

Cannabisprogram för ungdomar (CPU) i praktiken

En pilotstudie om genomförbarhet, problembild och förändringar under programtiden

Karin Patriksson

Förord

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till er åtta som varit kontaktpersoner för era mottagningar i den här studien, Christer Åkerlund i Eskilstuna, Eva Johansson Rådberg i Haninge, Anniela Nilsson i Kristianstad, Ingela Nilsson i Lund, Olov Stenlund i Skellefteå, Leif Lundin och Susanne Rosenqvist i Umeå och Annica Krohn Wikström i Västerås. Ni har fått era mottagningar att säga ja till att ingå i studien, själva genomfört och rapporterat in CPU, deltagit med konstruktiva och kloka tankar på den workshop vi höll kring studien och stått ut med att jag ställt alla möjliga frågor. Några av er fick dessutom stå ut med att jag jagade er lite för att få in de sista rapporteringarna. Tack även till er andra behandlare på de åtta mottagningarna som under mätperioden arbetat med och rapporterat in CPU till studien och tack även för att ni bidrog med värdefulla uppgifter workshopen.

Stort tack till Ulric Hermansson, Karolinska Institutet, för support och handledning i det vetenskapliga arbetet inför och under undersökningen och i skrivandet av rapporten. Tack Christina Wall, min kollega på Kunskapskällar'n, och Kristina Jung, tidigare planeringsledare i Göteborgs Stad, för korrekturläsning och kloka synpunkter. Sist men inte minst tack Ann-Sofie Johansson, Karlstad kommun och som är den som håller ihop Nationella Cannabisnätverket, för att du varit drivande i att studien blev möjlig att genomföra och för att du stod ut med att skrivandet drog ut på tiden.

Karin Patriksson
Kunskapskällar'n, Göteborgs Stad
24 augusti 2015

Sammanfattning

I den här rapporten redovisas resultat från en pilotstudie på CPU (Cannabisprogram för ungdomar). CPU är ett program för ungdomar som har rökt cannabis mer eller mindre regelbundet en tid men inte i den omfattningen att de är i behov av HAP (Haschavvänjningsprogrammet) (mindre än 6 månaders regelbunden användning, tre gånger i veckan eller mer) eller är för unga för HAP (yngre än 18 år).

Pilotstudiens huvudsyfte har varit att undersöka genomförbarheten av CPU i det kliniska arbetet på ett antal utvalda pilotenheter. Syftet har också varit att på enheterna beskriva problembilden vid programstart hos de ungdomar som deltar i programmet och även studera möjliga förändringar under programtiden. Behandlare som arbetar med CPU på åtta enheter geografiskt fördelade över landet har hjälpt till med insamling av data och har delat med sig av sina erfarenheter av att arbeta med CPU. De mottagningar som deltagit i studien är Beroendecentrum Ung i Eskilstuna, HANNA-mottagningen i Haninge, Ungdomsbasen i Kristianstad, Rådgivningsbyrån i Lund, Klara öppenvård i Skellefteå, Ingången och Ungdomsteamet i Umeå och Irisverksamheten i Västerås.

Sammanlagt 22 CPU påbörjades under det halvår mätperioden pågick, av dem fullföljdes programmet för 16 av ungdomarna och avbröts i förtid för 6 av ungdomarna, vilket får anses som en hög grad av retention, det vill säga kvarstannande i behandlingen. Alla påbörjade CPU under mätperioden, både fullföljda och avbrutna, har rapporterats in.

Genomförbarheten har undersökts genom att behandlarna har skattat följsamheten till manual i varje av de tolv samtal som ingår i CPU i de program de påbörjat under mätperioden. Ett annat underlag för bedömningen har varit de kommentarer som behandlarna har lämnat till varje inrapporterat program och den workshop med behandlarna där de fick diskutera olika frågeställningar om hur det är att arbeta med CPU.

Behandlarnas genomsnittliga skattningar av följsamhet till manualen på de enskilda samtalen med ungdomarna varierar från 7,9 till 9,1 på en 10-gradig skala. På familjesamtalen varierar de genomsnittliga skattningarna från 8,3 till 9,0 och på föräldrasamtalen från 8,6 till 9,0. Genomsnittliga skattningar mellan 7,9 till 9,1 får anses som höga skattningar, vilket visar på att behandlarna i hög grad kunnat genomföra samtalen utifrån manualen. Behandlarnas kommentarer till de påbörjade programmen har handlat om många olika saker vilket gör det svårt att sammanfatta dem. Här lyfts ett par exempel som att allt inte hunnits med, svårigheten att möta oengagerade föräldrar, att KASAM inte gjorts i slutet av programmet med mera.

Inom studien arrangerades en workshop till vilken representanter från de åtta enheterna bjöds in i syfte att diskutera erfarenheterna av arbetet med CPU. Där framkom bland annat att en framgångsfaktor för att få till stånd CPU var vikten av att man på arbetsplatsen bestämmer sig för att använda CPU på alla ungdomar och deras familjer där det passar. Andra exempel var att informera samarbetspartners om att man arbetar med den metoden, göra reklam och sprida via media. Behandlarna tyckte att det var svårt att arbeta med framförallt de familjer där föräldrarna var oengagerade, men även de familjer där det finns stora konflikter. Här efterfrågades det mer material i manualen om hur man kan hantera sådana situationer. Behandlarna fick gruppvis lämna synpunkter på innehållet i manualen såsom punkter som eventuellt kan strykas eller läggas till eller punkter som behöver flyttas inom manualen. Några punkter återkom hos flera av grupperna vilket kan leda till en liten revidering av manualen.

De 22 ungdomar som ingått i studien har en medelålder på 16 år. Samtliga 22 har någon gång i livet använt både cannabis och alkohol. 20 har använt tobak och 12 av de 22 ungdomarna rapporterade att de någon gång i livet använt spice. Ett fåtal av ungdomarna hade dessutom använt andra narkotiska preparat så som amfetamin, ecstasy, LSD och andra hallucinogener. Det var även få av ungdomarna som rapporterade att de använt smärtstillande och/eller dämpande läkemedel eller lösningssmedel. Ingen av de 22 ungdomarna hade någon gång i livet använt vare sig heroin och andra opiater,

kokain, GHB/GBL eller anabola androgena steroider. Merparten, 73 procent, lämnade negativt urinprov redan vid programstart.

Några påtagliga förändringar vad gäller drogfrihet under de 6 veckor programmet pågår har inte identifierats, vilket möjligen kan förklaras utifrån att merparten av ungdomarna var drogfria redan vid programstart. Några förändringar går ändå att utläsa. När det gäller resultat på urinprov bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet så har andelen negativa provsvar ökat från 69 procent vid programstart till 88 procent vid programslut. På KASAM, det instrument som mäter känslan av sammanhang, finns en positiv förändring på delkomponenten meningsfullhet som ökat från 4,8 vid programstart till 5,2 vid avslut av programmet. Även skalfrågan - *Hur nöjd du med relationen till dina föräldrar?* har förändrats positivt under programtiden, från 7,0 till 8,0 på en 10-gradig skala där 10 är mycket nöjd.

Förkortningar och vissa begrepp

ADAD	Adolescent Drug Abuse Diagnosis. Bedömningsinstrument för unga med missbruks- och/eller socialproblematik.
ADDIS ung	Alkohol- och drogdiagnosinstrument Ungdomar. Bedömnings- och diagnosinstrument för unga med missbruksproblematik.
ASI	Addiction Severity Index. Bedömningsinstrument för vuxna med missbruksproblematik.
CPU	Cannabisprogram för ungdomar. I kapitel 2 finns beskrivning av CPU.
DOK	Dokumentation av klienter. Dokumentationsinstrument för vuxna med missbruksproblematik.
HAP	Haschavvänjningsprogrammet. Ett sex veckors program för abstinensbehandling vid cannabissmissbruk som också hjälper klienten förändra det tankemönster som utvecklas under missbrukstiden och därigenom ökar personens sociala och psykologiska kompetens.
HVB	Hem för vård och boende.
Jupiter	Behandlingsprogram för ungdomar
KASAM	Känsla av sammanhang. Ett självskattningsinstrument, läs mer på sidan 9-10.
MI	Motivational Interviewing. På svenska Motiverande samtal.
rePULSE	Metod för att hantera impuls kontroll.
SCL90	Symptoms Checklist 90. Ett självskattningsinstrument för psykiatrisk symptom mätning.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences. Dataprogram för statistisk analys.
UngDOK	Dokumentation av klienter ung. Dokumentationsinstrument för unga med missbruksproblematik.
ÅP	Återfallsprevention.

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Förkortningar och vissa begrepp	4
Innehållsförteckning	6
1. Inledning	8
1.1. Studiens bakgrund	8
1.2. Studiens syfte	8
2. Kort beskrivning av CPU (Cannabisprogram för ungdomar)	9
2.1. Kunskapsunderlagen	9
2.2. Arbete med att ta fram en metod för tidig intervention vid cannabisanvändning bland ungdomar	10
2.3. Programmets upplägg	10
3. Metod	12
3.1. Hantering av olika benämningar	12
3.2. Etiska överväganden	12
3.3. Studiens upplägg och genomförande	12
Datainsamling via Sammanställningsblankett med loggbok	12
Mätinstrument	12
Mätperiod	13
Datainsamling från workshop	13
3.4. Rapportens fortsatta upplägg	13
4. Resultat	15
4.1. Deltagande mottagningar	15
Mottagningarna och kontaktpersonerna i utvärderingen	15
Beskrivning av mottagningarna	15
4.2. Antal inrapporteringar samt ålder och kön	19
Inrapporteringar	19
Ungdomarnas kön och ålder	19
4.3. Genomförda samtal	20
Genomförda samtal bland samtliga 22 startade programmen	20
Genomförda samtal bland de 16 fullföljda programmen	21
Samtal utöver de som ingår i programmet	21
4.4. Följsamhet i samtalen	23
Närvarande vid informationssamtalet	23
Skattningar av följsamhet i samtalen	23
Kommentarer från behandlarna som rapporterat in	27
4.5. De avbrutna programmen	29

4.6.	Workshop med kontaktpersoner och behandlare strax efter mätperiodens slut	30
	Huvudfrågor	30
	Frågor om målgrupp	30
	Frågor om organisation och rekrytering	31
	Frågor om programmet	31
	De två sista frågorna i <i>Frågor om programmet</i> genomfördes i grupparbetsform	32
4.7.	En bild av ungdomarnas droganvändning före programstart	33
	När genomförandes droginventeringen?	33
	Ungdomarnas droganvändning före programstart	33
	Antal dagar från senaste röktillfälle av cannabis till programstart	39
4.8.	Drogintag under programmet	41
	Rökt cannabis under programmet efter kön	41
	Tagit andra droger under programmet	41
	Druckit alkohol under programmet efter kön	41
4.9.	Förändringar under programtiden	43
	KASAM	43
	Identifierad droganvändning via urinprov	44
	Skalfrågor	45
5.	Sammanfattande diskussion	48
5.1.	Ungdomarnas problembild	48
5.2.	Förändringar under programtiden	48
5.3.	Genomförbarheten av CPU	49
5.4.	Slutsatser och rekommendationer	49
	Referenser	52
Bilaga 1	Sammanställningsblankett med loggbok	53
Bilaga 2	Guide för medverkande mottagningar och dess behandlare	65

1. Inledning

Den pilotstudie som presenteras i rapporten har finansierats av Folkhälsomyndigheten genom att Nationella Cannabisnätverket, ett nätverk för cannabisbehandlare, 2014 beviljades ANDT utvecklingsmedel för genomförandet. Studien består av en kartläggning och utvärdering med fokus på genomförbarheten av en metod för tidiga interventioner vid cannabisanvändning bland ungdomar, Cannabisprogram för ungdomar (CPU). Framtagningen av och själva metoden CPU beskrivs närmare i kapitel 2.

