

Behandling för personer med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis:

Behandlares och klienters
perspektiv och förändringsprocesser

Delrapport 1 - Behandlares perspektiv:
Metod och förhållningssätt

Russell Turner

Rapport 2014:2 Trestad2
Omslag: Kia Benroth
Layout inlaga: Tony Dahl, GR Info
Tryckeri: Majornas Grafiska
ISBN: 978-91-89558-85-4

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
1. INLEDNING	6
1.1 Studiens övergripande ramar	6
Teoretiska utgångspunkter	7
Mål och syfte	8
1.2 Fokus för denna rapport	10
Droganvändning, beroende, riskbruk eller missbruk?	11
2. METOD	12
2.1 Metodologisk bakgrund	12
2.2 Att ta fram en övergripande bild av metoden	13
2.3 Att ta fram en detaljerad beskrivning av metoden	13
Djupintervjuerna – urval och analys	14
2.4 Etiska överväganden	15
2.5 Studiens organisation	15
3. RESULTAT	16
3.1 En översiktlig bild av metoden	16
Målgrupper och behov	16
Insatser	17
Utfall (på kort och lång sikt)	17
3.2 En detaljerad beskrivning av metoden	19
3.2.1 Behandlingssammanhanget	19
3.2.2 Målgrupperna och behov	24
3.2.3 Insatsen i metoden – det implicita förhållningssättet	28
4. BEGRÄNSNINGAR OCH TILLÄMPNINGAR	55
4.1 Resultatens begränsningar	55
4.2 Tillämpningar av resultaten	56
Referenser	59
Bilaga A – Guide för enskilda intervjuer med behandlarna	60
Bilaga B – Redovisning av spridningsworkshoppar	62

Sammanfattning

Trestad2 är ett nationellt projekt med fokus på prevention, tidiga insatser och behandling för användning av cannabis. Idén är att vinna erfarenheter från de tre storstäderna – Stockholm, Göteborg och Malmö – för att dels utveckla arbetssätt och metoder och dels sprida denna kunskap i övriga landet. Projektet består av cirka 16 delprojekt och tanken är att delprojekten ska bygga på ett samarbete mellan forskning och praktik. FoU i Väst/GR fick i uppdrag av Social resursförvaltning, Göteborgs Stad, att genomföra ett delprojekt: en studie av den behandling för vuxna personer med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis som Behandlingsgruppen för drogproblem i Göteborg erbjuder. Det finns få studier som har utforskat sådan behandling i praktiken i svensk öppenvård, i synnerhet studier som fångar upp behandlars erfarenhet. Planen för studien togs fram i dialog med en referensgrupp bestående av behandlare från Behandlingsgruppen.

Studien innehåller två delar: en som beskriver behandlingsmetoden och en som utvärderar resultat av behandlingen. Den här skriften handlar om den första delen av studien. Den tar upp behandlars perspektiv på metod och förhållningssätt vad gäller behandling. Utifrån ett brett synsätt på "metod" är målet att ta fram en beskrivning av behandlingsmetoden. Syftet eller den tänkta användningen av rapporten är att den ska kunna utgöra en plattform för utveckling för Behandlingsgruppens personal men också vara kunskapshöjande för andra utanför enheten – både nybörjare och erfarna behandlare. Med tanke på att rapporten riktar sig både till nybörjare och erfarna är målet att presentera både en övergripande bild och en detaljerad och fördjupad bild av behandlingen. Den detaljerade bilden ska ha fokus på "den tysta kunskapen" och implicit vetande (Polanyi, 1962, 1983) i behandlingen. Med andra ord ska rapporten *artikule-*

ra behandlarnas erfarenhetsbaserade kunskaper om praktiken. En bild av behandlingssammanhanget, det vill säga behandlars perspektiv på den organisatoriska kontexten, ges också.

Studien har en programteoretisk ram som grundar sig i "kritisk realism" (Pawson, 2013). Den övergripande bilden av behandlingsmetoden togs fram på en workshop med behandlarna i juni 2012 med syfte att specificera en programteori för behandlingen. Den detaljerade bilden av behandlingen och behandlarnas perspektiv på behandlingssammanhanget inhämtades genom enskilda djupintervjuer med 13 behandlare. Tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; Buetow, 2010) används för att utveckla en struktur för behandlarnas berättelser och kunskaper om metoden och sin praktik. Pawson & Tilley's (1997) modell av interventionskontexten används för att redovisa perspektiv på behandlingssammanhanget. Två slutliga spridningsworkshoppar hölls i maj/juni 2014 för att diskutera innebörden av resultaten och identifiera nästa steg.

Den övergripande bilden av metoden fokuserar på klientgrupper och deras behov, insatser och deras förlopp och förväntade utfall. Sju delvis överlappande grupper av klienter som man brukar möta i öppenvården identifierades – grupper med sina specifika behov och förutsättningar. Dessa grupper var:

- äldre klienter med ett långt missbruk
- väletablerade klienter med jobb, bostad och socialt ordnad situation
- klienter med psykologiska problem i bakgrunden, t.ex. ångest, trauma, depression
- unga vuxna
- klienter som missbrukar olika droger
- klienter som slutat och vill undvika återfall
- klienter som kommer med hjälp av samarbets-

partners, exempelvis socialtjänsten.

En översiktlig bild av behandlingens förlopp identifierades. Den består av tre faser: förberedande arbete; avvänjnings- eller abstinensinsatser; fokus på upprätthållande eller återskapande av drogfri identitet/liv. Ett antal olika insatser hänfördes till de respektive faserna. Förväntade utfall för de olika klientgrupperna kartlades.

Den detaljerade beskrivningen av metoden innefattar behandlares perspektiv på behandlingssammanhanget, en djupare beskrivning av klienternas behov och en rad teman som belyser själva metoden. Dessa teman utgör kärnan i metoden, där varje tema ger uttryck för en väsentlig del i förhållningssätt och behandlares "tysta kunskap" om praktiken. En struktur för temana skapades där olika förhållningssätt och kunskaper delades in i följande kategorier: allmänna förhållningssätt, cannabisspecifika förhållningssätt; grundläggande kunskaper (om klienten, behandlarens roll, om cannabis); situationsrelaterade kunskaper. Strukturen är tänkt som ett pedagogiskt verktyg för att både artikulera och kunna orientera sig i temana. Citat från intervjuerna med behandlarna används för att illustrera temat och för att levandegöra praktiken. Behandlarnas perspektiv på behandlingssammanhanget pekade på några aspekter av den organisatoriska kontexten som kan anses gynna eller hindra behandlingens kvalitet.

På en övergripande nivå bidrar den här rapporten till kunskap om öppenvårdsbehandling i praktiken för personer med cannabismissbruk. I synnerhet har rapporten betydelse för en djupare förståelse av behandlares implicita vetande och deras erfarenhetsbaserade kunskap. För Behandlingsgruppens personal har rapporten skapat möjligheten för behandlare att artikulera och reflektera över sin praktik. Utifrån spridningsworkshopparna identifierades sex teman som behandlarna tyckte var särskilt viktiga att arbeta vidare med:

- att återskapa ett drogfritt liv/en drogfri identitet och hur man kopplar in andra för att stödja denna process
- anhörigperspektivet, särskilt när tar man in familjen och var samverkansansvar ligger
- psykologiska effekter av cannabis och anpassning och användning av Haschavvänjningsprogrammet
- att hålla kvar klienten efter avvänjningen och att avsluta behandling

- processer för att matcha klientens behov med behandlaren
- att hela tiden varva mellan teman och reflektera tillsammans med klienten med användning av alla temana som beskrevs i rapporten.

Förslag gavs på hur man kan arbeta vidare med dessa teman, så som jobbskuggning, temadagar på befintliga forum och studiecirkelar.

Några vidare rekommendationer ges i rapporten:

- Social resursförvaltning tar fram en långsiktig plan med olika typer av aktiviteter, så som spridningsseminarier och forskningscirkelar, för att skapa goda strukturer för användning av resultaten. Diskussionerna bör ta upp vilken roll både Kunskapskällar'n och FoU i Väst/GR kan ha för att stödja och främja användningen av resultaten.
- Behandlingsgruppen arbetar med den övergripande behandlingsteori som beskrivits i den här rapporten, exempelvis genom att integrera teorin i befintlig metoddokumentation som personalen använder och/eller ta fram en broschyr om behandling vid cannabismissbruk.
- Behandlingsgruppens ledningsgrupp bör diskutera med behandlarna de punkter som gäller behandlares perspektiv på den organisatoriska kontexten för att undersöka om kvaliteten i behandlingssammanhanget kan ökas. ●

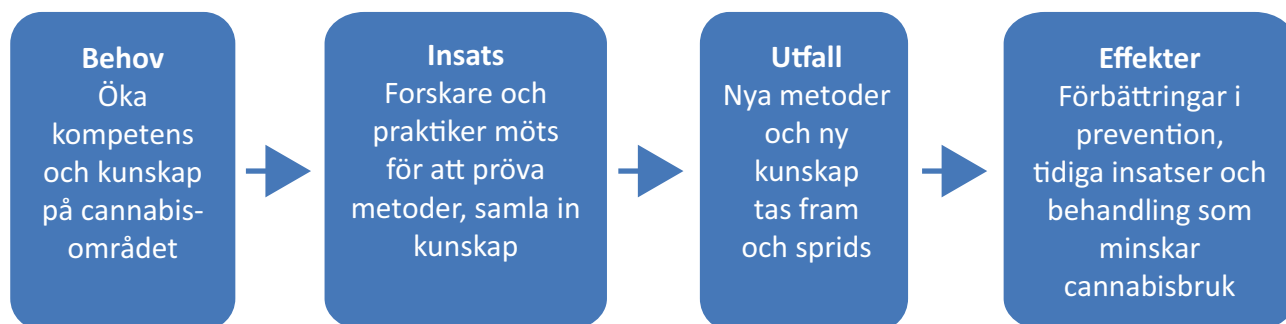
1. Inledning

1.1 Studiens övergripande ramar

Den problembild gällande cannabis som har vuxit fram under senare år innefattar bland annat den ökande THC-halten i de beslag som gjorts, en minskande halt av cannabidiol (CBD) (som har antipsykotiska egenskaper), mer forskning om skadeverkningar, och en gradvis ökning av andelen ungdomar som testat drogen (Forkby, Olausson, & Turner, 2013). Utbredning och omfattning av cannabisanvändandet är störst i de tre storstäderna – Stockholm, Göteborg och Malmö. Efter diskussioner mellan dessa och regeringskansliets ANDT¹-sekretariat, bildades Trestad2-projektet, för att fokusera på storstädernas särskilda situationer gällande cannabis. De tre storstäderna hade 2003-2006 genomfört ett liknande projekt – Mobilisering mot narkotika – och tanken med en ny storstadssatsning var att vinna erfarenheter från dessa städer för att dels utveckla olika arbetssätt på storstadsnivå kring cannabis och dels sprida denna kunskap i övriga landet. Socialdepartementet beviljade då 35 miljoner till olika delprojekt inom ramen för Trestad2. Projektet handlar om satsningar på tre

nivåer: prevention, tidiga insatser samt vård och behandling. De övergripande målen för projektet rymmer 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; och att sprida denna kunskap. Projektet som helhet består av cirka 16 delprojekt, några som drivs gemensamt i samtliga tre städer och några som bara pågår 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, Göteborg – Vård och Behandling. En särskild tanke med Trestad2 var att delprojekten skulle bygga på ett 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 hela projektet illustreras i figur 1.

Figur 1 – Projektlogik i Trestad2.



1. Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak.

Detta delprojekt sorterar under rubriken Vård och Behandling och rör arbetet på Behandlingsgruppen för drogproblem. Behandlingsgruppen för drogproblem består av tre mottagningar: Centrum-Väster, Hisingen, och Nordost. Verksamheten har sin organisatoriska tillhörighet inom området "Stöd till Individ och Familj" som är en del av fackförvaltningen Social resursförvaltning, en central övergripande förvaltning för alla tio stadsdelar i Göteborg. De erbjuder råd och psykosocialt stöd till vuxna över 20 år utifrån *individens egna behov*. Varje delprojekt inom Trestad2 hade utrymme att ta fram sina egna idéer inom den övergripande ramen och Social resursförvaltning, i synnerhet Behandlingsgruppen, hade önskat ett forskningsprojekt kring deras arbete. Den ursprungliga idén var att studera en kombination av ett familjebaserat arbete och ett etablerat kognitivt beteendeprogram just för cannabisavvänjning, Haschavvänjningsprogrammet (HAP) (Lundkvist & Ericsson, 1998). I planeringsfasen för studien träffades representanter från Behandlingsgruppen och forskare från FoU i Väst/GR några gånger för att diskutera uppdraget. Det var en önskan från behandlarnas sida att arbeta tillsammans med forskarna som jämbördiga parter. Det fanns en önskan från båda parter att skapa ett möte mellan forskningens praktik och behandlingens praktik. Ett sätt att uppnå detta var genom att ta fram projektplanen i dialog med en referensgrupp bestående av behandlare. I de preliminära diskussionerna visade det sig att ursprungstanken att studera familjearbete/HAP-kombinationen inte speglade hur personalen på Behandlingsgruppen arbetade med cannabisanvändare. Med andra ord fanns det inget uttalat, strukturerat arbetssätt som alla behandlare använde sig av. Behandlarna uppfattade likväl att det gick att tala om en kunskapsbaserad praktik. Det fanns ett behov från forskningen att förstå praktiken och från behandlarna ett behov att få hjälp att beskriva sin praktik. Det finns få studier som har utforskat sådan behandling i praktiken i svensk öppenvård, i synnerhet studier som fångar upp behandlares erfarenhet.

Teoretiska utgångspunkter

I dessa diskussioner hämtades inspiration från Pattons (2008) nyttofokuserade förhållningssätt där man börjar en utvärderingsstudie av praktiken med fokus på kunskaps- och utvecklingsbehov, det vill säga vem som ska använda slutresultaten och på vilket sätt. Den primära målgruppen var personal inom Behandlingsgruppen. Resultaten skulle kunna bidra till en nyanserad och ingående beskrivning av hur man arbetar med cannabisanvändare. Genom studien tar man tillvara de erfarenheter som finns på enheten. Detta kan bi-

dra till kunskapshöjning för personalgruppen såväl som att det kan utgöra en plattform för utveckling av metoden. De preliminära diskussionerna tog upp vikten av "den tysta kunskapen" och "know-how" i metoden, det vill säga de implicita faktorer, processer, det bemötande med mera som kommer till uttryck i behandlingsmetoden. Kunskapsbehovet låg på en avancerad nivå, där frågan inte var "Vilka metoder ska vi använda?" utan "Vilka nyanser finns i det arbets-sätt som vi använder oss av? Vad är "finliret" i förhållningssätt som vi behöver sätta ord på, förstå och därmed utveckla?". Alla behandlare på enheten var utbildade i sin egen terapeutiska tradition och därför var övergripande frågor kring teoretisk inriktning inte så intressant. Dessutom var behandlarna bekanta med övergripande forskningsrön om vilka generella metoder man ska använda inom missbruksbehandling.

Tre faktorer kan lyftas fram som särskilt viktiga när studien planerades:

- 1) Common factors-teori och den kontextuella modellen av psykoterapi (Wampold, 2001)
- 2) Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och en kritisk diskussion kring dem (Bergmark, Bergmark, & Lundström, 2011)
- 3) en bred syn på vad för typ av kunskap som behövs i praktiken (Polanyi, 1962, 1983) och (Pawson, 2013).

Common factors-teori (ungefär "gemensamma faktorer") förespråkar att den teoretiska inriktningen av en psykoterapeutisk metod endast står för en bråkdel av resultaten vad gäller effekt. De fyra huvudsakliga faktorer som påverkar behandlingens effekt brukar nämnas som: klient och utomterapeutiska faktorer (det som annars pågår i klientens liv), förhållandet mellan klienten och behandlaren, den terapeutiska modellen (eller teoretiska inriktning), och klientens förväntan och hopp (Thomas, 2006). De tre sista faktorer är det som kan påverkas av behandlaren och enligt Wampold (2001) spelar förhållandet och 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 mekanismer-na ligger i andra faktorer så som bemötandet, tilltro

till behandlaren och metoden, möjlighet att prata ut och utforska tankar, och utvecklandet av nya beteenden. Detta innebär att behandlingsforskning bör fokusera på att finna de verksamma gemensamma komponenterna, vilket till delar kan handla om det som behandlarna benämnde som "finliret" i behandlingen.

I Sverige utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) ett slags stöddokument för hur missbruksvården bör se ut i praktiken och vilka behandlingsmetoder som ska användas. Riktlinjerna baseras på ett strikt urval av bästa vetenskapliga faktaunderlag avseende vilken behandling som fungerar (Berglund, Thealander, & Jonsson, 2003). Bergmark et al. (2011) riktar emellertid kritik mot både riktlinjerna och deras faktaunderlag. Kritiken tar upp att faktaunderlaget har metodologiska brister och att slutsatserna inte hänger ihop med de forskningsresultat som presenterats. I synnerhet ger faktaunderlaget stöd till kontextmodellen – och att det är generella, gemensamma faktorer som ger effekt – men ändå talar slutsatserna om betydelsen av specifika behandlingsinnehåll och distinkta metoder exempelvis utifrån ett manualbaserat program (Bergmark et al., 2011). Vidare hävdar Bergmark et al. (2011) att kopplingen mellan de nationella riktlinjerna och deras faktaunderlag är svag och att riktlinjerna rör sig på ett mycket övergripande plan. Det måste betonas att själva kritiken också befinner sig på en allmän nivå. Just när det gäller cannabisberoende nämns bland annat omedelbar avhållsamhet, att personal har kunskap om hur kognitiva funktioner påverkas av cannabis, att undersöka episodiskt minne för att öka klientens självkännedom och självkänsla, när man ska använda kort- eller långtidsbehandling, och att behandling kan kombineras med stödsatser för familj eller anhöriga. Utifrån riktlinjerna kan man förstå att en komplettering behövs som ger en detaljerade vägledningen för just vad som ska göras i praktiken och *hur* det ska göras, om man utgår ifrån Common Factors-teori att "hur:et" spelar en väsentlig roll i behandlingen. Denna poäng blir ännu viktigare om man ska erbjuda den individanpassade behandling som Behandlingsgruppen har ambition att göra. Det finns således en kunskapslucka i den befintliga behandlingsforskningen, som skulle kunna täppas till genom en belysning av den praktikbaserade kunskap som behandlarna har.

Det finns också kritik från olika håll av kunskap och forskningsmetoder som glömmet eller misslyckas med att lyfta fram det viktiga i praktiken. 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 kan också kallas "den tysta kunskapen" som samtidigt är viktigt för hur en behandlare agerar i behandlingsrummet. Den består av värderingar och förhållningssätt som till viss del tas för givet. 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. Moderna teorier inom utvärderingsvetenskap stödjer också idén att det är mer än en interventions explicita innehåll som är motorn i förändringsarbete. Det en rad implicita processer i hur klienten bemöts, övertygas och stöds in i nästa fas som bör undersökas (Pawson, 2013). Pawson (2013) visar utifrån sin kritiskt realistiska position och ett programteoretiskt perspektiv hur en utvärdering brister om den inte lyfter de implicita vägar som en deltagare i en intervention kan välja och vilka val deltagaren ställs inför under denna "gömda" resa. Man kan dra paralleller här med kontextmodellen i psykoterapi, att de andra generella faktorerna som spelar roll för behandlingsutfallet till stor del ligger i behandlarens "tysta" vetande och i de implicita processer som stödjer en klient från första besöket fram till ett lyckat avslut.

Mål och syfte

Genom att lyfta fram den implicita kunskapen som finns på Behandlingsgruppen och genom att sätta ord och struktur på det bygger man en gemensam och öppen förståelse för denna "gömda" del av metoden, den *artikulering* som Nonaka (1991) beskrev. På så sätt har studien syftet att skapa ett pedagogiskt eller kunskapsförhöjande värde för behandlarna men förhoppningsvis också för andra. Tanken var att genom att ett antal erfarna behandlare deltar så är sannolikheten stor att det kommer att finnas någonting som även de mest erfarna behandlarna kan lära sig ifrån varandra. I de tidiga diskussionerna om syftet med studien var det tydligt att behandlarna hade en bred bakgrund med olika teoretiska perspektiv, vilket eventuellt skulle bidra till ett lyckat kunskapsutbyte. Ett andra syfte med att lyfta fram och sätta begrepp på den "tysta kunskapen" på ett strukturerat sätt var att identifiera likheter och skillnader i förhållningssätt. Idén var att det gemensamma blir en slags bekräftelse av metoden men att skillnader mellan behandlares arbetssätt inte nödvändigtvis innebär problem utan kan spegla olika kompetenser i teamet. Att *lyfta fram*

likheter och olikheter blir därmed en plattform för att skapa dialog kring där man kan eller behöver utveckla metoden, exempelvis: när blir skillnader, det vill säga de olika kompetenserna och arbetssätten inom arbetsgruppen, en styrka och när är det en svaghet?

Medan behandlarna på Behandlingsgruppen är den primära gruppen användare av studiens resultat identifierades i de preliminära diskussionerna en sekundär målgrupp utanför Behandlingsgruppen. Kopplingen gjordes till att studien var ett delprojekt inom Trestad2 och att behandlingsmetoden och dess effekt skulle vara intressant på nationell nivå. Det pedagogiska värdet av en detaljerad beskrivning av arbetet med cannabisanvändare skulle också kunna vara till nytta på andra missbruksmottagningar och liknande. Tanken här var att beskrivningen av implicit kunskap och "know-how" i metoden skulle kunna vara intressant för såväl mer som mindre erfarna behandlare. Om man skulle kunna ta fram information kring utfallet av metoden skulle man också kunna bidra till kunskap om vilka metoder som fungerar. Eftersom studien skulle fokusera på en befintlig pågående kommunal verksamhet som var "öppen för alla" diskuterades vikten av att utforska metoden *som det är i praktiken*; man ville veta mer om utfallet av det arbete som görs med de klienter som kommer till mottagningarna. Idén med detta är dels att man får kunskap om en metod som redan är väl implementerad (men kanske kan utvecklas), i motsats till att ta in en ny metod och riskera implementeringsproblem (Pressman & Wildavsky, 1984; Dane & Schneider, 1998). Dels var tanken också att behandlarna redan jobbar utifrån ett kunskapsbaserat förhållningssätt och att det var just denna metod som man ville få veta utfallet av. En sådan utvärdering av praktiken görs med stor fördel med hjälp av "realistmodellen" (Pawson & Tilley, 1997; Pawson, 2013) där man letar kunskap om vad som har fungerat för vem under vilka förhållanden. Man fokuserar på hur interventionen fungerar i ett

sammanhang och på samspelet mellan sammanhang, insats och klientens förändringsmekanismer.

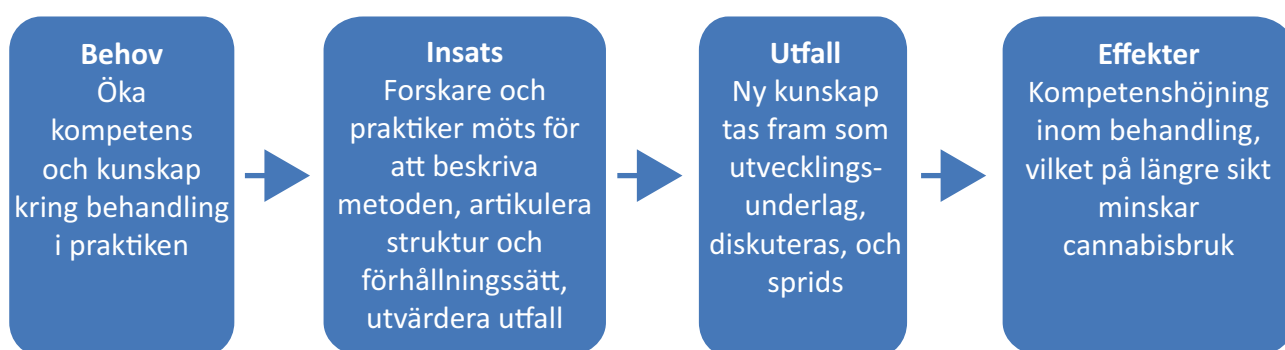
Man kan se ett dubbelt syfte med detta projekt. Å ena sidan finns de syften som gäller för Trestad2 som projekt och å den andra finns de syften som togs fram i dialog med behandlarna inom detta delprojekt. Detta delprojekt förväntas inte uppnå alla syften inom det övergripande Trestad2-projektet utan fokuserar på att öka kunskap kring behandling i praktiken av personer med cannabisproblematik, och i synnerhet lyfta fram och beskriva det implicita vetandet. Detta resonemang är viktigt att tydliggöra för att hjälpa läsaren eller extern utvärderare av projektet att uppfatta hur man kan bedöma om detta delprojekt har uppnått sina syften (eller haft det utfall som var väntat). Det förväntade utfallet av studien är därmed att den skapar en specifik typ av kunskap som behandlarna upplever har saknats, men som också får stöd av de tre argumenten som beskrevs i början av detta avsnitt. På längre sikt är ett förväntat utfall att kunskapen blir ett underlag för utveckling och kompetensförhöjning. Det är mot dessa två kriterier som detta delprojekt i slutändan måste bedömas. 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 2).

Målen för studien som helhet är därmed tvåfaldiga:

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, båda 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.

Det är viktigt att påpeka att dessa två mål gäller studien som helhet. Till stor del är målen oberoende av

Figur 2 – Projektlogik för denna studies syften.



varandra; det andra målet gäller en utvärdering av en övergripande modell medan det första målet innefattar att ta fram en detaljerad och nyanserad förståelse för metoden. Även om denna detaljerade beskrivning av metoden är en del av den övergripande modellen går det inte metodmässigt att bedöma utfallet av varje nyans och detalj.

1.2 Fokus för denna rapport

Denna rapport tar upp det första målet ovan, det vill säga beskrivningen av metoden. Ordet "metoden" ska tolkas i bred bemärkelse. Det syftar här på hela förhållningssättet i behandlingsarbetet. Det handlar om de mänskliga processerna såsom bemötandet i olika faser och situationer. Det handlar även om värderingar, perspektiv och synsätt. Det handlar slutligen också om att arbeta med behandling utifrån en förståelse för klienterna och deras förändringsprocess. Som sagts ovan är "metoden" enligt både utvärderingsvetenskap i allmänt och psykoterapeutisk forskning i synnerhet mer än bara den teoretiska inriktningen. Utifrån Polanyis (1962, 1983) epistemologi (kunskapsteori) är "metoden" också till stor del byggd på implicit vetande. En viktig fokus i denna rapport blir att lyfta fram och sätta ord på behandlingens praktik, *den tysta kunskapen*, till skillnad från de formella teoretiska inriktningarna. Målet med en detaljerad beskrivning av metoden är således inte ett manualiserat program av steg i processen utan ett försök att ge en holistisk förståelse.

Beskrivningen av metoden i denna rapport ska också betrakta behandlarnas kunskap som en självständig och holistisk kunskap, vilket i sig själv är *explanandum*, det vill säga föremålet för rapporten. Målet är således inte att göra en jämförelse mellan å ena sidan de teoretiska inriktningar som används av behandlarna med å andra sidan kunskapsläget enligt den medicinska forskningstraditionen. Inom den medicinska forskningstraditionen finns övergripande teoretiska inriktningar som har bra effekt på personer som missbrukar cannabis, nämligen Motiverande Samtal, familjebaserade metoder som Multi-dimensionell familjeterapi för unga och kognitiv beteendeterapi (KBT) (Turner, 2013). Även om man kan dra nytta av en koll om en behandlare jobbar enligt dessa övergripande inriktningar (och även enligt de nationella riktlinjerna) så säger det inte så mycket om "huret" och behandlingens praktik som står i fokus för denna rapport. En sådan koll skulle också missa huvudpoängen från Common Factors-teori och kontextmodellen (Wampold, 2001): att metodinriktning inte spelar den avgörande rollen för resultatet. Det är sannolikt

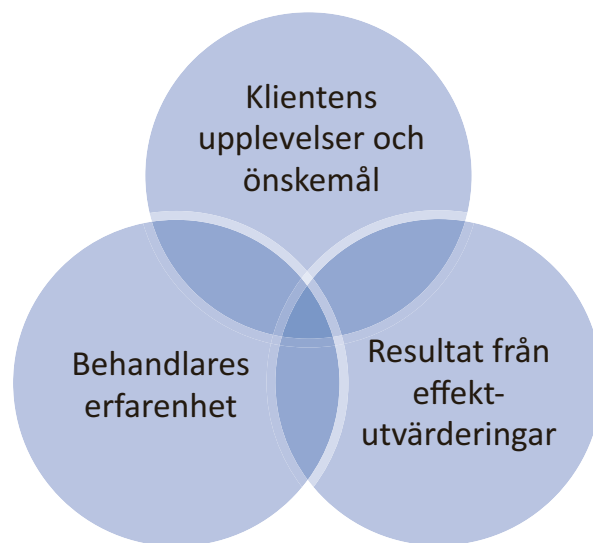
att andra faktorer i praktiken spelar större roll så som behandlarens bemötande och hur klientens vilja att förändras fångas upp.

En eventuell begränsning med Wampolds forskning i det här sammanhanget är dock att fokus i hans forskning inte enbart låg på drogmissbruksbehandling och i synnerhet inte på olika behandling för personer som missbrukar cannabis. Därmed behövs lite försiktighet med kontextmodellen vad gäller behandling för personer med cannabisberoende och dylikt. Det beror på att specifika behandlingsinslag just för personer med cannabismissbruk kan förväntas ha lika stor betydelse som kontextuella faktorer, exempelvis i samband med avvänjning. Således tar denna rapport upp det som kan vara specifikt för cannabisanvändare.

Behandlarnas kunskap som föremål för studien behandlas också som en spegelbild – till mer eller mindre del – av en *redan implementerad praktik*, även om denna praktik inte finns nedskriven. Det är kunskapen om denna praktik som är fokus i denna rapport, snarare än en revision av om behandlarna arbetar enligt vissa ramar. En sådan redovisning av hur väl implementerad praktiken är ger inte heller den detaljerade beskrivning som efterfrågats för kunskapshöjning och en plattform för utveckling.

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 länkade områden: klientens önskemål och upplevelser; behandlarens erfarenhet (eller kunskap från klinisk/praktisk verksamhet) samt forskningsresultat från behandlingsstudier (figur 3).

Figur 3 – Länkar i ett kunskapsbaserat arbete.



Dessa tre länkar bör vara i balans med varandra i ett kunskapsbaserat arbete; de stödjer och kompletterar varandra. Behandlarnas erfarenheter och kunskaper som tas fram i denna rapport kan betraktas som *självständig* kunskap i den andra ringen i diagrammet. Således är behandlarnas kunskap inte nödvändigtvis i behov av validering från en behandlingsstudie (medan ett heltäckande kunskapsbaserat arbete också borde använda kunskap från sådana effektutvärderingar). Medan denna rapport fokuserar på behandlarnas kunskap kommer klienternas erfarenheter att stå i fokus i den kommande, andra rapporten.

Denna rapport har också en andra, mindre fokus: den övergripande behandlingsmodellen ska presenteras. En sådan förenklad bild behövdes för att ge hela studien en ram. Genom att få veta på ett övergripande plan hur behandlingen ser ut kunde forskningsdesignen tas fram, intervjuguiden skrivas och indikatorer utvecklas för den utvärderande delen av studien. Denna översiktliga, förenklade bild är eventuellt till nytta för en läsare som står helt utanför behandlingsvärlden. Resultatdelen av denna rapport börjar således med en översiktlig beskrivning av behandlingen.

Droganvändning, beroende, riskbruk eller missbruk?

Hittills har rapporten använt sig av olika terminologi vad gäller 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 avskräckas från behandling. 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". ●

2. Metod

Viktiga kvalitetskriterier för rapporter från FoU i Väst/GR är att de ska vara tillgängliga och relevanta för praktiker. Det är viktigt dock att rapporten presenterar en utförlig beskrivning av forskningsmetoden för den som vill fördjupa sig i metodmässiga frågor eller vill granska resonemanget vad gäller valet av metoder för det tänkta målet med studien (det som kallas för koherens – mellan syfte, mål och metod – och är en av Yardleys (2008) fyra kvalitetskriterier inom kvalitativ forskning).

