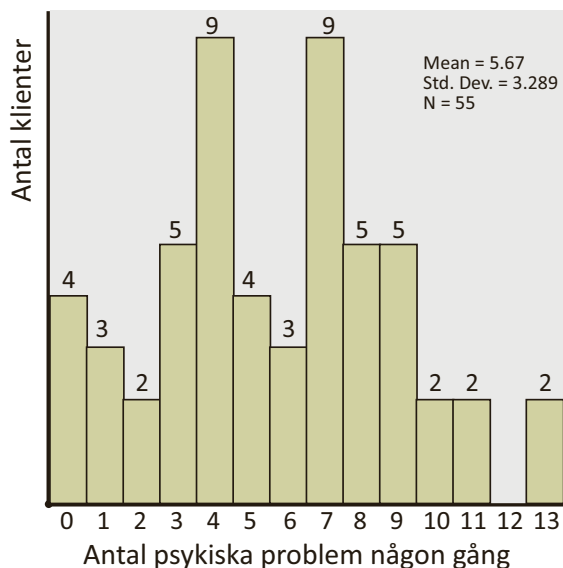
Figur 15 – Klienter med allvarliga problem i sin uppväxtmiljö



Det kan noteras att andelen klienter med "Inga allvarliga problem" behöver tolkas utifrån de frågor som ställdes. Hade mer nyanserade frågor, exempelvis kring omsorg och värme efterfrågats, skulle svaren kanske ha sett annorlunda ut. En stor andel av klienterna (n=25, 42%) kände sig mycket eller väldigt mycket oroade över sin psykiska hälsa, varav 6 (10%) kände sig väldigt mycket oroade. Elva klienter (18%) uppgav sig vara ganska oroade över sin psykiska hälsa. I inskrivningsenkäten fick klienterna möjlighet att kryssa i en lista över tolv psykiska besvär där plats också gavs för att specificera andra psykiska symtom. Enkäten var utformad så att man kunde svara att man upplevt någon form av problematik antingen någon gång i livet, under de senaste sex månaderna samt om man upplevde besvären även när man inte använde droger. Detta var en form av självskattning, och alltså inte en diagnos ställd med mer formella metoder av en psykolog eller psykiatriker. Klientens eget perspektiv på upplevda psykiska bekymmer kan dock ge en viktig bild av den självupplevda hälsan.

De flesta klienterna (n=51, 85%) kände att de hade upplevt minst ett av dessa psykiska besvär någon gång i livet. Fem svar (8%) saknades här vilket kan tyda på ovillighet eller svårighet att ge denna information. Genomsnittet (medelvärde) för antalet upplevda problem någon gång i livet var 5,7 (medianvärdet var 6). Figur 16 visar antalet psykiska problem som klienterna upplevt någon gång i livet.

Figur 16 – Antalet psykiska problem bland klienterna



Figuren visar att det finns en stor spridning när det gäller antal rapporterade psykiska besvär i enkäten. Det framgår också att det finns en stor grupp (n=25, 42%) med sju eller flera psykiska problem. Bland de klienter som hade upplevt psykisk problematik någon gång i livet fanns det dubbelt så många som hade upplevt problem i uppväxtmiljön. 30 av 44 klienter²¹ (63%) hade både problem i uppväxtmiljön och med egen psykisk ohälsa, medan 14 (29%) hade psykiska problem men uppgav att det inte fanns problem i uppväxtmiljön. För klienter utan psykis-

ka problem fanns det bara 2 (4%) med problem i uppväxtmiljön och 2 (4%) utan sådana uppväxtproblem. Om man tittar på upplevda psykiska problem under de senaste sex månaderna är förekomsten av psykisk ohälsa mindre, med 15 klienter (25%) som upplevde minst ett av problemen. Medelvärde är 2,8 och ett maximum finns på sju psykiska problem. Klienterna angav också om de hade upplevt dessa problem under de senaste sex månaderna utan att de använt droger. 10 (17%) hade upplevt problemet utan droganvändning, vilket ger en indikation på att dessa personer har bestående psykiska problem. Detta resultat behöver tolkas med försiktighet eftersom man inte vet hur långt droguppehållet var under senaste sex månaderna. Exempelvis är ett psykiskt problem som återkommer efter några månader av drogfrihet en annan sak jämfört med sådant som kommer efter ett par dagars uppehåll, när man fortfarande har cannabis i kroppen och avvänjningssymptomen kan medföra psykiska problem. Figur 17 visar andelen klienter som upplevt psykiska problem någon gång i livet, under de senaste sex månaderna och utan droganvändning.

Siffrorna i figur 17 visar en stor variation vad gäller psykiska besvär. I snitt (medelvärde) är siffran för upplevda problem "under de senaste sex månaderna" 18 procentenheter lägre jämfört med "någon gång i livet". Detta indikerar att det finns en tyngre bakomliggande psykisk problematik än vad som kanske presenteras när klienterna kommer till mot-

Figur 17 – Andelen klienter efter olika upplevda psykiska problem

	Någon gång	Senaste 6 mån	Även utan droganvändning
Sömnstörningar	80%	62%	63%
Sociala fobier	42%	30%	18%
Allvarlig depression	57%	32%	37%
Allvarlig ångest	62%	38%	37%
Svårigheter att förstå, minnas, eller koncentra dig	75%	57%	37%
Hallucinationer	42%	15%	7%
Ätstörningar	38%	25%	20%
Stora svårigheter att kontrollera våldsamt beteende	32%	15%	18%
Allvarliga självmordstankar	38%	15%	23%
Självskaadebeteende	30%	12%	18%
Svårigheter att kontrollera eget beteende i samband med spel	15%	5%	5%
Tvångstankar	22%	8%	7%
Annat psykiskt besvär	17%	2%	3%

21. I korstabuleringen saknades sammanlagt 12 svar.

tagningen. När man jämför andelen klienter med psykiska problem under de senaste sex månaderna med andelen som uppgav att de hade problem även utan droganvändning är det några resultat som sticker ut. Svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig sjunker med 20 procentenheter, från 57 % av klienterna till 37 % som upplevde problemet utan droganvändning. Sociala fobier sjunker från 30 % av klienterna till 18 % utan droganvändning. Resultatet stämmer väl överens med forskning om cannabis negativa effekter (Ramström och Folkhälsainstitutet, 2009) där man har sett att sociala fobier och kognitiva nedsättningar så som problem med minnet och koncentration är vanliga. Resultatet här ligger i linje med detta. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att dessa resultat grundar sig på en självskattning, det vill säga på individens egen möjlighet att bedöma sina besvär, funktion och förmågor. Enbart från detta resultat skulle man kunna anta att det ändå finns en del klienter – 12–20 % – som endast har dessa problem när de använder cannabis. Det kan också vara så att man inte riktigt har möjlighet att se cannabis effekter inom vissa områden, kanske då det skulle ha krävts en längre tids drogfrihet och/eller andra typer av information än den som baseras på självinspektion.

Vid sidan av dessa två problem – kognitiva nedsättningar och sociala fobier – var de vanligaste psykiska problem som klienterna upplevt under de senaste sex månaderna sömnstörningar, allvarlig ångest, och allvarlig depression. Att andelen med ångest och depression ligger lika högt även utan droganvändning lyfter frågan om mer bestående problem för drygt en tredjedel av klienterna. Det är också intressant att notera att allvarliga självmordstankar ökar med 8 procentenheter till 23 procent utan droganvändning. Två eventuella förklaringar till detta är att cannabisanvändningen har maskerat en depression som kommer upp till ytan i drogfria perioder eller att det är ett avvänjningssymptom som inte bärs ut (det vill säga klienten står inte ut med känslan under uppehållet och använder cannabis igen för att dämpa suicidtankarna). En rimlig tolkning av resultatet, vilket också stärks av resultatet från de kvalitativa intervjuerna, är att psykiska problem är en viktig aspekt att ta hänsyn till. Dessa problem kan för olika personer tänkas vara:

- 1) En bakomliggande faktor till att personen börjar och fortsätter att använda drogen. Personen kan då tänkas ha funnit ett sätt att hantera psykiskt lidande med hjälp av drogen genom att den exempelvis ger en känsla av ångestdämpning.

- 2) Användningen kan också vara en följd av ett missbruk över tid där olika funktionsnedsättningar skapar en otillfredsställande livssituation som medverkar till att olika problem skapas och upprätthålls.

- 3) Slutligen kan de psykiska problemen såväl vara en medverkande faktor till användning, som en förstärkande faktor för fortsatt användning samt något som gör det svårare att upphöra med ett missbruk.

Oavsett vilken roll de psykiska problemen spelar i det individuella fallet torde det i behandlingsarbetet vara viktigt att undersöka och ta hänsyn till dem såväl vid arbete med att avsluta ett missbruk som när det handlar om att bygga upp ett nytt liv som fungerar långsiktigt.

När man tittar på vid vilken ålder de psykiska problemen först upplevdes finns i regel en spridning mellan barndom och vuxen ålder. Detta kan tyda på att för några klienter fanns de psykiska besvären innan drogmissbruket. För andra klienter uppstod de i vuxen ålder i samband med drogmissbruket. Det är viktigt att poängtera att "i samband" inte betyder "orsakat av" och att kausala samband inte går att klarlägga med stöd från enbart dessa data. Vad gäller de vanligast förekommande psykiska problemen i denna klientgrupp var självskadebeteende det som i genomsnitt debuterade tidigast i relation till övriga problem (13,3 år). Därefter kom sömnstörningar (14,7 år), allvarlig ångest (15,4 år), ätstörningar (16 år), självmordstankar (16,1 år), svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig (17,2 år), allvarlig depression (18 år) och sociala fobier (19 år). Vi ska senare sätta debutålder för cannabisanvändning i relation till när olika psykiska problem debuterade.

Välkända negativa effekter av cannabis har konstaterats avseende kognitiv förmåga så som problem med verbal uttrycksförmåga, planeringsförmåga och gestaltminne – det vill säga förmågan att sätta ihop delar till en helhet (Lundkvist och Eriksson, 1988). För att få en indikation på hur dessa funktioner fungerade hos klientgruppen ställdes tre frågor²². Vad gäller verbal uttrycksförmåga fanns en stor spridning med 21 klienter (35 %) som inte upplevde problemet alls, 27 (45 %) som upplevde detta delvis och 6 (10 %) som upplevde problemet i större utsträckning.²³ Avseende planeringsförmåga var det bara 4 klienter (7 %) som inte upplevde problem med denna alls, 32 klienter (53 %) upplevde

22. Frågan löd: Ta ställning till följande påståenden: Jag har problem att i) uttrycka mig verbalt, ii) planera min dag eller vecka, iii) hänga med i en diskussion eller en lång film.

23. Tre svar saknades och två klienter kände att de inte visste.

delvis problem och tolv (20%) upplevde problemet (med att planera) helt.²⁴ När det gäller gestaltminnet fanns det 18 klienter (30%) som inte upplevde något problem alls, 25 (42%) som upplevde problemet delvis och 8 (13%) som upplevde problemet helt.²⁵ Figur 18 sammanfattar dessa resultat.

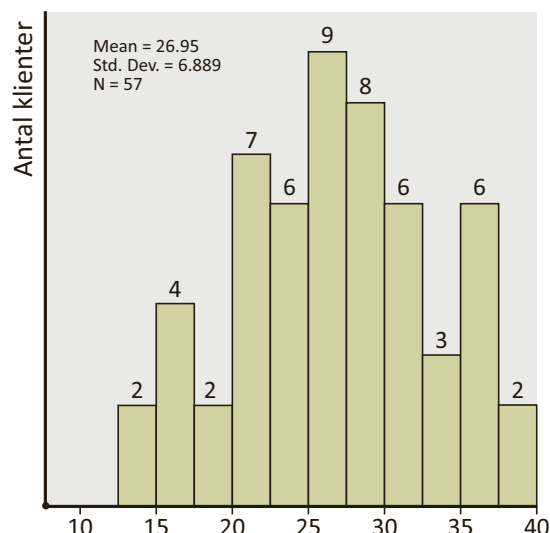
Figur 18 – Upplevda problem med kognitiv förmåga vid inskrivning.

Kognitiv förmåga	Inget problem	Delvis problem	Problem helt	Svar saknas/vet ej
Verbalt uttryck	35%	45%	10%	10%
Planering	7%	53%	20%	20%
Gestaltminne	30%	42%	13%	15%

Resultaten visar att cirka hälften av klienterna till viss del upplever problem med dessa tre kognitiva funktioner. Det är viktigt att tolka svaren med försiktighet. Det kan vara svårt att själv bedöma sin kognitiva förmåga. Dessutom var frågan i enkäten förklarad i förhållande till mer omfattande psykologisk diagnostisering. Oavsett detta kan man säga att det finns en indikation på att en stor andel klienter upplever sådana problem med de kognitiva förmågor som man med stöd i tidigare forskning kan förvänta sig att daglig användning av cannabis medverkar till.

När vi ovan har undersökt psykisk ohälsa, har fokus legat på psykisk ohälsa eller problem. Det finns samtidigt forskare (exempelvis Ryff och Keyes 1995; Seligman, 2011) som menar att psykisk hälsa inte endast är brist på psykisk ohälsa utan består av en rad friskfaktorer. Ett sätt att försöka komma åt det svårfångade begreppet *välbefinnande eller välmående* som vi väljer att kalla det här, är att titta på självkänsla med stöd av Rosenbergs (1989) välkända skala för att undersöka "self esteem". Skalan går från 10 till 40, där högre poäng indikerar bättre självkänsla. Referensvärdet för en vanlig population brukar ligga runt 30 poäng. Resultatet från denna studie visar att värdena för klientgruppen sträcker sig från 13 till 40 med ett medelvärde på 27 – vilket innebär lägre självkänsla än vad man skulle förvänta sig från en normalpopulation. En femtedel av klienterna (n=13, 23% av de 57 klienterna med valida svar) som skattats på detta sätt kan anses ha väldigt låg självkänsla, det vill säga värden på 21 poäng eller mindre. Figur 19 visar spridningen avseende värden för självkänsla i klientgruppen.

Figur 19 – Värden avseende självkänsla bland klienterna



Man kan diskutera svårigheterna med att fånga upp begrepp som självkänsla på ett kvantitativt sätt, men siffrorna satt i relation till vad man kan förvänta sig hos ett genomsnitt av befolkningen ger ändå vid handen att klienter med cannabis som primärmedel verkar ha en lägre självkänsla. Detta resultat visar på att insatser för att öka välmående och psykisk hälsa i målgruppen skulle kunna vara en viktig del av behandlingsarbetet. En fråga om huruvida klienterna känner sig hoppfulla inför framtiden ställdes också för att komma åt en annan dimension av psykiskt välbefinnande. 19 personer (32%) instämde helt i att de kände sig hoppfulla inför sin framtid, 25 (42%) instämde delvis, 8 (13%) tog delvis avstånd, och 5 (8%) tog helt avstånd.²⁶ Det innebär att cirka en femtedel av klienterna kände ett svagt framtidshopp.

Fysisk hälsa

Fysisk hälsa kan innebära ytterligare behov som antingen bidrar till att skapa förutsättning för en lyckad behandling eller medför flera hinder. En bild av klientens fysiska hälsa gör att man ser vilka extra insatser som skulle behövas för att främja ett gott behandlingsresultat. Strax under en tredjedel (n=18, 30%) av klienterna upplevde att de hade haft något eller några allvarliga problem med sin fysiska hälsa under de sex månaderna före inskrivning. Bara fyra klienter (7%) hade ordinerats smärtstillande medel någon gång under de 30 dagarna före inskrivning.

Droganvändning

Det är viktigt att inte bara få en bild av cannabisanvändningen utan också vilka andra droger som används, liksom bakgrunden till användningen. En stor

24. Tre svar saknades och nio klienter kände att de inte visste.
25. Tre svar saknades och sex klienter kände att de inte visste.

26. Tre svar saknades i denna fråga.

andel av klienterna (n=28, 47 %) var antingen mycket eller väldigt mycket oroade över sin droganvändning vid inskrivning, varav 8 (13 %) var väldigt mycket oroade. Vidare var 15 klienter (25 %) ganska oroade. Det visar att cirka tre fjärdedelar av klienterna upplevde bekymmer med sin droganvändning, men också att cirka en fjärdedel inte gjorde det.

För att få en bild av vilka drogkombinationer som förekom angav klienterna i inskrivningsenkäten sin primärdrog och sedan en sekundärdrog, därefter en tredje drog och så vidare om de använde fler droger. Utifrån studiens målgrupp så är det ingen överraskning att nästan alla angav cannabis som primärdrog.²⁷ Drygt hälften av klienterna (n=32, 53 %) angav att de använde flera droger. Den vanligaste kombinationen var narkotika och alkohol (n=23, 38 % av alla klienter). Fem klienter (8 %) använde olika narkotiska preparat och fyra (7 %) använde narkotika och läkemedel. Det näst vanligaste narkotiska preparatet var amfetamin, vilket sex klienter (10 %) uppgav att de använde. Väldigt få klienter använde en tredje eller fjärde drog. Sammantaget visar det sig att en relativt liten andel av studiens population – cirka 15 % av klienterna – kan betraktas som blandmissbrukare. Om man räknar in alkohol blir gruppen ”blandmissbrukare” dock betydligt större, men en sådan gruppering skulle kräva en bättre analys av alkoholkonsumtionen.

Inskrivningsenkäten omfattade användning av tio olika narkotiska preparat (med utrymmer för klienterna att lägga till andra medel) samt fyra typer av läkemedel (återigen med möjlighet att själv lägga till andra medel). Frågorna som ställdes handlade om användning någon gång i livet och användning under de senaste 30 dagarna. Nedan följer en redovisning av dessa resultat, rangordnade utifrån vilka medel som man har använt någon gång i livet. Här framkommer bland annat ett varierande användningsmönster när det gäller cannabis – från en stor grupp regelbundna användare till en liten grupp som använder drogen i mindre utsträckning och några som inte använt cannabis alls under perioden strax innan inskrivning.

1. Över hälften (n=34, 57 %) hade en daglig eller nästan daglig användning av cannabis under de 30 dagar som föregick inskrivning. Nio klienter (15 %) hade inte använt cannabis under den perioden. Åtta klienter (13 %) hade använt cannabis två-tre dagar i veckan under de senaste 30 dagarna, sju (12 %) vid enstaka tillfällen och en person en dag i veckan.

2. Alkohol hade under de senaste 30 dagarna huvudsakligen använts vid något enstaka tillfälle (n=23, 38 %) eller en dag i vecka (n=9, 15 %).
3. 39 klienter (65 %) hade använt amfetamin någon gång i livet. Under de senaste 30 dagarna hade fem (8 %) använt amfetamin vid några enstaka tillfällen, två klienter (3 %) hade använt drogen en dag i veckan, och ytterligare två klienter (3 %) använde amfetamin dagligen eller nästan dagligen.
4. Hälften av klienterna (n=30, 50 %) hade använt kokain någon gång i livet och fyra (7 %) hade tagit drogen under de senaste 30 dagarna vid enstaka tillfällen. Fem klienter (8 %) använde kokain åtminstone en dag i veckan.
5. Fem personer (8 %) hade tagit MDMA, ecstasy eller LSD under de senaste 30 dagarna. En person använde något av dessa preparat två-tre dagar i veckan (strax under hälften hade någon gång provat någon av dessa droger).
6. 25 klienter (42 %) hade använt benzodiazepin någon gång i livet och två personer (3 %) använde det en dag i veckan.
7. Tio klienter (17 %) hade använt opiater andra än heroin någon gång i livet. Under de senaste 30 dagarna hade två klienter (3 %) använt andra opiater vid enstaka tillfällen och en klient (2 %) hade använt detta en dag i veckan.
8. Tio klienter (17 %) hade använt smärtstillande läkemedel och lika många hade använt andra läkemedel någon gång i livet (Imovane, Lyrica, Kodein, Lithium, Topimax, Trimonil, Mirtazipin, och Oxycontin). Två klienter (3 %) använde sådana läkemedel en dag i veckan.
9. Åtta klienter (13 %) hade använt heroin någon gång i livet men ingen hade använt det under de senaste 30 dagarna.
10. Sju klienter (12 %) hade använt andra medel så som spice och psilocybinsvamp (magic mushrooms) någon gång i livet. Under de senaste 30 dagarna hade en klient använt detta två-tre dagar i veckan.
11. Metadon och crack hade använts av mindre än fem klienter (8 %) någon gång i livet men ingen hade använt dessa preparat under de senaste 30 dagarna.

I inskrivningsenkäten fanns också frågor om debutålder och under hur många år man regelbundet använt droger. Dessa frågor syftade till att undersöka användningen bortom de senaste 30 dagarna. Tabell 3 på nästa sida redovisar debutålder (medelvärde och räckvidd) och regelbunden användning av de

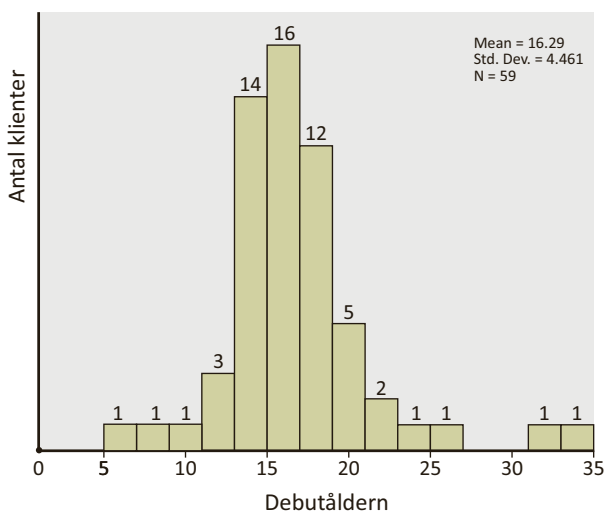
27. Två svar saknades på denna fråga.

Tabell 3 – Debutålder och antal år med regelbunden användning av olika droger

Drog/läkemedel	Debutålder (medelvärde och räckvidd)	Regelbunden användning, antal år (medianvärde och räckvidd)
Cannabis	16 år, 6–34 år	8 år, 2–42 år
Alkohol	14 år, 6–28 år	6 år, 0–45 år
Amfetamin	19 år, 13–32 år	1 år, 0–8 år
Kokain	21 år, 15–35 år	Under 1 år, 0–10 år
MDMA, ecstasy eller LSD	19 år, 14–28 år	Under 1 år, 0–7 år
Benzodiazepin	19 år, 11–35 år	Under 1 år, 0–15 år

sex mest använda preparaten (medianvärde och räckvidd).

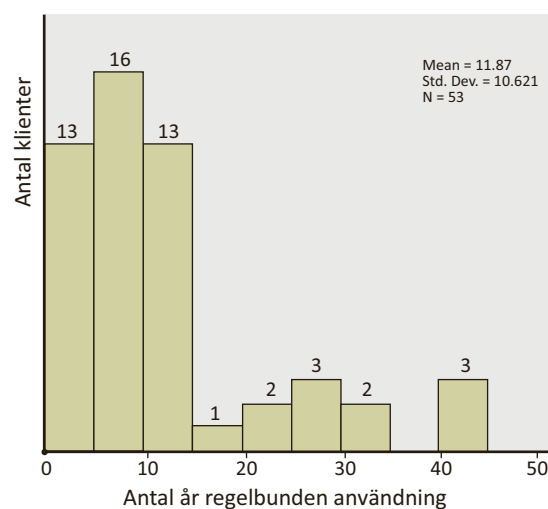
Resultatet stärker den bild som givits tidigare att det är cannabis som är den dominerande drogen i gruppen, med mest regelbunden användning och en lägre debutålder är andra narkotiska preparat. Det går också att se att man debuterar tidigare med alkohol än med cannabis. Det finns dock en stor variation både vad gäller debutålder och regelbunden användning. Figur 20 visar debutålder för cannabis med en spridning på mellan 6 och 34 år, men med en stor grupp som började använda cannabis i åldrarna 14 till 18 år.

Figur 20 – Debutålder för cannabis

Det kan verka märkligt med en debutålder under tio år och så låg som sex år men dessa klienter uppgav att de bland annat upplevde alkohol-/drogmisshand bruk i sin uppväxtmiljö. Att de så tidigt kom i kontakt med cannabis kan bero på att det fanns till hands hos de närmaste vårdgivarna. När man ser till de fyra mest frekventa psykiska problemen i gruppen – sömnstörningar, svårigheter att förstå, minnas och koncentrera sig, allvarlig ångest, och allvarlig depression – uppgav klienterna att dessa problem började

under mitten av tonårsperioden när det är som vanligast att cannabisdebuten sker. För dessa psykiska problem (undantaget sömnstörningar) finns en viss (mellanstor) korrelation med debutålder²⁸. Med andra ord debuterar de psykiska problemen i samma veva som man börjar använda cannabis. Det går inte att tala om kausala samband, det vill säga om psykiska problem kom före och orsakade cannabisanvändning eller vice versa. Debutålder verkade inte hänga ihop med utbildningsnivå. Det fanns fler klienter (> 57%) med debutåldern 15-18 år med gymnasial eller högre utbildning än med lägre utbildning. Det fanns också en lika stor grupp med debutålder över 18 som också hade gymnasial eller högre utbildning än med lägre utbildningar.

Figur 21 visar regelbunden användning och där finns en stor grupp klienter med en användning som varat 1–15 år. Det finns också några klienter med mycket lång regelbunden användning, mellan 20 och 40 år.

Figur 21 – Regelbunden användning av cannabis, antal år

28. Ångest: Pearsons R = .40, p=.05; Depression: R = .49, p=.01; Kognitiva problem: R = .67, p=.02.

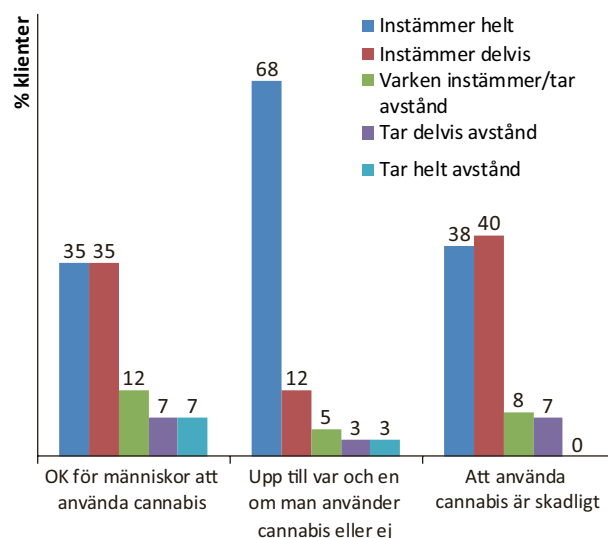
Den funktion som cannabis uppfattades fylla kan vara viktig att ha en bild av för att kunna lägga upp behandlingsarbetet på ett bra sätt. Majoriteten av klienterna (n=38, 63%) uppgav sig använda cannabis i första hand för att lindra obehag, stresskänslor eller smärta²⁹, och nästan en tredjedel (n=19, 32%) angav att dessa anledningar var orsaken till användningen därefter. En dryg fjärdedel (n=16, 27%) sade att de använder cannabis först och främst för att ha roligt. Inga ålderskillnader märktes för de föregående anledningarna till att använda cannabis³⁰. Fyra personer (7%) sade att huvudanledningen istället var att få avtändning från andra droger (att komma ner). Tre klienter (5%) uppgav att den primära anledningen till att använda cannabis var att få experimentera med nya upplevelser. Att använda cannabis för att vännerna gjorde det var inte en huvudanledning för någon, men nio klienter (15%) angav det som en sekundär anledning.

Klienterna tillfrågades om användningssituation(er) och de kunde ange flera alternativ. En stor andel av klienterna (n=37, 62%) använde cannabis ensamma hemma. Strax över hälften (n=31, 52%) använde cannabis hemma med vänner. En dryg fjärdedel (n=16, 27%) använde cannabis vid sociala tillfällen och åtta klienter (13%) använde drogen i andra situationer, så som "i alla situationer" och hos vissa släktingar eller bara hos sambon. Att notera här är att cannabisanvändning bland unga ofta sker i grupp, där samvaro och gemenskap verkar vara nyckelord (Forkby, Olausson och Turner, 2013). I den grupp som ingår i den här studien verkar dock användningen ha en annan karaktär, åtminstone för en del. Det vanligaste är att inta drogen ensam hemma. Man kan tänka sig att det då är möjligt att kontrollera omständigheterna kring intaget och styra sina förväntningar på vad det är man vill uppnå. Att använda cannabis på det här sättet kan hänga samman med behovet av avslappning och/eller behovet av att minska psykiska problem som exempelvis är förknippade med en osäkerhet inför att lämna det egna hemmet. Resultatet behöver dock inte stå i motsatsförhållande till en annan typ av användning under tonåren. Vissa kan både inta drogen tillsammans med andra, så väl som att använda den för att exempelvis minska stresskänslor. Man kan också tänka sig att när drogen börjar användas på mer daglig basis så kan det rent tids- och rumsmässigt samt socialt vara svårt att inta den med andra då man inte har den ty-

pen av tätt kamratumgänge som vuxen. Det kan också vara så att droganvändningen fått ytterligare en funktion i takt med att användningen tilltagit. Denna funktion skulle kunna handla om att lindra de besvär som drogen i sig medför, exempelvis försämrad planeringsförmåga och förmåga att fatta viktiga beslut i livet. Att dessa förmågor försämrats kan innebära en känsla av utanförskap, eventuellt med tilltagande ångest och depressionsproblematik. Detta kan i sin tur förstärka en viss social isolering och då tas cannabis för att lindra dessa känslor – men samtidigt kan drogen också förstärka dem.

Slutligen är det intressant att få en bild av gruppens attityder kring cannabis. När det handlar om klienternas uppfattning om det är acceptabelt ("ok") att använda cannabis fanns en stor spridning. 21 personer (35%) instämde helt med ett påstående om att det var ok, ytterligare 21 (35%) instämde delvis, sju (12%) varken instämde eller tog avstånd, och åtta (13%) tog avstånd helt eller delvis. På påståendet att det skulle vara upp till var och en att använda cannabis – det vill säga attityder kring cannabis olagligt status – var åsikterna positiva till detta påstående. 41 (68%) instämde helt och sju (12%) instämde delvis. Tre (5%) varken instämde eller tog avstånd och fyra (7%) tog avstånd helt eller delvis. Att cannabis ansågs skadligt att använda var de flesta klienter överens om. 23 (38%) instämde helt och 24 (40%) instämde delvis medan 5 (8%) varken instämde eller tog avstånd. Bara fyra (7%) klienter tog delvis avstånd och ingen tog helt avstånd från idén att cannabis var skadligt. Figur 22 visar dessa resultat.

Figur 22 – Klienternas attityder kring cannabis



29. En nackdel med frågans utformning var att den inte preciserade om det handlar om fysisk eller psykisk smärta.

30. Eftersom klienterna främst var unga vuxna var det bara möjligt att titta på skillnader mellan grupper i åldrarna 20–24, 25–29 och 30–34, då antalet klienter i de äldre grupperna var för få för att göra en jämförande analys.

Sammanfattningsvis får man en bild av en klientgrupp som huvudsakligen enbart använder cannabis, även om en tredjedel också använde alkohol. Mindre än en femtedel av klienterna uppgav blandmissbruk av droger och då var det främst fråga om en oregelbunden användning av exempelvis amfetamin och kokain parallellt med cannabis. Vad gäller användning av cannabis så varierar den stort i gruppen när det gäller frekvens, debutålder och antal år med regelbundet användning. De allra flesta debuterade under tonåren och debuten sammanfaller i tid för en stor grupp med att de börjar besväras av psykiska problem. De flesta anger att de använder cannabis för att lindra obehag och stresskänslor, även om "att ha roligt" var en stark sekundär anledning. Mestadels använder klienterna cannabis hemma – ensam och/eller med vänner. Klienters inställningar till cannabisanvändning visar att de huvudsakligen är för legalisering och avkriminalisering, samtidigt som det fanns en gemensam uppfattning om att cannabis är farligt.

3.1.3 Genomströmning och oplanerade behandlingsavslut

I den här studien ingår 60 klienter som började i behandling mellan september 2012 och december 2013. Vid studiens början saknades möjlighet att precisera hur länge en behandling skulle pågå, då den anpassas efter varje individs behov och önskemål. Tidigare statistik fanns inte heller till hands. Ett dilemma med en behandlingsmodell som är individanpassad utifrån behandlingsmål, behandlingsupplägg och behandlingens längd är att det kan vara svårt att precisera i förväg när behandlingen är klar, hur länge den borde pågå och om den lyckades. Samtidigt är en av ambitionerna med studien att ange hur länge en behandling varar. Här aktualiseras frågor om hur långa behandlingsperioderna varit i praktiken men också hur långa de planerats att vara samt relationen mellan vad som planerades och vad som skedde i praktiken. I och med att det var många som verkade sluta i förtid blev det ett mål under studien att försöka få veta mer om de som lämnar sin behandling oplanerat (de som här kallas för "avhoppare"). Avhopp definieras som personer som slutat komma till behandlingen, utan att en gemensam överenskommelse, eller samtal förekommit mellan behandlare och klient om detta.

Själva resultaten för de klienter som fullföljde sin behandling tas upp i avsnitt 3.3. Av den programteori som togs fram för studien (se avsnitt 1.3) skulle man kunna förvänta sig vissa korttidseffekter när det har gått cirka tio veckor efter inskrivning. Stu-

diens upplägg³¹ var därmed att samla in kvantitativ information från klienter både vid tio veckor efter inskrivning – det som kallas för avstämningssenkäten – och vid utskrivning. Om utskrivning skedde cirka tio veckor efter inskrivning skulle endast en utskrivningssenkät göras.

Det antal avstämningssenkäter som samlades in är ett tecken på genomströmningen under behandlingsprocessen. 31 avstämningssenkäter (52 %) samlades in. Här fanns fem klienter som avslutade efter cirka tio veckor och som då istället fyllde i en utskrivningssenkät. I de fall där avstämningen inte blev gjord berodde detta (med ett undantag) på att klienten uteblev från planerade besök och inte kom tillbaka. I ett fall flyttade klienten till ett annat område i Göteborg och "tappades bort" i processen. Sammanlagt var således 36 klienter (60 %) aktuella i behandling tio veckor efter inskrivning (och en klient som skulle kunna ha varit aktuell), vilket ger ett bortfall från studien och även frånvaro från behandling under de första tio veckorna på 40 %.

21 utskrivningssenkäter gjordes, vilket blir 35 % av inskrivningarna vilket ger ett enkätbortfall på 65 %. I de flesta fall skedde ingen utskrivning på grund av att klienten uteblev från ett planerat besök. I fyra fall missade behandlaren att göra utskrivningssenkäten med klienten trots att ett planerat avslut ägde rum. Om man räknar in dessa fyra klienter ger det 25 utskrivningar (42 %), vilket ger resultatet att 58 % avslutade sin behandling utan att någon utskrivningssenkät fylldes i. Både avstämningar och utskrivningar inbegriper dock till mer eller mindre del klienter med positiva och negativa behandlingsutfall. Behandlingsgruppen använde sig under studien av avslutskategorier för att fånga upp om avslutet var planerat eller oplanerat. Här avsågs då om klienten kom överens med behandlaren om att behandlingen var avslutad eller om en sådan överenskommelse inte gjordes och klienten helt enkelt uteblev från planerade besök. Utifrån detta sätt att betrakta behandlingsavslut fanns det 31 klienter (52 %) som uteblev från vidare behandling utan överenskommelse, 23 (38 %) som avslutade på ett planerat sätt, och två (3 %) som avslutade av andra anledningar (en som skrevs in och ut på samma besök och en klient vars behandlare gick i pension). Det fanns också fyra klienter (7 %) som fortfarande var under behandling vid studiens avslut. Figur 23 visar antal och andel klienter per avslutskategori.

31. Se metodavsnittet.

Figur 23 – Antal och andel klienter per avslutskategori

Avslutskategori	N	%
Oplanerat	31	52
Planerat	23	38
Annat	2	3
Aktuell vid studiens slut	4	7
Alla klienter	60	100

Av de 23 planerade avslut tillsammans med de fyra klienterna aktuella vid studiens fylldes 18 (66%) avstämningssenkäter och 20 utskrivningssenkäter i (74%). Även om detta antal är litet i förhållande till de som faktiskt påbörjade en behandling, ger dessa ändå en bild av de klienter som fullföljde sin behandling, det vill säga avslutade på ett planerat sätt. Av de 31 klienter med oplanerat avslut lämnades tolv (39%) avstämningssenkäter in, men inga utskrivningar. Detta betyder att studien till viss del kan studera korttidsutfall både för klienter som senare gjorde planerade respektive oplanerade avslut men det går bara att uttala sig om långsiktiga utfall för klienter med ett planerat avslut (eller klienter som fortfarande var i behandling vid studiens avslut). Figur 24 visar antal klienter med avstämningssenkäter respektive utskrivningssenkät som en andel av det totala antalet klienter per avslutskategori, det vill säga planerat eller oplanerat avslut eller annat.

Figur 24 – Avstämningssenkäter och utskrivningssenkäter efter avslutskategori

Avslutskategori	Avstämning	Utskrivning	Totalt
Oplanerat	12 (39%)	0 (0%)	31
Planerat (inkl. aktuella klienter)	18 (66%)	20 (74%)	27
Annat	1	1	2
Summa	31 (52%)	21 (35%)	60

I den kvalitativa delen av studien följdes 18 klienter genom sin behandling. Elva (61%) av dessa klienter hade ett planerat avslut, tre (17%) hade ett oplanerat avslut, tre (17%) var aktuella vid studiens avslut, och en klient avslutade när hans behandlare gick i pension. Det betyder att den kvalitativa delen av studien har sitt fokus på klienter som stannade i behandling och mindre på de klienter som inte fullföljde sin behandling.

Behandlingslängd och behandlingssamtal

Behandlingslängden – det vill säga perioden från första nybesök till utskrivningsdatum³² – varierade mellan några dagar till över två år i den studerade gruppen. Genomsnittslängden (medel) var 7,4 månader och medianen var 5,5 månader. Figur 25 på nästa sida visar behandlingslängd i månader för 60 klienter.

Det framgår av figuren och de underliggande siffrorna att en tredjedel av klienterna hade behandlingslängder på tre månader eller mindre, ytterligare en tredjedel hade behandlingslängder på mellan tre och åtta månader och en tredjedel hade över åtta månader upp till två år. Klienter med planerat avslut tenderade att ha längre behandlingstider (median 5,82 för planerade avslut jämfört med 5,36 för oplanerade avslut, men skillnaden var icke-statistiskt signifikant med detta urval³³). Figur 26 på nästa sida visar behandlingslängd för klienter med planerade respektive oplanerade avslut³⁴. Figuren visar andelen klienter kumulativt, det vill säga man kan se vilken andel av gruppen som hade avslutat vid exempelvis tre, sex eller tolv månader.

Figuren visar att under de första sex månaderna följer båda grupperna ett liknande mönster vad gäller att stanna i behandling. Därefter minskar andelen planerade avslut, för att sedan öka igen vid 10 och 16 månader. Oplanerade avslut ökar efter sex månader och minskar kraftigt efter nio månader, det vill säga det finns få oplanerade avslut efter nio månader i behandling. En slutsats från detta är att oplanerade avslut inte sker bara i början av en behandlingsperiod, utan det kan också ske efter några månaders behandling. Det framgår också att 43% av både planerade och oplanerade avslut äger rum under de första tre månaderna. Över 50% av de planerade avsluten sker efter mellan fem och 17 månaders behandling, och lite över 25% av de planerade avsluten inträffar mellan 13 och 17 månader in i behandlingsprocessen.