I rapporten presenteras resultat från pilotstudien i vilken åtta utvalda enheter fördelade över landet har ingått. Programmets genomförbarhet har studerats genom behandlarnas skattningar av följsamhet till programmets manual, data om de genomförda programmen som behandlarna rapporterat in och workshop med behandlarna vid mätperiodens slut. Ungdomarnas problembild har kartlagts vid programstart. Eventuella förändringar under programtiden har mätts vid programavslut med hjälp av tre mätinstrument.

1.1. Studiens bakgrund

Nationella Cannabisnätverket som funnits sedan år 2000 är ett nätverk för behandlare som använder sig av HAP (Haschavvänjningsprogrammet) ett sex veckors program för abstinensbehandling vid cannabissmissbruk. Programmet hjälper även klienten att förändra det tankemönster som utvecklats under missbrukstiden och ökar därigenom personens sociala och psykologiska kompetens. HAP är framtaget av Dan Ericsson och Thomas Lundqvist (Ericsson & Lundqvist 1988). Nationella Cannabisnätverket har under 2012 - 2013 arbetat med tre delprojekt i syfte att minska cannabisanvändningen i åldersgruppen 16 – 20 år; *Kunskapsspridning* vilket även inkluderade att utveckla utbildningsfilmer, *Virtuell rådgivning* och *Tidig intervention vid cannabisanvändning*.

Delprojektet *Tidiga interventioner vid cannabisanvändning* inleddes med att ta fram två kunskapsunderlag. Det ena var en kunskapsinventering (Turner 2013) för att ta reda på vad forskningen säger är verksamt som tidig intervention vid cannabisanvändning bland ungdomar. Det andra var en kartläggning bland Nationella Cannabisnätverkets mottagningar (Patriksson 2013) för att ta reda på hur de arbetar med tidig intervention vid cannabisanvändning hos ungdomar.

Med dessa två underlag arbetade en referensgrupp, ledd av projektledaren fram ett program för tidig intervention vid cannabisanvändning hos ungdomar. Målgruppen för programmet är ungdomar som använt cannabis, men inte i den omfattning att de är i behov av HAP (Haschavvänjningsprogrammet), det vill säga 6 månaders regelbunden användning (tre gånger i veckan eller mer), eller är för unga för HAP (yngre än cirka 18 år). Programmet testades under en kort tid på referensgruppsmedlemmarnas mottagningar. Det programmet har fått namnet CPU (Cannabisprogram för ungdomar) och lanserades på Nationella Cannabisnätverkets konferens i Malmö i september 2013. Efter det har utbildning i CPU erbjudits som en påbyggnadsutbildning på HAP-utbildningen.

Mer information om framtagandet av CPU och om programmets upplägg finns att läsa i kapitel 2.

1.2. Studiens syfte

Syftet med studien är att:

- Bedöma genomförbarheten av metoden för tidiga interventioner, CPU (*Cannabisprogram för ungdomar*), i det kliniska arbetet på utvalda enheter (åtta till tio stycken), geografiskt fördelade över landet.
- På de utvalda pilotenheterna beskriva problembilden (programstart) hos de ungdomar som deltar i programmen och även studera möjliga förändringar (programavslut) under programtiden.

2. Kort beskrivning av CPU (Cannabisprogram för ungdomar)

Målgrupp för delprojektet *Tidiga interventioner vid cannabisanvändning* var ungdomar som använt cannabis, men inte i den omfattning att de är i behov av HAP (Haschavvänjningsprogrammet), det vill säga 6 månaders regelbunden användning (tre gånger i veckan eller mer), och/eller är för unga för HAP (yngre än cirka 18 år). Som nämnts i inledningen inleddes projektet med att ta fram två kunskapsunderlag.

2.1. De två kunskapsunderlagen

Det ena kunskapsunderlaget är en inventering (Turner 2013) för att ta reda på vad forskningen säger är verksamt som tidig intervention vid cannabisanvändning bland ungdomar. I samarbete med representanter och experter från projektets styrgrupp, tog Russel Turner på FoU i Väst fram en sökstrategi. Sammanlagt 105 artiklar stämde överens med den framtagna sökstrategin. Sökningen var ställd något vidare än projektets målgrupp vilket innebär att även metoder för ungdomar i riskzon för cannabisanvändande finns med i rapporten. De verksamma metoder som stämmer med vår målgrupp sammanfattas i punktform nedan:

- *Korta, MI-baserade (Motivational Interviewing) rådgivningsinterventioner kan vara effektiva på olika interventionsplatser så länge innehållet är skraddarsytt för deltagaren och personal är väl utbildade i MI.*
- *MI, kognitiv beteendeterapi och familjebaserade metoder verkar effektiva inom ungdomsbehandling och mer komplexa och djupgående metoder (exempelvis Multi-Dimensional Family Therapy) är mer effektiva i mer komplexa fall, exempelvis de med en högre grad av drogmissbruk och/eller psykologiska problem.*
- *Abstinensrelaterade tankar och ökad motivation att sluta verkar vara effektiva behandlingsmål. Individuella, förändringsbara psykologiska faktorer, exempelvis attityder till droger, uppfattningar om skador, problemlösnings- och avståndstagandeförmågor är kopplade till avsikten att inte använda droger och senare bruk.*
- *Föräldraprogram kan vara ett effektivt sätt att få svårengagerade ungdomar in i behandling.*
- *Det finns några stödjande förändringar som verkar viktiga för ungdomar som tar sig ur cannabisbruket; bildande av ett nytt nätverk, förbättrade relationer med familjen, proaktivt professionellt stöd efter behandling (Assertive Continuing Care), och fokus på icke-drogfrågor som att exempelvis hantera ångest, parförhållanden.*
- *Contingency Management (belöning för önskad beteende) verkar inte vara ett effektivt tillägg till ungdomsbehandling vad gäller drogbruk, men kan öka närvaron och tid i behandling.*

(Turner 2013)

Det andra kunskapsunderlaget är en kartläggning bland Nationella Cannabisnätverkets mottagningar (Patriksson 2013) för att ta reda på hur de arbetar med tidig intervention med ungdomar som har använt cannabis. Sammanlagt 48 mottagningar spridda över landet besvarade enkäten som hade skickats ut. I enkäten ställdes frågor om olika samtalsformer, såsom enskilda samtal med ungdomen, familjesamtal, föräldrasamtal, nätverkssamtal och vilken metod eller vilket förhållningssätt man använde i de olika samtalsformerna. Det fanns också frågor om urinprovstagning, screening-instrument och för missbruksvården utformade dokumentations- alternativt bedömningssystem. Vi ställde också frågan om man hade något eget utarbetat kortprogram för målgruppen. Nedan följer några exempel på resultat från kartläggningen.

Av de 48 mottagningarna arbetade 39 med en kombination av enskilda samtal med ungdomen och familjesamtal och 34 mottagningar arbetade alltid eller ofta med föräldrasamtal. De 9 mottagningar som svarat att de enbart arbetade med enskilda samtal var mottagningar i mindre till medelstora städer med långt avstånd till någon av de tre storstäderna.

Den vanligast förekommande metoden eller förhållningssättet var MI vilket 100 procent använde i de enskilda samtalen med ungdomen och 88 procent använde i både familje- och föräldrasamtalen. Näst vanligast var kognitiv metod eller förhållningssätt vilket användes i 65 till 76 procent av de olika samtalsformerna, följt av systemteoretisk metod eller förhållningssätt vilket användes i 60 till 74 procent av de olika samtalsformerna. Mindre vanligt var att man använde sig av lösningsfokuserad metod eller förhållningssätt följt av psykodynamisk metod eller förhållningssätt.

MI, kognitiv och systemteoretisk metod eller förhållningssätt var de tre vanligaste bland de fem alternativen vilket väl stämmer överens med vad som framkom som verksam metod enligt kunskapsinventeringen (Turner 2013).

2.2. Arbete med att ta fram en metod för tidig intervention vid cannabisanvändning bland ungdomar

För att ta fram metoden bildades en referensgrupp med representanter som arbetar med målgruppen för projektet på mottagningar i ett antal kommuner i landet, vilken leddes av projektledaren. Med de två underlagen arbetade referensgruppen fram två program för tidig intervention vid cannabisanvändning hos ungdomar. Det ena programmet var riktat till de ungdomar som enbart testat cannabis ett fåtal gånger. Det andra programmet var riktat till de ungdomar som rökt cannabis mer regelbundet men inte i den utsträckning att de var i behov av HAP, 6 månaders regelbunden användning (tre gånger i veckan eller mer), och/eller var för unga för HAP (yngre än cirka 18 år).

Båda programmen testades under en avgränsad tid på de mottagningar som ingick i referensgruppen. Behandlarnas upplevelse efter testning var att programmet för de ungdomar som enbart testat cannabis ett fåtal gånger var allt för omfattande för den målgrupp det var avsett för. Det sist nämnda programmet upplevde de däremot fungerade utmärkt för den målgrupp det var avsett för.