2.1 Metodologisk bakgrund

Hela studien (och inte bara denna rapport) vilar vetenskapsteoretiskt på kritisk realism inom en programteoretisk ram (Harré & Secord, 1972; Pawson & Tilley, 1997; Pawson, 2013). Det betyder att man använder sig av en ontologi (vilka egenskaper har det fenomen som man studera) och epistemologi (hur får man kunskap om det fenomen som man studerar?) som bygger en idé om att "verkligheten" visserligen finns därute opåverkad av våra medvetanden men också att vårt sätt att skapa kunskap om den är socialt

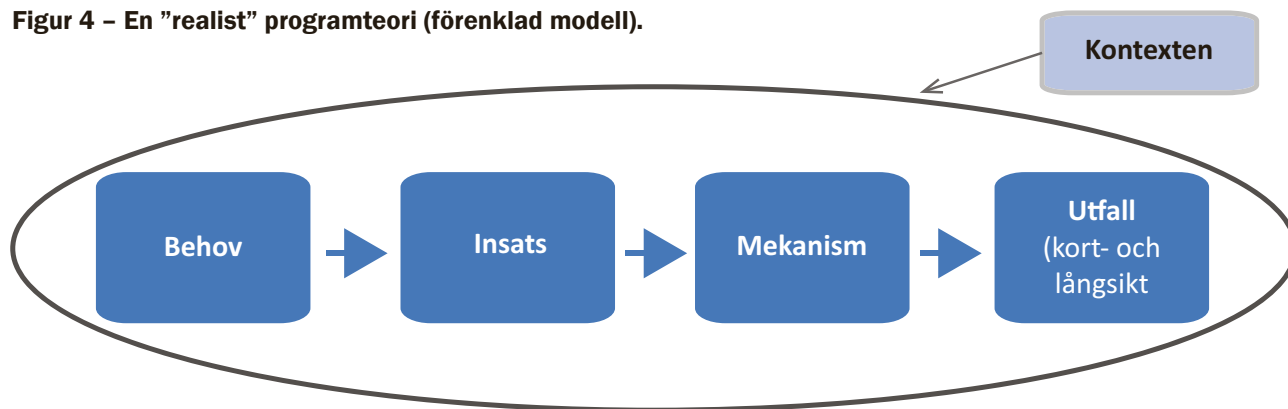
präglad. En central del för forskningen är att identifiera vilka mekanismer som är i rörelse (Harré & Secord, 1972; Pawson, 2013). Tabell 1 nedan sammanfattar den kritiskt realistiska positionen vad gäller ontologi och epistemologi.

Studien hämtar också inspiration från den programteoretiska traditionen inom utvärderingsvetenskap (se Pawson & Tilley, 1997; Rossi, Lipsey och Freeman, 2004). Programteorimetoden handlar om att man i förväg och i dialog med de som utför interventionen som ska studeras tar fram en teori om interventionen. Teorin gäller inte övergripande 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

Tabell 1 – En "realist"-metodologisk ram.

ONTOLOGI	EPISTEMOLOGI
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 och att hitta och kartlägga 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.

Figur 4 – En "realist" programteori (förenklad modell).



blir då den teori som studeras och slutligen justeras genom resultaten. Särskilt viktigt är beskrivningen av sammanhanget och kopplingen mellan kausala mekanismer i olika sammanhang. Modellen kan sammanfattas så som i figur 4.

2.2 Att ta fram en övergripande bild av metoden

Det var med hjälp av programteori och denna modell som den första delen av denna studie – att ta fram en övergripande förståelse av behandlingsmetoden – hanterades. Programteori är en av de mest accepterade och välanvända utvärderingsmodellerna (Pawson & Tilley, 1997; Rossi, Lipsey och Freeman, 2004). Den valdes också som metod av en annan anledning. I de preliminära diskussionerna med behandlare kring uppdraget framkom det att behandlarna på enheten jobbar utifrån en genomtänkt metod men att det saknades en uttalad beskrivning av behandlingen på enhetsnivån. Visserligen kan olika behandlare med olika teoretisk bakgrund jobba lite olika men idén var att det kan finnas en gemensam struktur i behandlingsarbetet.

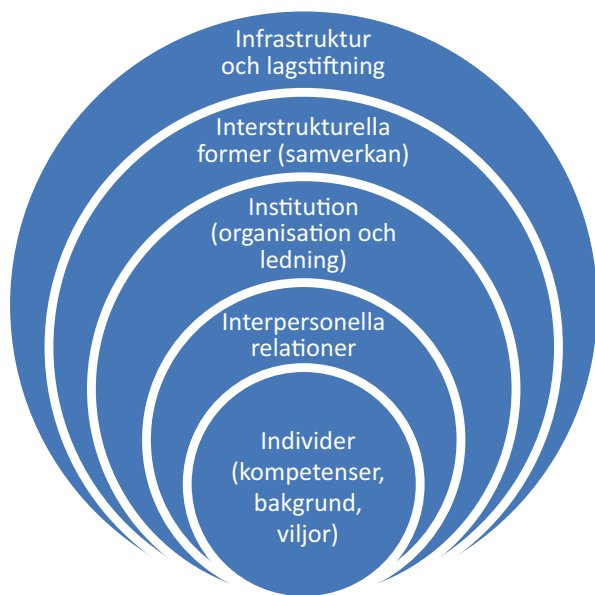
För att undersöka om en sådan struktur fanns hölls en heldagsworkshop i juni 2012 där alla behandlare (sammanlagt 22) på enheten bjöds in och där 20 deltog. Syftet med dagen var att ta fram en övergripande programteori för behandlingen för personer som behöver hjälp och stöd gällande cannabismissbruk, en beskrivning som alla behandlare mer eller mindre kan skriva under på. På så sätt kan metoden i denna fas anses som strukturskapande. Behandlarna delades upp i mindre grupper och varje grupp bestod av representanter från de tre olika mottagningarna. Idén var att blanda upp deltagarna så att smågrupperna skulle kunna resonera kring olikheter innan varje grupp gav sin återkoppling. Dagen delades upp i fem diskussionsmoment kring följande ämnen i modellen:

målgruppsbehov och undergrupper; insatser och process; preliminära responser från klienter; kortsiktiga och långsiktiga utfall. Workshopen tog inte upp åsikter och bilder rörande behandlingssammanhanget eller mekanismer, vilket skulle undersökas genom enskilda intervjuer. Sammanfattningen skickades ut till studiens referensgrupp (se avsnitt 2.5) för vidare återkoppling. Modellen presenteras i avsnitt 3.1.

2.3 Att ta fram en detaljerad beskrivning av metoden

Med tanke på att målet med denna del av studien var att beskriva behandlarnas erfarenheter och kunskaper på en detaljerad nivå – och i ett kunskapshöjande och utvecklande syfte – gjordes enskilda djupintervjuer med ett urval behandlare för att komma åt den implicita kunskapen. Den övergripande modellen utgjorde ett stödmedel för framtagandet av intervjufrågor, exempelvis vidare undersökning av undermålgrupper och hur de hanteras, hur man bemöter olika typer av klienter i olika faser i behandlingsprocessen och situationer. Intervjuerna fokuserade inte så mycket på utfallsdelen av modellen, då den utvärderande delen av studien kommer att ta upp detta. Utformningen av frågorna gjordes i många fall med hjälp av tratt-tekniken (se Smith, Flowers & Larkin, 2009), där man börjar med breda frågor och följer upp med smalare frågor vid behov. På så sätt minimerar man forskarens styrning av svaren. Aspekter av intervjuer enligt en kritisk realistisk utgångspunkt (Pawson & Tilley, 1997) används också för att väcka behandlarnas tankar kring exempelvis tänkbara kausala mekanismer. Utforskning av sammanhanget gjordes med användning av Pawson & Tilleys (1997) modell där varje nivå sitter i en bredare sammanhangsnivå, vilket visas i figur 5. Den sista nivån i modellen om nationella strukturer togs dock inte med, eftersom den är för övergripande

Figur 5 – En modell av interventionens kontext (anpassad efter Pawsons & Tilleys (1997) modell).



för just denna specifika studie. Intervjuguiden återfinns i bilaga A.

Djupintervjuerna - urval och analys

Samtliga 22 behandlare fick möjlighet att bli intervjuade. 14 tackade ja. Dessa intervjuades under hösten 2012. Intervjuerna var ca mellan 90 och 180 minuter långa. Dessa var inspelade digitalt och utskrivna, förutom en intervju där behandlaren inte ville bli inspelad. Här togs istället anteckningar, men dessa användes inte i den textnära analysen. Alltså fanns 13 fullständiga utskrivna intervjuer för analys. Sammanlagt blev det 147 382 ord på 324 sidor. Dessa 13 intervjupersoner var fördelade mellan de tre mottagningarna enligt följande: Hisingen 5, Centrum-Väster 5, Nordost 3. Fördelningen av personal på mottagningarna höst 2012 var Hisingen 7, Centrum-Väster 6 och Nordost 9. Det blev dock två fler behandlare från Hisingen och Centrum-Väster och två färre från Nordost för att motsvara en helt representativ spridning.

Intervjuutskriften analyserades kvalitativt med användning av tematisk analys (se Braun & Clarke, 2006) i QSR NVivo 10. Kortfattat handlar tematisk analys om att induktivt leta efter teman i intervjupersonernas svar och hittar en struktur för dessa teman. Tematisk analys valdes eftersom studiens mål var att få fram en detaljerad och nyanserad beskrivning av metoden, där man kunde utforska likheter och olikheter. Det innebar att analysen skulle vara *beskrivande* och *strukturerande* men inte omtolkande eller medvetet kritisk. Områden för utveckling eller kunskaps-

utbyte skulle komma naturligt från den beskrivande analysen i en anda att man lär ifrån varandra. Det är behandlarnas erfarenhet som är grunden till kunskapen och inte analysen som skapar sin egen auktoritet som står över behandlarnas egen kunskap. Det innebär att analysen i denna studie låg på en deskriptiv nivå; de teman som identifierades speglar så långt som möjligt behandlarnas egna ord. Ambitionen var att hitta ett sätt att sammanfatta dessa 13 intervjuer med över 300 sidor på ett användbart sätt utan att tappa detaljerna, nyanserna och särskilt viktigt – andan i orden. Citat används som exempel, det vill säga citatet som presenteras är en bra illustration av temat. Där mer än ett citat används är detta för att visa intressanta variationer i temat (och inte som bevis på hur många personer som uttryckte temat). Denna typ av analytiskt tillvägagångssätt, där det kan räcka att bara en person har uttryckt temat – kallas av Buetow (2010) för "saliency analysis" (ungefär analys av viktigheten eller relevans). Det är hur viktigt eller relevant ett tema är för studiens mål och syfte som bestämmer om ett tema skapas, och inte bara att en idé uttryckts av flera. Där många behandlare uttrycker samma tema blir det dock viktigt att beskrivningen blir mer nyanserad. Teman sorteras vidare in under de rubriker i den övergripande programteoretiska modellen, vilket utgör strukturen för den del av rapporten som presenterar beskrivningen av metoden. Sammanfattningsvis är tillvägagångssättet för analysen:

- beskrivande och strukturerande
- inte tolkande, medvetet kritiskt, eller länkande till övergripande behandlingsteorier
- ett letande efter teman som antingen är återkommande och/eller viktigt för studiens mål
- teman sorteras/placeras inom den övergripande programteorin

Dessutom står denna kunskap självständigt grundad i behandlarnas erfarenhet.

Ett utkast av den preliminära analysen av intervjuerna skickades ut till alla behandlare och en heldags workshop hölls några veckor därefter (augusti 2013) där 22 behandlare deltog. Även gruppchefen med ansvar för behandlingsfrågor och enhetschefen deltog. Syftet var att få behandlarna att diskutera den preliminära analysen dels för att få återkoppling på den preliminära analysen, dels som ett slags tidigt spridningstillfälle, exempelvis att man utbyter kunskaper och erfarenhet genom att diskutera analysen. En minitvärdering av workshopen visade att 20 deltagare tyckte att workshopen uppnådde dessa två mål. Återkopplingen från

denna workshop gav vägledning i skrivandet av denna rapport. Avsnitt 3.2.1 om behandlingssammanhang är dock helt nytt.

2.4 Etiska överväganden

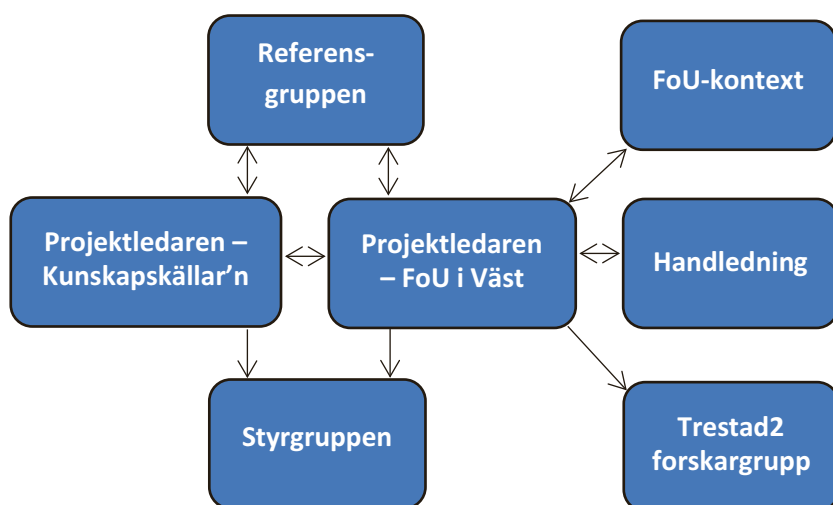
Hela studien granskades av den regionala etiknämnden och fick godkänt i februari 2012. Etiknämnden tog inte upp hantering av citat från intervjuerna med behandlarna och tanken med denna rapport var mycket användning av citat som ett sätt att få behandlarnas egna ord att stå i centrum. Eftersom det i vissa fall är möjligt för behandlare eller andra på enheten att identifiera varandra utifrån språkbruket presenteras citaten i en redigerad version där interjektioner och liknande tas bort.

2.5 Studiens organisation

En ytterligare del i kvalitetsgranskningen av studien kan vara att granska studiens organisation. Studien utfördes av projektledaren vid FoU i Väst/GR (Russell Turner) med handledning av docent Torbjörn Forkby och inom ramen för ett FoU-projekt. Kvalitetsgranskningen innebär att man presenterar studiens upplägg och resultat internt för kollegial granskning. Uppdragsgivare var 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. Referens-

gruppen 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 kontakt via e-post. Styrgruppen består av enhetschefen för Behandlingsgruppen för drogproblem, verksamhetschefen för område Stöd till familjer och individer (där Behandlingsgruppen för drogproblem ingår), projektledaren från Kunskapskällar'n och en enhetschef från enheten Social Utveckling vid Social resursförvaltning (där Kunskapskällar'n ingår) och 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 förvaltningen. Till sist hade denna studie kopplingar till den övergripande forskargrupp som hade hand om en utvärdering av hela Trestad2. Figur 6 visar studiens organisation. ●

Figur 6 – Studiens organisation.



3. Resultat

3.1 En översiktlig bild av metoden

I det här avsnittet redovisas resultat från den första workshopen med behandlarna där målet var att ta fram en översiktlig bild av metoden utifrån en programteoretisk ram. Ambitionen är att ge en kortfattad beskrivning av metoden som helhet, vilket blir en ram för den detaljerade beskrivningen. Överblicken görs i koncis punktform under tre rubriker med utgångspunkt i den programteoretiska modellen (figur 4, s. 13): Målgrupp och behov, Insatser samt Utfall. (Mekanismer undersöks med stöd av både behandlarnas och klienternas redogörelser och redovisas i den kommande rapporten).

Målgrupper och behov

Sju undergrupper av klienter identifierades där behov och förutsättningar kan tänkas variera:

1. **Äldre klienter som har haft ett långt missbruk:** De har slutat med andra droger och ska kanske fasa ur ett drogmissbruk med cannabis. Det finns fler män än kvinnor i den här gruppen. De har kanske fått press på sig att sluta från andra, exempelvis familjen. De kräver ofta en relativt lång behandling med en längre motivationsfas och det kan ta längre tid för dem att avvänja sig från cannabis och de kan ha åldersrelaterade frågor vad gäller att skapa nya nätverk senare i livet.
2. **Väletablerade klienter** med jobb, bostad och socialt ordnad situation men som missbrukar ibland. De är ofta svårmotiverade, intellektuella och pro droger. Det kan också krävas en längre eller svårare motivationsfas på grund av att de kan (och vill) argumentera väl för sin droganvändning.

3. **Klienter med psykologiska problem** i bakgrunden, t.ex. ångest, trauma, depression.
 - De med komplexa psykiatriska problem där det krävs längre tids behandling och den tätare samverkan med andra vårdaktörer.
 - De med traumatiska upplevelser från andra länder med flera, exempelvis med PTSD (posttraumatiskt stressyndrom)
 - De som har upplevt andra typer av trauma.
4. **Unga vuxna:** Det finns i denna grupp både de som är socialt fungerande och de som inte är det. I gruppen finns i högre utsträckning personer som använder andra preparat som skunk och spice. En del är liberala och förespråkar eller lever i en drogkultur där cannabis är lika vanligt som alkohol. Det förekommer en ambivalent period där de argumenterar för cannabis. Många har rökt under flera år (sedan tonåren) och rökt ganska mycket men har kommit till en gräns där missbruket blir övermäktigt.
5. **Klienter som missbrukar olika droger** som har hasch som avtändning från andra droger. Behoven kan bli annorlunda beroende på vilka andra droger som tas och i vilken utsträckning detta sker.
6. **Klienter som slutat, och vill undvika återfall.** Behoven handlar om generella strategier för återfallsprevention och eventuella specifika strategier som är kopplade till cannabisabstinens.
7. **Klienter som kommer med hjälp av samarbetspartners,** exempelvis socialtjänsten. Denna grupp kan ha eventuella psykosociala problem i större utsträckning än de andra grupperna.

Grupperna och deras respektive behov överlappar naturligtvis ibland.

Insatser

På en övergripande nivå finns det tre faser i behandlingen: en förberedande eller motivationshöjande fas, avvänningsfasen och en tredje fas med fokus på upprätthållande eller återskapande av en drogfri identitet och ett drogfritt liv.

1. Förberedande arbete vilket kännetecknas av:

- Alliansbildning: Skapa relation/allians
- Motivationsarbete: ambivalensarbete, ställningstagande
- Edukativa insatser: kunskapsförmedling
- Planering: Individuell behandlingsplanering med klienten
- Teamsamtal: fördelning av ärenden – beroende på behandlare finns också olika fokus för arbetet. Behandlingen anpassas inte bara till klienten utan också till behandlaren.

2. Avvännings- eller abstinensinsatser:

- Enskilda samtal: (två personer i rummet), varierar;
 - o Motivationsarbete och ambivalensutforskning
 - o Prata om hälsofrämjande faktorer
 - o Fördjupad kartläggning av behov
 - o Edukativa och pedagogiska inslag om cannabis verkningar. Förklara cannabis verkningar (exempelvis på minne, språklig förmåga och så vidare). Man visar hur kognitiva funktioner blivit påverkade – detta kan vara med inslag av HAP-programmet.
- Familje- och nätverksarbete:
 - o Direkt eller indirekt (anhörigarbete) på olika sätt; tillsammans i samma rum, separat eller i olika konstellationer. Information/rådgivning till närmast anhörig.
 - o Privat/offentligt; kontakt med familjen så väl som myndigheter, där detta är relevant.
- HAP: (6-veckors-program) – Användningen av programmet kan se olika ut eftersom det upplevs svårt att arbeta strikt enligt programmet. Man fokuserar på vad som kommer fram om man tar bort drogen. Det finns få personer där HAP räcker som enda insats. Det finns specifika förutsättningar när HAP anses fungera, exempelvis vid abstinensbehandling.

3. Upprätthållande/återskapande av drogfri identitet/liv

- Återfallsprevention: kursen (se Haglund och Wall, 2014) med fokus på riskfaktorer för återfall. Stresshantering och finna strategier att hantera detta.
- Klientanpassat efterbehandlingsarbete: fokus på att tillvaron är strukturerad och på hur de kan

hantera känslor och tankar. Detta kan innebära att hantera en postakut abstinensfas, fortsatt motivationsarbete och ett utforskande av det liv och/eller den identitet som klienten vill uppnå.

- Fortsatt familje- och nätverksarbete: bjuda in närstående för att diskutera och informera om vad som händer när en person blir drogfri. Det kan handla om ett antal samtal och även terapeutiska samtal med anhöriga. Fokus på hela sammanhanget är viktigt.

Några **generella arbetssätt** under dessa tre faser nämndes också:

- Tillgänglighetsprincipen: öppen för alla, inga bedömningar eller begränsningar för att få hjälp.
- Kontinuerlig individanpassning: det finns en kontinuerlig anpassning under arbetets gång till där individen befinner sig.
- Kombination av insatser: man erbjuder och använder en kombination av insatser. Insatser flätar in i varandra.
- Alliansskapande: det finns en kontinuerlig fokus på att bilda och behålla en positiv terapeutisk allians.
- Samarbetspartners: samarbeten med olika parter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, företagshälsovård med flera.
- Långsiktigt perspektiv: att sluta med cannabis kan ta 3–4 år. Klienterna/behandlingen avslutas inte efter sex veckor. Att sluta använda drogen är *starten* på behandlingen.

Det är viktigt att komma ihåg att listan av insatser ovan inte säger hur man ska arbeta med insatsen, det vill säga hur förhållningssättet ser ut. Det kommer att beskrivas i detalj i avsnitt 3.2.

Utfall (på kort och lång sikt)

Det är sällan som Behandlingsgruppen nekar de som har cannabismissbruk hjälp om de bor i Göteborg. Det betyder att klienterna kan ha väldigt varierande grader av både cannabismissbruk och/eller andra problem, samt motivation. Innebörden av detta är att utfallet kan förväntas variera kraftigt beroende på hur komplexa klientens problem är.

Skillnaden mellan utfall på kort och på lång sikt som togs fram under workshop handlade om en grov uppfattning om när behandlarna förväntar sig att se de första effekterna. Kortsiktiga utfall handlar om utfall efter cirka åtta veckor, medan långsiktiga utfall handlar om perioden mellan månad två av behandlingen

upp till två år. Listorna över kort- och långsiktiga utfall nedan är det som man förväntar sig att se i teorin där behandlingen fungerar. För en del klienter kan det behövas några försök för att lyckas få kontroll över drogmissbruket. Således kommer återfall i drogmissbruket och andra negativa effekter att uppstå för vissa grupper av klienter, även om dessa personer också kan uppleva positiva förändringar i livet.

Kortsiktiga utfall (0–2 månader)

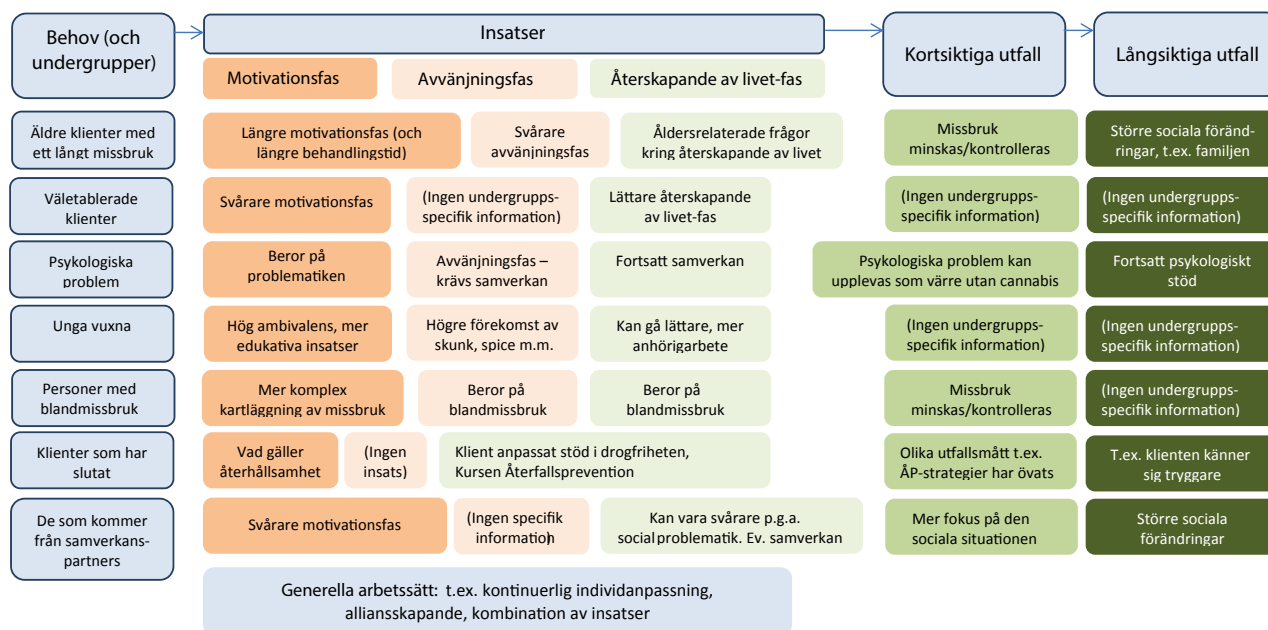
- Alliansen bildas (både ur klientens och behandlars perspektiv):
 - o Klienten känner lättnad genom att sätta ord på saken
 - o Klienten känner tillit till behandlingskonceptet
- Hopp och mål inges vad gäller behandlingen:
 - o Klienten känner att det finns hjälp att få
 - o Klienten och behandlaren utreder situation och lägger upp en plan för arbetet
- Minskning av drogbruk:
 - o Abstinens för några klienter, exempelvis de som börjar med HAP direkt
 - o Lägre bruk/THC-halt för exempelvis äldre, långtidsrökare
 - o Ändring av sättet att missbruka/ökad kontroll av drogandet
- Abstinens- och reduceringsrelaterade utfall:
 - o Sömnproblem
 - o Kommer i kontakt med känslor, sig själv och sin omgivning:
 - Ökad depression, oro och ångest kanske på grund av reella bakomliggande socio- och psykologiska problem som dämpades av cannabis. Detta kan vara vanlig hos äldre, långtidsrökare, de med psykologiska problem och de som inte är socialt etablerade. Detta kan leda till ökad ambivalens och klienten tar ett steg tillbaka.
 - o Isolering/avståndstagande från (drogmissbrukande) nätverk och eventuell ensamhet
 - o Kognitiva funktioner förbättras (tänker klarare, bättre koncentrationsförmågor och minne)
 - o Får mer energi
- Får ny kunskap om cannabisbruk och cannabisavvänjning:
 - o Normalisering av processen – klienter får veta hur processen går till och vad hon eller han kan förvänta sig fysiskt och psykiskt.
- Gällande de som kommer för återfallsprevention – klienten har lärt sig nya strategier eller övat för att undvika återfall och känner sig tryggare i sin avhållsamhet.

Långsiktiga utfall (2–24 månader)

- Terapeutisk allians stärks eller fortsätts;
 - o Mer fylliga berättelser kommer fram
 - o Känslor kommer fram
- Vad gäller behandlingsprocessen: hoppet stärks och delmål uppnås;
 - o Självkänsla ökar ("jag kan klara av detta")
 - o Individanpassade mål uppnås
- Drogmissbruk fortsätter minska, kontrolleras eller drogfrihet hålls
- Psykologiska förändringar;
 - o Uthålligheten och viljan förbättras (vad gäller att hålla sig ifrån droger)
 - o Acceptans av tankar och känslor förbättras (mindre undanträngning, exempelvis med alkohol)
 - o Fortsatta förbättringar av kognitiva funktioner, exempelvis klarare tankar, bättre planeringsförmåga
 - o Ökad självkänsla, tilltro till den egna förmågan och känsla av egen kontroll
 - o Fortsatt ångest och depression för dem som hade det som underliggande problem
 - Kontakt med psykolog, psykiatri osv. för att få rätt medicinsk hjälp
 - o Ny identitet växer fram (för de vars identitet och umgänge kopplades starkt till cannabis)
- Fysiska förändringar och beteendeförändringar;
 - o Bättre sömn
 - o Förbättrad energi
 - o Börjar träna
 - o Får fler saker gjorda
- Sociala förändringar;
 - o Riktat sig utåt, skapar nya intressen
 - o Bättre ekonomi
 - o Förbättringar på jobbet, studier osv.
 - o Förbättrade relationer;
 - Ny orientering i umgänget/fritid
 - Bättre kontakt med familjen (ju yngre desto bättre effekt)
 - Bättre relationer med barn
 - o Får eget boende (för de som inte hade det)

Figur 7 sammanfattar den övergripande modellen för behandlingen utifrån de sju undergrupperna och deras eventuella specifika behov. Under rubrikerna Insatser och Utfall återfinns information gällande just den undergruppen, utöver punkterna i listorna ovan. Där ingen undergruppsspecifik information finns kan man utgå ifrån att punkterna i listorna gäller. Man kan se modellen som en början till en kartläggning av en mer komplex programteori.

Figur 7 – 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.

3.2 En detaljerad beskrivning av metoden

Detta avsnitt redovisar resultat av analysen av intervjuerna med behandlarna, inklusive återkoppling från den efterföljande workshopen. Avsnitt 3.2.1 tar upp behandlingssammanhanget enligt Pawsons & Tilleys (1997) modell. Avsnitt 3.2.2 tittar närmare på de olika målgrupper som kommer till behandling och deras eventuella olika behov. Detta avsnitt bygger på undergrupper som presenterades i den övergripande modellen (avsnitt 3.1). Det sista avsnittet (3.2.3) handlar om "insatsen" i metoden: den implicita kunskapen så som behandlarnas värderingar, bemötandet i förhållande till klienter och så vidare.

3.2.1 Behandlingssammanhanget

En intervention genomförs alltid i en rad olika sammanhang (se figur 5, s. 14). Det är viktigt att sträva efter en tydlig bild av sammanhanget av tre anledningar. Det första är att man behöver förstå de olika förutsättningarna för behandlingen. Common factors-teori och Wampolds kontextmodellen påpekar också att det förmodligen är ett metodmässigt fel att åtskilja behandlingssammanhang från behandlingskon-

text. Det ena påverkar det andra. Genom att förstå behandlingssammanhanget får man därmed utökad möjlighet att identifiera vilka utvecklingsmöjligheter som kan finnas, inte bara hos behandlare och på mottagningen utan också på bredare front. På så sätt blir resultatet en utökad (och förhoppningsvis bättre) plattform för utveckling av arbete, det vill säga det är inte bara metodens innehåll som blir föremål för utveckling utan metodens kontext får lika mycket fokus. Den andra anledningen till att det är viktigt att få en bild av sammanhanget är att det krävs i den slutliga utvärderande analysen att man kopplar ihop sammanhang, kausala mekanismer och utfall (Pawson, 2013). En eventuell tredje användning av en beskrivning av sammanhanget är att externa personer med intresse för organisationen och organisering av en behandlingsenhet skulle kunna få en användbar inblick i verksamheten. Beskrivning av sammanhanget är därmed deskriptivt och redovisande men det avser behandlarnas uppfattningar och erfarenheter av behandlingssammanhanget. Det är också viktigt att ha i åtanke att behandlingssammanhanget ständigt förändras. Det som presenteras ger en ganska statisk bild som gällde när intervjuerna genomfördes och saker och ting lär ha ändrats under tiden. Analysen

presenteras utifrån de fem nivåer i modellen som visades i figur 5, s. 14): Behandlarna, Arbetsrelationer, Ledning och organisation, Samverkansrelationer.

Behandlarna

Det är en förutsättning i anställningen som behandlare att ha en socionom- eller psykologiutbildning men det förväntas också att man har en grundläggande psykoterapiutbildning (motsvarande det som kallades steg 1-utbildning). Utöver detta ser man en variation av vidareutbildningar. De flesta av de intervjuade behandlarna hade vidareutbildat sig i en psykoterapeutisk tradition så som psykodynamisk eller systemteoretisk psykoterapi eller KBT. Behandlarna uttryckte att socionomutbildningen inte kändes tillräcklig för att vara redo att arbeta som behandlare med individuella samtal utan det är viktigt att ha haft en speciell inriktning eller utbildning inom psykoterapi. Det fanns några behandlare som hade genomgått en psykoterapiutbildning och som sedan vidareutbildade sig inom familjearbete. Detta var fallet för alla de intervjuade behandlarna från mottagningen på Hisingen. För dessa behandlare var familje- eller systemisk inriktning en värdefull komplettering till en individuell fokus på klienten.

Förutom utbildning hade behandlarna en variation av erfarenheter som de ansåg vara viktiga i behandlingsarbetet. Det kan vara svårt att uppskatta erfarenheten i antal år eftersom några behandlare hade jobbat med personer med missbruk i många olika former under nästan 40 år men inte alltid med enskilda terapeutiska samtal. Några andra behandlare hade jobbat färre antal år men i en ren behandlarroll. Det blir således missledande att jämföra dessa erfarenheter utifrån antal år på Behandlingsgruppen. Snarare är det mer intressant att titta på de erfarenheter som behandlarna själva ansåg som viktiga. Erfarenheter av målgruppen, det vill säga personer som missbrukar, var av naturliga skäl den gemensamma nämnaren. Det kan ha varit i ungdomsarbete, i dagverksamheter för personer som missbrukar, i uppsökande fältarbete med ungdomar som missbrukar eller i familjevård för vuxna. Några behandlare tog upp att erfarenheter från myndighetsutövning med personer som missbrukar inom socialtjänsten gav betydelsefulla insikter i både målgruppens situation men också i vilka stöd och insatser finns. Med tanke på att HAP nämndes som en huvudinsats i avväjningsfasen i behandlingsmodellen är det intressant att ett par behandlare inte hade någon erfarenhet av att använda den renodlade versionen av HAP, även om man kan ha använt inslag av HAP. En historisk förklaring till detta är att tidigare har det funnits ett mål att ha en HAP-specialist på

varje mottagning. Från och med 2012 ändrades detta mål till att alla behandlare skulle kunna HAP. Vid intervjutillfället kan det vara så att några behandlare inte hade hunnit använda en renodlad version av programmet.

