

Endring i rusmestring og psykisk helse etter poliklinisk behandling for cannabisavhengighet

En kvantitativ studie av deltagere i Hasjavvenningsprogrammet
(HAP)

Håvard Haugstvedt



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

18.mai 2016

Antall ord: 16959

Navn: Håvard Haugstvedt	Dato: 18.mai 2016
Tittel og undertittel: Endring i rusmestring og psykisk helse etter poliklinisk behandling for cannabisavhengighet. En kvantitativ studie av deltagere i Hasjavvenningsprogrammet (HAP).	
Sammendrag: Bakgrunn Cannabis er verdens mest brukt illegale rusmiddel, og brukes av over 180 millioner på verdensbasis. Bruk av cannabis over tid øker risikoen for avhengighet til rusmiddelet, og øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser som angst og schizofreni. Studier som er gjort av polikliniske behandlingsmetoder for cannabisavhengighet viser at redusert bruk preger resultatene mer enn rusfrihet. Det er ikke gjennomført studier av individuell behandling med Hasjavvenningsprogrammet (HAP) i Norge som også undersøker effekt på deltagernes psykiske helse.	
Hensikt Studien har som mål å undersøke hvilken effekt behandlingsmetoden Hasjavvenningsprogrammet (HAP) har på deltagernes rusmestring og psykisk helse.	
Metode Studien er en prospektiv intervensjonsstudie uten kontrollgruppe, av mottagere av HAP ved et poliklinisk behandlingstilbud for cannabisavhengige i Oslo. Behandlingstiden i studien er 2 måneder, og kartlegging av deltagerne gjøres før og etter behandling.	
Studiens problemstilling: Hvordan påvirker behandling med HAP deltagernes rusmestring og psykiske helse?	
Aktuell rusbruk før og etter behandling måles med "antall dager med cannabisbruk siste 30 dager". Psykiske plager måles med SCL-25, mens psykisk velvære måles med ORS. Studien benytter parret t-test og Wilcoxon Signed Rank Test for å undersøke forandring i rusmestring, psykiske plager og psykisk velvære. Korrelasjoner mellom variablene undersøkes med Spearmans rho, og multipl regressjonsanalyse benyttes for å undersøke forklarende variabler i datamaterialet.	
Resultater Utvalget i studien er 41 deltagere mellom 17 år og 49 år, der 32 er menn og 9 kvinner. Studien finner at deltagerne har signifikant bedre rusmestring etter endt behandling, og at 57% av deltagerne oppnådde rusfrihet. Studien finner også at deltagerne har signifikant bedre psykisk helse etter endt behandling. Regresjonsanalyser viser at arbeid har en signifikant og stor påvirkning på bedringen av deltagernes psykiske helse.	
Konklusjon Resultatene i studien er svært lovende, og kan tyde på at individuell behandling med HAP gir god effekt både når det gjelder rusmestring og bedring av deltagernes psykiske helse. Fremtidige studier av behandling med HAP bør ha RCT-desgin, for å kunne trekke sikrere kausale slutninger.	
Nøkkelord: Hasjavvenningsprogrammet, cannabis, cannabisavhengighet, poliklinisk behandling, psykiske plager, psykisk velvære.	

Name: Håvard Haugstvedt	Date: 18.mai 2016
Title and subtitle: Change in drug use and mental health after outpatient treatment for cannabis dependency. A quantitative study of participants in Hasjavvenningsprogrammet (HAP).	
Abstract: <p>Background Cannabis is the most used illicit drug in the world, and is used by over 180 million people on a world basis. Use of cannabis over time increases the risk of addiction to cannabis, and increases the risk of developing mental problems like anxiety and schizophrenia. Studies of outpatient treatment for cannabis dependency finds mainly reduced use of cannabis as the result of treatment. There has not been conducted studies on Hasjavvenningsprogrammet (HAP) in Norway that also focuses on the effect the treatment has on the participants mental health.</p> <p>Aim The purpose of this study is to investigate the effect of treatment with Hasjavvenningsprogrammet (HAP) on the participants use of cannabis and their mental health.</p> <p>Method This study is a prospective intervention study with no control group, of participants receiving treatment with HAP in an outpatient treatment center for cannabis dependency in Oslo. The duration of treatment is 2 months, and mapping is conducted pre and post treatment.</p> <p>The main research question is: How does treatment with HAP effect the participants drug use and mental health?</p> <p>Drug use is being examined with how many of the last 30 days the participant has used cannabis. The study uses SCL-25 as a screening tool for symptoms of mental distress, while mental well being is examined with ORS. Paired samples t-test and Wilcoxon Signed Rank Test is used to analyze change in drug use, mental distress and mental well being. Spearmans rho is used to analyze correlations between the variables, and multiple regression analysis is used to identify predicting variables.</p> <p>Results 41 participants between 17 and 49 years was included in the study. 32 were male and 9 were female. The study finds that the participants has a significant reduction in use of cannabis pst treatment, and that 57% of the participants were drug free from cannabis post treatment. The study also finds that the participants has significantly better mental health post treatment with HAP. The regression analysis shows that being in active work has a significant and large effect on the participants mental health post treatment.</p> <p>Conclusion The resultats are very promising, and may imply that individual treatment with HAP has a large effect on both drug use and mental health post treatment. Future studies of HAP should be designed as randomized controlled trials to investigate causal effect of the treatment.</p>	
Key words: Hasjavvenningsprogrammet, cannabis, cannabis dependency, outpatient treatment, mental distress, mental well being.	

FORORD

Først og fremst vil jeg takke min veileder, professor Hilde Eide, som har utfordret meg og gitt meg mange viktige innspill gjennom prosessen med denne oppgaven. Innspillene gjorde arbeidet spennende og lærerikt, og hjalp meg fremover i arbeidet de gangene jeg stod fast.

Jeg vil også takke min flotte arbeidsplass, Uteseksjonen i Oslo, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre masterstudiet mitt. Det er også viktig for meg å takke prosjektleder i den nasjonale studien av HAP, John-Kåre Vederhus, som ga meg muligheten til å benytte dataene i studien.

Takk til dere som hjalp meg med gjennomlesing da prosessen nærmet seg slutten. Deres innspill var veldig viktige for meg.

Sist men ikke minst tusen takk til min kjæreste, Margit, som har vært utelukkende positiv og støttende gjennom hele dette tidkrevende arbeidet. Det har betydd veldig mye for meg.

Oslo, mai 2016

Håvard Haugstvedt

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Forarbeid til studien.....	2
1.3 Psykisk helsearbeid	3
2.0 Rusavhengighet, rusmestring og psykisk helse	5
2.1 Forklaringsmodeller for utvikling av rusavhengighet.....	5
2.2 Avhengighetspotensialet til cannabis.....	7
2.3 Behandling av cannabisavhengighet i Norge.....	8
2.4 Cannabisplanten	8
2.5 Forekomst av cannabis i Norge.....	9
2.6 Cannabis og psykisk helse.....	10
2.6.1 Cannabis og psykisk velvære	10
2.6.2 Cannabis og psykiske plager	11
2.7 Poliklinisk behandling av cannabisavhengighet	12
2.8 Hva er det behov for ytterligere forskning på?	14
3.0 Studiens hensikt	14
3.1 Overordnet problemstilling.....	15
3.2 Forskningsspørsmål og hypoteser	15
4.0 Design og metode.....	16
4.1 Hasjavvenningsprogrammet (HAP)	16
4.1.1 Fase 1 i avvenningen; medisinsk fase	17
4.1.2 Fase 2 i avvenningen; psykologisk fase.....	17
4.1.3 Fase 3 i avvenningen; sosial fase	18
4.2 Deltagerne	19
4.3 Spørreskjemaene.....	19
4.3.1 Demografiske data:.....	19
4.3.2 Rusmestring - antall dager med cannabisbruk de siste 30 dager	20
4.3.3 Varighet og omfang av cannabismisbruket.....	20
4.3.4 Bruk av andre rusmidler	21
4.3.5 Severity of Dependence Scale (SDS)	21
4.3.6 Psykiske plager - Hopkins Symptoms Check List-25 (SCL-25)	21
4.3.7 Psykisk velvære - Outcome Rating scale (ORS)	22
4.3.8 Motivasjon og tro på endring.	23
4.3.9 Klientenes opplevde nytte av tilbudet	23
4.3.10 Anbefale HAP?	23
4.4 Forskningsetikk og personvern	24
4.5 Analyser	25
5.0 Resultat fra analyse	26
5.1 Utvalget	26
5.2 Gir behandling med HAP bedre rusmestring?	27
5.3 Gir behandling med HAP reduserte psykisk plager?	29
5.3.1 Regresjonsanalyse SCL-25 - Hva predikerer reduserte psykiske plager?	29
5.4 Gir behandling med HAP bedre psykisk velvære?.....	31
5.4.1 Regresjonsanalyse ORS - Hva predikerer bedre psykisk velvære?	31
6.0 Diskusjon.....	32
6.1 Får deltagerne bedre rusmestring?.....	32

6.1.1 Økt mestringstillit etter behandling	33
6.1.2 Andre konsekvenser av økt rusmestring.....	34
6.1.3 Mindre kontakt med et kriminelt salgsmiljø	34
6.1.4 Økonomi	35
6.1.5 Normbrudd og sosial eksklusjon	35
6.1.6 Behandlingens påvirkning på bruk av andre rusmidler	36
6.2 Får deltagerne reduserte psykiske plager?	37
6.2.1 Reduserte symptomer på angst og depresjon	37
6.2.2 Arbeid og påvirkning på psykiske plager	38
6.3 Får deltagerne bedre psykiske velvære?.....	39
6.3.1 Arbeid og påvirkning på livskvalitet.....	40
6.3.2 Endring i selvtillit og selvbylde etter behandling.....	41
7.0 Metodediskusjon	41
7.1 Metodevalg.....	41
7.2 Validitet og reliabilitet ved kartleggingsinstrumentene	42
7.3 Risiko for bias ved egenrapportering.....	44
7.4. Rusfrie og rusbrukende venner	44
7.5 Forskning på egen arbeidsplass	45
7.6 Seleksjonsbias.....	45
7.7 Terapeutens mulige påvirkning på andre kartlegging	46
7.8 Konfunderende variabler	46
7.9 Manglende registrering av deltagere som takket nei.....	47
8.0 Konklusjon	47
8.1 Betydninger for klinisk praksis.....	48
8.2 Behov for videre forskning og nye metoder	49
9.0 Referanser.....	51

Oversikt over vedlegg

Appendix nr.	Dokumentbeskrivelse
Appendix 1	Godkjenning fra REK om prosjektendringer
Appendix 2	Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltagere
Appendix 3	Kartleggingsskjemaene brukt i studien
Appendix 4	Korrelasjonsmatrise

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell/figur nummer	Tittel	Side
Figur 1	THC-kurven, og oversikten over fasene i behandlingen	18
Tabell 4.1	Inkluderte variabler i studien	24
Tabell 5.1	Utvalget i studien, før og etter behandling	27
Tabell 5.2	Rus	28-29
Tabell 5.3	Psykiske plager	30
Tabell 5.4	Psykisk velvære	32

1.0 Innledning

Cannabis som rusmiddel brukes ofte for å forsterke gode følelser eller regulere bort ubehagelige følelser. Cannabis har for de fleste som bruker det få akutte alvorlige konsekvenser, og er verdens mest brukte illegale rusmiddel. Det er beregnet i et nøkternt estimat at det er rundt 181 millioner brukere av cannabis på verdensbasis (UNODC, 2015). Cannabis har et lavt avhengighetspotensiale sammenlignet med rusmidler som kokain og heroin (Folkehelseinstituttet, 2016). En vanlig inndeling og klassifisering av rusmidler er etter deres effekt på sentralnervesystemet; om det har en dempende, stimulerende eller hallusinogen effekt. Virkningen av cannabis er blant annet eufori og avslapning, og mindre ønskede effekter som redusert konsentrasjon, innlæring og hukommelse. Cannabis kan også medføre humørforandringer, panikkanfall og paranoia. Ettersom virkningen av cannabis er sammensatt er ikke cannabis definert som et rent stimulerende, dempende eller hallusinogent rusmiddel. Cannabisrusen er kjennetegnet av en blanding av symptomer (Folkehelseinstituttet, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den offentlige debatten om cannabis som foregår i Norge og internasjonalt preges av liberaliseringen av lovverket rundt cannabis som foregår i USA. Flere stater åpner for både medisinsk bruk og rekreasjonsbruk av cannabis. Ungdom og unge voksne i Norge kan bli påvirket av dette, og cannabis tolkes i voksende grad av studenter i Oslo som et mildt rusmiddel (Pedersen & Soest, 2015). Hvorvidt dette fører til at cannabis blir brukt av flere i Norge enn tidligere er ikke sikkert.

Min erfaring med behandling av personer som er avhengige av cannabis er at ruseffekten mange brukere forelsker seg i forsvinner eller forandrer seg over tid. Brukerne gir beskrivelser av at opplevelsen av å bli kreativ og å få rike assosiasjoner avtar etter langvarig bruk. Effekten av cannabis ved bruk over tid er mer preget av å gi ro, trygghet, og en følelse av å være normal. Den akutte ruseffekten har dermed endret seg fra å gi en følelse av eufori og kreativitet, til å gi brukeren en opplevelse av å være normal. Mekanismene i avhengighetsutvikling skal redegjøres for senere i denne oppgaven.

Dahl (2015) intervjuet brukere av cannabis i sin doktorgradsavhandling, og fant blant annet en gjennomgående fortelling om at cannabis er et behagelig og harmløst rusmiddel, som ifølge respondentene kan brukes av de fleste på en kontrollert måte. Dahl fant også at det å snakke om å slutte, eller å slutte med rusmiddelet, kan tolkes som en form for kritikk mot de som fortsatt bruker rusmiddelet. Dette kan gjøre det vanskelig å både slutte å bruke cannabis, og det å snakke om det blant andre brukere (Dahl, 2015).

Jeg jobber i et kommunalt poliklinisk behandlingstilbud til cannabisavhengige som har egen motivasjon for å redusere eller slutte å røyke cannabis. Tilbudet varer i utgangspunktet i 2-3 måneder. Total behandlingstid varierer spesielt avhengig av brukernes ulike grader av motivasjon og kraft til å iverksette endringen. Mange av brukerne beskriver utfordringer i møte med nettverket sitt når de ønsker å redusere bruken av, ta pause fra, eller slutte helt å røyke cannabis. Min erfaring med dette fenomenet har likheter med funnene til Dahl (2015). Brukerne forteller om vanskeligheter med å hente støtte og forståelse for endringen de ønsker seg fra sitt eget nettverk. For mange av brukerne er nettverket deres preget av en positiv opplevelse av og diskusjon om cannabis.

Kartlegging i den innledende kontakten viser at mange av brukerne strever med det som kan minne om angstlidelser, depresjon, og opplevelser av å være isolert eller avkoblet fra omverdenen. Behandlingen har som hovedmål å hjelpe brukeren å bli rusfrie fra cannabis, gjennom metoden Hasjavvenningsprogrammet (HAP). Angst og depresjon behandles ikke målrettet i metoden, men som terapeut har jeg blitt oppmerksom på at symptomer på disse psykiske plagene reduseres hos mange gjennom behandlingen. Denne studien undersøker deltageres rusmestring etter å ha tatt imot behandling med HAP, og effekten behandlingen har på brukernes psykiske helse.

1.2 Forarbeid til studien

Som forarbeid til studien har jeg gjort systematiske søk i Cochrane Library, PubMed og PsychInfo, samt lest artikler og faglitteratur jeg allerede kjenner. Med utgangspunkt i fenomenet jeg beskrev i avsnittet over gjorde jeg et innledende søk med søkeordene; cannabis, addiction, dependency, cognitive behavioral therapy, treatment, anxiety, og depression.

Gjennomgående er litteraturen og forskningen preget av fokus på selve rusmestring etter behandling. Studiene undersøker i hvilken grad deltagerne i de ulike studiene har oppnådd eller opprettholdt rusfrihet. Syv studier ble tatt med direkte fra litteratursøket, mens andre studier ble funnet i referanselister. Andre studier og kunnskapsoppsummeringer er inkludert i bakgrunns materialet til denne studien etterhvert som de har blitt publisert eller jeg er blitt gjort kjent med de.

Funnene i analysen i denne studien vil sammenlignes med og diskuteres opp mot teorien og kunnskapen som skal presenteres i kapittel 2. Denne teorien vil hovedsakelig være hentet fra tidligere forskning på cannabis og psykisk helse, og behandling av cannabisavhengighet.

1.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid er begge begreper som beskriver behandlingstiltak rettet mot mennesker og grupper med psykiske plager, lidelser eller sykdommer. Hvilket begrep som brukes ser ut til å være avhengig av konteksten man arbeider i; i kommunale tiltak eller i behandlingssenheter i spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets (2016) veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid fremkommer det klart at rusavhengighet og psykiske helseproblemer må sees i sammenheng, og at de har mange og sammensatte årsaker. Dette er kombinasjoner av genetiske, sosiale, psykologiske og kulturelle fenomen. Veilederen omtaler psykisk helsearbeid og rusarbeid parallelt og om hverandre, og at dette utøves lokalt i både kommunale og statlige tjenester. «Tjenestene skal forebygge og redusere problemutvikling og fremme brukerens mestring av eget liv, herunder bolig, arbeid, hindre frafall i skole, sosial inkludering, personlig økonomi, hjelp i bolig m.m» (Helsedirektoratet, 2016, s 11.)

En tidligere veileder fra daværende Sosial- og Helsedirektoratet (2005) omtaler psykisk helsearbeid som følgende:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familie og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005, s. 7).

I dette avsnittet vil jeg koble psykisk helsearbeid og HAP sammen, gjennom å vise til felles dimensjoner og perspektiv. I boken «Fra psykiatri til psykisk helsearbeid» (Bøe & Thomassen, 2007) presenterer forfatterne tre dimensjoner som psykisk helsearbeid rommer. Det første er at psykisk helsearbeid skal være konkrete tiltak som legger til rette for at den enkelte kan leve et selvstendig liv, inkludert i samfunnet. Den andre dimensjonen av psykisk helsearbeid er det Bøe & Thomassen (2007) omtaler som gode arbeidsformer for det mellommenneskelige møtet. Med dette peker forfatterne på viktigheten av å få til gode relasjoner og dialog mellom tjenestemottager og tjenesteutøver. Den tredje dimensjonen innebærer muligheten for samtale og refleksjon om livet. Dimensjonene henger sammen og gjør samlet psykisk helsearbeid til en bred, sammensatt tverrfaglig tilnærming til psykiske helseplager hos et menneske. HAP er en selvstendig behandlingsmetode for cannabisavhengighet, og skal hjelpe brukeren til å bli rusfri. Metoden er tiltenkt brukt i polikliniske tjenester slik at brukeren fortsatt lever livet som normalt i samfunnet; i jobb, skole eller i kombinasjon med andre tiltak.

For å få innsikt i hvordan vanen og avhengigheten har utviklet seg er behandler nødt til å bruke tid for å skape et trygt miljø mellom seg og brukeren. Behandler kan presentere egen erfaring med å gi behandlingen, dele erfaring fra andre brukeres bedringsprosesser, og skape bro mellom disse og den situasjonen den nye brukeren er i. Relasjonen og alliansen mellom behandler og bruker bidrar til hele 30 prosent av endringen hos brukeren (Duncan & Sparks, 2010). Arbeidet med å etablere denne alliansen prioriteres spesielt i den innledende kontakten med en ny bruker. Behandlingstilbudet HAP gis i denne studien ved en kommunal tjeneste, med lav terskel inn der brukerne ofte selv tar kontakt for å få hjelp. Det kreves ingen henvisning, tilbudet er gratis, og det er kort ventetid. Tilbudet er derfor lett tilgjengelig formålgruppen. Plasseringen og organiseringen av behandlingstilbudet er med på å gjøre det mulig for den enkelte blir værende i sitt nærmiljø. Brukeren blir da i så liten grad som mulig trukket ut av bolig, arbeid og nettverk, som anbefalt i Bøe & Thomassens (2007) redegjørelse for hvordan psykisk helsearbeid bør utformes.

I avsnittene over har jeg forsøkt å vise hvordan både innholdet i HAP og måten det er organisert på er i tråd med viktige dimensjoner for godt psykisk helsearbeid.

2.0 Rusavhengighet, rusmestring og psykisk helse

Det finnes ulike forklaringsmodeller for hva som bidrar til at noen utvikler rusavhengighet. Denne oppgaven vil presentere kort hvordan indre og ytre risiko- og beskyttelsesfaktorer kan bidra til dette. Jeg vil også gi en kort presentasjon av en nevrobiologisk forklaringsmodell.

2.1 Forklaringsmodeller for utvikling av rusavhengighet

En måte å forklare hva som gjør at noen utvikler rusproblemer eller rusavhengighet mens andre ikke gjør det, er å se på levekår og psykososiale faktorer i spesielt oppveksten.

Professor Willy Pedersen (1998) skriver at dette antagelig er en for snever forklaring. Han viser til at samfunnet vårt opplevde en stor bedring av levekår og velstand i tiden etter andre verdenskrig, men at også en rekke problemer blant ungdom økte i samme periode. Dette gjaldt spesielt alkohol- og andre rusrelaterte problemer. Pedersen trekker frem Oslo som eksempel på dette, og at ungdom i velstående deler av Oslo i dag er i særlig risiko for høyt rusbruk. Kombinasjonen av rotløshet, endrede normer, svekket familiestruktur og konsummønstre i forandring kan forklare deler av denne utviklingen (Pedersen, 1998).