Styrgruppen för projektet beslutade att projektet skulle arbeta vidare med det program behandlarna upplevde fungera utmärkt för avsedd målgrupp, det vill säga det för ungdomar som har rökt cannabis mer eller mindre regelbundet en tid men inte i den omfattningen att de är i behov av HAP och/eller är för unga för HAP. Det programmet har fått namnet CPU och lanserades på Nationella Cannabisnätverkets konferens i Malmö i september 2013. Efter det har utbildning i CPU erbjudits som en påbyggnadsutbildning på HAP-utbildningen.

2.3. Programmetts upplägg

CPU har hämtat mycket inspiration och kunskap från HAP. Det är i stora delar likt strukturen och innehållet i HAP samtidigt som det skiljer sig i vissa avseenden. Likheterna är:

- Att det sträcker sig över sex veckor.
- Att man arbetar utifrån de tre faserna, medicinsk-, psykologisk- och social fas (Ericsson & Lundqvist 1988).
- Att man använder många av de behandlingstekniska momenten som finns i HAP.

Skillnaderna utgörs av:

- Att programmet har familjefokus och innehåller både familjesamtal och föräldrasamtal utöver enskilda samtal med ungdomen.
- Att programmet är något mindre intensivt med sina sammanlagt 12 sessioner under 6 veckor jämfört med HAP som innehåller 18 enskilda sessioner under 6-8 veckor.

I CPU ingår sammanlagt tolv samtal. Samtalen är fördelade på fyra familjesamtal, sex enskilda samtal med ungdomen och två föräldrasamtal. I de fyra familjesamtalen inkluderas informationssamtalet och det avslutande familjesamtalet. I programmet varvas enskilda samtal med ungdomen, familjesamtal och föräldrasamtal. Mer information om innehållet i de olika samtalen finns i slutet av sam-

manställningsblanketten (bilaga 1) under det som kallas loggbok. Nedan presenteras programmets upplägg vecka för vecka:

- V1 Medicinsk inriktning med fakta om cannabis.
Informationssamtal.
Enskilt samtal med ungdomen.
- V2 Medicinsk inriktning med fakta om cannabis.
Enskilt samtal med ungdomen.
Föräldrasamtal.
- V3 Fokus på känslor kopplat till cannabis.
Enskilt samtal med ungdomen.
Familjesamtal.
- V4 Fokus på känslor kopplat till cannabis.
Enskilt samtal med ungdomen.
Familjesamtal.
- V5 Social inriktning och återfallsprevention.
Enskilt samtal med ungdomen.
Föräldrasamtal.
- V6 Social inriktning och återfallsprevention.
Enskilt samtal med ungdomen.
Avslutande familjesamtal (som vid behov kan övergå i fortsatt stödkontakt).

2-3 månader efter avslut genomförs en återträff i form av familjesamtal.

På det sista föräldrasamtalet i vecka fem och det sista enskilda samtalet med ungdomen vecka sex läggs stor vikt på att samtala om familjens behov av eventuellt fortsatt stöd. De samtalen har fokus på om ungdomens och föräldrarnas behov har tillgodosett under programmet eller om de har behov av fortsatt kontakt med mottagningen. Finns behov av fortsatt kontakt görs det avslutande familjesamtalet vecka sex om till ett vanligt familjesamtal där planering av den fortsatta kontakten ingår.

Har familjens behov av behandlande insatser uppnåtts under de sex veckor som programmet pågått görs en handlingsplan tillsammans med familjen vid det avslutande familjesamtalet som ett stöd för såväl ungdom som föräldrar den kommande tiden. Vid samtalet bokas också en tid för återträff om två till tre månader.

3. Metod

3.1. Hantering av olika benämningar

Cannabisprogram för ungdomar förkortas fortsättningsvis *CPU* i rapporten och har ofta bytts ut till enbart programmet eller program för att öka läsbarheten. *Enskilt samtal med ungdomen* har på vissa ställen bytts ut till *ungdomssamtal* på grund av utrymmesbrist i diagram och för att texten ska bli smidigare att läsa. När texten berör de delar som finns i början av *Sammanställningsblankett med loggbok* skrivs enbart *sammanställningsblankett* ut och när texten berör de delar som finns i slutet av densamma skrivs enbart *loggbok* ut för att öka läsbarheten.

På sidan 4 finns en lista med förkortningar och vissa begrepp, där har alla förkortningar skrivs ut och vid behov har även en kort förklaring lagts till.

3.2. Etiska överväganden

Ett viktigt etiskt ställningstagande har varit att de uppgifter som samlats in inte skall gå att relatera till någon av mottagningarna och framförallt inte till någon specifik ungdom. Även om merparten data redovisas på gruppnivå finns alltid en risk för möjlig identifiering om undersökningsgruppen omfattar ett fåtal personer och mottagningar, vilket har varit fallet i den här studien. Därför har all insamlad data om de ungdomar som ingår i studien varit anonymiserad då den rapporterats in. För att säkra anonymiteten ytterligare framgår inte i rapporten vilken kommun ungdomarna kommer från. Av samma skäl framgår heller inte hur många inrapporteringar respektive mottagning har gjort.

3.3. Studiens upplägg och genomförande

Studien data har samlats in från två källor. Den ena källan utgörs av inrapporteringar av påbörjade CPU, såväl avbrutna som genomförda, från de åtta deltagande mottagningarna under mätperioden, se nedan. Den andra källan utgörs av data som samlats in under en workshop, se nedan, med representanter från de deltagande enheterna. Urvalet av mottagningar har tagits fram genom att fråga enheter inom Nationella Cannabisnätverket som hade börjat arbeta med CPU och som bedömdes vara intresserade av att ingå i studien om de ville delta. Av de tillfrågade enheterna tackade åtta ja till att delta i studien.

Då studiens urval består av ett mindre antal utvalda enheter samt att studien genomförts under en begränsad mätperiod (se nedan) är det inte möjligt att dra några generella slutsatser av resultaten.

Datainsamlingen via Sammanställningsblankett med loggbok

Inför insamling av data togs en *Sammanställningsblankett med loggbok* fram (se bilaga 1). I den efterfrågades uppgifter som kön och ålder, uppgifter från droginventering vid start av programmet och resultat från mätinstrument som KASAM (beskrivs nedan), urinprov och skalfrågor vilka gjorts vid start och avslut av programmet. Droginventeringen utgör underlag för ungdomens problembild vid start av programmet och testerna utgör underlag för att mäta eventuella förändringar under programtiden. I *loggboken* som finns längst bak i sammanställningsblanketten har behandlarna fått skatta sin egen följsamhet till manualen i varje av de tolv samtalen för alla påbörjade program.

Behandlarna uppmanades att skriva ut en *Sammanställningsblankett med loggbok* för varje ungdom med familj där de påbörjade ett CPU inom mätperioden, se nedan, och att successivt under programmets gång fylla i de data som efterfrågas. Behandlarna ombads rapportera in alla påbörjade CPU, såväl avbrutna som fullföljda, i en webbenkät. För att underlätta arbetet för behandlarna med sammanställningsblankett med loggbok och inmatning i webbenkät togs en guide fram (se bilaga 2).

Webbenkätens insamlade avidentifierade persondata har vid mätperiodens slut förts över till SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) från vilket såväl tabeller på de insamlade kvantitativa data som mer kvalitativa fritextsvar tagits fram och analyserats.

Mätinstrument

I studien har tre mätinstrument använts för att mäta eventuella förändringar under programtiden vilket nämnts ovan. Resultat från urinprovstest vid start och avslut av programmet har behandlarna rapporterat in som negativt alternativt positivt. De två andra testerna som använts i studien är KASAM och skalfrågor om motivation samt relationer.

Om KASAM

KASAM, som har gjorts vid start och avslut av programmet, står för känsla av sammanhang och mäter individens förmåga att anpassa sig till nya situationer. Begreppet KASAM har myntats av Aaron Antonovsky som i sin bok Hälsans mysterium (Antonovsky 1991) menar att vår motståndskraft beror på vårt KASAM.

KASAM är ett självskattningsformulär med 29 frågor. KASAMs totalpoäng kan ligga mellan 29 och 203. Normalvärdet för en svensk vuxen person ligger mellan 142 och 152, med en standardavvikelse på 127-167 (Hansson & Cederblad 1995). Lägre poäng ger indikatorer på att personen har svårt med struktur och höga poäng ger indikatorer på att personen behöver mer tillåtelse. När det gäller ungdomar framhålls ibland att de kan ha lägre KASAM-värden jämfört med vuxna personer.

KASAM innehåller tre delkomponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, delkomponenternas värde ska ligga över 4 (Antonovsky 1991). Begriplighet ger en bild av huruvida de stimuli som kommer från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga. Hanterbarhet mäter tillgängligheten av de resurser som krävs för att kunna möta dessa stimuli. Meningsfullhet är en motivationskomponent som mäter i vilken utsträckning personen värderar att investera energi i att möta de utmaningar som livet ställer en inför.

Efter genomfört KASAM-test vid start och avslut av programmet har behandlarna fört in KASAMs totalvärde och värdena på de tre delkomponenterna i sammanställningsblanketten från vilken de senare rapporterats in via webbenkäten.

Om skalfrågorna

Ungdomarna har vid start och avslut av programmet fått fylla i tre skalfrågor där de skattat på en skala från 1 till 10. Deras skattningar har förts in i sammanställningsblanketten från vilken de sedan rapporterats in i webbenkäten. De tre frågorna är:

- Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?
- Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis?
- Hur nöjd är du med relationen till dina föräldrar?

Mätperiod för de CPU som ingår i studien

Mätperioden för de CPU som ingår i studien var planerad från 1 mars 2014 till 15 september 2014 där programmen skulle påbörjas och avslutas inom tidsramen. För att få ett lite större underlag lät vi tre program som startats strax före mätperioden (i februari 2014) ingå i studien. Det program som startade senast och ingår i studien startade den 4 juli 2014.

Datainsamlingen från Workshop

Dagen före Nationella Cannabisnätverkets konferens den 18-19 september 2014 i Eskilstuna arrangerade studiens projektledning en workshop i syfte att diskutera erfarenheterna av arbetet med CPU. Datumet sammanföll med att studiens mätperiod precis var avslutad. Medverkande var 13 representanter från de åtta deltagande mottagningarna tillsammans med projektledaren och styrgruppen. Under dagen fördes anteckningar samt gjordes grupparbeten vilka samlades in. Materialet från workshopen har analyserats genom kodning och resultaten finns redovisade i avsnitt 4.6.