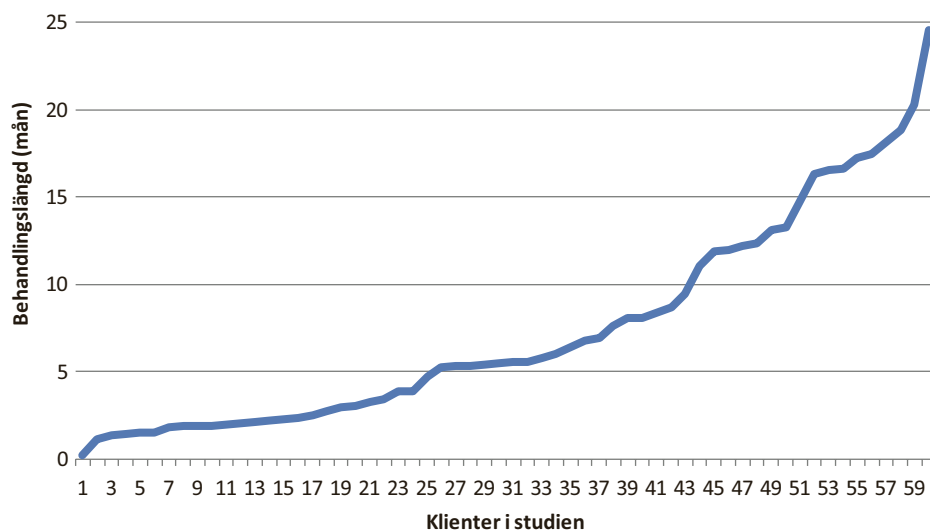
Det är viktigt att poängtera att behandlingslängd inte visar antal behandlingssamtal, det kan exempelvis finnas längre perioder där klienten och behandlaren inte har kontakt alternativt perioder med mycket intensiva kontakter. Antalet behandlingssamtal fångas upp av behandlaren vid utskrivning, fördelat efter fem kategorier: ett till fem samtal, sex till tjugo, 21–50, 51–100, och över 100. Drygt hälft

32. I regel har vi försökt använda sista datumet som behandlaren och klienten träffades som ett utskrivningsdatum.

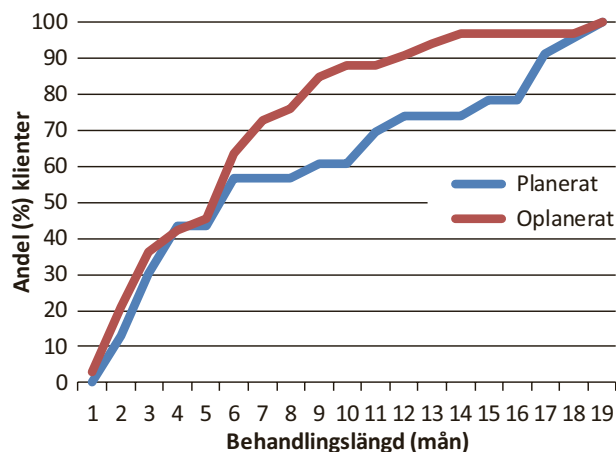
33. Mann-Whitney U=268, p=.17.

34. De fyra klienter som fortfarande var aktuella i behandling vid studieperiodens slut har tagits bort från siffrorna och figuren.

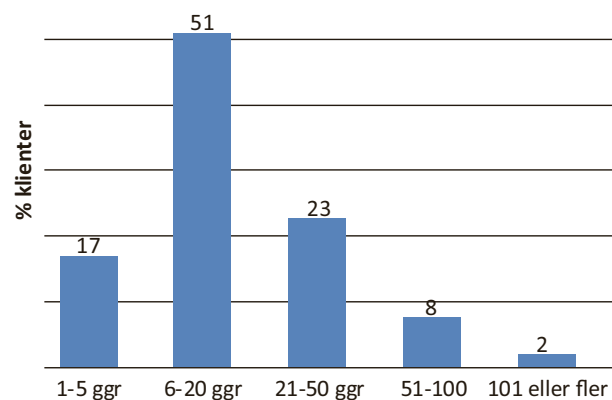
Figur 25 – Behandlingslängd (alla inskrivningar)



Figur 26 – Behandlingslängd för klienter med planerade respektive oplanerade avslut



Figur 27 – Antal behandlingssamtal under behandlingsperioden



ten av klienterna ($n=27$, 51%)³⁵ genomförde mellan sex och tjugo behandlingssamtal. Tolv (23 %) hade 21–50 samtal, nio (17 %) hade ett 1–5 samtal, fyra (7,5 %) hade 51–100, och en person hade flera än 100 samtal. Figur 27 visar dessa siffror³⁶.

Behandlingsmodellen lägger stor vikt vid anhörigsperspektivet och behandlarna har ambitionen att erbjuda stödsamtal i olika konstellationer, exempelvis till par eller familj. Två klienter (3 %) hade parsamtal och sex klienter (10 %) hade familje- eller grupp-samtal. Antalet med denna typ av samtal kan tyckas lågt i förhållande till idén i behandlingsmodellen. Orsakerna till detta kan inte besvaras inom ramen för denna studie, men tänkbart är att anhöriga kan ha

tillfrågats men tackat nej, eller att detta perspektiv ännu inte fullt ut integreras i praktiken.

Vilka avslutar oplanerat?

De klienter som avslutade sin behandling på ett oplanerat sätt utgör drygt hälften av gruppen. Det är viktigt att veta någonting om dessa klienter. Skiljer de sig på något sätt från andra i de uppgifter de lämnat i inskrivningsenkäterna? Finns det någonting som urskiljer klienter som inte fullföljer sin behandling? Finns det några faktorer som man bör ta hänsyn till? Syftet med dessa frågor är att undersöka om det går att identifiera att det föreligger risk för avhopp och då kunna sätta in andra resurser eller insatser för dessa klienter.

En rad faktorer undersöktes för att se om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan klien-

35. Av 53 klienter, då informationen saknades för sju av klienterna.

36. Summan blir mer än 100 procent på grund av avrundning.

ter med och utan ett planerat avslut. Med bara 53 klienter – 30 oplanerade och 23 planerade avslut – blir det dock svårt att göra mer komplexa statistiska analyser, exempelvis hur faktorer kan verka tillsammans i relation till behandlingsavslut. Med ett litet urval saknar analysen också statistisk kraft, det vill säga skillnaderna mellan klienter med planerade respektive oplanerade avslut behöver vara större för att den gängse nivån för statistisk signifikans ska uppnås. Således blir följande analys förenklad där faktorer undersöks var och en för sig.

I jämförelsen mellan planerade och oplanerade avslut visade det sig att klienter som uppgett att de upplevde svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig *även utan droganvändning* löpte nästan tre gånger större risk att avsluta sin behandling oplanerat. 59% av klienterna som uppgav detta problem tillhörde till gruppen med oplanerade avslut jämförde med 20% av de som fullföljde sin behandling.³⁷ Klienter som uppgav att de hade problem med planeringsförmågan tenderade att inte fullfölja sin behandling. 64% av de som uppgav problem med planeringsförmågan hade ett oplanerat avslut jämfört med 36% som hade ett planerat avslut.³⁸ Dessa två resultat tillsammans tyder på att klienter med svårare kognitiva problem löper större risk att inte fullfölja sin behandling. Detta kan bero på en tyngre kognitiv problematik, på grund av cannabis och/eller befintliga kognitiva nedsättningar.

Om klienten kom på eget initiativ eller någon annans initiativ verkade göra skillnad. För de som kom på eget initiativ avslutade hälften sin behandling på ett planerat sätt medan bara 24% av de som kom på någon annans initiativ fullföljde sin behandling.³⁹ Egen bedömning av hur redo man var eller förmågan att genomföra en förändring verkade dock inte relatera till behandlingsavslut. Detta kan bero på att de flesta klienterna skattade sig själva relativt högt på dessa skalor. Det verkar därmed som om klientens bedömning av vem "initiativtagaren" var möjligen kan vara ett mer trovärdigt mått på hur redo eller mottaglig för behandling en person är. Med andra ord: om klienten anser att hen har tagit kontakt på någon annans initiativ kan det tyda på en mindre mottaglighet för behandling. Detta resultat bör dock tolkas med en viss försiktighet på grund av att den gängse nivån för statistisk signifikans inte uppnåddes (vilket beror på det låga antalet klienter i urvalet).

Faktorer som i den här studien inte verkade spela någon stor roll för om en klient väljer att avsluta sin behandling inbegriper kön, födelseland, om man har en tyngre (daglig eller nästa daglig) eller lättare (veckovis eller mindre) användning, om man har ett behandlingsmål för att avsluta helt eller bara få kontroll över sin användning av cannabis, cannabisdebut, attityder till cannabis, antal stödpersoner, antal vänner som använder cannabis, antal psykiska problem någon gång i livet och under de senaste sex månaderna (samt depression och ångestproblematik), självkänsla eller framtidshopp, och bedömning av tidigare behandlingserfarenheter. Det är viktigt att komma ihåg att resultaten här gäller det aktuella urvalet. Med ett större antal klienter är det sannolikt att det finns skillnader som skulle nå nivån för statistisk signifikans (samtidigt som dessa eventuella skillnader kan vara svåra att använda i ett praktiskt arbete med enskilda klienter). Exempelvis hade hälften av klienterna med ett planerat avslut upplevt allvarlig ångest under de senaste sex månaderna, jämfört med 65% bland klienterna med ett oplanerat avslut. Denna skillnad var inte tillräckligt stor för att bli statistiskt signifikant. Å andra sidan är de skillnader som hittades tillräckligt stora för att bli signifikanta även i ett mindre urval klienter som i denna studie. Det ökar sannolikheten att dessa skillnader kan ha betydelse i praktiken.

Skäl till att avsluta behandling oplanerat

Klienter som avslutade sin behandling på ett oplanerat sätt skulle kunna betraktas som "avhoppare", då det kan anses att de inte vill fortsätta i behandling. Behandlarens agerande efter ett uteblivet besök brukar vara att ringa klienten några gånger för att boka in ett nytt besök. Då det visade sig att bortfallet från studien redan efter tio veckor var cirka 40% gjordes stora ansträngningar att få kontakt med dessa klienter för att förstå anledningarna till att de inte hade fortsatt. När uppföljningen av avhoppare skulle göras, hösten 2014, fanns det 26 personer som skulle kunna kontaktas. Samtliga i gruppen fick ett sms med ett meddelande om att de skulle bli uppringda med anledning av den aktuella studien. Därefter ringdes de upp vid ett tillfälle under dagtid och vid ytterligare två tillfällen under kvällstid. Där angivna telefonnummer inte längre verkade vara i bruk eftersöktes personerna även på Eniro. På det här sättet nåddes fyra personer.⁴⁰

Telefonintervjuerna med dessa personer gav en mer nyanserad bild av "avhopp". En person menade

37. Pearson Chi-square=5.99, df=1, p=.014.

38. Detta resultat var icke-signifikant med detta urval: Pearson Chi-square=2.65, df=1, p=.10 men sammanstämmer med resultatet om kognitiva svårigheter.

39. Detta resultat närmade sig nivån för signifikans: Pearson Chi-square=3.28, df=1, p=.07.

40. Dessa intervjuer genomfördes av Christina Wall.

att hen prioriterade annat i livet och hade en bild av att hen avslutade behandlingen på eget bevåg, men även att kontakten vid behov faktiskt fortfarande fanns med behandlaren. En annan person kände att behandlingen hade lett till framsteg och att det efter ett tag inte kändes relevant att fortsätta då samtalen blev lite repetitiva. Även här upplevde klienten att kontakten med behandlaren fanns kvar om hen så önskade. Två andra personer hade mer negativa bilder av avslutet, där de kände att de inte fick den hjälp som de uppfattade sig behöva. För en person handlade det om en önskan om läkarhjälp och kognitiv beteendeterapi för ångestproblematik, och inte ett erbjudande om att testa möten hos Anonyma Narkomaner (NA) som personen uppfattade var fallet. Den andra personen kände att hen behövde mer hjälp med abstinensbesvär.

Dessa fyra klienter använde cannabis i varierande grad vid telefonintervjun, från daglig användning till ingen användning alls. En person hade slutat när hen kom till behandling och hade fortsatt att hålla sig ifrån cannabis. Hen hade fortsatt ångestproblematik men menade att hen inte tänkte att det fanns hjälp att få för detta från en behandlingsmottagning och hade därför sökt hjälp inom sjukvården istället. En annan person som rökte dagligen kände att hens depressionsproblematik hade blivit lite bättre efter behandlingen. Den fjärde personen hade velat få sin användning av cannabis under kontroll och hade minskat användningen från två till tre dagar i veckan till enstaka tillfällen.

Genom dessa fyra "avhoppare" får vi en mer nyanserad bild av klienter som inte fullföljer sin behandling enligt befintlig behandlingsmodell. Denna information behöver tolkas försiktigt eftersom den endast baseras på fyra personer. Men den ger i varje fall en bild av att klienter som känner sig färdiga med sin behandling och har fått den hjälp som de behöver också slutar när det känns att det är dags, utan att det nödvändigtvis sker genom ett tydligt avslut. Det finns också de klienter som aktivt väljer att lämna behandlingen på grund av att de har problem som exempelvis ångest, som inte förbättras av behandlingen på mottagningen. Bland de 22 klienter som studien inte lyckades få kontakt med kan det naturligtvis finnas många andra skäl till att avsluta oplanerat, exempelvis att man väljer att fortsätta använda cannabis.

Försöket att få kontakt med avhopparna visar på svårigheten att följa upp hur det går för klienter som uteblir från sina planerade besök. I den kvalitativa delen av studien kontaktades de klienter som hade haft en första intervju upprepade gånger för att få

en andra intervju fram till slutet av fältarbetsperioden. Två av dessa personer svarade inte på mejl, sms eller meddelanden under flera månader för att sedan svara när de kände att de var redo för en intervju. Det lyfter fram vikten av upprepade och ständiga försök att få kontakt. Det påminner också om att tajming är mycket viktigt för att få kontakt med personen i den rätta stunden (även om kontaktförsöken får vägas mot risken att vara integritetsstörande eller tjugig).

3.2 Klienternas perspektiv och upplevelser

Detta avsnitt handlar om klienternas perspektiv på och upplevelser av behandlingen. Fokus ligger på att förstå vad behandling innebär sett ur klienternas perspektiv. När man utgår från detta perspektiv så vidgas i många fall ramarna, från att mer strikt se till en avgränsad tid under behandling, till att se behandlingsinsatsen som en del av en längre och bredare process. Huvudfrågan för detta avsnitt kan därför formuleras som; "Hur upplever klienterna processen att ta itu med sin användning av cannabis?" med underfrågor som; "Hur tänker klienterna kring att söka hjälp?", "Hur upplever klienter behandlingen?", och "Vilka andra upplevelser uppfattar klienterna som hjälpsamma eller inte?". Målet med att lyfta fram klienternas perspektiv är att ge personliga närbilder av de behandlingsresor som de gör och eventuella förändringsprocesser. Ambitionen är att förstå klienternas verklighet, både på en individuell nivå men också på gruppnivå. Visst kommer vissa övergripande idéer att lyftas fram och diskuteras, men det är likaledes viktigt att individuella berättelser och variationer belyses. Genom att ta del av deras upplevelser är syftet att bygga upp en nära förståelse för vad det kan innebära att komma in i en behandling, vara i den och komma ut men också att få en bild av behandlingens roll i ett längre livsperspektiv. Inom ramen för detta forskningssyfte blir det nödvändigt att analysera och tolka klienternas upplevelser. Med andra ord är det forskarens roll att svara på forskningsfrågan med stöd i klienternas egna ord. Detta görs genom att teman tas fram från en noggrann och omfattande analys av intervjumaterialet. Teman fångar upp viktiga aspekter av klienternas upplevelser av betydelsen för forskningsfrågan. I synnerhet är syftet med en detaljerad närbild av individuella upplevelser att fördjupa kunskapen om behandlingsprocessen och förändringsmekanismer: vad är det som fungerar både i behandling men också vad det är hos klienterna och deras liv som stödjer processen att ta itu med sin cannabisanvändning?

Idén i det här avsnittet är att lyfta fram klienternas perspektiv och göra kopplingar till teorier och tidigare forskning i syfte att sätta intervjuerna i ett sammanhang kring hur en droganvändning kan förstås. Senare i rapporten kommer dessa röster att syntetiseras i en analys, och sättas i relation till hur behandlingsmodellen är tänkt att fungera. Utifrån förståelse för klientperspektivet kan man i ett nästa steg ta ställning till om behandlingen bör justeras

för att stärka klienternas förutsättningar att lyckas. Förståelse för klientperspektivet bidrar också till helheten i ett kunskapsbaserat arbetssätt, vid sidan om behandlarnas kunskap om sin praktik och utfallsresultatet.

Analysen av intervjuerna med klienterna resulterade i sex huvudteman. Varje tema presenterar en väsentlig del av klienternas perspektiv och upplevelser. På så sett är temana verktyg för att förstå både på mer generell nivå och för att kunna dyka djupare i individuella upplevelser. Alla teman gäller inte för alla individer och några teman tar sig olika uttryck för olika individer. Huvudtemana kan därmed sägas ligga på en högre abstraktionsnivå – och kommer därmed lite längre bort från den personliga berättelsen. Underteman presenteras för att belysa viktiga variationer hos intervjupersonerna och kommer då närmare den enskilde individen. Idén med att belysa hur temana tar sig olika uttryck hos olika individer är att öka förståelsen för behandlingsprocessen. Klientperspektivet kan inte användas som ett mått på vad som faktiskt erbjöds i den enskildes behandling. Likväl behöver man ta klienternas perspektiv på allvar, i synnerhet när deras upplevelser stämmer mindre överens med den behandling som man tror att man har erjudit. Förhoppningen är att klienternas upplevelser kan användas för reflektion över den egna praktiken och för att skapa nya synvinklar. Som Ricoeur (1981) påstår skapas möjligheten för (själv) kritik där man kan få distans till det egna perspektivet.

Teman utgör utgångspunkten för analysen och tolkningen av klienternas upplevelser inom ramen för forskningsfrågan. Följaktligen är det citaten som *exemplifierar* temat. Citat används från några⁴¹ av intervjupersonerna för att *illustrera* det upplevde perspektivet så att läsaren själv kan se hur analysen har stöd i vad klienterna har sagt (men inte att ett enskilt citat motsvarar temat!). På så vis finns det en ambition om att uppnå transparens vad gäller tolkningsprocessen. Klientens ord kan inte stå för sig själva – då en läsare nödvändigtvis i processen av att förstå alltid tolkar utifrån sina egna ramar – men det finns möjlighet för läsaren att se både analysen som har gjorts och *exempel* där analysen hämtar stöd. Citatet får inte betraktas som "evidens" för exempelvis hur vanligt förekommande ett visst agerande i behandlingsrummet är.

De sex huvudtemana är:

- Rädslan för avslöjandets konsekvenser

41. Se metodavsnittet.

- Cannabis som en sköld/Att våga ställa sig skyddslös
- Att bli bemött och sedd för den man är
- Omvärdering av relationen till cannabis
- Nya självbilder: Självreflektion, självförståelse och självacceptans
- Att (om)skapa livet: Tomrummet, relationer, sysselsättning och ett ordinarie liv

Varje huvudtema med sina underteman belyses i tur och ordning.

3.2.1 Rädslan för avslöjandets konsekvenser

De flesta intervjupersonerna hade inte sökt vård eller professionellt stöd tidigare. De uttryckte en tro på eller tanke om att behandlingsvården skulle vara krånglig, fyrkantig och allmänt otillgänglig. Oron för att bli dömd eller för hur sekretess och anonymitet fungerar fungerade för de flesta som ett hinder för att ta kontakt. Det fanns en rädsla hos flera kring vad som skulle kunna hända om de blev ett "ärende" inom en myndighet, och på sätt och vis då förlora en del av kontrollen över vad som hände. Skulle man exempelvis riskera att socialtjänsten anmälde till polisen när det handlade om körkortsfrågor? Skulle man bli betraktad som en missbrukare utan kontroll över bruket? Skulle man på annat sätt bli betraktad utifrån förutfattade meningar? Sådana tankar kunde man ha även i de fall man reflekterat över sin användning under många år. Vi träffar först Ida, en 23-årig kvinna som har använt cannabis regelbundet under åtta år och gjorde så på daglig basis vid inskrivningssamtalet. Hon kände då en rädsla för att bli bemött på ett fyrkantigt sätt och för att hon på något sätt skulle "åka fast" när hon berättade om sin cannabisanvändning.

Jag har gått i tankar länge på att sluta, sluta röka och sen såg jag den här annonsen i tidningen. [Ett] slags omen, tecken att nu, nu har jag chans här att få vägledning. För att jag har sett det som att söker man vård så måste man in i nåt slags system där man måste ta urinprov, där man riskerar att förlora körkortet till exempel. För att det är ju så i Sverige åker du fast, som jag har förstått det.

Som tidigare beskrivits annonserade studien efter deltagare i den lokala tidningen. Tidningsannonsen var också tydlig med att det rörde sekretess och att det fanns möjlighet att vara anonym hos Behandlingsgruppen. Detta var viktigt för många intervjupersoner då det skapade en trygghetskänsla som var central för att de skulle våga ta kontakt. För Ida ser vi att det fanns en beredskap eller "i väntan på-

känsla" för att ta itu med sin användning ("gått i tankar länge"). Hennes rädsla för att hon skulle kunna möta ett dömande och fyrkantigt system skrämde bort henne under en lång tid. När hon fick syn på annonsen med dess formuleringar om sekretess och anonymitet, försvann dessa hinder och Ida vågade prova att få "chans att få vägledning". Hon fick därigenom en möjlighet att vara den som tog kontakt och själv ta ställning till hur Behandlingsgruppen fungerade och hur personalen var, innan hon behövde säga vem hon var. Hon hade på så sätt möjlighet att avstå från vidare kontakt utan att bli registrerad som person, om det inte hade fungerat.

Vi träffar nu Charlie, en 26-årig man som har använt cannabis regelbundet sedan han var 21 år gammal. Han var en av de få intervjupersoner som inte hade tagit kontakt med Behandlingsgruppen efter att ha sett annonsen i tidningen. Han hade tidigare försökt att få hjälp genom vårdcentralen för ångest och depressionsproblematik. Efter att ha uppgett att han rökte cannabis blev han remitterad till olika instanser. Även han beskriver en lång process av funderingar kring sin användning av cannabis och bekymmer över psykisk ohälsa tillsammans med en allmän misstro till myndigheter. För honom präglades tiden då han väntade för att få stöd och vård – det vill säga innan han tog kontakt – av tunga, negativa känslor och isolering. Att få tillgång till behandling framstod för Charlie som svårt – "Finns det hjälp?" – och i de fall som hjälpen kunde finnas hyste även han en rädsla för att den skulle vara fyrkantig. Han säger att han kände stor oro inför hur han skulle bli betraktad. Skulle vårdssammanhanget innebära att han skulle bli "sedd som kriminell"?

Min situation innan var väl, alltså man måste jävligt dåligt liksom. Mycket stress och ångest och såhär "jag måste bryta mitt mönster men jag vet inte hur" liksom. Finns det hjälp? Kan man få hjälp? Kommer jag bli sedd som en kriminell?

Han beskrev en process där personliga bekymmer blev för tunga och att han ändå till slut kände sig tvungen att söka hjälp: "Jag kom till den här punkten att jag sket i liksom [om] dom skickat i pappren till Transportstyrelsen". Den oro som Charlie kände går igen hos flera andra av de intervjuade personerna. Man ville inte bli sedd som "en pundare", alltså som en medlem av en stigmatiserad kategori som uppfattas ha förlorat kontrollen över bruket, någon med sämre moral – till skillnad från att bli betraktad som en individ med tankar, erfarenheter och en unik livsberättelse. Han relaterade sin självbild till stereotyper av "missbrukaren" där hans användning

framstod som mindre allvarlig än deras. De kategoriseringar och stereotyper som används för grupper som i samhället betraktas som problematiska kunde han misstänka att han skulle möta även bland behandlarna. Detta kunde då också utgöra ett hinder för att överhuvudtaget söka hjälp. Här framträder några problematiska motsättningar: det man är rädd för att bli kan man vara rädd för att andra redan uppfattar att man är. Detta skulle kunna innebära en ökad risk för att inte söka hjälp för att undvika att bli sådan (alltså fastna i ett beroende och förlora den sociala förankringen). Man kan också säga att han ger uttryck för och använder sig av just sådana kategoriseringar som han själv inte vill bli föremål för och bli stigmatiserad av. Eller med hans egna ord, att bli "ihopklumpad med massa andra människor".

Att man ska bli sedd som nån jävla alltså pundare, grovt uttryckt alltså, alltså att man hade hållit på med heroin eller tjack eller nånting i den stilen liksom. Jag menar, visst cannabis är, det är en jävligt lurig drog [...] men den är ju så mycket mildare än andra droger så jag hade inte velat bli ihopklumpad med massa andra människor.

Såväl Skårner, Donning och Månsson (2005) som Lalander (2005) lyfter fram hur bilden av missbrukaren används som referens när man förhåller sig till cannabis och andra droger, oavsett om man själv använder eller enbart resonerar kring användning. Beteckningen missbrukare är stigmatiserande och något man till varje pris vill skydda sig från att bli definierad som. För "missbrukaren" framstår som sinnebilden av en person som tappat kontrollen över användningen, som tvingas till att använda drogen som ett flyktmedel och som lever i ett socialt utanförskap. De som själva använder droger kan använda olika normalitetsindikatorer för att markera avstånd till kategorin "missbrukare", så som att man ändå kan sluta om man vill, att den egna situationen inte är lika allvarlig som andras, att man kanske har ett arbete eller studerar, att man enbart använder droger ibland med mera.

Detta resonemang kan ge en bild av att de personer som enbart säger sig ha bekymmer med cannabis uppfattar sig själva som distinkt annorlunda än andra som besöker en behandlingsmottagning. Oron att även på en behandlingsmottagning möta förutfattade meningar om personer som använder droger var påtaglig bland vissa av de intervjuade. Robin, en 28-årig man som har använt cannabis regelbundet i cirka tio år, värjde sig mot att få etiketten "missbrukare" på sig: *Jag menar jag inte är dum bara för att jag har rökt. Jag kanske är dum när jag röker, men det är en helt annan sak.* Robin hade haft kon-

takt med socialtjänsten och andra myndigheter under de senaste åren. Hans oro för att bli dömd på förhand kan ses mot bakgrund av att han mött många professionella utan kunskap om cannabis och hur personer som använder drogen kan fungera. Vi ser i nästa citat hur Behandlingsgruppens bemötande jämförs med "myndigheter" i allmänhet; vad Robin betecknar som ett "realistiskt" kontra ett okunnigt bemötande. Det senare kan ha inneburit att han inte kände sig sedd och förstådd.

Han [behandlaren på Behandlingsgruppen] hade en ganska realistisk bild av cannabis och cannabismissbruk. Och det kändes ganska bra att komma till det, för jag har ändå haft under hela tiden med mitt missbruk att "myndigheter, dom vet inte ens vad det är".

Ett annat undertema handlar om upplevelser av en moraliskt straffande praktik i samhället, där personer som missbrukar straffas och inte får vård. I stället för att erbjuda behandling upplevs samhället i stort som något obarmhärtigt och hotande. Charlie beskrev upplevelsen av att bli stämplad som en "outsider" genom att samhället agerar så att personer med missbruk blir behandlade på ett sätt som förstärker känslan av att inte vara önskvärd utan snarare jagad av samhället. Att det är den samhälleliga etiketteringen av användningen som är en kraftig mekanism för att påverka såväl självuppfattning som andras uppfattningar om en själv – och att det inte bara eller ens främst är själva användandet som leder till utanförskap – är en grundpelare för forskare som Becker och efterföljare som undersökt hur så kallade stämpningsmekanismer fungerar. Becker studerade i sin klassiska bok "Outsiders" (1966) dessa processer just för personer som brukade cannabis. Charlie diskuterar under intervjun samhällets repressiva åtgärder och deras konsekvenser på ett sätt som påminner om detta resonemang. Det finns en underliggande förhoppning om ett annat bemötande där stöd, förståelse och kunskap är vägledande.

Det hjälper inte att slänga folk i fängelse liksom. För, ja, icke-våldsamma narkotikarelaterade brott. Och sen jaga ungdomar och göra så att dom hamnar i ett utanförskap i samhället när dom är sexton, femton år gamla liksom, hur ska det hjälpa dom i deras liv?

Ett tredje undertema handlar om tidigare negativa erfarenheter av myndigheter och vårdssystem. Även om detta tema endast återfanns hos några få intervjupersoner är det ändå erfarenheter som är viktiga att lyfta upp som del i ett utvecklingsarbete. Dessa personer talade exempelvis om att de hade sökt vård och/eller stöd till boende eller ekonomiskt

stöd från socialtjänsten. Daniel beskriver att han i kontakt med socialtjänsten fann det bäst att spela med i ett spel, för att tillfredsställa deras krav. Han var en 42-årig man som använt cannabis regelbundet under drygt 20 år och tidigare hade han också regelbundet använt amfetamin och kokain. När han sökte försörjningsstöd upplevde han socialtjänstens agerande som "en massa tjat".

Så ingår det här i då min handlingsplan för socialtjänsten, to please the socialtjänst, utbetalningarna varje månad, så är jag tvungen att gå hit. För att följa handlingsplanen så det inte blir massa tjat.

Daniel hade också tidigare sökt hjälp för psykiska besvär och upplevde också att han vara tvungen att försöka hantera ett krångligt vårdssystem. Hans känslor av tvång i ett misslyckande system upplevdes som nedvärderande, i att man var tvungen att ställa upp på "löjlerier". Vi ser i nästa citat hur dessa erfarenheter kopplas samman med att tvingas till mer eller mindre meningslösa saker som att "göra smörknivar". Detta kan tänkas skapa känslor av underlägsenhet genom att han tvingas in i ett system som han saknar inflytande över, och därmed kan det leda till ett motstånd mot myndigheter mer generellt.

Om sociala får som de vill vet du, så ska man göra smörknivar [...] De vägrar ge mig sjukvård, och då vägrar jag ställa upp på löjlerier.

Ur ett klientperspektiv kan myndigheterna upplevas som ett och samma system. När en del av systemet inte upplevs fungera kan därmed hela systemet bli utdömt av klienten. Daniels besvikelse över vårdssystemet kan också ses mot bakgrund av att han vid den andra intervjun hade varit arbetslös i cirka tre månader utan att ha gått i behandling eller haft kontakt med myndigheter överhuvudtaget. Han hade återgått till ett regelbundet missbruk av cannabis. Även andra beskrev relationen till myndigheter, inte minst socialtjänsten, som ett slags spel där man kämpade för att kunna hantera kontakten så smidigt som möjligt. Detta agerande kan hänga samman med en rädsla för att bli avslöjad och de konsekvenser detta skulle kunna få. För Lisa, en 34-årig kvinna som använde cannabis dagligen, handlade detta att "spela med" om konsten att behålla hemligheter för vissa personer. Hon beskrev noga hur hon misstänkte att om hennes "cannabissmissbruk" avslöjades för vissa myndighetspersoner, så skulle det kunna få icke-önskvärda konsekvenser. I förlängningen kan en sådan känsla av att behöva hålla saker hemliga bli till en ond spiral, orsakad av att man har en bild av ett

krångligt och fyrkantigt system. Detta kan i sin tur försvåra möjligheten till god behandling. I Lisas fall innebar tidningsannonsern med behandlingserbjudandet att hon kunde få komma "lite i smyg", känna sig för, vara oberoende och ha känslan av att vara fri från kontroll.

Min [myndighetsperson 1] vet inte om att jag går här. Det är lite i smyg [...] Det är det som är så viktigt, att det är oberoende. Min [myndighetsperson 2] får inte reda på om jag missköter mig.

Bristen på tillit till myndigheter visar sig i hur viktigt det är för Lisa att myndighetspersonerna inte får kännedom om hennes behandling, något som sekretessen i Behandlingsgruppens verksamhet borgar för. En annan sida av bristen på tillit är att vårdssystemet i stort kan upplevas som otillgängligt och/eller att det saknar tillräcklig kunskap om cannabis och om personer som använder drogen.

En ytterligare dimension av rädslan för att bli avslöjad som cannabisanvändare gav Glenn uttryck för. Han var i 50-årsåldern och han hade använt cannabis sedan tonåren. Hos honom var rädslan i första hand inte kopplad till myndigheterna, utan att det skulle bli mer allmänt känt att han använde cannabis. Han var mer orolig över att bli dömd av andra än av behandlaren om de skulle upptäcka att han använde cannabis. Glenns bild av hur samhället i stort stigmatiserar cannabisbruk var att det är "totalt tabu" att prata om drogen eller beroendet. Oron om sekretess för Glenn handlar mer om en bild av att vanliga människor är "livrädda" för cannabis, vilket gjorde behovet av att hålla behandlingen hemlig då det skulle vara förknippat med skam om det blev offentliggjort.

Jag har ju liksom inte talat om för någon att jag har gått på den här behandlingen. Jag är kanske inte beredd att, du vet, erkänna offentligt att jag liksom lever med det här beroendet. [...] Cannabisbruket är så utbrett men ändå i hela det skiktet är det ju liksom totalt tabu, du vet. Och liksom folk är ju livrädda.

3.2.2 Cannabis som en sköld/att våga ställa sig skyddslös

Intervjuerna visade att cannabis fyllde olika funktioner vid sidan om de förväntade positiva effekterna så som ett rus och glädje. De flesta intervjupersonerna gav också uttryck för att cannabis fungerade som en form av sköld främst mot tankar och känslor som upplevdes som icke önskevärda. En sköld kan fungera på flera sätt. Den kan vara en del av en rustning som skyddar mot angrepp utifrån, exempelvis ett skydd mot stress och krav från omgivningen. Den kan i överförd bemärkelse också var ett skydd mot inre känslor av att inte orka med eller motsvara omgivningens krav eller de krav man ställer på sig själv. Skölden är dock både något som kan skydda och något som lägger sig mellan dig själv och omvärlden. På det sättet kan skyddet bli något som kapslar in, avgränsar och stänger ute viktiga kontakter och upplevelser. Att gå in i behandling kan därför också ses som ett riskfyllt projekt där man åtminstone under en period kan behöva utmana och våga gå in i en situation utan tillgång till det skydd som tidigare kan ha fyllt en viktig funktion.

Detta tema var mest framträdande när man talade om upplevelsen av cannabis innan och i de tidiga skedena av behandling. För de klienter som fortsatt att använda cannabis dagligen eller nästan dagligen återkom temat också i intervjuerna som gjordes mot slutet av eller efter behandling. Kopplingen mellan skölden och negativa tankar och känslor var påtaglig – det var i mycket dessa man såg sig tvungen att skydda sig mot. Några klienter upplevde sådana tankar och känslor som bekymmer av ett mer vardagligt eller vanligt slag, medan det för andra handlade om upplevelser av psykisk ohälsa. Dessa två undertecknas redovisas i tur och ordning nedan.

Effekten av cannabis upplevdes fungera som **en sköld mot vardaglig oro, stress och krav** men också mot icke önskevärda tankar och känslor. I det senare fallet handlade det ofta om tankar och känslor kopplade till självbild och självkänsla. Viktor, en 24-årig man som vid inskrivning använde cannabis dagligen sedan fem år tillbaka, kände att drogen fyllde en viktig funktion genom att den gav honom kontroll över negativa känslor och bidrog till stabilitet och "säkerhet" i fråga om hur han mätte.

Den här säkerheten över att nu vet jag att jag mår så här. Nu, jag vet att jag mår så här och jag vet att jag kommer att må så här så länge jag använder. Och många gånger så mår jag inte överhuvudtaget, jag bara, jag bara existerar. Ja det är svårt att förklara.

Han ger en bild av att ha valt en tommare existens över en där livet präglas av negativa känslor. En bit in i intervjun sa Viktor: *Det är lättare att ta en konstant känsla som inte ger mig nånting [...] ett skydd mot att må dåligt helt enkelt.* Det blir en känsla av att aktivt välja att döva känslorna och uppnå ett stabilt (eller vad han upplever som stabilt) läge. Detta aktiva val att använda cannabis som en sköld verkar emellertid vara svårt att förstå: "det är svårt att förklara". Det kan vara en komplex och sammanvävd väv av känslor och tankar om sin självbild, sitt sociala själv (hur man är med och betraktas av andra) och sitt framtida själv. Man kan också tolka upplevelsen, eller kanske snarare bristen på upplevelsen av känslor, som att han på något sätt uppfattade sig vara avskild från direkt kontakt med "verkligheten". Han saknade tillgång till den kognitiva och emotionella förmågan att det som händer, och sa att han inte mätte överhuvudtaget – han bara existerade. Denna upplevelse kan tänkas hänga samman med känslan att man inte riktigt är i direktkontakt med omvärlden fullt ut, vilket skulle kunna vara ett uttryck för det som Lundqvist och Eriksson (1988) liknar vid att man blir avskärmd – som att få en ostkupa över huvudet, eller det som Ramström (med Folkhälsoinstitutet, 2009) diskuterar i samband med "amotivationssyndromet". Till viss del handlar detta om att tappa förmågan att ta initiativ och känna engagemang inför att finna nya vägar i livet. Vid den första intervjun med Viktor hade han gått i behandling under en kort period och han hade redan varit drogfri i några veckor. När han blickade tillbaka på den roll som cannabis spelat för honom målade han upp en bild av "konflikter" både internt med också med omvärlden. "Konflikter" kan i detta sammanhang tolkas som Viktors försök att förstå motsägelsefulla tankar om sig själv och om sociala relationer. I citatet nedan pratar han om känslan han fick när det gäller dessa konflikter genom att använda cannabis.

Då slipper jag konflikterna både med mig själv och med omvärlden [...] att röka har varit en typ av bekräftelse när jag ser tillbaka på det. Det var nog gruppträck som ledde mig in på den banan men det var bekräftelsen som fick mig att stanna där [...] att förstå och se mig själv som omtyckt.

Bilden av sig själv som icke omtyckt uppfattade han som en konflikt mellan sig själv och omvärlden, där en önskan om att passa in och hitta ett socialt sammanhang varit en drivkraft – "när jag ser tillbaka på det". Man kan tolka denna funktion i termer av en oro och osäkerhet kring hur man ska vara för att vara med i och omtyckt av gruppen. Att använda can-

nabis var ett sätt att skapa och stärka tillhörigheten till andra, inte minst genom att drogen uppfattades dämpa ångestkänslorna inför sociala relationer och frågan om vem man är inför andra. Det är inte konstigt att Viktor förstår cannabis funktion på detta sätt, att den (åtminstone till en början) underlättade att känna gemenskap med andra. Som få andra droger är användningen av cannabis i hög grad en social företeelse för unga. Själva intaget sker ofta tillsammans med andra, man deltar i närmast ritualliknande sammanhang och man delar också en kulturell inramning där drogen naturaliseras och tillskrivs positiva egenskaper. Bland de starkaste av dessa är lockelsen att ingå i en gemenskap som tar avstånd från ett uppfattat inrutat och krävande vuxenliv (för en sammanställning av forskning kring detta tema, se Forkby, Olausson och Turner, 2013 eller Lalander, 2009).

Cannabis hade också en sammansatt funktion för Ida. Drogen fungerade som en sköld mot tristess och känslan att vara ledsen men också mot större frågor om meningen med livet och vad man uppnår med sin tid och energi. Cannabis blev här ett svar på de frågor som är förknippade med unga människors identitetsutveckling; frågan som får en sorts svar är vem *blir* jag? För Ida var det antingen "en grå vardag" som väntade där livet stod stilla eller så var det att använda cannabis för då upplevde hon att "då gjorde jag någonting med min dag".

Cannabis har varit min snuttefilt i allt egentligen liksom. Så att både när jag mår dåligt, när jag har tråkigt, när vi ska ut eller när jag går ut, allting [...] Jag vill inte ha en grå vardag och då hade jag nån, eller liksom min världsbild var väl att röker jag cannabis då gör jag i alla fall nånting.

Cannabis blir en "snuttefilt", någonting som man alltid har med sig och en tröst och trygghet både när det gäller egna känslor men också i sociala situationer. "Den grå vardagen" som upplevdes vara alternativet till cannabis kan tolkas som en osäkerhet inför hur man ska tillbringa tiden utan cannabis. Ida hittade en mening med vardagen i cannabis och ett liv utan mening är mindre lockande. En del av dessa frågor kan kopplas till den mognadsprocess som handlar om att skapa bilder av det framtida jaget: vad gör jag, vem blir jag och vart är jag på väg? Frågor om det framtida jaget och identitet upplevdes som en källa till oro, då den egna utvecklingen upplevdes stanna upp på grund av cannabis.