Risikofaktorer er faktorer ved eller rundt en person som kan bidra til å øke risikoen for en negativ psykososial utvikling. Beskyttelsesfaktorer er de faktorene som ved eller rundt en person bidrar til å redusere risikoen for en negativ psykososial utvikling. Alle har dermed både risiko- og beskyttelsesfaktorer i og rundt seg. Vi kan si at faren for å utvikle et rusproblem ikke er knyttet til en faktor, men summen av de ulike risiko- og beskyttelsesfaktorene kombinert. Det kan tyde på at risikoen eskalerer ved tilstedeværelse av flere risikofaktorer samtidig og varigheten av disse. Både risiko- og beskyttelsesfaktorer finnes på gruppe- og individnivå, og kan være familieforhold, sosiale forhold i oppvekstmiljøet, økonomi, personlig robusthet, genetiske disposisjon og tilpasningsdyktighet. (Helsdirektoratet, 2010).

Felitti undersøkte sammenhengen mellom belastende barndomsopplevelser og helseproblemer i voksen alder i ACE-studien. Studien fant en sterk og signifikant sammenheng mellom antall belastende barndomsopplevelser, og fysisk og psykiske helseproblemer som voksen (Felitti et al., 1998). Kategoriene for belastende barndomsopplevelser var fysisk og emosjonelt misbruk, seksuelt misbruk, fysisk og psykisk neglisjering, se en forelder bli utsatt for vold, rusmisbruk i hjemmet, psykisk sykdom i hjemmet, skilsmisse eller å ha en forelder i fengsel.

Felitti et al. (1998) fant at de som hadde vært utsatt for fire eller flere av de belastende barndomsopplevelsene hadde en 4 til 12-ganger større risiko for å utvikle rusavhengighet, depresjon og risiko for selvmord. I studiens konklusjon skriver forskerne at de fant en sterk og gradert sammenheng mellom eksponeringen for misbruk eller dysfunksjonalitet i hjemmet i barndommen, og et flertall av andre alvorlige risikofaktorer for tidlig dødelighet i voksen alder. Funnene i ACE-studien er replisert i representative utvalg i andre deler av USA.

Presentasjonen under tar utgangspunkt i en nevrobiologisk forklaringsmodell for avhengighet.

Inntak av rusmidler har en umiddelbar effekt på kropp og hjerne. Ved rusinntak påvirkes sentralnervesystemet gjennom manipulering av nervecellers utskillelse av transmittersubstans. Dette innebærer en forstyrrelse av hjernens naturlige signaloverføringer. Den viktigste nevrotransmitteren forbundet med rusinntak er dopamin, som gir økt følelse av glede og velvære (Lee Mannes & Markestad, 2015, s 47).

Belønningssystemet har til hensikt å motivere mennesket til atferd som er med på å sikre vår overlevelse. Dette innebærer å spise da vi er sultne, drikke da vi er tørste, omgås andre mennesker sosialt, og ikke minst ha sex for å forplante oss. Dette vil gi gode følelser, og det vil motivere mennesket til å gjenta atferden. Ved bruk over tid vil rusmiddelet overstyre det naturlige belønningssystemet i hjernen. Den rusavhengige «lures» til å tro at inntak av rusmidler er en livsviktig prosess, og dette vil øke den rusavhengiges motivasjonen for å innta rusmiddelet på nytt (Føyn & Shaygani, 2010, i Lee Mannes & Markestad, 2015). Dersom en rusavhengig opphører inntaket av rusmiddelet vil rusmiddelets effekt utebli, og det vil oppleves som et belønningstap. Abstinensreaksjoner inntreffer, og den rusavhengige vil ha en forhøyet risiko for igjen å innta rusmiddelet, for å fjerne abstinensene (Lee Mannes & Markestad, 2015). Lee Mannes & Markestad (2015) trekker frem at abstinenser er en av de viktigste faktorene som opprettholder rusbruken hos en person.

Avhengighetssyndrom beskrives i «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (2011), som en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt inntak av rusmiddelet. «Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand, og stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser» (Helsedirektoratet, 2011, s 18).

Det finnes som vist over flere og ulike forklaringsmodeller for hva som kan bidra til utvikling av en rusavhengighet. Professor Jørgen Bramness (2009) tar til orde for nytteverdien av å se på rusavhengighet som et bredt sammensatt og komplekst bilde, og bruker en biopsykososial modell som forklaring på avhengighet, som forsøker å forene blant annet forklaringene som er vist over.

2.2 Avhengighetspotensialet til cannabis

Cannabis regnes som et rusmiddel med et lavt avhengighetspotensiale sammenlignet med andre rusmidler, som amfetamin, heroin eller kokain. Hall (2014) skriver at en av ti voksne personer som etablerer en jevnlig bruk av cannabis står i fare for å utvikle avhengighet til cannabis. Når det gjelder mindreårige brukere av cannabis fant Hall (2014) at en av seks står i fare for å utvikle avhengighet til rusmiddelet. I hvilken grad cannabisavhengighet gir sterke abstinenser ved sluttet rusinntak er debattert i rusforskning. Allsop et al. (2012) fant at abstinenser fra cannabis etter bruk over tid er både statistisk og klinisk signifikant, og at de var assosiert med funksjonsnedsettelse og tilbakefall til rusmiddelet. Sterkere grad av avhengighet, målt med Severity of Dependence Scale (SDS), var assosiert med sterkere grad av funksjonsnedsettelse og tilbakefall.

I en oversiktsartikkel av Shrivastava, Johnston & Tsung (2011) presenterer forfatterne funn når det gjelder sammenheng mellom inntatt dose cannabis og negativ effekt på spesielt hukommelse, innlæring og de eksekutive funksjonene; som problemløsning, impulshemming og planlegging. Artikkelen viser at noen studier fant at evnene var restituert etter fire ukers rusfrihet fra cannabis, mens andre viste delvis restituerte evner. Denne oppgaven vil ikke fokusere på påvirkningen av de kognitive evnene, på tross av at det er et høyaktuelt område å undersøke før og etter behandlingen. Jeg velger likevel å nevne påvirkningen på de kognitive evnene som et fenomen ved cannabisavhengighet. Den kognitive reduksjonen kan være med på å gjøre behandlingen av cannabisavhengighet vanskeligere ettersom eksekutive funksjoner og korttidshukommelse kan påvirkes negativt.

Cannabis har et avhengighetspotensiale ved jevnlig bruk, og spesielt i ung alder (Hall, 2014). Bruk av cannabis kan føre til mulige svekkelser i eksekutivfunksjonene (Shrivastava et al., 2011), samt abstinenser i de første ukene etter avsluttet rusinntak (Allsop et al., 2012).

2.3 Behandling av cannabisavhengighet i Norge

I Norge i dag tilbys rusbehandling hovedsakelig gjennom Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rusbehandlingen gis på fire nivåer; avrusning, poliklinisk behandling, korttids døgnbehandling (under seks måneder) og langtids døgnbehandling (over seks måneder). I «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2016) er det trukket frem at behandling i institusjon (døgnbehandling) bare skal benyttes når poliklinisk-, dag- eller ambulerende behandling ikke er tilstrekkelig behandling. Poliklinisk-, dag-, eller ambulerende behandling skal prøves først, og dette er i samsvar med de retningslinjene Bøe & Thomassen (2007) legger for psykisk helsearbeid.

Endring av rusavhengighet kan som vist over innebære en kamp for den avhengige, om å holde ut vonde øyeblikk fylt med ubehag og kjempe mot lyst til å ruse seg. Kadden & Litt (2011) oppsummerte forskning på mestringsstillit ved rusbehandling og fant at den avhengiges mestringsstillit peker seg ut som en prediktor for positive utfall av behandling. I samme oppsummering presenterer forfatterne at disse funnene i liten grad er med på å forme behandlingstilbudene til rusavhengige. I konklusjonen spør forfatterne om hvorfor arbeidet med å styrke brukernes egen mestringsstillit ikke prioriteres da de er i behandling. Forfatterne spekulerer i om dette kan skyldes at det rett og slett ikke finnes gode metoder for det.

2.4 Cannabisplanten

Cannabis er en samlebetegnelse på produktene hasj og marihuana, som utvinnes fra hampplanten *cannabis sativa*. I teksten vil jeg bruke begrepene cannabis, hasj og marihuana om hverandre, avhengig av hvilket begrep som er benyttet i studiene jeg referer til.

Cannabisplanten har over 80 ulike naturlig psykoaktive komponenter, der THC er viktigst av disse for rusopplevelsen. Et annet viktig virkestoff i cannabisplanten er cannabidiol (CBD). CBD har vist seg å motvirke flere av de uønskede effektene av THC, blant annet angst, hukommelsesproblemer og psykose (Bretteville-Jensen, 2013).

De ulike psykoaktive substansene i cannabisplanten er i forandring, og dette påvirker effekten av cannabis som rusmiddel. Viltvoksende cannabisplanter har som oftest like høyt innhold av THC og CBD (Bretteville-Jensen, 2013). Gjennom KRIPOSs undersøkelser av beslaglagte produkter fremkommer det at det er en sterk økning av innholdet av THC og en tilsvarende

reduksjon av CBD det siste tiåret (SIRUS, 2014, KRIPOS, 2015; & Bretteville-Jensen, 2013). Det er uklart hvilke konsekvenser denne endrede balansen mellom THC og CBD vil medføre ved bruk over tid. Hall (2014) sammenfattar de siste 20 års forskning på jevnlig bruk av cannabis. Hall (2014) skriver at langtidseffekten av betydelig mer potente cannabisprodukter bør prioriteres i forskning, men at det er sannsynlig at det vil medføre større risiko for angst, depresjon, psykotiske symptomer og avhengighet, spesielt hos unge brukere.

Det er som vist også funnet sammenheng mellom bruk av cannabis og reduserte kognitive evner, men det er ulike funn i forskningen hvorvidt det er cannabis som bidrar til reduksjonen, og i hvilken grad effekten er reversibel (Hall, 2014). En mye anvendte forklaringsmodell når det gjelder påvirkning på de kognitive evnene er knyttet til at THC er fettløslig og vil lagres i fettvevet i hjernen dersom inntaket av cannabis forekommer to ganger eller mer pr uke i mer enn seks måneder (Lundqvist, 2015). THC vil da fortsette å påvirke de aktuelle områdene og ha en langvarig dempende effekt på funksjonene som er lokalisert der.

2.5 Forekomst av cannabis i Norge

Undersøkelsen «Ung i Oslo» fra 2012 viste at andelen 15- og 16-åringer som noen gang har prøvd cannabis er redusert fra 13 prosent i 1996, til ni prosent i 2006 og 2012 (Øia, 2012). Tall fra KRIPOS for 2015 viser en stabil mengde beslaglagte cannabisprodukter, ca 14900 beslag som totalt sett gjaldt 2340 kilo hasj, marihuana eller cannabisplanter (KRIPOS, 2015). I tester gjort av bilførere som var mistenkt for å kjøre bil i ruspåvirket tilstand ble THC påvist i 35 prosent av prøvene. Dette gjør det til en av de hyppigst påviste illegale stoffene hos bilførere i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). I en undersøkelse gjort av SIRUS i 2012 (i EMCDDA, 2012) med 1668 respondenter mellom 16 og 64 år, hadde 28,5 prosent av respondentene mellom 16 og 34 år brukt cannabis en gang i løpet av livet. Blant respondentene mellom 16 og 24 år hadde 11,7 prosent brukt det i løpet av siste 12 måneder og 5,1 prosent i løpet av siste 30 dager.

Basert på tallene presentert over er cannabis et rusmiddel det er viktig å ha oppmerksomhet på i Norge idag. Med utgangspunkt i kunnskapen om avhengighetspotensialet ved jevnlig bruk kan det tyde på at en del av befolkningen står i fare for å utvikle problemer som følge av bruken.

2.6 Cannabis og psykisk helse

Verdens Helseorganisasjon definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære, der hvert enkelt individ kan realisere sitt eget potensiale, kan håndtere normalt stress i livet, jobbe fruktbart og produktivt, og være i stand til å bidra til samfunnet (WHO, 2014). Psykisk helse er etter definisjonen over gjenstand for egen vurdering, og er således svært subjektivt. WHO (2014) trekker også frem at god psykisk helse ikke er det samme som fravær av psykiske lidelser eller plager. På bakgrunn av dette har jeg valgt å undersøke både i hvilken grad behandlingen påvirker opplevde psykiske plager, og i hvilken grad den påvirker opplevd psykisk velvære. Psykisk helse innebærer mer enn fraværet av psykiske plager, og jeg vurderer at det å inkludere dimensjonen psykisk velvære er med på å undersøke et større og bredere perspektiv på deltageres psykiske helse. Hovedskillet mellom psykiske plager og psykiske lidelser er knyttet til hvorvidt de oppfyller bestemte diagnostiske kriterier. Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende for den som opplever det, men samtidig ikke så omfattende at defineres som psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.6.1 Cannabis og psykisk velvære

En australsk studie av tenåringer (14 åringer) og unge voksne (21-åringer) undersøkte sammenhengen mellom livskvalitet og bruk av cannabis. Studien fant at lav livskvalitet i tenårene predikerte bruk av cannabis som ung voksen, og at dette igjen var forbundet med lavere livskvalitet da deltagerne var 21 år (Fischer, Clavarino, Plotnikova & Najman, 2015). I en studie av pasienter med depresjonslidelser undersøkte Aspis et al. (2015) hvordan ulik bruk av cannabis ga ulike utslag i livskvalitet. Velvære ble målt gjennom SF-12 (The Short Form 12), og studien fant en klar sammenheng mellom jevnlig bruk av cannabis hos kvinner og signifikant dårligere livskvalitet. Sporadisk bruk av cannabis hadde ingen signifikant påvirkning på livskvalitet i denne studien.

Allen & Holder (2014) fant i en studie av 570 collegestudenter at høyere forbruk av cannabis bidro til en reduksjon i velvære, målt ved hjelp av The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ). Forfatterne diskuterer OHQ som instrument for måling av velvære i artikkelen, og konkluderer med at det gir en generell tendens til velvære. Også Schmid, Scönlebe, Drexler & Mueck-Weymann (2010) fant signifikant lavere score i velvære, målt ved hjelp av «WHO Well being index», i en studie av 72 mannlige cannabisbrukere. Deltagerne ble kontrollert for, og brukte ikke andre rusmidler enn cannabis.

Funnene i forskningen jeg er kjent med viser en tendens til at det er en sammenheng mellom jevnlig bruk av cannabis og redusert livskvalitet eller psykisk velvære. Dette er det motsatte av den funksjonen cannabis er ment å ha for mange da de initierer bruken; å gi få gode og behagelige følelser.

2.6.2 Cannabis og psykiske plager

Sammenhengen mellom bruk av cannabis og økt risiko for psykiske lidelser og plager er kjent, men mange funn fra forskning har vært svake. Hall (2014) fant en fordoblet risiko for å oppleve psykotiske symptomer og utvikling av schizofreni, ved bruk av cannabis i ung alder. Studien fant ingen sikker sammenheng mellom bruk av cannabis og depresjon og angst. Jevnlig bruk av cannabis er i studien definert til «daglig eller tilnærmet daglig». Bretteville-Jensen (2013) oppsummerer forskningen rundt blant annet cannabis og affektive lidelser i boka «Hva vet vi om cannabis». Hun trekker frem at undersøkelsene angående affektive lidelser ikke kontrollerer godt nok for andre faktorer som kan være årsak til lidelsen, og at forholdene må undersøkes nærmere.

Buckner, Ecker & Cohen (2010) undersøkte sammenhengen mellom bruk av marihuana og psykiske plager, blant ca 1700 studenter ved et amerikansk universitet. Av de nesten 1700 deltagerne i studien, oppga 8,9 prosent å bruke marihuana ukentlige eller oftere. Studien fant at jevnlig bruk av marihuana var forbundet med betydelige psykiske plager, målt ved hjelp av The Brief Symptom Inventory (BSI).

Det er gjort flere studier av psykiske plager blant deltagere i behandlingstilbud for cannabisavhengighet. Buckner & Carroll (2010) fant i en annen studie av 450 pasienter i «The Marijuana Treatment Project» at registrerte nivåer av angst før behandling er høyere enn man kan forvente i befolkningen ellers. Pasientene ble tilfeldig tildelt enten MET alene, CBT og MET, eller forsinket behandling. De pasientene som mottok et behandlingstilbud basert på både CBT og MET viste en signifikant reduksjon av angst ved både 4-måneder og 9-måneders oppfølgingsundersøkelse. I tillegg hadde de mindre bruk av marihuana ved 9-måneders oppfølgingsundersøkelse.

Connor et al. (2013) kartla 826 cannabisbrukere som var henvist til rusbehandling, og sammenlignet deres psykiske plager med det man fant hos et bredt representativt utvalg i hele befolkning. Cannabisbrukerne i undersøkelsen scoret signifikant høyere på angst og depresjon, og spesielt de som hadde forbruk av andre rusmidler i tillegg til å ha cannabis som

hovedproblematikk. Lignende funn hadde Panichelli-Mindel et al. (2006), som fant at av de 600 deltagerne henvist til behandling for cannabisavhengighet var 37,7% plaget med depresjon, 28,8% med angst og 13,8% med traumatisk stresslidelse. I en norsk studie fra 2010 fant Kornør, Pedersen, Soest, Rossow & Bramness at unge voksne som bruker cannabis får foreskrevet benzodiazepiner som medikamentell behandling for angst oftere enn andre, som ikke bruker cannabis (Kornør et al., 2010).

En australsk kohortstudie som fulgte tenåringer i syv år, fra de var 14 år til 21 år, viste at ukentlig eller hyppigere bruk av cannabis predikterte en fordobling av risiko for å være plaget av angst eller depresjon som 21-åring. Omvendt predikterte ikke det å være plaget med angst eller depresjon som 14-åring at man hadde et ukentlig eller hyppigere forbruk av cannabis. Funnene i denne studien viser at den forhøyede risikoen for psykiske lidelsene kommer som en konsekvens av bruk, og ikke motsatt (Patton et al., 2002)

Som vist i studiene over er det funnet sammenhenger mellom bruk av cannabis og psykiske lidelser, spesielt angst og schizofreni. Det er likevel uklart om det er andre faktorer som bidrar til utviklingen av de psykiske lidelsene eller plagene.

2.7 Poliklinisk behandling av cannabisavhengighet

Data fra Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, EMCDDA, viser at 19 prosent av de 8891 som søkte seg til behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge hadde cannabis som hovedrusmiddel (EMCDDA, 2015). En svakhet med denne gjengivelsen av behandlingsbehovet for cannabisavhengighet i Norge er at tallene EMCDDA refererer til viser kun behandling gitt i spesialisthelsetjenesten. Tallene omfatter dermed ikke tallene fra de mange ulike kommunale behandlingstilbudene. Disse omtales ofte i Norge som hasjavvenning, og tar hovedsakelig utgangspunkt i HAP.

Det er gjort flere store oppsummeringer av forskning på effekt av de ulike behandlingstilbudene for cannabisavhengighet. Jeg velger å presentere funn fra hovedsakelig fire store kunnskapsoppsummeringer; en Cochrane-review av Denis, Lavie, Fatseas, & Auriacombe (2006), en norsk kunnskapsoppsummering fra Atferdssenteret (Kristoffersen et al., 2011) en kunnskapsoppsummering fra EMCDDA (2015) og senest en oppsummering om effekter av ikke-medisinsk bruk av cannabis fra WHO (2016). Oppsummeringene undersøker effekt av behandlingsintervensjoner for cannabisavhengighet, men oppsummeringen fra

Atferdssenteret inkluderer også avhengighet til andre rusmidler. I sistnevnte oppsummering refererer jeg kun til funn knyttet til behandling av cannabisavhengighet.

Denis et al. (2006) inkluderte seks randomiserte kontrollerte studier i sin kunnskapsoppsummering. Studien fant at cannabisavhengighet er vanskelig å behandle poliklinisk, og at redusert bruk preger resultatene mer enn rusfrihet ved oppfølgingsundersøkelse. Behandlingsmetodene i studiene var kognitiv terapi (CBT) over 9 eller flere sesjoner, CBT over kortere tid, CBT i gruppe og MET (Motivational Enhancement Therapy / Motiverende intervju). CBT over 9 sesjoner eller mer viste best effekt med hensyn til rusfrihet etter behandling, men de ulike studiene var for ulike i design til at det var mulig å konkludere etter at de ble sammenlignet.

En norsk kunnskapsoppsummering av ulike modeller for rusbehandling av ungdom fra 12 til 20 år (Kristoffersen et al., 2011) fant at familieorienterte intervensjoner gir en signifikant reduksjon av bruk av cannabis. Forfatterne trekker også frem at de familieorienterte intervensjonene kan ha integrerte individuelle tilnærminger av blant annet motiverende eller kognitiv art.