3.4. Rapportens fortsatta upplägg

Kapitel 4 innehåller resultatredovisningen och inleds med beskrivningar av de deltagande mottagningarna. Därpå redovisas antal inrapporteringar samt ålder och kön. I avsnitt 4.3. presenteras genomförda samtal och samtal utöver dem som ingår i programmet. Därpå redovisas behandlarnas skattningar av följsamheten i varje samtal i programmet och om de lagt in extra samtal. Behandlarna har vid inrapporteringen i webbenkäten haft möjlighet att lämna egna kommentarer vilka redovisas i samma kapitel.

I avsnitt 4.5. beskrivs de program som avbrutits. Följande avsnitt innehåller en sammanfattning av vad som framkom på workshopen. I avsnitt 4.7 redovisas den droginventering som gjorts med ungdomarna vid programstart. Därefter följer ett avsnitt som redovisar drogintag under programtiden och i avsnitt 4.9. redovisas förändringar under programtiden. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion om de resultat som framkommit i arbetet med studien.

4. Resultat

4.1. Deltagande mottagningar

Studien omfattar åtta mottagningar från sju kommuner fördelade över landet (se tabell 1 nedan). Nedan redovisas vilka som var kontaktpersoner på varje mottagning samt beskrivningar av mottagningarna.

Mottagningarna och kontaktpersonerna i utvärderingen

På varje mottagning som deltagit i studien har det funnits en kontaktperson vars uppgift har varit att ta emot information om pilotstudien och dess genomförande och att förmedla vidare till kollegorna som arbetar med CPU. Kontaktpersonen har även ansvarat för att de program som har startats på mottagningen under mätperioden har rapporterats in via webbenkäten.

Kommun	Mottagning	Kontaktperson
Eskilstuna	Beroendecentrum Ung	Christer Åkerlund
Haninge	HANNA-mottagningen	Eva Johansson Rådberg
Kristianstad	Ungdomsbasen	Anniela Nilsson
Lund	Rådgivningsbyrån i Lund	Ingela Nilsson
Skellefteå	Klara öppenvård	Olov Stenlund
Umeå	Ingången, alkohol- och drogrådgivning	Leif Lundin
Umeå	Ungdomsteamet	Susanne Rosenquist
Västerås	Iris verksamheten	Annica Krohn Wikström

Tabell 1. Tabellen ovan visar vem som har varit kontaktperson på respektive mottagning.

Beskrivning av mottagningarna

Mottagningarna som ingår i studien har många likheter men skiljer sig också åt på flera punkter såsom huvudmannaskap, målgruppens problembild, målgruppens ålder och vilka uppdrag mottagningarna har från sina huvudmän. Nedan har kontaktpersonerna i studien kortfattat beskrivit sina mottagningar. De förkortningar som förekommer i texterna finns förklarade på sidan 4.

Beroendecentrum Ung i Eskilstuna

Beroendecentrum Ung startade i mars 2013 och erbjuder information, rådgivning och behandling för ungdomar med missbruksproblematik och deras familjer samt övriga i klientens nätverk. Mottagningen arbetar förebyggande och behandlande med ungdomar upp till 18 år. Till verksamheten kan ungdomar och föräldrar ringa för att få information, rådgivning och/eller tidsbeställning för besök. Mottagningen tar också emot ärenden från socialtjänst, BUP och andra remittenter. Beroendecentrum Ung är en samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Målet med verksamheten är att genom samordnade och samtidiga insatser från socialtjänsten och barn och ungdomspsykiatri erbjuda samordnade adekvata medicinska, psykiatriska och sociala insatser. På Beroendecentrum Ung arbetar fyra familjebehandlare, en barnläkare, en barnpsykolog, en barnsjuksköterska samt en teamledare.

HANNA-mottagningen i Haninge

HANNA som står för Haninge Nätverk och familj Narkotika Alkohol har funnits sedan 2003. Det är en mottagning för ungdomar och unga vuxna som befinner sig i riskzon eller som redan har ett missbruk/beroende. Kontakten sker i samarbete med föräldrar och andra viktiga personer i ungdomarnas nätverk. HANNA-mottagningen är en del av socialförvaltningen i Haninge kommun och drivs tillsammans med Maria ungdom inom Stockholms läns landsting. Mottagningen ska vara lättillgänglig och har öppen mottagning tre gånger per vecka. På mottagningen registreras ungefär 200 nya ärenden per år. HANNA-mottagningen erbjuder råd- och stöd, missbruksbedömning och behandling i form av exempelvis HAP, CPU, MI och ÅP. Inom verksamhetens ram finns även dagbehandlingen Lyft-1, som kan vara ett alternativ till placering. På mottagningen arbetar sex kuratorer, en sjuksköterska, en landstingsbehandlare, en läkare (en dag i veckan) samt enhetschef och receptionist.

Ungdomsbasen i Kristianstad

Ungdomsbasen i Kristianstad startade 1997 och är organiserad under Arbete och välfärd i Kristianstad kommun och arbetar med målgruppen ungdomar i åldern 16-25 år med missbruk och/eller psykisk ohälsa. Inom Ungdomsbasens verksamhet ingår öppenvård, HVB-boende, arbetsprojekt för ungdomar i boendet, ungdomstjänstsamordnare och socialjour. All personal är utbildad i MI och ÅP. Öppenvården och boendet är en verksamhet där två av medarbetarna även arbetar uppsökande. I öppenvården erbjuds rådgivning för ungdomar och föräldrar och två i personalgruppen arbetar med HAP och CPU som serviceärende. Utöver det som framgår av bilden erbjuds även rePULSE. I Ungdomsbasens uppdrag ingår även att ge droginformation till föräldragrupper. På Ungdomsbasen finns sammanlagt 21 anställda, 14 arbetar inom öppenvård och boende, fyra arbetar med socialjour, två arbetar som ungdomstjänstsamordnare och en person arbetar i arbetsprojektet.

Rådgivningsbyrån i Lund

Rådgivningsbyrån i Lund har funnits i 42 år och är ett samarbete mellan Region Skåne och Lunds kommun. Rådgivningsbyrån är en öppenvårdsmottagning för personer i alla åldrar med beroendeproblematik avseende narkotika. Mottagningen ger även anhörigstöd i dessa frågor. Ofta finns en psykiatrisk samsjuklighet kopplad till beroendeproblematiken. Personer söker sig hit själv eller kommer via remiss från andra enheter. På mottagningen erbjuds bland annat information, råd, stöd, samtalsbehandling inklusive HAP och CPU, psykoterapi, psykiatrisk och medicinsk bedömning och behandling samt neuropsykologisk utredning och bedömning. På Rådgivningsbyrån i Lund arbetar totalt tio personer varav en psykiater, en psykolog, en sekreterare, fem socionomer samt två sjuksköterskor.

Klara öppenvård i Skellefteå

Klara startade 1996 och är en del av Skellefteå kommuns sociala öppenvård. Mottagningen vänder sig till ungdomar och unga vuxna mellan 13 och 25 år som har problem eller funderingar kring familjerelationer, social gemenskap, missbruk och annat som kan orsaka problem i vardagen. Behandlingsarbetet är inriktat både på individen och hela familjen och det erbjuds individuellt anpassade behandlingsinsatser. Insatserna kan bestå av: familjesamtal, motiverande samtal, kartläggning av livssituation och vanor, stöd före, under och efter behandling för en fortsatt drogfri tillvaro, HAP, CPU, återfallsprevention, rePULSE, nära samarbete med beroendeenheten för medicin, provtagning, avgiftning. Mottagningen har även ett nära samarbete med bland andra psykiatri och arbetsförmedlingen. På Klara erbjuds även grupp för ungdomar där det finns psykisk ohälsa i familjen. Fältverksamheten erbjuder grupp för ungdomar när det finns missbruk i familjen. Sammanlagt tolv personer arbetar på Klara i form av socionomer och behandlingsassistenter.

Ingången, alkohol och drogrådgivning, i Umeå

Ingången i Umeå har funnits sedan 2006 och är till för ungdomar 13-22 år som har funderingar eller känner oro för sig själv eller andra när det gäller alkohol eller droger. Även föräldrar och andra vuxna är välkomna att höra av sig. Ingången har kommunens socialtjänst som huvudman och är samtidigt en integrerad del av Ungdomshälsan i Umeå. Mottagningen ska genom god tillgänglighet vara lätt att snabbt komma i kontakt med. Ingången arbetar med tidiga och korta insatser och erbjuder råd och stöd, enskilda samtal, familjesamtal, föräldrasamtal och nätverksarbete. Vid behov ges även hjälp att ta kontakt med övrig socialtjänst eller andra verksamheter, till exempel BUP eller vuxenpsykiatri. Ingången har i uppdrag att göra förhandsbedömningar när det gäller ungdomar och alkohol/droger. Ingången arbetar också med kunskapsspridning om alkohol- och droger till allmänhet och professionella. På Ingången arbetar två behandlare.

Ungdomsteamet i Umeå

Ungdomsteamet startade 1991 som ett öppenvårdsprojekt för ungdomar. Från januari 2015 i gemensamma lokaler med övriga öppenvården för barn, unga och familjer. Ungdomsteamets målgrupp är unga 15-24 år som har bekymmer med flera eller något av områdena: psykosocial ohälsa, alkohol, droger, anhörigs missbruk och/eller psykisk sjukdom, familjerelationer, vardagsstruktur och självförtroende, självkänsla. Ungdomsteamet är specialiserat på helhetssyn och samarbetar gärna med andra runt en ungdom till exempel skola, ungdomstorg, BUP, Vuxenpsykiatri, Beroendepsykiatri. Personalen består av sex socionomer med olika vidareutbildningar. I Ungdomsteamets uppdrag ingår också stödgruppen Hållplatsen för unga 16-20 år som har erfarenhet av långvariga bekymmer i familjen framför allt missbruk och psykisk sjukdom.

Iris verksamheten i Västerås

Iris verksamheten har funnits sedan 1997-1998 och har kommunen som huvudman. Sedan 2010 finns ett samverkansavtal med landstinget, BUP respektive Beroendecentrum, vilket innebär att mottagningen har tillgång till sjuksköterska och läkare. Mottagningens målgrupp är ungdomar upp till 21 år med frågor eller bekymmer om alkohol och/eller andra droger och deras familjer. Iris erbjuder information, råd och stöd, samtalsbehandling, familjearbete samt öppenvårdsprogram i form av: HAP, CPU, MI, ÅP, Jupiter, RNB som är ett 12-veckorsprogram vid åtalsunderlåtelse för ringa narkotikabrott och kartläggning av droganvändningen. På Iris arbetar sju behandlare och mottagningen har tillgång till psykiatrisjuksköterska och läkare ett visst antal timmar per vecka.