Jag är bara rädd att jag ska vara, jag fyllde 23, det är inte så gammalt kanske men för mig var det liksom "nu kanske det är dags att sluta röka på", jag kommer ju inte

vara ung för evigt liksom. Och jag vill inte vakna upp när jag är 40 år och se tillbaka på mitt liv och allting är bara en rökridå. För det är vad jag ser, det är dimmiga, dimmiga dagar.

Här framträder en bild av en växande ångest över mognads- eller framtidsfrågor – "jag kommer ju inte var ung för evigt". Vi såg också detta ångestfyllda mognads- eller framtidsdilemma hos Viktor. Ångestkänslorna var kopplade till ambivalenta känslor inför upplevda krav och oron kring att ta nästa steg i livet. Användning av cannabis tillåter en paus från denna oro och dessa krav men samtidigt gnager en tanke i bakhuvudet om att man bara skjuter upp kraven på framtiden och vuxenheten, vilket skapar ytterligare oro och stress.

Det går att känna igen mycket av det Ida och andra i denna studie ger uttryck för i tidigare forskning om missbruk i allmänhet och cannabis i synnerhet. Om unga personer börjar använda droger föreligger särskilt stora risker för att hjärnan påverkas, vilket innebär att det skapas ett starkt tryck för och lust till att ta droger (Häggkvist, 2008). Denna påverkan innebär vid kontinuerlig användning av cannabis att de kognitiva och exekutiva funktionerna som planeringsförmåga, att se sig själv utifrån, att dra korrekta slutsatser med mera sätts ned – alltså viktiga funktioner inte minst under en i övrigt omvälvande tonårstid (Meier m.fl., 2012; Ramström, 1987). Man kan sammanfatta det som att hjärnan blir kidnappad av drogen, vilket innebär en inkapsling av viktiga mekanismer som är centrala för att utvecklas från ungdom till vuxen (Agerberg, 2004). Det är dock inte enbart hjärnan som riskerar att bli kidnappad, utan det kan också gälla större delar av ens person och inte minst ens emotionella liv. Man kan förstå Svenssons (1996) studie kring vad livet och kulturen kan omgärdas av när droger blir ett väsentligt inslag i ens liv. Drogen är här något som ger riktning och innehåll i livet och den har mycket större betydelse än vad som förknippas med själva intaget och ruset. Drogerna kan bli riktningsvisare för hur ens sociala umgänge ser ut och få betydelse för hur livet planeras kring anskaffning, intag, hur användningen ska hållas hemlig och så vidare. Han menar att det finns stora likheter med en kärleksaffär; det finns en förälskelse i början där drogen tillför något man inte hade kunnat förutse kanske och som fyller något slags behov, det finns ett liv där drogerna är en väsentlig komponent, det finns minnen av fina stunder tillsammans, det finns mer eller mindre allvarliga betänkligheter kring om relationen är den rätta, kanske regelrätta försök att bryta sig loss och inte sällan en

rad återträffar. För personer med mer långvarig och kontinuerlig användning måste man därför se att det inte enbart är en del av livet man försöker ta bort eller ersätta, utan det är något som på sätt och vis kan vara ordningsskapande för stora delar av personens liv, sammanhang och identitet. Samtidigt som drogen kan bli till en följeslagare i livet, är det också en kompanjon som ställer till det och som man i många fall verkligen skulle vilja kunna byta ut, en följeslagare som kan uppfattas som att den mer eller mindre tvingar en att vandra åt samma håll, på samma sätt.

Viktor använde metaforen "ekorrhjulet" under intervjun, vilket fångade upp en cirkulär process där någon är fast i ett repetitivt beteende. Metaforen för också tankarna till ett tanklöst beteende utan förändring eller utveckling. Viktor var under behandlingstiden i sluttampen på sin utbildning och framtidsfrågorna och tankarna på hur livet skulle te sig efter utbildningen var av naturliga skäl särskilt aktuella för honom. Han beskrev allmänna och ganska schablonmässiga bilder av vuxenhet, vilka ställdes mot hans önskan att använda cannabis.

Jag ville ju gå tillbaka till mina gamla vänner och fortsätta röka. Men samtidigt hade jag ett hopp om framtiden om att hela Svensson-drömmen, om att skaffa villa, Volvo, barn och hela den biten [...] jag vill sluta, jag vill ha ett bra liv, nej men jag vill röka och ja, jag vet inte vad jag själv vill ungefär.

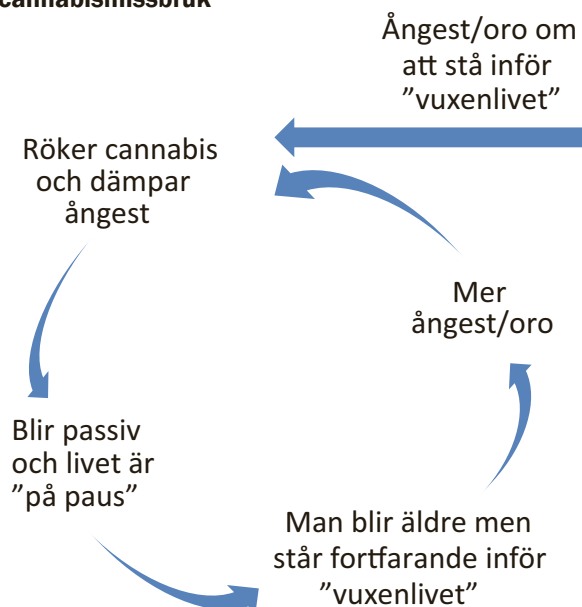
Bilden av framtiden – villa, Volvo och barn – kan tolkas som en allmän bild av vuxenhet som han använder i relation till sitt eget liv och en dröm han är ambivalent inför – det är något som han å ena sidan önskar, men å andra sidan har svårt att se sig själv i. Man kan också förstå hans situation som en del av en vanlig process som de flesta unga människor går igenom. Oron inför vuxenlivet tar sig uttryck som en paradox kring att mildra oron inför vuxenblivandet med hjälp av cannabis – för då skulle han på ett sätt lättare kunna acceptera vuxenblivandet. Men samtidigt skulle användningen innebära att steget mot vuxenlivet blir ännu svårare att ta. Linus, en 26-årig man som hade använt cannabis regelbundet under tio års tid och gjorde det nästan dagligen vid inskrivning, ger en lite annorlunda bild av mognadsdilemmat. För honom var drogen inte så mycket en sköld mot negativa känslor oavsett cannabis eller ej, utan en sköld mot själva användningen och den stress eller ångest han kände över ett bortslösat liv: "jag har rökt bort för många år".

Jag vill inte sitta här om fem år och va en haschtomte liksom. Det här kapitlet vill jag avsluta liksom. Jag har rökt bort för många år liksom. Om du frågar mig vad jag,

om jag gjorde nånting specifikt för ett år sen, jag kan inte svara på den frågan liksom. Och mellan 18 och fram till nu så, det är bara en grå massa liksom.

Vi ser också samma bild som hos Ida av det framtida jaget om hon skulle ha fortsatt använda cannabis. Det blir en ångestfylld bild av att bara titta tillbaka på "en grå massa". Figur 28 visualiserar detta mognadsdilemma. Dilemmat verkar i Idas fall dock ha gett upphov till att vilja "avsluta kapitlet" och framkallat nya bilder av hur livet ska levas och det framtida jaget ska gestalta sig. Lundqvist och Eriksson (1988) ägnar relativt stor kraft åt att skildra hur ett cannabismissbruk kan ge upphov till en ångestproblematik som hänger samman såväl med mognadskriser som med att tiden med drogen som följeslagare kan uppfattas som bortkastad.

Figur 28 – Mognadsdilemman hos personer med cannabismissbruk



Andra intervjuade personer kunde också tala om Cannabis som ett skydd, men då mer som **en sköld mot psykisk ohälsa**. Här talar vi om deras *upplevda* psykisk ohälsa, och inte om sådan som blivit diagnostiserad, även om några klienter också sökt vård och fått en diagnos. Oavsett diagnos eller ej beskrev några personer sin användning av cannabis som ett slags självmedicinering. Charlie, som hade sökt hjälp genom vårdcentralen för ångest och depressionsproblematik, menade att cannabis var det "minst skadliga" sättet att hantera sina känslor på.

Jag röker gräs alltså ur ett medicinskt syfte. För att jag inte ska få ett självskadebeteende, för att jag inte ska bli aggressiv, för att jag inte ska dricka mig berusad och gå och slå på nån eller skada mig själv liksom. Så det är

lite såhär, ja, skydd, alltså att man skyddar sig själv på nåt sätt. Men det har ju sina konsekvenser såklart med liksom [...] den drogen jag kan ta som kanske även är minst skadlig för mig i mitt liv just nu.

Cannabis menade han fyller en skyddsfunktion och han ger bilden av ett aktiv val ”i mitt liv just nu” för att hantera annars icke-hanterbara känslor och hindra sig själv från destruktiva handlingar. Han kunde under intervjun återkommande ta upp även de negativa konsekvenserna av cannabis, och beskriva det som att han hade valt den drog som gör minst skada medan han försöker ta itu med sina bekymmer. Även vid den andra intervjun, vid behandlingsavslut då Charlie hade varit drogfri i cirka sex veckor, talade han om att han besvärades av psykisk ohälsa. Det ger en bild av att han upplever en varaktig problematik. Orsakerna till varför man använder cannabis har undersökts genom en rad studier. Några återkommande skäl handlar om att komma in i en social gemenskap, att göra något ”över gränsen”, att vilja prova någon gång i livet med mera. Återkommande är också att användningen kan syfta till att lindra psykisk ohälsa, inte minst relaterat till ångest och depression. Dixon (1990) undersökte exempelvis personer med schizofreni och fann att cannabis verkade minska oro och depression, bidra till ett ökat lugn men också ibland en ökad misstänksamhet mot omgivningen. Lobbana m.fl. (2010) studerade unga personers användning av cannabis och fann vid sidan av sociala skäl en koppling till psykiska (o)hälsa. Noterbart är att drogen upplevdes ha positiva effekter men dessa var ofta temporära och kunde i det långa loppet förvärra det problem som användandet syftade till att lindra.

Funktionen som självmedicinering mot psykisk ohälsa kan förändras i takt med att användningen av cannabis förändras. Vid den första intervjun med Robin pratade han om ”självmedicinering” för sin depression. Robin hade också funderingar kring ADHD och en bild av att diagnos och medicin skulle kunna vara lösningen för känslor som panik, ångest, social fobi och negativa tankar om sig själv. Vid den andra intervjun hade Robin varit drogfri i några månader och livet hade börjat ta en ny inriktning, eller överhuvudtaget en riktning. Vid en tillbakablick beskrev Robin att *han hade satsat på idén att diagnos och medicin skulle vara lösningen – ”jag fick ju för mig”*. Denna lösning kändes mindre viktigt i hans liv efter behandling.

Jag fick ju för mig att hade nån ... jag behöver nog göra en utredning för ADHD men det har liksom jag viftat bort nu. [...] Nej, jag vill inte ha nån medicin, då tycker jag att en utredning eller diagnos kan göra mig nåt.

Vi ser dock en motsatt process hos Daniel rörande hans försök att ta itu med sin användning av cannabis. Vid första intervjun hade han varit drogfri i cirka sex veckor. Han gav också en bild av att ha använt cannabis som självmedicinering, det var dock ett försök till ”medicinering” som inte fungerade. Hos honom ser vi svårigheten i att kontrollera sin ”medicinering” när han har tillgång en obegränsad mängd över en längre period, det vill säga som han ”hade haft ett tag”.

Eftersom jag är bipolär, jag självmedicinerar mig med cannabis, och det har jag gjort de senaste tio åren eftersom sjukvården inte hjälper mig med någon adekvat medicin. Men nu i somras så blev jag sjuk. Jag blev manisk igen. Och då hade jag obegränsat med cannabis, och hade haft ett tag. Det var det som fick mig att förstå att min medicinering fungerar inte.

Denna bild av en icke-fungerande självmedicinering kan anses som en viktig väg in i en förändringsprocess. Vid den andra intervjun nästan ett år senare hade Daniel dock upplevt en del stressfyllda situationer på jobbet som inte kändes hanterbara. Det ledde till att han kände sig tvungen att välja mellan psykisk ohälsa eller cannabis.

Mycket press kan man säga, en stressig miljö var det helt enkelt, så jag hade ingen större lust att åka till psyket så jag började röka cannabis igen [...]det var som nån hängde av en oket du vet va, det här, du behöver inte bära på det här.

Vi ser hur cannabis för Daniel innebar en form av lättnad från att vara nedtyngd av negativa tankar och känslan att han inte längre kan stå ut med eller hantera vardagen – *du behöver inte bära på det här*. Cannabis återupptar en roll i hans liv genom att vara ett sätt att hantera psykiska besvär på. Han beskrev dock samma problem som i den första intervjun med att styra intaget av cannabis och sa att ”jag mår inte riktigt bra på det, när jag är *tvungen* att röka så här mycket” (författarnas betoning). Cannabis fyller fortfarande funktionen som en sköld mot psykisk ohälsa men det upplevs som ett tungt lass att bära.

I fallet Lisa ser vi den mångfacetterade funktion som cannabis kan upplevas ha. Drogen hjälpte henne att uppnå normalitet, vilket konkret innebar att motverka effekter av ADHD: *”från att det ständiga di-di-di-di i huvudet hela tiden, jag kan [andas ut djupt] och kan jag få mer gjort ibland när jag kan lugna mig och fokusera på de jag ska göra”*. Lisa beskrev också hur cannabis hjälpte henne med en rad andra saker, dels biverkningar från andra mediciner men också mer vardagliga bekymmer och ”orostan-

kar” på samma sätt som andra intervjupersoner beskrivit tidigare.

Cannabis gör att jag kan äta, och det är godare att äta, och det är lättare att sova, jag har sömnproblem och det hjälper mig med det. Och jag tycker att då ser jag cannabisen som en hjälp, som en tröst som en liten napp liksom när det är jobbigt [...] Kommer orostankar upp, och då tänker jag usch, jag röker lite och försöker glömma det hela, för jag orkar inte.

3.2.3 Att bli sedd för den man är

Alla intervjupersoner betonade vikten av ett respektfullt och individuellt bemötande. Tre undertecknade kopplade an till detta:

- vikten av ett icke-dömande och nyanserat bemötande
- att göra tillsammans – tillit och jämnbördighet
- lyhördhet och det individuella/personliga fokus

Man skulle kunna säga att det handlar om att bli sedd och bekräftad för den person man är. Detta att bli sedd kan då koppla an till tidigare teman som bland annat tog upp den rädsla man kan känna inför att ta kontakt och påbörja en behandling. Det handlar om en aktiv process där personen man träffar måste göra sig beredd att ta in och anpassa sig till hur man själv är, talar och uppfattar sin verklighet. Samtalet innehåller också ett mycket aktivt lyssnande och ett likaledes aktivt arbete för att motarbeta att de ständigt närvarande hoten i form av stigmatiserande kategoriseringar eller på förhand bestämda uppfattningar vägleder mötet. Man skulle också kunna formulera det som att det handlar om att få möjlighet att berätta och äga sin historia och i det samtalet få möjlighet att upptäcka alternativa tankar, historieskrivningar och framtida scenarier. Det handlar i grunden om att skapa ett möte som på ett sätt är unikt och undersökande och som skapas gemensamt av behandlare och den som söker stöd. Behandlaren ska naturligtvis använda sig av sina kunskaper och erfarenheter och verkar inom ramen för en viss organisation. Men dessa kunskaper och ramar får inte stå i vägen för att se att något nytt kan uppstå, inte minst för att klienten man möter ofta har med sina unika erfarenheter. Möjligen kan man tänka sig att detta tema kan förstås i termer av det man i behandlingssammanhang ofta talar om som alliansbildning och här då i termer av vilka komponenter som är verksamma för att allianser/verksamma relationer överhuvudtaget ska uppstå. Här kan man tänka sig att avgörande komponenter kan utgöras av bemötande och utgöra ett, ibland ställfö-

reträdande, hopp samtidigt som personerna känner tillit varandra, att det finns en ömsesidig förståelse och att behandlaren även har specifik kunskap om området (se exempelvis: Wampold, 2001; Wampold och Budge, 2012).

De flesta av intervjupersonerna bar på en oro att bli dömd eller att få ett negativt bemötande, exempelvis att bli sedd som ”dum” eller ”pundare”. Därmed var **ett icke-dömande och nyanserat bemötande** särskilt viktigt. Några intervjupersoner, som Charlie, hade förväntat sig en mer fyrkantig behandling med mer av ”pekfingret”, vilket skulle ha varit avskräckande för honom.

Jag tycker om behandlingen här, det är väl inte så mycket såhär, alltså peka finger åt en du vet, såhär ”du knarkar, det är så jättefarligt med knark” och liksom, utan det är väl mer det här varför man gör det, hur mår du när du gör det liksom? Såhär. Istället för att man bara ska peka finger åt substansen och säga ”knark är bajs” liksom, för sånt där prat köper jag inte riktigt liksom.

För Charlie utmärks det goda bemötandet av att han blir sedd som individ med sin egen berättelse om anledningar till att ha använt cannabis. Ett utforskande förhållningssätt var viktigt: ”hur mår du när du gör det?”. Även för Lisa var vetskapen att hon blir bemött ”som man är” väsentlig.

Den här mottagningen har varit fantastisk, just att man kan komma som man är och ta det på den nivån som man är, så, det är jättebra att detta finns. Jag tycker att det är mycket bättre än den som erbjuds på [annan behandlingsaktör] där man är lite bakbunden i och med att man inte kan säga vad som helst. [...] Behandlaren] var verkligen bra, kom med tips, men ändå lyssnade utan att vara dömande, utan bara komma med, ja men då kan du tänka såhär.

För Lisa som hade erfarenhet av att ha varit klient i en annan verksamhet gav det icke-dömande bemötandet en möjlighet till att faktiskt vara öppen och ärlig, vilket var en förutsättning för en effektiv behandling för henne. Hon menar också att en nyanserad, ej dömande ton inte behöver innebära en acceptans av missbruk, men att förhållningssättet var en öppning till att faktiskt öppna sig för att få vägledning och förslag på nya sätt att tänka. Vi får en liknande bild av Glenn som menar att ett öppet bemötande betyder att man kan diskutera och resonera kring nyanser. Öppenheten hos behandlaren blir en förutsättning för att behandlingen blir ärlig och meningsfull.

Jag ville inte bara ha liksom nån som tar liksom avstånd och fördömer mig direkt va, utan jag ville ha nån som

jag kunde diskutera detta med och jag kunde vara öppen med.

Även Daniel som ett tag kände att behandlingen inte var till någon hjälp, upplevde att "motivationen" kom tillbaka just på grund av behandlaren's positiva bemötande.

Daniel: När jag har berättat för [behandlaren] att jag har haft ett återfall så har motivationen till att hålla mig drogfri kommit tillbaka, jag har mått lite bättre.

RT⁴²: Vad för typ av saker säger han för att få igång din...

Daniel: Ingenting, det är bara en trevlig man. Och inte ältar i att man har haft ett återfall, inte pekar finger liksom.

I förstaläget talar Daniel om behandling som ett vanligt samtal. Här kan man tänka sig att han normaliserar situationen när han beskriver att behandlaren var "bara en trevlig man". Det kan vara så att det han under intervjun beskriver som en upplevelse av myndighetstvång och misslyckanden inom vårdsystemet inneburit att det är viktigt för honom att beteckna behandling i termer av ett jämlikt samtal mellan två vuxna. Behandlingen blir då mer som en gemensam utforskande och undersökande resa. Sedan fortsätter han med en bild av det icke-dömande bemötandet, att behandlaren inte blir negativ eller fördömsfull kring återfallet – "inte ältar [...] inte pekar finger". Man får anta att behandlaren fann någon nyans i berättelsen som fick igång positiva tankar hos Daniel då han säger att: "jag har mått lite bättre".

Ett andra undertema handlar om **Att göra tillsammans och jämbördighet** i samtalet. Att våga ge sig in i en process och en relation med behandlaren kan hänga samman med vilken tillit som den enskilde känner till behandlaren. Att göra tillsammans var i synnerhet viktigt för de intervjupersoner som särskilt lyfte fram betydelsen av att diskutera och resonera kring sin självbild och den roll som cannabis har spelat för dem. För Viktor handlade en jämbördighet om ett slags partnerskap där han bidrog med exempel från det vardagliga livet som han och behandlaren tittade på tillsammans.

Sen har jag ju tagit med mig några exempel ifrån min vardag hit också, som vi har tittat på och varför det har blivit som det har blivit. Och det har faktiskt varit väldigt lärorikt eller hjälpsamt att kolla på det.

Hos Linus ser vi hur känslan av jämbördighet i samtalet var viktig för att han skulle få hjälp att komma fram till egna lösningar. Att vägleda utan förmaningar och tillsägelser öppnade upp möjligheten för honom att skapa egna insikter.

*Det sättet som det hjälpte mig av hela grejen, det var inte att jag träffade [behandlaren] och sen så bestämde [behandlaren] att "nu ska du sluta röka, nästa vecka när du kommer hit, då ska inte du ha rökt på hela den här veckan". Det var aldrig nåt sånt prat, utan han försökte ju förstå mig och han försökte få mig att förstå varför det var bra att sluta. Och just att **jag själv** skulle komma till en insikt snarare än att han skulle bestämma att det är på ett visst och nu gör du det här. (författarnas betoning)*

I den jämbördiga relationen skapas ett utrymme för utforskning av klientens egna vägar ut ur sitt missbruk. Det framgår dock att samtalet inte är utan vägledning: "utan han försökte få mig att förstå". För Ida handlade **Att göra tillsammans** om att behandlaren bidrog till hennes egna resonemang – "när man resonerar med sig själv" – med fakta och kunskap om cannabis och dess effekter. Ett annat sätt att uttrycka detta på är att man bjuder in en extern part till den inre dialogen där för- och nackdelar vägs mot varandra, förkastas och antas (se vidare: Näsholm, 2003). Denne någon som bjuds in är dock inte vem som helst, utan någon som genom bemötande och annan kunskap uppfattas som värdefull.

Men det är väldigt, väldigt skönt liksom att ha nån om man skulle, när man resonerar med sig själv, så är det väldigt skönt att ha nån utomstående som sitter inne på lite kunskap.

Behandlaren upplevdes komma med ett annat perspektiv till de egna tankarna. Här innefattar ett tillitsskapande bemötande att ta steg mot att hitta det som är av intresse för klienten och sedan utforska detta tillsammans. En resa som klienten leder med egna exempel och reflektioner och där behandlaren bjuds med för att bidra med reflektioner och kunskap, i det här fallet kring cannabis.

Det tredje och sista undertemat handlar om en lyhördhet och **det individuella eller personliga fokuset**. När intervjupersonen kände att behandlaren var intresserad av hans berättelse upplevdes behandlingen vara speciellt riktad till den egna personen och behandlaren upplevdes vara lyhörd. Glenn betraktade lyhördheten och det personliga fokuset som en form av "diskussion" som han inte kunde föra någon annanstans. På ett sätt som kan ses som alliansbildningens mål talade han om att de skapade en "plattform tillsammans" på vilken de på ett ömsesidigt och jämbördigt sätt kunde diskutera en rad ämnen av betydelse för honom.

Alltså det är ju bra att få liksom en plattform tillsammans med nån annan där man kan diskutera det här va, och då kan man få en diskussion om det här som jag inte kan diskutera med någon annan direkt va. Mer än dom som är

42. RT = Russell Turner.

redan frälsta om man säger så va, du vet andra missbrukare liksom. Jag fick rätt mycket stöd ifrån [behandlaren] och vi diskuterade igenom en massa saker, för jag har ju liksom du vet svårt med motivationen egentligen.

Det framgår även att resultatet av detta individuella fokus fungerade motivationshöjande för Glenn. "Stöd" betydde för Glenn att kunna resonera igenom de tankar som verkade stå i vägen; det som gjorde att det var svårt att hålla uppe motivationen. För Viktor var det individuella fokuset en nödvändighet, då han upplevde svårigheter med att reflektera över sig själv. Han kände sig obekväm eller ovan med att ha fokus på sig själv och reflektera över sitt beteende och upplevde det som betydelsefullt att behandlaren kunde rikta och hålla fokus på honom. I Viktors fall blev behandlaren en garant för att Viktor inte skulle "gå bort från mig själv".

Det är ju absolut full fokus på mig är det ju så sett. Sen kan jag ju inte förneka att jag har försökt att fly ifrån det [...] försökte gå bort ifrån mig själv sådär lite. Men det, det är ju därför som jag kommer hit, för att prata om mig själv och jobba med mig själv. Och så sett så känns det ju väldigt bra också.

För flera intervjupersoner handlade det personliga fokuset om att kunna ta upp många fler saker av betydelse för det egna livet, än bara sådant som är strikt relaterat till droger. Charlie, som oroade sig över att bli sedd som "cannabissmissbrukare" och inte som en individ uttryckte att fokus på honom och hans liv var det viktiga.

Jag gillar att man diskuterar fram lösningar ihop, att det är individuellt, att det är mig behandlingen är riktad mot, som person liksom [...] att dom ser mig som individ, det är ju första gången.

En individuell behandling för Charlie innebar fokus på honom "som person" och att bli sedd som en individ. För Charlie verkade detta personliga fokus vara en förutsättning för att arbeta tillsammans och "diskutera fram lösningar ihop". Han utvecklar senare i intervjun att cannabis inte är det egentliga problemet och därför har det varit särskilt viktigt för honom att det funnits en beredskap för att se till hela hans person, där drogen ingår men inte har huvudrollen. Dessa uttalanden tyder på att det finns en risk med ett mer avgränsat arbete kring drogproblematiken då klienter kan känna att andra viktiga delar av deras person och tillvaro hamnar i skymundan. Ida kände att hon fick ett respektfullt och individuellt bemötande under behandlingen. Mot slutet av behandlingen började hon dock uppleva att samtalen tappade mening "för att det inte fanns så mycket

att prata om", genom att hon upplevde att hon endast pratade om cannabis.

Alltså ett missbruk är ju alltid en del av, ett resultat av nånting. Nu känner jag att med [behandlaren] att om jag kommer off topic så blir det, då vill [behandlaren] gärna tillbaka till att prata om cannabisen. Men jag tycker att det är viktigt, alltså för mig så behöver jag nog mer en terapeut som kan prata om allt, eftersom inte, men ändå har det här cannabisfokuset. Människor agerar ju på ett sätt beroende på tusen andra olika saker som har lett till, så att det skulle jag uppskatta och, men jag vet inte om det här är, det här är rätt forum för det.

Ida upplevde att samtalsramarna var för strikta och att behandlaren styrde henne tillbaka till att prata om cannabis. Hon hade svårt att under intervjun nämna just vad hon vid dessa tillfällen skulle ha velat tala om istället, utan så att det handlade om en önskan om att kunna "prata om allt" och en önskan av att ha en "terapeut" som hade den öppenheten. Hon flyttade sedan samtalet från sig själv till tredje person och sa att "människor agerar ju på ett sätt beroende på tusen andra olika saker", och att det är viktigt att se till de individuella berättelserna. Ett viktigt tema i intervjuerna med henne handlade om denna önskan om att få arbeta utforskande kring hela hennes person. Här kan det noteras att klienternas bilder inte kan användas för att bedöma just vad som erbjöds i behandlingssamtalen eller hurvida en sådan behandling skulle kunna rymmas inom Behandlingsgruppens uppdrag. Å andra sidan måste man ta klienternas upplevelser på allvar oavsett om de stämmer med ett tänkt behandlingsupplägg eller ej. Snarare är det av mer vikt att titta på eventuella spänningar mellan klienternas upplevelser och den behandlingsmodell som man tror att man levererar.

En ytterligare kommentar kring detta tema – Att bli sedd för den man är – är att det inte finns ett svar på frågan hur omfattande en behandling bör vara. Om det görs en alltför strikt avgränsning i behandlingserbjudandet kan det innebära att den enskilde inte känner sig sedd som enskild individ, vilket skulle kunna innebära att behandlingen upplevs som mindre meningsfull. Här nöjer vi oss med att konstatera att Behandlingsgruppens höga tillgänglighet där man inte selekterar personer i förhållande till olika mer eller mindre tydligt formulerade program rimligen innebär att man möter klienter med olika grad av motivation och behov. Därför kan frågan om att matcha och skapa ett brett erbjudande tillsammans med goda kopplingar till andra resurser vara viktig.

3.2.4 Omvärdering av relationen till cannabis

Samtliga intervjupersoner uttryckte att processen att ta itu med sin användning av cannabis involverade en omvärdering av den relation man hade till drogen. Vilken betydelse cannabis hade för den enskilde skiftade under hela behandlingsprocessen, i synnerhet när det handlade om vad det skulle betyda att sluta använda cannabis. Det var endast i mindre utsträckning som allmänna diskussioner om cannabis (exempelvis kring frågan om legalisering) fördes i behandlingssamtalen. Istället var det viktigare att reflektera över den egna relationen till att använda cannabis. Vilka värderingar kring cannabis ändrades (och i vilken riktning, det vill säga mer positiv eller negativ) hängde ihop med om intervjuperson minskade eller ökade sin användning mellan första och andra intervjun. De personer som minskade sin användning var i regel de som också tog mer konkret avstånd från cannabis. Värderingarna och bilderna kring den egna relationen till cannabis och deras betydelse i behandlingsprocessen kan delas in i två underteman: negativa upplevelser av cannabis respektive identitets- och utvecklingsbekymmer.

De flesta intervjupersoner hade erfarenhet av **negativa upplevelser av cannabis** redan innan behandlingsstart. Vid första intervjun återgavs dessa dock i ett sammanhang där såväl positiva som negativa erfarenheter lyftes fram. Ibland handlade upplevelsen av negativa effekter om en allmän känsla av att cannabis inte fungerade som det gjort tidigare – alltså en frånvaro av tidigare uppfattat positiva effekter. Ibland framkom mer uttryckligt en uppfattning om kognitiva nedsättningar. Det var dessa upplevelser som under behandlingstiden började påverka den nya relationen till cannabis.

Glenn var en av de intervjupersoner som använde cannabis i minst omfattning vid behandlingsstarten. Han hade funderat över den roll som cannabis spelade i hans liv. För honom hade cannabis haft flera funktioner, både en skyddande sköld mot depression men också ett sätt att förhöja vissa sociala sammanhang. Han hade dock börjat känna en växande oro inför att bli stämplad och stigmatiserad om hans användning skulle upptäckas. Dessutom tänkte han att det fanns en risk att cannabis skulle kunna innebära att han "missbedömer någonting" eller inte är tillräckligt uppmärksam i vissa viktiga situationerna. I nästa citat pratar han om anledningar till att han skulle ta itu med sin cannabisanvändning.

Jag har liksom hållit mig på en bra nivå med mig själv så att jag liksom inte överreagerar heller, missbedömer

nånting liksom, förstår du, jag måste vara liksom helt klar i skallen för att inte missbedöma några situationer eller agera på fel sätt.

Trots att Glenns cannabisanvändning var lägre än många av de andra som intervjuades, upplevde han kognitiva försämringar som successivt avtog under behandlingstiden. Dessa förbättringar kom till uttryck genom att han kunde vara hemma mera och känna att han kunde aktivera sin hjärna på andra sätt. Glenn upplevde att cannabis bidragit till att för-sämra hans språkförmåga.

Jag vet inte vad det hänger ihop med, men saken är ju att i och med att jag är hemma mer så läser jag mycket mera nu va, du vet läser böcker va, och det stimulerar ju liksom talorganen och språket och allt sånt där va. Jag känner ju att jag har liksom fått ett, eller jag är ganska så språkligt ja, vital.

Även om Glenn fortsatte att använda cannabis på ungefär samma nivå efter behandling beskrev han att cannabis påverkade honom på ett nytt sätt. Han fick ett nytt perspektiv på cannabis när han uppfattade att en mindre omfattande användning gjorde att han blev klarare i huvudet och ett slags självförtroende eller "power" började växa fram.

Så var det viktigt för mig att få ner bruket och jag kände en viss klarhet som återvände. Att jag blev liksom, jag fick mera power för jag kunde luta mig tillbaka och tänka såhär: Ja, jag vet jag har inte rökt på tre veckor. Nu kan jag stå på mig.

För Ida handlade omvärderingen av relationen till cannabis till viss del om en ny bild av drogens negativa effekter. Vid behandlingens början använde hon cannabis nästa dagligen. Hon kände en oro eller rädsla över att få veta vilka effekter cannabis kan ha på "hjärnan". Detta innebar att hon aktivt undvek information om detta. Hon beskriver att det var en kamp att undvika att se dessa effekter hos sig själv, men ofrånkomligt att notera bland vännerna. Här var det inte minst konsekvenserna av användningen som var svåra att bortse från i och med att de var så uppenbara – som att inte kunna sköta skolan och att sova bort dagarna.

Jag har aktivt undvikit att läsa om vad cannabis gör med hjärnan för jag är rädd för att liksom, jag vill inte veta vad jag har gjort med min hjärna liksom [...] Jag har ju märkt det, men jag har liksom på nåt sätt försvarat det för mig själv. Och liksom att "men jag klarar", jag tittar på andra vänner som röker som liksom inte sköter skolan eller liksom sover hela dagarna.

Efter ett uppehåll under behandlingen började Ida notera kognitiva förbättringar så som att hon kunde

tänka klarare och hängde med bättre i konversationer:

Jag svävar inte iväg med mina egna tankar och sitter och nickar liksom fast jag egentligen inte lyssnar. Och det har varit ett problem innan.

När vi följer Idas väg så ser vi å ena sidan att synliggörandet av de kognitiva förändringarna var viktiga och bidrog till en förändrad relation till cannabis. Men denna förändring var inte tillräcklig för henne för att kunna orientera sig i ett nytt liv. Det var enbart en svag eller inledande förändring på en längre resa, där hon satt högre och mer omdanande mål. Mot slutet av behandlingen kände hon att uppehållet inte medförde sådana ”fundamentala förändringar” som hon hade hoppats uppnå. Hon hade en bas att bygga på men hur detta bygge skulle se ut kvarstod att besvara.

Det var en bra bas, absolut, för mig att motivera att sluta. Men sen, sen även kognitiva tankegångar liksom, det här konsekvenstänket och så, det är väl inget revolutionerande i min värld [...] Jag vet inte riktigt vad jag hade väntat mig, men jag hade väl hoppats på nån slags fundamental förändring, att jag helt plötsligt skulle göra allt det där som jag tänkte göra.

Även om kunskap om kognitiva nedsättningar till följd av cannabisbruk kan motivera en klient att sluta, kan man i Idas fall se att det kan behövas en fortsättning på förändringsprocessen, om klientens förhoppningar om framtiden ska infrias. Här är vi på ett sätt alltså tillbaka till frågan om hur vitt uppdraget i en behandlingsverksamhet kan vara och i vilken mån andra resurser behöver länkas in. Det aktualiserar också frågan om i vilken mån den enskilde själv måste bygga det nya livet och det nya jaget – ett arbete som kan tänkas vara ovisst, skrämmande och utan tydlig riktning samtidigt som det också kan vara hoppfullt, kreativt och lockande.

Linus upplevde negativa effekter av cannabis innan han påbörjade sin behandling, och vid inskrivningen använde han cannabis nästan dagligen. Han gav en dubbel bild av cannabis. Det fanns fördelar men också nackdelar som att han blev ”slöare i huvudet”, vilket han upplevde påverkade hans sociala relationer och liv mer generellt.

Även fast när jag rökte och såg fördelar med det om man säger så, så visste jag ju hela tiden att det håller tillbaka mig på det sättet att jag får inte lika mycket saker gjort, jag blir slöare, jag kan inte träffa min familj. Ifall morsan ringer och vill bjuda över mig på middag och så har jag redan rökt så kan inte jag sticka över till morsan och kaka exempelvis.

Vid den andra intervjun, efter avslutad behandling, hade han varit drogfri några månader. Han var nöjd och stolt över det nya livet när han jämförde sitt nya jag utan cannabis med den han var tidigare.

Nu gör jag det här och det här känns riktigt bra och det är inte jobbigt längre, för det här känns bättre än att leva det livet jag gjorde förut [...] Jag vill inte komma på hur det känns heller. För jag vill minnas att det var ganska gött. Jag minns inte riktigt, jag vill inte, jag vill inte bli påmind om det igen.

I slutet av citatet ser vi att cannabis fortfarande utövar en viss lockelse. Fast Linus ville dock vända ryggen mot idén om att cannabis var ”gött”. Det här resonemanget kan förstås mot bakgrund av frånvaron av negativa upplevelser och minnet av ”[att leva] det livet jag gjorde förut”. I den nya relationen till cannabis blockeras tankar om drogens fördelar av det nya livet: ”det här känns riktigt bra och det är inte jobbigt längre” (författarnas betoning). Linus var fortfarande drogfri vid uppföljningen cirka ett år efter den andra intervjun.

Flera intervjupersoner målade upp nya bilder av cannabis på ett liknande sätt som Linus och relaterade den egna användningen till bredare **identitets- och utvecklingsbekymmer** snarare än till tidigare negativa upplevelser. Under behandlingsprocessen blev bekymmersamma upplevelser en utgångspunkt för en omvärdering av relationen till cannabis. Detta gäller främst den del av identiteten som är förknippad med cannabisanvändning eller bilden av det egna missbruket. Flera intervjupersoner tog vid första intervjutillfället upp att de redan insett att de hade ett eget beroende eller missbruk, och att detta var en del av deras person eller karaktär. För Viktor handlade detta i början av behandlingen om dålig eller total avsaknad av självkontroll där han kände sig vilsen i kampen mellan två tillhörigheter. Viktor upplevde att det var som att befinna sig i en sorts dragkamp mellan två identiteter: ”missbrukaren” och det egna jaget. Positionen ”missbrukaren” är bedräglig (vill förneka och bortförklara) medan jaget står för den han vill vara, eller den han uppfattar sig vara egentligen.

Förnekelse är ju en otroligt stor del alltså. Ibland alltså, det är [Viktor] och så är det missbrukaren. Och missbrukaren säger till [Viktor] att du är inte beroende, du kan röka den här holken och sen gå ut på måndag, gå till skolan, vara ambitiös, göra dina läxor, göra, följa med på lektionerna och liksom ja, vara ambitiös helt enkelt. Och, ja det är nog förnekelse och högmod egentligen som är dom största delarna till att jag har plockat upp igen. Att jag inser inte vem jag egentligen är. Jag försöker att inte se det i dom stunderna.

Vi ser i Viktors berättelse en sorts vilshenhet när han försöker göra anspråk på vem han är och säger "jag inser inte vem jag egentligen är". För honom innebär processen att bygga ett nytt liv också att acceptera ett det finns ett begär som han kan känna, men om han skulle ge efter för det får det konsekvenser som motverkar möjligheterna att uppnå andra mål i livet. För Viktor krockade missbrukaridentiteten med den framtida Viktor. Under den första intervjun talade han också om en illusion som missbrukaren hade; en illusion som innebar att det skulle vara möjligt att använda cannabis och samtidigt kunna leva det liv man vill (vilket i hans fall bland annat handlade om att "vara ambitiös"). Han gav en bild av ett liv på paus där utvecklingen hade stannat upp. Under den andra intervjun hade Viktor varit drogfri över ett år och hunnit skapa en tydligare bild av vad han kunde åstadkomma utan cannabis och hur hans utveckling hade gått framåt. Detta förstärktes både av andras bekräftelser av den nya personen och av en tydligare insikt om orsaken till att vissa mål som att genomgå en utbildning "aldrig funkade" för honom tidigare.

Det är klart att det har skett stora förändringar [...] Jag kan se till en viss del att jag har förändrats som person, en del. Folk i min närhet säger det också. Sen så är det ju, ja, lite mer praktiskt exempel kanske att, nu så håller jag på att gå ut skolan. Jag håller på med mitt examensarbete liksom, och det hade ju aldrig funkade.

Förändringsprocessen för Viktors del kan sägas handla om att omvärdera en illusion om en kontrollerad användning där det går att dämpa de negativa konsekvenserna. Den illusionen hade börjat blekna och han hade börjat se relationen till cannabis på ett omvänt sätt; det *här* blir gjort nu – och det sker *utan* cannabis. Lisa uttryckte också vid den första intervjun att livet tar en paus när man använder cannabis, en paus då man kan skjuta upp planer som rör det sociala livet men även utbildning eller jobb. I den första intervjun gav hon en stark bild av beroendet och ett liv "stört av cannabis".