Ett sista tema som märktes var att behandlarna beskrev en vilja att arbeta med eller ett intresse för målgruppen. Det fanns några som hade valt att jobba mer individuellt med personer som missbrukar som ett senare steg i karriären men också de som valde detta spår från början. Det visar ett engagemang för arbetet och speglar kanske en önskan att arbeta som specialist inom missbruksbehandling.

Arbetsrelationer

Mycket av behandlingsarbetet sker genom individuella samtal mellan behandlaren och klienten. Man kan bilda par för att ta emot anhöriga, där en behandlare arbetar med klienten och den andra arbetar med den anhöriga. I vissa fall kan det vara två behandlare tillsammans i rummet antingen för att möta klienten och de anhöriga tillsammans eller för att få ytterligare ett perspektiv.

Att det fanns varierande utbildningsbakgrunder och erfarenheter hos behandlarna sågs som en styrka. Man kan lära sig från varandra både informellt genom konversationer i förbifarten, och under mer strukturerade former så som att be om råd om ett fall eller under planerade fortbildningstillfällen. Några behandlare tog upp att de har blivit mer flexibla och individanpassade i förhållande till klienter genom att ha fått informellt stöd från kollegor. De flesta behandlare uttryckte dock att det finns ett behov av att lära mer från varandra och att det är svårt att avsätta tid för att göra det. En eventuell negativ aspekt av att ha varierande utbildningsbakgrunder är att det blir svårare att ha fasta regler eller kriterier för vilka klienter som kan tas emot på mottagningarna och under vilka former. Exempelvis kan en klient med ganska komplexa psykologiska problem och i behov av omfattande familjearbete kan tas emot av några behandlare men inte av andra. Det finns risk att den behandling som erbjuds kan uppfattas att vara för beroende av den enskilda behandlarens kompetens i stället för Behandlingsgruppens erbjudande. Variationen i kompetenser blir berättigat under förutsättning att klienten hänvisas till den behandlare som kan tillgodose klientens behov. I annat fall finns en risk för att den behandling som erbjuds i vissa fall kan vara mer anpassad efter behandlarens kompetens och inte klientens behov.

Ett sätt att hantera dessa risker på är att fördela nya klienter på ett teammöte, vilket mottagningarna har varje vecka. För det mesta görs fördelningen utifrån

vem som har tid men behandlarna kan ta emot nya klienter efter kompetens för att möta klientens behov eller utifrån vem som bäst skulle kunna skapa en positiv allians med klienten. Teammöten blir således en viktig del i matchningen mellan klientens önskemål och behov och behandlarnas kunskap, kompetens och utbud. Fördelning av nya ärenden upplevdes vara enklare när mottagningsteamet har bra kännedom om varandra, vilket hade att göra med hur länge de hade arbetat tillsammans. Att ha genomgått samma utbildning ansågs också som en viktig faktor för att känna till varandras arbetssätt, vilket var fallet för behandlarna från mottagningen på Hisingen. Där ett team var en nyare sammansättning nämndes behovet av att lära känna varandras arbetssätt, något som tyder på att viljan att bli ett mer sammansvetsat team kan finnas.

Varje mottagningsteam beskrevs som till stor del självstyrande – genom att ett mottagningsteam inte har en särskild mottagningschef som brukar vara med på teammötena. Mottagningsteamerna upplevdes dock ha en platt och stödjande struktur. Kollegor uppfattades i allmänt som öppna, tillgängliga och behjälpliga. Teammötena fungerar dels som sagt för att fördela nya klienter, dels för att få in input och nya perspektiv om aktuella fall – teamdragningar – och dels för att ta hand om praktiska saker.

Organisation och ledning

Behandlingsgruppen består av tre mottagningar – Centrum-Väster, Hisingen, och Nordost – samt en gruppchef med ansvar för missbruksbehandling och en enhetschef med övergripande ansvar för denna och andra verksamheter. Behandlingsgruppen finns inom verksamhetsområde Stöd till individer och familjer inom Social resursförvaltning. Förvaltningen är en stadsövergripande förvaltning som bildades 2010 för att samla ihop alla verksamheter inom det sociala området som inte hade myndighetsutövning. Innan Social resursförvaltning bildades låg de tre mottagningarna under lokala stadsdelsförvaltningar. Även i den nya organisationen har man behållit tre mottagningar ute i stadsdelarna för att vara nära stadsdelarnas verksamheter samt för att bibehålla lokal kännedom och skapa klientnära kontaktytor, vilket en central mottagning ansågs ha svårare att göra.

Det nämndes under avsnittet Arbetsrelationer att personalen på mottagningen på Hisingen hade genomgått samma utbildning. De har också haft en god stabilitet avseende både organisation och personal, vilket innebär att de har jobbat tillsammans i många år. Centrum-Väster var hösten 2012 en nyare mottagning med en blandning av personal som är ny för

Behandlingsgruppen. Då bara tre behandlare (av nio) från mottagningen i Nordost ingick i intervjuerna är det inte möjligt att presentera uppfattningar på mottagningsnivå vad gäller Nordost. Det finns också en mottagning som tar emot klienter med komplex problematik av missbruk och psykisk sjukdom (som inte ingår i denna studie). En följd av detta är att dessa klienter inte hamnar på Behandlingsgruppen.

Att tre mottagningar med olika sammansättningar och historik samlades i en stadsövergripande enhet innebar att verksamheterna skulle hålla ihop som en enhet. Det uppfattades att uppdraget organisatoriskt har blivit tydligare, efter att Behandlingsgruppen hade några gemensamma planeringsdagar. De flesta behandlare talade dock om behovet av kunskapsutbyte och metodutveckling för att hålla ihop Behandlingsgruppens utbud som helhet. Man kan också tänka att ett förbättrat kunskapsutbyte skapar bättre förutsättningar för att Behandlingsgruppen som helhet kan erbjuda samma typ av stöd på de olika mottagningarna.

Varje mottagning har möjlighet att ha egna planeringsdagar vilket behandlarna uppfattade som värdefullt. Att dessa planeringsdagar genomförs på mottagningsnivå kan dock anses vara ett hinder för kunskapsutbyte mellan mottagningar eller snarare mellan enskilda behandlare från olika mottagningar. Det finns en tyngd i att samla ihop alla drogsmissbrukskompetenser i en enhet men möjligheten till utveckling kan gå förlorad om man ändå fortsätter arbeta som tre separata mottagningar.Handledning ligger också för det mesta på mottagningsnivå. En fördel med detta är att varje mottagning kan välja sin handledning så att det matchar deras arbetssätt. En nackdel är att det motverkar att Behandlingsgruppen som helhet utvecklar ett enhetligt utbud. Det betyder inte att man ska ha planeringsdagar eller handledningar tillsammans som en hel Behandlingsgrupp, då blir det för många människor i rummet. Det betyder inte nödvändigtvis att det är problematiskt att mottagningar gör lite olika vad gäller planeringsdagar och handledning. Där problem kan uppstå däremot, är där varje mottagning utvecklar sitt eget arbete utan att erfarenheter och utveckling sprids mellan mottagningar. Några behandlare nämnde att de har både handledning på mottagningen och handledning efter den terapeutiska inriktning som de praktiserar. Det blir en kvalitetssäkring av den kompetens som behandlaren har, även om det lyfter en fråga om resurser (tid) att ha två handledningstillfällen.

Den bärande delen i kvalitetssäkringen av behandlingsarbetet blir verksamhetens kontinuitet och sta-

bilitet. De flesta behandlarna talade om vikten av att tillhöra Social resursförvaltning för att skapa rätt förutsättningar för ett högkvalitativt behandlingsarbete. Verksamheten är inte beroende av bistånd som exempelvis kan följa med biståndsbedömda klienter. Denna omständighet innebär också att man inte är bunden till en viss ideologi eller produkt. För medborgarna innebär detta att: behandlingen är gratis, öppen för alla (och inte beroende av inkomst), det finns inget tvång eller plikt, och klienterna kan välja vilken behandlare och vilken mottagning de vill. Det är också sällan kö enligt behandlarna vilket talar för att enheten har hög tillgänglighet. Där tillgängligheten brister däremot handlar det om att nå ut till och vara synlig för att personer i behov ska känna till och söka sig till mottagningarna. Några behandlare pratade då (hösten 2012) om en stundtals låg tillströmning av klienter och att mer behövde göras för att rikta marknadsföring till olika målgrupper. Det fanns olika åsikter kring vems uppdrag det var att ha hand om dessa marknadsföringsfrågor. Några behandlare kände att det var delvis deras roll och delvis chefers att arbeta på två olika fronter, medan andra behandlare tyckte att ansvaret låg hos cheferna.

Några organisatoriska förändringar skedde under studiens gång. Vid studiens början pågick en omorganisation som ledde till att tjänsten gruppchef inrättades. Ungefär samtidigt tillträdde en ny enhetschef. Den nya enhetschefen fick ett bredare uppdrag än sin företrädare. Under studiens gång lämnade gruppchefen sin tjänst och ytterligare en gruppchef tillträdde. Studiens mål var dock inte att bedöma chefernas prestationer utan att förstå vilka förutsättningar för behandlingsarbetet och/eller möjligheter för utveckling som skapades. Som nämndes under avsnittet Arbetsrelationer har varje mottagning sina egna teammöten som till stor del är självstyrande. Gruppchefens roll uppfattades lite olika beroende på teamets sammansättning och erfarenhet av och kännedom om varandra. Ett mer sammansatt och enigt team kände mindre behov av att en gruppchef styrde över behandlingsarbetet, medan behandlarna med mindre erfarenhet av varandra som team uttryckte behov av mer stöd från gruppchefen. En chef ansågs vid sådana tillfällen ge mandat för vilken övergripande fokus behandlingsarbetet skulle ha, vilket är en hjälp för att ena teamet. Det fanns alltså en balans som skapades genom att ge behandlarna och mottagningarna stor frihet i hur de jobbar men också stort förtroende att de vet bäst. Denna kombination av frihet och förtroende verkade tas emot bäst när teamet hade lång erfarenhet av att arbeta tillsammans.

En viktig roll som gruppchefen spelade enligt behandlarna var som en kommunikationskanal mellan nästa nivå i organisationen både uppåt och neråt. Ett behov uttrycktes av att en gruppchef bör ha goda kunskaper om behandlingsarbete för att kunna förklara och vid behov försvara uppåt. Detta togs upp ibland i sammanhang som handlar om eventuella sparkrav och en fokus på kvantitet i arbetet, istället för att behålla den stabilitet och kontinuitet som krävs för ett kvalitativt arbete. Det fanns också ett behov av att förbättra dialogen så att behandlarna kan vara delaktiga i beslutsprocessen kring arbetssätt, utbildning och förändringsplaner. Rollen som kommunikationskanal innefattade också att nå ut till samverkanspartners och andra som skulle kunna nå målgruppen. Apropå olika åsikter bland behandlarna kring vem som har ansvar för marknadsföringsfrågor, så tyckte några behandlare att cheferna hade ett uppdrag att "sälja in" enheten hos samverkanspartners så att klienttillströmningen blir bättre (då den upplevdes stundtals låg hösten 2012). Återstående eller ständiga samverkansproblem ansågs också vara ett ansvar för cheferna. Detta gällde exempelvis samverkansfrågor med sjukvården och psykiatrin – att klienter bollas fram och tillbaka – och gällande urinprov för de klienter som vill eller behöver det (hösten 2012 fanns inga möjligheter för klienter att lämna urinprov men i skrivande stund är detta löst). Till sist nämndes ett behov av att bättre förankra betydelsen av dokumentation av klienter hos personalen. Många negativa åsikter fanns kring de olika system som finns för att dokumentera arbete och/eller klienter och en känsla uttrycktes att det var otydligt vad denna dokumentation ska användas till. Å andra sidan pratade några behandlare om behovet av att förbättra uppföljning av klienter och att systematiskt få veta hur det gick för dem efter behandling. Dessa nästan motsatta åsikter speglar kanske ett reellt intresse för uppföljning av klienter, så länge att uppföljningsverktyg kan förankras hos personalen och att personalen ser resultaten av uppföljningen (och ännu bättre använder resultaten i utvecklingsarbetet).

Samverkansfrågor

Alla behandlare uttryckte vikten av god samverkan med andra samhällsaktörer för att både behandling och behandlingsverksamheten ska lyckas. Detta gällde en ömsesidig relation där Behandlingsgruppen till stor del är beroende av att andra aktörer slussar klienter vidare till dem men också att det i många fall krävs insatser från både Behandlingsgruppen och samverkanspartners för att klienten ska uppnå ett hållbart, drogfritt liv. De främsta samverkansparterna var enligt

behandlarna socialtjänsten, sjukvård och i synnerhet psykiatrin, boendeverksamheter, frivården och frivilliga organisation. Även polisen, arbetsförmedlingen, vårdcentraler och universiteten nämndes också som samverkanspartners, men i mindre grad.

Mellan dessa olika aktörer och mellan de tre mottagningarna finns det ytterligare nivåer av stadsdelsindelningar, vilket innebär att en övergripande bild av samverkansfrågor blir svår att komma åt. Ett generellt behov som framkom i intervjuerna var dock att samverkan antingen behöver utvecklas mer och/eller *löpande* behöver följas upp. Där behandlarna hade goda erfarenheter av samverkan berodde det på, enligt deras uppfattning, att relationer hade uppbyggts genom fasta, återkommande strukturer så som regelbundna träffar. Där behandlare kände att samverkan behövdes eller brast i någon mån stod det oftast i relation till en brist på samverkansstrukturer, exempelvis inga regelbundna träffar eller otydligheter kring vems ansvar det var. Några behandlare var tydliga med att det var deras roll att ha löpande träffar ute på exempelvis socialkontor medan andra behandlare uttryckte osäkerhet kring detta eller tyckte att det endast var chefens roll. Detta tyder på ett behov av ett förtydligande av vad för typ av samverkansskapande aktiviteter behandlarna förväntas göra och vad cheferna tar ansvar för.

Socialtjänst

Den svåraste nöten att knäcka verkar vara socialtjänsten. Behandlarna var för det mesta överens om att många eventuella klienter också är klienter hos socialtjänsten. Socialtjänsten uppfattades också som en viktig partner för de klienter som är i behov av boende, försörjning, arbetsträning med mera. Var och en av de tre mottagningarna har dock 3–4 olika stadsdelnämnder i sitt geografiska upptagningsområde och i varje stadsdel kan det finnas olika typer av verksamheter att skapa kontakt med. Även de behandlare som hade en tydlig samverkansstruktur – exempelvis två träffar per termin – pratade också om allmänna svårigheter på några socialkontor, så som hög personalomsättning och hög arbetsbelastning. Att skapa kännedom om och samsyn kring Behandlingsgruppens erbjudande verkar kräva ett sisyfosarbete. Ett budskap som några behandlare sade var hjälpsamt var att betona att Behandlingsgruppen kan vara en avlastning för socialkontoren – att det är gratis och att det sällan är kö – men att detta budskap måste förmedlas kontinuerligt. Ett ytterligare problem är att det finns eventuella överlappningar mellan stadsdelarnas egna drogbehandlingsverksamheter och Behandlingsgruppen. Några behandlare uppfattade dessa som konkur-

rerande verksamheter, att de erbjuder nästan samma sak. Man kunde dock förstå att det fanns utrymme för båda verksamheterna att komplettera varandra om rätt samverkansform och samsyn fanns. Det är svårt för behandlarna att känna till alla de olika verksamheter som finns på socialkontoren. Därmed kan de också ha svårt att uttala sig om huruvida överlappningar var gynnande eller konkurrerande. Här kan man förvänta sig att samverkansfrågan ligger på en högre nivå mellan stadsdelarna och Social resursförvaltning.

Där en socialsekreterare redan känner till Behandlingsgruppen kan en god samverkan också byggas på kring individuella klienter som skickas till Behandlingsgruppen. Här ansågs det oftast bäst att bjuda in socialsekreteraren i början av behandlingen för ett trepartssamtal med klienten, dels för att öka socialsekreterarens förståelse för behandlingens mål och upplägg och dels för att vara tydlig gentemot både klienten och socialsekreteraren om vad man har kommit överens om, exempelvis vad gäller sekretess. Några behandlare uppfattade att socialsekreterare kan ha förväntningar om kortare kontakter (eller snabbare resultat) från en behandling och då är det fördelaktigt att vara öppen från början om behandlingens arbetsätt.

Sjukvård och psykiatri

Önskemål om förbättrad samverkan gällde också i huvudsak sjukvård och psykiatri. Detta skilde sig till viss del mellan mottagningarna. Hisingen hade till exempel en sjuksköterska på plats (deltid) och behandlarna hade en mer positiv bild av att få tider hos läkaren. Hisingen rapporterar också en fokus på att genom sjuksköterskan utöka samarbetet med de olika vårdcentralerna. Centrum-Väster var höst 2012 däremot mitt i en övergångsperiod där ingen sjuksköterska fanns på plats och behandlarna kände ett starkt behov av att reda ut situationen kring tillgång till läkare, de upplevde exempelvis att det var svårt att boka tider direkt för klienter. På en allmän nivå nämnde de flesta behandlarna att kanalerna mellan sjukvård/psykiatri och Behandlingsgruppen behövde förbättras. Detta för att det finns potentiella klienter hos sjukvården och man har möjlighet att nå fler med bättre kanaler. För att uppnå detta krävs dock en bättre samsyn och förståelse för varandras arbetssätt, vilket följer av bättre kommunikation, regelbundna träffar och så vidare. En annan anledning till att förbättra informationskanalerna handlade om att skapa bättre stöd till klienterna. Det har förekommit, enligt behandlarna, att klienter med både missbruks- och eventuella psykiatriska symptom har hamnat mellan stolarna. Psykiatrin kräver att man har varit drogfri i några månader för att utreda even-

tuella symptom, som kan bero på missbruket. Å andra sidan vill klienter ofta ha behandlingar på en och samma gång medan deras motivation är hög, eller så kan medicinering behövas för att komma igenom den svåraste delen av avvänjningen.

Andra samverkanspartners

Frivården togs upp som en samverkanspartner som man tidigare hade mer samarbete med men det har tappats bort. En anledning till detta är att Kriminalvården har undergått några stora förändringar under de senaste åren och nu har egna program. Å andra sidan kände några behandlare att frivården fortfarande har behov av de individuella samtal som Behandlingsgruppen kan erbjuda (många av Kriminalvårdens insatser utförs i grupper, ofta under kortare behandlingstider). Det fanns dock inget upparbetat samarbete med frivården för att utforska detta uppfattade behov och för att öka kännedomen om Behandlingsgruppens tjänster.

NA (Narcotics Anonymous) nämndes som en verksamhet där det inte finns någon formell samverkan på grund av att NA jobbar oberoende av myndigheterna. Ett förtroende för varandra uttrycktes dock där man har förståelse för varandras arbetssätt och båda parter slussar klienter till varandra. Det fanns således en känsla av att man är kompletterande och ej konkurrerande verksamheter.

Till sist nämndes några andra eventuella samverkanspartners där man skulle kunna utveckla samarbetet: Kriminalvården – för att fånga upp de i häktet; Arbetsförmedlingen; universiteten – för att fånga upp unga vuxna samt frivilliga organisationer så som Vägen Ut.

Sammanfattning av behandlingssammanhang

Poängen med att titta närmare på behandlingssammanhanget i den här rapporten var att ur behandlarnas perspektiv förstå de olika förutsättningarna för behandlingen och identifiera vilka utvecklingsmöjligheter som kan finnas, inte bara hos behandlare och på mottagningen utan på bredare fronter. En inblick i hur arbetet organiseras är kanske också av intresse för externa personer som arbetar på en behandlingsenhet. De olika aspekter som identifierades på de olika nivåerna i sammanhanget – Behandlare, Arbetsrelationer och så vidare – kan sammanfattas efter om de utgör gynnande eller hindrande aspekter, se figur 8. En gynnande aspekt bidrar till att skapa bra förutsättningar för behandlingen medan en hindrande aspekt försvårar möjligheten att lyckas.

3.2.2 Målgrupperna och behov

Detta avsnitt belyser närmare behandlarnas kunskap kring vilka typer av klienter som kommer till mottagningarna och vilka behov de har. Med "behov" menas den specifika problematik som behandlingen kan förväntas påverka. En klient kan ha många olika behov, exempelvis vara arbetslös, ha problem med familjen, vara deprimerad och så vidare. När man ska formulera en teori om behandling är det viktigt att precisera just vilka behov *behandlingen* förväntas tillgodose hos målgruppen som man möter på en missbruksmottagning. Där blir det också viktigt att lyfta fram hur behoven kan skilja sig mellan olika klientundergrupper. I den övergripande bilden av behandlingen (avsnitt 3.1) nämndes sju undergrupper på ett ganska ytligt sätt. Detta avsnitt bygger på denna övergripande ram med en mer detaljerad kunskap. Först presenterats fyra huvudbehov som gäller de flesta klienter. Sedan följer några behov som är specifika för de olika undergrupperna. Både huvud- och specifika behov kan gälla för en och samma klient och behoven kan gå i varandra och stärka problematiken. Två kringliggande undergrupper presenteras också.

Huvudbehov

"Fastnat på något sätt" och kognitiva nedsättningar

Klienterna brukar ha fastnat i ett tanke- och/eller beteendemönster som de inte kan ta sig ur själva. Tanke-mönstret kan vara en mer ingående del av personens självbild och identitet och blir därmed svår för personen att uppfatta själv.

När människor kommer med bekymmer och problem, då har de fastnat på något sätt. De kommer inte vidare, det får vi nästan förutsätta för annars hade de löst det själva. Och ofta så är det att de kommer och så har de satt det [problemen och bekymren] på sin egen identitet. "Jag är knarkare, jag är värdelös" [...] inte jag har narkotikaproblem, utan jag är (05, ref 1)²

Det kan finnas en slags halvgömd tro att man behöver drogen för att exempelvis klara av vardagen, få känslorna under kontroll, må bra och så vidare. Även om klienterna är medvetna om denna tro saknar de ofta sätt eller verktyg att lösa de problem som drogen avskärmar dem från. Detta kan till viss del bero på en klients låga självförtroende, tillit till den egna förmågan att lösa problem, flytta hinder, skapa alternativ och så vidare. **Behovet är därmed att klienten förstår tankemönstret, berättelsen de har om sig själv, sin självbild, att de har fastnat och att de kommer loss från detta.**

2. Siffran inom parentes redovisar koden för den intervjuade behandlaren och referenskoden för just detta tema.

Figur 8 – Gynnande och hindrande aspekter av behandlingssammanhanget

Behandlarna Gynnande aspekter	Hindrande aspekter
• Välutbildade, oftast inom en psykoterapeutisk tradition • Stor variation av erfarenheter av målgruppen • Engagemang för arbetet	• 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

Man måste ge tillbaka självkänslan och självförtroendet [...] Beroendeproblematiken tar självförtroende och självkänsla från folk. (07, ref 3)

Detta "fastnande i berättelsen" eller brist på verktyg att lösa problemet kan inte ses som separat från de kognitiva nedsättningar som kan följa med regelbundet bruk av cannabis. Det är välkänt att cannabis påverkar en rad kognitiva funktioner och i synnerhet förmågan att tänka flexibelt, reflektera över sig själv, sätta ihop nya lösningar med hjälp av befintlig information, dra korrekta slutsatser (se exempelvis Lundkvist och Eriksson, 1988). Således blir det svårare för en person med ett regelbundet cannabisbruk att förstå och reflektera över sina egna tankevanor, den identitet som de kanske har fastnat i, och bygga upp en ny självbild, särskilt om man har haft ganska låg självkänsla. Det kan vara så att en klient kan ha fastnat i sina tankemönster utan att ha särskilda kognitiva nedsättningar men detta lär inte vara så vanligt.

Självförnekelse och ett selektivt synsätt kring eget beroende

Ett vanligt sätt på vilket klienter fastnar i sina tankenbanor kring cannabisanvändning är genom en slags självförnekelse av sitt eget beroende. **Behovet för klienten är att inse själva beroendet och kopplingen till ett eventuellt selektivt synsätt eller snäv fokus på drogens effekter.** Detta var enligt behandlarna mer vanligt bland unga och de som är drogliberala/pro-cannabis men kan gälla för andra målgrupper. Några klienter anser att de inte är beroende och därför är det inget problem. Ett vanligt resonemang är att man kan hålla upp en vecka eller att man bara röker på helger och att livet fortfarande fungerar bra.

De är många som tänker att de inte är beroende för att de kan hålla upp en vecka. Har du provat att hålla upp i 10 dagar någon gång? Det kommer att bli en skillnad. Cannabis stannar länge i kroppen. (01, ref 1)

Ett annat resonemang är att cannabis inte är så skadligt och att det finns forskning som stödjer detta och/eller att drogen har en del positiva effekter. Det blir en selektiv läsning av den forskning som finns om cannabis och en selektiv fokus i allmänt kring effekterna av cannabis för att stödja det egna valet att röka.

Man får ett selektivt synsätt kanske. Man läser det man vill läsa och de dåliga konsekvenserna, till exempel, de kognitiva funktionsnedsättningarna, har man kanske inte fokus på. (09, ref 2)

En viktig komponent i en selektiv inställning till cannabis är att klienterna kan ha brist på kunskap om själva effekten av drogen på sig själva och i synnerhet brist

på kunskap och självinsikt om påverkan på kognitiva förmågor. Exempelvis kan svårigheter att sätta ihop delar till en helhet, konkret tänkande och brist på reflexiv självbevakning stärka en selektiv och snäv bild av cannabis. En okritisk inställning (eller genuin brist på kunskap om cannabis och dess effekter) kan därmed bidra till en självförnekelse av det egna beroendet.

Att komma genom den svåra fasen

Det är vanligt att klienter själva har försökt att sluta med cannabis och misslyckats. Delvis kan det bero på att man har brist på kunskap om drogens effekter på kroppen genom avvänjningen, exempelvis att man inte förstår att svettningar och depression är vanliga symptom vid cannabisavvänjning. Behandlarna anser dock att en hel del klienter också har svårt att klara sig genom en svår och "död" period efter avvänjningen. **Behovet är 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. Även om klienter kan ha gått igenom avvänjningen på egen hand så återstår behovet av att hålla upp i en svår fas efteråt, där behandlaren har en tydlig roll.

I det stadiet [den svåra fasen] så lyfter jag det som de faktiskt gör, att de står ut i det. Mycket handlar just om att stå ut och att utöka sin uthållighet [...]. Jag ger beröm "det är bra att du står ut. Jag ser att det här är kämpigt". (13, ref 1)

"Frirummet" – att utforska känslor, tankar och identitet

Man kan tänka sig att några personer har ett tillräckligt stödjande nätverk av familj och vänner runt omkring sig för att klara av att sluta med cannabis på egen hand. Vad som verkar vanligt för klienter som söker sig till mottagningarna är enligt behandlarna att klienterna har behov av en viss typ av stöd eller samtal, vilket kan saknas hemma eller i klientens egna sociala nätverk. Det kan vara så att det saknas någon med expertkunskap om droger som det går att diskutera med på ett objektivt sätt utan känslomässiga reaktioner; **det behövs ett "frirum" där det är möjligt att utforska känslor, tankar och identitetsfrågor** i en trygg miljö utan moraliserande eller dömande svar.

Han ville ha någon att prata med, utöver sin flickvän. Det vet jag en del har sagt att det är härligt att komma och prata med någon utan att få en känslomässig motreaktion. Och det tycker jag är bra. För det är klart det rör upp känslor när man pratar om droger. Besvikelser och

förhoppningar och vad som grusas i form av ett återfall. Men han ville ju ha stöd, någon att prata med. (09, ref 1)

Undergruppsspecifika behov

Unga – det normativa synsättet

Behandlarna tyckte att unga människor ofta har ett mer normativt synsätt kring cannabis, exempelvis att alla röker, och en mer positiv inställning, det vill säga att de inte själva har sett eller upptäckt negativa konsekvenser. Det betyder att det finns ett starkare behov av att fundera kring det normativa synsättet, vilket kan innebära ett mer ingående motivationsarbete.

De [unga vuxna] har ofta [en positiv syn]. Det kan vara svårt för det [cannabis] är fortfarande väldigt lockande. Det är väldigt mycket positivt, väldigt lite negativt. (05, ref 1)

Äldre – svårare kognitiva nedsättningar och "att ge upp sin bästa vän"

Äldre klienter med ett långvarigt cannabismissbruk brukar ha svårare kognitiva nedsättningar och ha svårt att lämna ett sätt att leva sitt liv. Detta kan också innebära att en längre inledningsfas behövs men med en annan fokus:

*Jag träffade en man som använt droger i fyrtio år och bara varit drogfri under 9 månader. Jag bad honom jämföra de stunderna som han sov gott när han var drogfri med hur han mår nu. Efter **många samtal** om fördelar och nackdelar så kom han fram till att livet smakade mer som drogfri. (07, ref 1; min kursiv)*

För en klient som har använt droger under större delen av sitt liv och som bara har cannabis kvar kan det också innebära en slags sorg att ge upp den drog som har varit med så länge. Det kan därmed finnas ett behov av en typ av sorgebearbetning.

En äldre person som levt missbruksliv och som använt en massa olika preparat berättade om cannabis som om det var hans bästa vän. Och att det är en sorg att lämna sin bästa vän, att det är tufft. (02, ref 1)

De som kommer genom samarbetspartners – misstro, tvång och låg motivation

Några klienter kommer till mottagningarna med hjälp av samarbetspartners, främst socialtjänsten men även kriminalvården. Dessa klienter kan i högre grad känna misstro till myndigheter, tvång att vara på mottagningar och ha låg motivation att prata om sitt missbruk. Behovet ansågs vara att klienten får förståelse för och en riktig uppfattning om öppenvården och behandlingsarbetet, exempelvis att öppenvården inte är en del av socialtjänsten, det råder tystnadsplikt och det finns inget tvång.

Och sen så måste man försöka bevisa för dem att vi inte jobbar med myndighetsutövning, utan att det är en öppenvårdsmottagning, det finns inget tvång här. Det är ditt val om du är här. Men ibland är det inte deras val utan det är socialtjänstens val. (08, ref 1)

Det kan vara viktigt att bekräfta klientens eventuella känsla av tvång och erkänna klientens position som "hänvisad" men också att vara tydlig med hur behandlingen kan gå till för att reda ut missuppfattningar och ge personen en chans att testa själv om behandling egentligen är någonting för honom eller henne.

Jag kollar jättenoga varför de är här. Och så frågar jag är det du som vill det här eller är det någon annan som vill eller vad tänker du kring det här med samtal, för det är samtal vi har här. Jag har inget hokus-pokus utan det är samtal. Och så säger de; "jag vet inte. Egentligen tror jag inte på det här med samtal". Okej, men nu är du här i alla fall, du har gått hit och du har gått över tröskeln, vi kör en timma så får du väl se. Och det [samtalet] öppnar också. Jag säger inte att du måste göra det, jag säger inte att det här funkar. Jag säger att testa en timma eller två. (05, ref 1.)

De som kommer för återfallsprevention – behov av strategier för drogfrihet

De klienter som kommer för återfallsprevention (ÅP) representerar en speciell grupp klienter genom att deras behandlingsbehov kan var lite annorlunda. Exempelvis lär de inte ha samma kognitiva nedsättningar som någon i ett dagligt cannabisbruk eller självförnekelse av det egna beroendet. Å andra sidan kan de ha behov av att arbeta med ett selektivt synsätt kring cannabis och de kan ha fastnat i sina tankevanor. Behandlingsbehov som är unika just för återfallsgruppen är att lära sig mål och strategier för ÅP och att arbeta med bredare frågor om hela livssituationen såsom att hitta relationer, att hantera känslor och allmän livskvalitet utan droger.

En person som jag träffar har slutat på egen hand, men känner att han behöver hjälp att prata, för att inte fly undan, för han tycker att han flytt mycket med hjälp av droger. Och han är helt medveten om hur cannabis har påverkat honom. (03, ref 1)

Påverkan av andra psykologiska och sociala behov

Några klienter kan också ha ett antal andra behandlingsbehov som det inte är missbruksöppenvårdens uppgift att behandla, behov som kan försvåra behandlingen. Klienter kan ha bakomliggande psykologiska och/eller neurologiska problem och/eller problem av mer social art, såsom att vara arbetslös i många år och/eller bostadslös. När det gäller psykologiska eller neurologiska problem kan det bli svårt att förstå kopp-

lingen till drogmissbruk, exempelvis om problemen orsakades eller förvärrades av droger.