EMCDDA-oppsummeringen fra 2015 tar for seg studier publisert mellom 2008 og 2012. Rapporten finner at det bør brukes ulike metoder i behandling av ungdom og voksne cannabisavhengige. Behandling av voksne med cannabisavhengighet bør gjøres med kombinasjoner av CBT, MET, og contingency management (CM). CM er en lærings- og belønningsorientert metode som innebærer at brukeren får belønning ved måloppnåelser. Dette kan være penger eller andre goder, for eksempel etter å ha levert en urinprøve som viser reduksjon av metabolitter fra det aktuelle rusmiddelet (Higgins & Petry, 1999). Oppsummeringen fant at familiterapeutiske intervensjoner ga best effekt når det gjaldt behandling av ungdommer med cannabisavhengighet, eller i kombinasjon med individuelle metoder som CBT og MI / MET (EMCDDA, 2015). Rapporten fra Verdens Helseorganisasjon (2016) trekker frem det samme som Hall (2014) om påvirkning på psykisk helse og det samme som EMCDDA (2015) om anbefalinger for behandling av avhengighet.

Hanssen, Ropstad, Clausen & Kristensen (2011) gjennomførte en oppfølgingsstudie av effekten av en gruppebehandling med hasjavvenningsprogrammet (HAP), der 50 personer mellom 18 og 30 år deltok. Studien fant at 12 av 33 som fullførte gruppebehandlingen var rusfrie fra cannabis et år etter behandling. Studien omfattet ikke individuelle tilbud eller kartlegging av effekt på psykisk helse. Det er til nå minimal forskning på metoden HAP, og

metoden er ikke inkludert i de større kunnskapsoppsummeringene jeg presenterte i kapittelet om poliklinisk behandling av cannabisavhengighet.

Nyere oppsummert forskning på behandling av cannabisavhengighet, publisert fra 2006 til 2016, viser i stor grad de samme funnene. Behandling av mindreårige cannabisavhengige bør gjøres gjennom familieterapeutiske intervensjoner, mens kombinasjoner av CBT, MET og CM anbefales som behandling for voksne. Studiene finner at redusert bruk preger resultatene mer enn rusfrihet, og at det må forskes videre på andre behandlingsmetoder

2.8 Hva er det behov for ytterligere forskning på?

Det er dokumentert at det er en sammenheng mellom bruk av cannabis i tenårene, og psykiske lidelser som angst, depresjon og schizofreni, samt lavere livskvalitet og psykisk velvære. Det er likevel usikkert om bruk av cannabis er utløsende årsak til lidelsen, eller om bruk av cannabis er etablert som en problemløser eller «medisin». Cannabis som rusmiddel er som vist i forandring, og hasj og marihuana har nå høyere nivåer av den rusgivende komponenten THC enn tidligere. Konsekvensene av disse forandringene er usikre, men Hall (2014) trekker frem at forandringene kan medføre økt risiko for utvikling av avhengighet og psykiske plager. Forskningen på poliklinisk behandling av cannabisavhengighet viser at det ikke er klart i hvilken grad brukernes psykiske plager forandres gjennom rusbehandling, med unntak av Bucker et al. (2010) som fant en signifikant reduksjon av angst etter behandling. Øvrig litteratur og forskning jeg har funnet undersøker utelukkende behandlingseffekt på rusavhengigheten, eller forekomsten av og sammenhengen mellom bruk av cannabis, psykiske plager og psykisk velvære i ulike populasjoner.

3.0 Studiens hensikt

Masterstudien inngår som en del av en større studie som gjennomføres fra Sykehuset Sørlandet HF, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Prosjektleder for den nasjonale studien er John-Kåre Vederhus. Hovedstudiens hensikt er å undersøke om HAP gitt gjennom gruppebehandling eller individuell behandling gir best effekt, og hvilke langtidseffekter behandling med HAP eventuelt gir. Min studie skal undersøke rusmestring etter behandling, og hvordan behandlingen påvirker deres psykiske helse. Jeg er spesielt opptatt av å finne ut mer om dette ettersom jeg i klinisk praksis har blitt oppmerksom på det som fremstår som en omfattende symptomreduksjon på angst og depresjon og mer livskvalitet etter behandling.

Det er etter mine søk i forskning ikke funnet studier av HAP gitt individuelt som både undersøker rusmestring og bedring av psykisk helse. Studien vil kunne tilføre ny kunnskap om mulige effekter av behandlingsmetoden, og dermed være interessant klinisk. Den vil også kunne gi funn til bruk i utdanning av helse- og sosialarbeidere, psykisk helsearbeidere, og andre terapeuter som møter problemstillinger knyttet til cannabis og cannabisavhengighet i sin praksis.

3.1 Overordnet problemstilling

Studiens overordnede problemstilling er: Hvordan påvirker behandling med HAP deltageres rusmestring og psykiske helse?

Problemstillingen dreier seg om både rusmestring og psykisk helse etter behandling, og jeg ønsker å undersøke effekten av intervensjonen på disse områdene. Jeg går inn i arbeidet med en hypotese om at det er en sammenheng mellom deltageres psykiske helse og deres forbruk av cannabis. Som presentert i innledningen og bakgrunnen for valg av temaet har jeg en hypotese om at deltagerne i studien vil oppleve en bedring av deres psykiske helse ved å fullføre behandling med HAP.

3.2 Forskningsspørsmål og hypoteser

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg følgende forskningsspørsmål i studien;

Forskningsspørsmål 1: Gir behandling med HAP bedre rusmestring?

Null-hypotesen til dette forskningsspørsmålet blir; Behandling med HAP gir ikke bedre rusmestring. Den alternative hypotesen blir; Behandling med HAP gir bedre rusmestring.

Forskningsspørsmål 2: Gir behandling med HAP reduserte psykisk plager?

Null-hypotesen til dette forskningsspørsmålet blir; Behandling med HAP reduserer ikke psykiske plager. Den alternative hypotesen blir; Behandling med HAP reduserer psykiske plager.

Forskningsspørsmål 3: Gir behandling med HAP bedre psykisk velvære?

Null-hypotesen til dette forskningsspørsmålet blir; Behandling med HAP gir ikke bedre psykisk velvære. Den alternative hypotesen blir; Behandling med HAP gir bedre psykisk velvære.

4.0 Design og metode

Studien er en prospektiv intervensjonsstudie uten kontrollgruppe. Intervensjonsstudier har ofte prospektivt design da dette gjør det mulig å evaluere intervensjoner for behandling eller forebygging av sykdom (Thiese, 2014). Studien følger brukere som mottar behandlingstilbudet HAP ved et kommunalt tilbud i Oslo, og undersøker i hvilken grad behandlingen gir forandring på flere områder som skal redegjøres for i dette kapitlet.

Datainnsamlingen foregikk på to tidspunkt; før og etter behandling med HAP, med hovedsakelig 8 ukers mellomrom, i tidsperioden april 2013 til august 2015. Rekrutteringen til studien foregikk ved inntakssamtale til tjenestetilbudet, og første kartlegging ble gjennomført da eller ved neste samtale. Overlevering av dataene for hver deltager etter behandling gjøres via en sikker nettløsning til forskningsansvarlig ved Sykehuset Sørlandet HF. Plottingen av dataene gjøres også av terapeutene som gir behandlingen. Kartleggingsskjemaene ligger som appendix 3.

4.1 Hasjavvenningsprogrammet (HAP)

HAP har sitt utspring fra poliklinikken Rådgivingsbyrån for narkotikafrågor, og et stort antall andre poliklinikker i Sverige. Metoden er videreutviklet fra midten av 1980-tallet, til siste versjon av behandlingsmanualen som ble gitt ut i 2015. Skaperne av behandlingsmetoden er professor Thomas Lundqvist og Dan Ericsson. «Behandlingen baseres på en psykoedukativ teknikk som kompenserer for den kvalitative reduksjonen av kognitive funksjoner som cannab isrøykingen forårsaker» (Lundqvist, 2015, s 3). THC er som presentert tidligere i teksten ett av mange virkestoff fra cannabisplanten som har en psykoaktiv effekt, men THC er viktigst når det kommer til ruseffekt. THC er fettløselig og vil ved inntak over tid, daglig eller tilnærmet daglig i minimum seks måneder, bli værende i fettvevet i kroppen. Dette gjelder spesielt i spesielt hjernen og andre organer. Denne prosessen forårsaker over tid forstyrrelser i kognisjon, følelser og opplevelsen av seg selv. Den langvarige effekten av inntaket skjer litt og litt, og reduserer blant annet korttidshukommelsen, evnen til å planlegge og utføre komplekse oppgaver og beholde konsentrasjonen over tid (Lundqvist, 2015). Den langsomme påvirkning av THC, kombinert med cannabisbrukerens etterhvert reduserte evne til selvrefleksjon kan gjøre det vanskelig å legge merke til denne påvirkningen.

I møtet med brukere som henvises til eller oppsøker HAP er det viktig at behandler er bevisst på den kvalitative forandringen i kognisjon, og ta utgangspunkt i hvordan brukeren selv opplever sin normaltilstand etter langvarig bruk av cannabis. Ved å utforske dette får behandleren inntrykk av hvordan cannabis preger brukeren, og hvilke tanker og følelser han har til å ta i mot behandling for avhengigheten. Behandlingsmodellen tar utgangspunkt i hvilke abstinensreaksjoner som oppstår når brukeren slutter med cannabis etter jevnlig bruk, i tre overlappende faser i avvenningsprosessen. HAP består av hovedelementene kognitiv terapi og psykoedukasjon, og skal gjennomføres over 18 sesjoner, over minimum 8 uker.

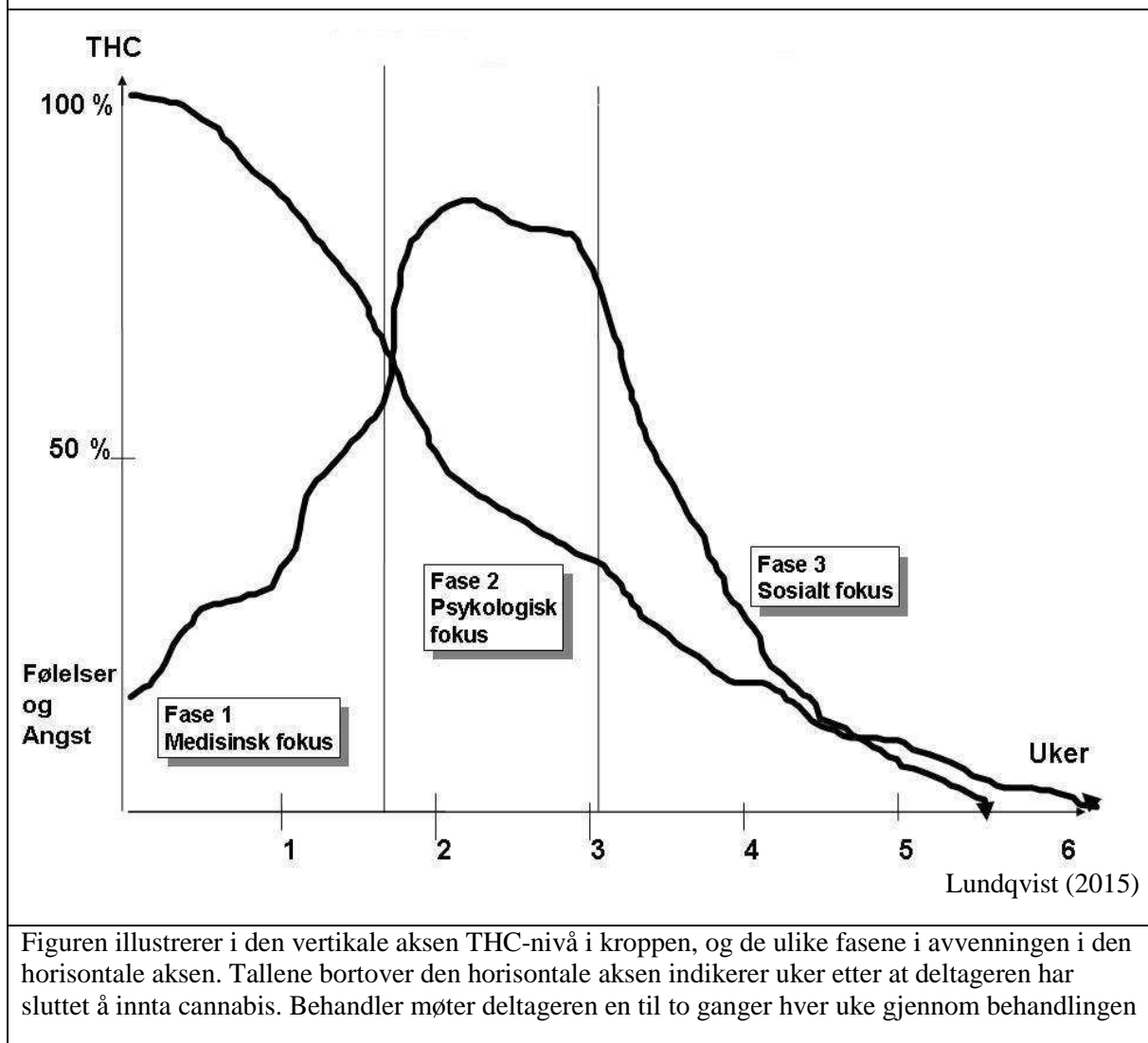
4.1.1 Fase 1 i avvenningen; medisinsk fase

Fase 1 varer i ca 1,5-2 uker, og kjennetegnes av kroppslige abstinenssymptomer som svetting, hodepine, magesmerter, søvnproblemer og intense drømmer. I fase 1 møter behandler brukeren ideelt sett 2-3 ganger i uken. Behandler undersøker hvordan brukeren har det med tanke på rusmestring, hvilke utfordringer brukeren har hatt siden sist, og gir prognose på ubehaget brukeren opplever. Behandler hjelper brukeren til å sette ord på tanker og følelser, og fokuserer på planlegging og strukturering. Brukerne får mye informasjon om cannabis, som gjentas over flere sesjoner da korttidshukommelsen fortsatt er redusert. Behandleren er forholdsvis strukturert i denne fasen, og bringer inn viktige temaer, men det er rom for å ta tak i ulike utfordringer som brukeren opplever (Lundqvist, 2015).

4.1.2 Fase 2 i avvenningen; psykologisk fase

Den psykologiske fasen er perioden da den dempende effekten av cannabis ikke lenger holder følelser og tanker borte, og disse kommer da kraftig tilbake. Fasen er også preget av forhøyet konfliktnivå i relasjoner, noe det er viktig at behandler hjelper brukeren få et rasjonelt forhold til. I Fase 2 gis brukerne mulige forklaringer på de plagene de hadde mens de var i aktivt misbruk av cannabis. Dette gjøres ved å relatere de opplevde plagene med kunnskapen om hvilke områder av hjernen som påvirkes spesifikt av cannabis ved bruk over tid (Lundqvist, 2015).

Figur 1 - Oversikt over fasene i behandlingsmodellen



4.1.3 Fase 3 i avvenningen; sosial fase

Fase 3 kjennetegnes av at følelsene er stabilisert, og at de kognitive evnene er mer eller mindre restituert. Brukerne har bedre kontroll på tanker og har bedre evne til å planlegge. I denne perioden er det vanlig at minner kommer tilbake. Endel opplever sorg knyttet til dette, og sterke opplevelser av å ha tatt mange uhensiktsmessige valg gjennom flere år. Spørsmål om identitet, nettverk, drømmer og mål fremover i livet er sentralt i fase 3. Behandler er i denne fasen mindre styrende i temaene og følger brukerens fokus i større grad enn tidligere i behandlingen. (Lundqvist, 2015).

Hver sesjon i hele programmet inneholder prognose fremover, undersøkelse av rusmestring, gjennomgang av hjemmeoppgaver dersom det er gitt, planlegging av risikosituasjoner, samt ulike temaer knyttet til hver fase. Under hver sesjon utfordrer behandler brukeren til å legge

merke til forandring i fungering, og tenke etter og sammenligne med hvordan det var mens han fortsatt brukte cannabis (Lundqvist, 2015).

4.2 Deltagerne

Deltagerne i studien gjennomførte den samme undersøkelse ved to anledninger, før og etter behandling. Metoden er valgt da den vil gi beskrivelser av deltagerne på ulike måletidspunkt. Dette vil gjøre det mulig å beskrive og tolke deltagerens eventuelle forandring etter behandling. Det er ikke registrert hvilke brukere som takket nei til å delta i studien.

Inklusjonskriteriene til hovedstudien er brukere som har ønsket seg behandling for cannabisavhengighet, som scorer minimum fire på Severity of Dependence Scale (SDS), og som er minimum 16 år. Begge kjønn inkluderes i studien. Eksklusjonskriterier er blandingsmisbruk dominert av tyngre rusmidler, alvorlig psykisk eller somatisk sykdom, eller sterk grad av kriminalitet.

4.3 Spørreskjemaene

Det undersøkes både demografiske og kliniske data i studien. De demografiske dataene skal brukes til å beskrive deltagerne i studiens bakgrunn og kjennetegn. De kliniske verktøyene benyttes til blant annet å få innblikk i avhengighetsgrad, rusmestring, psykiske plager og velvære. Kartleggingsskjemaene kan sees i appendix 3.

4.3.1 Demografiske data:

Innledningsvis i undersøkelsen kartlegges demografiske data. Undersøkelsen kartlegger alder, kjønn, hvem deltagerne bor sammen med, og hvor mange rusbrukende og rusfrie venner de har. Det undersøkes også om de mottar ordinær lønn eller ulike stønader, og hvor mye skolegang eller utdanning deltageren har gjennomført. Skole og utdanningsnivå undersøkes ved at deltagerne svarer på om de har fullført grunnskole, videregående skole, og hvor mange år de har fullført på videregående skole, på høyskole eller universitet. Jeg konstruerte på bakgrunn av disse variablene en ny variabel kalt «utdanningsnivå».

4.3.2 Rusmestring - antall dager med cannabisbruk de siste 30 dager

Antall dager der det aktuelle rusmiddelet er brukt i løpet av de siste 30 dagene er hyppig anvendt som indikator på aktuell bruk. Dette gjelder både i norske og internasjonale studier av forekomst av et rusmiddel, og i kartlegging av problematisk bruk eller avhengighet i klinisk praksis. EMCDDA og norske SIRUS benytter seg av denne målingen gjennom instrumentet EuropAsi (European Addiction Severity Index) som formidles i Norge gjennom Nasjonalt Kompetansesenter ROP. Lauritzen (2010) skriver at EuropASI er egnet til å gjøre en kartlegging av problembelastning, og fungerer som en termometermåler på de ulike dimensjonene, deriblant aktuell bruk av rusmiddelet siste 30 dager.

Addiction Severity Index (ASI) er laget for både utredningsformål, klinisk arbeid og forskning, og instrumentet beskrives og diskuteres av forfatterne i artikkelen «The Fifth Edition of the Addiction Severity Index» (McLellan et al., 1992). I artikkelen tar forfatterne selv opp spørsmålet i hvilken grad antall dager med det aktuelle rusmiddelet de siste 30 dager gir et riktig bilde av brukernes avhengighet eller problematiske bruk. Forfatterne tar høyde for at det kan både gi over- og under-representativt bilde. De skriver at man kan tenke at brukerne kan være på sitt mest problematiske og ha sitt høyeste forbruk da de svarer på spørsmålet, og dermed søker seg til behandling. Videre tar de opp at behandling og kartlegging kan initieres etter at brukeren er satt i fengsel eller være i ulik behandling i sykehus som innebærer at klienten er i et kontrollert miljø før kartleggingen gjøres. Dette kan resultere i et lavere registrert forbruk enn normalt. McLellan et al. (1992) argumenterer for at denne målingen kombinert med data om bruk i et livsperspektiv gir en god beskrivelse av rusforbruket for den aktuelle brukeren. Bruk av cannabis i historisk sammenheng kartlegges i studien gjennom debutalder og hvor mange år cannabis er brukt to dager i uken eller mer. Antall dager med cannabisbruk de siste 30 dager før og etter HAP vil fremover i oppgaven hovedsakelig omtales som rusmestring før behandling, og rusmestring etter behandling.

4.3.3 Varighet og omfang av cannabismisbruket

For å få et historisk blikk på brukernes bruk av cannabis undersøkes både debutalder og hvor mange år de har brukt cannabis to dager eller mer i uken.

4.3.4 Bruk av andre rusmidler

Studien undersøker også aktuell bruk av alkohol, andre rusmidler og nikotin siste uke, gjennom scoring på en 100 mm VAS-linje. Dette brukes for å kontrollere for om andre rusmidler øker i bruk gjennom behandlingen. Denne måten å undersøke bruk av andre rusmidler er ikke testet for validitet og reliabilitet. Spørsmålsformuleringen er som vist under.

«Bruk av alkohol siste uke».

«Bruk av andre rusmidler siste uke».

«Bruk av nikotin siste uke».

4.3.5 Severity of Dependence Scale (SDS)

SDS måler grad av avhengighet til cannabis. Score over 4 er inklusjonskriterie i hovedstudien. SDS består av fem spørsmål med fire svaralternativer som måler psykologisk avhengighet til det aktuelle rusmiddelet, fra 0 til 3. Sumscore regnes ut ved å addere svarene fra hvert av spørsmålene. Gossop et al. (1995) viste at SDS ga en god indikasjon på ulike grader av avhengighet, på tross av at studien omfattet SDS brukt i sammenheng med ulike rusmidler, ved ulike behandlingssteder og i ulike land. Martin et al. (2006) undersøkte om SDS er et godt instrument for å måle avhengighet til cannabis blant tenåringer, da studier av SDS var gjort med voksne brukere frem til da. Studien ble gjort ved å se på 100 tenåringers bruk av cannabis, med SDS som verktøy for å kartlegge avhengighet. SDS-score ble i studien vurdert opp mot kriteriene for avhengighet etter diagnosemanualen DSM-IV. Studien fant SDS som valid og reliabelt verktøy for måling av avhengighet til cannabis blant tenåringer (Martin et al., 2006). SDS scores kun ved første kartlegging, før behandling.