Jag kände att jag kunde se att mitt liv var så styrt av cannabis, det styrde hela min tillvaro. Saker jag skulle vilja göra, men som jag inte gjorde för att cannabisrökningen tog upp all tid "jag gör det imorgon". Saker jag vill göra, men jag kommer ingenstans med saker och ting. [...] Då hade jag det här dagliga att man skulle iväg någonstans, men då satt jag bara hemma och rökte. Och så kände att jag ville komma någonstans, men jag visste inte riktigt hur jag skulle göra. [...] Då kände jag att jag behövde komma bort från cannabisen om jag ska klara av att ha ett jobb.

Många intervjupersoner bekräftade bilden av att de inte kom någonstans med sina livsplaner och den

egna utvecklingen. Det gav en känsla av att stå och stampa trots att livet pågår runt omkring en. Svårigheten att gå från detta pausläge och trycka på "play-knappen" ser vi hos Lisa: "jag ville komma någonstans, men visste inte riktigt hur". Hon saknade känslan av kontroll över det egna livet och upplevde att hon hölls tillbaka. Vid den andra intervjun med Lisa nästan ett år efter behandlingsavslut använde hon fortfarande cannabis nästan dagligen, även om hon hade gjort några uppehåll under året. Lisa hade svårt att vara utan det som hon tyckte gav positiva effekter på hennes psykiska välbefinnande. Mer precist upplevde hon att cannabis fick henna att känna sig normal och hon hade inga planer på att bryta relationen till drogen. Hon tyckte samtidigt att hennes relation till cannabis hade förändrats på grund av behandlingen. För henne handlade den nya relationen till cannabis om att ha mer kontroll över livet och få planer att förverkligas, "att göra det jag tycker om i livet".

Man kan väl säga så, jag menar, den [behandlingen] har misslyckats för jag röker fortfarande, men jag tycker inte att den har varit, vad ska man säga, värdelös, för att som sagt jag har ändrat mina inställningar, och jag mår jättebra nu [...] är det mycket mängder så är den själsligt dödande, för man tappar all initiativförmåga och sådär, men jag har lärt mig tycker jag att hålla en ganska bra balans och fortfarande göra det jag tycker om i livet.

Lisa upplevde ett ökad välmående efter att ha förändrat sina drogvanor och minskat mängden för att undvika "själsligt dödande". Det hon ger uttryck för under den andra intervjun talar flera personer i studien om att de eftersträvar, det vill säga kontrollerad användning. Det innebär ett liv där cannabis ingår, men man styrs inte av drogen och det går "att hålla en ganska bra balans". I Lisas fall var hon övertygad om att hon behövde ha cannabis kvar på någon nivå för att klara av vardagen; cannabis fyllde fortfarande en tydlig funktion som en sköld mot inre och yttre stress och emotionella reaktioner. Hon upplevde själv att hon fått en bättre inställning och ökad medvetenhet om hur hon skulle kunna hålla användningen på en lämplig nivå, och när hon behövde dra ned. Efter behandlingstiden hade hon satt upp nya mål för sig själv, vilket innebar att hon tänkte att hon skulle kunna kontrollera användningen på ett annat sätt än tidigare. Hon beskrev att hon då genomgick en liknande process som under behandlingen, där hon kunde se när livet eller hennes "utveckling" stannade upp och nu insåg hon att cannabis var orsaken. Med denna vetskap skapade hon en egen strategi som innebar att hon skulle ta paus från dro-

gen istället för från livet. Hon skulle "vara rökfri [...] ett par månader" för att kunna ta tag i livet igen.

Jag såg att jag rökte mera för att jag var stressad, och jag tänkte att det var ingen bra utveckling, såg jag. Då tog jag tag i att vara rökfri där ett par månader [...] man har gått och dövat mig så mycket så man vaknar till lite så, det här är inte bra, liksom, det här får vi ändra på.

Charlies berättelse liknar Lisas såtillvida att han vid inskrivningen talade om att cannabis för honom varit som en sköld mot svårhanterliga och sammansatta känslor och bekymmer. Han beskrev också att han tyckte sig ha fastnat i ett beroende som inneburit att han fastnat i sin livsutveckling. Enligt Charlie var han (eller "man") nöjd med den passiviteten, som var en följd av cannabis, ända till den punkt då han (man) upplevde en kris vid tanken på framtiden.

Man blir sjukt jävla passiv och att man är nöjd med det och sen fyller jag 25 i år och då fick jag väl nån 25-årskris liksom att "fan jag, jag har inte gjort ett skit med mitt liv" känns det som. Och nu är jag liksom, jag är 25 år gammal nu, jag måste börja tänka på en framtid, och att jag vill ha en framtid [...]. Jag måste ta tag i det innan man blir 30 liksom, förstår du? Vad händer när jag blir, ju längre jag skjuter på det ju svårare kommer mitt mönster bli att bryta liksom.

Charlies utvecklings- och identitetsbekymmer tog sig uttryck i form av frågor kring vilken typ av person den framtida Charlie skulle bli, eller kanske snarare inte bli: "vad händer när jag blir". Hans svar blev att om han skulle fortsätta skjuta på framtiden, så skulle han få ännu svårare att komma i kapp. Vid den andra intervjun när Charlie hade varit drogfri ett litet tag hade han fortfarande samma bilder av en utveckling som hade stannat upp. Han hade dock också en tydligare uppfattning om vad som "har varit fel" med honom, och vilken roll cannabis spelat. Han hade tidigare haft svårt att skilja på dem, säger han: alltså vad i livet som är en konsekvens av droganvändningen och vilka problem och resurser han har själv. Omvärderingen av cannabis roll bidrog till att skapa en tydligare bild av den egna identiteten.

Saker jag har trott har varit fel med mig kanske har legat mycket i drogen. Jag har ju varit medveten om att det finns effekter vid långvarigt bruk, men sen har jag väl kanske inte kunnat skilja på dem [...] Saker man har velat göra har man bara skjutit upp eller låtit gå förbi liksom och nu vill jag fan göra verklighet av alla mina drömmar liksom. För jag vet att jag kan komma dit om jag vill.

I omvärderingen av synen på och relationen till cannabis ser vi att Charlie börjat utveckla en tro på och starkare vilja till att det faktiskt går att genomföra

saker han önskar, sådant som kanske hade skjutits upp på grund av cannabis: "nu vill jag fan göra verklighet av alla mina drömmar". Man kan se det som att skapa en förklarande länk, eller som att finna den röda tråd som förbinder den gamla och den nya relationen till cannabis; det här har hänt på grund av cannabis men det här ska nu hända utan cannabis. Charlie var dock fortsatt bekymrad över sin psykiska ohälsa. Han menade samtidigt att även om han inte mådde bättre direkt när han tog bort cannabis – eftersom man möter sina negativa tankar och känslor – blev det "lättare att hantera saker nykter".

Bara för att jag slutar röka gräs så tror inte jag att jag helt plötsligt du vet, åh nu kommer jag må så jävla mycket bättre. För att man har ju mått som man har mått och därför är man där man är. Men att det är ju lättare att hantera saker nykter tror jag.

Daniel var den enda intervjuperson som både ökade sin användning av cannabis mellan den första och andra intervjun och uttryckte en omvänd förändring i sin relation till cannabis. Vid första intervjun var Daniel drogfri och kände tvivel inför hur väl cannabis egentligen fungerade för hans psykiska bekymmer. Han hade redan då omvärderat relationen till viss del och kände att han behövde ett uppehåll för att "få se vad som händer". Daniel uppfattade dock att "beroendet och jagandet" efter cannabis var de största problemen, det vill säga de ekonomiska och juridiska konsekvenserna, mer än att oron var förknippad med identitets- eller utvecklingsfrågor. Vid den andra intervjun hade han börjat använda cannabis dagligen igen och Daniel var då mer tveksam. Han såg fördelarna med cannabis i att det var ett sätt för honom att få avkoppling från stress. Lite paradoxalt innebär själva användningen samtidigt ökad stress förknippad med anskaffningen och att vara tvungen att "jaga cannabis" och det gav upphov till ångest kring ekonomiska bekymmer och en svårhanterlig känsla av att uppleva sig som missbrukare och fast i drogen.

RT: Hur känns det nu att, att ha ett dagligt bruk igen?

Daniel: Ja jag är jävligt besviken för det kostar en jävla massa pengar och jag mår inte riktigt bra på det [...] mitt välmående skulle bli mycket bättre, jag skulle inte behöva känna mig som en missbrukare heller. [...] det här jävla jagandet du vet va [...] det förstör min vardag, nåt fruktansvärt förstör det min vardag.

Vid den andra intervjun saknade Daniel, av oklar anledning, en behandlare. Han bar på en känsla av misslyckande och upplevde fortfarande att det var krångligt att få hjälp och han var rädd för att bli utsatt för tvång som han förknippade med vården. När

Daniel resonerar kring sin inställning till cannabis, säger han möjligen lite motvilligt och tvetydigt att han ändå inte är helt emot idén om att återuppta kontakten med Behandlingsgruppen.

3.2.5 Den nya självbilden: självreflektion, självförståelse och självacceptans

Alla intervjupersoner upplevde att deras självbilder förändrades, mer eller mindre. Med självbild menas här tankar, idéer och värderingar som en person har om sig själv. Intervjupersonernas självbild fångas upp i tre nära sammankopplade underteman: självreflektion, självförståelse och självacceptans. Det föregående temat avsåg en omvärdering av en mer avgränsad relation till cannabis som till viss del relaterade till en icke önskvärd bild av att vara en missbrukare och den roll cannabis hade spelat för självbilden. Detta tema handlar om mer generella förändringar när det gäller självreflektionsförmåga, självförståelse och självacceptans (vilket här kallas för självbild). Dels handlar det om upplevda processer under behandlingen, dels om upplevda utfall av behandlingen. Det tycks finnas en viss koppling mellan en förändrad självbild och minskad användning av cannabis. De intervjupersoner som fortfarande uttryckte svårigheter med exempelvis självförståelse eller självacceptans vid den andra intervjun var också de som fortfarande använde cannabis vid den andra intervjun. De intervjupersoner å andra sidan som gav uttryck för nya bilder av exempelvis självacceptans var också de som minskade sin användning eller helt slutade med cannabis.

För några klienter framstod processen att reflektera över sina känslor och tankar som viktig för att skapa nya självbilder. Det beskrevs som en process av att lära känna tankar och känslor som hade upplevts som oönskade – svårhanterliga känslor som man tidigare hade blundat för och trängt undan. Denna reflektion utgjorde för vissa klienter en grund för att sedan skapa självförståelse och självacceptans. Viktor hade en bild av att hans användning av cannabis fungerade som en sköld mot negativa känslor, i synnerhet i sociala situationer. I hans fall ser vi att processen att börja reflektera över sin tankar och känslor var viktig för att kunna bygga upp en starkare självkänsla.

Jag har haft och har fortfarande rätt så svårt att acceptera mig själv, både som beroende och som, ja som [Viktor]. Som människa liksom. Jag vet inte vad det är som ligger bakom dom tankarna och känslorna egentligen. Men jag vet ju att dom finns där, och jag vet att, jag vet att jag, när

*jag accepterar dom att **det blir mycket lättare att hantera dom** också. Ja, att dela om dom och att i slutändan kanske släppa taget om dom. Det är ju det som jag vill göra, det är ju det som jag vill kunna åstadkomma med mig själv, att kunna släppa taget om allt det negativa. Och bygga upp en positivitet. (författarnas betoning)*

Vi ser vad Viktor vill "åstadkomma med mig själv", vilket kan ses som ett uttryck för en målbild som kan ha vuxit fram genom självreflektion. Viktor nämnde särskilda verktyg eller övningar från behandlingsamtalen som bidrog till att han började kunna lära känna sina känslor och tankar och bygga upp en positiv självbild. På förslag från hans behandlare gick han också på möten som föreningen Anonyma Narkomaner (NA) ordnat. Han upplevde att besöken på NA blev till ett bra sätt för honom att öva på att "våga känna efter" inför andra. Han beskrev en process där han i början på dessa möten höll sig tyst i bakgrunden för att sedan ta mer plats. De individuella behandlingssamtalen gav stöd till grupsituationen hos NA och hjälpte Viktor att skapa en delvis ny person. De individuella samtalen handlade om honom och "att veta vart jag har mig".

Att veta vart jag har mig själv lite mer. Att ja, tillsammans med [behandlaren] då, reda ut vad jag vill med mitt liv. Vad som är viktigt för mig, och sådär.

Han beskriver att han under behandlingssamtalen får möjlighet att "lägga upp korten på bordet" och ställa frågor, diskutera och reflektera. Vi ser också att dessa frågor ställdes inom ramen för en tillitsfull relation, där man arbetar tillsammans för att hitta "bättre tillämpningssätt" för hur Viktor går vidare med sitt liv.

Ungefär varje session började i princip med, detta och detta har hänt, och herregud, och bla bla bla, bla bla bla, okej okej okej, och så, sen kom vi till, ja, hur skulle det vara om du fortsättningsvis tänkte såhär eller gjorde såhär? Vad hade det kunnat leda till? [...] Det var lite förutsättningen med att komma hit och lägga upp korten på bordet liksom. Och höra vad hon hade att komma med. Som de flesta sessioner i alla fall gick ut på då, att hitta andra vägar, bättre tillämpningssätt för saker och ting.

Även Charlie pratade om vikten av självförståelse och självacceptans för att komma bort från cannabis. För honom handlade det om att få en bättre emotionell balans genom att kunna identifiera och lära sig hantera negativa tankar och känslor som tidigare kunde göra honom "helt passiv". Inte minst handlade det om en förmåga att börja kunna sätta ord på, skilja på och se hur tankar och känslor hänger samman. Han uttryckte att han tidigare inte kunnat

förstå varför hans känslor tog över. I behandlings-samtalen uppfattar han att han fått verktyg som han kan använda för att lägga märke till när negativa tanke-cirkelrar uppstår och de negativa tankarna upplevs ta över.

*Hur jag mår har blivit mycket bättre sen jag började här, mycket bättre, mycket bättre. Och jag märker varje gång jag kommer hit att jag får kunskap som jag direkt kan använda i mitt liv liksom. [...] Jag har ju varit väldigt känslomässigt styrd tror jag. Jag har ju kommit fram till **när man pratar här**, att jag har aldrig riktigt kunnat sätta skillnad på känsla och tanke, liksom att [...] liksom att "okej jag mår dåligt, åh nej jag får inte må dåligt, det är fel att må dåligt", det är liksom såhär mer att "okej jag mår dåligt, jag får göra det". Och liksom nu kan jag göra nåt annat för att försöka må bättre. Men jag fokuserar väldigt mycket vid negativa tankar och sen så förstorar jag dom till den grad att jag blir helt passiv istället eller alltså att jag stänger av på ett sätt liksom. Och lite såhär bara smågrejor, små kunskaper som [behandlaren] ger mig som jag märker att jag kan använda i, alltså i många situationer i livet. (författarnas betoning)*

I stället för att bli förlamad av negativa tankar och känslor så kände Charlie att genom att han talat om känslorna kunde han gå vidare och bygga upp den kraft som behövs för att kunna agera själv och utöva självkontroll: "nu kan jag göra nåt annat för att försöka må bättre". Ur självacceptans föddes en tilltro till den egna förmågan att faktiskt tänka att det var möjligt för honom att må bättre. Charlie gör under intervjun en koppling mellan sin nyfunna självacceptans och "små kunskaper" som han fått av behandlaren. Vid den andra intervjun sade Charlie:

Jag har fått mycket mer koll på mitt känslomässiga liv än vad jag hade innan. Och att försöka vara neutral i det och inte låsa sig fast vid en känsla eller en tanke. Man får lära sig att vara mer accepterande.

Vi såg tidigare hur Daniel hade känt att behandlaren kunde vända negativa tankar om risken för återfall till någonting mer positivt. Till viss del kan detta ses som små steg mot en ny självreflektion. Daniel beskrev ofta nackdelarna med cannabis i termer av yttre anledningar så som ekonomiska problem och att det är olagligt. Han betonade också att huvudanledningen till hans regelbundna användning av cannabis var bristen på arbete, även om han menade att användningen också var ett försök att självmedicinera mot psykiska besvär. Vid den andra intervjun hade arbetssituationen blivit för stressig och han uppfattade att han "tvingades" börja använda cannabis i ökad grad igen. Vi får en bild av ohanterliga och överväldigande tankar och känslor.

Det funkar ju inte att komma hem helt uppgjagad och varva upp ännu mer. Då måste du ha nånting att göra hemma annars spårar det ju ut. Jag vet inte, jag kan inte, det verkar som jag inte kan leva i dagens samhälle utan att röka cannabis. För alltså jag försöker och försöker du vet men jag kan inte stå i kö. Jag kan inte, alltså jag vill inte ha med folk att göra och det, [...] nej, och trafik som är, och folk som du vet dom ringer och dom stressar en. Nej, och utan cannabis så, ja jag blir ju då så kallad manisk alltså. För jag klarar inte av det.

Citatet kan vid en första genomläsning verka lite osammanhängande. Man kan mycket påtagligt uppleva den stress som Daniel upplever på väg hem från jobbet: hans försök att stå i kö, att uppleva rusnings-trafiken och folk som pratar i telefon eller ringer honom. När han blickar tillbaka är han fortfarande mitt i stunden. Det kan tolkas som att han inte kan få distans eller uppnå självförståelse, eller som Charlie säger "att sätta skillnad på känsla och tanke".

Hos Ida ser vi början på processen att reflektera och skapa självförståelse. Hon beskrev under den första intervjun en insikt kring att hon förlorar sin självanalysförmåga "i denna dimma".

Jag känner väl att jag lurar mig själv för jag känner att jag är väldigt liksom, har, tänker på vem är jag och vad vill jag, tänker på livets stora frågor. Men jag känner att jag kommer inte komma fram till nånting om inte jag är klar i huvudet. Hur ska jag hitta mig själv i denna dimma liksom?

Ida gav dock inte uttryck för den bild av självacceptans som vi såg hos Viktor och Charlie. Hon upplevde att behandlingen var för fokuserad på cannabismissbruket och inte handlade om "någonting annat".

Jag kan väl känna på nåt sätt att det, man hade ju kunnat vända dom samtalen till nånting annat, alltså jag vet inte. Förra gången vi träffades så pratade jag om det här med att det kanske skulle varit lite mer, alltså det hade kunnat vara kombinerat typ allmän samtalsterapi. Och hade det varit det hade det liksom mer varit på premissen att vi träffas och pratar om vad som helst. Och inte varit enbart centrerat på mitt cannabismissbruk.

Citatet visar en önskan hos Ida om att utforska någonting mer som hon inte uttryckte direkt. Hon talade om "allmän samtalsterapi" och "vad som helst" i ett försök att beskriva vad hon behövde. Denna önskan kan tolkas som behovet av att arbeta med självacceptans eller att "hitta mig själv" och de existentiella frågor som hon nämnde. Återigen betyder detta inte att Behandlingsgruppen inte erbjuder holistisk psykosocial samtalsbehandling. Det visar dock vikten av att klienter med detta behov uppfattar att möjligheten finns. Utan klientens uppfattning

om denna möjlighet och därmed engagemang i behandlingsidén faller behandlingsmodellen. Citatet ovan exemplifierar hur temat Nya självbilder tar sig uttryck just för Ida. Idén här är inte att bedöma behandlingsutfallet utan att skapa förståelse för behandlingsprocessen ur klientens perspektiv.

Att skapa nya självbilder handlade emellertid inte om existentiella frågor för alla intervjupersoner. För några handlade processen mer om självreflektion och självförståelse i form av ett resonemang med en person man kunde lita på att få ett neutralt men faktamässigt korrekt svar av. Några framhåller ytterligare en dimension som illustrerar hur behandlaren kunde agera för att öppna upp för reflektion och dialog – att inta det trovärdiga vittnets roll. Här handlar det om att få tillgång till en person som kunde agera från någon form av direktkunskap om situationen, motivationen och livsprocessen. Ibland talar man i behandlingssammanhang om att agera som en vikarierande frontallob, eller, om man är mer psykodynamiskt orienterad – som ett slags överjag. En del av denna position som också lyfts fram under intervjuerna handlar om att kunna inta ett slags oppositionell roll där behandlaren ställer kritiska frågor som gör det möjligt att tydliggöra olika uppfattningar och därigenom reflektion. Behandlaren skulle i de här fallen kunna betraktas som en "antonym". Till skillnad från en synonym kan man se antonymen som motpol, som här kan relatera till klientens egna funderingar, bekymmer och frågor och på så sätt ge dynamik och spänning i sökandet. Det är dels någon som kan vittna om och reflektera över det som klienten går igenom, dels någon som kan ställa motfrågor för att öppna upp för klienten att tänka fritt. Till skillnad från att enbart stå för vissa värderingar där man exempelvis tar avstånd från cannabis, menar vi att antonymen här måste ha stor förmåga att bli insläppt och få tillåtelse att ställa de frågor som kan leda till kritisk självreflektion. Det är således en möjlig position inom ramen för en arbetsallians som förutsätter att en sådan har skapats. Som Andersen menar kan det handla om att göra sig tillräckligt lik för att bli tagen i anspråk i en förändring och tillräckligt olik för att faktisk kunna medverka till en skillnad som gör skillnad (Andersen, 1991). För Glenn betydde självreflektion att kunna diskutera med sin antonym, någon som kunde "prata emot mig" och "ifrågasätta mina egna värderingar".

[Behandlaren] kunde fråga mig liksom och jag kunde säga till honom "ja, jag älskar cannabisen" säger jag va, förstår du? Och jag fick säga det till honom va. Och han sa såhär "men du vet, det är ingen annan i samhället som

kan gå omkring och röka cannabis och må bra liksom, så som du gör" [...] Det är liksom mycket det, det handlar om liksom sådär va, för att jag har ju haft det som en sorts flykt och ventil då va. Och det var skönt att få prata ur sig om allt det här va. Och mycket utav mina konflikter som jag hade liksom, dom kunde han motsätta sig eller liksom och prata emot mig och fråga, ställa frågor som gjorde att jag liksom kanske ifrågasatte mina egna liksom värderingar va, förstår du? Det är liksom dom reflektionerna som man liksom behöver i det här, man är ganska ensam liksom i den här situationen.

Att Glenn "fick säga det" – att han älskar cannabis – kan uppfattas som en ingång till den självanalyserande dialogen i behandlingen. Genom denna diskussion uppfattade Glenn att cannabis varit som "en sorts flykt och ventil". I Glenns situation – där han kände att det inte gick att diskutera cannabis – var motfrågorna ett sätt för honom att analysera egna värderingar och ageranden. Han beskrev behandlaren som en representant för samhället, någon som han visserligen kunde prata fritt inför men som också kunde hjälpa honom att få nya synvinklar på sig själv.

Vi ser antonym-funktionen vid självreflektion genom behandling också hos Robin. Robin uttryckte att behandlingen inte gav "särskilt mycket" och att behandling inte var det viktiga i hans försök att ta itu med sin användning av cannabis. Han betonade den egna viljan, att han hade kommit igång själv och att "det är ett uppehåll bara som krävs". Men under den andra intervjun gav han samtidigt uttryck för uppfattningar som att "jag gick hit mer för att jag behövde gå hit". Dels syftar Robin på känslan att han tvingades vara med i systemet, dels kan detta tolkas mot bakgrund av den funktion som behandling spelade för honom. Vid första intervjun upplevde Robin behandling som en resurs för exempelvis motivation, då han kände att han fick "ingen respons" hemifrån.

Robin: Jag kan inte liksom säga till nån hemma "ja nu har jag inte rökt på så länge", dom ser ingen big deal i det, eller förstår du vad jag menar?

RT: Ja.

Robin: Jag får ingen respons hemifrån. Ingen cred eller vad ska man säga.

RT: Jaja, ingen

Robin: Ingen props för det jag gör.

RT. Ingen positiv uppmuntran?

Robin: Nej exakt, men när jag kunde komma hit två gånger i veckan och säga "jag har fan inte rökt nåt", och då "fan vad bra" eller, ja. Så det hjälper det faktiskt med, det, det har jag inte tänkt på men det är så.

Vi kan se i det här citatet hur intervjuaren och intervjupersonen försöker förstå varandra, men också hur intervjupersonen just under intervjun skapar förståelse för den roll som behandlingen spelade: "det har jag inte tänkt på". Det handlar om att behandlaren fyllde en stödfunktion och skapade utrymme för Robin att reflektera över sina framsteg i form av sitt uppehåll, även om Robin uppfattade detta mer direkt som att höra att någon annan säger "fan vad bra". Vi kan förstå hans egen vilja att klara av att göra ett uppehåll mot bakgrund av den struktur som behandlingen verkar ha bidragit med i form av positiv uppmuntran eller "cred" för de framsteg som Robin gjort.

För Linus var antonymfunktionen också ett viktigt inslag i självreflektion och självförståelse. För honom handlade det både om att ha någon utomstående att prata med och någon som kunde vittna om hans försök att sluta och framsteg längs med vägen. I den första intervjun pratade han om tidigare försök att avsluta på egen hand. Frånvaron av ett externt vittne eller någon "som kunde döma mig" uppfattades vara anledningen till att han misslyckades.

Då var det egentligen bara jag själv som kunde sätta press på mig också att sluta faktiskt. Det var ingen, om jag sa dag ett att "nu ska jag sluta röka", och men sen dag tre så rökte jag igen, det var ingen som fanns där som kunde döma mig liksom eller sa till mig att "vad, du sa ju att du skulle sluta" liksom och sådär, så det, det var väldigt lätt att skita i det liksom.

Den externa personen skulle påminna om eller hålla honom på rätt kurs. Att ha en utomstående person som var neutral men "insatt i ämnet" och som han kände förtroende för, utgjorde en struktur som bidrog till att Linus kunde förverkliga sin önskan att sluta med cannabis. Det var dock inte själva preparatkunskapen om cannabis som var det viktiga för Linus utan att han kunde få stöd i att prata om allmänna problem och hur han skulle agera i sin vardag.

För mig handlar det mycket om just att jag behövde nån att prata med, nån som stod utanför allt detta. Jag behövde prata med nån om dom här allmänproblemen, nån som inte kände mig, ja det slutgiltiga är ju att liksom ja jag vill sluta med detta [...] jag behövde prata med nån och få tips på, ja, hur jag ska agera i min vardag [...] jag behövde prata med en, ja, myndighetsperson om man vill kalla det det liksom. Eller nån som åtminstone är insatt i ämnet. Men ja, som jag sa liksom, som jag inte känner liksom och nån jag kunde prata med och va helt neutral med.

Det var inte heller så att Linus kände sig tvungen att komma fram till nya, djupa självinsikter under be-

handlingen. Snarare upplevde han att han behövde som han säger "komma över en viss tröskel", vilket handlade om oron över om han skulle klara av att sluta, efter tidigare misslyckade försök. Behandlingen fungerade som stödfunktion och Linus upplevde att han fick en ny tilltro till sig själv och att "det här fixar jag nu".

Linus: Jag behövde komma över en viss tröskel och det gjorde jag ganska snabbt kände jag. Jag kände att alla mötena gjorde nytta om man säger så, men ja, jag hade kunnat skipa dom tre sista liksom. Det hade inte gjort nåt.

RT: Hur visste du när du hade kommit över den psykiska tröskeln som du nämnde? Kan du beskriva?

Linus: Det var väl att jag hade kommit, jag hade väl helt enkelt kommit till en punkt när jag förstod liksom att nej men det här fixar jag, nu, jag vet varför jag gör det, det är inte jobbigt fysiskt längre, det är inte jobbigt psykiskt längre. Jag hade väl kommit på i alla fall dom viktiga pusselbitarna liksom i vad jag behövde göra för att få mitt liv att funka så som jag ville.

Han uppfattade att han hade hittat de "viktiga pusselbitarna" för att få livet att fungera. Det ger en bild av att en ny självförståelse hade skapats. Vi ser inte samma uttryck kring självacceptans som hos de andra intervjupersonerna men Linus uttryckte inte heller att cannabis fyllde en stark eller multifacetterad sköldfunktion för honom. I hans fall kan man se att det inte nödvändigtvis är behandling som uppfattas ge svaren på vad man behöver göra. Istället fungerade behandlingen mer som en stödfunktion för hans försök att sluta, vilket stärkte hans tilltro till sin egen förmåga att komma över "tröskeln".

3.2.6 Att (om)skapa livet: relationer, sysselsättning och ett ordinärt liv kontra tomheten

Samtliga intervjupersoner talade om betydelsen av livet utanför behandlingsrummet för processen att ta itu med användningen av cannabis. Det handlade först och främst om relationer, både till vänner och familj, men också om arbete eller studier. För några intervjupersoner handlade det om att omskapa eller omförhandla relationer, särskilt när det gällde att skapa en ny drogfri(are) identitet. Några intervjupersoner gav också uttryck för ambitionen att satsa på "ett ordinärt liv", det vill säga att uppnå acceptans och att vara nöjd med ett liv utan cannabis. Det fanns emellertid också några intervjupersoner som kände att livet efter cannabis inte hade kommit igång eller inte var så lockande; de var inte nöjda med det or-

dinära utan uppfattade en tomhet. Tomheten blev en anledning till att återuppta eller till och med öka användningen av cannabis.

Några klienter betonade vikten av **familjerelationer** i sina försök att ta itu med cannabis. De flesta uttryckte att familjen inte utgjorde ett så stort stöd i början av processen. Det kunde bero på att man tidigare hemlighållit saker eller en upplevd skam kring att vara "missbrukare", särskilt i relation till sina föräldrar. Däremot kände många en stor stolthet inför familjen när behandlingen hade kommit igång. Att omskapa relationer handlade exempelvis för Charlie i hög utsträckning om att uppnå en känsla av vuxenhet och få ökad acceptans inom familjen. Han hade tidigare känt att hans cannabisanvändning hade skadat familjen, och att han hade distanserat sig från dem. Charlie kopplade detta i hög utsträckning till låg självkänsla: "jag har inte varit nöjd med den personen jag är"

Charlie: Jag medvetet har distanserat mig från människor, speciellt min familj för att jag har inte, vad ska man säga, jag har inte varit nöjd med den personen jag är och då är det ingenting jag vill visa upp för dom liksom. Så därför har jag istället tagit en distans.

RT: Hur har det varit, när det gäller relationen med din familj, dom senaste typ tre-fyra månaderna?

Charlie: Det har varit blivit lite bättre faktiskt, sådär, för att nu har det börjat hända saker i mitt liv jag är stolt över. Annars så har det alltid varit samma frågor "hur är det nu?", "jag har inget jobb", "ja, du är si och så", [...] när dom har frågat så har man typ blivit arg liksom istället. För att man vet att dom har mycket rätt i det dom säger liksom, så blir man ändå, man blir som en pubertal femtonåring liksom och bara "nej, nej, nej" så.

Charlie talar här om en ny känslomässig vuxenhet inför familjen; att han inte bara blir arg eller "som en pubertal femtonåring". Vi såg tidigare hur han uppfattade att han hade en bättre emotionell balans. Han talade också om en stolthet över att betraktas som vuxen inför familjen och ha ett "liv jag är stolt över", att han exempelvis har ett jobb. Familjearenan blir ett socialt sammanhang för Charlie där han kan öva på sin växande självkänsla. Samtidigt som familjekontexten blir mer stödjande minskar antagligen hans känslor av isolering från familjen och skammen över att ha skadat dem. Det skapade också positiva förutsättningar för att reparera relationer som verkade viktiga till Charlie. Glenn, som också talade om förbättringar i familjekontexten, betraktade dessa mer som ett utfall av att han hade dragit ner både på cannabis men också på krogbesök.

Jag är ju hemma mycket mer va, med min familj alltså. Det är jag, och jag dricker liksom mindre och jag röker mindre. [...] jag vågar liksom inte riktigt det för det kan bli för mycket för familjen liksom va, du vet. Det blir för mycket konsekvenser liksom utav det va. Att man kommer hem sent och att man är liksom trött och kass på morgonen efter och såna grejer va så att [...] jag är betydligt liksom mer närvarande hemma och i familjen och sånt, mer närvarande antagligen överhuvudtaget.

Glenn levde med känslan att samhället skulle döma honom vid en upptäckt, och var också medveten om att hans fru bar på samma rädsla. Det blev för honom en avvägning mellan det positiva han upplevde med cannabis och konsekvenserna för familjen. Förutom rädslan och skammen förknippad med ett avslöjande, ville han undvika negativa konsekvenser av ekonomisk art och i form av att han inte riktigt var "närvarande", fysiskt såväl som psykiskt. Ett ökat "närvarande" hemma, utan att känna sig "trött och kass", kan förstås som positivt både för Glenn och hans familj. Att omskapa familjerelationer blir för Charlie och Glenn såväl som för andra klienter, en del av att skapa ett nytt liv.

För andra intervjupersoner var omskapandet eller omförhandlandet av **vänkskapsrelationer** det viktiga. I synnerhet gällde detta hur man förhandlade fram den nya drogfria identiteten bland vänner som var vana vid att man rökte cannabis. Linus upplevde att hans sociala nätverk kretsade mycket kring cannabis. Han beskrev också en initial rädsla inför att sluta med cannabis om det skulle innebära att han också skulle förlora sina vänner. Det resulterade i en process som började med att våga ställa krav på vännerna, exempelvis att de inte skulle röka hemma hos honom. I början valde han också bort en del situationer där han kände att han inte kunde motstå cannabis. Nästa fas blev ett slags ömsesidigt utforskande av den nya relationen, där några vänner försvann. Några av dessa kom senare tillbaka, då de hittat andra "sätt att umgås på i alla fall" när de insåg att de hade "mer gemensamt än vad man trodde" – alltså mer än det som relaterade till cannabis.

Det är ju några som jag har tappat kontakten med helt liksom, som jag inte såhär att man är ovän med, men ändå liksom som man har glidit ifrån. Sen är det vissa som i början valde att höra av sig mindre, men som ändå liksom har, ja på nåt sätt då kommit tillbaka litegrann och så har man hittat ett sätt att umgås på i alla fall. [...] Visst man har haft kanske rökningen som den stora grejen i umgänget, men så att man har kommit på att nej men vi har nog kanske lite mer gemensamt än vad man, vad man trodde liksom, även med andra fritidsintressen och sådär också.

Linus hittade ett sätt att våga stå på sig för att sedan omförhandla sina sociala relationer, han lyckades avstå från cannabis även i situationer där drogen fanns tillgänglig. Vid uppföljning över ett år senare var Linus fortfarande drogfri. Viktor kände oro och rädsla inför den nya sociala identiteten utan cannabis. Han beskrev att han kunde vara rädd för att andra inte skulle acceptera honom, och att han då inte skulle kunna dämpa den rädslan utan cannabis. Här beskriver han en situation på en praktikplats:

De var ju jättetrevliga allihopa, men det var ju just det här att jag inte vågade ta min plats, helt enkelt. Att jag trodde att de skulle se ner på mig ifall jag öppnade munnen på fel sätt och sådär. Så att det var ju det stora problemet [...] Det grundar sig i rädsla. Rädsla för att inte passa in, eller att bli utpekad och utskrattad och allt sånt där då.

Viktor ger här uttryck för låg självkänsla och självacceptans, någonting som han hade jobbat en hel del med under behandlingen – med ett positivt resultat. Ett mått på behandlingens effekt på honom kan ses i hans förmåga att stå ut med den sociala situationen på praktikplatsen och att kunna reflektera över sina känslor. För Viktor innebar dock ett omskapande av sociala relationer ett skifte mellan två världar – de gamla vännerna som använde cannabis och en ny, splittrad social arena. Viktors erfarenhet var att det inte gick att hålla kontakt med gamla vänner, eftersom det var då han fick återfall.

Jag hade kvar kontakten med två kompisar, två gamla kompisar, som jag träffade varje gång jag tog ett återfall. Men idag så har jag inte kontakt med nån, ja det är ju gamla barndomsvänner och sånt som inte använder som jag fortfarande har kontakt med och träffar. Ja, inte så ofta visserligen, som jag kanske hade velat, men, ja, som jag fortfarande har kontakten med då i alla fall. [...] Men sen är det ju, ja, det är ju framför allt genom NA som jag känner att jag har fått ett nytt kontaktnätverk och sådär då, och dels skolan då.

Han beskriver också svårigheterna med att skapa nya sociala relationer med barndomsvänner – ”inte så ofta visserligen som jag kanske hade velat”. Han ger även en bild av en splittrad arena eller några begynnande, framväxande arenor med nya sociala nätverk på både NA och på skolan. I synnerhet blev NA ett viktigt socialt nät för Viktor i sitt omskapande av livet.

Utmaningen att skapa en ny bild av sin sociala identitet, vem man är bland andra, var också påtaglig för Robin. Han fortsatte umgås med sina gamla vänner som använde cannabis, vilket medförde ett behov av att skapa en ny bild av sig själv; vem var

han bland andra utan cannabis? Här talar han om en kväll när han gick hem tidigt, vilket var ett ovanligt för honom:

Då blir det ju änna ”varför kan inte jag vara som dem?” tänker jag då. Fast sen får man ju höra dagen efter att då har det ju spårat ur för dem. Och dom bara ”ja det var bra att, det var tur att du gick hem tidigt” änna.

Här skymtar en självbild i förändring. När han gick hem kände han tvivel kring den egna identiteten och om han fortfarande tillhörde gruppen – ”varför kan inte jag vara som dem?”. Men sedan framträder bilden av att ha gjort det kloka valet inte bara utifrån sina egna tankar utan också utifrån hur vännerna tänker. Den nya sociala identiteten börjar få en slags acceptans utifrån. Vi ser samma process som med Linus, att klienten vågar ta ett steg ut i en mellanzon för att upptäcka nya sidor i sina sociala relationer.

Vikten av sysselsättning i form av arbete eller studier lyftes fram av några intervjupersoner. För vissa handlade detta om att känna stolthet över att ha kommit igång med arbete eller studier. Vi såg tidigare att många klienter upplevde bekymmer kring sin utveckling och att livet kändes som om det var på paus. I Viktors fall var det så att han kände en glädje i att gå till sin utbildning utan att vara påverkad. Han byggde upp sin självkänsla genom att lyckas med de saker som hade orsakat stress när livet sköts upp.

Nu så håller jag på att gå ut skolan. Jag håller på med mitt examensarbete liksom, och det hade ju aldrig funkat.

Genom vetenskapen om att han inte skulle ha klarat av sitt examensarbete om han samtidigt använde cannabis får han känslan av att ha gjort rätt val när han tog itu med sitt cannabisbruk. I Charlies fall utgjorde jobbet också en del i att skapa en mer positiv självbild, särskilt inför familjen. Det handlade inte bara om att ha ett jobb vilket som helst, utan att ha ett jobb där Charlie kände sig bekväm och accepterad. Det visar på vikten av rätt arbetsmiljö, särskilt för en person med erfarenhet av både missbruksproblematik och psykisk ohälsa. För Charlie verkade det vara viktigt att kraven inte var så höga – ”det är rätt fritt”, ”jag måste inte vara där varje dag” – men också att ha en känsla av att vara accepterad: ”dom vet om, dom känner mig”.

Och sen att det är rätt fritt liksom [...] Och sen finns det ju mycket, alltså mycket dötid man kan göra annat på om man vill, det är inte så att jag måste vara där varje dag, hela tiden. Om det skulle behövas och dom vet om, dom känner mig liksom. Så om det är nånting nån dag, att inte jag mår bra eller att inte jag orkar så behöver jag inte skämmas över det, sådär.

Han uppfattar att "om det skulle behövas" kan han antagligen ta egen tid eller var öppen och ärlig och "inte skämmas". Det ger en bild av en förstående arbetsmiljö som känner till hans problem och bidrar till att Charlie kan skapa ett nytt liv.

Vi såg tidigare att Daniel hade upplevt en motsatt situation på jobbet. I Daniels värld var det jobbet som hade "tvingat" honom till ett läge där en daglig användning av cannabis var den enda lösningen. Men samtidigt betonade Daniel arbetet som vägen ut ur missbruket. På samma sätt som Charlie hade Daniel innan sin anställning haft en praktikplats med kollegor som kände till honom. Under praktiken använde Daniel inte cannabis, delvis av respekt för sina kollegor som hade "stor förståelse" för honom.