En del har varit friska och använt cannabis eller andra droger och har blivit schizofrena. Eller de som har använt hallucinogena droger, de hallucinerar efter ett tag, eller det finns en del som har psykiska funktionshinder och då brukar de självmedicinera sig med droger. Så det är både och. (08, ref 1)

Med de som använder cannabis som ett slags "självmedicinering" kan det innebära att ett annat behandlingsbehov uppstår när man tar bort drogen. En viss depression är också ett vanligt symptom av att ta sig ur ett drogmissbruk men en svårare depression kräver andra insatser än de som finns i öppenvården.

Depression. De blir ett annat bekymmer. De kommer aldrig ur, de blir inte så nöjda, hamnar i en konstant meningslöshet när man slutat röka. Det blir en annan svårighet. Varför ska de fortsätta [att hålla sig drogfria] när de mår så dåligt? Där får man vara mer vaksam. Där använder vi ibland sjukvården för att medicinera. (01, ref 1)

Hur resten av en klients liv ser ut i allmänt, exempelvis om en person har bostad, jobb, ett socialt nätverk utanför drogmissbruket, spelar uppenbarligen en roll i behandlingen. Till skillnad från när det gäller psykologiska och neurologiska problem verkade det mer vanligt att behandlarna till viss del kunde jobba med dessa behov, även om detta gjordes i samarbete med exempelvis socialtjänsten. Å andra sidan kan detta arbete ta upp tid från ett mer terapeutiskt arbete.

Alltså har vi inte våra mest grundläggande behov tillgodosedda, som tak över huvudet, så är det väldigt svårt att koncentrera sig på något annat. Det är det enda man tänker på, att jag har ingenstans att bo. [...] Och då blir det kanske [klientens] konflikter då med socialtjänsten som tar upp tiden, [...] jag får inte hjälp med detta och det och det. (13, ref 2)

Kringliggande målgrupper

De som inte kommer till öppenvården

På Behandlingsgruppens mottagningar är alla som bor i Göteborg välkomna, vilket innebär ett brett spektrum av personer med cannabismissbruk. Det fanns dock en förståelse för att klienterna som kommer till mottagningarna bara utgör en del av en bredare grupp av de som använder cannabis. Den grupp som man möter i öppenvården är en grupp någonstans på skalan mellan å ena sidan de välbeställda som inte upplever problem och inte heller söker hjälp och å andra sidan de med väldiga problem, exempelvis personer med samsjuklighet som är hemlösa, en

grupp som man inte heller möter i stor utsträckning i öppenvården. Detta är viktigt för att förstå vilka målgrupper man brukar möta och behandla inom öppenvården. Resultaten i denna rapport bygger på erfarenhet av behandling inom öppenvården och därmed av vad som fungerar med de som behandlarna möter. Det finns andra personer med missbruk av cannabis – i båda ändar av skalan – som man har mindre erfarenhet av (och som eventuellt kräver andra insatser).

De som inte är redo (tajming och informationsbehovet)

Det fanns också en förståelse för att några klienter som söker sig till mottagningarna främst har ett behov av att lära sig mer om vad som erbjuds i fråga om behandling, hur behandlingen kan se ut och om den kan vara någonting för just den här personen i fråga. Detta sökande kan vara ett först steg i riktning mot en fundering på att komma bort från ett missbruk och det kan handla om huruvida det var rätt tajming i förhållande till andra livsomständigheter. Det kan också vara ett sätt för en person att börja förbereda sig mentalt för att ta itu med sina drogproblem.

[En klient] hade rökt hasch i tio år. Ja, det verkar bra det här programmet sa hon. Men, jag är inte där än. Okay. Vad gör vi då? Och då sa hon det att okay, jag ringer dig när jag är där, när jag är färdig. Hon hade fattat hela grejen, men hon var inte där. Ett år senare ringde hon och sa, nu är jag där, nu är jag klar, och så bokade vi en tid. Så frågade jag hur det har varit. Jo, då hade hon förberett sig. (02, ref 1)

Det är viktigt att möta sådana klients behov av att förstå vad behandling innebär så att klienten antingen kan fatta rätt beslut om att börja en behandling och förstå vad det innebär eller att man kan starta igång processen hos dem att fundera på sitt missbruk. Det handlar om att våga lita på att klienten kan avgöra när behandlingen ska påbörjas. Det kan också vara till hjälp att ge information och/eller konsultation till anhöriga till de som inte är redo (se också Anhörigperspektivet i nästa avsnitt).

3.2.3 Insatsen i metoden - det implicita förhållningssättet

Där begreppet "behov" rör sig om vad som ska behandlas, handlar begreppet "insatsen" om *hur* behoven ska behandlas, med andra ord, vad ska göras? I den övergripande bilden av metoden (avsnitt 3.1) fanns en lista med olika typer av aktiviteter uppdelades i tre faser: förberedande, avvänjning och en tredje fas med fokus på upprätthållande eller återskapande av identiteten och livet. Listan av insatser bör inte,

utifrån Common factors-teori och den kontextuella modellen, anses som den aktiva komponenten i metoden. Snarare är det behandlarens värderingar, bemötande av klienten och reaktioner i olika situationer som spelar större roll. Således bör listan av aktiviteter under de tre faserna anses finnas eller grundas i en implicit kunskap, en "know-how" om behandlingsarbetet, vilket är fokus för detta avsnitt. Aktiviteteter och de faser som de tillhör blir bara intressanta – och sannolikt bara effektiva – *när de grundas i en bredare, implicit kunskap*. Det är därför denna implicita kunskap presenteras som kärnan i metoden.

Målet med analysen i detta avsnitt är således att hitta en struktur för den implicita kunskapen; en struktur som blir ett stöd i en *artikulering* av kunskapen. Det är viktigt att strukturen inte står i vägen för denna artikulering och att analysen håller sig så nära behandlarnas egna ord som möjligt. Därför används i detta avsnitt en del citat för att belysa varje tema som presenteras. Ett sekundärt mål med analysen i detta avsnitt är att belysa variationer där de uppstår i kunskap kring ett visst tema. Tanken är att variationerna blir en plattform för diskussion om behov av framtida utveckling.

Fokus för denna studie är behandling av cannabismissbruk. Det kom fram i analysen av intervjuerna med behandlarna att metoden gentemot klienter med ett cannabismissbruk har många gemensamma drag med behandling av klienter med missbruk i allmänt. Dessa gemensamma drag är därmed en viktig del i kunskapen och metoden, även om de inte är specifika just för behandling av cannabismissbruk. De benämns som "Allmänna förhållningssätt" i analysen. De särskilda funderingar, kunskaper och värderingar som är specifika för klienter med cannabis som huvuddrog benämns som "Cannabisspecifika förhållningssätt". En annan grov uppdelning var mellan kunskap, värderingar och så vidare som verkade gälla hela behandlingsförloppet oavsett situation eller fas, och de kunskaper som främst verkade gälla under en viss situation. Dessa två typer av kunskaper benämns "Grundläggande" och "Situationsrelaterade". Att dela upp kunskap på detta vis kan medföra en känsla av skilda förhållningssätt, vilket inte är fallet; de fyra "kunskaperna" flätar in i varandra. I stället väljs denna uppdelning som ett pedagogiskt verktyg för att hitta en struktur som är lätt att orientera sig inom, så att exempelvis en behandlare utan erfarenhet av person med cannabismissbruk lättare kan hitta till den kunskapen. Den övergripande strukturen för analysen av metoden illustreras i figur 9 nedan. Cannabisspecifika förhållningssätt visas helt inom det allmänna

förhållningssättet för att visa att det specifika förhållningssättet är helt beroende av det allmänna. De allmänna förhållningssätten, både grundläggande och situationsrelaterade, presenteras först. Sedan följer en presentation av cannabisspecifika förhållningssätt.

3.2.3.1 Allmänna förhållningssätt

De grundläggande kunskaperna kunde delas in i kunskaper som hade mer att göra med kunskaper om och/eller syn på klienter och kunskaper kring behandlarens roll och behandlingen. Återigen finns det många beröringspunkter mellan dessa två kunskaper och de bör inte anses som två skilda förhållningssätt, utan uppdelningen har ett strukturerande och artikulerande syfte. Grundläggande kunskaper om klienter presenteras först, följt av grundläggande kunskaper om behandlarens roll, sedan en presentation av de allmänna situationsrelaterade kunskaperna.

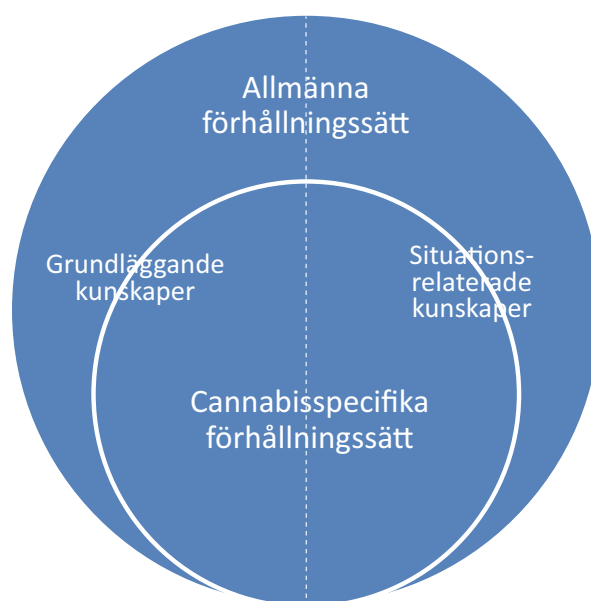
Grundläggande kunskaper om klienter

Det fanns fyra teman vad gäller grundläggande kunskaper om och/eller syn på klienter: Behandling som ett steg i klientens liv; Hemligheter och outsider-känsla; Klienten är expert/Respekt för klienten; Missbruk är ett komplext, psykosocialt fenomen.

Behandling som ett steg i klientens liv

Klienter som söker sig till behandling är ofta ambivalenta och behandlarna uttryckte att vägen ut ur missbruk ofta går fram och tillbaka, och att en behandlingsinsats ofta är ett steg i en längre process.

Figur 9 – Övergripande struktur för det implicita förhållningssättet i metoden.



Man får perspektiv att [...] det] går fram och tillbaka, det kan ta fler vändor innan man lämnar det helt. Det är inte färdigt när man tror att det är färdigt. Man ser det med mer tålamod. Man får förmedla tålamod, att det inte är hela världen om du är här igen. Vi tar ett nytt tag och gör det igen för du har ändå gjort ett stort jobb. (01, ref 3)

Tålamod lyfts här både som förståelse för klientens situation men också som en del av behandlarens förhållningssätt. Tålamod för klienten handlar om att ta en dag i taget och att inte trycka på personen att sluta för gott här och nu.

Att inte sluta för gott, att bestämma sig från idag, utan jag brukar säga att ta en dag i sänder. En dag i taget, är du drogfri idag, bra. Försök att vara drogfri imorgon också, bara försök. Inte tvinga, inte att pusha dem, det går inte. Ta en dag i sänder och prata ganska mycket med varandra, och de flesta stannar här. (08, ref 1)

Att inte pusha klienten för mycket handlar också om att som behandlare stannar med klienten där de är i processen och ta det långsammare:

Och att försöka möta klienten där den är och inte springa i förväg. Där får jag ibland bromsa mig själv, för jag vill gärna att det ska hända snabbt. Och det har jag ju fått lära mig, att sakta ner. (09, ref 1)

När man ser behandling som ett steg betyder det att återfall snarare är en förväntad del i processen, hellre än en tanke att klienten är tillbaka på ruta ett:

Och så ska vi också på något sätt, någonstans i processen säga att det här med återfall, det är inget ovanligt, det betyder inte att du är tillbaka på ruta ett. Det betyder i stället att du har lärt dig, det har ändå fastnat. (05, ref 2)

Det innebär att den behandling som en klient har fått aldrig gått förlorad, även om återfall uppstår. Det finns en tanke att man ofta behöver "så ett frö", särskilt för de som är unga eller har kommit första gången till behandling. På så sätt kan behandlingen ses som ett steg i en längre mognads- eller livsloppsprocess, där andra faktorer alltid spelar roll. Förståelse för var i klientens liv just detta behandlingstillfälle inträffar medför en annan syn på behandlingen.

Hemligheter och outsider-känslan

Klienter har väldigt ofta hållit sitt missbruk hemligt för omgivningen, det vill säga anhöriga, arbete, och ibland även vänner. Det kan bli vanligt att klienter har levt ett dubbelliv där de har haft ett välfungerande liv vid sidan om ett aktivt missbruk. Att droger är olagliga bidrar till hemlighållande men det kan också finnas en del skam kopplad till att tala ut om sitt missbruk.

Har man hållit på med drogmissbruk så blir man så van

med att det är någonting som man måste dölja för omgivningen. Så man ljugar hela tiden, eller man utvecklar ett sätt att inte tala sanning. För att det inte går. Man kan inte hålla på med droger och vara ärlig. Man är tvungen att dölja det, för föräldrar, skola, arbete, överallt. Och till slut så blir det så jobbigt. Ingen människa vill gå omkring och ljuga hela tiden. (02, ref 4)

Ett utfall av detta kan vara att det kan bli svårt för en klient att tala om utsträckningen av sitt missbruk. Ett slags självbedrägeri eller självförnekelse kan ha blivit en vana som sedan kan försvåra behandlingssamtalet.

Den stora biten när man är inne i missbruk det är självbedrägeriet, att man klarar av att ljuga för sig själv. För när man har gjort det så ljugar man per automatik för omgivningen. Den stora biten det är självbedrägeriet. Och sen går det andra per automatik. (03, ref 1)

Det betyder att ett eventuellt ljugande kan vara en del av hur en person har levt och inte ett medvetet försök att lura behandlaren. Behandlaren förstår att klienten kan ha det svårt i början att bryta detta mönster. Det kan också betyda att det kan kännas lockande för klienten att tala ut om sitt missbruk.

Många när de kommer hit, så vill de pusta ut och känna att här kan jag säga som det är. Här behöver jag inte ljuga, det är en väldig lättnad för många. [...] Jag tror det är en väldigt viktig sak i vår behandlingsverksamhet. [...] Och prata med någon som är utanför och som är neutral och som kanske har som vi, kunskaper om hur det är att leva kriminellt och med droger. Och man kan berätta för oss också, ganska hemska saker som de har varit med om, och vi pallar för det. Vi står ut med att höra deras historier. (02, ref 4-8)

Citatet visar en förståelse för att klienterna kan ha hemligheter som kan upplevas som skamfyllda och att tala om dessa för första gången är en viktig del av behandlingsprocessen. Vad som kanske är ännu viktigare än själva avslöjandet av hemligheten är att behandlaren har kunskapen från andra klienter om vad för typ av saker som kan tillhöra ett liv präglad av missbruk. Denna förförståelse för klienter innebär att behandlaren kan lyssna in och ge ett neutralt bemötande och vara redo att ta emot klientens historier och "palla för det" genom att vara en container och förbli neutral. Det blir både en lättnad för klienten men också en ingång för att börja bearbeta händelserna.

En del i ett sådant dubbelliv kan vara att några klienter också kan känna sig som en outsider, det vill säga att de inte tillhör till "det vanliga samhället". En känsla av misstro till myndigheter som följd av dåliga erfarenheter och fördomar kan följa med detta och det kan bli ett hinder i behandlingen.

Vi träffar också personer som har mycket dåliga erfarenheter av myndigheter och vi träffar de som har fördomar om hur vi arbetar, men jag skyddar inte systemets brister. Jag säger inte "nej, nej vi är alla änglar som sitter här". Vi är människor, vi kan göra fel, som alla andra. (07, ref 1)

Ärligheten kring systemet och behandlarens roll lyfts här som ett sätt att bemöta denna outsider-känsla och misstro till myndigheterna. Det är dock också viktigt att förstå sådana känslor som ett samspel mellan faktiska erfarenheter av exempelvis myndigheter och effekter av cannabissmissbruket, att drogen kan förstärka känslan av att man inte tillhör samhället och/eller är misstänksam mot samhällsorgan.

Alltså cannabissmissbrukare och andra typer av missbruk också, men, de känner sig ofta väldigt utstötta, har mycket negativa erfarenheter. Det är ju delvis drogen som gör att man inte är med riktigt, man uppfattar omvärlden på ett hotfullt sätt kanske (13, ref 1)

Klienten är expert/Respekt för klienten

Det fanns en övergripande syn bland behandlarna att klienter är experter på sina egna liv och behandlarens roll är att vara en guide eller vägledare.

Egentligen är klienten den goda, en av de goda källor som vi kan få mer och mer kunskap av. Jag säger till dem rakt "vi kompletterar varandra, jag lär mig från dig också, du är expert" (07, ref 4)

Det betyder att den expertis eller kunskap som behandlaren har läggs på en jämbördig nivå med den som klienten har avseende sitt eget liv. Behandlare har stor respekt för klienter och en ödmjukhet inför klienters berättelser om sina liv och en tro på att man kan skapa vägen framåt tillsammans.

Det är oftast därför som folk vill fortsätta för de känner att de blir väldigt respektfullt bemötta. Det är inte bara jag som talar om som expert att, såhär ser livet ut, såhär ska du göra, och så följ det, utan det är mer av jämbörda, okej att jag är specialist på samtal kanske, jag är specialist på det sättet att jag har tusen andra berättelser och historier från andra människor som jag kan dela med mig, men jag kan aldrig veta exakt hur det är för dig. (05, ref 1-2)

Att vara specialist på samtal inbegriper att genom att höra på det som klienten berättar så hittar behandlaren sätt att upprätthålla dialogen. Det finns en logik eller ett värde i deras berättelser om sitt missbruk som går att hitta så att man kan skapa en fortsatt dialog. Genom att vara öppen för denna logik öppnar man upp för en ny förståelse för klienten och vilken funktion drogen har fyllt för honom eller henne. Det betyder också att man genom klientens egna ord kan skapa ingångar och ramar för behandlingen.

Det funkar bra att tänka att det finns en logik, ett skäl till att personer gör som de gör. Den logiken är möjlig att jobba med. Personer gör inte det de gör för att förstöra för sig utan för att det för dem tycks vara det bästa alternativet. (01, ref 1)

Att klienter anses som experter på sina liv medför också att man utgår ifrån klientens beskrivning av problemet utan att tolka det och att man tar det som de säger på allvar.

En av våra grundtankar här, i sättet att jobba, det är ju att vi inte sitter och tolkar människors problem. Vi frågar, vad vill du ha hjälp med? Och så går vi på vad de säger att de vill ha hjälp med. (02, ref 4)

Man kan koppla denna förståelse till en terapeutisk position i motsats till den klassiska psykodynamiska traditionen, där det som klienten säger tolkas om exempelvis som uttryck för undantryckta känslor gentemot föräldrarna. Positionen som de flesta av de intervjuade behandlarna gav uttryck för innebar ett mer pragmatiskt sätt att betrakta problembeskrivningar på, där klienterna är kompetenta att berätta själva om vad de vill ha hjälp med. Idén här var också att behålla klientens värdighet; att klienter inte är annorlunda människor och att de är kapabla att styra över sina liv.

Att inte gå in och ta ansvar. Utan att hjälpa människor att själva bli aktörer i sitt liv [...] att människor själva får sitta bakom ratten. Jag kan möjligtvis vara medpassagerare, men jag ska inte sitta bakom ratten. (03, ref 1)

Respekten för klienten i det här sista citatet visar hur denna förståelse kan genomsyra hela behandlingen; att det inte är behandlaren som behandlar utan klienten som lär sig styra sitt liv i en annan riktning. Att uppnå detta agentskap är en förutsättning för den önskvärda förändringen.

Missbruk är ett komplext, psykosocialt fenomen

Behandlarna gav uttryck för olika sätt att förstå missbruk på utifrån olika teoretiska perspektiv men det gemensamma var synen på att missbruk är ett komplext psykosocialt fenomen som skiljer sig mycket från person till person. Även om många behandlare ansåg att biologiska, psykologiska och sociala faktorer kan spela roll som förklaringar till varför en person hamnar i missbruk, fanns det en uppfattning om att det psykologiska och sociala sammanhanget spelar större roll i vägen ur ett missbruk. Behandlingsgruppen erbjuder samtalsbehandling inte medicinska behandlingar och till viss del kan denna syn på missbruk och klienter med betoning på det psykosociala förstås som en bekräftelse av den egna positionen. Å andra sidan för denna syn med sig en fokus i behandling-

en där psykologiska och sociala faktorer tar mycket plats. Det innebär att behandlarna har (eller bör ha) specialistkunskaper om droger, missbruksmönster, missbrukspsykologi och också om sociala faktorer. Behandlingsgruppen tar emot en stor variation av klienter och det ansågs viktigt att "möta hela människan" i den samtalsbehandling som erbjuds. På så vis är detta tema både en syn på klienter men också en syn på behandlingen (vilket tas upp i nästa avsnitt).

Grundläggande kunskaper om behandlarens roll och behandling

Det här avsnittet om allmänna förhållningssätt handlar om grundläggande kunskaper om behandlarens egen roll. Man kan tänka sig att behandlarnas syn på sin egen roll och agerande, hur samtalen ska gå till och vad målet med behandling är, till viss del beror på den enskilda behandlarens utbildning och erfarenhet. I linje med kontextmodellen inom psykoterapin kan man dock förvänta sig att det finns olika värderingar, syn och kunskap gällande behandling utöver den egna terapeutiska utbildningen. I analysen av intervjuerna fanns åtta teman när det gäller grundläggande kunskaper om behandlarens roll: Alliansen och förtroende; utforskandet av var klienten befinner sig; tydlighet med behandlingssyftet; värdet av den teoretiska verktygslådan; förmedlare av hopp och tålamod; anhörigperspektivet; individanpassning och helhetsyn; språk och kulturella frågor. Ordningen på temana speglar inte nödvändigtvis betydelsen av kunskapen men det första temat ansågs av behandlarna vara mer grundläggande.

Alliansen och förtroende

En central del i hur behandlarna ser på sin egen roll och det egna agerandet i behandlingen är det som några kallade den terapeutiska alliansen eller överenskommelsen. Enkelt uttryckt syftar det till en bra relation med klienten. Relationen anses som bärande i hela processen och behandlaren måste skapa förtroende hos klienten från första mötet och behålla det till behandlingsavslut. Tilliten till behandlaren anses som bärande eftersom den skapar en kontext för allt annat som följer.

Det handlar om att först få någons förtroende eller tillit så att de tänker att det som jag säger är viktigt, för då blir det troligt om jag säger att det här kommer att bli bättre. (01, ref 2)

Detta citat illustrerar att klienten snabbt måste ha tilltro inte bara till behandlaren men också till det som behandlaren säger om behandlingen, att det kan fungera eller låter rimligt. Centralt i detta är användningen av ett vardagsspråk. Rimligheten och tilltron

skapar ett framtidshopp vad gäller behandlingen som lockar klienten att fortsätta. Att skapa ett förtroende handlar dock om att vara realistisk gentemot klienten utan att lova för mycket, att testa sig fram och utvärdera tillsammans med klienten om det har blivit bra. Man kan tala om för klienten att behandlingen har hjälpt många andra men att klienten behöver testa själv tillsammans med behandlaren.

Men jag säger väl, vi ska sitta här och pratas vid nu under en period framöver, vi får se var vi landar. Och det kan jag också förklara, att jag har inget trollspö på det här, men vi ser var vi hamnar, vi tar en sak i taget. (10, ref 1)

Relationen med klienten behöver dock betraktas som annorlunda jämfört med en vanlig, god relation exempelvis med en vän, genom att det blir mer som ett kontrakt eller överenskommelse som man skapar tillsammans.

Vad jag gör då som är generellt, inte bara cannabis, det är så här att jag tar rätt gott om tid på mig tillsammans med den personen att undersöka hela livssituationen. Och vad de har för idéer med sig in, och vad de själva tänker att det här kan nog vara hjälpsamt och så vidare. Så jag lägger rätt mycket tid på det, och sen gör vi någon form av gemensam överenskommelse. (05, ref 1)

Här är man tillbaka till att klienten är expert på sitt eget liv och kan vägleda i vad den behöver hjälp med. Från denna utgångspunkt lockar man in klienten i en dialog om upplevda problem, vilken hjälp hon eller han vill ha, vad som låter rimligt att göra i behandlingen, att hitta en gemensam fokus och därmed hur behandlingen kan hjälpa. Behandlaren tar tid på sig för att hitta ingångar till behandlingen för att individanpassa den. Hela denna process blir början till att skapa förtroende och en allians. En överenskommelse eller ömsesidig målformulering blir en gemensam plan för vad behandlingen ska handla om samt vilka mål eller områden som ska täckas in. Själva skapandet av överenskommelsen verkar vara en viktig del i processen av att skapa förtroende, att man blir lyssnad till och tagen på allvar.

Processen att skapa en bra relation och ett gott förtroende behöver börja med en respektfull, positiv och lyssnande ton. Några behandlare sa att de brukar börja enkelt med att fråga vad det är som har lett till att personen bestämde sig för att ta kontakt. Innan man vet mycket om personen kan det vara svårt att känna till individuella behov men ett övergripande råd är att vara närvarande genom att lyssna, bekräfta det positiva steg som klienten har tagit, och att normalisera situationen, som kan kännas skrämmande för klienten.

Försöker vara närvarande, [...] försöka att lyssna och vara där. Och bekräfta, bekräfta [...] Bekräfta att personen har kommit dit till exempel, bekräfta att man tycker att det var bra att han eller hon tog det steget och kom dit, att det är okej att vara, och här får man vara sig själv, och så kanske berättar man lite om samtalet liksom hur det är och, neutralisera. Neutralisera, bekräfta, lyssna. (13, ref 5)

Normalisering ("neutralisering") och bekräftande kan anses fylla funktionen att bemöta klientens eventuella outsider-känsla och misstro till myndigheter men det är också ett sätt att bemöta klienter som kan tvivla själva på om de har tagit rätt steg att söka upp behandling. Reflektion och bekräftande av klienten är inte för att bekräfta felaktiga slutsatser utan att återigen betona att klienten är expert på sitt eget liv och visa att man är närvarande. Några behandlare betona en lyssnande och utforskande position med bara "lite om samtalet" och behandlingsupplägg (det vill säga strukturen och eventuella inslag) medan andra gav intryck av att ge en mer formell presentation av behandlingsupplägget innan man utforskat klientens situation. Man kan tänka sig att det kan vara bra att få en riktig presentation av behandlingsupplägget först så att klienten kan bestämma sig för att gå vidare eller inte. Om man dock utgår ifrån att det är lyssnandet och det gemensamma utforskandet av problemet som skapar förtroende, och att förtroendet lockar klienten till behandlingen, så betyder det att presentationen av behandlingsupplägget (det vill säga strukturen, inslagen och upplägget) bör få en mycket mindre roll och komma senare i processen.

Några behandlare tog också upp vikten av att utmana ärligheten hos klienten.

RT³: Tänk att jag är en ny praktikant, vad är det jag bör tänka på, vad skulle hjälpa mig i att bli bra på att bygga upp allianser?

I: Det är svårt att säga. Lyssna ärligt. Jag brukar inleda med att säga att det är väldigt viktigt att du är ärlig, jag har tystnadsplikt, det du säger stannar här. (04, ref 1-2)

Ärligheten uppmuntras men i samband med en påminnelse om tystnadsplikten, att behandlaren inte kommer att dela informationen med exempelvis socialtjänsten eller polisen. På ett sätt kan en utmaning om ärligheten erbjuda klienten en öppning för att börja prata om hemligheter med mera. Ärligheten kan också ses som en tvåvägsprocess, inte bara från klientens sida utan behandlaren måste vara grundad i sig själv och vara nyfiken och utforskande på ett positivt och stödjande sätt.

Att vara ärlig, att inte låtsas vara någonting som man inte är. Respektfull. Och att ställa öppna frågor till människor. (03, ref 1)

Utforskandet av var klienten befinner sig och mål – ständigt motivationsarbete

En annan viktig del i förhållningssättet är att ständigt utforska var klienten befinner sig i förhållande till behandlingen och de mål som man vill uppnå. Vi såg att processen att skapa förståelse för vad klienten vill med behandlingen inleds redan under alliansbildningen. Där allians och förtroende handlar om relationen mellan klienten och behandlaren handlar detta tema om hur behandlaren ständigt beaktar om klienten är med i processen och om målen fortfarande gäller. Några behandlare talade om att utforska klientens "motivation"⁴ medan andra behandlare pratade om att hjälpa klienten att uttrycka sina bekymmer och vad den vill ha hjälp med. Som sagts ovan pratade andra i termer av att skapa en överenskommelse om vad behandlingen ska täcka in. Till viss del kan olika formuleringar vara resultatet av olika teoretiska inriktningar och/eller vilken syn man har på var förändringsmakten finns (hos klienten, behandlaren, eller hos *relationen* mellan klienten och behandlaren).

När någon säger att en klient är motiverad skulle vi aldrig säga så här. Vi tänker inte att det finns någon som är omotiverad. (01, ref 1)

De klienterna som har det här ambivalenta, de är inte helt motiverade. De har inte så bra kunskap om detta, de har inte testat att vara drogfria heller. Jag använder MI [...] för att försöka motivera dem. Jag använder den [MI] också om klienterna inte är riktigt motiverade. (08, ref 1)

Det första citatet illustrerar ett synsätt att det inte är till fördel för någon att tänka på vilka klienter som är motiverade eller ej utan att det gäller att hjälpa klienten att utforska vad bekymret är. Man utgår ifrån att en person som sökt sig till en behandlingsmottagning har något upplevt problem; det finns någonting som "gnager" i dem, vilket är grunden för det gemensamma utforskandet som en del av alliansskapandet. Klienten måste vara bekymrad och sedan ha tillit till att det går att göra någonting positivt i förändringsarbetet. Det andra citatet berör motivation som en egenskap hos klienten, som kopplas ihop med brist på kunskap och/eller erfarenhet av drogfrihet. I det här fallet tar behandlaren ansvar för att höja "motivationen" genom MI (Motiverande Samtal). Man kan tänka tillbaka på temat Allians och förtroende och hur viktigt det ansågs vara att skapa en ömsesidig relation

3. RT = Russell Turner.

4. Jag sätter "motivation" inom citattecken för att det är ett koncept som har införlivats i vardagligt språk på ett sätt som vi inte ens lägger märke till. Jag vill påminna om att det är ett koncept eller idé snarare än en verklig företeelse.

där klientens expertis väger lika tungt som behandlaren. Utifrån ett sådant perspektiv bör det ständiga motivationsarbetet – och makten att förändra – anses ligga i den relation som byggs mellan klienten och behandlaren.

Behandlarna beskrev allmänna förhållningssätt när man utforskar var klienten befinner sig, så som att fråga öppet och nyfiskt och att hålla fokus på här och nu.

Man frågar, varför kommer du hit? Vad kan vi hjälpa dig med? Vem har tipsat dig om att komma hit och vad har du för bekymmer? Och så får de börja prata om det [...] alltså vi frågar en massa (02, ref 1)

Fokus på vilket bekymmer som upplevs här och nu innebär att man inte nödvändigtvis börjar utforska eller kartlägga klientens bakgrund, anledningarna till varför de började missbruka och så vidare. I stället är fokus på vart klienten vill.

Jag tycker att det är skönt att inte gå in på [bakgrunden]. Det är inte det som de frågar efter när de kommer hit. Det kan man hamna i sedan, att de vill prata om det. Oavsett vad det är, är detta ett dåligt sätt att hantera det. Fokus är på hur vill du gå vidare med ditt liv? Vilka delar vill du ha med i ditt liv? (01, ref 1)

Man kan *senare* närma sig klientens bakgrund, barn- dom och så vidare men bara om det är relevant för vad klienten vill, exempelvis om det blir viktigt för klienten att bearbeta uppväxten, negativa upplevelser med mera. Det viktiga är dock att behandlaren lyssnar när klienten berättar om sina bekymmer för att hitta ledtråder till vad som är viktigt för klienten och för hur behandlingen ska läggas upp.

De kommer från att ha bekymmer, de är ledsna, de är bedrövade, de är missnöjda, de måste få berätta om det, men i detta kan rymmas små, små korn. (05, ref 1)

Dessa "små korn" andas att i klientens berättelser om sina problem kan behandlaren hitta idéer för hur man kan hjälper klienten att få en rikare och mer nyanserad berättelser om sig själv. Det innebär att utforskandet blir en fram-och-tillbaka-process av frågor, lyssnande och reflektioner. Klienten och behandlaren enas kring vad som är viktigt för klienten att fokusera på i behandlingen och det blir första steget framåt. Det är klientens önskemål och ord som står i centrum men det kan behövas att behandlaren agerar som en vägledare i skapandet av mål och bilden av vart klienten vill komma.

Det är särskilt viktigt att lyssna noga till var klienten befinner sig i särskilda situationer så som där klienten har upplevt tryck från andra exempelvis anhöriga att komma, har specifika idéer eller önskemål om be-

handling, eller har svårt att uttrycka vad hon eller han vill. Den vägledande rollen för behandlaren får ännu mer vikt här för att förstå och fånga upp klientens drivkraft.