4.3.6 Psykiske plager - Hopkins Symptoms Check List-25 (SCL-25)

SCL-25 er et screeninginstrument som måler symptomer på angst og depresjon, og gir en indikator på psykiske plager (Strand, 2003). SCL-25 består av 25 spørsmål om opplevde plager siste 14 dager, med fire ulike svaralternativer fra «ikke i det hele tatt» (1) til «svært mye»(4). Deltagerne fyller ut skjemaet selv. SCL-25-sumscore beregnes ved å summere svarene og dividere summen på antall spørsmål (25). Cut-off, eller grenseverdi, er 1,7. Sumscore over cut-off indikerer patologi (Barstad, 1997), og stort forbruk av helsetjenester (Sandager et al., 1998). SCL-25 er et veldokumentert verktøy brukt i både klinisk praksis,

norsk og internasjonal forskning (Folkehelseinstituttet, 2015). SCL-25 er funnet valid og reliabelt til screening, men ikke godt nok til å bruke som selvstendig diagnostisk verktøy (Strand, 2003; Nærde et al., 2000; Tambs & Moum, 1993). SCL25 er tidligere målt for intern konsistens av blant annet Kaaya et al. (2002) til Cronbachs alpha koeffisient 0,93. I denne studien fant jeg en Cronbachs alpha koeffisient på 0,92 ved første kartlegging og 0,94 ved andre kartlegging, og dermed svært høy intern konsistens (George & Mallery, 2003). SCL-25 brukes i denne studien som en indikator på psykiske plager.

4.3.7 Psykisk velvære - Outcome Rating scale (ORS)

Outcome Rating Scale (ORS) er hentet fra klient- og resultatstyrt praksis (Miller & Duncan, 2004). I studien brukes en norsk oversettelse gjort av ph.d Morten Anker. Anker har selv forsket på den norske varianten av ORS i parterapi, sammen med utvikler av ORS, Barry Duncan, og Jacqueline Sparks (2009). ORS måler deltagerens endring på fire forskjellige områder i livet, og brukes hovedsakelig som en vurdering av behandlingsresultat. ORS måler hvordan deltagerne har det personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt. ORS fylles ut av deltageren selv, på en 100 mm VAS-linje. En avkrysning 53 mm ut på linjen innebærer en score på 5,3 for den skalaen. ORS-sumscore beregnes ved å addere summen av de fire skalaene, og cut-off er 25. ORS-sumscore under 25 indikerer at deltagerne er sammenlignbare med en klinisk populasjon (Miller & Duncan, 2004). Økning i sumscore på 5 eller mer, som samtidig krysser grenseverdien for cut-off, vurderes som en klinisk pålitelig bedring, som vil vare over tid (Duncan & Sparks, 2010). ORS er testet i ulike studier og er funnet valid og reliabelt (Miller, 2012). I denne studien fant jeg en Cronbachs alpha koeffisient på 0,78 ved første kartlegging og 0,88 ved andre kartlegging, og dermed god intern konsistens (George & Mallery, 2003).

I den engelskspråklige varianten av ORS brukes begrepene «personal well-being» og «general sense of well-being» på henholdsvis første og fjerde spørsmål i instrumentet. Denne begrepsbruken peker i større grad og mer eksplisitt enn den norske på psykisk velvære. Campbell & Hemsley (2009) undersøkte i hvilken grad score i ORS korrelerte med score i mer omfattende kartleggingsverktøy for livskvalitet (Quality of Life Scale), selvtillit (Rosenberg Self-Esteem Scale) og mestringstillit (General Self-efficacy Scale). Studien fant at ORS hadde signifikante og sterke korrelasjoner med de mer omfattende kartleggingene, og at ORS utgjør en rask og valid kartlegging av livskvalitet, selvtillit og mestringstillit.

I denne studien tar jeg utgangspunkt i dette innholdet i psykisk velvære, og ORS undersøker og gir et øyeblikksbilde av psykisk velvære som beskrevet over.

4.3.8 Motivasjon og tro på endring.

Brukernes motivasjon til endring, tro på egen mestringsevne til å bli rusfri og hvor viktig dette er for brukeren undersøkes gjennom de tre spørsmålene under. Spørsmålene besvares ved bruk av tre 100 mm VAS-linjer. Denne spesifikke spørsmålsformuleringen har ikke vært gjenstand for forskning, og har dermed uklar validitet og reliabilitet. Spørsmålene er formulert som vist under.

«Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?»

«Hvor stor tro har du på at du skal klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?»

«Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?»

4.3.9 Klientenes opplevde nytte av tilbudet

Brukerens egenopplevde nytte av hjelpen de har fått av behandlingen scores med en 100 mm VAS-linje, med teksten under.

«Angi hvilken nytte du TOTALT SETT mener å ha hatt av hasjavvenningskurset (angi antall millimeter på linjen)».

Denne spesifikke spørsmålsformuleringen har ikke vært gjenstand for forskning, og selve scoringen har dermed uklar validitet og reliabilitet. Dette måles kun etter behandling.

4.3.10 Anbefale HAP?

Kartleggingen etter behandling avsluttes med spørsmålet under.

«Dersom en venn av deg hadde vært i samme situasjon som du, ville du ha anbefalt han/henne å delta på hasjavvenningskurset?» Dette spørsmålet besvares med alternativene ja, nei eller vet ikke.

Tabell 4.1 Inkluderte variabler i studien.

Variabelnavn	Variabeltype
Alder	Skalanivå
Kjønn. 1=Mann, 2=Kvinne	Nominalnivå
Hva har vært din hovedinntektskilde de SISTE 30 DAGENE?	Ordinalnivå
Hva er din sivilstatus? 1= Ugift/enslig. 2=Gift/samboer	Nominalnivå
Hvordan bor du? 1=Bor alene, 2=Bor med partner/samboer, 3=Bor med oppvekstfamilie, 4=Bor sammen med andre	Ordinalnivå
Utdanningsnivå. 1=fullført grunnskole, 2=fullført videregående skole, 3= påbegynt eller fullført høyskole-/universitetsutdanning.	Ordinalnivå
Antall rusfrie/nyktre venner som du bruker tid sammen med?	Skalanivå
Antall venner du bruker tid sammen med som ruser seg?	Skalanivå
Hvor gammel var du første gang du brukte cannabis?	Skalanivå
Antall år du har brukt cannabis 2 dager el. mer pr uke?	Skalanivå
Grad av avhengighet til cannabis (SDS-score)	Skalanivå
- Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Skalanivå
- Hvor stor tro har du på at du skal klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Skalanivå
- Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Skalanivå
FØR HAP - Antall dager med cannabisbruk DE SISTE 30 DAGER	Skalanivå
ETTER HAP - Antall dager med cannabisbruk SISTE 30 DAGER	Skalanivå
«Bruk av alkohol siste uke»	Skalanivå
«Bruk av andre rusmidler siste uke».	Skalanivå
«Bruk av nikotin siste uke».	Skalanivå
FØR HAP SCL-25	Skalanivå
ETTER HAP SCL-25	Skalanivå
FØR HAP ORS	Skalanivå
ETTER HAP ORS	Skalanivå
Angi hvilken nytte du TOTALT SETT mener å ha hatt av hasjavvenningskurset (angi antall millimeter på linjen)	Skalanivå
Dersom en venn av deg hadde vært i samme situasjon som du, ville du ha anbefalt han/henne å delta på hasjavvenningskurset? 1=Nei, 2=Ja, 3=Vet ikke	Ordinalnivå

4.4 Forskningsetikk og personvern

Helsinkideklarasjonen etterfulgte Nurnbergkodeksen, som kom som en konsekvens av grove overtramp i medisinsk forskning etter andre verdenskrig. I Helsinkideklarasjonen står det informerte samtykket sentralt, og deklarasjonen tydeliggjør at det forskningsetiske ansvar ligger hos forskeren. Deltagerne i denne studien har mottatt og lest informasjon om studiens

formål og gjennomføring, og gitt skriftlig informert samtykke til deltagelse. Informasjonsskrivet til deltagerne og samtykkeskjema ligger som appendix 2.

Deltagerne har blitt informert om at de når som helst kan trekke samtykket til deltagelsen i studien. Forskningsansvarlig for studien oversendte meg dataene i anonymisert form for analyse. Hovedstudien er godkjent av REK i 2012, og det ble sendt endringsmelding til REK da jeg ønsket å benytte meg av dataene. Jeg ble innskrevet som prosjektmedarbeider i studien 16.juni 2015 (appendix 1) og dette er godkjent av veileder fra Høgskolen i SørØst-Norge, professor Hilde Eide, som tilstrekkelig for å fortsette med masterstudien.

4.5 Analyser

Dataene blir analysert ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS (versjon 23). Materialet vil bli behandlet med deskriptiv statistikk, korrelasjonsanalyser, multipl lineær regresjonsanalyse, Wilcoxon Sign-Rank Test og parret t-test. Distribusjonen av data er undersøkt med Kolmogorov–Smirnov-test for normaldistribusjon, og signifikansverdi under $p=0,05$ innebærer ikke-normalfordeling (Pallant, 2013). Data for rusmestring ($p=0,009$) er ikke-normalfordelt, mens data for SCL25-sumscore ($p=0,200$) og ORS-sumscore ($p=0,134$) er normalfordelt. Wilcoxon Sign-Rank Test vil undersøke om det er signifikante forskjeller i rusmestring, og parret t-test vil undersøke om det er signifikante forskjeller i SCL25-sumscore og ORS-sumscore, før og etter behandling. Jeg vil benytte korrelasjonsanalysen Spearmans rho for korrelasjon mellom variablene. Denne korrelasjonstesten er valgt da dataene i flere variabler ikke tilfredstiller kravet om normaldistribusjon for pearsons r. I korrelasjonsanalysen finner vi både graden av korrelasjon ved å se på korrelasjonskoeffisienten rho, som angir retningen, styrken, og signifikansnivået til hver korrelasjon. Signifikansnivå ble satt til $p<0,05$. Johannessen, Tufte & Kristoffersen. (2010) viser til et forslag av Cohen og Holliday (1982) om tolking av korrelasjonskoeffisienter som vist under.

Spearman's rho på 0,00 til 0,19 skal tolkes som en veldig svak korrelasjon. Korrelasjon 0,20 til 0,39 skal tolkes som svak, mens 0,40 til 0,69 skal tolkes som en moderat korrelasjon. Korrelasjon på 0,70 – 0,89 skal tolkes som sterk, mens 0,90 til 1,00 skal tolkes som en veldig sterk korrelasjon. Se vedlagte korrelasjonsmatrise (appendix 4) for oversikt over korrelasjoner mellom variablene. For å undersøke effekten av intervensjonen vil jeg kalkulere

effektstørrelsen Cohens d. Cohens d på 0,20 eller høyere indikerer en liten effekt, Cohens d på 0,50 eller høyere indikerer en medium effekt, mens Cohens d på 0,80 eller mer skal regnes som en stor effektstørrelse (Cohen, 1988). Diskusjonen vil ta utgangspunktet i funnene i analysen, og jeg vil forsøke å tolke funnene, sammenligne de med funn i tidligere forskning, og se etter kliniske konsekvenser av funnene.

5.0 Resultat fra analyse

I dette kapitlet vil jeg presentere utvalget, fremgangsmåten i de statistiske analysene og resultatene av de.

5.1 Utvalget

41 deltagere er inkludert i studien, og av disse fullførte 33 behandlingen. Åtte deltagere falt fra behandlingen. Utvalget består av en klar overvekt mannlige deltagere, som teller 78% av utvalget både før og etter behandling. Gjennomsnittsalderen til deltagerne er før behandling 26,3 år og etter behandling 26,6 år, med en spredning på 17 til 49 år. Deltagerne var i stor grad ugift eller enslige (75%) både før og etter behandling. Deltageres boposisjon var svært ulik og jevnt fordelt utover kategoriene bor alene (29,3%), bor med partner/samboer (29,3%), bor med oppvekstfamilie (29,3%) og bor sammen med andre (12,2%). Alle deltagerne i studien hadde fullført grunnskolen, mens 11 hadde fullført videregående skole. 10 av deltagerne hadde påbegynt eller fullført utdanning på Universitet eller Høyskole. I utvalget før behandling var 20 personer i lønnet arbeid, mens 12 personer var mottagere av sykepenger eller andre stønader fra NAV. Ingen av deltagerne var mottagere av uføretrygd. Alle de 20 deltagerne som var i lønnet arbeid fullførte behandling. Økonomisk støtte fra foreldre eller annen familie var hovedinntekt til 5 personer. To personer oppga kriminalitet eller salg av rusmidler som sin hovedinntekt, og to personer oppga ikke inntektskilden sin.

Gjennomsnittlig debutalder for deltagerne i studien var 16,1 år. Gjennomsnittlig antall år der cannabis er brukt 2 ganger eller mer i uka er 7,7 år. Spredningen rundt gjennomsnittet er som vist i tabell 5.1 stort når det gjelder historisk bruk av cannabis, og indikerer at deltagerne har svært ulik erfaring. Avhengighetsgraden til cannabis (SDS-score) er for deltagerne i denne studien 8,7.

Tabell 5.1 Utvalget i studien

Utvalget før behandling (n=41)			Utvalget etter behandling (n=33)			
	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)	Sign.	Effekt strl.
Alder, i år,	n=41	26,3 (7,7)	n=33	26,6 (8,1)		
Kjønn	n=41	n (%)	n=33	n(%)		
Menn		32 (78)		26 (78,8)		
Kvinner		9(22)		7 (21,2)		
Inntektsklide	n=41	n (%)	n=33	n(%)	p=0,664	
Ordinær lønn		20(48,8)		20 (60,6)		
Sykepenger		2 (4,9)		1 (3,0)		
Stønad fra NAV		10 (24,4)		6 (18,2)		
Uføretrygd		0 (0,0)		0 (0,0)		
Familie / foreldre		5 (12,1)		6 (18,2)		
Salg / kriminalitet		2 (4,9)		0		
Ingen inntekt oppgitt		2 (4,9)		0		
Hva er din sivilstatus?	n=41	n (%)	n=33	n(%)		
Ugift / Enslig		31 (75,6)		25 (75,8)		
Gift / Samboer		10 (24,4)		8 (24,2)		
Hvordan bor du?	n=41	n (%)	n=31	n(%)	p=0,662	
Bor alene		12 (29,3)		9 (22,0)		
Bor med partner/samboer		12 (29,3)		8 (19,5)		
Bor hos oppvekstfamilie		12 (29,3)		8 (19,5)		
Bor sammen med andre		5 (12,2)		6 (14,6)		
Utdanningsnivå, n=41	n=41	n(%)	n=32	n(%)	p=0,423	
Fullført grunnskole		20 (48,8)		16 (50,0)		
Fullført videregående skole		11 (26,8)		8 (19,5)		
Påbegynt eller fullført utdanning Høgskole / Universitet		10 (24,4)		8 (19,5)		
Historisk bruk & avhengighet	n=40					
Antall år der cannabis er brukt 2 dager i ganger i uka eller mer		7,7 (6,9)				
Debutalder cannabis		16,1 (2,9)				
Grad av avhengighet til cannabis (SDS)		8,7 (3,2)				
Psykisk helse		Mean (SD)		Mean (SD)	Sign.	Effekt strl.
SCL-25-sumscore	n=40	2,2 (0,6)	n=31	1,53 (0,48)	p<0,000**	1,19
ORS-sumscore	n=40	19,5 (8,4)	n=33	28,5 (8,2)	p<0,000**	1,17
En parret t-test er benyttet som analyseverktøy før og etter behandling.						
* signifikant på 0,05-nivå (2-sided)						
** signifikant på 0,01-nivå (2-sided)						

5.2 Gir behandling med HAP bedre rusmestring?

Før behandling brukte deltagerne cannabis 20,7 dager av de siste 30 dager. Etter behandling brukte deltagerne cannabis 2,7 dager av de siste 30 dager. En Wilcoxon Signed-Ranks Test ble benyttet da dataene ikke oppfylte kravet til normalfordistribusjon for parret t-test. Testen fant en signifikant lavere bruk av cannabis etter behandling (Med: 0) enn før behandling (Med: 24,5), $z = -4,903$, $p < 0,000$. For å undersøke effekten av behandlingen beregnet jeg effektstørrelsen Cohens D til 2,39. Cohens D på 2,39 vurderes som en stor effektstørrelse (Cohen, 1988). Se tabell 5.2.

Deltagerne i studien har en signifikant reduksjon i antall venner som ruser seg; fra 4,8 rusbrukende venner før behandling til 3,5 rusbrukende venner etter behandling. Det ble også funnet en signifikant økning ($p = 0,044$) i deltagernes tro på at de fortsatt skal klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke cannabis, fra 77,6 til 84,0. Motivasjon for å bli rusfri økte fra 76,4 til 80,1, men dette var såvidt utenfor grenseverdi for signifikans med $p = 0,061$. Det ble ikke funnet signifikante forandringer i bruk av alkohol, nikotin eller andre rusmidler. Korrelasjonstesten Spearmans rho fant en signifikant ($r = -0,381$ og $p = 0,032$) korrelasjon mellom psykisk velvære før behandling og rusmestring etter behandling. Ifølge Cohen og Holliday (1982) skal pearsons $r = -0,381$ tolkes som svak, men på grensen til moderat korrelasjon. Det ble ikke gjennomført en regresjonsanalyse for å undersøke forklarende variabler i materialet da det ikke ble funnet grunner til dette i korrelasjonsanalysene. Resultatet av de statistiske analysene støtter den alternative hypotesen om at behandling med HAP gir bedre rusmestring.

Tabell 5.2 - Rus, før og etter behandling.

	Før behandling (n=40)			Etter behandling (n=33)				
	Mean (SD)	Med	Range	Mean (SD)	Med	Range	Sign.	Efkt strl
Antall dager der cannabis er brukt siste 30 dager	20,7 (9,5)	25	0 - 30	2,7 (4,8)	0	0 - 20	$p < 0,000^{**}$	2,39
«Bruk av alkohol siste uke»	14,7 (16,1)		0 - 59	15,0 (17,9)		0 - 53	$p = 0,653$	
«Bruk av andre rusmidler siste uke».	3,0 (11,5)		0 - 64	0,7 (3,4)		0 - 19	$p = 0,230$	
«Bruk av nikotin».	63,4 (40,0)		0 - 100	57,7 (34,1)		0 - 100	$p = 0,443$	

	Før behandling (n=40)			Etter behandling (n=33)				
	Mean (SD)	Med	Range		Med	Range	Sign.	Efkt strl
Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	76,4 (25,9)	90,5	0 - 100	80,1 (24,6)	88	13 - 100	p=0,061	
Hvor stor tro har du på at du skal klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	77,6 (23,4)	85	15 - 100	84,0 (21,9)	96	6 - 100	p=0,044*	0,28
Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	86,3 (24,1)	99	4 - 100	81,6 (25,5)	91	0 - 100	p=0,628	
Nettverk, venner som er rusfrie	(n=40)	(n=31)						
	3,5 (5,3)	2	0 - 30	3,2 (2,6)	3	0 - 10	p=0,315	
Nettverk, venner som ruser seg	(n=41)	(n=32)						
	4,8 (3,5)	5	0 - 15	3,5 (3,5)	3	0 - 15	p<0,000**	0,37
<i>Wilcoxon Signed-Rank Test er benyttet som analyseverktøy av forandring i antall dager der cannabis er brukt siste 30 dager, og parret t-test for deltagerens motivasjon, mestringstro, opplevd viktighet av å forbli rusfri, og nettverk. *signifikant på 0,05-nivå (2-sided), ** signifikant på 0,01-nivå (2-sided)</i>								

5.3 Gir behandling med HAP reduserte psykisk plager?

Før behandling var gjennomsnittlig SCL-25-sumscore 2,20 (SD=0,62). Dette er 0,50 over cut-off for instrumentet, og indikerer at deltagerne i gjennomsnitt er belastet med angst og depresjon før behandling. Etter behandling var gjennomsnittlig SCL-25-sumscore 1,53 (SD=0,49), og dette er 0,17 under cut-off. Se tabell 5.3. En parret t-test ble benyttet for å sammenligne gjennomsnittlig SCL-25-sumscore før og etter behandling. Det ble funnet en statistisk signifikant reduksjon i SCL-25-sumscore mellom målepunktene før behandling (M=2,20, SD=0,62) og etter behandling (M=1,53, SD= 0,49); $t(29) = 6,51$, $p < 0,000$. For å undersøke effekten av behandlingen beregnet jeg effektstørrelsen Cohens D til 1,19. Cohens D på 1,19 regnes som en stor effektstørrelse (Cohen, 1988). Gjennomsnittlig SCL-25-sumscore var redusert med 0,67 (CI 95%, 0,46 til 0,88).