Då hade jag inte rökt där dom där tre månaderna på den där [firman], och där funkade det bra men där hade dom ju väldigt hög stor förståelse för mig också då. Jag fick göra mitt jobb alltså vad jag ville om man säger, och dom stressade inte på mig nåt särskilt och det var jävligt trevligt där så. [...] Jag kände väl lite press att inte röka cannabis för att dom grabbarna som äger stället, de är gamla kamrater, dom accepterar inte droger då va. Jag ville ju inte göra dom besvikna heller liksom, jag ska ju inte behöva ljuga för mina kamrater änna va, så att ju mer, det gjorde väl det hela lite enklare. (författarnas betoning)

Citatet illustrerar hur viktiga rätt arbetsplats och rätt arbetsrelationer kan vara för att skapa det nya livet. Yrkes stoltheten är något som också kan ses som väldigt viktig för Daniel, då han länge hade velat slutföra en tidigare utbildning. Vi ser också hur att han kände sig respekterad på arbetsplatsen och respekt inför kollegorna skapade ett sammanhang där han kunde båda trivas och vara drogfri. Tiden på praktikplatsen stod i bjärt kontrast till när han kom in i arbetslivet på riktigt och situationen blev för stressig, vilket medförde att han återgick till att dagligen använda cannabis. Under praktikperioden kände han framtidshopp och stolthet inför det nya livet.

Det kändes väl bra där som steg in i arbetslivet och en uppvärmning då för det här [ny anställning] som kom också då va, så det kom ju lägligt där och jag har fått, jag är ju färdigutbildad [yrkesprofession] nu.

Yrkes stoltheten och framtidshopp kopplat till arbete var för Daniel centralt för att kunna skapa ett liv utan cannabis, även om han hade svårt att hantera den stressiga miljön vid den första anställningen. Vid den uppföljande intervjun med Daniel över ett år senare hade han fått ett nytt jobb där han trivdes mycket bättre. Han hade då minskat sin cannabisanvändning till en dag i veckan.

Några klienter som hade lyckats minska sin användning av eller helt sluta med cannabis lyfte fram ett undertema som handlade om att de hade satsat på och/eller kände sig nöjda med **ett ordinärt liv**. Det handlade om en övergripande acceptans och belåtenhet med att tillbringa en stor del av fritiden med rutinsaker som att handla, städa, betala räkningar och så vidare. För Viktor rörde detta sig om hans växande självförtroende och en process av att "ta ansvar för mina handlingar".

Det är nånting som jag fortfarande känner att jag har lite svårt med, det är just den här ansvarsbiten då, att ta ansvar för mina handlingar och för vad jag behöver göra, helt enkelt. Tänker ju bara enklare saker som att gå ner och handla frukost. Eller betala räkningar och hela den biten liksom. Där jag känner att förändringen ligger. Det är väl främst min självkänsla då tror jag, att jag känner mer och mer hela tiden att jag duger och faktiskt börjar älska mig själv lite mer för varje dag.

Att vara nöjd med att utföra rutinsysslor verkar göra Viktor belåten med livet och bidra till en positiv självkänsla. Charlie hade på sin fritid utökat sitt intresse för musik, vilket han beskrev som ett viktigt uttryck för sina känslor. Vid sidan om detta beskrev han också detta fokus på det ordinarie.

Jag har försökt hålla på mycket med musik alltså, det har varit min sådär, i alla fall en eller två gånger i veckan, och sen försöka alltså spela då. Sen så har det väl varit, jag vet inte, fokusera på annat, att man har nånting att göra, fixa ordning lägenheten, alltså ta hand, du vet ge sin hund mer fokus än vad man gjort innan [...] det är väl mycket det, och såhär bara haft strategier hur jag ska göra för att inte hamna där jag har varit liksom.

För Charlie var fokus på det ordinarie ett sätt att motverka "att inte hamna där jag har varit". Att acceptera eller känna sig nöjd med rutiner och vardag verkar vara en del av ett val mellan det gamla och det nya livet. Linus, liksom Charlie och Viktor, hade upplevelsen innan behandlingen att hans liv hade stannat upp. För honom innebar också valet av det ordinarie livet att han aktivt valde bort ett liv på paus.

Man hittar andra saker att göra liksom. Innan när jag kom hem från jobbet och så, då satte man ju sig bara under fläkten liksom och sen lyssnade på musik eller kollade på nån film eller nånting och sen så var den dagen över. Men det har liksom, det, ja, maten, umgänget, träning, fixa saker i lägenheten som behövs fixas. Man gör ärenden som man behöver göra, man skjuter inte upp saker som att gå och handla mat eller fixa sånt som behövs fixas.

Linus beskriver ett visst avståndstagande från det tidigare livet – "då satte man ju sig bara under fläk-

ten”. Det är inte det att Linus beskriver det nya livet i färgrika, lockande termer. I stället får vi en bild av det ordinära, rutiner och en underliggande känsla av att vara nöjd med att man inte ”skjuter upp saker” som förr. Det var dels en känsla av att vara till freds med det ordinära som saknades i Idas försök att skapa om livet utan cannabis. För henne var känslan av **tomhet** utan cannabis påtaglig redan vid första intervjun.

RT: Hur, vad gör du som typ, på din fritid nu?

Ida: För lite skulle jag säga. För lite, det finns ju ett tomrum där att fylla [...] Så att nu behöver jag nåt nytt att mata hjärnan med liksom. För det var, det var min hjärnföda på nåt sätt, fast dödföda verkligen. [...] Mitt främsta mål är ju att hitta nånting annat i livet. Jag vill i alla fall, jag vill kunna vara lycklig och glad och trivas med mitt liv utan att gräs ska behöva vara en del av det.

Ida ger uttryck för en känsla av tomhet både intellektuellt – någonting att ”mata hjärnan” – och emotionellt: ”jag vill i alla fall, jag vill kunna vara lycklig [...] utan gräs”. Det finns en undermening som kan tolkas som att hon inte riktigt vet hur hon kan vara lycklig utan cannabis. Det ger en bild av anhedoni (svårigheter med att njuta av livet) kontra hedoni där

njutning och tillfredsställelse kommer från cannabis. I stället för att känna belåtenhet med det ordinära i livet bidrar vardagen till en avskräckande känsla av tomhet och en mörk bild av sig själv utan cannabis. Vid uppföljningen över ett år efter den andra intervjun hade Ida återgått till en nästan daglig användning av cannabis.

3.2.7 Spridning av temana bland intervjupersonerna

Hittills har presentationen av resultaten handlat om att utforska teman och underteman på en individuell nivå, i det upplevda livet. I en sådan tematisk redovisning blir den individuella berättelsen till viss del uppdelad och det kan vara svårt att hålla i minnet vilka teman som hörde ihop med vilka personer. Därför finns en sammanfattning i tabell 4 som visar hur temana spred sig bland intervjupersonerna.

Dessa teman återfanns även i matrisanalysen (Framework Analysis) som gjordes med de tio andra intervjupersonerna. Trots att det alltid finns nya unika detaljer i den enskildes berättelse fungerade temana väl som ett sätt att förstå dessa klienters upplevelser av behandlingsprocessen.

Tabell 4 – Spridning avseende temana bland intervjupersonerna

	Rädslan för avslöjandets konsekvenser	Cannabis som en sköld	Att bli sedd för den man är	Omvärdering av relation till cannabis	Nya självbilder	Att (om)ska livet	Minskad användning av cannabis
Glenn	Ja	Till mindre del	Ja	Ja	Ja	Ja, familjen och relationer	Nej, men låg från början
Daniel	Ja	Ja, till stor del	Ja	Till mindre del	Nej	Behov av arbete	Nej
Lisa	Ja	Ja, till stor del	Ja	Ja	Ja	Till viss del	Nej
Robin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, arbete, familjen och relationer	Ja
Linus	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja, relationer	Ja
Charlie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, arbete och familjen	Ja
Ida	Ja	Ja	Ja	Ja	Till viss del	Svårigheten med tomheten	Nej
Viktor	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Studier, familjen och relationer	Ja

3.3 Behandlingsutfall

Det här avsnittet handlar om utfallet av behandlingen baserat på de enkäter som klienterna fyllde i, det vill säga det blir en kvantitativ indikation på om klienterna exempelvis förändrat sin användning av narkotika. Här redovisas både kortsiktiga utfall, där indikatorer från avstämningssenkäterna används och slutliga utfall med stöd från utskrivningssenkäterna. Det handlar om sådana utfall som nämndes i behandlingsmodellen när den undersöktes. Syftet är att med kvantitativa mått diskutera behandlingsmodellens kapacitet. Med andra ord ligger fokus huvudsakligen på att beskriva om ett förväntat utfall uppnåddes. I de fall kopplingar görs till behandlingsmodellen handlar det om att beskriva en kontext och tillhandahålla en analysram för hur resultaten kan tolkas. Analysen begränsas dock av den relativt begränsade undersökningsgruppen, samt av att många personer avslutade behandlingen oplanerat. Det är i och för sig en liten grupp, 21 utskrivningssenkäter, men antalet personer som genomgick behandling med planerat avslut var totalt 27 stycken. Man kan därför konstatera att studien har en ganska god (74 %) täckning av gruppen med planerat avslut – alltså om behandlingen genomförs som planerat så framkommer utfallet av behandling i stort.

Ett mycket större urval skulle dock behövas för att kunna diskutera mer precisa effekter och för att undersöka hur olika faktorer samspelar. Utifrån en "realistisk" utvärderingsmodell (Pawson och Tilley, 1997) skulle man ha kunnat titta på olika förväntade utfall för de olika klientundergrupperna i behandlingsmodellen. Vi har sett i tidigare avsnitt att klientgruppen varierar stort när det gäller bakgrundsfaktorer, hur man tar till sig behandlingen och vilka förändringsprocesser man genomgår under behandlingen. Klienterna har också olika mål med behandlingen, där några vill få kontroll på användningen medan andra redan är drogfria och vill minska risken för återfall. En bedömning av utfall för olika undergrupper blev omöjlig på grund av att undersökningsgruppen i studien blev för liten. Man bör samtidigt ha i åtanke att det därmed finns en kunskapslucka vad gäller undergrupperna. Resultaten som presenteras här blir nödvändigtvis en förenkling av utfallet där olika faktorer undersöks var och en för sig. Frågor om hur faktorer samspelar för ett visst utfall går inte att analysera här.⁴³ I en analys av statistisk styrka framkommer att skillnader i utfall (exempelvis mellan inskrivning och utskrivning) måste vara

minst 30 procentenheter för att det ska vara möjligt att uppnå signifikans med befintligt urval. Slutligen är det viktigt att notera att det är självrapporterade uppgifter som ligger till grund för resultaten. Detta skulle kunna innebära snedvridningar i relation till verkliga förhållanden. För att höja tillförlitligheten i uppgifterna är det rent allmänt bra att ha kompletterande datakällor, exempelvis såväl självrapporterad droganvändning som urinprov, men detta har inte varit möjligt i den här studien.

Kortsiktiga respektive slutliga utfall presenteras i separata avsnitt. Kortsiktiga utfall undersöks utifrån avstämningssenkäterna, medan slutliga utfall undersöks utifrån utskrivningssenkäterna.

3.3.1 Kortsiktiga utfall (efter tio veckors behandling)

Avstämningssenkäten fylldes i cirka tio veckor efter inskrivningssenkäten. 31 klienter (52 %) fyllde i enkäten. Detta antal innebär att skillnader mellan inskrivning och avstämning behöver vara cirka 25 procentenheter för att bedömas som statistiskt signifikanta. Avstämningssenkäten var en mycket kortare enkät än inskrivnings- och utskrivningssenkäterna. Syftet var att fånga upp kortsiktiga förändringar som det fanns förväntningar på genom behandlingsmodellen. Förändringar i droganvändning, attityder och kognitiva förbättringar, förändrings- och framtidsstro, relationen till behandlaren och den sociala situationen efterfrågades.

Droganvändning

Andelen klienter som var oroade över sin droganvändning minskade från 58 % (n=18) som vid inskrivning var väldigt mycket eller mycket oroade till 13 % (n=4) vid avstämningen. Medianvärdet gick ner från 4 till 2,5 på en skala 1–5 där 5 betyder väldigt mycket oroad.⁴⁴ Detta resultat stödjer därmed idén i behandlingsmodellen att klienter ska kunna känna en lättnad över att ha kommit till mottagningen och över att behandling har kommit igång. Primärdrogen för gruppen var fortfarande cannabis, men nu för en betydligt mindre andel: 45 % av klienterna (n=14) jämfört med 87 % (n=27) vid inskrivningen. Det är samtidigt intressant att antalet klienter som angav alkohol som sin primärdrog vid avstämningen stigit med tre klienter till 13 % (n=4). Det kan tyda på att en del gått över till alkohol, men också att efter ett tidigare blandmissbruk av alkohol och cannabis, kvarstod enbart alkohol. Vad gäller en sekundär drog var vid inskrivning amfetamin den van-

43. Återigen är detta ett för litet underlag att köra multivariata analyser på.

44. Wilcoxon Signed Ranks Test $p=.001$.

ligaste sekundärdrogen, även om den siffran endast rörde sex personer (10%). Överhuvudtaget ser man väldigt låga siffror när det gäller användning av sekundära droger vid avstämningen, exempelvis var de högsta siffrorna för sekundär drog endast två klienter (6,5%) som använde kokain. Det innebär en generell minskning av drogintag, oavsett drog.

Nästan två tredjedelar av klienterna (n=18/28, 64%)⁴⁵ minskade sin användning av cannabis i någon mån mellan inskrivning och avstämning. Andelen som inte ändrade sitt intag var 36% (n=10). Den grupp som inte ändrade sitt intag bestod dock både av klienter som inte använde cannabis vid inskrivning och klienter som använde drogen dagligen. Fem av dessa tio klienter hade behandlingsmålet "att sluta helt med cannabis". Den genomsnittliga användningen (medianvärdet) under de senaste 30 dagarna minskade från fyra till ett på en skala 0–5

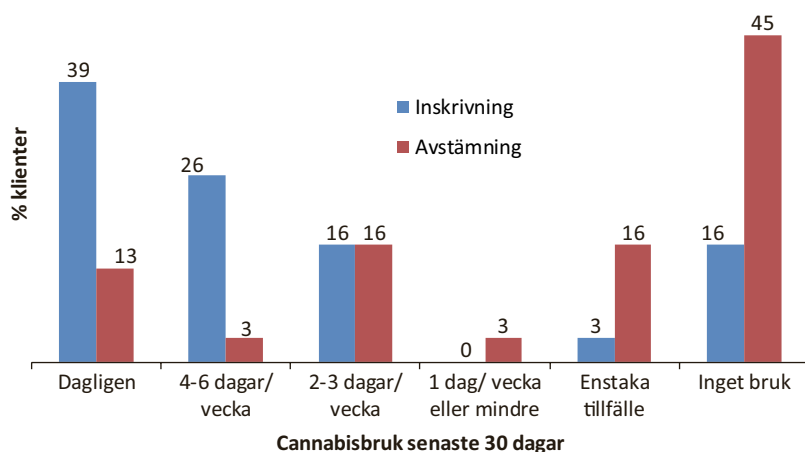
där fem betyder dagligt användning och noll betyder ingen användning. Detta resultat var statistiskt signifikant.⁴⁶ Antalet klienter som använde cannabis dagligen vid inskrivning minskade med 26 procentenheter från 39% (n=12) till 13% (n=4). Antalet klienter som använde cannabis 4–6 dagar i veckan minskade från 26% (n=8) till 3% (n=1). Figur 29 visar självrapporterad användning av cannabis vid inskrivning respektive avstämning.

Man ser också att antalet klienter som inte använde cannabis alls ökade med 29 procentenheter från 16% (n=5) till 45% (n=14).⁴⁷ Detta kan förklaras av ett skifte från hög till lägre användningsfrekvens.

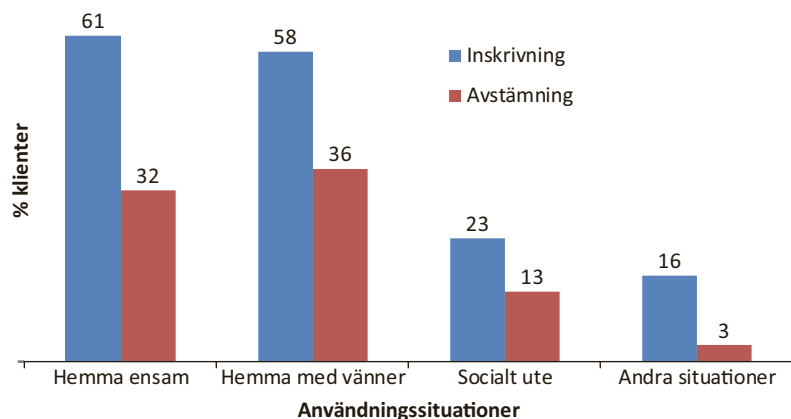
Att befinna sig i situationer där cannabis används kan utgöra ett hinder för att komma ifrån drogen. Medan en minskning av användningen i alla situationer är målet, kan en fortsatt användning eller en

mindre reduktion i en viss situation vara intressant ur ett behandlingsperspektiv. Med andra ord i vilka situationer reducerar inte klienterna sin användning? Användningen ensam hemma, vilket var den vanligaste situationen vid inskrivningen, minskade från 61% (n=19) till 32% (n=10). Man såg en liknande reduktion vad gäller användning hemma med vänner – från 58% (n=18) till 36% (n=11). Däremot fanns inte en lika stor minskning i fråga om användning ute i sociala sammanhang. Här var skillnaden mellan inskrivning och avstämning bara 10 procentenheter, från 23% (n=7) till 13% (n=4). Det kan bero på att det är lättare att ha kontroll över hemsituationer, där man exempelvis kan bestämma själv över att använda cannabis (eller själv välja att inte vara hemma hos andra eller ute tillsammans med andra). Om man inte har förändrat sitt sociala nätverk så kan handlingsutrymmet i sociala situationer, där man kanske är lika lockad av gemenskapen som av drogen, vara litet och det kan vara svårt att välja bort cannabis. Figur 30 visar användning av cannabis i olika situationer.

Figur 29 – Cannabisbruk under de senaste 30 dagarna



Figur 30 – Användning av cannabis i olika situationer vid inskrivning och avstämning



45. Tre svar saknades i denna beräkning.

46. Wilcoxon Signed Ranks Test $P < .001$.

47. Notera att svar saknades i avstämningssenkäterna.

I behandlingsmodellen finns också en förväntan om att sättet eller anledningen/arna till att man använder cannabis börjar förändras under de första månadernas behandling. Vid inskrivning var den primära anledningen till att använda drogen att lindra obehag eller stresskänslor (n=23, 74 %). Andelen klienten som uppgav denna anledning sjönk med 19 procentenheter till 55 % (n=17). Men även efter två till tre månader av behandling kände alltså över hälften av klienterna att de fortfarande använde cannabis för att ta itu med stresskänslor eller obehag. Det kan vara att en del av stresskänslorna *orsakas* av cannabisanvändning och det blir en spiraleffekt av fortsatt användning i syfte att minska stresskänslorna. Det lyfter dock frågan om hur behandlarna kan hjälpa klienten att hantera negativa känslor på ett annat sätt. Andelen klienter som främst använde cannabis för att roa sig minskade med 13 procentenheter, från 23 % (n=7) till 10 % (n=3). Denna anledning var också en sekundär anledning för en del klienter vid inskrivning (n=9, 29 %). Vid avstämning var det ungefär samma andel klienter som uppgav att roa sig var en sekundär anledning till att använda cannabis (n=8, 26 %). Det innebär att den positiva dragkraften fanns kvar för cirka en tredjedel av klienterna vid avstämning. Detta understryker behovet av att man i behandling arbetar med de positiva känslor som kan förknippas med cannabisanvändning.

Det kan finnas en risk att klienter som minskar sin användning av cannabis går över till andra medel, så som alkohol eller andra droger. Vid inskrivning fanns det få klienter (n=3, 9 %) som drack dagligen eller nästan dagligen. Användning av alkohol vid avstämning följde ett mer splittrat mönster än vad användningen av cannabis gjorde. Hälften av klienterna ändrade inte sin användning av alkohol, en fjärdedel minskade men en fjärdedel ökade faktiskt sitt alkoholintag. Bland de som ökade sitt alkoholintag fanns klienter som både minskade och ökade sin cannabisanvändning.⁴⁸ De användningsfrekvenskategorier som ökade kan betraktas som en "mellananvändning", det vill säga 1-3 dagar i veckan. Det går inte att säga att klienternas alkoholintag ökade generellt.⁴⁹ Den lilla ökningen i "mellananvändningen" för nästan en femtedel av klienterna kan indikera att det finns en risk att vissa ersätter cannabis med annan berusning, även om det kan handla om ett måttligt drickande.

Användningen av andra droger vid sidan om cannabis var låg. Bland dem som även använde andra

droger vid avstämningen handlade det om enstaka intag av exempelvis kokain eller MDMA. I de fall man kan konstatera en mer regelbunden användning vid avstämningen så var det ofta fråga om läkemedel, men även här var det ett lågt faktiskt antal klienter med en regelbunden användning. Smärtstillande läkemedel användes av åtta klienter (26 %) med två klienter (7 %) som använde läkemedel en dag i veckan och en klient med en användning 2-3 dagar i veckan. Resten använde läkemedel vid enstaka tillfällen. Dämpande läkemedel användes av tre klienter (10 %) varav två (7 %) använde på daglig basis och en person använde sådana läkemedel 2-3 dagar i veckan. Detta är för låga siffror för att tala om en ökning eller övergång till läkemedelsmissbruk.

Attityder och kognitiva förändringar

Förbättrade kognitiva förmågor förväntas i behandlingsmodellen i samband med att användningen av cannabis minskar. Man kan också tänka sig att attityderna till cannabis förändras. Mer negativa attityder till cannabis när det gäller såväl politiska frågor som om drogen ska vara illegal eller inte, som uppfattningar om cannabis skadlighet kan bidra till ett avståndstagande.

Vid inskrivning uppgav de flesta klienterna en mycket positiv attityd till cannabis när det gäller normalisering och avkriminalisering. De flesta höll dock med om påståendet att cannabis var skadligt. Vid avstämningen såg man att attityderna kring normalisering och avkriminalisering skiftade något, från att vara helt positiva till att vara delvis positiva. Överlag fanns inga statistiskt signifikanta förändringar.⁵⁰ Vad gäller påståendet om det var ok att använda cannabis minskade andelen klienter som svarade "Instämmer helt" med 10 procentenheter från 42 % (n=13) till 32 % (n=10). Nästa påstående om huruvida det var upp till var och en att använda cannabis resulterade i att andelen klienter som svarade "Instämmer helt" minskade med 16 procentenheter från 74 % (n=23) till 58 % (n=18). Det visar en viss förändring mot en mer negativ hållning till cannabis men det fanns fortfarande en ganska positiv inställning till cannabis överlag (i en klientgrupp där cirka två tredjedelar hade minskat sin cannabisanvändning).⁵¹ Det är dock inte helt klart att man behöver ändra sina attityder till och åsikter om cannabis för att ta itu med ett missbruk. Enligt behandlingsmodellen ska behandlaren undvika att gå in i diskussion om cannabis laglighet eller avkriminalisering.

48. Antalet klienter som besvarat frågan är för lågt för att det ska vara möjligt att göra en statistisk analys.

49. Wilcoxon Signed Ranks Test, p=.783.

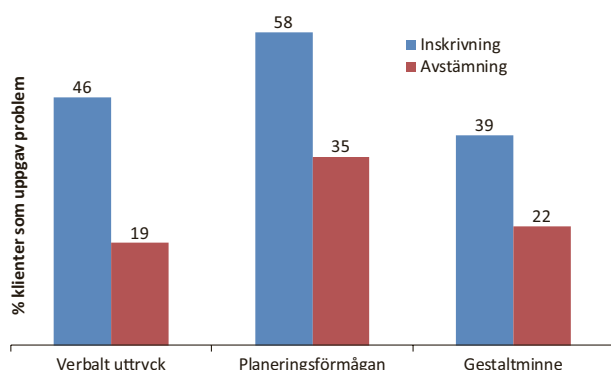
50. Wilcoxon Signed Ranks test, p>.05 för alla tre attitydfrågor.

51. Det gick inte att på ett statistiskt pålitligt sätt korskora minskat cannabisbruk mot förändrade attityder på grund av det låga antalet klienter.

Dessa resultat skulle kunna ses som att det ger ett visst stöd till detta, alltså attityder kring avkriminalisering spelar troligtvis en mindre roll i behandlingsarbete, och de egna negativa konsekvenserna av användningen måhända en större. När det gäller attityder till om och hur skadlig cannabis är, hade samma andel klienter som vid inskrivning fortfarande åsikten att cannabis var skadligt, alltså 78 % av klienterna instämde i det påståendet. Man kan alltså notera att klienternas bild av drogens skadlighet inte verkar påverkas under behandlingsförloppet, åtminstone initialt; klienterna instämde att cannabis var skadligt både innan och under behandling.

Enligt behandlingsmodellen kan man förvänta sig att kognitiva förbättringar sker under de första månaderna i behandling. Några frågor togs med i enkäten för att få en indikation på sådana förändringar. Samtidigt är det viktigt att se att detta handlar om komplexa samband, som är svåra att undersöka med några få frågor. I vilket fall som helst kan man notera att klienterna uppgav stora förbättringar när det gäller verbalt uttryck⁵² och planeringsförmåga⁵³, dock inte när det handlar om gestaltminne⁵⁴. Andelen klienter som kände att de hade problem med verbalt uttryckt minskade med 27 procentenheter från 46 % (n=14) till 19 % (n=6). Vad gäller planeringsförmåga minskade andelen klienter som uppgav att de hade problem med detta med 23 procentenheter från 58 % (n=18) till 35 % (n=11). Avseende gestaltminnet fanns en reduktion på 17 procentenheter från 39 % (n=12) till 22 % (n=7), men skillnaden var inte tillräckligt stor i detta urval för att uppnå den gängse nivån för statistisk signifikans. Figur 31 visar andelen klienter som uppgav att de upplevde problem inom dessa tre områden vid inskrivning respektive avstämning.

Figur 31 – Förändringar i problem med kognitiva förmågor



52. Wilcoxon Signed Ranks test, $p=.022$.

53. Wilcoxon Signed Ranks test, $p=.015$.

54. Wilcoxon Signed Ranks test, $p=.4$.

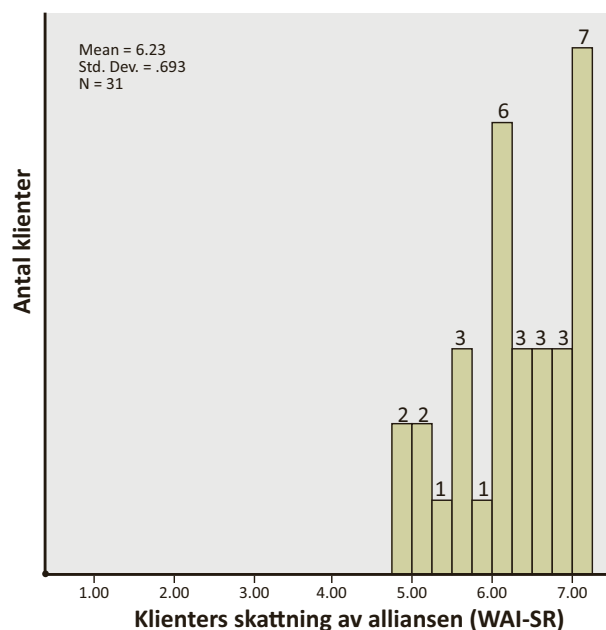
Omkring en tredjedel av klienterna använde fortfarande cannabis regelbundet vid avstämningen. Något spekulativt kan man notera att denna andel stämmer väl överens med att runt en tredjedel av klienterna vid avstämningen fortfarande påvisar kognitiva problem som brukar hänga ihop med en regelbunden användning av cannabis. Det intressanta är att problem med verbalt uttryckt är lägre än en tredjedel, vilket kan bero på att klientgruppen till stor del bestod av personer som hade fullföljt en högre utbildning.

Hopp, förändring och relationen med behandlaren

Behandlingsmodellen antar att klienten under de första veckorna har börjat känna tillit till behandlaren och/eller behandlingskonceptet, det vill säga att alliansen bildas. Med detta följer att klienten känner ökad tillit till sin egen förmåga att genomföra en förändring och känner sig mer hoppfull om framtiden. Redan vid inskrivningen skattade de flesta klienterna sig själva väldigt högt när det handlade om hur redo de var att genomföra en förändring och även sin förmåga att göra det. Här gick det inte att notera någon förändring i klienternas självskattningar. Man kan tänka sig att resultatet åtminstone delvis kan hänföras till ett slags takeffekt där det är svårt att få ökade värden avseende tilltro till eller känslan av att vara redo för förändring.

Relationen eller alliansen med behandlaren ansågs som en central del i behandlingsmodellen. Teoretisk kan alliansen betraktas på många olika sätt och det kan vara svårt att precisera vad som menas. En indikation på alliansens styrka kan ges med välanvända instrument som Working Alliance Inventory (short revised version) (WAI-SR) (Horvath m.fl., 2011). WAI-SR fungerar på en skala 1–7 där högre poäng innebär att klienten skattar alliansen som bra/stark. Det finns två sidor av alliansen, men vi har enbart efterfrågat klienternas bild. Medelvärdet var 6,23 vilket kan anses som en hög skattning av relationen. Det lägsta värdet för en enskild klient var 4,8. Med tanke på att värden lägre än fyra brukar betecknas som en negativ bild av relationen, är skattningarna mycket positiva överlag. Figur 32 visar klienternas skattningar av alliansen.

Figur 32 – Klienternas skattningar av alliansen

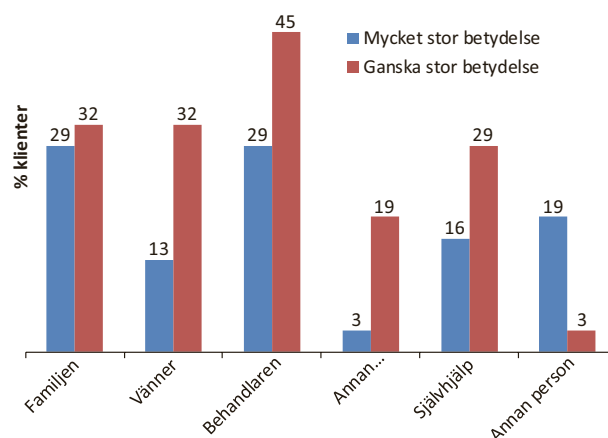


En allmän fråga om framtidshopp ger en enkel indikation på eventuella förändringar vad gäller klientens känslor inför framtiden. Här fanns en ökning som var tillräckligt stor för att vara signifikant för detta urval.⁵⁵ Vid inskrivning instämde 26 % av klienterna (n=8) helt i att de kände sig hoppfulla om sin framtid. Vid avstämning ökade andelen med 19 procentenheter till 45 % (n=14).

Till sist kan man titta på vem klienten ansåg vara viktigt för att få till stånd en förändrad användning av cannabis. Man kan tänka sig att det finns samverkande processer, det vill säga såväl saker som sker utanför behandlingen, som processer i klientens liv som delvis orsakas av behandlingen – exempelvis att klienten uppmuntras att söka stöd hos andra. Enkätsvaren visade att olika personer i klientens liv uppfattades som betydelsefulla för förändringsarbetet. Behandlaren skattades högst där 74 % (n=23) svarade att behandlaren har mycket stor eller ganska stor betydelse för förändringen. Det innebär också att det fanns en grupp klienter som ansåg att behandlaren spelat en mindre roll; två klienter (7 %) svarade "varken stor eller liten betydelse", tre (10 %) svarade "ganska liten betydelse" och en klient (3 %) svarade "mycket liten betydelse". Ytterligare två (7 %) svarade "ej relevant".⁵⁶ Familjen hade också en betydande roll för en stor andel klienter: 61 % av klienterna (n=19) uppgav att familjen har mycket stor eller ganska stor betydelse för förändringen. Figur 33 visar de olika personer som klienterna tillfrågades om i enkäten och andelen klienter som svarade

att personen i fråga har mycket stor eller ganska stor betydelse för att klienten ska förändra sin användning av cannabis.

Figur 33 – Olika personers betydelse för att klienterna ska förändra sin användning av cannabis



Det framgår av figuren att vänner, självhjälpsinformation och böcker också har spelat roll, men i mindre utsträckning. I kategorin "annan person" gick det inte att urskilja några tydliga mönster, förutom att den egna viljan betonades i några svar.

Sociala situationer

Enligt behandlingsmodellen skulle man kunna förvänta sig att vissa förändringar av sociala relationer kommit igång under den första delen av behandlingsperioden. Det kan exempelvis röra sig om att ensamhet eller en slags isolering till enbart relationer där cannabisanvändning ingår bryts. Redan vid inskrivningen hade de flesta klienterna (n=28, 90 %) personer i sitt sociala nätverk som uppfattades som ett stöd. Denna bild var densamma vid avstämningen med samma antal stödpersoner. Andelen personer i nätverket som använde cannabis minskade dock från i genomsnitt 5,9 (medelvärde) till 4,1 (sju till tre vad gäller medianvärden), vilket var en statistiskt signifikant förändring.⁵⁷ Vidare reducerades andelen vänner som uppfattades som ett stöd men som använde cannabis. Vid inskrivning hade 62,5 % av klienterna (n=15/24) vänner som var ett stöd som använde av cannabis. Vid avstämning var andelen 39 % (n=9/23). Den totala andelen stödpersoner som utgjordes av vänner ändrades samtidigt inte. Detta kan tolkas som att det under de första månaderna i behandling är lättare att bryta med de vänner som använder cannabis, medan det är svårare att skapa nya relationer som uppfattas som ett stöd.

55. Wilcoxon Signed Ranks test, p=.047.

56. Summan blir mer än 100 på grund av avrundning.

57. t=2.9, df=29, p=.007.

I behandlingsmodellen finns inte explicita målsättningar om att arbeta med förändringar av klienternas levnads- och arbetssituation. Dessa faktorer utgör dock en viktig kontext för viktiga livsförändringar, som behandling av detta slag kan innebära. Klienternas levnadssituation var ungefär densamma vid avstämning som vid inskrivning. Redan vid inskrivning fanns det skillnader i hur klienterna levde, exempelvis med en tredjedel som bodde ensamma, en tredjedel i familjekonstellation och en femtedel med vänner. Klienternas arbetssituation hade inte heller ändrats i någon nämnvärd utsträckning. Antalet klienter som uppgav "annat" på frågan om sysselsättning vid inskrivning hade minskats med tre personer (10%), men antalet i arbetslöshet hade ökat lika mycket. Detta kan bero på att dessa personer lämnat en mer oviss arbetssituation där det var svårare att precisera sin sysselsättning, till att vid avstämningen ha en tydligare bild av att de sökte arbete.

3.3.2 Slutliga utfall – vid utskrivning

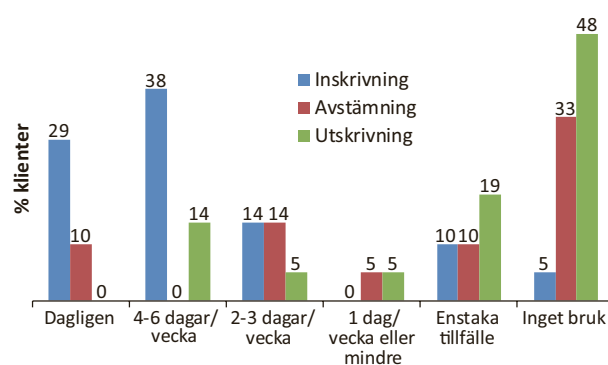
Slutliga utfall undersöks utifrån utskrivningsenkäterna som fylldes i vid behandlingsavslutet (och för en klient i slutet av denna studies fältarbetsfas). Eftersom behandlingens längd anpassas till varje klient varierar tiden mellan inskrivning och utskrivning (vilket överensstämmer med informationen om behandlingslängd som presenterades i avsnitt 3.1.3). Utskrivningsenkäten fylldes i av 21 klienter (35%) och 20 av dessa hade ett planerat avslut av sin behandling (den återstående klienten var fortfarande kvar i behandling efter nästan 18 månader). I utskrivningsenkäten ställdes samma frågor som i avstämningens enkäten, men enkäten innehöll även några frågor som fanns i inskrivningsenkäten om exempelvis psykisk ohälsa och den sociala situationen (ekonomi, sysselsättning och boende). Återigen är antalet klienter för litet för att det ska vara möjligt att genomföra multivariata statistiska analyser (där man analyserar fler än en variabel). Ett litet antal enkäter innebär också att skillnader mellan inskrivnings- och utskrivningsresultat behöver vara kring 30 procentenheter för att uppnå statistisk signifikans. Några resultat som presenteras i det följande bygger på frågor som ställdes vid samtliga tre mätpunkter, alltså vid inskrivnings-, avstämnings- och utskrivningsenkäterna. Några resultat bygger på frågor som bara fanns i inskrivnings- och utskrivningsenkäten (där en förändring inte förväntades vid avstämning). Läsaren behöver ha i åtanke att urvalet i detta avsnitt, det vill säga klienter som fyllt i utskrivningsenkäter, är ett mindre underurval av klienterna vars resultat

beskrevs i föregående avsnitt som baserades på inskrivnings- och avstämningssenkäterna. Det betyder att några resultat som presenteras i detta avsnitt kan skilja sig lite från både inskrivning och avstämning.⁵⁸

Droganvändning

Med stöd i behandlingsmodellen kan man förvänta sig att användningen av cannabis fortsätter minska, att den kontrolleras eller att drogfrihet bibehålls, under behandlingsprocessen. Det fanns signifikanta minskningar av användningen redan vid avstämningen. Med sådana förändringar kommer man nära en golfeffekt, det vill säga ju större de första reduktionerna är desto mindre utrymme finns kvar för att uppnå skillnader av samma storlek. Användningsfrekvensen under de senaste 30 dagarna visade ett mönster där de största förändringarna fanns mellan inskrivning och avstämning, men det fanns en fortsatt förändring i positiv riktning, om än ungefär hälften så stor som mellan avstämning och utskrivning. Exempelvis minskade andelen klienter med daglig användning med 19 procentenheter, från 29% (n=6) vid inskrivning till 10% (n=2) vid avstämning och ytterligare 10 procentenheter från 10% (n=2) vid avstämning till 0% vid utskrivning. Trots dessa positiva förändringar mellan avstämning och utskrivning är underlaget inte tillräckligt stort för att uppnå statistisk signifikans⁵⁹, men man kan i varje fall notera en tydlig tendens mot en minskad användning. Figur 34 visar användningsfrekvens under de senaste 30 dagarna vid alla tre mätpunkter, efter andelen klienter.

Figur 34 – Frekvens avseende användning av cannabis vid inskrivning, avstämning och utskrivning



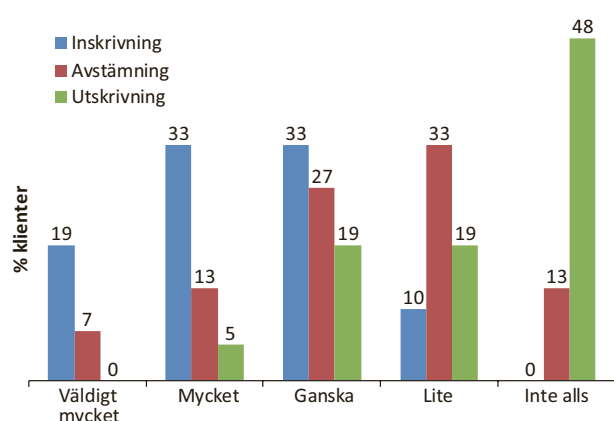
Att andelen klienter som använder cannabis 4–6 dagar i veckan har gått upp till 14% (n=3) vid utskrivning kan bero dels på att klienter som vid avstämning använde cannabis dagligen vid utskrivning

58. På grund av analysmetoden matchande-par.
59. Wilcoxon Signed Ranks, p=.88.

uppgav att de använde drogen 4–6 dagar i veckan i stället, dels på att det fanns fyra klienter (19%) som i någon mån ökade sin användning mellan avstämning och utskrivning. Det fanns också två klienter som var drogfria vid avstämning men som vid utskrivning använde cannabis nästa dagligen. Andelen klienter med ingen användning ökade från 5 procent vid inskrivning till 48 procent vid utskrivning. Den största ökningen skedde mellan inskrivning och avstämning, vilket innebär tidiga behandlingseffekter på cannabisintaget. Alkoholintaget var detsamma vid utskrivning som vid avstämning, vilket innebär att de flesta drack cirka en till två gånger i veckan eller mindre. Överlag var trenden att användningen av cannabis bland de klienter som stannar kvar i behandling går ner till mycket lägre nivåer. Men det finns också en mindre grupp för vilka behandlingen inte verkar fungera när det handlar om att minska användningen av cannabis.