Och vad har [klienten] för idéer? För då kan jag också få fram det här att de har väldigt tydliga idéer, och då kan vi prata om det. Eller det kan vara såhär att: jag vet inte vad samtal är. Då var det min socialsekreterare som tjade på mig att jag ska nog göra det här [...]. Att utforska i vilken situation klienten befinner sig just nu (05, ref 2)

Några behandlare reflekterade över vanliga risker vid utforskandet av var klienten befinner sig. Det handlar om en balans mellan klientens egna tankar och behandlaren lyssnande och eventuella vägledande. Det är lätt hänt för den oerfarna behandlaren att hon eller han kommer med egna värderingar, tolkar vad klienten säger från ett annat perspektiv och börjar ta över processen att bestämma hur behandlingen ska se ut och vad som är viktigt.

Jag tror jag har ändrat mitt förhållningssätt, att inte gå in och ta ansvar. Utan att hjälpa människor att själva bli aktörer i sitt liv, att finnas med men inte gå in och ta över, vilket jag kan tycka att jag har gjort tidigare. Möjligtvis finnas med och vara en startmotor och stötta (03, ref 1)

Knepet är att fungera som en "startmotor" och stötare på vägen samtidigt som man ökar klientens egen självständighet. Det kan lätt hända att behandlaren tar över och då blir ett hinder för klientens egen utveckling. Ett annat vanligt fel vid utforskande av mål är att man lägger ribban för högt och glömmer vad som är möjligt för personen här och nu och missar att beskriva de små delstegen på vägen. Återigen reflekterade några av behandlarna kring när de var mindre erfarna och att de då tänkte att man måste få klienterna att sluta missbruka så fort som möjligt. I stället har man lärt sig att tänka på kort- och långsiktiga mål.

Det är en mer nyansering av vad är möjligt nu och vad är möjligt på lång sikt, att stanna i något slags utforskande: vad är det som du tror själv är möjligt? Vad ser jag är möjligt och vad vill du? Vad är ditt mål med detta? Det är inte en självklarhet att man måste ha bort droger, [...] målet kan vara just nu att personen kommer tillbaka. (01, ref 2-3)

Olika delmål sätts i relation till olika tidsramar och var klienten befinner sig. Ett kortsiktigt mål med en väldigt ambivalent klient kan vara att få honom eller henne att etablera ett regelbundet besöksmönster, stärka alliansen och börja forma mål för behandlingen. Med en mer etablerad klient behöver behandlaren utforska exempelvis hur avvänjningen fungerar och forma

mål för de kommande veckorna. Utforskandet av var klienten befinner sig och vilka mål som ska gälla blir således en central och ständig del av behandlarens roll.

Tydlighet med behandlingssyftet

Många behandlare tog upp vikten av att ha behandlingssyftet tydligt och/eller ha några uttryckliga ramar för vad som ingår i samtalen. Detta till skillnad från att utforska och forma mål med klienten (som diskuterades under det tidigare temat). Här handlar det om en mer övergripande förståelse som behandlaren har för sitt uppdrag och detta avspeglas i behandlingsrummet.

Men jag tror att jag försöker så tydligt som möjligt understryka det att, om det ska vara någon mening med det hela, så måste det ske en förändring i en riktning att du förmodligen får sluta. (10, ref 1)

En koppling kan ju göras till överenskommelsen och målformuleringen som en del av den första delen i alliansbildningen; man har undersökt vad problemet är och vart klienten vill komma och då har man ett specifikt behandlingssyfte för just den klienten. Det viktiga tillägget med detta tema är att behandlingssyftet i grund och botten måste vara att en förändring ska komma till stånd.

Förr så hade jag väldigt långa kontakter, och de ledde inte till någonting, de kom på sina tider, det kanske var sporadiskt, och jag tyckte inte att vi jobbade med det jag tyckte vi skulle jobba med. Jag har blivit väldigt mycket tydligare med att det här jobbar jag med och vi pratar inte om väder och vind eller fotbollsmatchen sådär. Utan vi pratar om var befinner du dig nu, vad har du för problem, vart vill du och hur ska du komma dit? (04, ref 1)

Detta citat visar att det är lätt hänt att man börjar prata om allmänmänskliga saker som skapar en god relation men att man inser att det inte ger bra resultat. Som behandlare behöver man vara tydlig med var gränsen går mellan att vara lyssnande och respektfull mot klienten vad gäller de ämnen som tas upp och behandlingssyftet. Behandlaren har ett ansvar att hitta tillbaka till förändringsarbetet som ska ske, även om det finns en förståelse för att förändringar också måste ta sin tid och inte skyndas igenom. Man kan förvänta sig att behandlaren fokuserar på vilka små förändringar som är rimliga under en viss tid och på så sätt gör en bedömning av om samtalen ligger i linje med det övergripande uppdraget. Några behandlare menade att de hanterar denna process genom den gemensamma målformuleringen.

... ett gemensamt fokus på ett område [...] att du och jag är här för att jobba med det här, tillsammans. Då har man gjort en målformulering, då har man en huvudfokus på ett område. Sen kan man ju välja att jobba med något annat sen. (13, ref 1)

Behandlaren och klienten kommer överens om fokus för behandlingen under en viss tid och arbetar med detta, vilket sätter tydliga ramar för behandlingsuppdraget. Som citaten visar kan man alltid sätta nya mål eller justera under tiden. Det kan ha med språk eller teoretisk inriktning att göra men andra behandlare använde inte samma tydliga sätt för att prata om behandlingssyftet.

Det fanns också variationer bland behandlarna när det gäller definitioner av vilka förändringar som ska ske. Några kände att fokus måste ligga på en förändring i missbruket, eftersom de arbetar på en behandlingsenhet för drogproblem. Andra kände att deras uppdrag inbegrep bredare livs- och identitetsförändringar som stödjer vägen ifrån missbruk. Till viss del kan detta bero på vilken klient man har framför sig och vad som är rimligt just för denna klient. Exempelvis behöver man justera förväntningarna om man har en klient med komplexa sociala problem, en psykisk funktionsnedsättning och långvarigt blandmissbruk. Behandlingssyftet är till viss del en funktion av klientens tillstånd, förändringspotential och tajming. Å andra sidan är det övergripande syftet med behandlingen någorlunda viktigt för hur behandlaren tänker och reagerar i samtalen och för vilket avslut man siktar mot. Den återstående frågan är hur man som behandlare hanterar långa kontakter med klienter med ej uttryckta eller otydliga mål.

Värdet av den teoretiska verktygslådan

Avsnitt 3.2.1 visade att behandlarna har olika terapeutiska utbildningar och några har flera utbildningar, exempelvis socionom, individuell psykoterapi, familjearbete. Några av de som skaffat sig en psykoterapeutisk utbildning uttryckte att det var en nödvändig komplettering till socionomutbildningen.

Jag kan inte bara sitta och ha en relation i rummet, jag behöver ett verktyg att komma med. Och då fick jag min KBT-utbildning. (09, ref 1)

Det handlade om att kombinationer av utbildningar är värdefulla; utbildningen som socionom ger förståelse för klienten, bakgrund om drogmissbruk med mera men man upplever sig inte vara rustad med verktyg för ett individuellt förändringsarbete. Det nämns ovan under Anhörigperspektivet att det fanns några behandlare med utbildning i individuella psykoterapeutiska metoder som tyckte att en systemisk- eller

familjebaserad inriktning var en bra komplettering. En individuell psykoterapeutisk fokus kändes lite för snäv och det var gynnsammare att också arbeta med ett anhängarperspektiv. De olika utbildningarna och teoretiska inriktningarna utgör en slags verktygslåda för hur man möter klienten.

Det finns två viktiga aspekter här. Den första gäller sammanhanget; en kommunal missbruksmottagning där de flesta behandlarna har en socionomutbildning. I just detta sammanhang blir det intressant att tänka att vidareutbildning exempelvis inom psykoterapi blir en viktig beståndsdel i ett kvalitetsarbete. Den andra aspekten gäller den teoretiska verktygslådan; det är förmodligen inte en specifik kombination av teorier som är kvalitetshöjande utan det faktum att man har en verktygslåda (vilket innebär en flexibilitet i arbetet). Ju fler verktyg i lådan desto bättre kan man anpassa behandlingen till klientens behov (och inte vice versa).

En koppling kan också göras till behandlingsprocessens tre faser (se avsnitt 3.1): en förberedande fas, en avväjningsfas, och en sista fas med fokus på återskapande av livet. Några behandlare antydde att det gäller att plocka fram rätt verktyg i rätt fas, exempelvis att motivationsarbete är mer passande i den förberedande fasen. Citatet nedan betonar risken med att använda fel verktyg i fel fas, exempelvis där klienten inte är redo för avväjning än.

Och så har jag min utbildning då där man är ganska målfokuserad, alltså KBT är ju en förändringsterapi, att man jobbar med förändring. Men det är inte alltid att våra klienter är där, och självklart, då får man ju mer jobba motiverande. (09, ref 1).

Till viss del kan valet av rätt verktyg eller förhållningssätt i rätt fas anses vara samma sak som att förstå var klienten befinner sig och formulera vad behandlingen ska fokusera på. Däremot behöver man agera utifrån ett utforskande av vilken fas klienten är i och det hjälper att komma med det verktyg som klienten behöver i just den fasen. Den förberedande fasen handlar mest om alliansskapande, utforskande av var klienten befinner sig och motiverande arbete så som att inge hopp. Några behandlare tog upp att ett KBT-perspektiv, där man arbetar mer konkret med fokus på kopplingar mellan känslor, tankar och beteenden fungerar bra under avväjningsfasen (mer om detta under temat Att ta del av HAP i avsnittet om cannabisspecifikt förhållningssätt). En terapeutisk fokus på identitets- och existentiella frågor ansågs vara lämplig för arbetet kring återskapande eller upprätthållande av det drogfria livet i den tredje fasen. Det skiljer sig mellan behandlare vilken metod som används som terapeu-

tiska metod i den återskapande fasen, beroende på den utbildning man har. För några var det ett symboliskt och narrativt tankesätt, för andra gällde renodlad KBT, och andra var mer eklektiska så som blandningar av KBT, mindfulness och anknytningsperspektivet.

Förmedlare av hopp och tålamod

Många behandlare uttryckte att en del av deras roll i behandlingen var att fungera som en förmedlare av hopp och/eller tålamod. När det gäller hopp kopplas det ihop med att klienten har fastnat i en negativ berättelse eller negativa tankar, tappat tillit till förmågan att sluta själv, eller kan inte hitta lösningar. Innan man kommer till sådana lösningar behöver behandlaren förmedla hopp till klienten och få klienten att tro på eller se att det finns möjligheter.

Man förstår att man tvivlar under resans gång eftersom det är så jobbigt. Min roll blir en slags förmedlare av hopp i det. Förmedla något hopp. Man kan inte övertyga någon att det är möjligt om de inte har förtroende för dig [...] Håll ut, det kommer att bli bättre! (01, ref 1-2; min kursivering)

I detta citat ser vi hur rollen som förmedlare av hopp sätts i relation till allians/förtroende. I kontexten klientens tilltro till behandlaren kan man överföra en tilltro till klienten, få henne eller honom att känna att det är möjligt att lyckas. Det blir mer än en enkel uppmuntran att hon eller han kan. Det finns en bakomliggande förståelse för att olika klienter kan ha olika upplevelser av svårigheter med att sluta och att det kan finnas olika känslor och hinder kopplade till denna process (se avsnitt 3.2.1 om Behandlingsbehov). Behandlaren fungerar därmed som klientens guide genom dessa svårigheter och förbi dessa hinder med fokus på att hålla hoppet uppe och vägen till positiva möjligheter öppen.

När det gäller att vara en förmedlare av tålamod handlar det om att lära klienten att ta tid på sig och inte ha bråttom med sin behandling. Några klienter kan hysa mycket hopp och tilltro till den egna förmågan och vill skynda genom behandlingsprocessen för snabbt. Eftersom själva behandlingen betraktas som ett steg i den långa process som det innebär att komma bort från ett drogmissbruk, behöver man ta det sakta, men säkert. Det handlar också om att förmedla ett långsiktigt perspektiv till klienten särskilt kring återfall, det vill säga att behandling är ett steg i rätt riktning och ett återfall betyder inte att man är tillbaka på ruta ett. Det kan ta längre tid än klienten anade i början av behandlingen att förstå att livet kommer att se annorlunda ut utan droger. Behandlaren roll är att hjälpa klienten att lära sig att stå ut med att livet utan

droger kan komma att upplevas som grått innan det nya livet har kommit igång.

Det här tar tid. Och vågar man stå ut i det där som klient, att vågar man vara kvar i det där och stå och stampa i det där mörka tråkiga och jobbiga så händer det någonting, man kommer ut genom tunneln [...] man [har] sett den här processen flera gånger. (09, ref 1)

Anhörigperspektivet

Det fanns en syn bland behandlarna på att klienten alltid ingår i ett socialt nätverk som ofta består av familj, partner, vänner, bekanta, professionella och så vidare. Detta nätverk anses som en viktig del i behandlingsarbetet där anhöriga är en stor resurs som kan stödja klienten på väg ut ur missbruk. Till viss del kan man koppla ihop ett anhörigperspektiv med den utbildning som en behandlare har haft, det vill säga en systemteoretisk inriktning ger fokus på klientens nätverk. Det fanns dock behandlare utan en sådan utbildning som också ansåg att anhörigperspektivet var viktigt. Å andra sidan fanns det behandlare som inte arbetade med anhörigperspektivet, även om de kunde se fördelarna med förhållningssättet som sådant.

Behandlarens roll är att förstå vilka nätverk som finns och skapa bästa möjliga förutsättningar med hjälp av nätverket för att behandlingen ska lyckas. Det kan innebära att behandlaren bjuder in anhöriga till samtal 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 inte bara ligger på individen utan också på deras anhöriga och nätverk.

Vi försöker se de anhöriga till den som har problemet som en resurs och inte kanske något som man ska ta bort dem ifrån. Att de är en resurs, anhöriga har man ju vare sig man vill det eller inte. (02, ref 3)

Anhöriga betraktas som en resurs och de kan spela en större roll än behandlaren. Några behandlare som hade börjat med en mer individuell terapeutisk inriktning på behandlingen tog upp att övergången till ett anhörigperspektiv var en reaktion på brister med det individuella perspektivet där anhöriga sågs som "i vägen" för det terapeutiska arbetet. I stället för att hålla anhöriga utanför det individuella samtalet upplevdes behandlingen som mer produktiv när anhöriga involveras. Tanken är att man mobiliserar fler resurser som kan stödja behandlingsprocessen jämfört med en enskild behandlare och genom anhörigarbete kan "goda cirklar" i klientens förändringsprocess uppstå.

Jag träffar en person max en timma i veckan. Och resten ska de leva det vanliga livet därute med allt som händer.

Kan jag hjälpa till att bistå till så att det uppstår goda cirklar i nätverket, bland kompisar, bland, på jobbet eller vad det nu är, kan jag vara med i det så ökar det chansen för den personen att [klara av att] möta alla risker. (05, ref 7)

Ett exempel på detta gäller direkt stöd och råd till de anhöriga, där de har träffat en behandlare för egna samtal. Syftet är ofta att skapa bättre förståelse för klienten i sin hemmiljö och förbättra relationerna med partner och/eller familjen, vilket anses gynna behandlingsprocessen.

Ja, att anhöriga har förståelse för individens problematik. Där kan vi göra en allians tillsammans, jag och anhöriga, att fokusera på personen och hjälpa till. Till exempel istället när han eller hon kommer hem, behöver inte tjata om cannabis. Släpp det. Försök att skapa en miljö att han känner sig välkommen i. Dessutom, att våga tala om sitt problem. Att våga tala om sina bekymmer. (07, ref 2)

I citatet ovan pratar behandlaren om hur man försöker lära anhöriga att bemöta den anhörigas problem utan att belasta dem eller vara ett hinder för dem genom att endast fokusera på droganvändning. Detta kan kopplas till en förståelse för att klienter kanske har hemlighållit en hel del från den anhöriga och en förståelse för att anhöriga är oroade, trötta och/eller desillusionerade.

Om vi kan stötta de anhöriga får klienten bättre hjälp också. De får också någon avlastning i att orka förhålla sig till den som missbrukar. En del unga 20–25 som fortfarande bor hemma där föräldrar behöver mycket mer kunskap om vad det handlar om [...] de behöver bekräftelse på att vi förstår att de sliter, att de gör sitt bästa, vi kan hjälpa dem att hålla ut. (01, ref 1)

Genom rådgivning och stöd till den anhöriga ökar förståelsen för den som missbrukar. Den anhöriga börjar må bättre genom att hon eller han får möjlighet att i samtal med behandlaren ventilerar sina bekymmer i stället för att göra det tillsammans med den som missbrukar, och i vissa fall få praktiskt råd om och en beskrivning av vad behandlingsarbetet innebär. På så sett kan arbete med anhöriga ha fokus på att öka den anhörigas välmående och att hjälpa dem att ta bättre kontroll över sina egna liv, där de kanske tidigare till stor del har levt i kölvattnet av den missbrukande.

Anhörigperspektivet – olika sätt att bjuda in och arbeta med anhöriga

Behandlarna gav exempel på olika sätt att bjuda in anhöriga beroende på hur klientens liv ser ut, hur man kommit i kontakt med mottagningen och så vidare.

Vi brukar alltid fråga om det finns andra omkring som är ett stöd, att bjuda in dem. Känns det inte aktuellt nu, tar

man upp det igen, ska du ta med dig din man nästa gång. Ibland kommer anhöriga först, ringer hit och kommer själva, sedan kommer huvudpersonen på slutet. (01, ref 1)

RT: Så det är en anhörig som tar kontakt först också?

I: Ja. Då säger vi att visst, han är välkommen [...] Han kommer nog inte själv, men ni kan ju komma bägge två tillsammans [...] Och ibland så säger vi att okay, får du inte med dig honom så kan du komma som anhörig bara, så börjar vi i den änden. (02, ref 1)

De två citaten ovan visar på att man kan börja med anhängarbete först och eventuellt kommer klienten in senare, eller vice versa. Om den anhöriga tar kontakt först anses hon eller han vara viktig att träffa även om personen i missbruk inte följer med. Den anhöriga blir med rätt stöd ett sätt att öka möjligheten för den missbrukande att komma in.

Klientens uppfattning om huruvida hon eller han har ett problem kan också spela roll i hur man arbetar med anhöriga. Anhöriga kan användas som en ingång till att börja behandlingen.

Jag kan ta ett exempel, det var en pappa som kom hit med en kille, han jobbade på [arbetsplatsen], pappan jobbade också på [arbetsplatsen] och de bodde ihop. Killen var kanske 22–23, och pappan hade mer eller mindre släpat hit honom då. Han satt med kepsen nere såhär och satt och tittade i golvet, och pappan pratade då. Och pappan var jätteorolig för sonen som var ute och festade på helgerna och aldrig hade några pengar och han visste att killen missbrukade cannabis. Och så pratade pappan på jättemycket om hur orolig han var och hur bekymrad han var för sonen. Och sonen sa ingenting. Han satt bara och tittade ner såhär. Och sen efter ett tag så frågade jag den här grabben, vi hör ju här att din pappa är orolig för dig, frågan är väl då, kan du göra något för att han ska bli mindre orolig? Och så tittade han upp och så sa han ja, får väl lägga av då. Jag får sluta med droger. Sa han faktiskt. Och då har man ju en ingång där. Du vill sluta, vill du ha hjälp med det? Ja. Och då började vi göra upp och träffas. (02, ref 7)

Vem man bjuder in som anhörig beror också på hur klientens liv ser ut. Det kan vara någon från familjen som följer med, en vän eller någon från det professionella nätverket så som en socialsekreterare. Betoningen är på att det är klienten som väljer vem som är viktig att ta med. Det kan innebära att klienten väljer att inte ha någon anhörig med. Det betyder dock inte att man tappar anhörigperspektivet. Man för in klientens sammanhang i samtalet genom att exempelvis rita en familje- eller nätverksskarta som ligger till grund för att utforska hur olika relationer ser ut, om de är stödjande eller hindrande på vägen ut ur missbruket.

Individanpassning och helhetsyn

En del av forskningsuppläggningsen är att förstå vilka delgrupper som kan finnas inom målgruppen och om det finns en särskild anpassning av behandlingen för dem (och ett annat förväntat utfall). Överhuvudtaget hade behandlarna en syn på att behandling är väldigt individuell och de individuella variationerna spelar lika stor roll som en eventuell anpassning av insatser efter definierade målgrupper, så som efter drogmissbruk, åldersgrupp och så vidare. Några behandlare tog också upp att även om behandlingen är inriktad på personens drogproblem så är icke-drogfrågor lika viktiga och en ganska stor del av arbetet; en helhetsyn på vad behandlingen kan innehålla behöver finnas.

Jag skulle vilja säga att det egentligen är det man pratar mest om med alla. Drogerna är en liten bit. Det vi pratar om det är ju livet överlag så. Där drogerna är en del. (03, ref 2)

En grundläggande syn bland behandlarna var att missbruk är ett komplext, psykosocialt fenomen. Med detta synsätt följer att man inte bara kan fokusera på drogfrågor utan behandlarna behöver utforska andra områden av klientens tankar, värderingar, identitet och liv. På så sätt kan man hitta kopplingar mellan missbruket och andra livsfaktorer. I nedanstående citat beskriver behandlaren kopplingen mellan att förstå hur en klient har hanterat traumatiska upplevelser och den roll som missbruket spelar i detta.

Det är en helhetssyn, hur människor hanterar psykisk, [...] hanterar plågsamma upplevelser. Hur man reagerar. Ja, hade inte droger funnits med i bilden så tror jag ju att det hade varit annorlunda [...] för när man tar bort drogen [...] har de oftast någonting med sig, alltså det här vill jag jobba med. Det här är mitt problem (13, ref 1)

Vad som är intressant i detta citat är poängen att droger samtidigt som de är ett sätt att hantera en negativ upplevelse på, kan förvärra de andra livsproblem som klienterna har. Genom en helhetssyn får behandlaren bygga upp en förståelse för vad som kan ligga bakom missbruket och vilket annat stöd som kan komma att behövas.

Språk och kulturella frågor

Klienter och deras familjer har naturligtvis olika språklig och kulturell bakgrund. Detta spelar roll i behandlingssammanhanget, där klienterna har stor fördel av att prata sitt eget språk.

Mina klienter som är persisktalande eller kurdisktalande, de säger tack vare att det finns folk som jobbar och förstår, eftersom när de ska prata om sina känslor,

sina innersta värden så är det inte lätt att prata med ett främmande språk. Där förstår vi varandra mer. (07, ref 3)

Det kan också vara mer än att bara prata sitt eget språk med behandlaren. Det behövs att behandlaren har förståelse för de kulturella värderingar som finns och påverkar i bakgrunden.

[de] icke-födda svenska, de är fysiskt här, [men] mentalt och kulturellt sett har de skapat ett ghetto för sig själv. Landsman tillsammans och, [...] det är ju på en fantasi tycker de att barnen ska lyssna på vad de säger. Men de fattar inte att samhället påverkar dem. De är unga, de är mer påverkade av sina jämnåriga än föräldrar. Där måste man ha en öppen dialog med sina barn istället för att vara sträng och vara det här klankultursystemet. (07, ref 6)

I detta citat tar behandlaren upp skillnaden mellan ungdomarnas uppväxtvillkor i hemlandet och i Sverige och hur påverkan och förväntningar kan vara kulturellt betingade. I detta fall blev denna förståelse en ingång till samtal med föräldrarna om hur de ska agera kring sitt missbrukande barn. Förkunskap och god kännedom om sådana kulturella frågor betyder att man som behandlare kan komma rakt in på eventuella känsliga ämnen som kan vara av betydelse i behandlingsarbetet.

3.2.3.2 Situationsrelaterade kunskaper

Denna tredje del i avsnittet om allmänna förhållnings-sätt handlar om kunskaper och kompetenser som verkade vara relaterade till en viss situation eller ibland en viss fas i behandlingen (där en "situation" betraktas som en mer kortvaraktig händelse som till och med bara varar under en behandlingssession, medan en "fas" avser en viss period i behandlingen som varar över några sessioner, exempelvis där klienten tappat motivationen). Sju teman identifierades och den kronologiska ordningen speglar ungefär behandlingsprocessen:

1. Ett bra bemötande från början
2. Att koppla in externa insatser
3. Att vara uppriktig med de som fortsätter missbruka
4. Att använda andra klienters berättelser som inspiration
5. Att hålla kvar mål och fokus
6. Att återskapa livet och hantera återfall
7. Att avsluta behandlingen

Ett bra bemötande från början

... det är viktigt att vi som mottagning har ett ansikte utåt, hur bemöter vi våra klienter? För bemötandet är väldigt viktigt, alltså hur tar vi emot? Att vi alla är måna om de som sitter här ute, hur än det är Kalle som ska till [mig],

så är även [annan behandlare] mån om att han kanske får en kopp kaffe. Att man tänker på det från det att man lyfter telefonluren till hur man tar emot dem när de kommer in och så. [...] Det är ju början av behandlingen, man kliver in här... det är jätteviktigt. Därför är det så viktigt också att ta emot just den här målgruppen i allra högsta grad, i fina lokaler. (09, ref 1)

Detta citat framhåller vikten av ett bra bemötande från början och att det finns flera delar i mottagandet. Det anses väldigt viktigt att klienterna får ett gott intryck när de först tar kontakt exempelvis på telefon men man kan också tänka på Behandlingsgruppens närvaro på nätet. Det bra bemötandet är också viktigt när klienten kommer på sitt första besök; det gäller allt ifrån att lokalen är fin för att skicka ut en signal att klienten är viktig till att hon eller han får ett positivt välkomnande av personalen. Man kan koppla ihop vikten av detta med den outsiderskänsla och misstro till myndigheter som några klienter har. Om första intrycket av bemötandet inte är positivt och välkomnande ger det klienten anledning att vända om.

Att koppla in externa insatser

Ibland i behandlingsprocessen kan det inträffa att en klient behöver andra externa insatser som behandlaren inte får eller kan ge, exempelvis boendestöd, psykiatriska diagnoser och läkemedel. Det kan komma upp redan i utforskandet av mål att klienten behöver sådana insatser.

Jag försöker fokusera på var befinner sig den här personen just nu. Och där är ju svaret väldigt olika. Ibland är det såhär att man märker att okej, han eller hon kanske behöver annan hjälp också. Kanske behöver läggas in. Eller kanske behöver komma till en sjukvårdsinstans för att få hjälp, alltså träffa en läkare och, ja. Och då beror det ju på vad den personen tänker om det själv, alltså man behöver prata om det, man behöver problematisera kring det. Och det kanske kan vara en process innan han eller hon kommer fram till att det här är någonting jag vill. (13, ref 1)

Behandlaren talar i citatet om att på grund av att klienternas behov kan variera kraftigt blir det inte sällan att man som behandlare lägger märke till att andra externa insatser behövs. Det är tämligen vanligt att klienter har bakomliggande psykiska besvär i olika grad. Det kan variera mycket från exempelvis vanlig ångest och depressioner till personlighetsstörningar. Även klienter utan dessa problem kan ha behov av sjukvård eller medicinering. Vad citatet visar är att ibland är det behandlaren som bedömer att externa instanser kommer att behövas och detta kan vara innan klienten har kommit till samma uppfattning. Då behöver behand-

laren ha en vägledande och problematiserande dialog med klienten för att hjälpa henne eller honom att se för- och nackdelarna med vidare, externa insatser.

Avsnitt 3.2.1 om behandlingssammanhanget tog upp svårigheter kring att koppla in insatser från exempelvis psykiatri och i synnerhet att en missbrukande klient inte brukar få en psykiatrisk bedömning om hon eller han fortfarande aktivt missbrukar. Det kan innebära att behandlaren måste fortsätta arbeta med klienten även i de fall där man förväntar sig att klienten inte kommer att stanna kvar i behandling.

Ska man slussa dem dit till en [psykiatrisk] bedömning eller så, då måste de vara drogfria i x antal månader. Och det kan bli problem för att de tar drogen för att de känner sig friskare. Men självklart jobbar jag mot att de ska bli drogfria då. Men de här är svåra, det är ofta de som inte dyker upp eller kommer sporadiskt [...] det är väldigt svårt att hålla dem i behandling. Så den gruppen faller säkert mellan många stolar. (04, ref 1)

Det känns som att denna klientgrupp – de med bakomliggande psykiska problem – har ”svåra” problem eller behov, som öppenvården inte kan möta själv men att det inte finns någon enkel lösning. Det kan dock också finnas klienter som får sin medicin och då kan behandlaren arbeta med klienten parallellt med stöd från en läkare.

Men det kan också vara såhär att det faktiskt räcker med att vi fortsätter här. Du går till vårdcentralen, du får en viss medicinering av en läkare, eller du kanske går till någon specialistläkarmottagning. (05, ref 1)

Om en behandlare ska jobba med en klient med psykiska problem beror till viss del på tre saker: vilket externt stöd som finns till hands, vilken typ av problem klienten har, och vilka kompetenser behandlaren har. Det nämndes i avsnitt 3.2.1 att behandlarna har olika utbildningar och bakgrund. Detta kan medföra att en behandlare ibland kan känna sig bekväm att arbeta med en klient med psykiska problem och ibland ligger detta utanför en enskild behandlares kompetensområde. Att man ibland kan ta emot sådana klienter beroende på behandlaren kompetens innebär en flytande gräns när det gäller om man ska koppla in externt stöd eller ej.

Vi kan inte ha precis en stenhård gräns, för att det är så här att vi som jobbar här vi har olika erfarenheter och olika utbildningar. Vi är några stycken, jag är ju legitimerad psykoterapeut. Det är inte mitt uppdrag här, men om jag har fått igång en jättebra relation och det funkar och så vidare, och de kommer ur drogerna och så vidare, då ser jag ju inte, om de inte är liksom tvärsjuka, då ser jag ju ingen anledning att sluta om de vill fortsätta. För jag

kan göra, jag klarar det, jag har den kunskapen. (05, ref 2)

Här pratar behandlaren om att känna sina egna professionella gränser och kompetens i samband med att kunna bedöma graden av klientens psykiska problem. Där man inte har haft den utbildningen och/eller känner att man inte klara av ett visst fall blir det behandlaren roll att hjälpa klienten till rätt specialiststöd.

En annan vanlig situation där andra insatser behövs gäller socialt stöd, exempelvis från socialtjänsten för att ordna boende. Det har redan tagits upp under Samverkansfrågor (avsnitt 3.2.1) att bostadsproblem kan ta upp en del behandlingstid i de fall klienten är fokuserad på det ännu mer pressande problemet att hitta tak över huvudet. Om bostadsproblemen inte blir lösta mynnar det ofta ut i avhopp från behandling och man kan tänka sig att psykoterapeutiska samtal för en hemlös person är fel insats vid fel tidpunkt. Behandlarna pratade dock lite olika om hur mycket de skulle stiga ut ur rollen som behandlare till förmån för andra insatser. Några hade en renare fokus på att de var behandlare och sociala problem kommer i vägen för behandlingsarbetet, medan andra uttryckte en vana att försöka koppla ihop olika arbetsplaner hos olika myndigheter så att man har en gemensam fokus även när man träffar klienten ensam.

Jag tycker det är viktigt att man knyter samman, så att klienten inte har en massa olika arbetsplaner eller planer, att man faktiskt kan samla ihop. Det kan vara socialtjänst, det kan vara boende, det kan vara frivård. Det kan vara vi som behandlingskontakt. Att man faktiskt samlar ihop allihop och man pratar utifrån vart Kalle är på väg. Ja, det är dit, okay, vad behöver du för stöttning av mig? Så att alla drar åt samma håll. (09, ref 1-3)

Dessa olikheter mellan hur behandlare ser på sin roll att koppla in eller arbeta med externa insatser kan bero på olika erfarenheter. Har man tidigare arbetat som exempelvis socialsekreterare för det med sig en bättre förståelse för hur man som behandlare kan stödja en pågående boendeprocess. Detta talar för att denna typ av kunskap borde finnas hos flera behandlare inom öppenvården där man kan möta klienter med behov av socialtjänstens insatser.

Att vara uppriktig mot dem som fortsätter missbruka

Och då tänker jag och på något sätt prata med dem att vi har det jättetrevligt ihop men det verkar inte hjälpa, det vi håller på med, och jag tror att det beror på att du röker. För att när du röker på så pass mycket så kommer du glömma det mesta av det vi säger. [...] Och då vill jag att du funderar på, för jag tänker att då kan jag inte hjälpa dig. Då tycker jag det är bättre att du går hem och

funderar och hör av dig, slå mig en signal efter ett tag om du säger att, nu vill jag verkligen försöka eller nu vill jag minska. (05, ref 1)

Ovanstående citat exemplifierar ett förhållningssätt till de som fortsätter använda droger som många behandlare uttryckte; att man är öppen och transparent om att behandlingen inte verkar fungera och uppriktig gentemot klienterna om att de behöver fundera över om de vill försöka. I just detta citat tar behandlaren upp hur man kan hantera de som specifikt använder cannabis men dialogen som utspelas skulle till stor del kunna tillämpas på andra typer av klienter. Man kan hänvisa tillbaka till överenskommelsen om det som behandlingen ska försöka uppnå (och att behandlaren själv har tydligt fokus på behandlingssyftet). Den viktigaste poängen, som också tas upp i citatet, är att klienten är välkommen tillbaka och uppmanas att kontakta behandlaren när hon eller han har bestämt sig. Ett eventuellt problem kan dock vara att en person i aktivt missbruk – och i synnerhet i fallet cannabis med dess effekt på korttidsminnet – lätt kan glömma vad som har sagts i behandlingsrummet eller totalt tappar bort att det var upp till dem själva att ringa ett samtal för att återuppta behandlingen.