5.3.1 Regresjonsanalyse SCL-25 - Hva predikerer reduserte psykiske plager?

For å undersøke sammenhengen mellom reduserte psykiske plager og mulige forklarende variabler gjennomførte jeg korrelasjonstesten Spearmans rho. Korrelasjonstesten viste

signifikante korrelasjoner mellom psykiske plager etter behandling og inntektskilde, kjønn, sivilstatus og psykiske plager før behandling. Se appendix 4 for korrelasjonsmatrise.

Disse ble benyttet som uavhengige variabler i en multippel lineær regresjonsanalyse, der avhengig variabel er psykiske plager (SCL-25-sumscore) etter behandling. Dataene i den avhengige variabelen er på skalanivå, normalfordelt og det er testet og kontrollert for «ville observasjoner». Dette er forutsetninger for avhengig variabel ved lineær regresjonsanalyse (Pallant, 2013). Psykiske plager før behandling er data på skalanivå, mens inntektstype, kjønn og sivilstatus er variabler på nominal- og ordinalnivå som består av svaralternativer som er gitt tallverdier. På den måten kan variablene inngå i en lineær regresjonsanalyse, ved å kjenne betydningen av hver verdi.

Jeg kalkulerte en multippel lineær regresjonsanalyse for å predikere hvordan psykiske plager etter behandling påvirkes av inntektstype, kjønn, sivilstatus og psykiske plager før behandling. En signifikant regresjon ble funnet ($F(4, 17) = 4,582, p=0,011$), forklart varians = 0,406. I regresjonsanalysen har kun inntektstype en selvstendig signifikant påvirkning på psykiske plager etter behandling ($\beta = 0,553, p=0,007$). Dette innebærer at hver økning i inntektstype vil innebære en økning i 0,553 i SCL-25-sumscore. Regresjonsanalysen kan forklare 40,6% av den observerte forskjellen i SCL-25-sumscore etter behandling. Forklart varians over 26% er av Cohen (1988) vurdert som en betydelig prediktor. Resultatet av de statistiske analysene støtter den alternative hypotesen om at behandling med HAP gir reduserte psykiske plager.

Tabell 5.3 Psykiske plager

	Før behandling (n=40)		Etter behandling (n=31)			
	Gjennomsnitt (std.avvik)	Range	Gjennomsnitt (std.avvik)	Range	Sign	Effekt strl.
SCL-25- sumscore	2,20 (0,62)	1,1 - 3,2	1,53 (0,49)	1,00 - 2,84	$p<0,000^{**}$	1,19
	Antall (%)					
Antall med score under cut- off (<1,7)	10 (25%)		21 (67,7)			
Antall med score over cut- off (>1,7)	30 (75%)		10 (32,3%)			
En parret t-test er benyttet som analyseverktøy for SCL-25 før og etter behandling. * signifikant på 0,05-nivå (2-sided), ** signifikant på 0,01-nivå (2-sided)						

5.4 Gir behandling med HAP bedre psykisk velvære?

Før behandling var ORS-sumscore 19,5 som er 5,5 under cut-off på 25. Etter behandling var ORS-sumscore 28,5 som er 3 over cut-off. Se tabell 5.4. En parret t-test ble benyttet for å sammenligne gjennomsnittlig ORS-sumscore før og etter behandling. Det ble funnet en statistisk signifikant økning i ORS-sumscore mellom målepunktene før behandling ($M=19,8$ og $SD=7,2$) og etter behandling ($M=28,8$ og $SD=8,1$); $t(31)=5,2$, $p<0,000$. For å undersøke effekten av behandlingen beregnet jeg effektstørrelsen Cohens D til 1,17. Cohens D på 1,17 regnes som en stor effektstørrelse (Cohen, 1988). Gjennomsnittlig ORS-sumscore økte med 9,0 (CI 95%, -12,5 til -5,4).

5.4.1 Regresjonsanalyse ORS - Hva predikerer bedre psykisk velvære?

For å undersøke sammenhengen mellom psykisk velvære og mulige forklarende variabler gjennomførte jeg korrelasjonstesten Spearmans rho. Se korrelasjonsmatrise i appendix 4. Korrelasjonstesten fant to signifikante korrelasjoner mellom psykiske velvære etter behandling og inntektstype og motivasjon for å slutte å bruke cannabis før behandling. Disse variablene ble inkludert i en multippel lineær regresjonsanalyse for å undersøke hva som predikerer bedre psykisk velvære etter behandlingen. Psykisk velvære før behandling ble inkludert i regresjonsanalysen for å kontrollere for denne variabelen. Dataene i psykisk velvære etter behandling (ORS-sumscore) er på skalanivå, normalfordelt og er testet og kontrollert for «ville observasjoner».

Jeg kalkulerte en multippel lineær regresjonsanalyse for å predikere hvordan psykisk velvære etter behandling påvirkes av inntektstype og motivasjon for å slutte før behandling. En signifikant regresjon ble funnet ($F(2, 21) = 5,961$, $p=0,009$), forklart varians = 0,301. I regresjonsanalysen har kun inntektstype en selvstendig signifikant påvirkning på psykiske plager etter behandling ($\beta = -0,555$, $p=0,005$). Regresjonsanalysen kan forklare 30,1% av den observerte forskjellen i ORS-sumscore etter behandling. Forklart varians over 26% er av Cohen (1988) vurdert som en betydelig prediktor.

Resultatet av de statistiske analysene støtter den alternative hypotesen om at behandling med HAP gir økt psykisk velvære.

Tabell 5.4 – Psykisk velvære

	Før behandling (n=40)		Etter behandling (n=33)			
	Gjennomsnitt (std.avvik)	Range	Gjennomsnitt (std.avvik)	Range	Sign.	Effekt strl.
ORS- sumscore	19,5 (8,4)	2,4 - 39,2	28,5 (8,2)	11,40 - 40	p<0,000**	1,17
	Antall (%)					
Antall med score under cut-off (>25)	29 (72,5%)		11 (33,3%)			
Antall med score over cut-off (<25)	11(27,5%)		22 (66,7%)			
<i>En parret t-test er benyttet som analyseverktøy for ORS før og etter behandling. * signifikant på 0,05-nivå (2-sided), ** signifikant på 0,01-nivå (2-sided)</i>						

6.0 Diskusjon

Denne studien har sett på et poliklinisk behandlingstilbud for cannabisavhengige, og undersøkt effekten behandlingen har på deltageres rusmestring, psykiske plager og psykisk velvære. Studien er en prospektiv intervensjonsstudie der deltagerne har gjennomført en kartlegging før og etter behandling. Diskusjonen om resultatene fra analysen vil ta utgangspunktet i forskningsspørsmålene, og ta disse for seg kronologisk. Diskusjonen vil vurdere funnene opp mot den tidligere forskningen som ble presentert i innledningen til studien, samt kliniske tolkninger av funnene.

6.1 Får deltagerne bedre rusmestring?

Jeg har vist gjennom analysen at mottagere av behandlingstilbudet HAP har et signifikant lavere forbruk av cannabis etter behandling enn før behandling, og presentert en stor effektstørrelse av behandlingen. Gjennom korrelasjonstesten har jeg analysert datamaterialet for variabler som kan forklare deler av den observerte endringen i rusmestring etter behandling. Korrelasjonstesten viser at det ikke finnes signifikante variabler som kan forklare forandringen i rusmestring. Analysene viser at behandling med HAP bidrar til økt rusmestring. Denne studien inneholder likevel bare data fra før og etter behandling, og viser dermed ikke hvilken eventuell langvarig effekt behandlingen har.

Resultatene i denne studien har likhetstrekk med resultatene av andre studier av poliklinisk behandling for cannabisavhengighet (Denis et al, 2006; Kristoffersen et al., 2011 & EMCDDA, 2015). Tidligere studier har vist at rusbehandling har ulik effekt på deltagerne, og at redusert bruk preger resultatene. Jeg fant imidlertid i denne studien at 57,5% av deltagerne ble rusfri etter behandlingen, og dermed en høyere forekomst av rusfrihet enn redusert bruk. Denis et al. (2006) fant at behandlingstilbudet som ga høyest grad av rusfrihet var et tilbud basert på MET og CBT over ni sesjoner eller mer. HAP er basert på psykoedukasjon, CBT og anbefales supplert med motiverende intervju, og gis i 18 sesjoner. MET baserer seg på motiverende intervju.

EMCDDA (2015) og Kristoffersen et al. (2011) fant et lignende resultat, at MET og CBT, gir best resultatet med hensyn til rusmestring, og at det med fordel kan kombineres med CM. Redusert bruk preger også her resultatene fremfor rusfrihet, etter både selve behandlingen, og ved oppfølgingsundersøkelser. Rapporten fra EMCDDA konkluderer også med at ulike behandlingstilbud til cannabisavhengige er nødvendig, og at ikke alle vil profitere på de samme behandlingsmetodene.

6.1.1 Økt mestringstillit etter behandling

Resultatet behandlingen har på rusmestring er interessant å se i sammenheng med den signifikante økningen i deltagerne tro på at de skal klare å fortsatt la være å bruke cannabis. Denne forandret seg fra 77,6 før behandling til 84,0 etter behandling. Måleinstrumentet er ikke undersøkt for reliabilitet eller validitet, men resultatene kan tyde på at deltagerne har sterkere mestringstillit etter behandling enn før behandling. Flere studier har vist en sterk sammenheng mellom mestringstillit og forbruk av rusmidler etter behandling (Kadden & Litt, 2011). Bandura (Bandura, 1986, i Kadden & Litt, 2011) fant at mennesker med både metoder for å avstå fra rusmidler og sterk mestringstillit er mer kapable til å mobilisere nødvendige krefter for å motstå høyrisikosituasjoner for rusinntak. Bandura fant også at mennesker med sterk mestringstillit i større grad enn mennesker med lav mestringstillit klarer å hente seg inn igjen ved et enkelt tilbakefall, og forhindre et større tilbakefall. I studier av sammenhengen mellom mestringstillit og cannabis er det funnet at mestringstillit var en sterk prediktor for cannabisbruk etter behandling og omfang av bruk (Stephens, Wertz & Roffman, 1995, i Kadden & Litt, 2011). I en annen studie fant forskerne at mestringstillit var den beste prediktoren for et helt års rusfrihet fra cannabis etter å ha vært til behandling for det. Mestringstillit var en bedre prediktor på dette enn rusfrihet under behandling (Litt, Kadden,

Kabela-Cormier & Petry, 2008). Mestringstillit er en potensielt sterk indikator på hvordan det kan gå med deltagerne i denne studien etter endt behandling. Som vist i Kadden et al. (2011) kan dette være en sterkere prediktor på varig rusfrihet eller varig redusert bruk enn selve forandringen som ble etablert under behandling.

6.1.2 Andre konsekvenser av økt rusmestring

Jeg vil videre presentere mine tolkninger om hva slags mulig innvirkning den reduserte bruken kan ha på daglig aktivitet og samhandling med andre mennesker. Først og fremst; for den som reduserer forbruket av cannabis fra 20 dager i måneden til i underkant av 3 dager i måneden, vil dette innebære en frigjøring av tid og ressurser som kan brukes til å gjøre noe annet i livet. Min erfaring med behandling av cannabisavhengige er at cannabis har en passiviserende effekt på mange ved bruk over tid. Fraværet av denne passiviserende effekten tolker jeg at kan bidra til en positiv endring for den som opplever det.

I introduksjonen av cannabis som rusmiddel presenterte jeg teorien om at inntak av cannabis over tid vil kunne føre til reduserte kognitive evner (Lundqvist, 2015 & Shrivastava et al., 2011), og at ved avholdenhet fra cannabis i fire uker vil disse evnene være delvis eller helt restituert. I denne studien oppnådde 19 av de 33 som fullførte behandlingen rusfrihet. Den gjennomsnittlige bruken av cannabis etter endt behandling var totalt 2,7 dager av de siste 30 dagene. Det er ikke mulig i denne studien å måle hvor mye de kognitive evnene er restituert for de som ble rusfrie, eller de som oppnådde redusert bruk. Sett i sammenheng med teorien om at fire ukers rusfrihet vil gi helt eller delvis restituerte evner tolker jeg resultatene dithen at deltagerne i studien kan ha oppnådd en delvis kognitiv restitusjon. Dette kan innebære bedre korttidshukommelse, bedre evne til impulskontroll, planlegging og problemløsning.

6.1.3 Mindre kontakt med et kriminelt salgsmiljø

Etter min kliniske erfaring med behandling av cannabisavhengige i 5 år er mitt inntrykk at de færreste brukerne av cannabis dyrker planten selv, og må derfor være i kontakt med noen som selger. Dette har igjen hovedsakelig tre konsekvenser. Det første er at det i perioder vil ta mye tid å fremskaffe rusmiddelet dersom man ikke har en fast leverandør. For det andre innebærer dette kontakt med et kriminelt miljø. Kontakt med et kriminelt miljø i seg selv kan være en risiko for å bli utsatt for uønskede handlinger. I en studie av 20 selgere av rusmidler fant forskerne at selgerne var både utsatt for voldshandlinger og ran, og at de selv utøvde dette

som reaksjon på å bli ranet. Selgerne av rusmidler i studien gikk naturlig nok ikke til politiet da de hadde blitt utsatt for ran eller vold (Topalli, Wright & Fornango, 2002). Dette er ikke overraskende funn, men de kan gi et bilde av et miljø der vold og ran utøves hyppigere enn ellers i samfunnet. For det tredje innebærer denne kontakten igjen en økt risiko for å komme i kontakt med politiet og dermed mulige straffereaksjoner. Det å bli mindre eksponert for kontakt med denne type miljøer vurderer jeg at kan føre til mindre stress og bekymringer.

6.1.4 Økonomi

Når det gjelder kostnader knyttet til forbruk av cannabis er det flere uklarheter som må nevnes for å danne bakgrunn for en tolkning av eventuelle økonomiske konsekvenser redusert bruk kan innebære. Først og fremst er det store forskjeller i pris og kvalitet på cannabisprodukter som omsettes og det er hovedsakelig forskjell i pris mellom hasj og marihuana. Hasj har hatt en stabil gatepris i Oslo på 100 kroner for et gram (Tveiten, 2011; Sandberg & Pedersen 2010, s 125), mens 10 gram koster mellom 700 og 800 kroner (Rus & Samfunn, nr 5/2006). Jeg kjenner ingen troverdige kilder når det kommer til pris på marihuana omsatt i Oslo, men brukere oppgir at det hovedsakelig er noe dyrere enn hasj, opp til 180-200 kr for et gram marihuana av høy kvalitet. Dersom man tar utgangspunkt i at daglig inntak er ca 1 gram cannabis, til en gjennomsnittlig kostnad av 150 kroner, vil den gjennomsnittlige reduksjonen i kostnadene være redusert fra ca 3000 kroner til 450 kroner i måneden. Dette er etter min erfaring et svært nøkternt estimat, med tanke på at daglig forbruk av cannabis før behandling ofte overstiger 1 gram. Det vil selv med dette nøkterne estimatet være positive økonomiske konsekvenser knyttet til en reduksjon i forbruk som vist i resultatene av denne studien.

6.1.5 Normbrudd og sosial eksklusjon

Samfunnet vårt består av regler og normer vi alle forholder oss til bevisst og ubevisst. Normene regulerer hvordan vi lever livene våre, og bidrar til at vi tilpasser oss samfunnet (Hillestad, 2006). Rusavhengighet eller rusmisbruk representerer et klart normbrudd, og bruk av illegale rusmidler innebærer også mulige strafferettslige konsekvenser.

Sosial eksklusjon kan defineres som en kombinasjon av mangel på økonomiske ressurser, sosial isolasjon og begrenset adgang til sosiale rettigheter og borgerrettigheter. Det er et relativt begrep innenfor det enkelte samfunn og

representerer en progressiv akkumulasjon av sosiale og økonomiske faktorer over tid (EMCDDA, 2003,s 65).

Misbruk av rusmidler eller rusavhengighet kan være både en konsekvens av en eksklusjonsprosess eller være av flere årsaker til eksklusjonen.

Cannabis tolkes i voksende grad som et mildt rusmiddel. En studie av studenter på Universitetet i Oslo og ved et mindre og mer konservativt studiested fant at studentene ved Universitetet i Oslo nå rangerte alkohol som mer skadelig enn cannabis (Pedersen & Soest, 2015). Alt i alt er funnene annerledes enn tidligere studier gjort av den norske befolkningens holdninger til cannabis. Dette kan tyde på en forandring i hvordan samfunnet tolker farene ved bruk av cannabis, og denne forandringen kan bidra til en redusert sosial eksklusjon av brukere av cannabis.

Cannabis er fortsatt et illegalt rusmiddel, og det er ulike oppfatninger i Norge om hvor skadelig cannabis er. Bruk av cannabis vil dermed fortsatt kunne medvirke til en sosial eksklusjon i samfunnet for den som bruker det. Funnene om rusfrihet eller redusert bruk i denne studien kan være med på å bidra til å redusere risikoen for sosial eksklusjon for deltagerne.

6.1.6 Behandlingens påvirkning på bruk av andre rusmidler

I min erfaring med behandling av cannabisavhengighet har jeg erfart at enkelte bytter ut cannabis som hovedrusmiddel med et annet rusmiddel. American Society of Addictive Medicine opererer med en forståelse av avhengighet som et generell avhengighetsproblem, som ikke er begrenset til et spesifikt rusmiddel (ASAM, 2011). Dette innebærer for mange avhengige at et rusmiddel kan erstattes av et annet rusmiddel.

Det ble ikke funnet signifikante påvirkninger på bruk av alkohol, nikotin eller andre rusmidler i studien. Det kan likevel diskuteres om behandlingen kan ha en påvirkning på bruk av andre rusmidler. Deltagerne kan gjennom behandlingen tilegne seg metoder og ferdigheter for å identifisere risikosituasjoner og håndtere sterk trang til rusinntak. Dette kan gi utslag på rusmestring generelt over tid.

6.2 Får deltagerne reduserte psykiske plager?

Denne studien fant at deltagerne hadde en sterk og signifikant reduksjon av psykiske plager etter behandling. Korrelasjons- og regresjonsanalysen ble benyttet for å identifisere variabler i datamaterialet som kan forklare den observerte endringen i SCL-25-sumscore.

Regresjonsanalysen viste en statistisk signifikant forklaring på 40,6% av den observerte forskjellen i SCL-25-sumscore etter behandling.

Analysen viser at mottagere av behandlingstilbudet HAP har signifikant lavere psykiske helseplager etter endt behandling enn før behandling, og jeg har presentert en stor effektstørrelse av behandlingen. Jeg har med dette sannsynliggjort at behandling med HAP bidrar til reduserte psykiske plager, men spesielt arbeid bidrar til forklare forandringen.

6.2.1 Reduserte symptomer på angst og depresjon

Jeg vil i dette kapittelet presentere hva som kjennetegner det å være plaget med alvorlig depresjon og angstlidelser, og se resultatene av behandlingen opp mot dette. Først og fremst er gjennomsnittscore etter behandling under cut-off for psykiske plager, og deltagerne er ikke plaget med det «symptomtrykket» vi vil finne i en klinisk populasjon. Høy SCL-25-sumscore (over cut-off) korrelerer sterkt med alvorlig psykisk ubehag av uspesifikk art, og subskalaen for depresjon korrelerer med alvorlig depresjon etter den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV (Harvard Program in Refugee Trauma, 2016). Å være rammet av en alvorlig depresjon er preget av å ha et vedvarende lavt stemningsleie, manglende interesse for og glede av lystbetonte aktiviteter, manglende interesse for andre mennesker, samt nedsatt energi. I tillegg til dette kan tilstanden være preget av tilleggssymptomer som lav selvtillit, nedsatt appetitt, forandret søvn mønster, konsentrasjonsvansker og selvmordstanker (NHI, 2013; Helsedirektoratet, 2015)

Den uspesifikke angstlidelsen kan beskrives som en frittflytende angst, og er ikke knyttet til noen spesifikke situasjoner, gjenstander eller personer. Den som opplever det vil være preget av blant annet spenning, uro, rastløshet og bekymring. For å bli diagnostisert med generalisert angstlidelse må tilstanden ha vart i minimum 6 måneder (Helsedirektoratet, 2015).

Bekymring, nedsatt energi, lav selvtillit, manglende interesse for tidligere lystbetonte aktiviteter og andre mennesker kan bidra til at den som lider av det holder seg mer for seg selv. Sosial isolasjon eller lite kontakt med et støttende sosialt nettverk er som vist forbundet

med forhøyet risiko for psykiske helseplager. Den observerte forskjellen i deltageres psykiske plager før og etter behandling er stor, og jeg tolker det dithen at deltagerne holdes mindre «tilbake» enn de gjorde før behandling. Dette har som vist en stor betydning for psykisk helse.

6.2.2 Arbeid og påvirkning på psykiske plager

Regresjonsanalysen for påvirkning på SCL-25-sumscore etter behandling viste at eneste variabel med selvstendig signifikant påvirkning var «type inntekt» ved oppstart av behandling. Verdiene i «type inntekt» er rangert fra «ordinær lønn» (1), «sykepengen» (2), «stønad fra NAV» (3) og «uføretrygd» (4). Ved å se på rangeringen av variablene ser vi at de er organisert i et hierarki; fra det ene ytterpunktet å være i aktiv jobb (ordinær lønn) til det andre ytterpunktet å være utenfor arbeidslivet permanent (uføretrygd). En lavere verdi i «type inntekt» innebærer at deltageren er nærmere en yrkesdeltagelse og analysen viser at dette bidrar til en reduksjon i psykisk plager.