Ett annat sätt att analysera förändrad användning av droger gäller klientens oro kring sin droganvändning. Som ovan visats var andelen klienter som uppgav att de var oroade mycket lägre redan vid avstämningen. Mellan avstämning och utskrivning minskade andelen klienter som var oroade över sin droganvändning från 14% (n=3) till bara en klient (5%) som vid utskrivning uppgav att hen var "mycket" oroad. Figur 35 visar förändringar av hur mycket klienterna var oroade över sin droganvändning vid inskrivning, avstämning och utskrivning.

Figur 35 – Förändringar avseende oro över sin droganvändning under behandling



Figuren visar att de största förändringarna när det gäller oro kring droganvändningen sker inom de första månaderna, men också att förändringarna fortsätter under perioden mellan avstämning och utskrivning. Exempelvis minskade andelen klienter som var väldigt mycket oroade med tolv procent-

enheter fram till avstämning och med ytterligare 7 procentenheter mellan avstämning och utskrivning.

När det handlar om vid vilka situationer cannabis används så fanns det inga ytterligare förändringar mellan avstämningen och utskrivningen. Det kan tolkas som att användningsfrekvensen har gått ner men att användningssituationerna är desamma. När det gäller anledningar till att man använder cannabis hade andelen klienter som uppgav att de använde cannabis för att lindra stress och obehag fortsatt att gå ner mellan avstämning och utskrivning, från 43% (n=9) till 19% (n=4). En tolkning kan vara att behandlingen har fortsatt att fungera i viss utsträckning för klienter som använder cannabis i ett slags självmedicinerande syfte, exempelvis för att lindra ångest. Å andra sidan ökade andelen klienter som sa att de använde cannabis för att ha roligt, från 10% (n=2) till 24% (n=5). Det finns en uppenbar effekt att procentenheter i ett litet urval får mer vikt än vad de borde ha. Det intressanta är kanske att andelen som använde cannabis i självmedicinerings syfte minskade, men inte andelen som använde drogen för att roa sig. Detta visar återigen på utmaningen att arbeta med de klienter som är mer lockade av den positiva upplevelsen av cannabis, än av drogens förmåga att motverka negativa känslor. Man kan också tänka sig att personer som tycker sig ha fått kontroll på sin droganvändning kanske mer börjar uppfatta drogens positiva effekter – vilket i sig kan medföra risk för ökad användning och på sikt risk att förlora den upplevda kontrollen.

Attityder och kognitiva förändringar

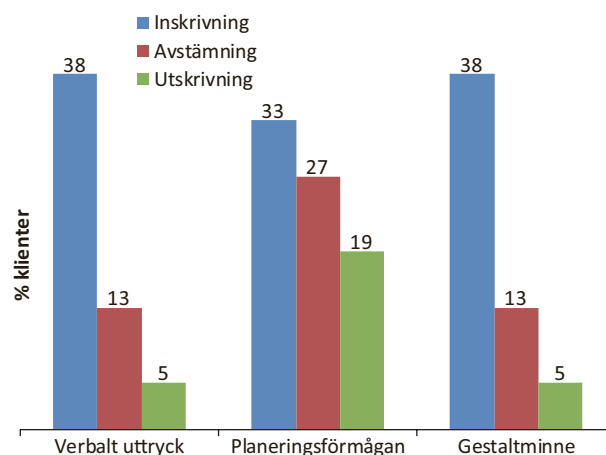
Klienternas attityder till cannabis när det handlar om frågor som normalisering av drogen och legalisering var generellt positiva vid inskrivningen och ändrades inte vid avstämningen. Dessa attityder ändrades heller inte vid utskrivningen. Detta resultat kan tolkas på olika sätt i förhållande till hur behandlingsarbete bör läggas upp. I modellen som togs fram tillsammans med medarbetarna vid Behandlingsgruppen framkom, som sagts ovan, att de undvek mer generella diskussioner om drogen kring frågor av den här typen. Det kan uppfattas som en väl vald strategi då sådana diskussioner skulle kunna leda till mer fastlåsta positioner, och flytta fokus från förändringsarbetet i den pågående behandlingen. I fokus för behandlingen står de problem som droganvändningen för med sig för individen, och det är en förändring av denna användning som behandlingen handlar om. Man kan också tolka resultatet just utifrån det faktum att man inte försökt att påverka de generella attityderna – och då inga eller få sådana försök gjorts

så visar det sig också att ingen förändring skett. I vilken mån det skulle ha varit fruktbart att resonera kring inställningen till cannabis på ett mer allmänt plan, kan den här studien inte svara på. Det är dock möjligt att tänka sig att ju mer positiva attityder man har till droganvändning, desto lägre skulle hindren kunna vara mot att påbörja eller återuppta användandet av exempelvis cannabis.

Av enkätresultatet framgår att en större andel vid utskrivning instämmer i påståendet om att cannabis är en skadlig drog. Andelen med denna inställning låg på samma nivå såväl vid inskrivning som vid avstämning, men det gick att notera att flera stärktes i sina åsikter vid utskrivning. Andelen klienter som instämde helt med att cannabis var skadligt ökade från 29 % (n=6) till 43 % (n=9) vid utskrivning (dessa siffror är dock inte statistiskt signifikanta).⁶⁰ Att attityderna till hur skadlig cannabis är inte ändrades mellan inskrivning och avstämning, när cannabisintaget gick ner, skulle kunna tolkas som att en del av dessa attityder kommer som en följd av minskad användning och möjligen då som en konsekvens av att bättre kunna reflektera över sina egna förmågor. Resultatet kan också snarare förstärka än försvaga idén om att ändrade attityder kan spela en viss roll som *förutsättning* för att minska användandet av cannabis.

När man ser till hur behandlingsmodellen är tänkt att fungera, kan man förvänta sig en fortsatt förbättring av kognitiva funktioner hos klienterna (även om detta kan variera beroende på individuella faktorer, hur stor nedsättningen av dessa funktioner varit och hur långt nedtrappningen gått). Vid avstämningen kan man med stöd av de självrapporterade uppgifterna se en markant minskning av andelen klienter som kände att de hade problem med sina kognitiva förmågor. Här kommer man återigen nära en golveffekt, där det blir svårt att uppnå samma grad av reducering vid utskrivning. Ännu fler klienter uppgav dock att deras kognitiva problem hade reducerats, ökningen låg på cirka 8 procentenheter (vilket med den här gruppstorleken dock är långt under den skillnad som krävs för statistisk signifikans). Figur 36 visar andelen klienter vid inskrivning, avstämning och utskrivning som uppgav att de hade problem med olika kognitiva förmågor.

Figur 36 – Förändringar i andelen klienter med problem med kognitiva förmågor



För det urval av klienter som kom hela vägen till utskrivning ser man att andelen som hade problem med planeringsförmågan ligger högst vid både avstämning och utskrivning. 19 procent av klienterna med utskrivningsenkäter uppgav vid utskrivning att de fortsatt använde cannabis, och då mellan två och sex dagar i veckan. Att samma andel rapporterade problem med planeringsförmågan skulle möjligen kunna ses som ett resultat av fortsatt cannabispåverkan. Å andra sidan kan det vara en indikation på underliggande problem, att just denna förmåga ligger högst av alla tre, vilket talar om ett eventuellt behov av extra uppmärksamhet kring kognitiva nedsättningar i behandlingsmodellen.

Sociala situationer

I enlighet med tankegångarna i behandlingsmodellen går det att förvänta sig resultat som visar att klienternas sociala liv förändras. Det kan handla om att klienten har förändrat sitt umgänge, ändrat vad man gör på sin fritid, förbättrat sina familjerelationer (i de fall det fanns ett ursprungligt behov), och att ekonomin blivit bättre. För klienter som var bostadslösa och/eller arbetslösa skulle man också kunna tänka sig att framsteg skett.

De flesta av de klienter som vid utskrivning hade eget boende hade det också redan när behandlingen inleddes. Boendesituationen förändrades bara för en klient som var bostadslös vid inskrivningen, i praktiken innebar det att hen vid utskrivningen hade flyttat tillbaka till föräldrarna. Vid inskrivningen var det lika stora delar klienter (43 %, n=9) som hade inkomst av eget arbete som de med någon form av bidrag eller ersättning. Vid utskrivningen hade 52 % av klienterna (n=11) inkomst av eget arbete, vilken var en liten och icke signifikant förändring.⁶¹ Bilden

60. Wilcoxon Signed Ranks, p=.74.

61. Skillnaden är för liten i detta urval för att vara statistiskt betydelsefull.

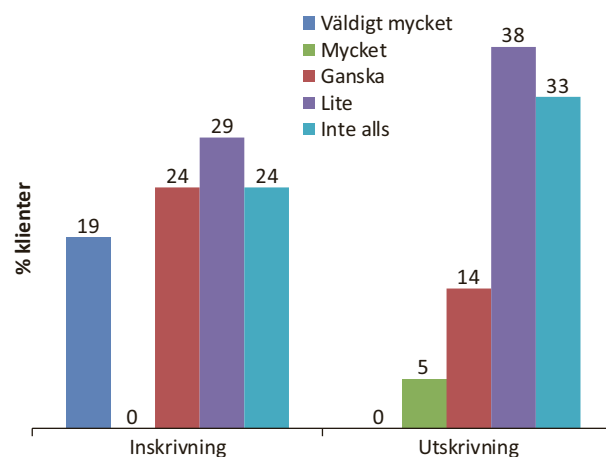
av arbetssituationen var detsamma vid inskrivning som vid utskrivning, där strax under hälften av klienterna hade fast eller tillfällig anställning, 19 % (n=4) fick ersättning från Försäkringskassan och 10 % (n=2) var arbetslösa. Det hade varit intressant att få reda på vad det faktum att man går från att vara arbetslös till arbete spelar för roll för ett lyckat behandlingsresultat. Möjligheten att besvara den frågan begränsas dock av att så få av klienterna var arbetslösa när behandlingen inleddes (och att urvalet överhuvudtaget är litet). Vid inskrivningen var drygt hälften av klienterna (53 %, n=11) mycket eller ganska oroliga över ekonomin, varav 29 % (n=6) var mycket oroliga. Vid utskrivningen fanns en signifikant minskning av andelen klienter som oroade sig över detta.⁶² Vid denna tidpunkt var 24 % (n=5) mycket eller ganska oroliga över ekonomin, varav 5 % (n=1) var mycket oroliga. Att oron hade minskat kan tänkas hänga samman med att deras ekonomi faktiskt hade blivit bättre, kanske genom högre inkomst och/eller lägre utgifter. Det kan också hänga samman med upplevelsen av kontroll över sin situation mer generellt. I behandlingsmodellen förväntar man sig förbättrad ekonomi i samband med att man minskar sitt cannabisintag och med det summan pengar som går åt till droginköp. Men man kan också hålla öppet för att det kan hänga samman med just känslan av kontroll.

Efterhand som behandlingen fortskrider kan man förvänta sig att sociala relationer både med familjen och vänner förbättras och utökas. Dessa aspekter har undersökts genom frågor kring antalet personer i klientens nätverk som hen anser utgöra ett stöd – här ändrades dock inte antalet mellan inskrivning och utskrivning.⁶³ De flesta klienter hade redan vid inskrivning minst en person som ansågs utgöra ett stöd. Man kan tänka sig att resultatet indikerar att antalet inte ökade på grund av minskat stödbehov, alternativt att det fanns tillräckligt med stöd från start. Klienterna fick också besvara frågor om kvaliteten på de sociala relationerna och om de förändrats (att notera är att dessa frågor är svåra att undersöka). Vid inskrivningen uppgav 19 % (n=4) av klienterna att de var väldigt mycket oroad över sina relationer och 24 % (n=5) var ganska oroad. Vid utskrivning fanns inga klienter som uppgav sig vara väldigt mycket oroad och bara en klient som var mycket oroad. Figur 37 visar andelen klienter efter hur oroad de var över sina relationer vid inskrivning och utskrivning.

Figur 37 – Klienters oro över sina relationer vid

62. Wilcoxon Signed Ranks test: $z = -1.925$, $p = .05$.
63. T-test: $t = -.156$, $df = 20$, $p = .877$.

inskrivning och utskrivning



Det finns alltså en markant förbättring rörande höggradig oro över relationer. En slutsats kan vara att en liten grupp klienter – cirka en femtedel – med stor oro får möjlighet att ta upp denna fråga i behandlingen. Man kan också tänka sig att förbättringarna kan hänga samman med minskad droganvändning. Närstående kan ha försökt påverka den enskilde att förändra sin användning, kanske ställt ultimatum, och när användningen minskar så minskar också spänningen i relationen. Tidigare visade vi att det genomsnittliga antalet vänner som använde cannabis hade minskat vid avstämning. Detta antal minskade dock inte ytterligare vid utskrivning, utan stannade på 3,5 (medianvärdet). Här var svarsalternativen ordnade på en skala mellan ett till tio där tio avsåg att alla vänner använder cannabis. Det som inte kommer fram i siffrorna är hur klienten hanterar sociala sammanhang där också de som fortsatt använder cannabis deltar. Att en stor andel av klienterna vid utskrivning inte använde cannabis (eller bara använde det vid enstaka tillfällen) kan betyda att några av de klienter som lyckades ta itu med sin cannabisanvändning, kan ha lärt sig att orientera sig bland sådana situationer där cannabis fortfarande förekommer.

Fysisk och psykisk hälsa

Ett annat resultat som kan förväntas utifrån behandlingsmodellen är att klienterna får en bättre allmän hälsa genom bättre sömn-, kost- och motionsvanor. En generell fråga ställdes vid inskrivning och utskrivning om klienten haft problem med sin hälsa under den senaste tiden.⁶⁴ Andelen som uppgav sådana problem var vid inskrivningen 38 % (n=8) och vid utskrivningen 19 % (n=4). Trots det låga antalet

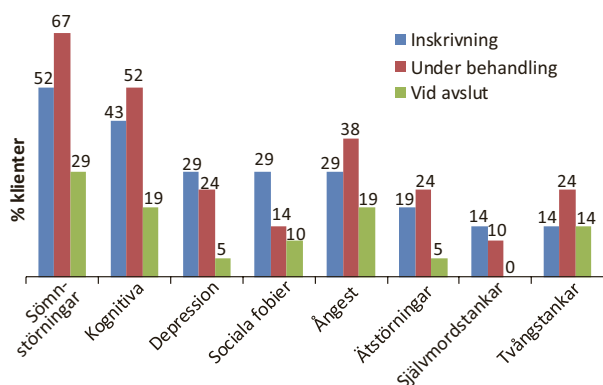
64. Under de sex månaderna närmast innan inskrivning och under de senaste 30 dagarna vid utskrivning.

klienter i urvalet kan man ändå uppmärksamma att drygt en tredjedel av klienterna rapporterade problem med sin fysiska hälsa när de påbörjade behandlingen, och även att en grupp noterade förbättringar under tiden för behandlingen. Det är samtidigt viktigt att påpeka att vi inte vet något om vad dessa hälsoproblem mer precist bestod av och därför måste vi hålla öppet för att de kan bero på helt andra saker än cannabis.

Andelen klienter som var väldigt mycket eller mycket oroad över sin psykiska hälsa minskade mer än de som rapporterade hälsoproblem (från 38 % (n=8) till 5 % (n=1)). I utskrivningsenkäten upprepades de frågor om tolv psykiska problem som ställdes vid inskrivningen. Den här gången efterfrågades om klienterna hade upplevt problem under behandlingens gång och under de senaste 30 dagarna. Här diskuteras de problem som uppgavs av mer än en femtedel av klienterna vid inskrivningen (sömnstörningar, koncentrations- och förståelseproblem, ångest, depression och sociala fobier). Sömnstörningar upplevdes av strax över hälften av klienterna under de sex månaderna innan inskrivning och andelen klienter som upplevde sådana problem ökade med 15 procentenheter under behandlingen till 67 % (n=14) vid avstämningssenkäten. Vid utskrivning gick siffran ner till 29 % (n=6) när frågan ställdes om man upplevt den typen av problem under de senaste 30 dagarna. Det är alltså vanligt med sömnstörningar under avvänjningen, något som behandlarna också nämner som viktigt när de talar om behandlingsmodellen. Andelen klienter som tyckte att de hade svårigheter med att minnas, koncentrera sig eller förstå var 43 % vid inskrivningen (n=9). Denna siffra ökade också under behandlingen, med 9 procentenheter till 52 % (n=11). Men även här rapporterade en mycket mindre andel problem, 19 % (n=4), de senaste 30 dagarna innan utskrivning. Att hälften av de klienter som stannar i behandling och har ett planerat avslut upplever kognitiva problem under behandlingen visar på behovet att anpassa behandlingen till den kognitiva förmåga som klienten har för stunden. Resultatet indikerar också att kognitiva nedsättningar för de flesta upplevs försvinna, eller i varje fall inte anses orsaka problem mot slutet av behandlingen, någon som kan tänkas hänga samman med (själva) behandlingen. Att en liten andel klienter fortfarande upplevde kognitiva problem vid utskrivning skulle till viss del kunna förklaras av att cirka en femtedel av klienterna då använde cannabis på mer regelbunden basis. Det kan dock också bero på bakomliggande kognitiva nedsättningar.

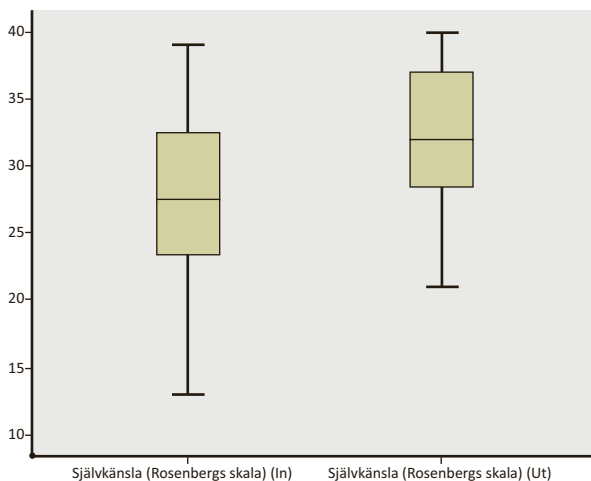
Ångest, depression och sociala fobier upplevdes av 29 % (n=6) av klienterna under de senaste sex månaderna innan inskrivningen. Under behandlingen gick andelen med ångest upp 9 procentenheter till 38 % (n=8). Vid avslut hade 19 % (n=4) upplevt ångest under de senaste föregående 30 dagarna. I behandlingsmodellen förväntas ökade ångestnivåer under avvänjningsperioden, vilket stämmer väl överens med dessa resultat. Att cirka en femtedel av klienterna fortfarande kände ångest vid tiden närmast innan utskrivning kan förklaras av fortsatt användning av cannabis eller bakomliggande problem (vilket inte skulle vara överraskande i ett urval där över en tredjedel vid inskrivning uppgav att de känner ångest även utan cannabis). Detta resultat understryker vikten av att man i behandlingsarbetet bör lägga vikt vid ångestproblematik, oavsett om denna orsakas av eller är en följd av cannabisberoendet. Med stöd i behandlingsmodellen kan man också förvänta sig att finna att klienter med underliggande psykiska problem kan uppleva dessa än mer besvärande när de inte längre intar cannabis. Andelen som rapporterade depressionsproblematik låg på ungefär samma nivå under behandlingsperioden, men gick vid utskrivningen ner 25 procentenheter till 5 % (n=1). Detta resultat är intressant då det även här var så att över en tredjedel vid inskrivningen uppgett att de hade dessa besvär även utan cannabis. Resultatet kan försiktigt tolkas som att behandlingen på något sätt medverkat till minskad upplevd depressionsproblematik, möjligen på grund av en känsla av bättre kontroll över livet, förbättrade relationer och kognitiva förbättringar. Andelen klienter med sociala fobier följde ett annat mönster än de andra problemen: andelen klienter som upplevde detta problem minskade till 14 % (n=3) under behandlingen och vidare till 10 % (n=2) vid utskrivningen. Figur 38 visar detta resultat samt resultat för ytterligare tre psykiska besvär som mer än 10 % av klienterna rapporterat vid inskrivningen (ätstörningar, självmordstankar och tvångstankar).

Figur 38 – Andelen klienter som upplevde att de hade psykiska besvär innan, under och vid slutet av behandlingen



Självkänslan mättes med Rosenbergsskalan (1989) där 10 är lägst och 40 är högst. Här kan noteras en ökning från ett medelvärde på 27,7 vid inskrivning till 32,3 vid utskrivning, vilket är en statistiskt signifikant ökning.⁶⁵ Detta resultat stödjer idén som kommer till uttryck i behandlingsmodellen att självkänsla ökar under behandling. Figur 39 visar ett låddiagram som åskådliggör spridningen av värdena för självkänsla mellan tidpunkten för inskrivning och utskrivning.

Figur 39 – Värden avseende självkänsla vid inskrivning och utskrivning



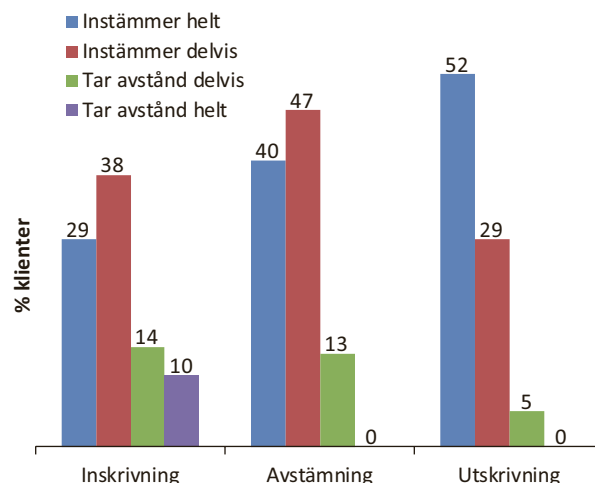
I låddiagrammet representerar lådan den mittersta hälften av värdena, den svarta linjen i lådan är medianvärdet och de lodräta strecken som går ut från lådan är de lägsta respektive högsta värdena. Man ser att det inte bara är medianvärdet som ökar utan att det är de lägsta värdena vid inskrivning som ökar mest, och då som en konsekvens av att spridningen

mellan de högsta och lägsta värdena minskar och förskjuts uppåt.

Hopp, viktiga personer och relationen med behandlaren

Enligt behandlingsmodellen kan man förvänta sig att hoppet inför framtiden stärks och att relationen eller alliansen mellan behandlaren och klienten stärks. Detta undersöks i det här avsnittet, liksom frågan om vem klienten tyckte var viktig för att de genomförda förändringarna skulle uppnås. Vad gäller hopp inför framtiden ökade andelen klienter som svarade positivt på detta påstående i enkäten, där andelen som instämde helt att de kände sig hoppfulla om sin framtid ökade med elva procentenheter vid avstämningen. En lika stor ökning, tolv procentenheter, skedde mellan avstämning och utskrivning. Vid avslut angav således 52 % av klienterna (n=11) att de kände hopp inför framtiden.⁶⁶ Figur 40 visar andelen klienter och hur de svarade på denna fråga vid inskrivning, avstämning och utskrivning.

Figur 40 – Hopp inför framtiden vid inskrivning, avstämning och utskrivning



Figuren visar att upplevelsen av framtidshopp ökar under behandlingens gång. Det stödjer tanken i behandlingsmodellen att hoppet om framtiden ökar såväl i början av behandlingen som senare.

Relationen eller alliansen med behandlaren skattades högt redan vid avstämningen. Samma höga skattningar av relationen angavs vid utskrivningen (medelvärde 6,3 vid avstämning och 6 vid utskrivning, på en skala 1–7 där sju är högst).⁶⁷ Det kan tolkas som att de starka relationer, som för de flesta klienter uppnåddes redan under de första månaderna

65. $t = -4.015$, $df = 15$, $p = .001$.

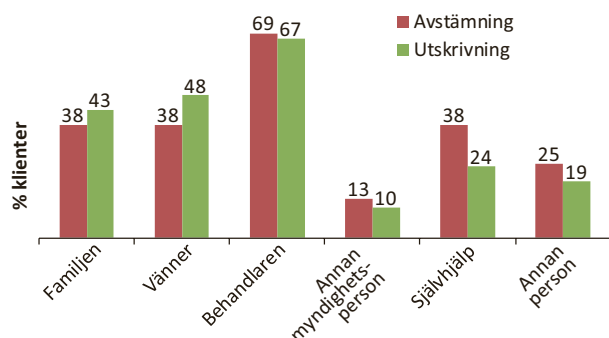
66. Ändringen mellan avstämning och utskrivning överhuvudtaget var dock ej statistiskt signifikant på grund av det mycket låga antalet klienter ($n = 13$) med valida svar på denna fråga, både avseende avstämning och utskrivning.

67. $t = .86$, $df = 11$, $p = .4$.

av behandlingen, bibehölls fram till utskrivningen.

Slutligen är det intressant att titta på vilken person som klienterna menade var viktig för förändringsprocessen. Generellt var detta samma personer vid avstämning och utskrivning, där behandlaren följde av vännerna och familjen framhölls i första hand och i fallande ordning. Figur 41 visar andelen klienter som svarade att respektive personen hade mycket eller ganska stor betydelse för förändringsarbetet.

Figur 41 – Klienternas uppskattning av olika personers betydelse för deras förändrade användning av cannabis



Vad som inte framgår av figuren är omfördelning mellan svarsalternativen "ganska" eller "mycket" betydelsefulla. Noterbart här är att andelen klienter som angett behandlaren i ytterlighetsalternativet ("mycket" betydelsefull) ökade från 19 % (n=4) vid avstämningen till 48 % (n=10) vid avslutet. Figuren visar att det inte fanns några stora förändringar gällande vilka personer som ansågs vara betydelsefulla förändringsfaktorer. Man kan tänka sig att de personer som betydde någonting för klienten i början av behandlingsprocessen fortsatte att vara betydelsefulla. Det tyder på en viss stabilitet kring klienten. Den enda förändringen av intresse gäller självhjälpslitteratur och information. Andelen klienter som uppgav detta som betydelsefullt minskade med 14 procentenheter mellan avstämning och utskrivning (skillnaden bör återigen tolkas försiktigt på grund av undersökningsgruppens storlek).

3.3.3 Anhörigperspektivet

Denna studie hade också ambitionen att undersöka arbetet med anhöriga. Anhörigperspektivet är en viktig aspekt i behandlingsmodellen och dessutom en del av det allmänna och grundläggande förhållningssättet i allt missbruksarbete (se avsnitt 1.3), alltså inte endast när det handlar om cannabis. Anhöriga anses som en stor resurs som kan stödja klienten på väg ut ur ett missbruk. Det kan innebära

att behandlaren bjuder in anhöriga till samtal med klienten och i vissa fall ger råd till dem enskilt. Ibland kan den anhöriga gå hos en behandlare och klienten hos en annan. Anhörigperspektivet betyder också att behandlingens fokus i det individuella samtalet inte bara ligger på individen utan också på hans anhöriga och sociala nätverk.

Av avsnitt 3.1.3 framgick det att två klienter (3 %) hade parsamtal och sex klienter (10 %) hade familje- eller gruppssamtal. Det framgår inte av dessa resultat om familje- eller gruppssamtal gäller samtal med anhöriga eller exempelvis myndighetskontakter. De två klienter som hade parsamtal var också de som hade familje- eller gruppssamtal; sammanlagt blir det därmed bara 10 procent av klienterna som hade någon form av samtal där anhöriga eller andra personer var närvarande. Med mer säkerhet⁶⁸ kan sägas att det fanns fyra klienter vars anhöriga fick någon typ av stödsamtal. Antalet samtal med anhöriga fångades också upp av behandlarna med samma svarsalternativ som används för att fånga upp antal samtal för klienter, det vill säga 1–5, 6–20 och så vidare. De fyra anhöriga i studien hade alla mellan ett och fem samtal. En del i anhörigperspektivet är att genom det individuella samtalet undersöka och främja det positiva i klientens nätverk, vilket är ett förhållningssätt som inte syns så klart i denna statistik. Ett centralt moment i anhörigarbete är emellertid att anhöriga kontaktas, erbjuds och får stödsamtal. Antalet anhöriga som hade denna typ av samtal kan tyckas lågt i förhållande till behandlingsmodellens förhållningssätt. Orsakerna till detta har inte undersökts inom ramen för denna studie, men tänkbart är att anhöriga kan ha tillfrågats men tackat nej, eller att detta perspektiv ännu inte fullt ut integrerats i praktiken. För att citera delrapporten: "[det fanns] behandlare som inte arbetade med anhörigperspektivet, även om de kunde se fördelarna med förhållningssättet som sådant" (s.37, Turner, 2014).

En av frågeställningarna i studien gällde vad de anhöriga tyckte om stödet som de fick. Idén var att intervjua några anhöriga för att få del av deras perspektiv. Två av de fyra anhöriga som fanns till hands kontaktades.⁶⁹ Med ett så litet urval kan man ifrågasätta representativiteten, men oavsett om dessa personers erfarenheter speglar andra anhörigas, så bidrar de till att säga någonting betydelsefullt om stödsamtal för anhöriga.

68. Utifrån direkt kontakt med behandlarna.

69. En anhörig var redan med i en anhörigrupp och dessutom skulle hen intervjuas inom ramen för ett annat forskningsprojekt om gruppen (se Andersson & Skärner, 2015). Den andra blev inte tillfrågad på grund av att klienten uteblev från sina besök och det inte gick att få samtycke.

Anhörigas röster

Det två genomförda intervjuerna representerar två olika anhängargrupper, nämligen föräldrar respektive partner. En gemensam nämnare i de båda intervjuerna var en känsla av okunskap och en önskan att få veta mer om behandlingen. Okunskapen kretsade kring cannabis som drog och dess effekter på hjärnan men också om vad ett beroende innebär. När det gäller behandlingen rörde de anhörigas frågor både det allmänna, exempelvis hur en behandling ser ut och vad man kan förvänta sig, och mer specifika frågor relaterade till den anhöriges behandling.

Föräldrarnas berättelse präglades av upptäckten av att deras barn använde cannabis, de emotionella reaktionerna på detta, och processen med att få kontakt med Behandlingsgruppen. Kontakterna som de fick kan anses dels som ett stöd i ett omtumlande stadium, dels som ett sätt att få veta mer om den behandling som deras barn skulle få och lite allmänt om behandling av cannabis. På så vis upplevde föräldrarna att deras förståelse ökade för behandlingens upplägg, men också att det var lugnande att någonting påbörjades, att en behandling var på gång. En del av det initiala stödet innebar att föräldrarna fick bekräftelse på att de "hade gjort rätt".

Jag tror som anhörig, det har ju varit ett stöd för oss. För man går ju liksom och undrar har vi gjort rätt? Du vet att bara få bekräftelse på det. Man får nån att prata och bolla med på det viset.

Det som uppskattades var behandlarens öppna och enkla stil, att hen förklarade lättförståeligt för de icke-insatta och att det fanns möjlighet att ta upp olika frågor. I den känsloladdade och allvarliga stämning som föräldrarna befann sig i, kan man tänka sig att en lätt och trevlig stämning är viktigt. Stödet blir en hjälp att hantera känslor kring det som skett och bidrar till att skapa en känsla av hur man går framåt och att det "går åt rätt håll" för klienten. Det som föräldrarna efterfrågade var mer information i form av faktablad som de kunde ta med sig, om både cannabis och behandlingen. De tyckte att det skulle ha varit bra om de exempelvis kunde ha haft ett faktablad i handen när de träffar andra föräldrar för att prata om cannabis.

Den anhöriga som var partner till en av klienterna kände till dennes användning av cannabis och hade stöttat dennes egna beslut att påbörja en behandling. På förslag från behandlaren tyckte både klienten och den anhöriga att egna separata stödsamtal med en annan behandlare skulle vara bra, främst för att den anhöriga skulle kunna ställa egna frågor. Detta kan ses som ett sätt att få egen kunskap, att få

prata om den egna oron. Det kan samtidigt minska den anhörigas känsla av att belasta klienten.

Jag behövde hjälp med min okunskap om vad det innebär att vara beroende av nånting och vad det innebär att sluta med det [...] vissa ämnen kan vara så laddade ibland och då är det mycket skönare att kunna gå och prata med dom [behandlaren]. [...] Där kan jag bara bolla mina konstiga, knäppa tankar. Ibland vill man bara få sagt nånting för att få det ur sig.

Den anhöriga upplever en känsla av avlastning genom att kunna ställa de "konstiga, knäppa" frågorna till behandlaren. Det blir också ett sätt att utforska den egna "kunskapen" utan att påverka relationen. Partnern uttryckte en ambition att vara ett stöd för sin anhöriga, även om denna stödjande roll var någonting som hade problematiserats under samtalen. Som en del av självbilden av att vara ett stöd är det tänkbart att partnern inte vill visa upp sina oro. Stödsamtalen fungerade till viss del som ett sätt för partnern att lära sig att uttrycka sin oro, för att öva på hur hen sedan kunde ta upp det med sin anhöriga.

En fundering som partnern hade var om det hade varit bättre att båda hade haft samma behandlare. Partnern och klienten bestämde tillsammans från början att de skulle ha var sin behandlare men senare fick partnern känslan av att få en bild från behandlaren av sin anhörig som "missbrukaren", som hen inte tyckte stämde.

[Behandlaren] klassificerar in [anhörig] väldigt mycket som en klassisk missbrukare och [anhörig] passar liksom inte in i den ramen. Jag bara känner att det hade vart skönt för min del att få gå till någon som har hört [anhörigs] sida också.

Det är naturligt att en partner vill behålla den egna bilden av den anhöriga och värjer sig mot en stereotyp beskrivning. Det visar också på utmaningen med att erbjuda separata samtal till klienter och anhöriga. Det finns en risk att olika bilder kommer fram från de två behandlarna, av både behandlingen och klienten. I detta fall tyckte partnern att en känsla av ovisshet om vad som pågick ibland bidrog till hens oro. Det väcker frågan om hur man bäst hanterar kommunikationen mellan dessa fyra parter. Man behöver säkerställa klientens önskan om sekretess men också bemöta den anhörigas frågor och oro.

4. Avslutande diskussion

Denna studie sökte kunskap om personer som använder cannabis och som sökt sig till Behandlingsgruppen för stöd. Den har innefattat beskrivningar av klienter utifrån inskrivningsmaterial, framtagande av en djupare förståelse för förändringsprocesser utifrån intervjuer med klienter, och kunskap om utfall, främst från avstämnings- och utskrivningsenkäterna men även till viss del från de kvalitativa intervjuerna. Avsikten i det här sista kapitlet är att diskutera innebörden av kunskapen som presenterats hittills i relation till behandlingsmodellen som tagits fram för att beskriva Behandlingsgruppens arbete. Således blir det en sammanvägning av kunskap från behandlare och klienter samt utfallsresultat. Förhoppningen är att kunna analysera och reflektera över hur behandlingsmodellen kan förvaltas och även förbättras till nytta för både Behandlingsgruppen och andra med intresse för behandlingsarbete som rör personer som använder cannabis.

4.1 Resultatens begränsningar

Det finns självfallet några begränsningar med den kunskap som tagits fram inom ramen för studien. Dessa kan sorteras under fem rubriker:

- Självskattningsenkäterna som utfallsmått
- Bortfall och urvalets representativitet
- Ingen kontroll- eller jämförelsegrupp
- Det begränsade urvalet och frånvaron av multivariata analyser
- Behandlareffekt kontra behandlingsmodellen

4.1.1 Självskattning som utfallsmått

Huvudsakligen litar studien på utfallsresultat som bygger på klienternas egna självskattningar. Här kan det finnas svar som förvrängts, medvetet eller omedvetet, exempelvis på grund av att man missförstått frågan eller vill "visa upp" en viss typ av svar inför sig själv/behandlaren/forskningen eller av annan anledning. För att öka möjligheten till valida data fick

klienterna både muntlig och skriftlig information om hur data skulle hanteras i studien, exempelvis att deras namn inte skulle finnas med i rapporten eller att obehöriga inte skulle ha tillgång till databasen. Dessutom försäkrades alla klienter om att deras uppgifter inte skulle delges andra myndigheter. En del klienter nämnde intresset för eller vikten av att bidra till forskning, vilket kan indikera en önskan att ge så riktiga svar som möjligt. Trots klienternas vilja eller motiv att svara så gott som de kunde på de frågor som ställdes är det fortfarande möjligt att enkäten fångar upp en selektiv bild av klienternas verklighet. Vad gäller några utfallsmått så som cannabisintag skulle man ha kunnat samla in kompletterande data vilket är vanligt i utvärderingsforskning, exempelvis genom urinprov. Men detta var inte möjligt i denna studie. Andra studier visar att självskattning av drogintag kan ligga både under och över resultat från urin- och salivtester (Macdonald m.fl., 2014) och att självrapport kan anses som en nödvändighet i många studier (Harrison, 1997). Ett objektiva utfallsmått som används i denna studie är däremot fördelningen mellan planerade eller oplanerade behandlingsavslut.

4.1.2 Bortfall och urvalets representativitet

Det finns tre dimensioner av frågan om bortfall i studien: i) hur representativa är de 60 klienterna i studien för gruppen klienter med cannabisproblem, ii) hur representativa är de som genomförde sin behandling för klientgruppen, iii) hur representativa är de som fyllde i avstämnings- och utskrivningsenkäter för de som genomgått en behandling? De 60 klienter som ingick i studien representerar 48% av de möjliga klienterna, där 37% tackade nej och ytterligare tolv procent aldrig kom igång med sin behandling. De var därmed inte aktuella för studien.⁷⁰ I jämförelser med andra forskningsstudier skulle

70. Resterande 3% missades.

bortfallet på 52 % kunna anses större än vanligt, där bortfallet brukar ligga runt 30 %. I Hoch m.fl. (2014), som också genomförde en studie av öppenvårdspraktik (även om det här fanns en hög grad av styrning av behandlingsmodellen från forskargruppens sida), var det 40 % som tackade nej och 8 % som aldrig kom igång. I jämförelse med Hoch m.fl. (2014) är alltså bortfallet i föreliggande studie nästan detsamma. Denna studie av Behandlingsgruppens praktik *som den är*, avsåg att begränsa påverkan från involverade forskare. Ambitionen var således att till studien rekrytera ett representativt urval av klienter som genomgår behandling. När det gäller de som aldrig kom igång med sin behandling finns det antagligen ett flertal anledningar. En del kan ha velat fortsätta använda cannabis, andra tyckte måhända inte om behandlingsupplägget som presenterades för dem och för en del kanske tiden inte uppfattades som den rätta för att komma igång med behandling. Då studien rör behandlingsprocesser och utfall för den grupp som faktiskt genomgår behandling i normalfallet, blir det mindre relevant att undersöka orsaker till "avhopp". Men frågan är samtidigt om det finns systematiska skillnader mellan den grupp som tackade nej till att vara med i studien och studiens klienturval. Hur valid blir kunskapen som presenteras i denna rapport för hela gruppen klienter med cannabis som primärdrog, om kunskap endast byggs på de som tackade ja till att vara med i studien? Det är en fråga som behöver beaktas när man tolkar innebörden för praktiken.