Att använda andra klienters berättelser för inspiration

Flera behandlare nämnde vikten av att fånga rätt stund med klienten, momentet där man ställer en fråga eller berättar någonting som får klienten att skifta perspektiv och se annorlunda på sig själv.

Så jag kanske kan ställa rätt frågor i rätt ögonblick, eller beskriva en känsla, beskriva ett agerande, mitt i prick. (10, ref 1)

Ett vanligt sätt att fånga klientens tankar eller känslor på var att reflektera med hjälp av andra klienters berättelser.

Så samlar jag ju på mig berättelser från, det är ju massor med exempel från olika personer som jag har träffat [...] och så när jag ska försöka förklara någonting så säger jag "Jag hade en klient som ..." Och så kan jag berätta om den där killen [...] till exempel. Jag kan plocka fram dem under tiden, så det blir en levande diskussion. (02, ref 1)

En behandlare samlar under årens lopp på sig många olika berättelser från olika klienter och metoden som beskrivs här är att plocka fram just rätt berättelse som kan vara ett stöd eller inspiration för den klient som man har framför sig. När man som behandlare inser att klienten behöver höra eller förstå en viss poäng eller idé använder man sig av andra berättelser istället för att rikta en direkt fokus på klienten. På så sätt

kan klienten dra sina egna slutsatser. I citatet ovan beskriver behandlaren att diskussionen också blir mer levande, mer intressant, vilket kan tolkas som att klienten fångas av ett eventuellt igenkännande. Den andra klientens berättelser blir ett sätt för klienten att se sig själv genom andra glasögon, från en säkrare utsiktspunkt. Andra klienters berättelser kan också tjäna som inspiration för hur man skulle kunna gå till väga med olika utmaningar i behandlingen och för att få klienten att inte känna sig ensam i processen. Med andra ord att andra har gått igenom det här och lyckats kan fungera för att höja motivationen och skapa framtidshopp.

Att hålla kvar mål och fokus

Ett grundläggande drag i behandlarens roll handlade om ett ständigt utforskande av var klienten befinner sig. Man kan tänka sig att detta löper som en röd tråd genom hela behandlingsprocessen. Det fanns dock en risk enligt behandlarna att man blir bekväm med klienter som har kommit igenom avvänjningen och gjort bra ifrån sig under den tredje fasen. Det kan hända även här – efter några bra drogfria månader – att klienten kan gå igenom en svacka där hon eller han tappar fokus på de uppsatta målen, saknar drogerna, och/eller upplever negativa känslor om sin framtid. Under denna fas blir behandlarens roll att hålla fast vid de mål och den fokus som man kommit överens om.

Så kan jag fungera som stöd till den person som sagt att hon inte skall röka mer. Jag håller kvar och påminner om samtalet som vi hade när personen var bestämd och motiverad. Jag symboliserar det och ger det min röst. (01, ref 1)

En del i att hålla kvar fokus för klienten handlar om förståelse för att det är vanligt att klienterna går igenom en slags depression eller nedstämdhet efter att ha slutat med droger. Behandlaren hjälper till att hålla kvar fokus genom att stödja klienten att prata om dessa negativa känslor och få klienten att stå ut.

Där pratar jag ju jättemycket om, alltså både utifrån att det inte är så konstigt att det här hinner ikapp en nu, men också utifrån att det finns ju någonting som heter postakut abstinens. Och den kommer. Men också att våga prata om sorgen. Det är klart att det finns en sorg. För har man haft den både som belöning och avslappningsdrog och partydrog, man har använt den i många olika syften, så det är klart att det finns en sorg i det. (09, ref 2-3)

Det blir dels en normalisering av processen så att klienten kan känna igen och acceptera sina egna känslor och tankar. Dels blir det också en bearbetning av känslor genom att man pratar om det. När det gäller hur

man stödjer och peppar klienten genom denna svåra fas pratade några behandlare om att hjälpa klienten att rikta om energin, exempelvis genom att få klienten att ersätta droger med någon annan aktivitet.

Eftersom droger är en jättekraftig grej, måste man hitta någon ersättning istället för droger. Att göra någonting annat istället för att motverka missbruket. (08, ref 1)

Exempelvis tipsade behandlaren ofta om att träna, ta upp en hobby och så vidare. Det handlar till viss del om distraktion i återfallspreventivt syfte och i ett vidare perspektiv handlar det om ett återskapande av liv.

Att återskapa ett drogfritt liv: utforskande frågor, praktiska tips och motivation till förändring

I den översiktliga bilden av behandlingen handlade den tredje fasen i behandlingsprocessen om att återskapa eller skapa ett drogfritt liv och en identitet utan droger, och upprätthålla de förändringar som har skett. Klienter har väldigt olika behov vad gäller hur mycket av sitt liv som de behöver skapa om och de har olika förutsättningar för att lyckas göra det. Exempelvis kan en ung vuxen med jobb och ett stödjande nätverk och icke-missbrukande vänner ha det lättare än en äldre person som är arbetslös och har cannabis som sin enda tröst. När man har tagit bort drogen kan det lämna olika typer av "tomrum" i en persons liv och det gäller för behandlaren att få en förståelse för varje klients specifik tomrum och att stödja klienten att uppmärksamma det men också att hitta sätt att hantera det på. En del av det ständiga utforskandet av var klienten befinner sig men också ett utforskande av klientens egna intressen ansågs ge ingångar till att påbörja detta arbete.

Att de måste hitta någonting att fylla det [tomrummet] med. Och det är ju så individuellt. Det kan vara träning, det kan vara att läsa, det kan vara musik, det kan vara hitta en tjej, you name it. Och då bollar man: vad är du själv intresserad av? Är det någonting i ditt liv som du känner att det här skulle jag vilja göra nu? Och så försöker man motivera till någon förändring. (04, ref 2)

Behandlaren lyfter att man tillsammans med klienten utforskar både gamla och eventuella nya intressen men betonar att det är ett individanpassat arbete. Det väsentliga är dock att man motiverar till en förändring hos klienten: man kan hjälpa klienten att hitta vad fokusen ska vara genom utforskande frågor eller praktiska tips, men syftet är att få klienten att ha tilltro till förändringen och att komma igång själv. Några klienter kan behöva ännu mer stöd i början med att hitta just vad de ska fylla tomrummet med och här är det viktigt för behandlaren att inta en mer vägledande

roll, så som att hjälpa klienten med praktiska tips på aktiviteter.

För att du ska klara det här nu, den närmaste månaden, så måste du se till att sätta igång en massa andra processer, alltså du måste se till att du sover bra, att du äter gott, att, helst att du gör grejer så att du blir bara trött av det fysiskt, eller springa i skogen eller vad som helst. [...] så ska du göra grejer som du mår gott av. (05, ref 1)

Tanken är att klienter särskilt i början av den tredje fasen kan behöva komma igång med olika positiva aktiviteter för att stimulera hjärnan och må fysiskt bra. Man kan tänka sig att dessa energigivande aktiviteter sedan blir en språngbräda för att stödja klientens egen återuppbyggnad av livet. Att komma igång med sådana aktiviteter förebygger också att klienten sitter hemma själv. Det är vanligt att personer som missbrukar cannabis har tillbringat en del tid hemma antingen ensamma eller med andra missbrukande vänner och att de har behov av att hitta en ny gemenskap. Ett annat vanligt problem är att gamla icke-drogbrukande vänner har gått vidare med sina liv och klienten känner att hon eller han har hamnat efter och utanför, vilket kan bidra till en förstärkning av outsiderkänslan.

För några klienter kan återskapande av ett drogfritt liv handla mindre om det externa beteendet eller de sociala mönstren och mer om den interna självbilden, självförtroende, och tillit till den egna förmågan.

Det kanske inte alltid är så konkret, men det handlar väldigt mycket om självkänsla, och självbild och hur man ser på sig själv, om man klarar av utmaningar och att man inte är lika rädd längre och man känner att man är mer medveten om, har mer makt över sig själv. (13, ref 1)

I stället för en fokus på konkreta saker, exempelvis att träna, sova och så vidare, behöver behandlaren ibland fokusera mer på psykologiska frågor. Ställd inför en ny utmaning kan klientens självförtroende kännas otillräckligt och ett sätt att hantera detta på är att återgå till droger. Det blir viktigt att förbereda klienten på sådana situationer för att förebygga dem. En del i arbetssättet här är att lära ut strategier för återfallsprevention för att lära sig att känna igen sådana triggers, hur man kan hantera stress eller ångest och att hitta alternativ till att ta droger.

Antingen är det situationer eller känslor. Som de här med ångest: jag blir så jäkla sugen när jag får sån ångest, för jag vet vad det är som kan lindra det. Och om jag röker kommer jag inte känna den här ångesten. Hur kan du tänka istället när de här tankarna kommer? Det handlar ju om att registrera de tankarna som kommer, för de låter ju så trovärdiga. (04, ref 1)

Denna del av behandlingsmetoden behöver ses i lju-

set av kursen Återfallsprevention (se Haglund och Wall, 2014) som används av Behandlingsgruppen. Programmet sträcker sig över åtta veckor och kan användas antingen för klienter som har lyckats med sin avvänjning eller för de som söker sig till mottagningen just på grund av oro för återfall.

Att avsluta behandlingen: klienten bestämmer, glesas ut, och välkommen tillbaka

Hur bestämmer behandlaren och klienten att behandlingen har lyckats med de mål som sattes upp och att det är dags att avsluta?

Jag försöker prata med människor och hur känns det, hur mår du och hur funkar det? Det vanlig är att man börjar ses lite mer sällan, att man glesas ut det till varannan vecka istället. Jag försöker checka av hur, vad är lagom att vi ses, nu verkar det funka ganska bra för dig. Och ibland, en del säger att ja, men jag skulle hellre vilja komma varannan vecka. (03, ref 1)

Och jag brukar aldrig säga till en klient att nu är det slut, du får inte komma till mig. Jag har aldrig sagt någonting till någon, det är de som får bestämma. (08, ref 1)

Dessa två citat exemplifierar tre väsentliga punkter i att avsluta behandlingen. Att man gör en avstämning med klienten och att det är klienten som vägleder i avslutsprocessen. Man närmar sig ett avslut genom att glesas ut träffarna. Den tredje punkten är att behandlaren betonar att klienten är välkommen tillbaka om behov skulle uppstå.

Ett problem som kan uppstå vid behandlingsavslut är att ett slags beroende av behandlingen har skapats och klienten känner att hon eller han inte klarar av livet utan behandlaren. Behandlaren behöver då uppmärksamma detta och hjälpa klienten att frigöra sig från kontakten. Detta kan ske genom att betona hur långt klienten har kommit, att man sammanfattar behandlingstiden och visar att klienten har uppnått de mål som man kom överens om i början. I dialog med klienten kan behandlaren göra en ny målformulering men det viktiga är att bekräfta och belysa inför klienten att man har lyckats med det som man ville från början.

3.2.3.2 Cannabisspecifika förhållningssätt

Det allmänna förhållningssättet som presenterades i föregående avsnitt utgör både grund och struktur för hela behandlingsarbetet. När det gäller hur man arbetar med klienter som har cannabis som huvuddrog fanns det dock några vidare förhållningssätt, kunskaper och kompetenser som behandlarna ansåg vara viktiga att ha med sig. Förhållningssätten delas upp i

grundläggande respektive situationsrelaterade kunskaper. De grundläggande kunskaperna kan vidare delas upp i kunskaper som rör cannabis som drog och kunskaper som mer gäller personer som missbrukar cannabis, drogens personlighetsförändrande egenskaper och hur behandlingen anpassas i detta avseende. Återigen är uppdelningen tänkt att fungera som ett pedagogiskt verktyg, en hjälp för att orientera sig i kunskaperna. I praktiken flätar kunskaperna i varandra.

När behandlarna pratade mer specifikt om förhållningssättet kring cannabis hänvisade några ofta till Lundkvist och Eriksson (1988) och Haschavvänjningsprogrammet (HAP). En del kunskaper som lyfts fram i detta avsnitt kan anses vara en erfarenhetsbaserad tolkning av kunskaper från tankarna i HAP. I synnerhet visar denna erfarenhetsbaserade kunskap hur man kan använda HAP i praktiken och hur HAP kan ramas in i en bredare bild av vad behandling av personer med cannabis missbruk innebär.

Grundläggande kunskaper om cannabis som drog

Många behandlare gav uttryck för idén att man måste ha bra kunskap om cannabis som drog och dess konsekvenser, exempelvis skadeverkningar, för att kunna behandla en person med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis. Det fanns två anledningar till att behandlarna ansåg att man måste vara påläst. Det första var att själva drogen har specifika effekter på hjärnan som man behöver känna till för att identifiera dem i klientens beteende som en effekt av drogen och inte någonting annat, exempelvis personliga egenskaper.

Att man faktiskt vet någonting om drogen också och vad drogen gör, och säger man det att det är drogen som gör detta, så tar man ju lite bort också skuldkänslorna eller känslan av att inte höra hemma eller tillhöra. Att det är naturligt att drogen gör detta, den skulle gjort det med vem som helst. [...] det är inte alltid viktigt, det är inte alltid det som kommer först, men just när det gäller cannabis så kan man hamna i fällor. (13, ref 1)

Det blir viktigt att kunna identifiera effekterna av drogen, exempelvis att man kan känna sig utanför eller att inte tillhöra samhället, i stället för att börja arbeta i behandlingen med dessa känslor som om de var relaterade till klientens grundpersonlighet. Som behandlaren poängterar; "det är inte alltid det som kommer först". Detta kan tolkas som att en fokus på cannabis och dess effekter inte sker på bekostnad av alliansbildningen, utforskandet av var klienten befinner sig och så vidare. Men det verkar viktigt att ha kunskap om cannabis i bakhuvudet. Den andra anledningen

till att man behöver vara påläst är att det finns mycket debatt i media kring exempelvis legalisering och ett samhällsklimat i Sverige och världen som gradvis blir mer positivt inställt till cannabis. Klienterna är ofta väldigt pålästa om sådana debatter och i synnerhet de argument som förespråkar cannabis. Det innebär att en behandlare måste känna till forskningen och de debatter som pågår annars kan hon eller han blir diskvalificerad av klienten på grund av okunnighet, vilket kan förstöra möjligheten att bygga upp en allians.

De kunskaper om cannabis som är bra att ha med sig i behandlingsarbete kan sammanfattas i fem teman:

1. de psykologiska effekterna
2. utsöndring av THC
3. akut kontra kroniskt rus
4. typer av cannabispreparat
5. den smygande effekten

De psykologiska effekterna

Cannabis har en rad psykologiska effekter – från det kognitiva till det känslomässiga. Här hänvisade många behandlare till Lundkvist och Eriksson (1988) och den kunskap som främst Thomas Lundqvist förmedlar i sina föreläsningar och via Cannabisnätverket. Typiska psykologiska effekter av cannabisberoende är att man kan ha svårt att kommunicera med omgivningen på ett djupare plan vilket innebär att man blir missförstådd och missförstår, både i behandlingsrummet och i livet i allmänt. Problem med närminnet kan uppstå. I stället för att säga direkt till klienter att man kan ha upplevt problem med närminnet menade några behandlare att det fungerar bättre att berätta om andra klienter. Det blir ett igenkänningsmoment som underlättar för klienten att ta till sig budskapet.

Kan berätta att jag har en kille, han skulle börja på en sån här arbetsträning, och det var en ganska enkel uppgift, att snickra ihop en hylla [...] och så visade arbetsledaren hur han skulle göra, och så gör han det. Och sen så ska han göra en till. Och då kommer han inte ihåg hur han skulle göra [...] Och då måste han gå till arbetsledaren och fråga igen, hur var det nu jag skulle göra? Och så berättar han då en gång till och så spikar han ihop den, tredje gången likadant. (02, ref 4)

Problem med närminnet har särskild betydelse i behandlingssammanhang där klienter fortfarande missbrukar. De kan förväntas glömma det som sagts från en session till en annan, och kan glömma av tider. Man har också problem med gestaltminnet, det vill säga att sätta ihop delar till en helhet. Exempel på detta är att en klient kan se på en hel långfilm och kommer ihåg

delar men kan ha svårt att sätta ihop delarna till en större förståelse av vad filmen handlade om. Tiden och dagarna kan också upplevas som fragmentariska och klienter kan tappa ett mer övergripande perspektiv på livet och "känsla av sammanhang" (Lundkvist & Eriksson, 1998). Några behandlare sade att cannabis förminskar en persons egen "övervakningskamera" och förmåga att reflektera över sig själv, sitt beteende och så vidare. Det här är bara några exempel på vanliga cannabisrelaterade funktionsnedsättningar eller psykologiska effekter. Poängen är att behandlaren behöver känna till de psykologiska effekter som cannabis kan ha och förstå hur dessa kan spela roll i såväl behandlingen som klientens liv i övrigt.

Den långsamma utsöndringen av THC

THC (tetrahydrocannabinol) är den primära psykoaktiva kemikalien i cannabis som ger de typiska effekterna av drogen. THC lagras i kroppens fettvävnader till skillnad från de flesta andra droger, som är vattenlösliga. Det betyder att THC utsöndras mycket långsammare i kroppen och man kan därför bygga upp en reserv av cannabis beroende på hur mycket och hur ofta man röker. Det tar cirka två veckor för denna reserv att utsöndras. Det betyder att även de dagar då man inte röker så blir man påverkad av drogen, så länge man fyller på varje eller varannan vecka (beroende på preparatets styrka och vilken mängd som intas). Klienter kan ofta säga att de kan hålla upp i några dagar utan problem, till och med en vecka. Eftersom det tar minst två veckor för THC:et att utsöndras betyder det att ett uppehåll på två veckor eller mindre inte är ett reellt uppehåll exempelvis för en vanerökare.

*Här har du rökt hela tiden, i två år, så slutar du här [pekar på ett tidsschema]. Första veckan brukar gå bra. Då har du jättemycket koncentration THC i kroppen **som verkar hela tiden**, men här, mellan vecka 1 och 2 så utsöndras THC ganska snabbt ur kroppen. Och då mår du som sämst, ångest, oro, sömnsvårigheter, svettningar, alltså abstinensen är som värst. (02, ref 3, min kursivering)*

Citatet tar också upp sambandet mellan den långsamma utsöndringen och avvänjningsprocessen, att den första veckan efter att man har slutat får klienten inga starka effekter av abstinensen. Det är bara kring den andra och tredje veckan efter abstinensen som THC:et är helt utsöndrad och det är då som avvänjningen börjar på riktigt. Det är viktigt för behandlaren att kunna förklara för klienten vad ett uppehåll innebär och att känna till när abstinenssymptom kommer att komma igång.

Skillnaden mellan det akuta och det kroniska ruset

Några behandlare betonade vikten av att känna igen skillnaden mellan det akuta och det kroniska ruset och vad denna skillnad innebär för behandlingsarbetet. Det akuta ruset inträffar i samband med intag av cannabis, exempelvis genom rökning, och beskrevs som en uppiggande effekt, där klienten upplever mer energi och får saker gjorda. Det kroniska ruset kommer 3–4 timmar senare (om man inte har rökt igen) och beskrevs som en seghet och att personen brukar gå in i ett ganska passivt tillstånd. Det kan vara så att klienter inte har uppmärksammat hur de påverkas och hur de reagerar under dessa två olika faser av ruset. Det blir en del av behandlingen att få klienten att förstå denna skillnad och vilken effekt det har på henne eller honom. Ett vanligt mönster är att man kopplar ihop röktilfället – det akuta ruset – med att få energi och att man känner sig piggare. Då upplevs själva rökningen som positiv. När segheten – det kroniska ruset – har pågått för länge känner man att man behöver röka igen för att få bort känslan av trötthet och låg energi. En del i denna onda cirkel är den långsamma utsöndringen av THC:et; även om man inte har rökt på några dagar kan segheten dröja kvar.

Det ansågs viktigt att i behandlingen få klienter att reflektera kring vilka kopplingar de har gjort till det akuta och det kroniska ruset och att skapa förståelse för att deras beteende kanske är ganska styrt av rusets mönster.

Så den första grejen är att övertyga personen om att den här segheten som du upplever, att ingenting händer, att dagarna går. Det är också effekt av haschet, inte att du är en sådan person som man till slut börjar tänka, jag är sådan. Och det är den viktigaste grejen. Kan man få en person att köpa den kopplingen, så har man kommit rätt långt. (02, ref 1)

Behandlarens roll är att hjälpa klienten att förstå att det här beteendet inte är en del av deras personlighet utan förmodligen är en effekt av drogen. En koppling behöver också göras till den onda cirkeln av att röka för att få bort segheten. Klienter kan behöva förstå att även om det akuta ruset känns uppiggande och att man blir mer klartänt så medför det kroniska ruset en seghet och passivitet.

Cannabispreparat – olika typer och deras effekter

Det finns en rad olika cannabispreparat, exempelvis marijuana, hasch, skunk – såväl som syntetiska cannabinoider såsom spice. THC-styrkan kan se annorlunda ut även i samma preparat men olika preparat brukar

föra med sig särskilda effekter. I synnerhet kan skadeverkningar behöva uppmärksammas av behandlaren om de visar sig hos klienten.

Men de som röker skunk, de här starkaste grejerna som blir till lösningsmedel i hjärnan, dels får det en annan typ av skadeverkning på hjärnan. Så det blir en dubbel effekt. Dels det här haschmönstret, dels att det faktiskt på riktigt skadar hjärnan som inte vanlig hasch eller marijuana gör på det sättet. Och de är också ofta svårare för att de får djupare depressioner. Och svårare med allting, abstinensen och så. (04, ref 1)

Behandlaren ger ett exempel som handlar om skunk och en person som missbrukar skunk kan ha en svårare avvänjning och en mer komplex behandlingsprocess i allmänt.

Den smygande effekten

Många behandlare tog upp att cannabis av allmänheten kan anses vara den ofarliga drogen i jämförelse med exempelvis heroin. Cannabis har dock en smygande effekt som kan gå obemärkt förbi, så att man slutligen blir "kidnappad" av drogen utan att märka det.

Där är nog cannabisen värst alltså på sätt och vis. För att de som har använt amfetamin exempelvis [...] att det tar inte riktigt på hela personligheten [...] Det är nästan den enda drogen som snor själen, som tar själen från människan. [...] Det tar så mycket hjärnfunktioner under så lång tid när du håller på och röker. [...] du kommer offside väldigt snabbt med cannabisen. Så egentligen, det är nästan, ja, det är nästan den allvarligaste drogen på ett sätt. (05, ref 1)

Här ger behandlaren en annan bild av drogen, där cannabisberoendet anses smyga på och ta över någons personlighet. En koppling görs till de psykologiska effekter som cannabis har, det vill säga att drogen påverkar gestaltsningsförmåga, kommunikation och så vidare. Det innebär att personer med cannabismissbruk kan förlora grepp om hur mycket de har förändrats och i det kroniska ruset börja tappa sin motivation och vilja. Detta har också med den långsamma utsöndringen av THC att göra. Det blir viktigt i behandlingen att betrakta en sådan passivitet som en eventuell effekt av drogen.

Grundläggande kunskaper om person som använder cannabis och deras behandling

I avsnittet om det allmänna förhållningssättet presenterades teman som gällde grundläggande kunskaper om klienter och behandlarens roll. Utöver dessa teman kan man lägga till fyra grundläggande kunskaper som specifikt gäller klienter som har cannabis som

huvuddrog. Denna grundläggande förståelse tillsammans utgör en ram för ett förhållningssätt kring behandling av personer med cannabismissbruk. De fyra temana är:

1. Ett brett spektrum av personer med cannabismissbruk
2. Att bemöta den liberala synen/att problematisera cannabisbruk
3. Svårigheter med att sluta med cannabis
4. Kognitiv påverkan och inlärningsbehov

Ett brett spektrum av personer med cannabismissbruk

Många behandlare uttryckte tanken att det inte går att generalisera om personer med cannabismissbruk och deras behandling, att de utgör en bred grupp med varierande bakgrund, behov och förmågor. Det blir ett "alla är olika-synsätt" på klienterna och en övergripande idé om "individanpassning". Problemet med "alla är olika-synsättet" och "individanpassning" är att det inte tillför en nyanserad vägledning för hur man bemöter olika klienter med olika behov. Ett mål med denna studie var att bidra till ett sådant nyanserat synsätt på klienter och deras behandling. Avsnitt 3.2.2 tog fram en beskrivning av de olika behoven hos klienten som behandlingen ska möta och vilka specifika behov som kan finnas för olika undergrupper så som äldre personer med ett livslångt missbruk, unga vuxna, de som har slutat och vill undvika återfall och så vidare. Utifrån idén att det kan finnas varierande behov hos de här olika undergrupperna kan man se att det finns olika tillvägagångssätt och behandlingsmål för dessa undergrupper.

RT: Är det något särskilt tillvägagångssätt just för de grupperna [unga, äldre och så vidare] eller är det samma tillvägagångssätt oavsett?

I: Nej, det tror jag inte. För de [unga] här har ofta inte fått konsekvenserna på samma sätt som en som är äldre och vet vad det handlar om. (09, ref 2)

Utmaningar och ingångar in till ett behandlingsarbete för en ung vuxen kan handla mer om att bemöta det positiva och kanske liberala synsättet kring cannabis och om att motivera vad behandling kan uppnå. En äldre person med ett livslångt cannabismissbruk har kanske inte samma positiva inställning och vet möjligen mycket väl att behandling behövs men har många livsstils- och känslomässiga frågor att bearbeta först. Behandlingen blir individanpassad först och främst men det går att säga att anpassningen har särskilda drag beroende på vilken undergrupp klienten tillhör. Beskrivningen av behoven för de undergrupperna blir en nyansering av just vilka behov som gäller för olika

typer av klienter med cannabis som huvuddrog och därmed ger detta behandlaren en slags karta över vad man kan beakta under behandlingen.

Det verkade dock råda oenighet bland behandlarna kring klienter med bakomliggande psykiska problem. Det fanns några behandlare som upplevde att nästa alla klienter med cannabismissbruk har bakomliggande psykiska problem. Däremot fanns andra behandlare som bedömde att man måste vara vaksam på tolkningar av symptom, vilket kan vara en effekt av drogen.

Men jag har fått lära mig just med cannabis främst, men med andra droger också, vänta och se, dra inga förhastade slutsatser, det kan dyka upp en frisk person [...] inom citationstecken. Det är många, man har kapacitet som döljer sig bakom missbruket, som kan tolkas på väldigt många olika sätt. Väldigt lätt kan det tolkas som neuropsykiatriska symptom." (13, ref 2; min kursivering)

Här betonar behandlaren vikten av att "vänta och se" vilken typ av person som finns bakom effekten av cannabis. Det finns en risk att man förväxlar de psykologiska effekterna och skadeverkningarna av cannabis med bakomliggande psykiska problem. Det innebär en fara för behandlaren att börja behandla ett symptom som om det var en personlig egenskap hos klienten eller en befintlig neuropsykologisk förmåga när symptomet i själva verket skulle försvinna om drogen togs bort.

Att inte gå in i diskussion kring cannabis/att problematisera cannabismissbruk

En del av förberedande- eller motivationsarbetet, särskilt med unga vuxna, kan vara att problematisera kring cannabismissbruk. Det nämndes i avsnittet om grundläggande kunskaper om cannabis att många klienter är väl pålästa om legaliseringsdebatten och har liberala åsikter om cannabisanvändning. Med andra ord är det förväntat att man tämligen ofta som behandlare möter den liberala synen i behandlingen. För några klienter finns det en särskild cannabis kultur som man kan känna starka band till och den kan vara svår att skilja sig ifrån.

Överhuvudtaget nämnde behandlare att det är viktigt att inte ingå i en kamp eller att argumentera kring cannabis, dess farlighet, eller legalisering.

För det första så undviker jag att gå i kamp eller diskussion. [...] kommer du hit, så kollar jag vill du sluta med droger, för det är därför jag sitter här. Jag anser det vara befast att cannabis är farligt på kort eller på lång sikt beroende på vilken person du är. Det är tillräckligt vetenskapligt bevisat, jag behöver inte övertyga dig, utan det är det jag har med mig, det är det jag kan hjälpa till med, för det paketet får du köpa på något sätt. (05, ref 1).

I citatet ovan håller behandlaren fokus på "behandlingspaketet" som klienten har gått med på (och man kan förstå hur denna process vävs in i utforskandet av var klienten befinner sig och vilka mål man kan enas kring). Fokus läggs på behandlingen och diskussion kring cannabis undviks. Däremot visar behandlaren tydligt sin position i relation till cannabis och med hänsyn till forskning och erfarenhet. Man visar att man kan sin sak men intar samtidigt en mer terapeutisk fokus om vad behandlingen ska vara till för. Ett annat sätt att problematisera kring cannabismissbruket är det som Miller & Rollnick (1991) kallar för "att rulla med motståndet", där man lyssnar empatisk till klientens berättelser för att identifiera ingångar till behandling.

Klienter är ganska pålästa ofta och där gäller det att inte ingå i någon kamp. En del vill göra det, utmana direkt. Ofta man kommer inte vidare om man diskuterar det. Någonstans hittar man något, när man märker att det här ändå rubbar lite grann, det här mantrat som de ibland sitter i. Någonstans hittar man någonting, att här hände någonting (01, ref 1-3)

Behandlaren nämner att några klienter vill utmana direkt och diskutera cannabis. Därför blir det ännu mer viktigt att bemöta denna vilja att argumentera på bästa sätt. Genom att lyssna till klientens argument kan man hitta "någonting, att här hände någonting", att klienten kanske har upplevt något bekymmer med sitt missbruk eller sett problem hos andra. Även om behandlaren inte går in i en diskussion kring cannabis kan hon eller han pröva olika argument för att hitta det som är viktigt för klienten och då kan man hitta ingångar till behandling, något som motiverar och intresserar klienten. Det är detta förhållningssätt, enighet mellan klient och behandlare, som förmodligen är det viktiga, att behandlaren undviker att argumentera för eller emot cannabis men försöker hitta det som båda ska jobba med.

Behandlarna tog också upp andra sätt att problematisera kring cannabis på för att utforska något gemensamt mål, nämligen dess olagliga status, att lyfta negativa effekter, och att ta upp de situationer i livet där man inte har använt cannabis för att jämföra. Cannabis olagliga status innebär en risk att bli lagförd varanda gång man köper, vilket kan vara en oro för några klienter. Det brukar finnas någon typ av negativ effekt eller erfarenhet hos personer med cannabismissbruk som går att lyfta.

Men de kan ju även vara så att de faktiskt har fått konsekvenser som gör att man kan prata om det. Det är en jätteskön känsla och det blir roligare att se på film eller

vad det är. Men du har inte haft ett jobb på fem år och du gör ingenting av alla idéerna som du får när du röker, vad tänker du om det? Så får man jobba på det sättet. (04, ref 1)

Tillvägagångssättet som beskrevs av behandlaren har mycket gemensamt med inslag från MI och återfallsprevention programmet. Även de positiva känslorna kan omvärderas, exempelvis kan en upplevd kreativitet när man är hög vändas till en diskussion om vad det konkret har blivit av "alla idéerna som du får när du röker". Här gäller det att vara öppen för att utforska även de positiva känslorna som en klient har upplevt för att sedan utforska eventuella negativa konsekvenser av det (och om man har bekantat sig med de vanligaste neuropsykologiska effekterna av cannabis blir jobbet lättare). Även om cannabis kan upplevas positivt brukar det finnas en negativ aspekt i bakgrunden.

Slutligen kan det vara så med några klienter som missbrukar väldigt lite cannabis eller gör det väldigt sällan att det nästan inte uppstår några märkbara konsekvenser för dem och då blir problematiseringen svårare. I nästa citat resonerar en behandlare kring hur man bemöter en sådan klient som säger att cannabis inte ger några negativa konsekvenser.

Ja, men jag har inga konsekvenser, och jag har inget beroende. Men hur vet du det? Har du testat någonstans att stå emot den där en gång i månaden? Nej, fasen, det har jag inte gjort, så det får jag nog gå hem och göra. Så det slutade med att han skulle gå hem och testa hur är det att stå emot den där. (09, ref 2)

Problematiseringen av cannabismissbruket består i att få klienten att testa att stå emot genom ett sådant beteendeeperiment, istället för att motivera genom argumentation. Det blir sannolikt att experimentet får klienten att reflektera mer över själva upplevelsen att röka eller motstå, vilket kan leda till ett annat perspektiv på rökandet som det går att bygga vidare på i behandlingen.