I «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse» (2013) trekkes det frem at arbeid i seg selv er helsebringende for personer med blant annet psykiske lidelser, og at det vil være gunstig å være i mest mulige normal aktivitet. «Tilbaketrekking, passivitet og isolasjon er sannsynlige utfall for personer med psykisk helseproblemer hvis ingen griper inn. Tilbaketrekking som i første omgang oftest skjer gjennom lange sykefravær, vil forverre helsetilstanden» (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s 11).

Nordvoll (2011) intervjuet 31 informanter blant annet fra tiltakene Fontenehuset og Kilden. Tiltakene tilbyr ulike sosiale aktiviteter, mestringsopplevelser, opplæring- og kvalifiseringstiltak for mennesker med ulike sosiale og psykiske plager. Informantene forteller på ulikt vis hvordan sykdomsforløp og utenforskap bidrar til å forsterke de psykiske plagene, og bidrar til mer isolasjon. Å være i arbeid eller utdanning derimot bidrar til en opplevelse av å være inkludert i samfunnet, bidra til fellesskapet, og gir en sosial tilhørighet. Det gir også en opplevelse av egenverdi, selvrealisering, mestringsfølelse og livskvalitet. En informant sier dette tydelig med sitatet «hvis jeg ikke er i jobb, så er jeg ingenting» (Nordvoll, 2011, s 9). Borg & Kristiansen undersøkte i en kvalitativ studie hvordan arbeid påvirket bedringsprosessen til 13 norske menn og kvinner med langtids psykisk sykdom. Deres funn er som i Nordvoll (2011) at arbeid bidrar til sterkere positiv identitet, sosial status og

tilhørighet, som det gjør for alle andre mennesker. Borg & Kristiansen (2008) mener at arbeid er kanskje enda viktigere for mennesker som allerede er i risiko for sosial isolasjon, ekskludering og lav selvtillit.

Økonomi og valgfrihet er en kjent sammenheng, som blant annet Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson & Davidson (2015) undersøkte. I en studie av 100 personer med alvorlige psykiske lidelser ble deltagerne tildelt 500 kroner i måned til fri bruk for sosiale aktiviteter. Studien hadde en kontrollgruppe på 38 personer som ikke mottok noe vesentlig høyere økonomisk støtte enn vanlig. Deltagerne i studiegruppen hadde signifikante forbedringer iløpet av og etter studien, på områdene depresjon, angst og sosial aktivitet.

I min studie forandrer ikke den økonomiske situasjonen seg for deltagerne. Studien følger deltagerne i et par måneder. Å gå fra utenforskap til enten tiltak gjennom NAV, vikarjobbing eller fast arbeid kan ta tid. Denne studien fulgte ikke deltagerne over lang nok tid til å kunne undersøke dette på en god måte. Det er likevel verdt å merke seg funnene fra Ljungqvist et al. (2015), og om en bedre økonomisk situasjon kan være et bedre utgangspunkt for psykososial behandling.

Denne studien finner at arbeid påvirker psykiske plager. Å være utenfor jobb samsvarer med større psykisk plager, mens å være i ordinært arbeid samsvarer med lavere psykiske plager. Dette resultatet har likheter med det presenterte innholdet i «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse» (2013), og funnene Nordvoll (2011) og Borg & Kristiansen (2008) fant i sine studier .

6.3 Får deltagerne bedre psykiske velvære?

Denne studien fant at deltagerne hadde en sterk og signifikant økning av psykisk velvære etter endt behandling. Korrelasjons- og regresjonsanalysen ble benyttet for å identifisere variabler i datamaterialet som kan forklare den observerte endringen i ORS-sumscore etter behandling. Regresjonsanalysen viste en statistisk signifikant forklaring på 30,1% av den observerte forskjellen i ORS-sumscore etter behandling.

Analysen viser at mottagere av behandlingstilbudet HAP har signifikant høyere psykisk velvære etter endt behandling enn før behandling, og jeg har presentert en stor effektstørrelse

av behandlingen. Jeg har med dette sannsynliggjort at behandling med HAP bidrar til økt psykisk velvære, men at også arbeid bidrar til å forklare forandringen.

Hvilke kliniske konsekvenser har en økning i ORS-sumscore fra 19 til 28? Først og fremst har gjennomsnittscore etter behandling økt med mer enn fem poeng, og er samtidig over cut-off. Det vil si at gjennomsnittscoren er over det man vil finne i en klinisk populasjon. Denne økningen skal tolkes som en klinisk signifikant forandring som vil vare over tid (Duncan & Sparks, 2010). I presentasjonen av ORS som måleinstrument for psykisk velvære redegjorde jeg for at den sterke sammenhengen mellom resultatene i ORS og mer omfattende kartleggingsverktøy for livskvalitet, selvtillit og mestringstillit. Høyere sumscore i ORS hadde sterke og signifikante korrelasjoner med de mer omfattende verktøyene, og studiens funn kan tyde på at ORS er en effektiv og valid undersøkelse av de samme fenomenene (Campbell & Hemsley, 2009). Videre i denne diskusjonen tar jeg utgangspunkt i at høyere ORS-sumscore innebærer en økning i livskvalitet, selvtillit og mestringstillit.

6.3.1 Arbeid og påvirkning på livskvalitet

I regresjonsanalysen fremkom det at inntektstype var en signifikant og sterk prediktor for bedre psykisk velvære. Professor i sosialantropologi Thomas Hylland Eriksen (1992) skriver om livskvalitet og meningsfullhet i artikkelen «Et sosialantropologisk perspektiv på livskvalitet» (1992). Han trekker frem at verdier det er vanlig å fremheve for å ha et godt liv er; materiell trygghet, stabile familie- og vennskapsforhold, og meningsfylt arbeid. Hylland Eriksen presiserer at vi i vårt samfunn idag har et ideal eller mål om personlig utvikling, og at vi gjennom arbeidet vårt får personlige utfordringer, og at vi kan utvikle oss selv ved å få ny kunnskap og nye ferdigheter. «Å være arbeidsløs kan være grusomt i dette samfunnet, ikke bare fordi man blir fattig av det, men kanskje særlig fordi man forhindres fra å utvikle seg personlig» (Eriksen, 1992). Arbeid er ifølge Eriksen en viktig komponent i vårt samfunns forståelse av og innhold i fenomenet livskvalitet. Inntektstype hadde som vist en statistisk signifikant påvirkning på ORS-sumscore etter behandling. Dette kan forstås i lys av Eriksen (1992) samt momentene som er redegjort for i avsnittet om arbeidets påvirkning på psykiske plager.

6.3.2 Endring i selvtillit og selvilde etter behandling

Campbell & Hemsley (2009) fant at høyere ORS-sumscore korrelerte med høyere score for selvtillit. Kvello beskriver selvtillit som en folkelig term for selvoppfatning, og at selvoppfatning er de tankene, antagelsene og følelsene man har om seg selv (Kvam, 2014). I en svensk studie av deltagere ved et behandlingstilbud for cannabisavhengige, som også brukte elementer av HAP, ble 18 deltagere intervjuet etter de hadde gjennomført behandlingen (Turner & Forkby, 2015). Studien fant at alle deltagerne som ble intervjuet opplevde å skape nye selvilder etter gjennomført behandling. Studien trekker frem at med selvilde menes de tanker, ideer og vurderinger en person har av seg selv. Det fremkom at forandringen i selvilde var knyttet til tre sammenkoblede undertemaer; selvrefleksjon, selvforståelse og selvaksept. Studien fant at deltagerne hadde større evner til å reflektere over seg selv, og til å registrere og håndtere ubehagelige følelser som deltagerne tidligere hadde «røyket bort». Forskerne sammenlignet studiens kvalitative og kvantitative del og fant at deltagerne som uttrykte aksept for et nytt bilde av seg selv etter behandling også var de som hadde redusert bruk eller sluttet helt å bruke cannabis etter behandling (Turner & Forkby, 2015). Dette funnet er aktuelt

7.0 Metodediskusjon

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for de metodiske styrkene og svakhetene jeg vurderer kan være med på å påvirke resultatet av forskningen. Dette kalles i forskningen bias, eller skjevhet. Det beskriver bevisste eller ubesvisste metodevalg, slutninger og resultater i kvantitativ forskning som kan gjøre at man avviker fra det egentlig rette. «Bias kan oppstå på grunn av feil eller unøyaktigheter ved utvalg av undersøkelsesobjekter, valg av undersøkelsesmetode eller vurdering av resultater» (Braut, 2014).

7.1 Metodevalg

Studien er en prospektiv intervensjonsstudie. Metoden gjør det mulig å måle forandring ved bruk av kartleggingsinstrumenter. Instrumentene som er brukt i denne studien er anerkjente, brukt i mange andre studier, og har vært gjenstand for egne studier. Det er likevel begrensninger i hva et kartleggingsinstrument kan fange opp av et komplekst menneskelige fenomen som psykiske plager og velvære. En kvalitativ undersøkelse kunne gitt

dybdekunnskap og vist en mer nyansert historie der flere sider av livet til deltagere før og etter behandling kommer frem.

Dette kunne gitt innsikt i opplevelsen av å ta imot behandlingen, mestringsfølelsen av å lykkes, og beskrivelser av hva et sterkt redusert symptomtrykk på angst og depresjon gjør med hverdagen. Tallenes tale i denne studien forteller oss litt, og tegner et omriss av bedringen. En kvalitativ studie ville gitt nyanser og detaljer innenfor dette omrisset.

En prospektiv intervensjonsstudie uten kontrollgruppe vil ikke kunne trekke sikre kausale slutninger. Den vil likevel kunne gi indikasjoner på effekt, men ikke konkludere med at det bare er behandlingen som gir effekt. «Gullstandarden» innen studier av intervensjoner er randomiserte kontrollerte studier (RCT). Ved gjennomføring av en randomisert kontrollert studie blir deltagerne plassert tilfeldig i en gruppe, og blir vanligvis utsatt for en behandling eller fungerer som en kontrollgruppe ved å ikke få behandling. En tilfeldig tildeling av deltagerne til behandling eller kontrollfunksjon gjør det mulig å undersøke om behandlingen har reell effekt (Johannessen et al., 2010). Denne studien vil dermed ikke kunne konkludere med at det er selve intervensjonen alene som er årsaken til forandringen, på tross av at den finner signifikante og sterke effekter av intervensjonen.

7.2 Validitet og reliabilitet ved kartleggingsinstrumentene

Reliabilitet er et begrep for pålitelighet, og dette deles ofte inn i intern konsistens, test-retest reliabilitet og interrater reliabilitet. Intern konsistens dreier seg om i hvilken grad de ulike elementene i instrumentet måler det samme underliggende fenomenet (Pallant, 2013). Test-retest reliabilitet er et begrepet for samsvar mellom resultater av samme test som er gjennomført på forskjellige tidspunkt (Bjørndal, 2013; Pallant, 2013). Test-retest reliabilitet beregnes ved å kalkulere korrelasjonen mellom score ved begge tidspunkt. Høy test-retest korrelasjon indikerer et mer reliabelt instrument (Pallant, 2005). Interrater reliabilitet dreier seg også om korrelasjonen mellom to testscoreinger, men i dette tilfellet gjort av to ulike fagpersoner gjennom observasjoner og vurdering. Dersom begge konkluderer med samme diagnose eller vurdering kan diagnosen vurderes til høy interrater reliabilitet (Bjørndal, 2013).

Validitet er et uttrykk for vurdering av gyldigheten til et måleverktøy. Begrepsvaliditet innebærer i hvilken grad et kartleggingsinstrument måler det det er tiltenkt å måle (Pallant, 2013). Dette kan blant annet gjøres ved at en gruppe mennesker tester to ulike instrumenter

som er ment å undersøke det samme fenomenet. Deretter kan korrelasjonskoeffisienten mellom sumscore for begge tester beregnes (Bjørndal, 2013).

Instrumentene som kartlegger utfallsmålene i studien er rusmestring, SCL-25-sumscore og ORS-sumscore. Rusmestring målt gjennom antall dager der cannabis er brukt siste 30 dager er tidligere vurdert som svært godt egnet som temperaturmåler på aktuell bruk av rusmiddelet (McLellan et al., 1992; Lauritzen, 2010).

SCL-25 er brukt omfattende i norske og internasjonale studier, og funnet reliabelt og valid til screening for psykisk plager (Nærde, Tambs, Mathiesen, Dalgard, & Samuelsen, 2000; Tambs & Moum, 1993). SCL-25 ble i denne studien målt til 0,92 og 0,94 og dermed svært høy intern konsistens (George & Mallery, 2003)

ORS skiller seg fra de andre instrumentene ved at det i denne studien brukes som en måling av velvære, mens det i utgangspunktet brukes som en måling av behandlingsresultat og endring. På den måten brukes ORS annerledes enn det er tiltenkt, men det gir et øyeblikksbilde av situasjonen til deltageren, og fanger noe av det jeg ønsker. ORS er tidligere testet og funnet reliabelt og valid (Miller, 2012). I denne studien ble Cronbachs alpha målt til 0,78 og 0,88. Begge er over grenseverdi for tilstrekkelig intern konsistens (0,70), men kartleggingen før behandling er såvidt utenfor ønskelig verdi på (0,80) (George & Mallery, 2003). I kartleggingsskjemaer med færre enn 10 spørsmål øker sannsynligheten for en lav Cronbachs alpha (Nunnally, 1978 i Pallant, 2005). ORS har fire spørsmål, og Cronbachs alpha vil være preget av det lave antallet som vist over. ORS har som vist sterke og signifikante korrelasjoner med resultatene i omfattende kartleggingsverktøy for selvtillit, livskvalitet og mestringstillit (Campbell & Hemsley, 2009). På bakgrunn av dette vurderer jeg ORS som tilstrekkelig valid som kartlegginginstrument for psykisk velvære. SCL-25 måler psykiske plager, mens ORS undersøker velvære, og dermed måler studien en to sider av psykisk helse hos deltagerne.

SDS måler avhengighet til cannabis, og er tidligere funnet valid og reliabelt for kartlegging av avhengighet til både cannabis (Martin, Copeland, Gates & Gilmour, 2006) og andre rusmidler (Gossop et al., 1995). I denne studien ble Cronbachs alpha målt til 0,71 og dermed tilstrekkelig, men ikke god intern konsistens (George & Mallery, 2003).

Skalabias innebærer at ulike mennesker vil ha forskjellige normer eller grenser for det fenomenet skalaen har til hensikt å måle, for eksempel grad av lykke, smerte eller andre

fenomen (Staff, 2015). I en studie av to speilvendte vurderingsskjemaer for fornøydhetsfant Friedman, Herksovitz & Pollack (1994) at respondentene var mer tilbøyelige til å svare på ytterpunktene som var helt til venstre fremfor høyre. På tross av at både SDS, ORS og SCL25 er instrumenter som er utbredt og i seg selv studert er det viktig å vurdere skalabias. I ORS vil svar mot venstre indikere belastning, mens det i SCL25 vil innebære mindre grad av belastning, og lavere grad av avhengighet ved SDS.

Denne studien er en intervensjonsstudie som undersøker deltagerne på to tidspunkt. Med tanke på skalabias vil dette gjelde begge måletidspunkt, og på den måten ikke nødvendigvis utgjøre en betydning for resultatet av studien dersom skjevheten er lik ved begge undersøkelser. Instrumentene for kartlegging av utfallsmålene rusmestring, psykiske plager og psykisk velvære er alle undersøkt og funnet reliable og valide.

7.3 Risiko for bias ved egenrapportering

Det finnes både bevisste og ubevisste mulige påvirkninger på det resultatet deltagerne oppgir, og dette kan føre til underrapportering. «Sosial ønskverdighet innebærer en tendens til å svare i henhold til hva respondenten mener er sosialt akseptabel atferd, og til ikke å rapportere ufordelaktig informasjon om seg selv» (Gravdal & Sandal, 2004; Del Boca og Darkes, 2003). «Hva som er sosialt ønskverdig, vil variere med situasjonen personen er i, og illegale rusmidler blir trolig underrapportert i enda større grad enn legale substanser som alkohol og tobakk» (SIRUS, 2013, s. 10). Samtidig viser andre studier stor variasjon mellom selvrappport bruk av cannabis og detektert bruk ved hjelp av urintesting. (Buchan, Dennis, Tims & Diamond, 2002, Carol & Mittal, 2014). Variasjonen gjelder overraskende begge veier, ved at detektert bruk er både lavere og høyere enn oppgitt bruk.

I denne studien er det ikke gjennomført urintesting av deltagerne. Egenrapportering er dermed eneste måleinstrument for rusmestring, med de mulighetene for bias som er beskrevet.

7.4. Rusfrie og rusbrukende venner

I kartleggingen av nettverket til deltagerne bes de oppgi hvor mange rusfrie og hvor mange rusbrukende venner de har. Hvem som er rusfrie og hvem som er rusbrukende er åpent for tolkning og dermed utgangspunkt for ulik rapportering fra deltager til deltager. På grunn av

manglende presisering om rusfrihet er knyttet til ikke bruk av illegale rusmidler, eller total avholdenhet, er det fare for at rapporteringen fra deltagerne er basert på ulik forståelse av innholdet i begrepene.

7.5 Forskning på egen arbeidsplass

Helsinkideklarasjonen trekker frem at det informerte samtykke er skjørt i de tilfellene forskeren også er behandlende lege (Førde, 2014). I denne studien møter ikke deltagerne sin behandlende lege som forsker, men de forespeiles deltagelse i et forskningsprosjekt av den som er deres terapeut i behandlingstilbudet. Som forsker på egen arbeidsplass kan man komme til å legge mer føringer eller press på deltagerne om å delta i forskningen. Ved at deltagerne blir spurt om deltagelse i studien av sin terapeut kan dette være med på å legge unødige press på de. Alliansen mellom deltageren og behandler kan også bli negativt påvirket av dette. Alliansen kan som vist i Duncan & Sparks (2010) forklare hele 30 prosent av forandringen hos brukere i behandling.

Samtidig er det viktig å belyse viktigheten av å forske på eller undersøke effekt av egen praksis. Kunnskapsbasert praksis (KBP) har evaluering av praksis som siste element i en sirkelen for KBP (Kunnskapsbasert praksis, 2012). I Helsepersonellloven §6 står det at «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift», og at helsehjelpen skal være i samsvar med faglig forsvarlighet (Helsepersonellloven §4). Evaluering eller forskning på egen arbeidsplass kan være overlappende handlinger, som handler om å undersøke effekten av de tjenestene vi gir brukergruppen. Evaluering eller forskning på egen praksis er dermed både hjemlet i lov om Helsepersonell og anbefalt som en del av KBP.

7.6 Seleksjonsbias

For at utvalget skal være representativt for populasjonen det representerer må man i gjennomføringen av en studie vurdere faren for seleksjonsbias, eller utvalgsskjevhet (Braut, 2014). Jeg har selv vært med på å både kartlegge og behandle klientene som er deltakere i denne studien. En kjent utfordring for gjennomføring av første kartlegging er at de første samtalene med deltagerne kan være krevende, at de ønsker å «komme igang», og at terapeutene velger å vektlegge dialog og undersøkelse av deltagerens situasjon gjennom

samtale, fremfor et ekstra sett med kartleggingsverktøy. Konsekvensen av dette er at for enkelte går de første dagene og ukene uten at kartlegging før behandling er gjennomført. Dette skyldes interne metodiske svakheter i strukturen for å rekruttere deltagere til studien. En annen viktig medvirkende faktor til seleksjonsbias skyldes at enkelte brukere oppsøker tilbudet etter at de er igang med endringen. De er da både igang med en utfordrende slutteprosess som må følges opp, samt at den første kartleggingen av psykisk helse blir påvirket av abstinenssymptomer. I slike tilfeller forekommer det at brukerne ikke forespeiles deltagelse i studien.

7.7 Terapeutens mulige påvirkning på andre kartlegging

Kartleggingen etter behandling undersøker hvordan deltagerne har det på ulike områder, men dette kan sees i sammenheng med tilbudet de har mottatt. Det er etter behandling en helt annen relasjon mellom terapeut og bruker enn før behandling, og den andre kartleggingen fungerer som en slags effektmåling av behandlingen. Dette kan være med på å påvirke deltageren til å gi et mer positivt resultat enn reelt, av frykt for å skuffe terapeuten. Jeg vurderer at kartleggingen etter behandling er svakest med tanke på hvor upåvirket deltagerne svarer.

7.8 Konfunderende variabler

Studier av effekt av behandling må ta høyde for at utfallsmålene er påvirket av også andre variabler enn de vi har tilgang til, eller at både intervensjonene og utfallet er påvirket av disse. Disse variablene kan dermed være med på å forklare hele eller deler av den observerte forskjellen. Dette kalles konfunderende variabler (Hem, 2013). Et godt eksempel på dette er sammenhengen mellom størrelsen på barns føtter og barns leseferdigheter. Jo større føtter, jo bedre leseferdigheter. I dette eksempelet er barnets alder den konfunderende variabelen (Johannessen et al, 2010).