I vissa utfallsstudier av behandling väljer forskaren att göra en så kallad ITT-analys ("Intention to treat" – ungefär Avsikt att behandla). I en sådan utvärderingsmodell får även utfallsresultat för de klienter som hade för avsikt att ingå i behandlingen men inte började eller fullföljde den bidra till det slutliga utfallsresultatet. Med andra ord "mäter" man utfallet av en behandling som inte genomfördes. En sådan modell kan emellertid kritiseras, vilket bland andra Harré och Secord (1972) och Pawson och Tilley (1998) gjort. De konstaterar att man istället borde undersöka den faktiska interventionen som genomfördes och huruvida den fungerade (ett upplägg som här betecknats som en "realistisk" design). I en sådan (realistisk) ram blir frågan om de som inte fullföljde sin behandling (det vill säga klienter med oplanerade avslut) mindre viktig för utfallsresultatet. Med andra ord bör resultat om utfall endast inbegripa de klienter som faktiskt genomgått den behandling som studerats. Andelen klienter som inte fullföljer be-

handlingen är fortfarande viktig, men då utifrån frågan i vilken mån behandlingen fungerar för att hålla klienter kvar, men detta är mer ett process- och inte ett effektmått. En begränsad analys gjordes också inom denna studie av eventuella skillnader mellan klienter med planerade och oplanerade avslut för att öka förståelsen för hur behandlingen skulle kunna utvecklas för att öka andelen som stannar kvar i behandling.

Det är också en fråga om huruvida de klienter som exempelvis fyllt i utskrivningsenkäter är representativa för klienter som genomgår behandling. Från 27 klienter med planerat avslut som ställt sig villiga till att delta i studien samlades 21 utskrivningsenkäter in. Detta blir 74 % av gruppen som genomgick behandling och ger därför en god täckning av denna grupp – alltså klienter som genomgår en behandling enligt plan. Antalet klienter (21) skulle kunna anses som ett sådant litet antal personer att det inte går att uttala sig om behandlingsutfall. Det finns (minst) tre argument mot detta. För det första ger detta antal en god täckning (74 %) av de som faktiskt genomgår behandling. För det andra är urvalet tillräckligt stort för att statistiskt kunna upptäcka mellanstora förändringar (effektstorlek) i utfall, vilket borde vara av betydelse för praktiken. Det tredje argumentet handlar om en realistisk syn på att ta fram kunskap om en verksamhet som den är; att det är bättre att ta fram kunskap på ett transparent sätt och belysa dess begränsningar med ambitionen att stödja en utveckling.

4.1.3 Varför ingen kontroll- eller jämförelsegrupp?

Denna studie använde ingen kontroll- eller jämförelsegrupp. Detta är vanligt i experimentell forskningsdesign för att främst kunna uttala sig om kausalitet. Tanken är att man jämför resultaten av en behandling mellan jämförbara grupper, exempelvis genom att klienter randomiseras till behandling eller placebo/icke-behandlande kontakt. Förutom etiska och praktiska svårigheter med att kunna randomisera klienter till behandling eller ej, får denna modell också en del kritik från både vetenskapsteori (exempelvis Harré och Secord, 1972) och från "realistisk" utvärderingsteori (Pawson, 2013). Denna studie hade för avsikt att ha en "realistisk" ram. Inom en sådan ram undersöks de förändringsmekanismer som genererar utfallet och på så vis skapas förståelse för kausala samband. Visserligen är det intressant att jämföra utfallsresultat med andra typer av behandlingar men detta kan göras genom att titta på

andra forskningsstudier – dock med beaktande av skillnader mellan urvalen i studierna. Man kan också anförda att möjligheten att använda kontrollgruppen skulle ha varit klart begränsade då det ändå skulle ha varit svårt att få ett tillräckligt stort antal klienter i studien och att behandlingstiderna är så varierade och ganska långa. Det skulle ha handlat om att förändra det upplägg som finns hos Behandlingsgruppen, vilket inte var avsikten i studien.

4.1.4 Det begränsade urvalet och frånvaron av multivariata analyser

Ett centralt mål i en "realistisk" studie är att kunna analyserna resultat efter olika typer av personer med olika typer av behov. Pawson (2013) hävdar när det gäller samhällsinterventioner att det alltid finns "vinnare" och "förlorare" i en viss intervention. Knepet är att förklara varför interventionen fungerat, för vem och under vilka förhållanden. Sådan var också intentionen i denna studie: att genomföra analyser av utfallsresultat för de sju undergrupperna i behandlingsmodellen. Exempelvis; hur samspelar psykisk ohälsa och förändrat cannabismissbruk för en lyckad behandling? Det låga slutliga antalet klienter innebar att en sådan analys inte var möjligt att genomföra. Det betyder att den erfarenhetsbaserade kunskapen från behandlarna kring undergrupper, deras behov och behandlingsförlopp fortfarande behöver kompletteras. I resultatredovisningen har vi försökt att koppla ihop resultaten med kunskap om undergrupper. Förhoppningen är att denna studie ändå har höjt kunskapsnivån om vilka förändringsmekanismer som fungerar för vilka av klienternas behov.

4.1.5 Behandlareffekt kontra behandlingsmodellen

Behandlarnas kunskap om sin praktik fångades upp och beskrevs i behandlingsmodellen. Denna modell har drag av en idealtypisk modell där ambitionen var att identifiera gemensamma faktorer som de flesta behandlare gav uttryck för. Problemet med sådana modeller är att det begreppsliggörande arbetet nödvändigtvis blir en förenkling av ett gediget och långsiktigt arbete. Att modellen skulle ge en så god bild som möjligt av det faktiska arbetet eftersträvades genom att den togs fram och senare diskuterades tillsammans med de anställda i Behandlingsgruppen. Ett rimligt antagande är därför att modellen till stor del speglar det faktiska arbete som sker, men också att det finns variationer mellan behandlarna och i förhållande till olika klienter. Modellen blir

därför ett slags ramberättelse. Anledningen till att modellen togs fram var dels att den var ett sätt att beskriva arbetet på, dels att den var ett redskap för utvärderingen. Utifrån Wampolds (2001) common factors-modell kan man säga att behandlingsmodellen särskilt avser att återge vissa av de gemensamma faktorerna, så som de framkommer i processmöten med behandlare och forskare. Här kan man göra en jämförelse med om utvärderingen skulle ha använt en design som är vanligare inom medicinsk forskning, där man skulle ha kunnat förvänta sig att en viss avgränsad terapeutisk riktning skulle ha undersökts för en viss specificerad grupp, exempelvis KBT för personer med cannabisberoende. En sådan modell skulle dock inte ha varit möjlig här då arbetet inom Behandlingsgruppen innefattar en bred flora och korsbefruktning av olika terapeutiska utbildningar och det fanns inte tydligt beskrivet hur de kopplades samman. Det var inte heller studiens utgångspunkt att göra en utvärdering med stöd i den medicinska modellen, utan att studera behandling så som den faktiskt tog sig uttryck i praktiken. Inte heller var avsikten att jämföra utfallsresultat på behandlarnivå.⁷¹

Trots detta är det möjligt att en behandlareffekt kan ha funnits. Genom att anta att behandlarna arbetar enligt modellen som en redan implementerad praktik har studien inte undersökt hur nära modellen behandlarna har arbetat. Det går att ställa några försiktiga frågor kring hur väl modellen följdes utifrån hur klienterna beskriver behandlingen under intervjuerna, men man måste också ta hänsyn till att klientperspektivet handlar om klienters upplevelser och kan därför inte rakt av användas som en redovisning av vad behandlarna gjorde eller ej.

71. Detta var inte statistiskt möjligt att göra i denna studie, oavsett avsikten.

4.2 Analys av resultaten

Med dessa begränsningar i åtanke vänder vi nu blicken mot innebörden av resultaten. Här utgör behandlingsmodellen den främsta referenspunkten, men vi diskuterar också behandlingspraktik i övrigt gällande personer som använder cannabis. Genom att sätta klienternas uppfattningar om sina förändringsprocesser i relation till utfallsresultatet och behandlingsmodellen är tanken att skapa förståelse för modellens styrkor och kapacitet såväl som att diskutera hur behandlingsarbetet kan läggas upp för dem som får behandling och även för att nå fler. Målet är att ge förslag på hur behandlingskontext, förändringsmekanismer och behandlingsutfall kan hänga samman. Till stöd för denna idé lånas en modell från Pawson och Tilley (1998). Se figur 42 nedan.

En analys av kontexter, mekanismer och utfall följer var och en för sig för att sedan följas upp med en bild av hur dessa aspekter kan tänkas hänga samman. Avslutningsvis följer en diskussion om innebörden för praktiken.

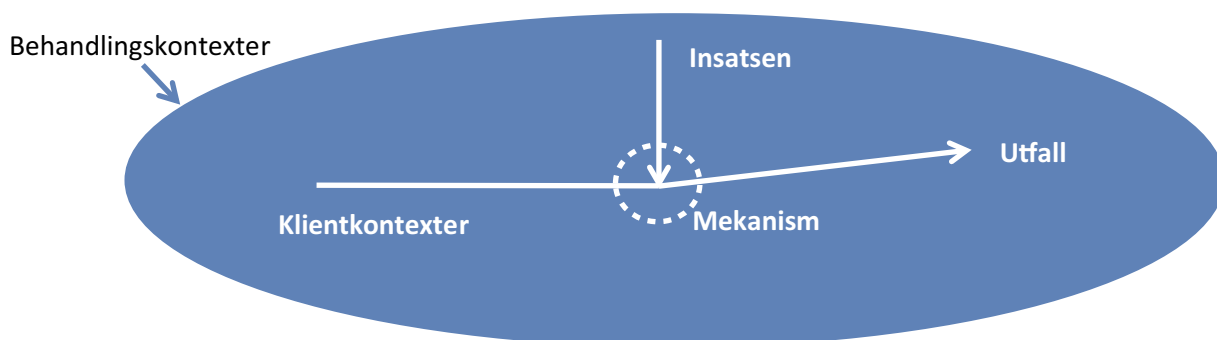
4.2.1 Behandlingskontexter

En samhällsbaserad intervention består alltid av en rad kontexter som ska mötas. Såväl behandlarna, deras kompetens och intresse som de mottagningsmässiga och övergripande organisatoriska kontexterna ska möta klienter med deras olika livsvillkor, behov, viljor och förväntningar om behandling. Bland behandlarna finns erfaren och välutbildad personal. Behandlarna erbjuder huvudsakligen individuella samtal med både drogrelaterad och mer övergripande psykoterapeutisk inriktning. Det finns också en stödjande team- och organisatorisk struktur, där en specialiserad drogmissbrukskompetens kan samlas och främjas. Behandlarna får även handledning efter önskemål. Den variation av utbildningar och erfarenheter som behandlarna

förfogar över kan tänkas ge goda förutsättningar för att kunna matcha klientens behov med "rätt" behandlare. I föregående rapport från detta projekt (Turner, 2014) och i figur 2 i denna rapport, påtalas risken att missa att matcha klientens behov och behandlarnas intresse och kompetens. Matchning här avser inte en matchning mellan klientens behov och psykoterapeutiska inriktning eller skola (vilket Common factors-teori talar emot). Det som avses är en matchning med en behandlare som har en viss kunskap och/eller kompetens. Delrapporten beskrev att det fanns en variation vad gäller behandlarkompetens hos Behandlingsgruppen. Exempelvis fanns det några behandlare som arbetade med ett anhörigperspektiv medan andra inte gjorde det; några behandlare var vana att samverka medan andra upplevde att detta låg utanför deras roll; klienter med mer komplexa psykologiska problem kunde tas emot av några behandlare men inte av andra och så vidare. Vad som kan bli viktigt är att klienter med dessa behov – exempelvis familjearbete, samverkan och mer komplexa psykologiska problem – matchas med en behandlare som har kompetenser att möta dessa behov. De tre mottagningarna som är aktuella i studien har sinsemellan något olika sätt att koppla samman nya klienter med behandlare. Vidare tog rapporten upp att det fanns ett behov av kunskapsutbyte mellan mottagningarna – och inom Behandlingsgruppen oavsett mottagningstillhörighet – för att undersöka hur behandlingserbjudandena kunde tydliggöras, möjligen för att skapa ett mer enhetligt erbjudande. Vidare uppmärksammades i rapporten att det fanns ett allmänt behov av att förbättra samverkan och därmed öka tydligheten kring ansvar och rutiner för denna.

När det handlar om de klienter som sökte sig till Behandlingsgruppen fanns det såväl homogena som heterogena aspekter. De förra handlade om kön, främst män (87%) och etnicitet (Sverige som

Figur 42 – Förklaringsmodell för den realistiska analysen



födelseland, 77%). Nästan alla hade också en bostad där merparten hade egen bostad. De flesta var utbildade till och med gymnasienivå eller högre och enbart 7% hade inte fullföljt grundskola. Nästan samtliga hade minst en person i sitt sociala nätverk som kunde fungera som ett stöd. Studiedeltagarna gjorde höga skattningar av hur redo de var och även av den förmåga de hade att genomföra en förändring. Inga klienter hade tidigare haft LVM-vård och nästan inga LVU. Med stöd av enbart dessa uppgifter får man en bild av en relativt stabil och motiverad grupp som då skulle kunna indikera positiva utgångspunkter för att genomföra och förhoppningsvis lyckas med ett förändringsarbete av detta slag. Klienterna vara emellertid också lika när det gäller psykisk ohälsa, med 85% som upplevt problem någon gång i livet och där mellan en tredjedel och hälften upplevt sådana problem under de senaste sex månaderna före inskrivning. De vanligast förekommande psykiska problemen – svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig och allvarlig ångest – hade debuterat under tonåren. Nästan två tredjedelar hade upplevt allvarliga problem, så som missbruk och våld, under sin uppväxt. Självkänslan var också lägre än man skulle ha förväntat sig i en "normalgrupp". Det framkommer alltså en något tudelad bild av klientgruppen där den å ena sidan hade relativt goda sociala förutsättningar och å andra sidan var ganska belastad när det gäller psykisk ohälsa och eventuella traumatiska upplevelser från barndomen.

Variationen var större bland klienterna i fråga om ålder, ekonomisk situation och eventuellt också när det kom till inställning till eller mottaglighet för behandling. Det fanns en koncentration av unga vuxna mellan 20 och 30 år och sedan en spridning i åldern upp till 60 år. Hur länge man använt cannabis varierade på liknande sätt (vilket kan förklaras av att de flesta begick sin cannabisdebut under tonåren). Strax under hälften (45%) hade inkomst från någon form av särskild ersättning eller bistånd, och en nästan lika stor del hade inkomst från eget arbete. En tredjedel hade anställning medan resterande var arbetslösa, sjukskrivna, studerade eller hade annan sysselsättning. Hälften var oroade över sin ekonomi. Det fanns också en variation när det gällde vem som var initiativtagare till att söka kontakt med Behandlingsgruppen. Den största gruppen avsåg de som sökte själva (65%), återstoden hade fått hjälp av andra personer som inspirerade eller tryckte på för att de skulle söka behandling. En dryg tredjedel hade sökt hjälp från någon vårdgivare tidigare, men inga av dessa tyckte att de fått önskat stöd. Omkring 15% av den totala klientgruppen hade tidigare ne-

gativa erfarenheter av behandling. Hos en mindre grupp klienter skulle man kunna tänka sig att det initialt fanns ett motstånd eller i alla fall tveksamhet inför behandlingen; de som inte sökt själva och som hade med sig negativa upplevelser från tidigare behandling. Man kan också konstatera att det fanns en stor undergrupp – nästan hälften av klienterna – som upplevde större ekonomisk utsatthet, och där förändringsprocesser inte enbart relaterade till missbruket utan också till frågor om arbete och sysselsättning. Det är också tänkbart att förändringsprocesser inom olika livsområden antingen kan motverka eller förstärka varandra, exempelvis att möjligheten till ett arbete skulle kunna verka positivt för motivationen att sluta med ett drogmissbruk.

I den behandlingsmodell som tagits fram återfinns till stor del de grupper som ingår i denna undersökning. Med andra ord har behandlarna haft en relativt god bild av vilka klientgrupper de möter, vilket självklart är positivt på det sättet att de kan tänkas ha utvecklat mer specifika bemötanden för olika grupper. Behandlarna nämnde exempelvis att de var tvungna att ha beredskap för att stödja äldre klienter med ett långt missbruk såväl som unga vuxna, de med psykiska problem och de som kommer från samverkanspartners, och då vara uppmärksam på hur motivationsarbetet skulle kunna läggas upp. Det är här också värt att understryka att det inte enbart är klienter som kommer från samverkanspartners som skulle kunna ha svårare att utveckla en egen motivation, utan även de som överhuvudtaget kommer på någon annans initiativ och/eller har negativa erfarenheter av tidigare behandling. Att utforska "var klienten är" utgör, oavsett vem som tog initiativ till kontakt, en central del i förhållningssättet. Ett sådant utforskande skulle också kunna innebära att man tar reda på vilka förväntningar klienten har på behandlingen, där också tidigare behandlingserfarenheter lyfts fram. Något som skulle kunna uppmärksammas mer i arbetet på Behandlingsgruppen är den stora grupp som har eller har haft psykisk ohälsa och allvarliga problem i sin uppväxtmiljö. Även om det inte alltid finns ett direkt samband mellan att ha erfart svåra upplevelser i barndomen och senare problem, så föreligger det en ökad risk för psykiska besvär eller missbruk senare i livet (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014). Man kan här också konstatera att Behandlingsgruppen möter en grupp med utvecklade problem, vilket understryker betydelsen av en sådan medvetenhet. Om och i så fall på vilket sätt som frågor kring psykisk ohälsa och eventuella barn-
domstrauman och liknande tas upp i behandlingen kan inte besvaras inom ramen för denna studie. Det

kan säkerligen vara så att klienter inte vill dyka djupt ned i sin barndom vid de första besöken eller överhuvudtaget. Det finns också goda skäl till att ta itu med deras användning av cannabis, oavsett sådana problem. Men det kan likväl vara så att några klienter ganska snabbt efter avvänjningen behöver växla fokus från behandlingen för sitt drogmissbruk till ett mer psykoterapeutiskt arbete med fokus på psykiska problem, besvärliga uppväxtminnen och traumatiska händelser (en annan fråga är vilken vårdgivare och under vilka former som sådan behandling kan erbjudas). I vilket fall som helst talar några klienter i intervjustudien om en känsla av att vara färdig ganska snabbt med avvänjningen och/eller ett behov av att prata om mer än cannabis, dess effekter eller användning. Cannabis fungerade för flera klienter som en sköld antingen mot psykisk ohälsa eller mot annan form av oro och bekymmer. Utan cannabis kunde dessa problem framträda mycket starkare. Värt att notera är den spridning som fanns bland dem med upplevelser av psykisk ohälsa, kognitiva svårigheter och ångest. Upplevelser av dessa besvär fanns såväl bland de som hade anställning och de som inte hade det och också bland de med större respektive mindre ekonomiska bekymmer. Detta nyanserar förståelsen kring "de väletablerade" klienterna – en av undergrupperna i behandlingsmodellen. De kan ha fast arbete, eget bostad med mera, men ändå ha underliggande psykiska problem.

Det verkar också finnas en undergrupp av klienter som inte finns identifierad i behandlingsmodellen: de arbetslösa. Det är svårt att dra några slutsatser utifrån siffrorna om arbetslöshet och ekonomi om huruvida arbetslösheten hängde samman med klienternas drogproblematik. I vilket fall kan man säga att en förbättrad ekonomi och en meningsfull sysselsättning generellt skulle kunna förbättra förutsättningarna för att ta sig ur ett missbruk. I intervjuerna gav klienterna exempel på hur viktigt det var att komma igång med sysselsättning så som arbete eller studier (detta diskuteras mer under avsnittet Förändringsmekanismer). I en kontext med en behandlingsmodell som huvudsakligen erbjuder individuella samtal med en psykoterapeutisk inramning väcks frågan om hur dessa klienter och deras behov i fråga om sysselsättning bör hanteras. Visserligen har behandlingsmodellen en ambition om samverkan och att koppla in externa insatser. Å andra sidan antyder siffrorna rörande gruppsamtal – där bara 10% av klienterna hade samtal med anhöriga eller andra personer – att denna del av modellen inte praktiseras fullt ut. Delrapporten tog också upp att det skiljde sig mellan behandlarna vad gäller om man erbjuder

en behandling där samverkan skulle kunna vara en väsentlig del. Några behandlare arbetade inte med ett sådant samverkansperspektiv. Av intervjuerna framgår att klienterna i dessa frågor får göra arbetet själva, exempelvis kunde Robin och Charlie hitta ett arbete genom det egna sociala nätverket. Behandlaren kan naturligtvis ha spelat en roll genom att exempelvis ha uppmuntrat och stött klienten i att hitta lämpligt arbete. Det går inte att helt bortse från att faktorer av denna art (arbete, sysselsättning och ekonomi) kan spela en väsentlig roll för att åstadkomma avgörande livsförändringar. Och på samma sätt som när det gäller behovet av terapeutiskt stöd för psykologiska besvär, är det inte säkert att det är just Behandlingsgruppen som ska stå för detta bistånd. Poängen här är enbart att ge en helhetsbild av klienternas behov, och peka på vad som också för vissa klienter skulle kunna uppmärksammas mer.

4.2.2 Förändringsmekanismer

I vilken mån olika förändringsmekanismer får genomslag kan återföras till den serie av val som en person gör under en förändringsprocess (Pawson, 2013). När det gäller behandling handlar de valen om ställningstagande kring resurser och kapacitet som behandlaren erbjuder. Valen i sig kan betraktas som förändringsmekanismen, och då är det inte enbart fråga om ett val utan om en mångfald. Det är i många fall osannolikt att det finns en enda helt dominerande orsak till förändring (myten om monokausalitet, Miles och Shevlin, 2001). Snarare kan en intervention erbjuda nya valmöjligheter som kan "nudda" en person och påverka hans val och därmed förändringen i en viss riktning (Thaler och Sunstein, 2008 i Pawson, 2013). Man kan därför se på behandling som en kedja av val som relaterar till förändringsmekanismer som klienterna exponeras för, från det att de påbörjar behandlingen till att de har ett hållbart liv där cannabis inte styr. Vilka är de små och ibland osynliga val som klienterna gör – och som behandling möjliggör – som leder till minskad användning av cannabis? Att besvara en sådan fråga innebär med nödvändighet förenklingar där man på en abstrakt nivå försöker beskriva en komplex resa när det fungerar som bäst. Genom att förstå vilka mekanismer som kan vara i rörelse ökar möjligheten att behandlingen främjar dessa.

Utifrån en analys av klienternas perspektiv framträder en bild av fem eventuella förändringsmekanismer:

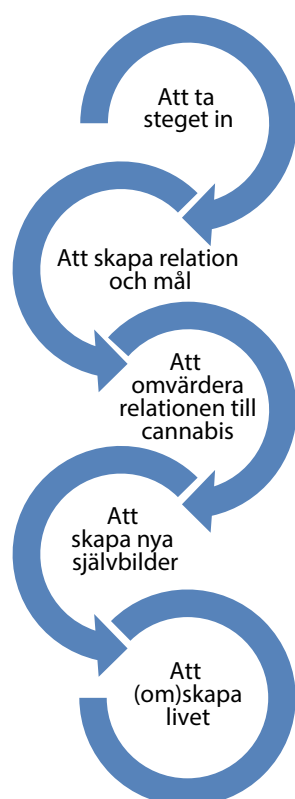
- Att ta steget in i behandling
- Att bli bemött för vem man är
- Att omvärdera relationen till cannabis

- Att skapa nya självreflektioner eller självbilder
- Att (om)skapa livet

Dessa mekanismer bygger på teman från analysen av klientintervjuerna, med undantag av den första förändringsmekanismen som bildas av de två första temana i avsnitt 3.2: Rädslan för avslöjandets konsekvenser och Cannabis som en sköld/Att våga ställa sig skyddslös. Medan Rädsla-temat handlar om processen innan klienten tar steget att kontakta en behandlingsmottagning, handlar det andra temat om klientens tankar och känslor inför att ta bort "skölden". Båda delarna – oron inför att kontakta "myndigheterna" och oron inför vad som ska hända och vem man blir utan cannabis – är en del av de tankar som klienterna kan behöva gå igenom när de tar steget till att påbörja behandling.

Man kan sätta dessa klientbaserade bilder av förändringsmekanismer i relation till behandlarnas kunskap (från förhållningssättet i behandlingsmodellen, se figur 4, men också delrapporten, Turner, 2014). Här identifierades fem mekanismer som visas i figur 43.

Figur 43 – Förändringsmekanismer i behandling av cannabisproblem



Att ta steget in diskuterades ovan utifrån klientperspektivet men inbegriper också från behandlarens sida det goda bemötandet från början och en grund-

läggande respekt för klienter och att de är experter på sina egna liv. Det handlar om att klienten mot bakgrund av en viss rädsla eller oro för avslöjandets konsekvenser, ändå har vågat ta kontakt med en behandlingsmottagning. För de klienter som kommer till Behandlingsgruppen från samverkanspartners, så som socialtjänsten, kan steget in också innebära ett eventuellt motstånd med känslor av tvång såväl som tankar som kanske andra klienter har kring hantering av sekretess och anonymitet. **Att skapa relation och mål** bygger på temat Att bli bemött för den man är från analysen av klientintervjuerna. Klienten känner en växande tillit till behandlaren genom det icke-dömande och nyanserade bemötandet. Från behandlarens sida handlar denna mekanism om att utforska var klienten befinner sig, att bygga alliansen och skapa förtroende för behandlingsupplägget. Ställd inför detta förhållningsätt får klienten en känsla av "att göra tillsammans" och jämbördighet i målskapandet. Det handlar om att skapa behandlingsmål och ett upplägg som klienten kan tro på och som upplevs bygga på de egna bekymren och behoven. Med andra ord: det individuella fokuset. **Att omvärdera relationen till cannabis** syftar delvis till samma tema i intervjuerna. Behandlaren utreder klientens grad av cannabismissbruk, arbetar med uppfattningar kring beroendet, exempelvis genom att använda andra klienters (anonyma) berättelser kring sina upplevelser. Här kan också avväjningsinsatser ingå. Det som verkar viktigt är dock omvärderingen av den egna relationen till cannabis; vilken roll cannabis har haft i klientens liv, en tydligare bild av negativa upplevelser och påverkan på den egna livsutvecklingen. Exempelvis kan en avväjning skapa möjlighet för klienten att med behandlarens stöd utforska hur det är för klienten att vara utan cannabis. I denna diskussion blir det görligt för klienten att börja skapa nya förståelser för relationen till cannabis. **Att skapa nya självbilder** rör behandlarnas kunskaper kring att klienten behöver stanna kvar i behandling efter avväjning, att behandlingen har en del kvar att uppnå. Här gäller det att hålla kvar mål och fokus och inte släppa taget om klienter som känner sig färdiga direkt efter avväjning. Denna mekanism handlar om att skapa nya självbilder, att träna upp sin självanalys och självförståelse. Inför en ny självanalys och självreflektion kan behandlaren stödja klienten att exempelvis lära sig att hantera livet – tankar, känslor, andra människor – på ett annat sätt än med cannabis. Det blir en självbild eller ett tankesätt med ledorden "jag klarar detta utan cannabis". Den sista mekanismen handlar om **att (om) skapa livet**. Redan i behandlingsmodellen fanns

teman kring återuppbyggnad av identitet utan cannabis och att återskapa ett drogfritt liv. För klienten handlar denna mekanism om eventuella förändringsprocesser både av det sociala livet och i fråga om sysselsättning. Exempelvis kan det vara viktigt för en klient att hantera befintliga sociala relationer, medan familjen eller att få arbete kan vara den väsentliga punkten för en annan. Det gäller att klienten ges möjlighet att reflektera över vilka områden i livet som behöver skapas om och att hen får eventuell stöd för att genomföra det. Inom ramen för denna reflektion får klienten en bild av vad det är som krävs av honom eller henne, men också av andra för att skapa ett delvis nytt liv. Här kan behandlaren behöva samverka med andra aktörer och koppla in externa insatser. Klienterna kan ha mer eller mindre tydliga bilder av vilka problem de har kvar att arbeta med i det nya livet, men en viktig del i denna sista mekanism i processen är att hjälpa klienten att förstå vilka andra personer som kan utgöra eller faktiskt redan är ett stöd i denna nyorientering av livet.

Presentationen av förändringsmekanismerna bygger på en analys av individuella berättelser, både från klienter och behandlare, men har ambitionen att säga någonting övergripande om hur behandling *kan* gå till i en ideal eller optimal situation. Därav följer att om en mekanism inte är i rörelse så blir utfallet mindre lyckat. Det är med hjälp av denna ram för hur behandling kan fungera som man sedan kan börja förklara utfallsresultat.

4.2.3 Behandlingsutfall

På ett övergripande plan kan man konstatera att drygt hälften av klienterna avslutar sin behandling på ett oplanerat sätt och av de som avslutar på ett planerat sätt använder de flesta – cirka fyra femtedelar – inte cannabis alls eller så gör de det i ringa omfattning⁷². Med andra ord ser man ett lyckat utfall för cirka 40 procent av klienterna när det gäller att avsluta behandlingen med en minskad användning av cannabis. Det är svårt att jämföra med andra studier vad gäller utfallsresultat då det inte finns studier om liknande svenska öppenvårdsformer. Om man jämför med Hoch m.fl. (2013), vilket är den studie som kanske ligger närmast vad gäller behandlingspraktik, ser man att 65 procent av klienterna fullföljde behandling, det vill säga att det fanns utskrivningsbedömningar. Av dessa hade 46 procent negativa urintest för cannabis vid utskrivning. Att använda urintest kan ge en lägre andel klienter än om man hade använt självskattning. Med

reservation för denna osäkerhet går det att konstatera att andelen ”lyckade fall” i Hoch m.fl. (2013) inte ligger långt över Behandlingsgruppen resultat.⁷³

När det gäller de som inte fullföljde sin behandling, det vill säga de med ett oplanerat avslut, vet vi inte så mycket om anledningarna till att behandlingen inte fullföljdes. Analys av inskrivningsinformation visar att psykologiska problem förmodligen spelar roll. Vad gäller klienter som uppgav att de hade svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig även när de inte använde droger var det tre gånger vanligare att avsluta sin behandling på ett oplanerat sätt. Andelen som uppgav problem med sin planeringsförmåga var dubbelt så stor bland de med oplanerade avslut. Eventuellt kan klienter med psykiska problem så som ångest spelat roll för om en behandling fullföljs (men detta kan inte styrkas statistiskt med detta urval klienter). Om initiativtagaren till behandling var någon annan än klienten själv verkar också vara en viktig aspekt. Dubbelt så många klienter som själva tagit initiativ till att påbörja en behandling fullföljde den också jämfört med när initiativtagaren var någon annan. Detta är viktigt apropå kraven på biståndsbedömning för behandling; initiativet kan i vissa fall komma från klienter vid biståndsbedömning, men det kan också tänkas vara mindre vanligt. Undersökningen som syftade till att ta reda på mer om klienternas skäl till att avsluta behandlingen oplanerat avslöjade huvudsakligen hur svårt det är att få kontakt med dessa klienter. Bland dem som ändå gick att få kontakt med kom det också fram att klienter med ”oplanerat” avslut ändå kan ha en positiv erfarenhet av behandlingen. Var det så att dessa klienter inte var i behov av ett längre behandlingsupplägg än vad de fått, med resultatet att de lämnade behandling med upplevelsen av att ha uppnått sina mål? Då det inom ramen för den här studien enbart varit möjligt att få kontakt med fyra individer, trots upprepade kontaktförsök, går det inte att dra några långtgående slutsatser. I vilket fall som helst kan det vara värt att lyfta frågan om det skulle gå att öka andelen med planerade avslut; skulle det exempelvis finnas behov av ett korttidserbjudande med tydligt fokus?

För klienter med ett planerat avslut ser man i enlighet med behandlingsmodellen en rad andra positiva utfall vid sidan om minskad droganvändning. Oron kring det egna drogintaget minskade både vid avstämning och vid utskrivning. Kognitiva problem

72. En dag i veckan eller mindre.

73. Och Hoch m.fl. (2013) rapporterar i sin tur att deras resultat ligger i linje med den internationella forskningen.

som brukar hänga ihop med en regelbunden användning av cannabis minskade, i första hand med avseende på verbalt uttryck och gestaltminne. Oron över den personliga ekonomin minskade, vilket kan hänga ihop med minskat inköp av cannabis (annars kunde inga stora förändringar noteras för andra socio-ekonomiska faktorer så som boende, försörjning eller arbetssituation; möjligen beroende på att klientgruppen generellt låg nära "normala" nivåer för dessa faktorer). Oron över egna relationer minskade också, i synnerhet för dem med höggradig oro. Andelen personer i det sociala nätverket som använde cannabis minskade redan vid avstämningen och det höll i sig vid utskrivningen. Andelen klienter som uppgav att de hade psykiska problem var i regel mycket lägre än vid inskrivning, även om omkring en femtedel av klienterna fortsatt hade besvär av kognitiv art och en lika stor andel uppgav sig alltjämt ha ångestproblematik. Självkänslan förbättrades under behandling vilket främst gällde dem som hade väldigt låg sådan initialt. Både vid avstämning och utskrivning skattades relationen till behandlaren högt, och vid dessa tidpunkter ansåg de flesta klienter att behandlaren hade stor betydelse för förändringen. Vänner och familjen hade i lägre grad betydelse för förändringsprocessen.

En del i en utvärdering är att kunna förstå för vem interventionen har fungerat mindre bra (och också att förstå varför). Det ger möjlighet att justera erbjudandet eller hur behandlingen läggs upp. Här bör man fästa uppmärksamhet vid om behandlingen fungerat fullt ut avseende de med psykologiska problem, i synnerhet klienter med kognitiva svårigheter och ångestproblematik. Under behandlingen ökade andelen klienter med dessa problem, vilket till viss del kan hänga ihop med försök att minska användningen av cannabis. Med andra ord kan ångestnivån stiga när cannabisintaget minskar. Andelen klienter som upplevde att de hade problem med sin planeringsförmåga minskade visserligen under behandlingen, men den låg fortfarande kvar på runt en femtedel av klienterna vid utskrivningen. Detta är samma andel som uppgav ångest och svårigheter med att förstå, minnas eller koncentrera sig. Dessa resultat kan relateras till att när cannabisnivån minskar (eller snarare halten av lagrad THC) är det vanligt att uppleva ökad ångest, på grund av avvänjningssymptom och även mot bakgrund av att "skölden" mot underliggande problem tas bort.⁷⁴ I behandlingsmodellen uppmärksammas att klienter

med psykisk problematik kan uppleva att situationen förvärras utan cannabis och därför kan fortsatt psykologiskt stöd krävas. Det går inte att dra tillförlitliga slutsatser om de fyra klienterna med ett planerat avslut som fortsatte att använda cannabis regelbundet efter behandlingen. Dessa var i blandade åldrar, en hade fast anställning och tre hade ekonomiska bidrag i olika former. Alla fyra skattade sin förmåga till förändring, liksom hur redo de var att genomföra den, högt (i likhet med de flesta klienter). De flesta av dem hade också själva tagit initiativ till kontakten med Behandlingsgruppen. I gruppen fanns också blandade skattningar av behandlingsalliansen, olika värden på självkänsla och även rörande känslan av hopp inför framtiden. Hälften eller flera av deras vänner använde också cannabis. De angav också olika anledningar till användningen. Alla fyra hade dock olika psykiska problem, både vid inskrivning och vid utskrivning. Ingen hade haft grupp/samverkanssamtal. Enligt behandlingsmodellen kan klienter med bakomliggande psykiska problem behöva fortsatt stöd och samverkan med andra aktörer kan bli aktuellt. Om man utgår från denna modell så skulle man kunna misstänka att behandlingen var mindre lyckad för just de klienter där fortsatt stöd och/eller samverkan med andra verksamheter krävdes. Detta antagande får ett visst stöd från analysen av intervjuer med klienterna, exempelvis Daniel som kände att han led av sina psykiska besvär och inte kunde hantera sina stress- och ångestkänslor utan att vända sig till cannabis. Man kan ställa sig frågan om en psykologisk intervention så som Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT)⁷⁵ riktad just mot hantering av ångestkänslor hade kunnat hjälpa Daniel. Här kan man ställa sig frågan om samverkan och/eller matchning mellan klientens behov och behandlarens erbjudande, eller både och hade hjälpt. Återigen när det gäller matchning menas en matchning mellan klientens behov och behandlares kompetenser och just vad hen kan erbjuda, inte dennes teoretiska inriktning/psykoterapeutiska skola.

På grund av det låga antalet klienter i studien gick det inte att studera olika utfall för olika undergrupper av klienter. Mer spekulativt kan man titta på detta utifrån analysen av intervjuerna där urvalet speglade undergrupperna i behandlingsmodellen. Den klient med psykiska besvär som också fick skapa nya självbilder, träna sin självförståelse och självacceptans – det vill säga Charlie – hade ett lyckat utfall

74. Med detta avses inte att dessa problem nödvändigtvis existerade innan cannabis kom in i bilden.

75. Se Völlestad, Nielsen och Nielsen (2012) för en metaanalys som ger stöd till mindfulnessbaserade terapier för ångest och depression och Miklowitz m.fl. (2009) för en studie av MBCT för personer med bipolär diagnos.

i behandling. Tentativt kan frågan ställas om det var den mekanismen – Att skapa nya självbilder – som inte kom igång hos de klienter med psykisk ohälsa som fortsatt använder cannabis, som exempelvis Daniel. Klienter som kommer från samverkanspartners har inte nödvändigtvis ett sämre utfall. Här var det tydligt – för Daniel och Robin – att arbetet var lika viktigt som behandlingssamtalen. Meningsfull sysselsättning var dock inte viktigt endast för klienter som kom från samverkanspartners. För klienter som hade svårigheter med att (om)skapa livet – den sista mekanismen i processen – är också de positiva utfallen färre. Detta kan relateras till den funktion cannabis hade som sköld för personen i fråga – exempelvis för Ida där cannabis utgjorde en sköld mot ”den grå vardagen” och för Lisa och Daniel där drogen blev ett skydd mot stresskänslor. Det kan återigen spekulativt tolkas som att denna mekanism inte

fungerade fullt ut för klienter som fortsatte använda cannabis. När det gäller de mer socio-ekonomiskt väletablerade klienterna får vi en bild av att de till stor del kan komma igång med omskapandet av livet själva. Linus och Glenn använde exempelvis behandling som en språngbräda för en nyorientering i livet.

4.2.4 En realistisk analys

Hur hänger behandlingskontext, förändringsmekanismer och utfall ihop? Hur ska dessa resultat tolkas för att få ett övergripande svar på frågan om vad som fungerar för vilka klienter? Figur 44 sammanfattar i tabellform en realistisk analys med målet att åskådliggöra kopplingen mellan kontext, mekanism och utfall. De första tre raderna i figuren bygger på analysen av både de kvantitativa och kvalitativa resultaten, medan de nedersta två raderna mer spekulativt endast bygger på de kvalitativa resultaten.

Figur 44 – En realistisk analys av behandlingens möjligheter

Kontext	Mekanismer i rörelse	Utfall
Behandling: individuella samtal med en drogmissbruks- och psykoterapeutisk ansats, variation mellan behandlarnas erbjudande, behov av bättre rutiner kring samverkan		
Väletablerade klienter med tämligen stabil socio-ekonomisk bakgrund, eventuellt psykiska besvär som mildare depression	Att ta steget in, att skapa relation och mål, att omvärdera relationen till cannabis, att skapa nya självbilder, att (om)skapa livet	Minskad cannabisanvändning, minskade kognitiva problem, minskad oro över relationer och ekonomi, minskad psykisk ohälsa, ökad självkänsla
Klienter med psykiska besvär så som kognitiva nedsättningar och/eller ångest	Att ta steget in, att skapa relation och mål, att omvärdera relationen till cannabis, men möjligtvis problem med att skapa nya självbilder och/eller brist på samverkan	Högre andel klienter med oplanerat avslut. För de som stannar i behandling: Bra relation med behandlaren, fortsatt användning av cannabis, fortsatta psykiska besvär
(mer spekulativt)		
Klienter som har behov av/viljan att arbeta	Att ta steget in, att skapa relation och mål, att omvärdera relationen till cannabis, att skapa nya självbilder men problem med att (om)skapa livet möjligtvis på grund av brist på samverkan kring arbetet	Olika utfall beroende på om klienten hittar arbete på egen hand.
Klienter som har svårigheter med att (om)skapa livet	Att ta steget in, att skapa relation och mål, att omvärdera relationen till cannabis, att skapa nya självbilder men problem med att (om)skapa livet	Bra relation med behandlaren, minskade kognitiva problem, minskad oro över relationer och ekonomi, minskad psykisk ohälsa, ökad självkänsla men fortsatt/återupptagen användning av cannabis.