Svårigheter med att sluta med cannabis

Cannabis betraktas av behandlarna som komplicerad att avvänja sig ifrån och avvänjningen har sin egen gång till skillnad från andra droger. Detta beror dels på den långsamma utsöndringen och dels på den neuropsykologiska påverkan som drogen har. De flesta behandlare uttryckte att det inte går att stegvis trappa ner från ett cannabismissbruk. Man behöver sluta helt och hållet annars fyller man på THC:et, exempelvis om man bara röker på helger.

Jag höll på med en kille i ett halvår som hävdade att han bara ville röka på helgerna. Men inte på veckorna. Han

skulle ha ett kontrollerat rökande, och då förklarade jag för honom att om du röker varje helg så har du THC i kroppen hela tiden ändå. Det blir ingen avvänjning. (02, ref 3)

Man förstår av citatet att det kan ta tid innan klienten har förstått vad en avvänjning innebär och innan behandlaren har lyckats övertyga om eller förbereda klienten för avvänjningen. Eftersom en avvänjning från cannabis betyder ett totalt stopp måste man som behandlare förbereda klienter noga så att de förstår vad som krävs och varför.

Om förståelse för vad avvänjning innebär är den första svårigheten är den andra det som händer när cannabis har utsöndrats ur kroppen. När THC:et utsöndras cirka två veckor efter det senaste intaget av cannabis så inträder en period av fysiska symptom, så som svettningar, och psykiska symptom som ångest, depression och mardrömmar. Återigen hänvisade behandlarna ofta till kunskap från Lundkvist och Ericsson (1988) och nyare utbildningar genomförda av Thomas Lundkvist, men också kunskap från sina egna erfarenheter. Denna negativa period brukar pågå under ett par veckor men den blir ett stort hinder för många klienter.

Jag har en kille nu, och han vill så jökla gärna lägga av, men han står inte ut med ångesten, det går inte. Han klarar två eller tre dagar. Och så fick han en tid till en läkare som skrev ut något ångestdämpande och så försökte han igen, men det var samma grej. Det går inte för jag står inte ut med min ångest. Så där är vi nu. Han är här, han vill lägga av, men han fixar det inte. (04, ref 5)

Citatet illustrerar att några klienter har väldigt svårt med den första negativa perioden när THC:et först har lämnat kroppen. Även de klienter som gärna vill lägga av kan falla på detta hinder. Med förståelse för dessa svårigheter kan behandlaren förbereda och läsa av när en klient är redo för avvänjningen och bättre stödja klienten genom den processen (se vidare avsnittet om situationsrelaterade kunskaper).

Kognitiv påverkan och användning av särskilda inlärningsstrategier

En grundläggande kunskap om cannabis är de psykologiska effekterna, exempelvis problem med närminnet, gestaltminnet och så vidare. För klienter med ett aktivt missbruk innebär det en påverkan på kognitiva förmågor som man måste beakta i behandlingen. Hos klienter som är drogfria men som har haft ett långvarigt missbruk och i synnerhet om de började i tonåren, kan kognitiva nedsättningar dröja kvar flera månader. I dessa fall behöver behandlaren använda särskilda strategier för att se till att informationen tas emot, lagras och uppfattas.

Just när det gäller cannabis så kan man hamna i fällor. Och fällorna är att man kör sitt eget race liksom till slut, om man inte har personen med sig. Alltså man tror att okej, vi har pratat, vi har haft jättebra samtal, han och jag, vi har varit överens om vissa saker, ja, nästa gång kommer han inte ihåg någonting om det du har sagt. (13, ref 2)

Det som behandlaren tar upp är att cannabisbrukare kan verka kommunicera bra, att de är verbala och verkar mottagliga, men det kan vara ett beteende som de har övat upp för att täcka upp en eventuell kognitiv nedsättning (så som konkret tänkande och svårigheter att greppa helheten i behandlarens budskap). Det innebär att behandlaren behöver använda annorlunda samtals- eller inlärningsstrategier för att komma runt dessa nedsättningar och få klienten med sig.

Sedan måste man [...] prata på ett sätt så att det landar, beroende på hur mycket man har rökt, hur man kan prata, använda olika sätt att kommunicera, ibland behöver man rita, ibland behöver man upprepa, ibland ta väldigt korta bitar. Man kan inte ha ett resonemang som bara spinner på eftersom man tappar klienten, hela tiden stämmer av är du med på det jag pratar om nu, vad tänker du om det som jag sa. Kolla av hur mycket han har fastnat, för en del sitter och nickar. Kanske inte sitter jättelånga stunder i början. Man informerar inte jättemycket [...]. Stämmer av. Pratar vi om rätt saker? Känns det viktigt för dig? (01, ref 1)

Här stämmer behandlarens beskrivning av praktiken överens med inslag i haschavvänjningsprogrammet. Behandlaren pratar om att ge klienter några tips på vilka inlärningsstrategier man kan använda, nämligen att använda olika sätt att kommunicera så som att rita på blädderblock, att upprepa, och att använda kortare pass men ses oftare. Det tas också upp att man behöver hålla resonemangen korta och koncisa, där en person aktivt missbrukar cannabis. Men detta är också individuellt beroende på hur mycket cannabis klienten använder. En viktig punkt är att ständigt kolla vad klienten har uppfattat genom att stämma av. Problem med närminnet kan också betyda att klienten har svårt att komma ihåg praktiska saker som tider för nästa möte. Då blir behandlarens roll att forska fram en struktur och strategi för möten och påminnelser som fungerar bra för klienten, exempelvis att man ses samma tid och dag varje vecka, att skicka ett sms dagen innan eller ringa en timme innan.

Situationsrelaterade kunskaper gällande cannabis

Denna tredje och sista del om metoden och förhållningssättet handlar om cannabisspecifika kunskaper och kompetenser som verkade vara relaterade till en

viss fas eller situation i behandlingen. Situationen kan gälla ett enskilt tillfälle och fasen kan handla om en särskild period under behandlingsförloppet, så som att förebereda sig för avvänjning. Återigen bör dessa kunskaper och kompetenser ses i kombination med de grundläggande cannabispecifika kunskaperna men också inom ramen för det allmänna förhållningssättet. Sju teman identifierades:

1. Att utreda klientens grad av cannabismissbruk
2. Att få klienten att uppfatta sitt beroende
3. Att läsa av när någon är redo för avvänjning eller HAP
4. Att ta del av HAP
5. Att få in glädje
6. Att hålla klienten kvar lite längre efter avvänjningen
7. Återuppbyggnad av en identitet utan cannabis

Tema 1–3 tillhör den förberedande fasen av behandlingen, tema 4 handlar om avvänjningen och tema 5–7 gäller den tredje fasen om återuppbyggnad av livet utan cannabis.

Att utreda klientens grad av cannabismissbruk

Ett viktigt första steg i den förberedande fasen av behandlingen är att förstå vilken grad av missbruk klienten har och bedöma graden av beroendet och påverkan på exempelvis psykologiska funktioner. Exempelvis påverkas behandlingsträffarna av om en klient är mitt inne i ett tungt missbruk.

Är de för borta i rökandet så blir det svårt att prata om andra saker. Men det finns ju en del som har kvar att de röker lite på kvällen innan de lägger sig, men resten av tiden röker de kanske inte. Och då tänker jag att man kan börja träffas där. (03, ref 1)

Här föreslår behandlaren att man kan träffa klienten under den tid på dagen då klienten röker minst och är mindre ”borta i rökandet”, även om det fortfarande finns påverkan på psykologiska funktioner. Graden av cannabis i kroppen eller när klienten använde cannabis sist spelar roll för vilken del i behandlingsprocessen det gäller och vad behandlaren ska fokusera på.

Och har man slutat, hur många dagar har det gått? Har det gått en, två, tre eller fyra veckor? Har det gått ut kroppen? Det försöker jag att definiera för då vet jag [...] att hjärnan funkade såhär. [...] Ta reda på precis var de befinner sig. Om de fortfarande röker, om de har minskat eller om de är i avtändning? (05, ref 1)

Utifrån en uppfattning om hur mycket cannabis som finns i kroppen gör behandlaren en bedömning av vad klienten kan ta in informationsmässigt men också vilket stöd klienten kanske behöver härnäst. En klient

som exempelvis missbrukat cannabis för att tända av från andra droger befinner sig i en annan del av processen jämfört med en klient som inte har använt cannabis på några veckor och därmed är mitt i avvänjningsprocessen. Det handlar inte bara om att förstå var klienten befinner sig och att utforska mål, utan man behöver först förstå vilken grad av cannabismissbruk som klienten har så att man kan anpassa samtalsupplägg och innehåll till personens förmågor.

En risk som kan uppstå när klienten fortfarande är under avvänjning är att klienten vill öka tempot för snabbt. Behandlaren roll blir att stödja klienten att ta det lugnare och långsammare.

Efter det hade gått tre veckor [utan cannabis] så hade han börjat må bättre. Men det är inte ur kroppen. Och [...] nu ska han börja planera och göra allt det där som han har missat i alla år. Och då vet jag att då är risken rätt stor att du trillar dit igen. Så där är jag väldigt konkret och [...] då säger jag till honom att; Jättebra idé alltihop det här, men du ska veta att såhär funkade du just nu [...] Ta inte bort de här idéerna och det är jättebra att du sköter om dig fysiskt och försöker sova [...]. Men ha inte för mycket planer. Lugna ner tempot. (05, ref 1).

Behandlaren försöker hjälpa klienten att anpassa livet och de mål som klienten har till sina aktuella förmågor *för närvarande*. Med andra ord kan det under avvänjningen fortfarande komma negativa psykologiska effekter och klienten är inte redo att köra igång med livet. Det är bättre att vänta lite tills man har fått hjärnan och andra sociopsykologiska faktorer mer i balans.

Att få klienten att uppfatta sitt beroende

En särskild del i det förberedande arbetet är att få klienten att förstå att hon eller han är beroende av cannabis, när så är fallet. Det är vanligt att många klienter inte inser att de har ett beroendeproblem. Till viss del beror detta på den smygande effekten av cannabis och den långsamma utsöndringen; klienter inser inte vilken effekt drogen har haft på dem men tror inte heller att de är beroende på grund av att de kan hålla upp i en vecka. Den onda cirkeln som kan skapas mellan det akuta och det kroniska ruset bidrar också till att man inte uppfattar sitt eget beroende; man känner sig normal igen när man röker och sedan återkommer segheten. Det blir ett hinder till i förberedelserna inför avvänjningen om man inte riktigt är med på att man har ett problem.

Förhållningssättet här är förutom alliansbildningen både det edukativa och det motiverande arbetet. Med det edukativa förklarar behandlaren drogens effekter, så som den långsamma utsöndringen och den

onda cirkeln. Sådana informationsinslag erbjuder fler möjligheter till igenkänning och kan göra klienten mer mottaglig när man kan använda andra klienters berättelser. Det motiverande arbetet innefattar att belysa den smygande effekten genom att jämföra med planer som inte har blivit av eller att använda beteendeperiment där klienten testat att hålla upp i 14 dagar.

Att läsa av när någon är redo för avvänjning eller HAP

Processen att lämna den förberedande fasen och börja med avvänjning behöver göras med omsorg och inte skyndas på. Det innebär att behandlaren måste vara skicklig på att läsa av när någon är redo för avvänjningen eller Hasch Avvänjnings Programmet (HAP). De flesta behandlare berättade att de inte använde HAP som renodlat program utan att de tar del av dess tanke- och förhållningssätt (se nästa tema "Att ta del av HAP"). Det ovan sagda innebär att behandlare har två saker att läsa av: när någon är redo för avvänjning och om HAP eller en mindre strukturerad avvänjning med inslag av HAP är mer lämplig.

Den allmänna uppfattningen bland behandlarna är att klienten själv måste vilja sluta och behandlarens roll är att vägleda utan att pusha för mycket. Klienten kommer gradvis fram till ett ställningstagande kring HAP och avvänjning. Det finns tre steg i att läsa av när klienten är redo för avvänjning. Det första steget handlar om att ta reda på om klienten endast använder cannabis eller en blandning av droger. I det senare fallet gäller inte en cannabisavvänjning à la HAP på samma sätt. Avvänjningen för någon som bara använder cannabis följer ett visst mönster och detta mönster blir inte detsamma där klienten brukar en blandning av andra droger vid sidan om. Det andra steget i processen är att fundera på om det kan finnas psykiska funktionshinder eller psykologiska problem i bakgrunden. I synnerhet med HAP behöver en klient klara av att följa logiska resonemang, arbeta konkret med sina kognitiva förmågor och reflektera över sig själv. För en person med psykiska funktionsnedsättningar är ett strukturerat psykoedukativt program som HAP svårt att genomföra. Ett tredje steg i processen är att bedöma klientens sociala sammanhang och om det föreligger basala förutsättningar för att kunna lyckas. Om en klient exempelvis är bostadslös och har ekonomiska besvär är det inte läge att börja med avvänjningen. Det är också viktigt att ha anhörigperspektivet i fokus i detta steg. Behandlaren utforskar tillsammans med klienten vem som ska vara ett stöd i processen och vem som kan vara ett hinder. Nära anhöriga behöver också förstå vad avvänjningen innebär för klienten, exempelvis vad som kan hända känslor

mässigt, och hur de anhöriga bäst kan stödja klienten.

När en klient inte är redo för avvänjning uttryckte några behandlare att det kan vara svårt "att våga vänta". Man kan tänka tillbaka på den grundläggande idén att behandlare är förmedlare av hopp men också av tålmod. Behandlaren ska inte pressa eller stressa klienter att börja en avvänjning innan de är färdiga för det eller inte har rätt förutsättningar att lyckas. Å andra sidan skulle det utifrån kunna verka illa att en klient, som kommer till en behandlingsenhet, fortsätter använda cannabis dagligen. Men om det finns ett förberedande arbete på gång med väl utforskade mål, då verkar det bättre att vägledas av klienten i att genomföra detta förberedande arbete med omsorg. Det kan innebära att en klient får informationen om hur avvänjningen går till och bestämmer sig för att ta itu med andra saker i sitt liv först för att förbereda sig inför ett mer lyckat försök. Behandlarens roll blir att "våga vänta" och stödja klienten genom att utforska och skapa rätta förutsättningar för att lyckas med avvänjningen. Det blir ett ytterligare led i bedömningen av om klienten är redo för avvänjningen där man diskuterar vilka faktiska steg klienten har tagit för att skapa rätt förutsättningar, exempelvis om klienten har talat om för missbrukande vänner att de inte kommer att vara med längre i missbrukande sammanhang.

Behandlaren kan också inta en motiverande roll gentemot klienter som inte är redo, och diskutera det negativa med drogen. Det är värt att poängtera att man behöver hålla diskussionen på en sakkunnig nivå och undvika moraliserande argument. Behandlare kan till och med inta en bromsande eller ifrågasättande roll där dialogen med klienten kretsar kring att hjälpa klienten att hitta sitt eget sätt inom sin egen tid. En svår balans i den motiverande rollen som några behandlare tog upp handlade om att uppmuntra utan att pusha klienten. Ett sätt att göra detta på är genom att skifta fokus från "att sluta" till "att testa att sluta", där klienten får bestämma själv efter "testet" om hon eller han vill sluta.

Du kan inte sitta här och säga att du aldrig mer ska röka. Självklart. Om du har rökt i tio år och haft den bästa kompisens jointen, så kan du inte säga att du aldrig mer ska röka. Men vad du kan göra, ge det en chans. Gå igenom detta, sex, sju veckor, träffa mig två gånger i veckan. Och då lovar jag dig, säger jag, att du kommer tänka annorlunda om sex, sju veckor. Och sen kan du fatta beslut om hur du vill göra resten av livet. Om du vill fortsätta röka eller inte, men då kan du fatta det beslutet där. Och då förmedlar man ju hopp. Sex, sju veckor. Jag kanske kan klara det då. (02, ref 1)

Betoningen är på "ge det [HAP] en chans" och att det

är klientens val att efteråt besluta själv om huruvida hon eller han vill sluta använda cannabis. Att skifta fokus till att testa avvänjningen blir också mer här- och-nu och mer hanterbart för klienten. Behandlaren i citatet lyfter också att detta förhållningssätt blir mer hoppgivande genom att processen paketeras som någonting som klienten klarar av. En annan del i att inge hopp är löftet om att klienten kommer att känna och tänka annorlunda efteråt, vilket bidrar till att öka trovärdigheten i metoden. Man kan betrakta detta som en faktor som stärker tilltron till behandlaren och metoden.

Den generella tanken med cannabisavvänjning, enligt behandlarna, är att det inte går att trappa ner ett cannabissmissbruk, att exempelvis röka på helger är ingen avvänjning. Det finns dock de klienter som inte vill ha en avvänjning och som i stället vill uppnå ett kontrollerat missbruk. Att HAP är ett strukturerat åttaveckorsprogram där man fullständigt avstår från cannabis innebär att det inte är lämpligt för sådana klienter. Det är viktigt att man behåller dessa klienter i behandling och att man kan möta dem där de är. Det kan innebära en svårighet för den oerfarna behandlaren att bedöma om behandlingen går i rätt riktning. I citatet nedan nämner behandlaren att det har blivit mer tydligt när det är lämpligt att använda HAP och när man ska använda någonting annat.

*Det har blivit mer och mer tydligt. Att okay, du är motive-
rad, du känner att du vill lägga ner, då kan vi köra. Men
är de där: nja, jag vill kunna röka någon gång då och då,
feströka eller så, på helger eller sådär. Då går jag inte in
och säger att nu kör vi haschprogrammet. Det är dömt
att misslyckas. (04, ref 3)*

I sådana situationer intar behandlaren den motive-
rande rollen att hjälpa klienter att utforska mål och
närma sig dem. Några behandlare uttryckte att det
kan vara mycket fram-och-tillbaka och att klienter kan
ha väldigt motstridiga känslor kring att sluta med can-
nabis. Dessa tankar och känslor behöver bearbetas
med omsorg genom att man sätter ord på känslorna
och pratar om ambivalenta tankar.

Att ta del av HAP

Hasch Avvänjnings Programmet (HAP) utgör ett struk-
turerat program med en tydlig metod. Det togs upp
i förra avsnittet att många behandlare uttryckte att
de inte använder en renodlad version av program-
met utan att man tar del på olika sätt av kunskapen
och metoden i programmet. Detta tema – Att ta del
av HAP – handlar om hur HAP har anpassats till en öp-

penvårdsmottagning och är inte tänkt som en bedöm-
ning eller redovisning av HAP.⁵

Behandlarna berättade att de använder grund-
strukturen i HAP men framhöll att man behöver vara
flexibel i hur man genomför programmet för att göra
klienten engagerad i behandlingsprocessen. För några
behandlare handlar det om att anpassa innehållet till
klienten, för att engagera klienten.

*Det [HAP] är en bra struktur faktiskt tycker jag. Fast jag
tycker att man måste mixa den, det går inte bara att läsa
haschprogrammanual och ställa frågor och få ett svar.
Jag tycker att det blir långtråkigt, utan det ska vara roligt
för klienten också. (08, ref 4)*

För andra behandlare verkade det mer handla om att
tillämpa inslag från programmet i en vanlig samtals-
kontakt.

*Den kombination som är i HAP. Det är både kunskaps-
förmedling och repetition och att man gör det väldigt
konkret, att man kan hjälpa till att förutse framtiden lite
grann, det här kommer att hända, den tryggheten, **även
om man inte gör precis det programmet** är inslagen
är väldigt användbara. Cannabis skiljer sig från andra
droger. (01, ref 1, fet kursiv tillades)*

I citatet pekar behandlaren ut just vilka inslag av HAP
som är användbara i de fall då man inte genomför
en renodlad version av programmet. De huvudinslag
som behandlarna tog upp var: kunskapsförmedling,
repetition och att man arbetar konkret, att hjälpa kli-
enten förutse och förstå vad som pågår i kroppen och
hjärnan, och att uppmärksamma förändringar. Kun-
skapsförmedlingen handlar om att förklara de psy-
kologiska effekterna för klienten, utsöndring av THC
med mera. Här kan man hänvisa tillbaka till grundläg-
gande kunskaper om cannabis. Det blir också viktigt
att fånga klientens intresse i dessa ämnen genom ex-
empelvis användning av andra klienters berättelser.
På grund av effekten av cannabis blir repetition och
avstämning en viktig pedagogisk metod att använda
med klienten. Avvänjningsprocessen har ett särskilt
förlopp som de flesta klienter går igenom och ett in-
slag från HAP som många behandlare tyckte var bra
var att förbereda klienterna på vad som kommer att
hända men också stödja dem när det är som svårast.
Exempelvis finns det en graf som visar utsöndringen
av THC:et i kroppen och som visar ångestnivåerna
över åtta veckor, där ångestkurvan går upp medan
THC:et går ner. Ångestkurvan når sin topp mellan en
halv och tre veckor efter att man slutat med cannabis
men går snabbt neråt därefter.

5. Utifrån denna information skulle det gå för någon som är bekant med HAP att göra en implementeringsanalys (det vill säga en analys av hur väl programmet används som det är tänkt), men det är inte målet här.

Och så säger man här då, nu kommer det bli [...] jobbigt här. Denna helgen. Så det är väldigt bra om du har stöd omkring dig, om du kan göra någonting aktivt, hitta på någonting, du kanske kommer få svårt att sova. Men klarar du den helgen så kommer det bli bättre här, då utsöndras det mer långsamt. Så kommer du bara över den toppen. Ångesten börjar gå ner. [...] Så man får peppa folk. Att ta sig igenom abstinensen. (02, ref 2)

Idén är att med lite förståelse för vad som kommer att hända och med behandlaren som guide och stöd genom den svåra delen av processen kan klienten klara av det. Behandlaren roll är både att vara guide och stå för kunskapsförmedling men också att vara coach med "peppsamtal" och att hålla motivationen uppe när det känns som svårast. Kan klienten hålla ut just de veckorna har de uppnått mycket, eftersom det är där de först möter ångest- eller andra känslor. Det är ett viktigt steg i att öva på sin uthållighet och behandlaren får påpeka att känslorna är naturliga, för att normalisera, bekräfta att klienten kämpar på bra men också att det kommer att gå över. Det sista huvudinslaget i HAP som behandlarna tyckte var användbart var att få klienten att uppmärksamma förändringarna som kommer när THC:et går ur kroppen.

Man pratar mycket om vad som händer, om de märker några förändringar. Och då beskriver jag ofta att de hamnar i en glaskupa, de får ett väldigt tunnelseende, och efter ett tag så känner de att det här vidgas, de märker att minnet blir bättre och föräldrar kanske märker att du är annorlunda och det går att prata med dig och sådär. (04, ref 1)

Tanken är att även om klienter rent intellektuellt kan känna till den psykologiska påverkan av cannabis så behöver de ofta ha påpekat för sig de psykologiska förbättringar som kommer som följd av avvänjningen. Det är ofta små förändringar så som att man begriper långa resonemang bättre, man är med i konversationer, närminnet är bättre och så vidare. Att påpeka dessa små förändringar hjälper klienten att göra kopplingen mellan sina psykologiska funktioner och effekten av drogen, vilket kan motivera till fortsatt avhållsamhet. En del i detta arbete blir också att hjälpa klienten att träna upp dessa kognitiva funktioner genom samtal. Ett sätt att hjälpa klienten att uppmärksamma psykologiska förändringar på är genom strukturerade uppföljningar både i behandlingsrummet och hemma i form av hemuppgifter.

En del förändringar måste ha skett och det är bara du som förstår. Man måste jämföra hela tiden. Om man inte ser den här jämförelsen så blir det ingenting. De vet inte om det är bra eller inte bra. Så det är mycket hemuppgifter som de brukar få faktiskt. (08, ref 6)

Till sist nämnde några behandlare att användandet av HAP på mottagningarna befinner sig i ett förändringskede, där kompetenser i HAP ska utvecklas för att bli mer jämna mellan behandlarna. När studiens fältarbete gjordes (det vill säga perioden hösten 2012–sommaren 2013) skiljde det sig mycket åt i fråga om användning av HAP, både gällande redogörelser av egen användning av programmet och uppfattningar om andra behandlares användning.

Att hålla klienten kvar efter avvänjningen/HAP

Det fanns en tanke bland behandlarna att även om HAP (eller en HAP-likande process) var bra vid avvänjning, så behövs det mer stöd och samtal efteråt för att klienten ska undvika återfall och kunna ta sig vidare i livet. Enligt den övergripande bilden av metoden (avsnitt 3.1) kan man anse att behandlaren behöver påbörja den tredje fasen i behandlingsprocessen, nämligen återskapande eller upprätthållande av ett drogfritt liv. Här återgår man till en vanlig samtalskontakt som en slags efterbehandling där fokus är att stabilisera klienten, bibehålla avhållsamhet, prata om återfallsrisker och utforska det önskevärda livet.

Risken för återfall ansågs fortfarande vara stort även några månader efter avvänjningen. Det kan komma en period efter avvänjningen där klienten inte riktigt är stadig och bekväm i sitt nya liv utan cannabis och kan behöver stöd för att komma igenom denna "riskabla plåtå". Om man har avslutat behandlingen för snabbt kan klienten hamna i denna fas utan stöd.

Det är en sak att lägga av och så har man då ett nätverk kring sig. Så säger alla åh vad duktig, åh vad bra. Men så kommer det en period när det blir ganska dött. Man har tagit sig en bit, men så kommer sorgen, och så kommer ett dåligt mående, kanske en depression, postakut abstinens. Alltså du mär inte så jätbra helt enkelt. Och faktiskt också förstå att en del av processen, nu är det kanske två eller tre månader tillbaka i tiden som jag slutade med missbruket. Men att nu kommer det en hel del andra saker bakifrån som man ska ta hand om. (09, ref 1)

Citatet tar upp vikten av att få cannabisklienter att stanna lite längre på grund av att när denna riskabla fas kommer då man kan falla tillbaka. Behandlaren roll i denna fas är att normalisera processen för klienten (det vill säga att det är väntat) men också att stödja klienten i att ta itu med antingen befintliga problem och/eller hur man bygger upp ett liv utan cannabis (se det sista temat i detta avsnitt).

Att få in glädje

Några behandlare tog upp vikten av att få in glädjen i behandlingsrummet och att det är ett tecken på att klienten har nått en viktig vändpunkt.

Det säger någonting om hur drogfri man är, på vilket sätt man skrattar och hur snabbt man är på att skratta, sedan är det bra om man lyckas skratta ihop. Då har man mötts. [...] Med cannabis har de haft en hel del fnitter, sedan tappar de det för att det inte är så roligt [...] Finns det någonting som du tycker var roligt? Nu eller innan du rökte? Finns det någon glädje någonstans? Det blir en slags hoppfullhet också. Man kan försöka hitta någonting som man kan skratta åt ihop. Klienten blir både avslappnad och uppfylld av att skratta. Med cannabis kan det bli lite tungt ibland. [...] Det är flera delar som måste fungera för att förstå att det är skämt. (01, ref 1)

Citatet tar upp att klienter med cannabissmissbruk kan ha tappat det roliga och glädjen, vilket till stor del kan bero på drogens smygande effekt på en person med ett tungt missbruk. Behandlaren nämner att det krävs flera psykologiska processer för att fatta ett skämt och det blir ett tecken på att kognitiva funktioner så som gestaltsningsförmågan har kommit igång. Att fatta skämt blir även ett sätt att träna upp sådana psykologiska processer genom att skratta och titta på skämt tillsammans. Att få in glädje i behandlingen anses också som ett tecken på att relationen med behandlaren har nått en viss punkt men också att klientens självuppfattning har förändrats väsentligt, det vill säga att klienten kan se sig själv utifrån. Från behandlaren sida blir det både ett medvetet utforskande av glädje, exempelvis vilket glädje fanns innan cannabissmissbruket och vilket glädje finns nu, vilket blir en del av återuppbyggnaden av livet utan cannabis.

Återuppbyggnad av en identitet utan cannabis

Under det allmänna förhållningssättet fanns temat "Att återskapa ett drogfritt liv". Temat som presenteras här under de cannabisspecifika förhållningssätten kan ses som en komplettering till det allmänna temat "Att återskapa livet", med innehåll som är unikt för cannabisklienter.

På grund av den unika psykiska påverkan som cannabis har kan en klient med ett långvarigt bruk uppleva särskilda förändringar när de blir drogfria, exempelvis att kognitiva förmågor kommer igång, att känslorna börjar märkas. Dessa förändringar kan upplevas både positiva och negativa och detta beror till viss del på individen, när de började missbruka cannabis, vilket socialt sammanhang de befinner sig i nu, vilket stödnätverk de har kring sig med mera.

Det är allt ifrån de här sociala koderna till hur hanterar man känslor. Man är inte van att göra det. Och speciellt med cannabis då, när man inte haft någon kognitiv förmåga på evigheter, så helt plötsligt börjar man få tillgång till de här förmågorna då. Och hur sorterar man i allt nytt som man måste lära sig. (04, ref 1)

Behandlaren nämner i citatet ovan att det återskapande arbetet omfattar väldigt mycket och tar upp hantering av sociala koder så väl som klientens egna känslor. En person som började använda cannabis under tonårsperioden kan ha missat den vanliga mognadsprocessen där man skaffar sig en vuxenidentitet och lär sig vilka spelregler som gäller i vuxenlivet. En del av det återuppbyggande arbetet kan vara att hjälpa klienten att komma ikapp i denna mognadsprocess. Det kan också vara så att jämnåriga vänners liv har utvecklats vidare medan klientens liv verkar har stannat av under den tid som hon eller han missbrukade, något som kan väcka negativa känslor. Klientens identitet som vuxen kan bli något av ett oskrivet blad och det behövs en hel del självförtroende, självtillit och inte minst rätt stöd för att börja skapa den nya identiteten. Således kan stödet från behandlaren bestå i diskussioner kring hur klienten känner inför nya utmaningar, för att exempelvis stärka självtilliten. Stödet kan också vara ett utforska vilka andra stödpersoner som finns i klientens nätverk.

Några behandlare tog upp att cannabis och cannabiskultur kan ha varit en stor del av en persons identitet. Dessa delar av identiteten kan behöva diskuteras och ibland kan ett nytt sätt att förhålla sig till den gamla identiteten behöva skapas.

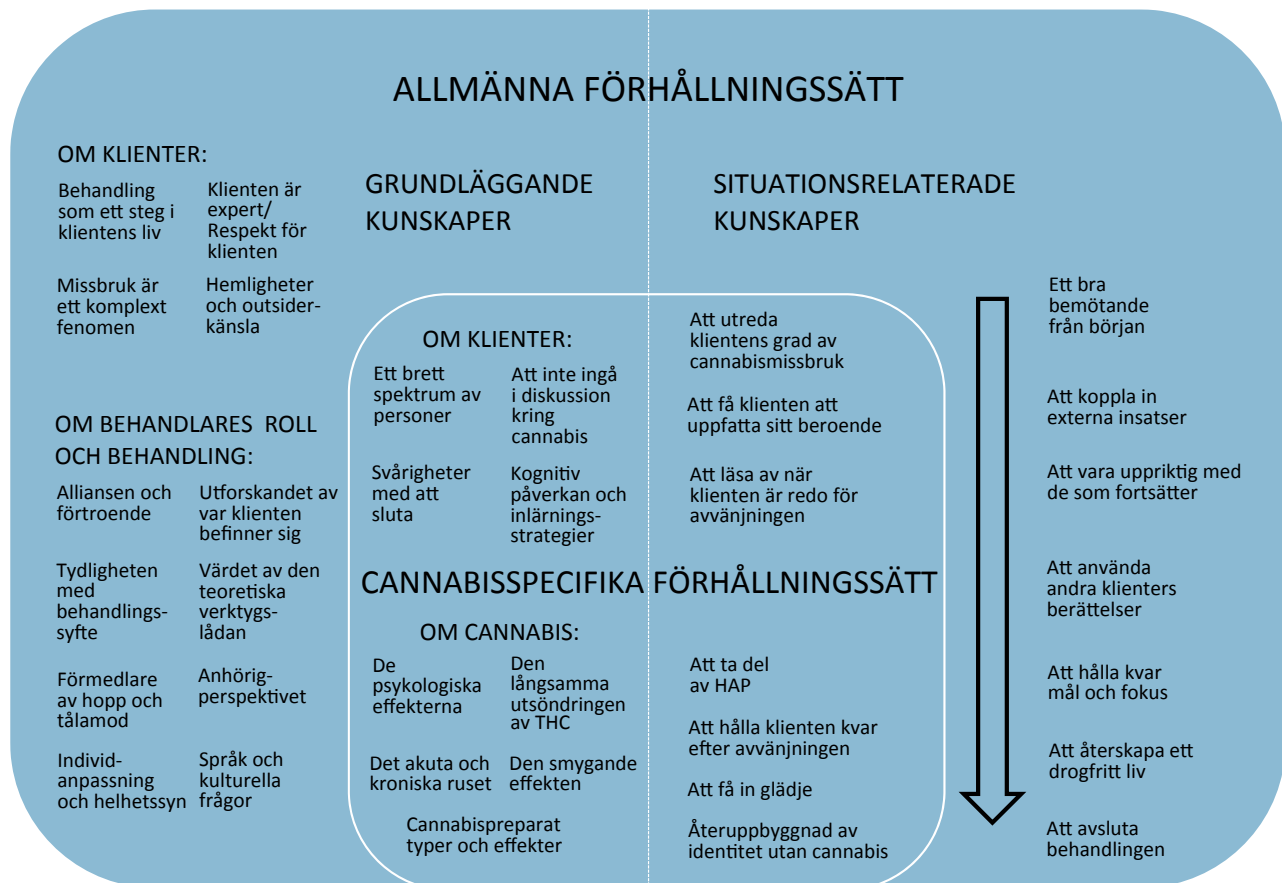
För hans del handlar det mycket nu om identitet. Vem är jag utan rök? För han menar att rökad har påverkat hans stil, kläder. Eller han kopplar samman dem. Musik, filmer och sådant där. Mycket är väldigt tajt sammankopplat med cannabiserökningen. Men så pratade vi om det också, för han hade någon tanke om att om jag nu slutar med cannabis, ska jag då sluta klä mig såhär då också? Då pratade vi just om hans intresse för kläder, borde det vara kvar fast han lägger av med rök? Men han kom runt det där. Det är klart att jag kan för det är jag. (09, ref 1)

Citaten visar hur aspekter av identiteten kan vara sammankopplade med cannabis. Genom diskussioner kan klienten skapa en ny uppfattning om vad dessa delar av identiteten kan betyda, vilka delar som hon eller han ska lämnas bakom sig, vilka som ska finnas kvar och hur en önskevärd identitet och ett nytt liv kan formas. På detta sätt stärker klienten sin drogfria identitet och kommer närmare ett jag som inte är nedtyngt av cannabis.