På nästa sida finner du en bild med alla mottagningarna som gör det möjligt att jämföra dem med varandra (tabell 2). Förklaringar till förkortningar och en del begrepp finner du på sidan 4.

	Beroende- centrum Ung	HANNA- mottagningen	Ungdomsbasen	Rådgivnings- byrån i Lund	Klara öppenvård	Ingången	Ungdoms- teamet	Iris verksamheten
	Eskilstuna	Haninge	Kristianstad	Lund	Skellefteå	Umeå	Umeå	Västerås
Startår	2013	2003	1997	1972	1996	2006	1991	1997-1998
Huvud- mannaskap	Kommun och landsting	Kommun och landsting	Kommun	Kommun och landsting	Kommun	Kommun	Kommun	Kommun
Åldersgrupp	Upp till 18 år	Ca 13-25 år	16-25 år	Alla åldrar	13-25 år	13-22 år	15-24 år	Upp till 21 år
Målgrupp (problem- fokus)	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.	Riskzon, Missbruk, Beroende Psykisk ohälsa Relationsproblem Socialpr., Kriminal.
Insatser	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn., Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn. Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn. Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn. Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn. Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn. Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn., Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.	Info, råd, stöd Samtalsbeh. Familje- och nätverksarbete, HAP, CPU, MI, ÅP Droganalyser Med. bedömn., Psykiat. bedömn. Neuropsyk.utred. ----- Akupunktur Förhandsbedömn.
Dokumenta- tion*	UngDOK	Eget	Eget	Eget	ADAD, ASI	Eget	Eget	DOK, ADDIS Ung
Nybesök/år ca	70	200	50	Upp till 300	210	180	Saknar statistik	240
Personal antal	8	8	21	10	12	2	6	7
Personal- kategorier	Socionomer, Teamledare	Socionomer, Sjuksköterska	Socionomer, Socialpedagoger, Behandlingsass.	Socionomer, Sjuksköterskor, Psykolog	Socionomer, Behandlingsass.	Socionomer	Socionomer	Socionomer ¹⁾

Tabell 2. De medverkande mottagningarnas likheter och skillnader.

* Dokumentationssystem för utredning av hjälpbehov vid missbruk-beroende.

4.2. Antal inrapporteringar samt ålder och kön

Det här avsnittet presenterar dels inrapporteringarna från mottagningarnas och dels ungdomarnas ålder vid programstart samt kön.

Inrapporteringar

Sammanlagt har 22 påbörjade CPU rapporterats in från sex av de åtta medverkande mottagningarna. Fyra mottagningar har gjort två inrapporteringar, en mottagning har gjort tre inrapporteringar och en mottagning har gjort elva inrapporteringar. Två av de deltagande mottagningarna påbörjade inga program under mätperioden.

Av de påbörjade programmen avbröts sex i förtid. Behandlarna ombads att även rapportera in avbrutna program. Syftet med det har varit att undersöka om det finns skillnader mellan de ungdomar för vilka programmet avbrutits och de som fullföljde programmet med hjälp av data inrapporterad om ungdomarna. Data från de avbrutna programmen finns med i hela resultatredovisningen utom i avsnittet som handlar om förändringar under programtiden eftersom mätningarna där bygger på data från programstart som jämförs med data från avslut av programmet. Mer information om de avbrutna programmen finns att läsa i avsnitt 4.5.

Ungdomarnas kön och ålder

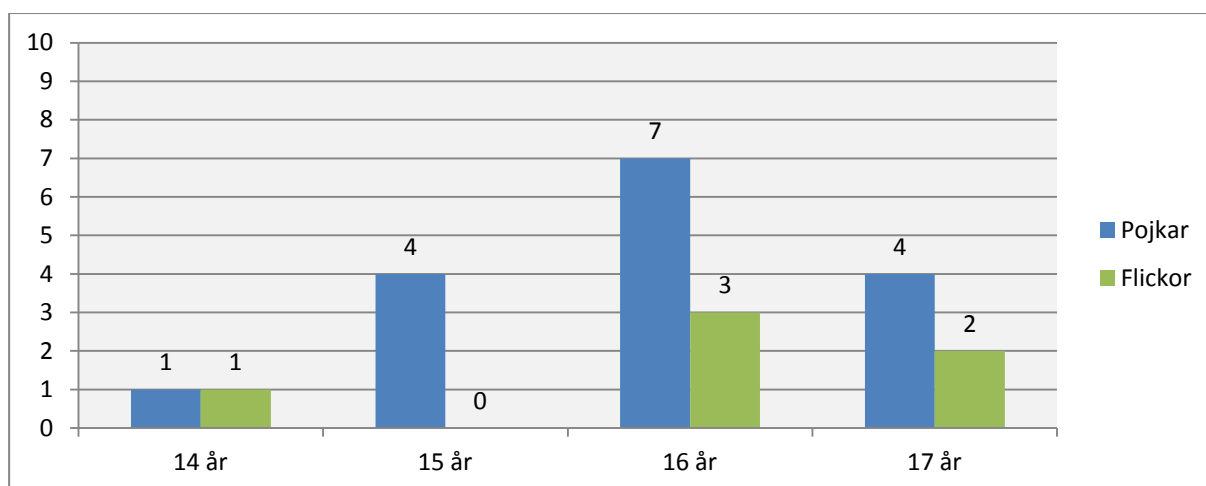


Diagram 1. Ålder vid programstart efter kön, i antal (N=22).

Sammanlagt 22 ungdomar, 16 pojkar och 6 flickor, har påbörjat CPU under mätperioden och deras ålder vid programstart varierar från 14 år till 17 år (diagram 1).

Medelåldern för de 22 ungdomarna var vid programstart 16 år. För pojkarna var medelåldern 15,9 år och för flickorna var den 16 år.

4.3. Genomförda samtal

I det här avsnittet redovisas antal genomförda och ej genomförda samtal bland samtliga 22 startade program, antal genomförda och ej genomförda samtal bland de 16 fullföljda programmen och samtal utöver dem som ingår i manualen. På grund av platsbrist i bilderna benämns *enskilt samtal med ungdomen* i bilderna nedan med *ungdomssamtal*. Även i texterna nedan används *ungdomssamtal* för att öka läsbarheten.

Genomförda samtal bland samtliga 22 startade programmen

Diagram 2 nedan visar antalet genomförda och ej genomförda samtal för samtliga samtal (12 stycken) som ingår i CPU bland samtliga 22 startade program. Av de 22 startade programmen avbröts 6 i förtid. Då även de avbrutna programmen redovisas här syns tydligt att antalet ej genomförda samtal ökar ju längre fram i programmet samtalen ligger.

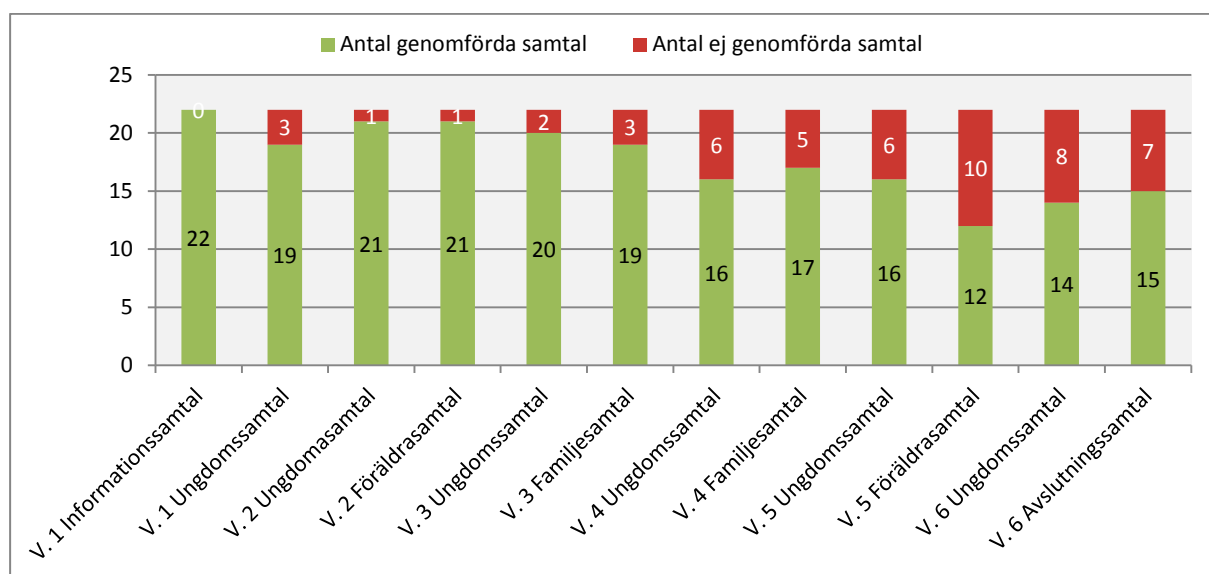


Diagram 2. Antal genomförda och ej genomförda samtal bland alla 22 startade program, i antal (N=22).

I diagram 2 ovan redovisas antalet genomförda och ej genomförda samtal för samtliga samtal (12 stycken) som ingår i CPU bland samtliga 22 startade program.

Informationssamtalen är de enda samtal som har genomförts i samtliga av de 22 startade programmen. Genomförda samtal bland de övriga 11 samtalen varierar från 21 genomförda ungdomssamtal vecka 1 och föräldrasamtal vecka 2 till 12 genomförda föräldrasamtal vecka 5.

Av 132 möjliga ungdomssamtal bland de 22 påbörjade programmen har 106 genomförts vilket utgör 80 procent av samtliga möjliga ungdomssamtal. Av 44 möjliga föräldrasamtal har 33 genomförts vilket utgör 75 procent. Av 88 möjliga familjesamtal har 73 genomförts vilket utgör 83 procent av familjesamtalen.

Bland de 22 startade programmen har sammanlagt 212 av 264 möjliga samtal genomförts vilket innebär att 80 procent av samtliga möjliga samtal har genomförts.