4.3 Innebörden för praktiken

Syftet med studien var att bidra till kunskap kring hur väl behandlingen fungerar för de olika typer av klienter som man möter i Behandlingsgruppens praktik. I första hand är kunskapen som tas fram i denna rapport ett underlag för Behandlingsgruppen att använda i sin verksamhetsutveckling. Det finns också en ambition att denna kunskap kan vara till nytta för andra verksamheter som arbetar med personer med missbruk av cannabis. Innebörden för praktiken som presenteras nedan avser dock i huvudsak Behandlingsgruppen.

4.3.1 Primära förslag

Behandlingsmodellen fungerade i stort sett enligt den teori som behandlarna har. Utfallsresultaten ligger dessutom inte långt ifrån andra verksamheter med liknande behandlingsupplägg. Det innebär att behandlingsmodellen som verktyg för en lagring av behandlarnas kunskap borde tillvaratas inom Behandlingsgruppen. En viktig del i detta arbete är att närmare studera de organisatoriska riskerna i modellen, som togs upp i delrapporten (Turner, 2014) och som sammanfattas i figur 2. Dessa inkluderade behov av kunskapsutbyte för att skapa ett mer enhetligt erbjudande, att skapa processer för att matcha klientens behov med behandlarnas kompetens på samtliga tre mottagningar inom Behandlingsgruppen, och att tydliggöra rutiner och ansvar för samverkan.

En annan aspekt av behandlingsmodellen som går att utveckla är att tillämpa kunskap, exempelvis kring mekanismer och utfall, i praktiken. Till viss del speglar mekanismerna det arbete som redan görs. Poängen med begreppen i beskrivningen av de fem mekanismerna är att man skapar ett språk eller sätt att betrakta det arbete som görs. Det blir ett sätt att reflektera över huruvida behandlingen fungerar som den borde med en viss klient, eller vilka mekanismer som behöver sättas i rörelse för att behandlingsprocessen ska gå åt rätt håll.

I ett utvecklingsarbete med utgångspunkt i behandlingsmodellen är följande tre områden mest angelägna:

- klienter med psykisk ohälsa och i synnerhet kognitiva nedsättningar
- återskapandet av ett drogfritt liv
- att hitta meningsfull sysselsättning

Det finns en länk mellan **psykisk problematik**, i synnerhet kognitiva nedsättningar och eventuellt ångest, och negativa utfall i behandling. Det är mer san-

nolikt att klienter med psykiska besvär har svårare att fullfölja sin behandling. Det finns indikationer på att psykiska besvär spelar roll också för huruvida en klient under behandling lyckas minska sin cannabisanvändning. En stor andel av klienterna upplevde psykisk ohälsa och/eller hade erfarenhet av allvarliga problem under sin uppväxt. Frågan för praktiken är hur man bäst möter dessa klienter. Fem steg kan övervägas: i) hur psykiska besvär kan bedömas i förväg, ii) hur klienterna kan matchas till behandlarnas kompetenser, exempelvis så att behandlaren har kunskap om och erfarenhet av adekvata interventioner vid psykisk ohälsa, iii) vilka specifika interventioner, det vill säga utöver en individanpassad samtalsbehandling, skulle vara fördelaktiga att använda, iv) hur behandlaren ska bevaka utvecklingen av problem under behandling och i synnerhet under avvänjning, v) hur samverkan med andra verksamheter ska organiseras och vem som har ansvar för att se till att samverkan sker (där några behandlare inte arbetar med ett samverkansperspektiv). I synnerhet kan man tänka på mekanismen Att skapa nya självbilder, vilket för klienter med psykiska besvär skulle kunna handla om självförståelse och hur man hanterar negativa tankar och känslor. Som nämndes ovan finns det metoder så som Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) som har gott forskningsstöd för att uppnå detta med personer med olika typer av psykiska svårigheter.

En annan aspekt gäller användningen av behandlingsramen från HAP. De flesta behandlare använde inte HAP som ett strukturerat program, utan inspirerades mer avgränsat av kunskaper och övningar i programmet (se delrapporten, Turner, 2014). Detta kan betraktas som en slags anpassning till den blandning av klienter som kommer till Behandlingsgruppen och en erfarenhetsbaserad anpassning av HAP till denna kontext. Å andra sidan kan denna flexibilitet behöva anpassas ytterligare just när det gäller psykisk ohälsa. Det kan vara så att avvänjning skulle kunna vara början till ännu mer psykiska besvär. Beredskap för att koppla på externa resurser skulle kunna vara den lämpliga tredje fasen för klienter med psykisk ohälsa.

Ytterligare en fundering kring klienter med kognitiva nedsättningar är hur mycket man kan i början av en behandling kan driva ett klientlett individanpassat arbete. Man vill skapa ett respektfullt möte med klienten och sätta hens kunskap först och främst, men det kan diskuteras om ett enkelt, strukturerat och lättförståeligt erbjudande skulle fungera bättre i behandlingsinledningen *för vissa klienter*. Exempel-

vis där man som primärt mål har att utreda och bedöma behov och möjliga behandlingsmål som troligen skulle kunna åstadkommas med behandlingens/ behandlarens kapacitet vad gäller att arbeta med psykiska besvär.

Under studiens gång har ett antal utvecklingsworkshops genomförts för att diskutera resultaten. Vid en av dessa (i juni 2014) identifierades sex utvecklingsområden (se Turner, 2014), utifrån behandlarnas kunskap. Det första och det som ansågs viktigast handlade om hur behandling bättre kan hjälpa klienter att **återskapa ett drogfritt liv** och hur man kan koppla in andra för att stödja denna process, det vill säga att förbättra samverkan. Den här rapporten lyfter fram samma sak. Den mekanism som inte verkade vara i rörelse fullt ut var Att (om)skapa livet, där behandlingen ska stödja klientens nyorientering i livet. Behandlingsmodellen skulle kunna utvecklas med stöd av analysen av klientintervjuerna. Med andra ord skulle man tydliggöra behandlingserbjudandet med stöd i det som var viktigt för klienterna i deras omskapande av livet, så som familje- och andra sociala relationer, meningsfull sysselsättning och att kunna känna sig nöjd med ett "ordinärt liv". Avsikten är inte att ta fram en checklista som ska användas tillsammans med alla klienter. Snarare handlar det om en tydlig fas i behandlingen där personen – och inte drogen – står i fokus. Det handlar också om en ökad medvetenhet om vilka möjligheter som kan utforskas och stödjas tillsammans med klienten under denna fas. Exempelvis kan det gälla att omförhandla sociala relationer och skapa den nya identiteten utan cannabis. Det kan också handla om hur man hanterar en ny vuxenhet inför familjen. Alternativt kan det innebära att man behöver träna på att njuta av "ett ordinärt liv". Idén är att med en ökad förståelse för de olika möjligheter som klienten står inför, kan behandlingen tydligare och mer medvetet stödja klienten i återskapandet av ett drogfritt liv.

Det är möjligt att tänka sig att denna sista fas i behandlingen – att återskapa ett drogfritt liv – främst handlar om återfallsprevention. Detta är visserligen viktig kunskap för en behandlare att ha med sig. Frågan är dock var gränsen går mellan missbruksarbetet – där drogen och dess konsekvenser står i fokus – och ett bredare psykoterapeutiskt arbete där personen och hens välbefinnande tar mer plats. Hur mycket kan en behandlare göra när cannabis eller andra droger inte längre tas upp? När blir det snarare ett hinder för klientens framsteg att enbart fokusera på kopplingar till droger och inte utforska andra områden i klientens liv? Det fanns några klienter i inter-

vjustudien som ganska snabbt kände sig färdiga med samtalen om droger. Dessa samtal hade sitt syfte och uppskattades, men de kan tänkas ha vidgat klientens vyer till att vilja utforska andra frågor så som vem hen är utan cannabis, vilket liv hen vill leva och så vidare. Man kan tänka tillbaka till mekanismen Att skapa nya självbilder, där behandlingssamtalet får ett bredare fokus på exempelvis ökad självförståelse, självtillit, hantering av känslor och hantering av sociala relationer. Ett bredare psykoterapeutiskt fokus rimmar väl med Behandlingsgruppens ambition, det vill säga att arbeta med många olika aspekter av en persons liv och inte enbart fokusera på drogen. Återigen handlar detta om en individanpassning: vilket liv är det som ska skapas för den enskilda individen och hur kan behandlaren hjälpa personen att skapa det?

Ett utvecklingsarbete som fokuserar på hur klienten bäst kan stödjas i åter- eller omskapandet av livet skulle kunna tydliggöra erbjudandet. Ett tillvägagångssätt skulle kunna vara att man använder sig av olika behandlings- och beteendeförändringsteorier för att söka inspiration till hur detta arbete ska utformas. Det finns både vinster och risker i detta. Vinsten är att man grundar behandlingsidén i befintlig kunskap. Här behöver man vara försiktig för att inte förlora klientperspektivet. Det finns också en risk när det gäller vilka teorier man ska använda. Exempelvis hade behandlarna teoretiska grunder inom bland annat KBT, nätverks- och systemisk teori, mindfulness, MI, narrativ teori och tolvstegsmodellen. Delrapporten (Turner, 2014) nämnde att det fanns en risk med ett icke-enhetligt erbjudande hos Behandlingsgruppen. Det vore fördelaktigt för ett utvecklingsarbete att medvetet arbeta för ett mer gemensamt förhållningssätt och en enhetlig behandlingsmodell.

En del stor andel av klienterna var mottagare av bidrag och en del var utan arbete eller annan sysselsättning. Dessutom fanns det några exempel på hur viktigt det är med **en meningsfull sysselsättning** för att kunna omskapa eller återuppta livet. För klienter med dessa behov eller önskemål kan man tänka sig att behandlingen skulle kunna organiseras annorlunda. Delrapporten redovisade att behandlarna tyckte att samverkan inte alltid fungerade fullt ut och hur man arbetade kring samverkansfrågor varierade. Resultaten i denna rapport indikerar också att samverkan inte alltid fungerade på ett önskevärt sätt, exempelvis deltog endast 10 procent av klienterna i samtal i gruppform (och de flesta av dessa samtal var med anhöriga, inte andra professionella). Ett an-

nat möjligt behandlingsupplägg (som främst är aktuellt under den tredje återskapande av livet-fasen) är att erbjuda psykosocialt samtalsstöd efter behov, exempelvis hantering av ångest, *vid sidan om* tjänster eller stöd från samverkanspartners. Exempelvis skulle en praktikorienterad träning för klienter med behov av arbete kunna erbjudas. För andra klienter kan det handla om att utforska möjligheten att studera eller vidareutbilda sig, återigen med stöd från den behandlare som har en relation med klienten. Behandlarens kunskap om klienten skulle vara värdefull och de skulle tillsammans kunna planera exempelvis arbetsträning i samverkan med en tredje part med expertis på området. Ett sådant upplägg stämmer väl överens med Behandlingsgruppens ambition om hur samverkan skulle kunna ske. Samtidigt behöver man diskutera var gränsen går för vad som är behandlarens roll för att få igång samverkan och vilka saker som andra gör bäst. Att omskapa livet genom att hitta en meningsfull sysselsättning kan anses öka sannolikheten för att klienten lyckas sluta med cannabis. I så fall finns det en tydlig roll för behandlaren, även om detta går utöver gränserna för det individuella psykoterapeutiska arbetet.

4.3.2 Ytterligare förslag

Det finns fyra ytterligare förslag som kan vara intressant för Behandlingsgruppen att begrunda:

- Tillgänglighet till Behandlingsgruppen
- Att minska bortfall (kort och öppet behandlingsupplägg)
- Att tydliggöra avslut och behandlingsmål (och avslutskategorier)
- Anhörigarbetet

Det fanns ett tema i analysen av klientintervjuerna som vi kallade Rädsla för avslöjandets konsekvenser. Temat fångar in de svårigheter som många klienter har när det gäller att ta steget till att söka professionell hjälp och den stora oro som många känner inför detta. En del av dessa hinder skulle kunna minskas genom tydlig information om Behandlingsgruppen. Exempelvis skulle en broschyr kunna tas fram med behandlingserbjudanden och en FA⁷⁶ om hur sekretess, personuppgifter, kontakt med andra myndigheter med mera hanteras.⁷⁷ En annan fråga som bör diskuteras är hur mycket Behandlingsgruppen bör, kan och vill nå ut. Exempelvis skulle man kunna utveckla informationen på sin webbplats. När vi annonserade om studien i lokala tidningar ökade antalet sökande till Behandlingsgruppen, särskilt

vad gäller mottagningen Centrum-Väster. Anhöriga i studien hade önskat att det fanns mer trycksaker om såväl cannabis som behandling.

Bortfallet är i ett visst avseende en del av terrängen. Med andra ord kommer det alltid att bli ett bortfall i någon utsträckning. Dilemmat är hur mycket man kan göra åt det. Ett av de primära förslagen ovan, vad gäller personer med psykiska svårigheter, skulle kunna vara till viss hjälp. Klienter som kom på någon annans initiativ var också överrepresenterade bland de som inte fullföljde sin behandling. Man skulle kunna göra en översyn av hur motivationshöjande insatser som erbjuds hos Behandlingsgruppen motsvarar beprövade metoder så som MI (se Miller och Rollnick, 1991). En studie av implementering av MI för personer med cannabismissbruk visade en stor behandlareffekt beroende på hur likt MI man faktiskt arbetade (McCambridge m.fl., 2008). Med andra ord är det lätt att tolka och misstolka vad MI handlar om. Ett annat förslag handlar om hur man kan göra om behandlingskontakten för de som avslutat på ett oplanerat sätt till någonting mer positivt. Det handlar kanske om att vara tydlig med vad Behandlingsgruppen kan hjälpa till med. Det kan också innebära att man erbjuder och prövar sig fram med ett behandlingsupplägg inom snävare tidsramar. Att exempelvis jobba mer med kortsiktiga mål skulle kanske kunna bidra till att klienten känner att det blir mer överkomligt. Tanken är att klienten får med sig en tydligare bild av att ha uppnått någonting positiv på kort sikt. Detta förslag innebär att befintliga, öppna behandlingsformer och en ny kortare variant kan erbjudas parallellt. Det skulle kunna vara så att man skapar en tydligare väg där man, åtminstone för vissa klienter, börjar med ett kort, fast upplägg med kortsiktiga mål för att sedan gå över till ett längre, öppet behandlingsupplägg om behov finns.

I behandlingsmodellen hanteras behandlingsavslut genom att klienten vägleder och till stor del bestämmer över avslutet. Man glesar ut besöken och behandlaren håller möjligheten öppen för klienten att komma tillbaka vid behov. Det finns en del styrkor i en sådan klientledd process. En risk med denna avslutsmodell är dock att det kan skapa otydlighet både för klienten och behandlaren. Att hålla kvar klienten efter avvänjning och att avsluta behandlingen var också utvecklingsområden som identifierades på workshopen i juni 2014. Några behandlare var mer vana vid att arbeta utifrån ett målfokuserat perspektiv, där nya behandlingsmål sattes upp tillsammans med klienten efter avvänjning. Detta ansågs som ett sätt att skapa nytt fokus för att hålla

76. Frequently Asked Questions (ungefär vanliga frågor).

77. Detta förslag kom fram på ett referensgruppsmöte.

klienten kvar. En tydligare målbild för både klienten och behandlaren underlättas av en diskussion om i vilken utsträckning behandlingsupplägget har lyckas eller om det är dags för en omformulering av mål eller om avslut ska ske. Utan en tydlig målsättning finns det risk för en inlåsningseffekt, där klienten blir medberoende av behandling. Det finns också risk att för mycket ansvar läggs på klienten med en klientledd process där behandlingsmålen inte är tydligt uttryckta. Några klienter i intervjustudien kände att de snabbt var färdiga med behandlingen (där behandlarna eventuellt skulle ha tyckt att klienten borde ha stannat kvar). Det går inte att bedöma behandlarnas agerande utifrån klienternas upplevelser men det väcker frågan om hur man stödjer klienten att skapa tydliga målsättningar. Där klienten har en tydlig uppfattning om vad behandlingsmålen är för den aktuella behandlingsfasen, exempelvis efter avvänjning, skapas förutsättningar för klienten att veta vart man är på väg och om hen snart är "färdig".

Kopplat till detta finns ett mer administrativ förslag om hur Behandlingsgruppen tänker kring sina nuvarande avslutskategorier (planerat och oplanerat avslut). Det skulle säga mer om man tänkte i termer av om klienten och behandlaren kom överens om behandlingsmålen och om målen uppfylldes eller ej. Det innebär dock att tydliga behandlingsmål sätts upp och dokumenteras vid behandlingens början. Utifrån intervjuer med behandlarna kan det konstateras att detta förslag inte är så långt från hur *några* behandlare redan arbetar. Målen skulle kunna anpassas efter klientens behov, livsvillkor men också till om det handlar om ett kort, fast upplägg eller den långa, öppna formen. Inom ramen för ett mer målfokuserat arbete blir det också lättare att tydliggöra eller diskutera behandlingsframsteg och avslut. Uppdraget för denna studie från början var att titta på en kombination av HAP med anhörig/familjearbete. Det visade sig dock snart i kontakt med Behandlingsgruppen att de knappast alls arbetade med HAP i sin fulla form, utan mer individanpassat till klient och behandlare. Det visade sig då också att anhörig/familjearbete mer var en målsättning än ett reellt arbete som förekom i någon mer omfattande form. Detta innebar att utvärderingen fick omformuleras till att fungera i förhållande till det arbete som faktiskt bedrevs. Delrapporten (Turner, 2014) tog upp att få av behandlarna använde HAP som det var tänkt, det vill säga som ett strukturerat program. Denna rapport påvisar också att anhörigarbete, åtminstone inte i detta urval, har implementerats i någon större utsträckning. Anhörigperspektivet är

dessutom en del i behandlingsmodellen. Om det fortsatt ska vara en viktig aspekt av behandlingen är det värt att diskutera vad som hindrar att perspektivet implementeras. Något att fundera kring när det kommer till anhöriga är också vilka ramar som gäller för kommunikation mellan klientens behandlare och den anhörigas, när de inte har samma behandlare.

Dessa förslag lyfts fram med förhoppning om att de kan bidra till både förvaltning och förbättring av behandlingsmodellen så att behandlarna på bästa sätt ska kunna stödja klienten att få ett tillräckligt tillfredsställande svar på frågan "Vem är jag utan cannabis?".

Referenser

- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna: en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2010). Structured Interviews in Drug-Free Treatment : A Validity Study of the DOK Interview. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*. 31. 17–34.
- Anderberg, M., Dahlberg, M. och Patriksson, K. (2012). *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011*. Kunskapskällar'n Rapport 2012:1. Göteborg: Social resursförvaltning.
- Andréasson, S., Allebeck, P., Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. *Acta Psychiatrica Scand*, 79, 505–510.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Andersen, T. (1991). *Reflekterande team: samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Andersson, B. och Skårner, A. (2015). (Kommande rapport).
- Becker, H. S. (1966). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance (New ed.)*. New York: Free P.
- Boström, P., Broberg, M. och Hwang, P. (2010). Parents' descriptions and experiences of young children recently diagnosed with intellectual disability. *Child: Care, Health and Development*, 36:1, 93–100.
- Budney, A. J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J., Novy, P. L. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000; 68(6):1051–61.
- CAN (2012). *Drogutvecklingen i Sverige 2011*. Rapportserie nr 130. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Copeland J., Swift, W., Roffman, R., Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 2, 55–66.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J. och Frances, A. (1990). Acute Effects of Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Observations and Patients' Self-Reports. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 16(1), s. 69–79.
- Forkby, T., Olausson, S. och Turner, R. (2013). *Cannabisanvändning bland ungdomar*. Rapport 1: 2013. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Gadamer, H. (1960/1990). *Truth and Method (2nd rev. edn)*. New York: Crossroad.
- Haglund, S. och Wall, C. (2014). Återfallspreventiva samtal: En anpassad metod i missbruksbehandling. Göteborg: Göteborgs Stad, Social resursförvaltning.
- Hall, W., Solowij, N. och Lemon, J. (1994). *The health and psychological consequences of cannabis use*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Harré, R. och Secord, P. F. (1973). *The explanation of social behaviour*. Littlefield: Adams.
- Harrison, L. (1997). The Validity of Self-Reported Drug Use in Survey Research: An Overview and Critique of Research Methods. In Harrison, L. and Hughes, A. (eds.): *The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Survey Estimates*. National Institute of Drug Abuse, NIDA Research Monograph 167, Rockville, USA.

- Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A., Wittchen, H.U. (2013). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 185–93.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G., Wittchen, H.U. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *Eur Neuropsychopharmacol*, 22, 4, 267–80.
- Häggkvist, J. (2008). De narkotiska preparaten och biologiska markörer för narkotikaberoende. I S. Andréasson (Ed.), *Narkotikan i Sverige*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Kungur, U. (2012). *Cannabis och unga i Göteborg*. Kunskapskällar'n Rapport 2012:2. Göteborg: Social resursförvaltning.
- Kunskapskällar'n (2015) *Röster från cannabisstudien – fyra berättelser*. www.socialutveckling.goteborg.se/team/kunskapskallarn/
- Lalander, P. (2005). *Mellan självvalt och påtvingat utanförskap. En analys av sju kvalitativa studier om unga narkotikaerfarna människors tankar om narkotika*. MOB-rapport 2005.10. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Lalander, P. (2009). *Respekt: gatukultur, ny etnicitet och droger*. Malmö: Liber.
- Lobbana, F., Barrowclough, C., Jeffery, S., Bucci, S., Taylor, K., Mallinson, S. och Marshall, M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social science & medicine*, 70(8), 1141–1147.
- Lundqvist, T. och Eriksson, D. (1988) *Vägen ut ur haschmissbruket: en behandlingsmodell för öppenvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Macdonald, S., Cherpitel, C., Stockwell, T., Martin, G., Ishiguro, S., Vallance, K. och Brubacher, J. (2014). Concordance of self-reported drug use and saliva drug tests in a sample of emergency department patients. *Journal of Substance Use*, 19:1–2, 147–151.
- McCambridge, J., Slym, R. L., och Strang, J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*, 103(11), 1809–1818.
- Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 72, 3, 455–66.
- Mazzei, L. A. och Jackson, A. Y. (2012). Complicating voice in a refusal to “let participants speak for themselves”. *Qualitative Inquiry*, 18:9, 745–751.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R. och Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to mid-life. *Proc Natl Acad Sci USA*. 109 (40) 15970–15971.
- Miles, J. och Shevlin, M. E. (2001). *Applying regression and correlation: a guide for students and researchers*. London: Sage.
- Miller, W. R. och Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014).
- Näsholm, C. (2003). *Dialog istället för föreläsning: motiverande samtal kring livsstilsförändring*. Stockholm: Merck AB.
- Miklowitz, D. J., Yousra, A., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Dimidjian, S., Hauser, M. och Williams, J. M. G. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bi-polar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 4, 373–382.
- Nonaka, I. (1991). The Knowledge-Creating Company. *Harvard Business Review*, 69(6), 96–104.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation, 4th ed*. London: Sage.
- Pawson, R. (2013). *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. London: Sage.
- Pawson, R. och Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: University of Chicago.

- Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith.
- Ramström, J. och Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Skador av hasch och marijuana: en genomgång av vetenskapliga studier publicerade till och med år 2008 (Rev. uppl. ed.)*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Ramström, J. (1987). *Tonåringar och droger: en bok för vuxna om tonårstid, hasch och alkohol*. Stockholm: Tiden: Folksam.
- Ricoeur, P. (1981). Phenomenology and Hermeneutics, in Thompson, J. B. (ed.), *Paul Ricoeur: Hermeneutics and the Human Sciences*, pp. 101–130. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ritchie, J. och Lewis, J. (eds.) (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Sage.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. och Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach, 7th ed.* London: Sage.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. och Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed.* Edinburgh & New York: Churchill Livingstone.
- Skårner, A. (2012). *Cannabis – politik och retorik*. Paper som presenterades på konferensen Regional mobilisering mot cannabis, Göteborg. <http://www.grkom.se/toppmenyn/samverkansomraden/grvalfard/nyhetsarkivvalfard/nyhetervalfard/regionalmobiliseringmotcannabisfilmerochdokumentation.5.27eeeb5814155ca726a3d1a.html>
- Skårner, A., Donning, Y. och Månsson, S.-A. (2005). *Unga och droger – om exponering och navigering i det svenska droglandskapet*. MOB-rapport: 2005:9. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Smith, J. (2010). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5:1, 9.27.
- Socialstyrelsen (2014) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 898–908.
- Stephens R. S., Roffman, R. A., Fearer, S. A., Williams, C., Burke, R. S. (2007). The Marijuana Check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction*, 102, 6, 947–57.
- Svensson, B. (1996). *Pundare, jonkare och andra: med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson.
- Thaler, R. och Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press. Thomas, 2006.
- Turner, R. (2014). *Behandling för personer med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis: Behandlares och klienters perspektiv och förändringsprocesser. Delrapport 1 – Behandlares perspektiv: Metod och förhållningssätt*. Rapport 2014:2 Trestad2. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B. och Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 3, 239–260.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E. och Budge, S.L. (2012). The Relationship – and its Relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40, 601–623.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. In J. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods, 2nd ed.* London: Sage.

Bilaga 1 – Informationsbrevet

Till dig som får stöd/behandling, är anhörig till person som får stöd/behandling eller är anställd inom Behandlingsenheten⁷⁸, Göteborgs Stad.

Information om studien: Behandling av riskbruk, missbruk och beroende av cannabis. Brukares och behandlares perspektiv och förändringsprocesser.

Denna information avser en forskningsstudie som pågår under 2012 – 2014 och som handlar om vad stöd och behandling till personer som använder cannabis kan innebära och vilket resultat det får. Såväl klienters, anhörigas och personalens uppfattningar och erfarenheter kommer att tas tillvara.

Bakgrund

Cannabis är det vanligaste narkotiska preparatet i Sverige bland alla åldersgrupper. Från forskning har bland annat framkommit att preparatet försämrar minnesförmågan och att det kan vara svårt att sluta att använda cannabis, trots egen motivation. Därför kan professionella stöd- och behandlingsinsatser behövas. Samtidigt behövs mer kunskap om hur stöd- och behandlingsarbetet faktiskt bedrivs och vad det leder till för resultat.

I Göteborgs Stad ansvarar behandlingsenheten inom sociala resursförvaltningen för stöd och behandling till vuxna personer som använder droger. För att utveckla verksamheten har ansvariga för behandlingsenheten gett FoU i Väst/GR i uppdrag att beskriva och utvärdera arbetet. Studien finansieras inom ramen för den nationella satsningen mot cannabisanvändning, "Trestad 2". Torbjörn Forkby är ansvarig för studien och arbetar tillsammans med Russell Turner som genomför huvuddelen av intervjuerna, observationerna och analysen av enkätresultatet.

Syfte

Syftet med utvärderingsstudien är att beskriva den behandlingsmetod som erbjuds, undersöka vilka resultat behandlingen medverkar till och vad som är verksamt i behandlingen. Målet är att sprida kunskap om vad en öppenvårdsbehandling för användare av cannabis kan innebära, hur arbetet kan läggas upp och att stödja behandlingsenhetens utvecklingsarbete.

Förfrågan om deltagande

Vår kontakt med dig som får stöd/behandling från behandlingsenheten har gått genom den ur personalgruppen på behandlingsenheten som du har kontakt med. Vi tillfrågar enbart dem som uttryckt intresse av mer information om forskningsstudien om medverkan.

Kontakt med dig som anhörig har gått genom den person som får stöd/behandling. Vi har tillfrågat denne om det finns någon anhörig som han/hon själv tycker skulle vara intressant att vi träffade för en intervju, och bitt denne att fråga dig om du är intresserad av mer information om och medverkan i forskningsstudien.

Kontakt med dig som är anställd inom behandlingsenheten har gått genom Christina Wall, kontaktperson inom social resursförvaltning, Göteborgs Stad (kontaktuppgifter nedan). Samtliga anställda får en förfrågan om medverkan i studien.

Hur går studien till?

Vår studie kommer att genomföras genom att vi:

a/ ber dig som klient att vid tre tillfällen fylla i en enkät. Enkäten besvaras antingen av dig själv eller tillsammans med personal från behandlingsenheten. Frågorna är till största delen hämtade från den enkät som redan idag användas inom behandlingsenheten. Att fylla i enkäten beräknas ta 30 minuter.

b/ ber dig som klient om en intervju vid sammanlagt tre tillfällen där frågor om hur du uppfattar stödet/ behandlingen och din syn på svårigheter och hinder i den egna förändringsprocessen ställs. Intervjuerna

78. Vid studiens början hette Behandlingsgruppen "Behandlingsenheten".

genomförs för att följa processen över tid, där en intervju genomförs vid inledningen av kontakten med behandlingsenheten, en mot slutet av kontakten och en sex månader efter avslutad kontakt. Varje intervju beräknas ta 1-1,5 timme.

c/ ber dig som klient att vid ett tillfälle få observera ett behandlingssamtal. Denna observation kan, efter ditt önskemål, antingen innebära att forskaren sitter med i rummet som en tyst observatör eller att samtalet spelas in via ljudupptagning eller filmning. Här är vi intresserade av att få en direkt bild av hur ditt samtal med behandlaren kan se ut, hur samspelet ser ut och vilka frågor och teman som kommer upp i samtalet och hur de diskuteras av er.

d/ ber dig som är anhörig till en person som använder cannabis om en intervju vid ett tillfälle. Vi vill i intervjun få en uppfattning om hur användandet av cannabis påverkar dig som anhörig och om vad det innebär för dig som anhörig att involveras i ett stöd/behandlingsarbete. Vi planerar att intervjun genomförs mot slutet av din anhörigas stöd/behandling vid enheten. Intervjun beräknas ta 1-1,5 timme.

e/ ber dig som personal vid behandlingsenheten om att få genomföra en intervju vid ett tillfälle. Syftet med intervjun är att få en uppfattning om hur du lägger upp stöd/behandlingsarbete runt dina klienter, vad du uppfattar vara svårigheter respektive framgångsrikt i behandlingsarbetet med klienter samt hur anpassningen av stöd/behandlingsarbete läggs upp i förhållande till olika klienter med olika behov. Intervjun beräknas ta 1,5 timme.

För dig som är klient eller anhörig kan intervjuerna genomföras i något av behandlingsenhetens rum, på FoU i Väst/GR, i den egna bostaden eller på plats som du själv föreslår. Med ditt samtycke kommer intervjun med dig att spelas in. Det inspelade materialet kommer sedan att skrivas ut för att kunna analyseras. Intervjumaterial och annan information om dig kommer att förvaras på ett säkert sätt som innebär att inga obehöriga har tillgång till materialet.

Vilka är riskerna?

Du lämnar bara den information som du vill och känner dig bekväm med att lämna ut. Vi kommer också att under intervjuerna eller vid övrigt insamlande av material till studien vara lyhörda för saker som är känsliga för dig att tala om och inte pressa dig på något sätt. Om du trots detta upplever att saker väckts under intervjun som du har behov att tala med någon om så kan du vända dig till din kontakt på behandlingsenheten, alternativt ta kontakt med Christina Wall (se nedan) som är samordnare på sociala resursförvaltningen. Hon kommer då att förmedla kontakt till en person som du kan få träffa.

Finns det några fördelar?

Projektet syftar till att utveckla stödet till personer som använder cannabis. Det är då av stort värde att ta del av såväl enskildas som anställdas uppfattningar och erfarenheter kring stöd och behandlingsarbete. Att delta i studien kan inte förväntas ge några direkta fördelar för dig som får stöd/behandling eller är anhörig men förväntas bidra till en ökad kunskap om verksamheten och behandlingens effektivitet samt till en mer generell kvalitetsutveckling av behandlingsarbetet på behandlingsenheten.

Hantering av data och sekretess

De uppgifter du lämnar i form av intervjuer och övrigt material (förutom formulären) kommer att förvaras skyddat i enlighet med dokumenthanteringsregler för Göteborgsregionens kommunalförbund. Ansvarig för dessa personuppgifter är FoU i Väst/GR (Göteborgsregionens kommunalförbund). GR:s personuppgiftsombud heter Märit Malmberg Nord, och nås på telefon: 335 50 77, eller e-post: marit.malmberg.nord@grkom.se. Uppgifterna kommer att kodas innan datorbaserad behandling och analys sker, och förvaras på säker plats enligt arkivlagens regler i tio år.

Svaren på de formulär du fyller i kommer att kodas så att din anonymitet säkerställs och lagras i en databas som behandlingsenheten i Göteborgs Stad har ansvar för. Du har enligt personuppgiftslagen rätt att få reda på vilken information som finns sparad om dig. För att få reda på det kan du begära detta från Christina Wall

(kontaktuppgifter nedan). Ett sådant utdrag har du rätt att få en gång per år utan kostnad. Du kan också vända dig till social resursförvaltnings personuppgiftsombud Maria Wannerskog, telefon: 367 90 01 eller e-post: maria.wannerskog@socialresurs.goteborg.se. Framkommer det att det står något felaktigt om dig skall den uppgiften rättas. I forskningsprojektet kommer vi att analysera de svar som du lämnat i formuläret (inskrivnings-, avstämnings- och utskrivningsintervju). För att kunna veta vilka uppgifter som är lämnade från de som ingår i forskningsprojektet kommer en kodnyckel att skapas. Kodnyckeln förvaras på ett säkert sätt inlåst på FoU i Väst/GR. Efter 4 år från det att studien startar kommer kodnycklar att förstöras. Publicering av resultaten görs på gruppnivå så ingen kommer att kunna identifiera enskilda deltagare.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Forskarna har tystnadsplikt enligt gängse bestämmelser i sekretesslagen. Resultaten från studien kommer att presenteras i text, tabeller och figurer där du som individ inte kan identifieras.

Väljer du att avbryta ditt deltagande i studien kommer inga fler uppgifter om dig att samlas in men vi har rätt att behålla det som fram till den tidpunkten är insamlat.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet kommer att publiceras i en rapport samt i en eller flera vetenskapliga artiklar och på olika seminarier/konferenser. Om du vill kan vi meddela dig när resultatet publiceras och ordna så att du kan ta del av det.

Vad innebär det att delta?

Till dig som är klient och får stöd/behandling vill vi framhålla att din medverkan i studien är helt frivillig och att du när som helst kan avbryta din medverkan i projektet. Att vara med i studien eller inte påverkar inte den behandling eller bemötande du får på behandlingsenheten. Inte heller påverkas din behandling eller bemötande om du väljer att avbryta ditt deltagande i studien. Du behöver inte uppge någon anledning eller motiv till att du väljer att ta tillbaka ditt samtycke till deltagande i studien. De uppgifter du lämnar till oss kommer att behandlas konfidentiellt. Det du säger kommer inte att lämnas vidare till personalen (eller tvärtom) så att din identitet röjs. Efter första och tredje (sista) intervjun kommer du att få en biobiljett.

För dig som är anhörig är din medverkan i studien helt frivillig. Att vara med i studien eller inte påverkar inte den behandling eller det bemötande din anhöriga får på behandlingsenheten. Inte heller påverkas den behandling eller det bemötande din anhöriga får om du väljer att avbryta ditt deltagande i studien.

Till dig som är personal är det viktigt att framhålla att även din medverkan är frivillig och att du när helst du vill kan avbryta din medverkan utan att detta på något sätt får konsekvenser för dig på din arbetsplats.

Den information ni ger kommer i den skriftliga rapporten att återges på ett sådant sätt att enskilda individer inte kommer att kunna identifieras.

Vi vill också nämna att vårt projekt har etiskgranskats och godkänts av den regionala etikprövningsnämnden (1015-12).

Avslutningsvis vill vi säga att ni gärna får ta kontakt med oss för ytterligare information antingen per telefon eller när vi ses.

Torbjörn Forkby
Projektansvarig
Docent i socialt arbete, FoU i Väst/GR
0768 - 72 47 00
email: torbjorn.forkby@grkom.se

Russell Turner
Projektassistent, FoU i Väst/GR
0723-734486
email: russell.turner@grkom.se

Kontaktperson inom Social resursförvaltning
Christina Wall
Tel: 0704-675610
E-post: christina.wall@socialresurs.goteborg.se

Bilaga 2 – Annonsen om studien

Vill du sluta röka cannabis eller är du anhörig till någon som vill sluta?

Har du funderat på om cannabis påverkar dig på ett sätt som du inte vill, till exempel ditt minne, eller saker du planerar? Har du försökt att sluta eller minska din användning av cannabis utan att lyckas?

Till en forskningsstudie som syftar till att förbättra behandling söker vi dig som:

- Bor i Göteborg och är över 20 år
- Använt cannabis regelbundet under minst en månad
- Eller är anhörig

Syftet med studien är att förbättra behandling för personer som röker cannabis. Du som deltar i studien får samtalsbehandling där du får hjälp med de besvär som uppstår när du slutar använda cannabis. Under de tre första veckorna får du samtalsbehandling två till tre gånger i veckan. Därefter anpassas antalet besök efter dina behov. Du som är anhörig får information och stöd.

Du kommer att bli intervjuad av en forskare vid tre tillfällen. Du är anonym och kan avbryta ditt deltagande när du vill. Även du som inte vill delta i studien kan få behandling.

Kontakta oss på Behandlingsenheten öppenvård Vuxna om du vill delta i studien eller veta mer:

Centrum-Väster, Södra Allég 1, 031-3679292

Hisingen, Vågmästareg 1b, 031-3679313

Norr, Gamlestadsvägen 3c, 031-3679380

*Behandlingsenheten tillhör social resursförvaltning och är en specialiserad öppenvårdsmottagning för vuxna personer med narkotikamissbruk eller med narkotikarelaterade problem, samt anhöriga till personer med narkotikamissbruk.
Öppettider: 8-16:30*

FoU i Väst/GR har i uppdrag att bedriva forskning och utvecklingsarbete inom det sociala området.

Projektledare för studien: Christina Wall, utbildningskonsulent, Social resursförvaltning, christina.wall@socialresurs.goteborg.se, Russell Turner, projektassistent, FoU i Väst/GR, russell.turner@grkom.se



Göteborgs Stad
Social resursförvaltning



Hur väl fungerar öppenvårdsbehandling för personer som använder cannabis? Hur upplever klienterna behandlingen? Och vilket blir utfallet?

Dessa frågor tas upp i denna slutrapport från en treårig studie av den behandling som Behandlingsgruppen för drogproblem i Göteborg erbjuder personer som använder cannabis. Insikter om hur behandling fungerar i praktiken är en viktig del i ett kunskapsbaserat arbete. I synnerhet är klienternas upplevelser av behandlingen av central betydelse, tillsammans med själva utfallet av behandlingen. Det finns få studier som undersöker klienters perspektiv på behandling och behandlarnas perspektiv på sin praktik och faktiska resultat av behandling. Detta är bakgrunden till att Social resursförvaltning i Göteborgs Stad gav FoU i Väst/GR i uppdrag att genomföra studien, som är ett delprojekt i det nationella projektet Trestad2.

Rapporten riktar sig främst till personal som arbetar inom missbruksvården eller som ger stöd och behandling till personer som använder cannabis. Målet med rapporten är att förstå vilka typer av klienter som söker sig till behandling, vilka förändringsprocesser de går igenom och vilket utfall behandlingen ger. Avsikten är att identifiera de förändringsmekanismer som är av betydelse för olika klienter i olika situationer. Genom att förstå hur dessa förändringsmekanismer kan fungera hos olika individer kan behandlingen justeras och anpassas för att bättre stödja en person som vill leva ett liv som inte är styrt av cannabis.

Russell Turner är utvärderare och beteendevetare med inriktning mot psykologi. Han har mångårig erfarenhet av att utvärdera insatser för bland annat drogmissbruk, kriminalitet och unga i riskzon för problematiskt beteende.

Torbjörn Forkby är docent i socialt arbete med särskild inriktning mot missbruks- och ungdomsfrågor. Han har även lång praktisk erfarenhet av socialt arbete.