Sammanfattning av det implicita förhållningssättet

De teman som presenterats ovan, både de allmänna och de cannabisspecifika, sammanfattas grafiskt i figur 10. Varje tema utgör en artikulering av implicit kunskap om förhållningsätt, med andra ord ett uttryck för "huret". Det är dock helheten och samspelet mellan temana som bildar förhållningssättet. ●

Figur 10 – Teman i det implicita förhållningssättet.



4. Begränsningar och tillämpningar

Målet med denna rapport var att ta fram en detaljerad beskrivning av metoden för behandling av personer med cannabismissbruk, så som den tillämpas i Behandlingsgruppen. Beskrivningen skulle vara både övergripande men också belysa det implicita förhållningssättet i behandlingsmetoden. Syftet var att beskrivningen skulle vara både kunskapshöjande och en plattform för utveckling för Behandlingsgruppens personal men också kunskapshöjande för andra utanför enheten, både nybörjare och erfarna behandlare. Detta avsnitt ska visa på hur Behandlingsgruppens personal – som primär målgrupp – kan använda rapporten. Förslag på hur resultaten kan användas är rekommendationer som personalen kan överväga och diskutera. I sådana diskussioner är det också bra att ha i åtanke några av resultatens begränsningar.

4.1 Resultatens begränsningar

Det finns fem huvudbegränsningar med resultaten:

- att lita på berättandet som undersökningsmetod och risken för ett idealiserat kunskapsskapande
- att en artikulering av metoden och inte en implementeringsanalys av metoden var det som krävdes
- att fokusera på de mest erfarna behandlarna
- risk för underrepresentation av Nordost-mottagningen
- en statisk bild av behandlingssammanhanget och bilden kommer endast från behandlarna

Kunskaperna om metoden och förhållningssättet är huvudsakligen intervjubaserade. Berättandet om hur man jobbar, både i de enskilda intervjuerna och i diskussionerna på de två workshoparna, är ett värdefullt sätt att komma åt den implicita kunskapen som finns i

behandlarnas huvuden. Särskilt i intervjuerna fick behandlarna resonera och reflektera mycket kring ”hure” i arbetssättet och uttrycka delvis nya kunskaper och delvis gruppens tolkning av cannabisbehandling, vilket genom analysen blev en ny artikulering av metoden. Reflektioner och kunskaper bygger dock till viss del på en idealiserad bild av behandlingen där man eventuellt har mer fokus på hur man vill att saker och ting ska vara. Det kan förekomma små skillnader mellan hur behandlingen ser ut i verkligheten och hur det beskrivs i berättarform. Ett sätt att minska dessa skillnader – mellan berättande och praktik – var att de enskilda intervjuerna hade fokus på negativa situationer så som fall där man kände att man misslyckades, där klienter inte ville sluta missbruka, där klienter hade återfall och så vidare. På så sätt tar man fram kunskaper om negativa situationer för att ge balans till en eventuell idealiserad bild.

Det är viktigt att beskrivningen av metoden ger en bild av behandlingen som den är tänkt att fungera, vilket till viss del innebär att en berättande, idealiserad forskningsmetodologisk form valdes. En eventuell följd av detta är dock att studien inte har undersökt hur väl metoden används i praktiken, som det är tänkt. Pawson (2013) skriver om att det är omöjligt att forska på varenda detalj i en samhällsbaserad insats och att man som forskare måste ha *tillit* till vissa delar av insatsen som man studerar. Knepet är att rikta forskningsfokus på den delen av insatsens ”kedja” som förmodligen är den svagaste. I denna studie har jag styrts av det syfte som behandlarna uttryckte i början; att kunskapen fanns hos dem i deras praktik men att det behövde belysas, tillvaratas och uttryckas i en tydlig struktur. På så sätt ansåg jag att behandlarnas kunskaper speglade en redan väl implementerad praktik och att användning av de egna implicita kunskaperna var en ganska stark länk i ”kedjan”; en im-

plementeringsanalys av denna praktik behövdes inte. Den svagaste länken var artikuleringen av denna kunskap vilket skulle fungera som ett tillvaratagande av kunskapen och en plattform för utveckling.

Källan till denna studie var behandlarnas erfarenhetsbaserade kunskap som står som en självständig kunskap i förhållande till klienternas kunskap och effektutvärderingar. Studien gjorde dock inga förhandsbedömningar om behandlarnas kunskapsnivåer; det togs för givet att de hade lång erfarenhet och mycket kunskap. Eftersom den typen av kunskap som studien skulle ta fram ansågs vara ny går det inte i förväg att bedöma om behandlarna hade den nya kunskap som studien sökte. Under studiens gång upptäcktes olika erfarenheter bland behandlarna och i synnerhet olika erfarenheter av klienter med cannabissmissbruk. Det fanns en risk att resultaten skulle bygga på olika och ojämna erfarenheter. För att hantera detta använde sig analysen av både tematisk analys – de teman som fanns i behandlares berättelser om metoden – men också analys av betydelse/relevans (saliency analysis) där enskilda uttryck som verkade vara av stor betydelse eller relevans för forskningsfrågan fick fokus. På så sätt påverkades resultaten mer av de behandlare som hade mer erfarenhet av klienter med cannabissmissbruk.

Studien har för avsikt att betrakta Behandlingsgruppen som helhet såväl som på mottagningsnivå. Endast tre av nio behandlare från Nordost-mottagningen var med i intervjustudien. Det är därför svårt att uttala sig om Nordost-mottagningen. Det finns också en liten risk att avsnittet om behandlingssammanhanget inte avspeglar situationen på den mottagningen, även om information från tre djupintervjuer borde ge en relativt bra bild.

Avsnittet om behandlingssammanhang ger också en bild som i huvudsak bygger på situationen så som den såg ut hösten 2012. Medan några delar av sammanhanget så som behandlarna, arbetsrelationer och organisation för det mesta utgör stabila kontexter, finns det andra delar som förändras i snabbare takt, så som samverkansrelationer. Där det är relevant har tidsbegränsade eller tidsrelevanta resultat noterats. Vid återkoppling från referensgruppen på ett utkast av denna rapport gav några nya bilder av situationen våren 2014. Bilden av sammanhanget baseras också endast på behandlarnas åsikter och erfarenheter. Detta var ett medvetet val där behandlarna står i centrum för skapandet och genomförandet av metoden. Det är därför behandlarnas upplevda sammanhang som har undersöks. En följd av detta är att andra perspektiv på sammanhanget, exempelvis från cheferna eller samverkanspartners, inte finns med.

4.2 Tillämpningar av resultaten

På en övergripande nivå bidrar den här rapporten till kunskap om öppenvårdsbehandling i praktiken för personer med cannabissmissbruk. I synnerhet har rapporten betydelse för en djupare förståelse av behandlares implicita vetande och deras erfarenhetsbaserade kunskap. Huvuddelen av denna rapport är en detaljerad beskrivning av metoden och det implicita förhållningssättet. Till stor del är denna beskrivning en redogörelse av den kunskap (och förhoppningsvis den praktik) som finns. Kunskapen finns dock hos enskilda behandlare och man kan förvänta sig att det finns en hel del i rapporten som bekräftar hur en enskild behandlare arbetar med klienter med cannabissmissbruk men också att det kan finnas någonting nytt i rapporten för de flesta behandlare. För att en behandlare ska kunna uppfatta om det finns en bekräftelse och/eller nya kunskaper kring metod och förhållningssätt så måste hon eller han sätta sig in i rapporten. För att skapa rätt förutsättningar för detta krävs tid och eventuellt bra strukturer så som möjligheten att diskutera och reflektera över rapportens betydelse. Rekommendationen är att en långsiktig plan tas fram av Social resursförvaltningen med olika typer av aktiviteter, så som spridningsseminarier och forskningscirklar, för att skapa dessa goda strukturer för användning av resultaten. Stöd från FoU i Väst/GR skulle kunna ges både i framtagandet av planen och vid genomförande av aktiviteter som forskningscirklar. Planen bör göras i samband med (eller anses som en del i) Behandlingsgruppens eget utvecklingsarbete. Redan under två halvdagar i maj/juni 2014 genomfördes en spridnings- och utvecklingsworkshop för Behandlingsgruppens personal. Workshoparna kan betraktas som en kortsiktig insats för att snabbt främja användning av resultaten. En redovisning av workshoparna finns i bilaga B. Ett av syftena med workshoparna var att diskutera vilka teman i metoden man behöver fokusera på framöver och vilken form detta utvecklingsarbete skulle ta. Huvudresultaten från workshoparna visas i tabell 2 och dessa teman bör finnas i den långsiktiga planen.

Tabell 2 – Resultat från spridningsworkshopar

Temat	Form för utvecklingsarbetet
Att återskapa ett drogfritt liv/en drogfri identitet, och hur man koppla in andra för att stödja denna process	i) Temadag på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) Studiecirkel kring häfte med klienternas berättelser
Anhörigperspektivet, särskilt när tar man in familjen, och var samverkansansvar ligger.	i) Temadag på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) Jobbskuggning iii) Studiebesök på mottagningar iv) Ledningsgruppen tydliggör var samverkansansvaret ligger
Psykologiska effekter av cannabis, och anpassning och användning av HAP	i) Jobbskuggning ii) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens iii) Studiecirkel kring häfte med klienternas berättelser
Att hålla kvar klienten efter avvänjningen, och att avsluta behandling	i) Jobbskuggning ii) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens iii) I studiecirkeln kring häfte med klienternas berättelser
Processer för att matcha klientens behov med behandlaren	i) Ledningsgrupp ansvarar för denna fråga ii) Diskutera vidare på befintliga forum
Att hela tiden varva mellan teman och reflektera tillsammans med klienten med användning av temana (som beskrevs i rapporten).	i) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) I studiecirkeln kring häfte med klienternas berättelser

Uppdragsgivaren till studien var Kunskapskällar'n. De har en informations- och utbildningsroll gentemot bland annat de som arbetar med vård och behandling inom missbruksområdet. Just när det gäller hur Behandlingsgruppen ska använda resultaten av denna rapport kan det finnas en viktig roll för Kunskapskällar'n att spela. Det rekommenderas att diskussioner förs på Kunskapskällar'n och vid behov i dialog med FoU i Väst/GR om vilket roll Kunskapskällar'n kan ha för att stödja och främja användningen av resultaten och vilket stöd som kan behövas från FoU i Väst/GR.

Denna rapport tar fram en övergripande bild av behandlingsteorin (avsnitt 3.1). Tidigare fanns det inget formellt nedskrivet om hur behandlingen ser ut för klienter med cannabismissbruk, vare sig för personal eller för klienter. Det finns nu en broschyr för Behandlingsgruppen som helhet, där insatser nämns. Det skulle kunna finnas en stor fördel i att Behandlingsgruppen tar över ägarskapet för den övergripande behandlingsteori som beskrivits i den här rapporten. Ägarskapet skulle kunna göras på två sätt. Det första är genom att integrera teorin i befintlig metoddokumentation som personalen använder. På så sätt blir den övergripande bilden en referenspunkt som in-

förlivas i Behandlingsgruppens egna råd och riktlinjer. Som referenspunkt kan man också hänvisa personal till denna rapport, för de som vill fördjupa sig i "huret" i metoden. Det andra sättet är att använda den övergripande bilden för att ta fram en broschyr och även information på webben om behandling vid cannabismissbruk.

Under avsnittet om Behandlingssammanhanget (avsnitt 3.2.1) identifierades några risker eller frågor som behöver diskuteras eller vidare undersökas av ledningsgruppen i dialog med behandlarna. Dessa var:

- Det finns olika kompetenser bland behandlarna och därför är det svårt att ha fasta regler eller kriterier för vilka klienter som kan tas emot på mottagningarna.
- Detta innebär en risk för att den behandling som erbjuds till en klient i vissa fall kan vara mer anpassad efter behandlarens kompetens istället för klientens behov (om behandlaren inte hänvisar klienten vidare till en annan behandlare).
- Det finns ett behov av bättre kunskapsutbyte mellan behandlare (utifrån enskilda behov, inte nödvändigtvis på mottagningsnivå). Det fanns

också ett behov av metodutveckling för att skapa bättre förutsättningar för att Behandlingsgruppen som helhet ska kunna erbjuda samma hjälp och stöd.

- Mottagningarna gör lite olika när det gäller planeringsdagar och handledning. Man bör fundera över när detta är en styrka och när det bidrar till ett ojämnt utbud.
- Sammansättningen av mottagningsteamerna och hur fördelningen av nya ärenden hanteras har en viktig funktion för att man ska kunna erbjuda rätt hjälp och stöd. Frågan är hur man organiserar sig för att säkerställa att fördelningen av nya ärenden görs på bästa sätt och att teamen uppnår och bibehåller en god sammansättning?
- Den bärande delen i kvalitetssäkringen av behandlingsarbetet blir verksamhetens kontinuitet och stabilitet och tillhörighet till Social resursförvaltning. Det kan vara viktigt att betona denna underförstådda poäng i olika sammanhang.
- Det fanns önskemål om förbättrad (hösten 2012) dialog mellan behandlarna och cheferna så att behandlarna kan vara delaktiga i beslutsprocessen kring arbetssätt, utbildning och förändringsplaner. En bättre förankring av uppföljningssystem önskades också och att personalen kan se och använda resultaten av uppföljningar.
- Samverkansrelationer behöver goda strukturer som man arbetar med kontinuerligt. Det fanns ett behov av ett förtydligande av vad för typ av samverkansskapande aktiviteter som behandlarna förväntades att göra och vilka cheferna tar ansvar för. ●

Referenser

- Berglund, M., Thealander, S., & Jonsson, E. (Eds.). (2003). *Treating alcohol and drug abuse: an evidence based review*. Viernheim: Wiley-VCH.
- Bergmark, A., Bergmark, Å., & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Buetow, S. (2010). Thematic analysis and its reconceptualization as 'saliency analysis'. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 123-125.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Forkby, T., Olausson, S., & Turner, R. (2013). Cannabisanvändning bland ungdomar. En sammanställning av forskning för en kunskapsbaserad prevention (Vol. 1). Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Haglund, S., & Wall, C. (2014). Återfallspreventiva samtal: En anpassad metod i missbruksbehandling. Göteborg: Göteborgs Stad, Social resursförvaltning.
- Harré, R., & Secord, P. F. (1973). *The explanation of social behaviour*. Littlefield: Adams.
- Lundkvist, T., & Ericsson, D. (1998). *Vägen ut ur haschmissbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- 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., & 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.
- Pressman, J., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley University of California Press.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach, 7th ed*. London: Sage.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed*. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone.
- Skärner, A. (2012). *Cannabis – politik och retorik*. Paper presented at the Regional mobilisering mot cannabis, Göteborg. <http://www.grkom.se/toppmeny/samverkansomraden/grvalfard/nyhetsarkivvalfard/nyhetervalfard/regionalmobiliseringmotcannabisfilmerochdokumentation.5.27eeeb5814155ca726a3d1a.html>
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method, & Research*. London: Sage.
- Socialdepartementet. (2013). *Åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2013*. (S2013/2704/FST). Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thomas, M. L. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201-210.
- Turner, R. (2013). Kunskapsinventering av tidiga interventioner vid cannabisanvändning. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 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 A - Guide för enskilda intervjuer med behandlarna

1. Bakgrunden (Om dig som behandlare):

- a. Kan du berätta om när du först började arbeta med drogmissbrukare?
 - i. När var detta?
- b. Vad var det som lockade dig till detta yrke/arbete?
- c. Hur var det när du fick dina första klienter? Fanns det någonting som slog dig som överaskande eller annorlunda till du hade tänkt innan?
- d. Jag är intresserad av de olika erfarenheter som man kan använda sig av i behandlaren roll:
 - i. Vilka typer av erfarenheter kan man använda sig av?
 - ii. Vad har viktigt för dig?
 - iii. Vad det någonting särskilt i din utbildning som var viktigt?
- e. Och nu har du varit på Behandlingsenheten sedan ... ?

2. Hur jobbar du med cannabisbrukare?

- a. Du har jobbat med drogmissbrukare i ... år. Hur ser du på arbetet nu? När det gäller hur man går till väga, har någonting ändrats i ditt synsätt?
- b. Om du tänker att jag precis har börjat jobba här som nybörjare eller praktikant, vad skulle du förmedla till mig just vad gäller cannabismissbrukare?
 - i. Vad bör jag tänka på?
 - ii. Hur skulle jag gå till väga vad gäller behandlingsprocessen?
 - iii. Finns det några teorier eller tankesätt som jag borde bekanta mig med?
 - iv. Tänk nu att jag hade en klient som jag inte lyckades med, att han fortsatte röka på, vad för råd skulle du ge mig vad gäller behandling?
- c. Kan du komma på några fall där du kände att du lärde mycket om cannabisbehandling? Fall som du reflekterade mycket kring?
 - i. Går det att koppla dessa lärdomar till en särskild approach eller teori som du tycker är användbart?
- d. Skulle du säga att det finns en skillnad mellan klienter som missbrukar olika preparat, tex amfetaminmissbrukare jämfört med cannabismissbrukare?
- e. Hur bestämmer du vilka insatser ska användas med vilka klienter? Kan du beskriva hur processen ser ut?
- f. Tycker du att det går att prata om olika typer av behandling för olika typer av cannabisbrukare? Finns det ett gemensamt mönster som man kan prata om? Eller finns det olika behandlingsvägar för olika klienter?
 - i. Jag är särskilt intresserad av vad fungerar för vem? Varför hjälper behandlingen? Återigen med tanke på olika typer av klienter. Tänk på ett särskilt fall, om det hjälper:
 1. Varför ändrade inte klienten innan behandling?
 2. Vad var det som orsakade förändringen?
- g. I workshopen som vi hade i juni tog vi fram en modell av hur behandlingen såg ut på ett övergripande sätt. Syftet var att hitta en struktur eller beskrivning som mer eller mindre gällde för alla. Jag vill nu lära mig en mer nyanserad version – tänk igen att jag var en ny behandlare som ska jobba med cannabisbrukare
 - i. Hur väl stämmer modellen överens med din individuella praktik?
 - ii. Vad luckor skulle jag som nybörjare behöver jag "fylla på" från egen erfarenhet?
 - iii. Saknas något, i så fall vad, enligt ditt sätt att se? (Är det något som du skulle vilja lägga till?)

h. Kan du ge några exempel på när behandlingen (enligt modellen) inte fungerar? Återigen med tanke på olika typer av klienter, och när tänker du att behandling kan fungera särskilt väl?

3. Om arbetsrelationer och samverkan

- a. Ni är 6/7/9 stycken behandlare som jobbar här. Jobbar ni som ett team hela gruppen, i mindre konstellationer eller var och en för sig? Det kan självfallet vara olika i förhållande till olika ärenden och uppdrag man arbetar med om man fungerar som team eller på annat sätt. Men, kan du berätta lite mer kring detta?
 - i. Vad för typ av saker diskuterar ni som team? Kommer ni till gemensamma beslut? Kring vilka typ av frågor?
 - ii. Vad för typ av olikheter uppstår? Hur hanterar ni dessa? Är det någonting som särskilt är viktig just när det gäller cannabis?
 - iii. Kan ni få kännedom om hur varandra arbetar? Kan du berätta mer?
 - iv. Finns det andra fördelarna med att ingå i ett team? Nackdelar?
- b. Du har varit här sedan ... Hur har teamet utvecklats sedan dess?
 - i. Vad tror du har lett till att detta?
 - ii. ... att relationerna ser ut som de gör?
- i. ii. Om man skulle satsa på att förändring någonting när det gäller hur ni jobbar tillsammans, vilka frågor är viktigaste att lyfta?
- c. Vilka är de externa samverkanspartners vad gäller cannabisbehandling?
- d. Kan du förklara lite mer varför de är viktiga?
 - i. Detta gäller både aktuella och eventuella samverkanspartners. Finns det några partners som inte är aktuella idag och bör vara det?
 - ii. Finns det någon överlapp mellan Behandlingsenheten och Socialtjänstens vuxenenhet? Grynings behandlingshem? Andra?
 - iii. Kan det uppstå svårigheter mellan de involverade aktörerna i förhållande till vem som har vilket ansvar?
- e. Hur ser relationerna med samverkanspartners ut? Vad tänker du har bidragit till att relationerna ser ut som de gör?
 - f. Finns det något som behövs för att förbättra samverkan, vad i så fall?

4. Om behandlingsenheten

- a. Man jobbar här som behandlare på en mottagning som ingår i Behandlingsenheten. Har det alltid varit så att mottagningarna är en del av ett större sammanhang? Hur var det förut?
- b. Kan du berätta hur det var när behandlingsenheten bildades? Vad blev det för förändringar?
- c. Och hur är det nu? Vilken roll tycker du att det spelar att ingå i enheten?
 - i. Vilka är fördelarna med att vara en del av enheten? Vilka är nackdelarna?
 - ii. Jag är intresserad av att balansera individuell terapeutisk frihet med att vara en del av en större enhet. Är det en fråga som du har stött på själv? Hur tycker du kring detta?
- d. Vad för typ av stöd och hjälp man borde ha från ledningen?
 - i. Det skulle vara bra för studien att säga någonting om vad för andra stöd och hjälp behövs. Tycker du att den hjälpen och det stödet ges till det arbete som ni bedriver i er mottagning?
 - ii. Finns det något som skulle kunna förbättras när det gäller stöd från enheten, ledningsfrågor, i så fall vad?
- e. Ni är också en kommunal verksamhet. På vilket sätt märks det när det handlar om styrning eller inflytande som "kommunen" (nämnden och/eller förvaltningen) har över mottagningen?
- f. Vad innebär det att tillhör till kommunen?
- g. Vilka är fördelarna och nackdelarna med denna koppling?

Bilaga B - Redovisning av spridningsworkshoppar

Två workshoppar hölls under maj och juni 2014 för att sprida resultatet av denna rapport. Workshopparna hölls i huvudsak för behandlarna men även chefer för Behandlingsgruppen deltog.

Workshop 1

Det första seminariet tog upp eventuella variationer i metoden som jag identifierade utifrån rapporten. Variationerna ges inte mycket utrymme i rapporten och behövde lyftas tillsammans. Eftersom de var egna intryck utifrån intervjumaterialet går det inte att säga med säkerhet att skillnader finns i praktiken. Idén var att diskutera närmare dessa eventuella variationer och förstå hur de skulle kunna visa sig i den behandling som en klient får. Utgångspunkten var att variationer nödvändigtvis inte innebär att det finns ett problem i praktiken. Snarare var frågan "När blir variationer en styrka och när blir de en svaghet?". Målet var inte att besvara denna fråga utan att använda den för att få behandlarna att både som individer och som grupp resonera kring variationer. Det tänkta utfallet av seminariet var att skapa ett tillfälle för att diskutera de eventuella variationerna, stärka ett skapande av samsyn kring metoden som beskrivs i rapporten och att lära känna varandras arbetssätt.

Tio teman där det kunde finnas variationer valdes ut från rapporten och dessa presenterades i korthet. Dessa var:

- Behandlares utbildning, inriktning, erfarenheter.
- Processer för att matcha klientens behov med behandlarens kunskaper och utbud
- Utforskning av var klienten befinner sig/motivation
- Tydlighet med behandlingens syfte – tydliga mål för missbruksbehandling
- Värdet av den teoretiska verktygslådan (i den tredje fasen)
- Anhörigperspektivet
- Att koppla in externa insatser & samverkansansvar
- Psykologiska effekter av cannabis vs bakomliggande psykologiska problem
- Anpassning och användning av HAP
- Att hålla kvar klienter och att göra avslut – drogfrihet som början eller slutet?

Med dessa teman i åtanke tillfrågades behandlarna att läsa en fallbeskrivning av ett fiktivt fall baserade på en blandning av intervjumaterial från studien. Beskrivningen innehöll de tio temana, i varierande tydlighet. Sedan bads behandlarna att diskutera i smågrupper hur de skulle ha gjort med fallet. De tillfrågades också att reflektera över vad deras diskussioner innebär för de tio teman (av en eventuell varierande praktik) och i synnerhet frågan: "När blir variationer en styrka och när blir de en svaghet?". Varje grupp redovisade sedan för hela gruppen.

Överhuvudtaget tyckte gruppen att de arbetade mer likt varandra, trots olika bakgrund och teoretiska inriktning. Även om detta kan tolkas som en del i en tendens till konsensus i gruppsituationer ger det visst stöd till att variationer i praktiken är av mindre väsentligt art. I synnerhet kom det fram att små variationer är en del av en professionell missbruksenhet med personal med olika inriktningar men med samma värdegrund och synsätt kring arbetet. Detta gällde teman så som utforskning av var klienten befinner sig/motivation, tydlighet med behandlingens syfte, att hålla kvar klienten och att göra avslut, och värdet av den teoretiska verktygslådan (i den tredje fasen).

De teman som diskuterades mest var: processer för att matcha klientens behov med behandlarens kunskaper och utbud; att koppla in externa insatser och samverkansansvar; anpassning och användning av HAP; anhörigperspektivet. Man var överens om att dessa teman utgör ett grundläggande och nödvändigt inslag i en behandling av

cannabismissbruk eller beroende (även om de första två temana skulle kunna gälla behandlingar för andra typer av beroenden). Gruppen kände att det var viktigt att känna till sina egna kompetensområden i stället för att alla måste kunna allt. Behov av kompetensutveckling lyftes också. Slutsatsen var att dessa teman behöver vidare fokus och diskussioner inom Behandlingsgruppen för att fortsätta utveckla dessa aspekter av metoden.

Workshop 2

Denna workshop hölls en månad senare och fokuserade på att presentera rapporten som helhet och de teman som utgör metoden i synnerhet. Målen var att ge en överblick över de olika temana, att ge exempel på hur man skulle kunna reflektera över sin praktik med hjälp av teman och att identifiera i vilka teman behandlarna skulle vilja fördjupa sig.

Rapportens teoretiska utgångspunkter, huvudfrågor och syften presenterades. Både den övergripande och den detaljerade bilden av metoden presenterades. Inledningsvis presenterades två autentiska men avidentifierade fall utifrån intervjumaterialet. Sedan reflekterade behandlaren som hade haft hand om fallet. Diskussionen tog upp vilka teman var svåraste i just det här fallet och vad man skulle kunna ha gjort kring det temat. Idén med diskussionen var att visa för hela gruppen hur man kan använda teman för att reflektera över sin praktik och eventuellt identifiera områden i en klients behandling där man eventuellt behöver mer fokus, stöd eller andra insatser. Gruppen fick sedan göra en övning där de funderade först individuellt, sedan i par, sedan i smågrupper vilka teman som är mest intressant för dem att fördjupa sig i. Sista övningen handlade om att ta fram en handlingsplan för en fortsatt utveckling av metoden med stöd av rapporten.

Gruppen kom fram till sex teman i metoden som var viktigast att fördjupa sig i (i rangordning med de teman som de flesta ville fördjupa sig i först):

1. Att återskapa ett drogfritt liv/en drogfri identitet och hur man kopplar in andra för att stödja denna process (Nya frågor som lyftes var: Vad är möjligt för en behandlare att göra och vilka andra redskap behövs och finns? Vilka kan man koppla in?)
2. Anhörigperspektivet, särskilt när tar man in familjen?
3. Att hålla kvar klienten efter avvänjningen
4. Psykologiska effekter av cannabis, särskilt i förhållanden till genomförande av HAP
5. Att avsluta behandling
6. Att hela tiden varva mellan teman och reflektera tillsammans med klienten med användning av temana.

Till stor del avspeglar dessa teman de i första workshopen där Behandlingsgruppen var i störst behov av att vända variationer i praktiken till en styrka. Det var bara temat "processer för att matcha klientens behov med behandlaren" som inte kom upp på workshop 2. Detta kan vara på grund av att fokus i workshopen var mer på metod än organisatoriska faktorer.

Vad gäller en handlingsplan för att börja fördjupa sig i dessa teman kom gruppen fram till följande förslag:

- Jobbskuggning, särskilt vad gäller HAP och att förstå psykologiska effekter av cannabis, och vad gäller anhörigperspektivet
- Fallbeskrivningar, exempelvis på en fallkonferens med fokus på de teman som nämnts ovan
- Studiebesök på varandras mottagningar, exempelvis nämndes ett besök på Hisingen för att fördjupa sig i anhörigperspektivet
- Använda befintliga forum, så som APT, teammöten, handledning och enhetsdagar, på ett mer strukturerat sätt, till exempel ta upp några teman som behandlarna vill lära sig mer om.
- Häfte med klienternas berättelser (utifrån intervjumaterialet) som redan finns i planeringen för studien.

Nästa steg

Nedan finns en tabell med de teman som workshopsen identifierade som viktigt att fortsätta utveckla och förslag för hur man gå till väga. Observera att tabellen också finns som tabell 2 i rapporten.

Temat	Form för utvecklingsarbetet
Att återskapa ett drogfritt liv/en drogfri identitet, och hur man koppla in andra för att stödja denna process	i) Temadag på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) Studiecirkel kring häfte med klienternas berättelser
Anhörigperspektivet, särskilt när tar man in familjen, och var samverkansansvar ligger.	i) Temadag på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) Jobbskuggning iii) Studiebesök på mottagningar iv) Ledningsgruppen tydliggör var samverkansansvaret ligger
Psykologiska effekter av cannabis, och anpassning och användning av HAP	i) Jobbskuggning ii) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens iii) Studiecirkel kring häfte med klienternas berättelser
Att hålla kvar klienten efter avvänjningen, och att avsluta behandling	i) Jobbskuggning ii) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens iii) I studiecirkeln kring häfte med klienternas berättelser
Processer för att matcha klientens behov med behandlaren	i) Ledningsgrupp ansvarar för denna fråga ii) Diskutera vidare på befintliga forum
Att hela tiden varva mellan teman och reflektera tillsammans med klienten med användning av temana (som beskrevs i rapporten).	i) Fallbeskrivningar på befintliga forum/fallbeskrivningskonferens ii) I studiecirkeln kring häfte med klienternas berättelser

[illegible]

[illegible]

Hur ser öppenvårdsbehandling ut i praktiken för personer som använder cannabis? Vad kan man lära av behandlarnas erfarenheter för att förbättra vård och behandling?

Kunskap om behandling i praktiken är en viktig del i ett evidensbaserade arbete. Det finns dock få studier som tillvaratar just denna typ av kunskap när det gäller behandling för personer som använder cannabis. Social resursförvaltning i Göteborgs Stad gav FoU i Väst/GR i uppdrag att genomföra en studie av den behandling för vuxna personer som använder cannabis som Behandlingsgruppen för drogproblem i Göteborg erbjuder. Studien är ett delprojekt i det nationella projektet Trestad2 och denna skrift är första delrapporten från studien.

Rapporten riktar sig till främst till personal som arbetar inom missbruksvården eller som ger stöd och behandling till personer som använder cannabis. Målet med rapporten är att presentera både en övergripande och en fördjupad bild av behandlingsarbetet. Den övergripande bilden ger en översikt över olika klientgrupper i öppenvården, behandlingsprocessen, insatser och olika förväntade utfall. Den detaljerade bilden har fokus på "den tysta kunskapen" och implicit vetande i behandlarnas förhållningssätt. Citat från behandlarna används för att belysa en erfarenhetsbaserad kunskap som inte brukar komma på pränt och för att levandegöra praktiken. Den organisatoriska kontexten beskrivs också för att skapa förståelse för sammanhanget. Tanken är att rapporten kan vara till nytta för både nybörjare och erfarna behandlare som underlag för att artikulera och reflektera över sin praktik. På en övergripande nivå bidrar rapporten till kunskap om öppenvårdsbehandling i praktiken för personer som använder 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.