I en behandlingssituasjon er den mellommenneskelige kontakten og kjemien mellom terapeut og deltager svært betydningsfull. I forskning på virksomme faktorer i terapi fant blant annet Duncan & Sparks (2010) at alliansen mellom bruker og terapeut bidro til hele 30 prosent av endringen hos brukeren. I denne studien er ikke opplevd allianse med terapeut undersøkt. Studien undersøker bosituasjon, sivilstatus, utdanningsnivå, motivasjon for å slutte og tro på

endring, og hva slags inntektstype deltagerne har. Studien har med dette inkludert flere viktige demografiske faktorer som kan være med på å forklare de ulike observerte endringene i utfallsmålene; rusmestring, psykiske plager (SCL-25) og psykisk velvære (ORS). Kun inntektstype har en signifikant forklaring på deler av den observerte forskjellen i SCL-25 og ORS etter behandling. Studien undersøker viktige mulige forklarende variabler, men det kan ikke utelukkes at det eksisterer andre variabler som påvirker utfallsmålene i studien.

7.9 Manglende registrering av deltagere som takket nei

Det er ikke registrert hvilke brukere som takket nei til deltagelse i studien. Det er dermed ikke mulig å se om det er vesentlige forskjeller mellom de som takket ja og de som takket nei til å delta.

8.0 Konklusjon

Dette er den første studien av individuell behandling med HAP som er gjennomført i Norge. Studien har positive resultater, og fant at 57,5% av deltagerne ble rusfrie etter behandlingen. De mulige positive konsekvensene av dette er som vist blant annet knyttet til mindre kontakt med kriminelle miljøer, sosial inklusjon, bedre økonomi og økt mestringstillit.

Kombinasjonen av resultatene knyttet til rusfrihet eller redusert bruk, og økt mestringstillit etter behandling tyder på at behandlingen kan ha en langvarig effekt. Studiens design gjør det likevel ikke mulig å fastslå dette med sikkerhet.

Deltagerne hadde før behandling psykiske plager og lavt psykisk velvære. Etter fullført behandling hadde deltagerne høyt psykisk velvære, og lave symptomer på psykiske plager. Totalt sett vurderer jeg dermed at deltageres psykiske helse er betydelig bedre etter gjennomført behandling med HAP. Dette innebærer at studiens null-hypoteser forkastes, og at de alternative hypotesene er styrket.

Behandlingen kan også være med på å utfordre deltageres selvilde som cannabisbrukere og dette kan være positivt assosiert med bedre rusmestring etter behandling som vist i Turner & Forkby (2015). Analysen og diskusjonen har tatt for seg hvilken effekt arbeid har på psykiske

plager og psykisk velvære. I diskusjonen viste jeg hvordan det å være i jobb kan være en sterk bidragsyter til bedre psykisk helse.

Kartleggingsverktøyene som er benyttet i studien er anvendt i både norsk og internasjonal forskning, og er funnet valide og reliable. Studien har likevel flere svakheter som svekker resultatene. Studien baserer seg på egenrapportering av bruk av rusmidler og det er ingen urinkontroller for å undersøke rusinntaket. Studien har også metodiske og etiske svakheter forbundet med at det er terapeutene som skal gi behandlingen som rekrutterer deltagerne til studien, og som tar imot kartleggingsskjemaene før og etter behandling. Dette kan bidra til en uønsket påvirkning av resultatet ved andre kartlegging. Det er også terapeutene som rapporterer dataene før oversendelse til forskningsansvarlig ved Sykehuset Sørlandet HF.

Det er ikke mulig å konkludere med sikkerhet at det er behandlingen med HAP som bidrar til endringen i rusmestring og psykisk helse. Det gjøres ingen randomisering av deltagere, og det er ikke en kontrollgruppe å sammenligne med. Likevel er funnene i studien svært lovende, og de kan tyde på at behandlingen bidrar til at deltagerne har betydelig bedre rusmestring og en bedre psykisk helsetilstand etter endt behandling.

8.1 Betydninger for klinisk praksis

Symptombildet på angst, depresjon og sosial isolasjon som jeg har opplevd å møte som behandler kan gi et inntrykk av at det må langvarige og omfattende behandlinger til for å hjelpe deltagerne. Resultatene i denne studien kan tyde på noe annet, samt at symptombildet kan være en del av selve effekten av å bruke cannabis over tid.

Hasjavvenningsprogrammet er en mild intervensjon, ved at det innebærer 1-2 sesjoner i uka i 8 uker. Dette kan gi cannabisbrukere en mulighet til å undersøke hvordan deres psykiske helse og fungering er uten cannabis, ved å gjennomføre en kontrollert pause. Det er ikke mulig ut fra denne studien å konkludere med at de psykiske helseplagene skyldes bruk av cannabis. Studiens resultater tyder likevel på at den psykiske helsen blir bedre etter gjennomført behandling.

Det kan være hensiktsmessig å gjøre tilbudene om behandling med HAP mer tilgjengelige. Da kan de som lurer på de har et problem med cannabis få en god og kvalifisert sjans til å

undersøke hvordan de har det uten. Dette bør være mulig uten at vedkommende må til døgnbehandling eller vente lenge på poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det kan også være hensiktsmessig å gi nødvendig opplæring i HAP til ansatte i kommunale tjenester med spesielt ungdom og unge voksne som målgruppe. Dette kan bidra til at mange ulike tjenester kan gi behandling. For å sikre at behandlingen som gis er tilstrekkelig faglig forankret bør det være koblinger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten med mulighet for veiledning, hospitering og erfaringsutveksling. Kommunene skal i tråd med samhandlingsreformen gi mer behandling i årene fremover, og dette kan være et av områdene som kan prioriteres i kommunene.

For å sikre at miljøene med et dominerende positivt syn på cannabis får en reell sjanse til å vurdere nytten av et tilbud som HAP bør det jobbes systematisk for å bygge ned terskelen inn i behandlingen. Dette kan gjøres ved å opprette dialogmøter med miljøene, samt bruke tidligere deltagere som erfaringskonsulenter og døråpnere inn i disse miljøene

8.2 Behov for videre forskning og nye metoder

HAP som behandlingsmetode for cannabisavhengighet viser lovende resultater i denne studien. Fremtidige studiene bør ha RCT-design, for å kunne trekke kausale slutninger. Forskningen på behandling av cannabisavhengighet bør fremover fortsette å undersøke nærmere effekten på psykisk helse.

Det er også interessant å undersøke andre metoder for behandling av cannabisavhengighet enn tradisjonell samtaleterapi. Medikamentell behandling av både avhengigheten og abstinenser fra cannabis kan også være gjenstand for spennende forskning i årene fremover.

Supplement til behandling og oppfølging kan gis over internett og smarttelefoner. Spesielt sistnevnte gir store muligheter til både å kommunisere med deltagerne og gi deltagerne egne verktøy å jobbe med. Uteseksjonen i Oslo er i skrivende stund i den avsluttende fasen av utviklingen av en applikasjon til smarttelefoner, som skal være et supplement til behandling, eller et selvstendig verktøy for å bli rusfri fra cannabis. Applikasjonen tar utgangspunkt i HAP. Dette vil gi brukeren informasjon om abstinenser, prognose for bedring, mulighet for øvelser og planlegging, samt en pekepinn på penger spart etter røykeslutt. Applikasjonen

utvikles i samråd med brukere, og applikasjonen skal testes ut på deltagere i behandlingstilbudet.

Ved å gi brukere et verktøy for å bli rusfri på egenhånd kan man nå ut til en betydelig bredere brukergruppe. Dette gjelder spesielt de som har et negativt inntrykk av eller anstrengt forhold til offentlige tjenester og myndighetene.

9.0 Referanser

- Anker, M.,G., Duncan, B. & Sparks, J., A. (2009). *Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009, Vol. 77, No. 4, 693–704.
- Allen, J. & Holder, M., D. (2014). *Marijuana Use and Well-Being in University Students*. Journal of Happiness Studies. April 2014, Volume 15, Issue 2, pp 301-321
- Allsop, D., J., Copeland, J., Norberg, M.,N., Fu, S., Molnar, A., Lewis, J., & Budney, A.,J. (2012). *Quantifying the Clinical Significance of Cannabis Withdrawal*. PLOS One
- Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse, 2013 – 2016*. Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse og omsorgs-departementet
- ASAM (2011). *The Definition of Addiction*. American Society of Addiction Medicine. <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/the-definition-of-addiction>
- Asps, I., Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., Shoval, G. & Lev-Ran, S. (2015). *Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with depressive disorders*. Psychiatry Research. Sep 2015
- Barstad, A. (1997). *Fortrolighet forebygger?* Statistisk Sentralbyrå: Samfunnsspeilet, 1997/2.
- Bjørndal, A (2013) *Psykometri - måleegenskaper*. PsykTest Barn, Måleegenskaper og kartleggingsverktøy. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/psykometri>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2008). *Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway*. Disability & Society,23:5,511 — 523
- Bramnes, J. (2009). *Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer kan gi også en medisinsk ramme for forståelsen av rusmiddelavhengighet*. Utposten nr 4, 2009.
- Braut, G., S. (2014). *Bias i forskning*. Store Norske Leksikon. https://snl.no/bias_i_forskning
- Bretteville-Jensen, A., L. (2013). *Hva vet vi om cannabis?* Oslo: Universitetsforlaget
- Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Buchan, B., J., Dennis, M., Tims, F., M., & Diamond, G., S. (2002). *Cannabis use: consistency and validity of self-report, on-site urine testing and laboratory testing*. Addiction. Special Issue: Treatment of Marijuana Disorders, Volume 97, 2002
- Buckner, J.,D & Carroll, K.,M. (2010), *Effect of anxiety on treatment presentation and outcome:Results for the Marijuana Treatment Project*. USA: Psychiatry Research

- Buckner, J., D., Ecker, A., H., & Cohen, A., S. (2010). *Mental health problems and interest in marijuana treatment among marijuana-using college students*. USA: Addictive Behaviors
- Bøe, T., D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Carlol, E., E. & Mittal, V., A. (2014). *Self-reported cannabis use is inconsistent with the results from drug-screening in youth at ultra high-risk for psychosis in Colorado*. Nederland: Elsevier Science
- Clench-Aas, J., Rognerud, M., Dalgard, O., S. (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005: Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet, rapport 2009/6
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)* Departement of Psychology. New York University. New York, New York
- Connor, J., P., Gullo, M., J., Chan, G., Young, R., M., Hall, W., & Feeney, G., F., X. (2013). *Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs*. Australia: Frontiers in psychiatry
- Dahl, S., L. (2015) *Ein forskjell som gjer ein forskjell? Forteljingar om cannabisbruk*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Del Boca F., K. og Darkes J. (2003). *The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research*. Addiction, utgave 98.
- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M., Auriacombe, M. (2006). *Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings (Review)*. The Cochrane Collaboration
- Duncan, B. & Sparks, J. (2010). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal Akadamisk
- EMCDDA (2003). *Narkotikasituasjonen i den Europeiske Union og Norge – Årsrapport 2003*. Portugal: EMCDDA.
- EMCDDA, (2012) *Narkotikasituasjonen i Europa – Årsrapport 2012*. Portugal: EMCDDA.
- EMCDDA (2015) *Treatment of cannabis-related disorders in Europe*. Portugal: EMCDDA.
- Eriksen, T., H. (1992). *Et sosialantropologisk perspektiv på livskvalitet*. Samtiden, 4.
- Felitti, V., J., Anda, R., F., Nordenberg, D., Williamson, D., F., Spitz, A., M., Edwards, V., Koss, M., P. & Marks, J., S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. American Journal of Preventive Medicine, 1998 May;14(4): 245-58

- Fischer, J., A., Clavarino, A., M., Plotnikova, M., & Najman, J., M. (2015). *Cannabis use and quality of life of adolescents and young adults: Findings from an Australian birth cohort*. Journal of Psychoactive Drugs. Vol.47(2), 2015
- Folkehelseinstituttet (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse. Rapport 2006:2.
- Folkehelseinstituttet (2016). *Fakta om cannabis, hasjissj og marihuana*. Folkehelseinstituttet; <http://www.fhi.no/artikler/?id=52601>
- Folkehelseinstituttet (2015). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Friedman, H., H., Herksovitz, P., J., & S. Pollack, (1994). *Biasing Effects of Scale-Checking Styles on Responses to a Likert Scale*. Proc, of the American Statistical Association Annual Conference: Survey Research Methods.
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene, <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Føyn, P. & Shagani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon
- Ghasemi, A. & Zahedasl, S. (2012). *Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians*. International Journal of Endocrinology & Metabolism, 2012 Spring; 10(2): 486–489.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*
- Gravdal, L. & Sandal, G., M. (2004). *Sosial ønskverdighet: Marlowe-Crowne Social Desirability Scale i norsk forkortet utgave*. Psykologtidsskriftet. Utgave 9, 2004.
- Hall, W. (2014) *What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?* Australia: Addiction Monograph
- Hanssen, A.,R., Ropstad, G., Clausen, T., & Kristensen, Ø. (2011). *Røykeavvenning for cannabisbrukere - en oppfølgingsstuide*Sykepleien Forskning 2011 6 (4):368-374
- Harvard Program in Refugee Traume (2016). *Hopkins Symptoms Checklist (HSCL)* <http://hpvt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>
- Helsedirektoratet (2010). *Fra bekymring til handling En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet

- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014). *Status for samhandlingsreformen*. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2015). *Fakta om angst*. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/angst>
- Helsedirektoratet (2015). *Fakta om depresjon*. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hem, E. (2013). Konfunder – ikke confounder – på norsk. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 21 – 12. november 2013.
- Hillestad, T. (2006). *Normalitet og avvik; forutsetninger for et objektivt patologisk avviksbegrep*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Higgins, S., T. & Petry, N., M. (1999) *Contingency Management Incentives for Sobriety*. Alcohol Research & Health, Volume 23, Nr 2,
- Johannessen, A., Tufte, P.,A., & Kristoffersen, L. (2010). Introduksjon til *samfunnsvitenskapelig metode (4.utgave)*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Kaaya S.,F., Fawzi M.,C.,S., Mbwambo, J.,K., Lee, B., Msamanga, G.,I., & Fawzi, W. (2002). *Validity of the Hopkins Symptom Checklist-25 amongst HIV-positive pregnant women in Tanzania*. Acta Psychiatr Scandinavia, Volume 106.
- Kadden, R., M. & Litt, M., D. (2011) *The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders*. Addictive Behaviors, Volume 36, Nr 12, s 1120-1126.
- Kogstad, R., E., Mønnes, E. & Sørensen, T (2013). *Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution*. Community Mental Health Journal, Februar 2013, Volume 49.
- Kornør, H., Pedersen, W., Soest, T., Rossow, I., & Bramness, J.,G., (2010). Bruk av benzodiazepiner og cannabis blant unge voksne. Oslo: Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 9, 2010.
- KRIPOS (2015) Narkotika- og dopingstatistikk 2015. KRIPOS: https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_3499.pdf

- Kunnskapsbasert praksis (2012). *Evaluere praksis*.
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/evaluere-praksis/>
- Kvam, M (2014). *Mennesket - en risikokonstruksjon i surr med seg selv?*
 Norsk Helseinformatikk. <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/selvtillit-og-selvbilde-26268.html>
- Lauritzen, G. (2010). *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål*
 Oslo: SIRUS-Rapport nr. 6/2010
- Lee Mannes, H. & Markestad, M (2015) *En beskrivelse av dynamikken mellom traumer og rus*. Rusfag nr. 1–2015
- Litt, M., D, Kadden, R.,M., Kabela-Cormier, E. & Petry, N., M. (2008). *Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change*. *Addiction*. 2008;103:638–648
- Ljungqvist, I, Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2015). *Money and mental illness: A study of the relationship between Poverty and Serious Psychological Problems*. *Community Mental Health Journal*, Oktober 2015.
- Lundqvist, T. (2015). *Haschavvänjningsprogrammet (HAP) – en specialiserad behandlingsmetod för individer med cannabisproblematik*. Lund: Rådgivningsbyrån i Lund.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P. & Gilmour, S. (2006). *The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off*. Australia: Drug and Alcohol Dependence, Nr 83
- McLellan, A.,T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. *Journal of substance abuse treatment*: 1992;9(3):199-213
- Miller, S.,C., & Duncan, B.,L. (2004). *The Outcome and Session rating scales. Administration and scoring manual*. TalkingCure.Com
- Miller, S. (2012). *The Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS)*
 Integrating Science and Practice Volume 2, no. 2 november 2012
- National Institute on Drug Abuse (2015). *DrugFacts: Marijuana*.
<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- New York Times (2014) *Repeal Prohibition, Again*. http://www.nytimes.com/interactive/2014/07/27/opinion/sunday/high-time-marijuana-legalization.html?_r=2
- Norsk Helseinformatikk (2013). *Depresjon, en oversikt*. <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-en-oversikt-3077.html?page=9>

- Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-notat, 2011
- Nærde, A., Tambs, K., Mathiesen, K., S., Dalgard, O., S., & Samuelsen, S., O., (2000). *Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child care-taking*. Journal of affective disorders
- Office of National Drug Control Policy (2016). *Marijuana Resource Center: State Laws Related to Marijuana*. ONDCP: <https://www.whitehouse.gov/ondcp/state-laws-related-to-marijuana>.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Australia: Allen & Unwin.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS, 5th edition*. England: Open University Press
- Patton, G., C., Coffey, C., Carlin, J., B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). *Cannabis use and mental health in young people: cohort study*. British Medical Journal. Volume 325, s 1195-1198
- Panichelli-Mindel, S., M., Diamond, G., Shera, D., Dennis, M., Tims, F. & Ungemack, J. (2006). *Psychiatric Syndromes in Adolescents with Marijuana Abuse and Dependency in Outpatient Treatment*. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, Volume 15, Issue 4.
- Pedersen, W. (1998). *Bittersøtt - Ungdom / sosialisering / rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pedersen, W. & Soest, T., V. (2015). *Which substance is most dangerous? Perceived harm ratings among students in urban and rural Norway*. Scandinavian Journal of Public Health 43(4).
- Rus & samfunn nr. 5. (2006). *Det illegale rusmarkedet – en oversikt*. Rus & Samfunn.
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O., S., Sorensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). *Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I*. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiol, s. 354-355.
- Sandberg, S. & Pedersen, W. (2010). *Cannabiskultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Schmid, K., Schönlebe, J., Drexler, H. & Mueck-Weymann, M. (2010). *The Effects of Cannabis on Heart Rate Variability and Well-Being in Young Men*. Pharmacopsychiatry 43:147-50, Februar 2010.
- Shrivastava, A., Johnston, M. & Tsung, M. (2011). *Cannabis use and cognitive dysfunction* India: Indian journal of psychiatry
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

- Staff, A. (2015). *Bias*. De regionale forskningsetiske komiteene. <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/spesielle-problemomrader/bias/>
- Strand, B., H. (2003). *Measuring the mental health of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry, 2003.
- Tambs, K. & Moum, T. (1993). *How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression?* Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 87
- Thiese, M. (2014). *Observational and interventional study design types; an overview*. Zagreb: Biochem Medica.
- Topalli, V., Wright, R. & Fornango, R. (2002). *Drug Dealers, Robbery and Retaliation. Vulnerability, Deterrence and the Contagion of Violence*. The British Journal of Criminology, 42 (2): 337-351.
- Turner, R. & Forkby, T. (2015). *"Vem är jag utan cannabis?" En studie om behandling för personer med riskbruk, missbruk eller beroende av cannabis: Behandlares och klienters perspektiv och förändringsprocesser*. Göteborg: FoU i Väst/GR
- Tveiten, O., S. (2011). *Narkotika og medikamenter omsatt illegalt i Oslo sentrum* Oslo: Publikasjon fra Uteseksjonen i Oslo.
- UNODC (2015). *World drug report 2015*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Verdens Helseorganisasjon (2014). *Mental health: a state of well-being*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Verdens Helseorganisasjon (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. WHO Publications 2016.
- Walker, I. (2008) *Statistics for psychology. Making sense of our world through analysis*. <http://staff.bath.ac.uk/pssiw/stats2/index.html>
- Øia, T. (2013). *Ung i Oslo 2012 - Nøkkeltall*. Oslo: NOVA-notat 7/12

Appendix 1 – Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Ingrid Dønåsen	22845523	16.06.2015	2012/1407 REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			11.06.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John-Kåre Vederhus
Sørlandet Sykehus HF

2012/1407 Røykeavvenningskurs for cannabisbrukere

Forskningsansvarlig: Sørlandet Sykehus HF
Prosjektleder: John-Kåre Vederhus

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 11.06.2015 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet i REK sør-øst på delegert fullmakt fra REK sør-øst D, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringene innebærer:

- Tre nye prosjektmedarbeidere: Håvard Haugstvedt, Madelene Skårdal og Malin Rørendal.

Vurdering

Sekretariatet i REK har vurdert de omsøkte endringene, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Med vennlig hilsen

Knut Ruyter
Avdelingsdirektør
REK sør-øst sekretariatet

Ingrid Dønåsen
førstekonsulent

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
sør-øst, not to individual staff

Appendix 2 – Informasjon til deltagerne og samtykkeskjema



Sørlandet sykehus HF
Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling
Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Kristiansand

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

"Har hasjavvenningsprogrammet (HAP) langtids effekt?"