Genomförda samtal bland de 16 fullföljda programmen

I diagram 3 nedan redovisas antalet genomförda och ej genomförda samtal för de 12 samtal som ingår i CPU bland de 16 fullföljda programmen, det vill säga de program som genomfördes från start till avslut.

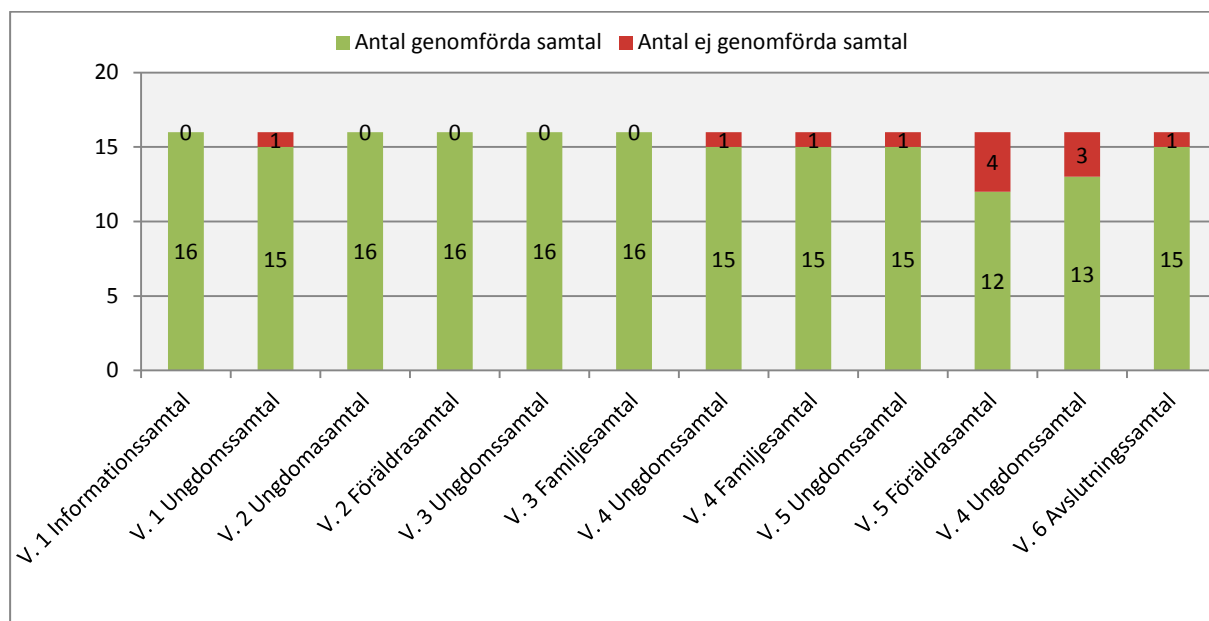


Diagram 3. Antal genomförda och ej genomförda samtal bland 16 fullföljda programmen, i antal (N=16).

Informationssamtalen, ungdomssamtal och föräldrasamtal vecka 2 samt ungdomssamtal och familjesamtal vecka 3 har genomförts i samtliga av de 16 fullföljda programmen. Genomförda samtal bland de övriga 7 samtalen varierar från 15 till 12 (se diagram 3 ovan).

Av 96 möjliga ungdomssamtal bland de 16 fullföljda programmen har 90 genomförts (94 procent). Av 32 möjliga föräldrasamtal har 28 genomförts (88 procent). Av 64 möjliga familjesamtal har 62 genomförts (97 procent).

Bland de 16 fullföljda programmen har sammanlagt 180 samtal genomförts av 192 möjliga vilket innebär att 94 procent av samtliga möjliga samtal har genomförts.

Som syns i diagram 3 ovan har det avslutande familjesamtalen inte genomförts i ett av de 16 fullföljda programmen. I just det programmet har inga samtal genomförts i vare sig vecka fem eller sex. Eftersom behandlaren inte har rapportera in programmet som avbrutet redovisas det här bland de 16 fullföljda programmen.

Samtal utöver dem som ingår i manualen bland de 22 startade programmen

I enkäten ställdes också frågan om de hade genomfört samtal utöver de som ingår i programmet med ungdom och/eller familj. Om extra samtal hade genomförts bad vi dem tala om hur många träffar, av vilken anledning de träffades och vilka som var närvarande.

Behandlarna har rapporterat att de haft extra samtal i åtta av de 22 startade programmen (i tre av de avbrutna programmen och i fem av de fullföljda programmen). Sammanlagt 14 extra samtal har genomförts (sex i de avbrutna programmen och åtta i de fullföljda programmen). I tre av programmen rör det sig om ett extra samtal varav ett via telefon. I fyra av programmen rör det sig om två extra samtal och i ett program om tre extra samtal. Nedan presenteras behandlarnas svar i de åtta aktuella programmen, svaren i citatform:

Vi har haft ett extra samtal med mamman i början av programmet, vi tänkte fel därför blev det ett extra samtal med föräldern . Vi trodde att det skulle vara ett samtal med bägge parter enskilt varje vecka.

Vi träffade mamman och dotter en gång innan programstart.

Ett första besök på öppen mottagning.

Möte med ungdom, mamma och socialsekreterare med beslut om att fullfölja efter uppehåll.

Möte med ungdom och socialsekreterare med beslut om att avsluta programmet.

Första besöket när de kom på Öppen mottagning.

Ett besök med u-prov efter programmet.

Stödsamtal till föräldrar via telefon.

Två extra träffar med anledning av klientens hjärtstopp, sannolikt orsakat av Spice och alkohol i kombination. Ett av samtalen med familj och det andra med familj och socialsekreterare.

Samtal om utredning på BUP! Misstanke om ADD. Extra insatt möte på grund av ogiltiga urinprov.

Erbjudit psykologkontakt men ungdom tackar nej. Två stödsamtal extra.

4.4. Följsamhet i samtalen

Det här avsnittet inleds med en presentation av vilka som var närvarande vid programmets allra första samtal, informationssamtalet. Behandlarna ombads även rapportera om det fanns en remittent och vem det var.

Därefter följer behandlarnas skattningar av hur många av de punkter som ingår i varje samtal i manualen som genomförts vid samtalen i varje påbörjat program som ingår i den här studien. Skalan går från 1 till 10 där 1 är inte alls och 10 är fullt ut.

Samtliga samtal inom de 22 program som startade redovisas i det här avsnittet. Sex program avbröts i förtid vilket förklarar varför antalet ej genomförda samtal ökar ju längre fram i programmet samtalet kommer. Därefter presenteras de olika samtalsformerna där genomsnittlig skattning för varje samtal inom en samtalsform jämförs med varandra, de sex enskilda samtalen med ungdomen jämförs med varandra, likaså de fyra familjesamtalen och de två föräldrasamtalen.

Närvarande vid informationssamtalet

Här redovisas vilka personer utöver ungdomen som var närvarande vid programmets allra första samtal, informationssamtalet vecka 1, och vilka remittenterna var i de påbörjade program där det fanns en remittent.

Vid informationssamtalet vecka 1 är det vanligast förekommande att *mamma* alternativt *mamma, pappa och remittent* är närvarande på informationssamtalet tillsammans med ungdomen, vilket de var i fyra vardera av de startade programmen. Näst vanligast är att *mamma och pappa* alternativt *pappa* är närvarande på informationssamtalet, vilket de var i tre vardera av de startade programmen. *Mamma och remittent* var närvarande vid två av de startade programmen. I ett vardera av de övriga sex startade program har följande personer varit närvarande:

- *Mamma, pappa och annan person*
- *Mamma och annan person*
- *Mamma, pappa och styvpappa*
- *Mamma och styvpappa*
- *Mamma, styvpappa och annan anhörig*
- *Styvpappa*

Annan person fanns också som alternativ och behandlarna bads i så fall ange vilka de personerna var. I de tre program där annan person alternativt annan anhörig fanns med var de personerna morfar i ett fall, moster i ett fall och skolsköterska i det tredje fallet.

Behandlarna fick även svara på frågan om det fanns en remittent som inte var familjen själv och i så fall vem remittenten var. I 12 av de 22 påbörjade programmen fanns en remittent, elva av dem var från socialtjänsten och en var från polisen.

Skattningar av följsamhet i samtalen

I CPU ingår som tidigare nämnts sammanlagt tolv samtal uppdelade på olika samtalsformer. Nedan redovisas skattningar av följsamhet till samtalen som behandlarna har rapporterat in för varje av de sammanlagt tolv samtalen i programmet. Av de tolv samtalen är fyra familjesamtal inkluderat informationssamtalet och avslutande familjesamtal, sex enskilda samtal med ungdomen och två föräldrasamtal. Skattningsskalan går från *1 inte alls* till *10 fullt ut*.

De tre olika samtalsformerna redovisas i var sitt delavsnitt. Varje samtalsformsavsnitt inleds med ett diagram med medelvärdes skattning av varje samtal. Under varje stapel i diagrambilderna redovisas även hur många av respektive samtal som genomförts. Därefter redovisas alla samtal som ingår i respektive samtalsform var för sig.

Familjesamtalen

I det här avsnittet redovisas behandlarnas skattningar av följsamhet till programmet i de fyra familjesamtalen som ingår i programmet. De fyra familjesamtalen inkluderar informationssamtalet vecka 1, familjesamtalen vecka 3 och 4 samt det avslutande familjesamtalet vecka 6.

Inledningsvis behandlarnas genomsnittliga skattning av alla genomförda samtal bland de fyra olika familjesamtalen (diagram 4) i programmet. Därefter redovisas behandlarnas skattningar av följsamheten till programmet samtal för samtal.