Bakgrunn og hensikt

Dette er forespørsel om du er villig til å delta i forskningsprosjekt. Utgangspunktet er at du deltar i et kommunalt hasjavvenningsprogram (HAP). Flere kommuner driver med dette. Noen kommuner har et individuelt program, noen har et gruppebasert program og noen har begge deler. De kommunene som har grupper, samler opp til gruppetilbud 2 – 3 ganger i året. Utenom disse tidene tilbys individuell hasjavvenning. Formålet med studien er å sammenligne hasjavvenning i gruppe med hasjavvenning gjennom individuelle samtaler for å se hva som virker best med hensyn til rusmestring. Studien koordineres av forskningsavdelingen ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling på Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

Hva innebærer studien?

Som et ledd i deltagelsen i hasjavvenning har du fylt ut kartleggingsskjemaer om cannabis og annen rusbruk, psykisk helse, opplevelse av livskvalitet og sammenheng i livet. Dette gjøres både ved inntak og ved avslutning. Vi ber om å få bruke disse opplysningene i studien, samt at vi ber om å få lov til å kontakte deg etter 3 og 12 måneder for å få høre med deg hvordan det har gått. Det er de samme skjemaene som da vil bli brukt. Utfylling av skjema tar 20 - 30 minutter hver gang.

Mulige fordeler og ulemper

Nytten av studien vil være at erfaringene med og kunnskap om hasjavvenningsprogram vil kunne videreutvikles og forbedres og at behandlingstilbud for cannabisavhengighet forhåpentlig spres til flere kommuner i Norge. Det betyr at du bidrar til at unge som har problem med hasj vil kunne få hjelp av slike kurs andre steder i fremtiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navn- og personnummerliste som oppbevares i låsbart skap. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Opplysningene blir senest helt anonymisert ved utgangen av år 2020.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din deltagelse i HAP. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke når som helst. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder John-Kåre Vederhus, tlf 38 14 80 00.

Organisering / kontaktinformasjon

Sørlandet Sykehus, Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, er ansvarlig for studien. Planlagt oppstart er vinter 2012/2013. Prosjektleder er forsker John-Kåre Vederhus (Ph.D.).

Postadresse

Sørlandet sykehus HF
Avdeling for rus- og
avhengighetsbehandling
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND

Besøksadresse:

Poliklinikk: Bispegata 50
Avgifts- og Basisposten:
Kongsgård Allè 71
Rehabiliteringsposten:
Gyldenløvesgt. 56

Telefon:

+47 38 14 80 00
Telefaks:
+47 38 09 73 90
Bankkonto:
1644.06.08284

Admin. adresse

Sørlandet sykehus HF
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND
Telefon:
+47 38 07 44 00

Foretaksreg.

NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside:
www.sshf.no
e-post:
postmottak@sshf.no



Sørlandet sykehus HF
Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling
Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Kristiansand

Har hasjavvenningsprogrammet (HAP) langtids effekt?

Samtykkeerklæring: Jeg har mottatt informasjon og er villig til å delta i denne studien

(Signert av deltager, dato)

Kontaktinformasjon:

Tlf : _____

Mobil: _____

E-post: _____

Adr pr dato: _____

Evt. andre vi kan kontakte for å nå deg (pårørende e.l.): _____

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

(Signert av ansatt, dato)

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Avdeling for rus- og
avhengighetsbehandling
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSTAND

Besøksadresse:
Poliklinikk: Bispegata 50
Avgiftsnings- og Basisposten
Kongsgård Allè 71
Rehabiliteringsposten:
Gyldenløvesgt. 56

Telefon:
+47 38 14 80 00
Telefaks:
+47 38 09 73 90
Bankkonto:
1644.06.08284

Admin. adresse
Sørlandet sykehus HF
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSTAND
Telefon:
+47 38 07 44 00

Foretaksreg.
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside:
www.sshf.no
e-post:
postmottak@sshf.no

Appendix 3 – Kartleggingsskjema i studien, ved inntak og etter behandling

Inntaksskjema HAP: Demografiske data og utdanning			
I forbindelse med hasjavvennings samtaler/kurs ber vi om at du svarer på de følgende spørsmålene om deg selv			
-			
*To første bokstaver i fornavn og etternavn			
FORNAVN	<input type="text"/>		
ETTERNAVN	<input type="text"/>		
*Når er du født?			
DD MM ÅÅÅÅ (dag/måned/år)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
*Kjønn			
<input type="radio"/> Mann	<input type="radio"/> Kvinne		
*Hva er din sivilstatus?			
<input type="radio"/> Ugift/enslig	<input type="radio"/> Gift/samboer		
*Hvordan bor du?			
<input type="radio"/> Bor alene	<input type="radio"/> Bor med partner/samboer	<input type="radio"/> Bor hos oppvekstfamilie	<input type="radio"/> Bor sammen med andre
*Hvordan vil du si at din bosituasjon er nå?			
<input type="radio"/> Stabil	<input type="radio"/> Ustabil		
-			
*Utdanning..			
	Nei	Ja	
Har du fullført grunnskole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Har du fullført videregående skole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
*Fullførte utdanningsår..			
Antall FULLFØRTE år på VIDEREGÅENDE SKOLE	<input type="text"/>		
Antall FULLFØRTE år på HØGSKOLE/UNIVERSITET	<input type="text"/>		
-			
*Studerer du nå?			
	Nei	Ja	
Er du student/skoleelev for tiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Arbeid, sysselsetting, juridisk mv.

*Arbeid SISTE 4 UKER

- Hvor stor stilling har du vært i arbeid/ hatt arbeidspraksis de siste 4 ukene? (angi STILLINGSPROSENT)

- Hvor mange arbeidsdager hadde du fravær med sykmelding/egenmelding? (ta også med evt fravær uten gyldig grunn)

*Har du mottatt penger til egen forsørgelse fra noen av følgende kilder SISTE 30 DAGER?

-

	Nei	Ja
Eget arbeid (lønn/sykepenges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stønad fra NAV (arb.avklaringspenger/sosialhjelp e.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffsalg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen kriminalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-

*Hva har vært din hovedinntektskilde siste 30 dagene?

☐ Ordinær lønn

☐ Stønad fra NAV

☐ Sykepenges

☐ Uføretrygd

Annet (vennligst spesifiser)

*Førerkort

	Nei	Ja
Har du gyldig førerkort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-

*Juridisk

	Nei	Ja
Venter du nå på tiltale, rettssak eller domsavsigelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-

*Illegal virksomhet

Hvor mange av de SISTE 30 DAGENE har du drevet med illegal virksomhet for å skaffe penger?

VAS - visuell analog skala

DATO: _____

Født: _____

Når fyller du ut dette (sett kryss)?☐
Inntaks-
samtale☐
Ved avsluttet
kurs☐
Etter-
undersøkelse
3 mnd☐
Etter-
undersøkelse
12 mnd**Sett en strek på linjene for det som passer for deg:****1. Bruk av cannabis siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**2. Bruk av alkohol siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**3. Bruk av andre rusmidler siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**4. Bruk av nikotin siste uke:**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**5. Hvis du tenker på den siste uken, inkludert dagen i dag, hjelp oss å forstå hvordan du har hatt det ved å vurdere disse områdene i livet ditt:****Personlig (hvordan du har det med deg selv):**

Dårlig



Bra

Mellommenneskelig (nære relasjoner som familie, partner):

Dårlig



Bra

I sosial fungering (arbeid, skole, venner):

Dårlig



Bra

Generelt (generell opplevelse av hvordan du har det):

Dårlig



Bra

6. Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?Svært lite
motivertSvært
motivert**7. Hvor stor tro har du på at du vil klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?**Svært
liten troSvært stor
tro**8. Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?**Svært lite
viktig

Svært viktig

Alvorlighetsgrad av avhengighet skala (SDS)

*Alvorlighetsgrad av avhengighet

	Aldri/nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid/nesten alltid
1. Tror du at ditt forbruk av cannabis er ute av kontroll?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gjorde/gjør tanken på at du gikk/går glipp av en mulighet til å røyke hasj deg engstelig eller bekymret?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Var du/er du bekymret over ditt forbruk av hasj?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Skulle du ønske at du kunne slutte med hasj?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ikke vanskelig	Ganske vanskelig	Veldig vanskelig	Uover- kommelig
5. Hvor vanskelig synes du det er å la være/slutte å røyke hasj?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Historiske spørsmål om din cannabisbruk (hasj, marihuana mv)

1. Hvor gammel var du første gang du brukte cannabis (hasj mv)?
2. Antall år der du har brukt cannabis 2 dager eller mer pr uke
3. Antall dager med cannabisbruk (hasj mv) SISTE 30 DAGER

*Syntetisk cannabis

	Nei	Ja
Har du brukt syntetisk cannabis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*-

- Hvor mange ganger (i livet) har du brukt syntetisk cannabis?
- Antall dager med bruk av syntetisk cannabis SISTE 30 DAGER

*Hvordan er nettverket ditt?

1. Antall rusfrie/nyktre venner som du bruker tid sammen med
2. Antall venner du bruker tid sammen med som ruser seg

SCL - 25

*Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man har av og til. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet de SISTE 14 DAGENE (til og med i dag). Sett ett kryss for hver linje.

	1 - Ikke i det hele tatt	2 - Litt	3 - En god del	4 - Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Føler du deg engstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nervøs eller urolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hjerterbank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Skjelving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Føler deg anspent eller opphisset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hodepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Anfall av redsel eller panikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Føler deg slapp og uten energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Anklager deg selv for ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Har lett for å gråte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tap av seksuell interesse / opplevelse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dårlig appetitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Vanskelig for å sove	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Følelse av håpløshet med tanke på framtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Føler deg nedfor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Føler deg ensom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Har tanker om å ta ditt eget liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Følelse av å være fanget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Bekymrer deg for mye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Føler ikke interesse for noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Føler at alt krever stor anstrengelse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Føler at du ikke er noe verd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ETTER HASJAVVENNING: Demografiske data, arbeid mv

I FORBINDELSE MED AT DU HAR VÆRT I HASJAVVENNINGS SAMTALER / KURS (HAP), BER VI OM AT DU SVARER PÅ DE FØLGENDE SPØRSMÅL OM DEG SELV

*To første bokstaver i fornavn og etternavn

FORNAVN
ETTERNAVN

*Når er du født?

Dag/måned/år DD MM ÅÅÅÅ
 / /

*Hvordan bor du?

☐ Bor alene ☐ Bor med partner/samboer ☐ Bor hos oppvekstfamilie ☐ Bor sammen med andre

*Hvordan vil du si at din bosituasjon er nå?

☐ Stabil ☐ Ustabil

*Utdanning..

	Nei	Ja
Har du fullført grunnskole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du fullført videregående skole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Fullførte utdanningsår..

Antall FULLFØRTE år på videregående skole
Antall FULLFØRTE år på høyskole/universitet

*Studerer du nå?

	Nei	Ja
Er du student/skoleelev for tiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Arbeid SISTE 4 UKER

- Hvor stor stilling har du vært i arbeid/ hatt arbeidspraksis de siste 4 ukene? (angi STILLINGSPROSENT)
- Hvor mange arbeidsdager hadde du fravær med sykmelding/egenmelding? (ta også med evt fravær uten gyldig grunn)

Økonomi, juridisk, hasjbruk mv.

***Har du mottatt penger til egen forsørgelse fra noen av følgende kilder
SISTE 30 DAGER?**

	Nei	Ja
Eget arbeid (lønn/sykepenger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stønad fra NAV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffsalg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen kriminalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Hva har vært din hovedinntektskilde siste 30 dagene?**

- ☐ Ordinær lønn ☐ Stønad fra NAV
☐ Sykepenger ☐ Uføretrygd

Annet (vennligst spesifiser)

-

***Førerkort og juridisk**

	Nei	Ja
Har du gyldig førerkort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Venter du nå på tiltale, rettssak eller domsavsigelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Illegal virksomhet**

Hvor mange av de SISTE 30 DAGENE har du drevet med illegal virksomhet for å skaffe penger?

-

***Cannabisbruk (hasj, marihuana mv.) SISTE 30 DAGER**

1. Antall dager med cannabisbruk (hasj mv) SISTE 30 DAGER
2. Antall dager med bruk av syntetisk cannabis SISTE 30 DAGER

-

***Hvordan er nettverket ditt?**

1. Antall rusfrie/nyktre venner som du bruker tid sammen med
2. Antall venner du bruker tid sammen med som ruser seg

VAS - visuell analog skala

DATO: _____

Født: _____

Når fyller du ut dette (sett kryss)?☐
Inntaks-
samtale☐
Ved avsluttet
kurs☐
Etter-
undersøkelse
3 mnd☐
Etter-
undersøkelse
12 mnd**Sett en strek på linjene for det som passer for deg:****1. Bruk av cannabis siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**2. Bruk av alkohol siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**3. Bruk av andre rusmidler siste uke**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**4. Bruk av nikotin siste uke:**Ingen
brukDaglig massiv
bruk**5. Hvis du tenker på den siste uken, inkludert dagen i dag, hjelp oss å forstå hvordan du har hatt det ved å vurdere disse områdene i livet ditt:****Personlig (hvordan du har det med deg selv):**

Dårlig



Bra

Mellommenneskelig (nære relasjoner som familie, partner):

Dårlig



Bra

I sosial fungering (arbeid, skole, venner):

Dårlig



Bra

Generelt (generell opplevelse av hvordan du har det):

Dårlig



Bra

6. Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?Svært lite
motivertSvært
motivert**7. Hvor stor tro har du på at du vil klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?**Svært
liten troSvært stor
tro**8. Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?**Svært lite
viktig

Svært viktig

HAP: SCL - 25

*Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man har av og til. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet de SISTE 14 DAGENE (til og med i dag). Sett ett kryss for hver linje.

	1 - Ikke i det hele tatt	2 - Litt	3 - En god del	4 - Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Føler du deg engstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nervøs eller urolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hjertebank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Skjelving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Føler deg anspent eller opphisset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hodepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Anfall av redsel eller panikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Føler deg slapp og uten energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Anklager deg selv for ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Har lett for å gråte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tap av seksuell interesse / opplevelse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dårlig appetitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Vanskelig for å sove	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Følelse av håpløshet med tanke på framtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Føler deg nedfor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Føler deg ensom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Har tanker om å ta ditt eget liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Følelse av å være fanget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Bekymrer deg for mye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Føler ikke interesse for noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Føler at alt krever stor anstrengelse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Føler at du ikke er noe verd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TILLEGGSSPØRSMÅL

1. Angi hvilken nytte du totalt sett mener å ha hatt av hasjavvenningskurset (sett et kryss på linjen til det som passer for deg)

Svært liten
nytte



Svært stor
nytte

2. Dersom en venn av deg hadde vært i samme situasjon som du, ville du ha anbefalt han/henne å delta på hasjavvenningskurset?

☐

Nei

☐

Ja

☐

Vet ikke

3. Har du brukt cannabis (hasj, marihuana mv) etter at du sluttet i hasjavvenningskurs/-samtaler? (besvares i etterundersøkelse)

☐

Nei

☐

Ja

Her er noen åpne spørsmål der du kan gi din tilbakemelding på hasjavvenningskurset med dine egne ord hvis du ønsker det.

4. Er det noen spesielle negative ting du vil ta frem vedr. hasjavvenningskurset?

5. Er det noen spesielle positive ting du vil ta frem vedr. hasjavvenningskurset?

6. Hva synes du kunne vært gjort annerledes eller bedre?

(bruk evt bakside for flere kommentarer)

Appendix 4 – Korrelasjonsmatrise, Spearmans rho

		FØR HAP - Antall dager med cannabisbruk DE SISTE 30 DAGER	ETTER HAP - Antall dager med cannabisbruk SISTE 30 DAGER	FØR HAP SCL-25	ETTER HAP SCL25	ORS_FØR	ORS_ETTER
FØR HAP - Antall dager med cannabisbruk DE SISTE 30 DAGER	Correlation Coefficient	1,000	,053	,023	-,254	-,021	,324
	Sig. (2-tailed)		,772	,891	,176	,901	,070
	N	40	32	39	30	39	32
ETTER HAP - Antall dager med cannabisbruk SISTE 30 DAGER	Correlation Coefficient	,053	1,000	,222	,316	-,381*	-,233
	Sig. (2-tailed)	,772		,223	,083	,032	,193
	N	32	33	32	31	32	33
FØR HAP SCL-25	Correlation Coefficient	,023	,222	1,000	,561**	-,424**	-,256
	Sig. (2-tailed)	,891	,223		,001	,007	,158
	N	39	32	40	30	39	32
ETTER HAP SCL25	Correlation Coefficient	-,254	,316	,561**	1,000	-,177	-,743**
	Sig. (2-tailed)	,176	,083	,001		,349	,000
	N	30	31	30	31	30	31
ORS_FØR	Correlation Coefficient	-,021	-,381*	-,424**	-,177	1,000	,144
	Sig. (2-tailed)	,901	,032	,007	,349		,430
	N	39	32	39	30	40	32
ORS_ETTER	Correlation Coefficient	,324	-,233	-,256	-,743**	,144	1,000
	Sig. (2-tailed)	,070	,193	,158	,000	,430	
	N	32	33	32	31	32	33
Hva har vært din hovedinntektskilde de SISTE 30 DAGENE?	Correlation Coefficient	-,045	-,010	,174	,639**	,165	-,557**
	Sig. (2-tailed)	,806	,962	,348	,001	,376	,004
	N	32	25	31	23	31	25
Alder_f	Correlation Coefficient	,112	-,319	,120	,098	,027	,104
	Sig. (2-tailed)	,491	,070	,459	,600	,869	,564
	N	40	33	40	31	40	33
Kjønn	Correlation Coefficient	-,126	,173	,410**	,371*	-,135	-,300
	Sig. (2-tailed)	,438	,335	,009	,040	,407	,090
	N	40	33	40	31	40	33
Hva er din sivilstatus	Correlation Coefficient	,205	-,227	-,115	-,397*	,100	,316
	Sig. (2-tailed)	,203	,204	,480	,027	,539	,073
	N	40	33	40	31	40	33
Hvordan bor du?	Correlation Coefficient	-,104	,138	-,208	-,155	,011	,014
	Sig. (2-tailed)	,523	,444	,198	,406	,948	,937
	N	40	33	40	31	40	33
Utdanningsnivå_f	Correlation Coefficient	-,149	-,164	,105	,040	-,108	,005
	Sig. (2-tailed)	,360	,361	,520	,832	,506	,979
	N	40	33	40	31	40	33
- Antall rusfrie/nyktre venner som du bruker tid sammen med?	Correlation Coefficient	-,107	-,075	,079	-,078	-,234	-,027
	Sig. (2-tailed)	,518	,682	,635	,681	,151	,882
	N	39	32	39	30	39	32
- Antall venner du bruker tid sammen med som ruser seg?	Correlation Coefficient	,132	,140	,065	,077	,128	,127
	Sig. (2-tailed)	,416	,436	,692	,682	,430	,482
	N	40	33	40	31	40	33
- Hvor gammel var du første gang du brukte cannabis	Correlation Coefficient	-,330*	-,144	,081	-,030	,121	,079
	Sig. (2-tailed)	,038	,431	,623	,876	,464	,666
	N	40	32	39	30	39	32
- Antall år du har brukt cannabis 2 dager el. mer pr uke	Correlation Coefficient	,100	-,113	-,087	-,067	-,192	-,037
	Sig. (2-tailed)	,540	,539	,600	,725	,241	,841
	N	40	32	39	30	39	32

Alvor_sum	Correlation Coefficient	,037	,136	,519**	,023	-,182	,141
	Sig. (2-tailed)	,819	,458	,001	,902	,269	,441
	N	40	32	39	30	39	32
- Hvor motivert er du til å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Correlation Coefficient	-,036	-,251	,008	-,149	,177	,497**
	Sig. (2-tailed)	,828	,166	,962	,432	,273	,004
	N	39	32	39	30	40	32
- Hvor stor tro har du på at du skal klare å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Correlation Coefficient	,064	-,328	-,302	-,168	,550**	,347
	Sig. (2-tailed)	,696	,067	,061	,375	,000	,052
	N	39	32	39	30	40	32
- Hvor viktig er det for deg å slutte med eller fortsatt la være å bruke hasj?	Correlation Coefficient	-,143	-,048	,058	-,053	,047	,229
	Sig. (2-tailed)	,385	,795	,727	,781	,774	,208
	N	39	32	39	30	40	32
Alohol før HAP	Correlation Coefficient	-,308	-,015	-,187	-,096	,046	,042
	Sig. (2-tailed)	,056	,936	,255	,613	,778	,820
	N	39	32	39	30	40	32
Andre rusmidler før HAP	Correlation Coefficient	,138	,209	-,182	-,159	-,100	,260
	Sig. (2-tailed)	,401	,250	,269	,401	,541	,151
	N	39	32	39	30	40	32
Nikotin før HAP	Correlation Coefficient	-,041	-,068	,276	,163	-,114	-,151
	Sig. (2-tailed)	,805	,713	,089	,388	,482	,410
	N	39	32	39	30	40	32
Angi hvilken nytte du TOTALT SETT mener å ha hatt av hasj avvenningskurset (angi antall millimeter på linjen)	Correlation Coefficient	,033	-,350	,403*	-,135	,059	,343
	Sig. (2-tailed)	,862	,053	,027	,486	,758	,059
	N	30	31	30	29	30	31
Dersom en venn av deg hadde vært i samme situasjon som du, ville du ha anbefalt han/henne å delta på hasj avvenningskurset?	Correlation Coefficient	,210	,020	-,299	-,178	,281	,064
	Sig. (2-tailed)	,257	,915	,102	,347	,126	,728
	N	31	32	31	30	31	32