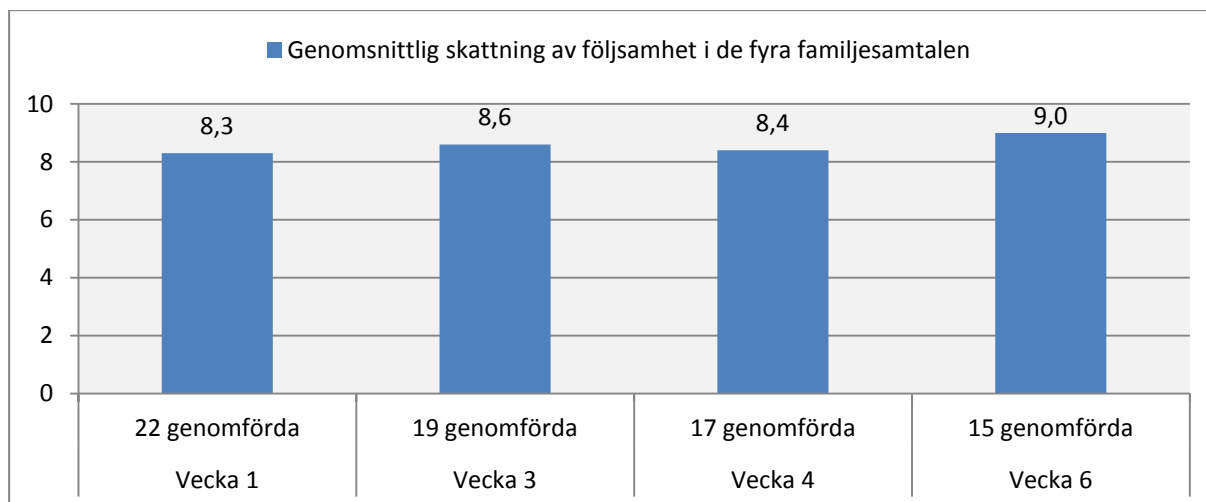


Diagram 4. Genomsnittlig skattning av följsamhet i de fyra familjesamtalen, skala 1-10.

Den genomsnittliga skattningen, från 1 inte alls till 10 fullt ut, av följsamhet i familjesamtalen varierar från 8,3 i vecka 1 då 22 samtal genomfördes till 9,0 i vecka 6 då 15 samtal genomfördes.

Sammanlagt har 73 familjesamtal genomförts i studien. Den genomsnittliga skattningen av följsamhet till programmet i samtliga 73 genomförda familjesamtal är 8,5.

Informationssamtal vecka 1

Informationssamtalet har genomförts i samtliga 22 startade program. På informationssamtalet finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för de 22 genomförda informationssamtalen vecka 1 är 8,3.

Familjesamtal vecka 3

Familjesamtal vecka 3 har genomförts med 19 av de 22 familjerna och har ej genomförts med 3 av familjerna. På familjesamtalet vecka tre finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för de 20 genomförda familjesamtalen vecka 3 är 8,6.

Familjesamtal vecka 4

Familjesamtal i vecka 4 har genomförts med 17 av familjerna och har ej genomförts med 5 av familjerna. På familjesamtalet finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet på familjesamtalen vecka 4 är 8,4.

Avslutande familjesamtal vecka 6

Avslutande familjesamtal vecka 6 har genomförts med 15 av familjerna och har ej genomförts med 7 av familjerna. På familjesamtalet finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet på de avslutande familjesamtalen är 9,0.

Enskilda samtalen med ungdomen

Här redovisas behandlarnas skattningar av följsamhet till programmet i de sex enskilda samtalen med ungdomarna som ingår i programmet. Inledningsvis behandlarnas genomsnittliga skattningen av alla genomförda samtal bland de sex olika enskilda samtalen med ungdomarna (diagram 4). Därefter redovisas behandlarnas skattningar av följsamheten samtal för samtal.

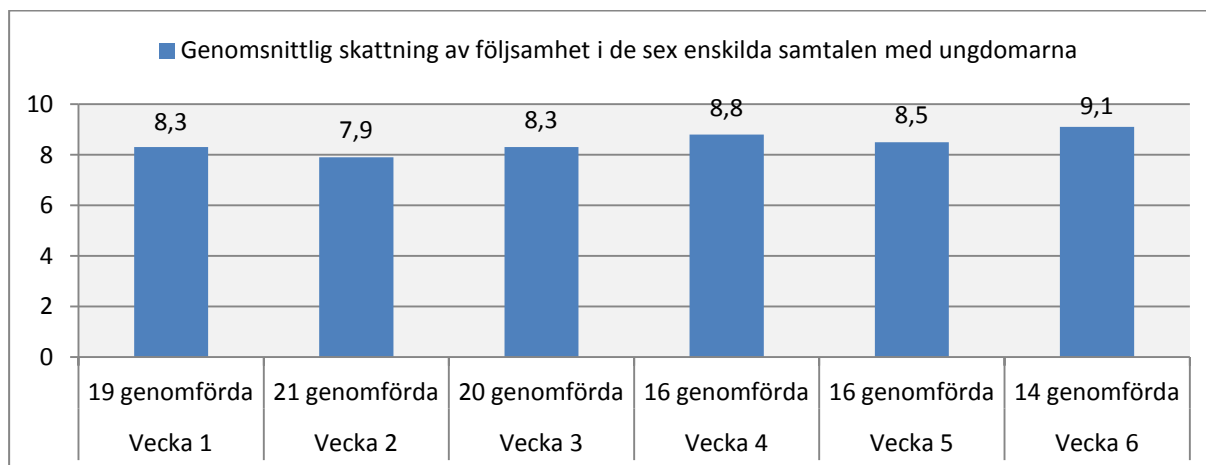


Diagram 5. Genomsnittlig skattning av följsamhet i de sex enskilda samtalen med ungdomarna, skala 1-10.

Den genomsnittliga skattning från 1 inte alls till 10 fullt ut av följsamhet i de enskilda samtalen med ungdomarna varierar från 7,9 vecka 2 då 21 samtal genomfördes till 9,1 vecka 6 då 14 samtal genomfördes.

Sammanlagt 106 enskilda samtal med ungdomarna har genomförts inom studien. Den genomsnittliga skattningen av följsamhet till programmet i de 106 genomförda enskilda samtalen med ungdomarna är 8,4.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 1

Enskilt samtal med ungdomen har genomförts med 19 av de 22 ungdomarna som påbörjade programmet. På ungdomssamtalet vecka 1 finns en variation i skattningarna från 7 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för de 19 genomförda enskilda samtalen med ungdomarna vecka 1 är 8,3.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 2

Enskilt samtal med ungdomen i vecka 2 har genomförts med 21 av de 22 ungdomarna. På ungdomssamtalet finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för de 21 genomförda enskilda samtalen med ungdomarna vecka 2 är 7,9.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 3

Enskilt samtal med ungdomen vecka 3 har genomförts med 20 av de 22 ungdomarna. På ungdomssamtalet finns en variation i skattningarna från 3 (i ett ärende) till 10-fullt ut, där den sistnämnda var den mest förekommande skattningen.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för de 20 genomförda enskilda samtalen med ungdomarna vecka 3 är 8,3.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 4

Enskilt samtal med ungdomen vecka 4 har genomförts med 16 av de 22 ungdomarna. På ungdomssamtalet finns en variation i skattningen från 7 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av följsamhet till programmet för den 16 genomförda enskilda samtalen med ungdomarna vecka 4 är 8,8.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 5

Enskilt samtal med ungdomen vecka 5 har genomförts med 16 av de 22 ungdomarna. På ungdomssamtalet finns en variation i skattningarna från 5 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av de 16 enskilda samtalen med ungdomarna vecka 5 är 8,5.

Enskilt samtal med ungdomen vecka 6

Enskilt samtal med ungdomen vecka 6 har genomförts med 14 av de 22 ungdomarna. På ungdomssamtalet finns en variation i skattningarna från 6 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning av de 14 genomförda enskilda samtal med ungdomarna vecka 6 är 9,1.

Föräldrasamtalen

I det här avsnittet redovisas behandlarnas skattningar av följsamhet till de två föräldrasamtalen i programmet.

Inledningsvis behandlarnas genomsnittliga skattningen av alla genomförda samtal bland de två olika föräldrasamtalen (diagram 4) i programmet. Därefter redovisas behandlarnas skattningar av följsamheten till programmet för respektive av de två föräldrasamtalen.

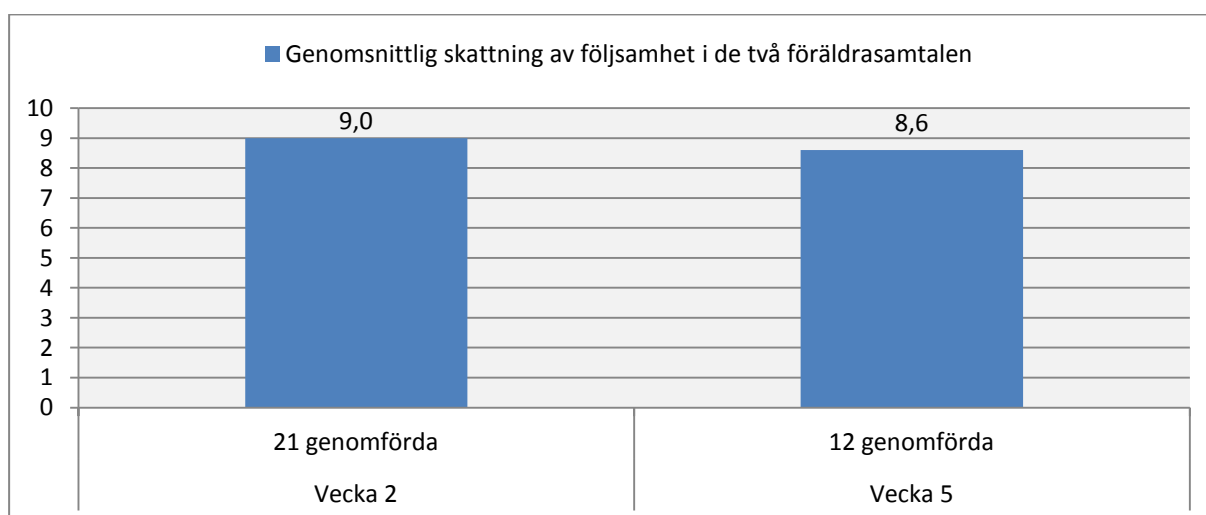


Diagram 6. Genomsnittlig skattning av följsamhet i de två föräldrasamtalen, skala 1-10 .

Den genomsnittliga skattning från 1 inte alls till 10 fullt ut av följsamhet i föräldrasamtalen varierar från 8,6 vecka 5 då 12 samtal genomfördes till 9,0 vecka 2 då 21 samtal genomfördes.

Sammanlagt 33 föräldrasamtal har genomförts inom studien. Den genomsnittliga skattningen av följsamhet till programmet i samtliga 33 genomförda föräldrasamtalen är 8,9.

Föräldrasamtal vecka 2

Föräldrasamtal i vecka 2 har genomförts i 21 av de 22 påbörjade programmen. På föräldrasamtalet vecka 2 finns en variation i skattningarna från 7 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning för de 21 genomförda föräldrasamtalen i vecka 2 är 9,0.

Föräldrasamtal vecka 5

Föräldrasamtal vecka 5 har genomförts i 12 av de 22 påbörjade programmen. På föräldrasamtal vecka 5 finns en variation i skattningarna från 7 till 10-fullt ut.

Genomsnittlig skattning för de tolv genomförda föräldrasamtalen vecka 5 är 8,6.

Kommentarer från behandlarna som rapporterat in

I slutet av webbenkäten gav vi behandlarna möjlighet att kommentera det genomförda alternativt avslutade programmet. Först bad vi dem kommentera vad som inte hade fungerat så bra i det ärende de just hade rapporterat in och sedan gavs också utrymme till annat de ville kommentera i just det ärendet. Nedan följer de texter som behandlarna har rapporterat in på respektive fråga.

Vad i programmet fungerade inte så bra i det här ärendet?

Ungdomen hade svårt att lämna urinprov vid två tillfällen.

På grund av arbete och sjukdom föll ett av föräldrasamtalen bort och ungdomen uteblev från ett av familjesamtalen som ju då egentligen blev ett föräldrasamtal med båda behandlarna men vi har kodat det som familjesamtal.

Mammans engagemang var inte så stort under programmets gång.

Problemet var att han bara tagit ett bloss vid ett tillfälle och då dök polisen upp. Pojken fungerar bra i relation till sina föräldrar, även i skolan mm. Finns inga direkt problem förutom att han testat röka. Ett program med så mycket innehåll blir då lite överambitiöst, men föräldrarna är mycket nöjda ändå.

Urinprovstagning har inte genomfört då det varit praktiskt svårt att få till stånd.

Svårt att hålla strukturen när det gäller teman. I denna familj var det mycket kris och katastrof utifrån att ungdomen rökt. Många tillfällen ägnades åt att styra upp samtalen när det var föräldra- och familjesamtal.

Lite svårt att hinna med alla punkter.

Mamma var inte så intresserad av att ha egna samtal men ungdomen ville att mamman skulle ha egna samtal. Vi upplevde att mamman hade ett starkt förnekande och att hon inte var så oroad som hon "skulle ha varit".

Andra enskilda samtalet med ungdomen. Hann inte med Nätverkskarta. Gjorde denna vid nästa samtal.

På grund av skolgång på annan ort var det väldigt svårt att få till tider kontinuerligt, varpå vissa träffar ej har genomförts. Dock har familjen arbetat bra på hemmaplan, vilket gör att innehållet har tillgodosetts vid de träffar som kunnat genomföras.

Överenskommelse med familjen om att starta programmet efter semestrar i början av augusti. Svårt att få tag på familjen när vi hade gjort upp och när vi väl fick kontakt så ville familjen ej genomföra programmet och ej heller någon annan insats, då sommaren hade förlöpt bra enligt deras utsago.

Svårt att få till en dialog då klienten har svårt att få fram sina tankar och känslor på egen hand, svarar mest ja, nej eller vet inte.

Fick aldrig till någon riktigt bra motivation och driv hos pojken.

Bra struktur som passade pojken och styvfar. Pojken uppvisade väldigt höga värden på SCL90 (Symptoms Checklist 90) vilka såg bättre ut vid programslut och på en bra nivå vid uppföljning! Stora anledningar att tro att det kommer att gå bra för pojken.

Annat du vill kommentera kring programmet i just det här ärendet

Både mamman och flickan var mycket tacksamma att de kunde få hjälp inom en veckas tid och deras relation har blivit bättre och vi har bokat en uppföljningstid gemensamt med dem.

Uppkom behov kring mer relationsarbete mellan både pojken - pappan, pojken - mamman samt mamman - pappan (föräldrarna skilda). Svårt att hinna med allt i enskilda samtalet nummer ett och

samtal två med pojken. De 7 kognitiva punkterna kan komma senare och Risksituationer bör komma tidigare. Ångest/sugkurva bör också finnas med i ett tidigt skede.

Det var svårt att få till tiderna eftersom mamman och pappan inte kunde samarbeta och de kunde heller inte vistas i samma rum, nyligen skilda.

Att det är lite väl många teman vid de olika samtalen, och det är min uppfattning att så är det för de flesta familjer jag träffar dvs att jag inte hinner med temana. Eller att jag väljer bort en del teman.

Svårigheter att få grepp om missbrukets omfattning och ungdomens motivation.

Allt för konfliktfylld relation mellan son och mamma.

Brist på tydlighet från socialtjänstens handläggare.

Klockrent!

Enskilt samtal med ungdom vecka två mycket svårt att hinna med Nätverkskarta. Gjorde denna gången efter.

Gjorde KASAM före och efter programmet med mkt gott resultat. Tyvärr har resultatet "tuggats" och kan därför ej redovisas.

Gjorde KASAM vid inskrivning och avslut. Tyvärr är resultatet tuggat. Visade sig att ungdomen rökt Spice under programmets gång. Det dåliga måendet visade sig vid sista familjesamtalet. Ungdomen blev tillfälligt placerad i HVB hem under sommaren.

KASAM ej gjord i slutet av programmet.

KASAM ej gjord i slutet av programmet.

Då detta ärende initialt ej skulle ingå i utvärderingen, finns det information som ej är tillgänglig vid inmatningstillfället, så som debutålder och användningsfrekvens av alkohol och tobak samt resultat av KASAM vid programstart.

Droginventering bygger endast på det som klienten sa vid informationssamtalet, därav kan ej några djupare fakta ges. KASAM ej genomförd på grund av avbrutet program. Drogtest ej genomfört på grund av avbrutet program, därav 0= negativt.

Avbrutit programmet då klienten är i behov av andra insatser på grund av psykiskt mående.

Kom igång strax innan mätperiod och andra skattningar gjorda. Andra gången pojken var inne och risk för det blev för uttjat och att vi skulle ha föreslagit BUP-kontakt vid första tillfället.

4.5. De avbrutna programmen

Det här avsnittet redovisar de avbrutna programmen.

Av de sammanlagt 22 påbörjade programmen avbröts 6 program i förtid. Uppdelat på kön har programmen avbrutits för tre flickor (50 procent av alla flickor som påbörjat programmet) och för tre pojkar (19 procent av alla pojkar som påbörjat programmet). I tabell 3 nedan redovisas hur många och vilka av de enskilda samtalen med ungdomarna, föräldrasamtalen och familjesamtalen som genomfördes (= 1 på grön botten) respektive inte genomfördes (0 på röd botten) i varje av de avbrutna programmen. Därefter följer behandlarens bedömning av orsaken till varför programmet avbrutits.

		Ungdom A	Ungdom B	Ungdom C	Ungdom D	Ungdom E	Ungdom F
Vecka 1	Informationssamtal	1	1	1	1	1	1
	Ungdomssamtal	1	1	0	1	0	1
Vecka 2	Ungdomssamtal	1	1	1	1	0	1
	Föräldrasamtal	1	1	1	1	0	1
Vecka 3	Ungdomssamtal	1	1	1	0	0	1
	Familjesamtal	1	0	1	0	0	1
Vecka 4	Ungdomssamtal	1	0	0	0	0	0
	Familjesamtal	1	0	0	1	0	0
Vecka 5	Ungdomssamtal	1	0	0	0	0	0
	Föräldrasamtal	0	0	0	0	0	0
Vecka 6	Ungdomssamtal	1	0	0	0	0	0
	Avslutningssamtal	0	0	0	0	0	0
Genomfört samtal med ungdom och/eller familj utöver de som ingår i programmet		1	0	0	1	0	1

Tabell 3. Tabellen över de 6 påbörjade CPU som avbrutits i förtid. Där 1 som är grönmarkerad står för genomfört samtal och 0 som är rödmarkerad står för ej genomfört samtal. Även samtal utöver de som ingår i programmet redovisas.

I enkäten har vi inte efterfrågat datum för när varje samtal genomfördes. De datum vi efterfrågat är datum för start och avslut av programmet samt datum då programmet avbrutits. Det datum som angivits för när programmet avbröts har i alla sex fallen varit mer än sex veckor efter programstart.

Vi bad behandlarna rapportera in vad de bedömde var orsaken till att programmet avbrutits. Nedan följer deras bedömningar.

Ungdom A: "De kom inte på avslutet på grund av mammans ointresse"

Ungdom B: "Låg motivation från familjen."

Ungdom C: "Bristande motivation när det fungerar bra, det vill säga när ungdomen inte röker."

Ungdom D: "Fortsatt missbruk och allt för komplex relation mellan mamma och son."

Ungdom E: "Familjen uppger att de ej ser något behov, då sommaren har förlöpt på ett bra sätt. Ej motiverade."

Ungdom F: "Annan insats bedöms behövas på grund av tillkommande information och händelser."

4.6. Workshop med kontaktpersoner och behandlare strax efter mätperiodens slut

I anslutning till Nationella Cannabisnätverkets årliga konferens som var den 18-19 september 2014 i Eskilstuna arrangerade vi en workshop med fokus på den här studien. Syftet med workshopen var att diskutera deltagarnas erfarenheter av att ha arbetat med CPU.

Medverkande på Workshopen var kontaktpersonerna på de mottagningar som deltar i studien, se sidan 15, samt några ytterligare behandlare: Tuula Bergstedt från Eskilstuna, Daniel Stenberg från Haninge, Eva Petersson från Kristianstad, Anna Gustafsson från Skellefteå och Lowisa Gustafsson från Västerås. Projektledaren höll i workshopen med stöd av projektets styrgrupp som utgörs av Ann-Sofie Nordenberg och Ulric Hermansson.

Till workshopen hade vi tagit fram frågeställningar indelat på fyra olika frågeområden vilka användes som diskussionsunderlag. Ann-Sofie tog på sig uppdraget att föra anteckningar under workshopen. På grund av tidsbrist gjordes två frågor i form av grupparbeten, vilka presenteras i slutet av det här avsnittet.

Huvudfrågor

Vad är framgångsfaktorer för att få till stånd CPU?

En framgångsfaktor för att få till stånd CPU är att man på mottagningen bestämmer sig för att *-nu kör vi det här*. Viktigt är också att man ska få hjälp snabbt och att mottagningarna är lättillgängliga. Det är också viktigt att man säljer in metoden till föräldrarna genom att säga att *det här är en metod som fungerar*. Att programmet har tydlig struktur skapar trygghet och förtroende.

Vilka hinder kan finnas som gör att man inte får till stånd CPU?

Det som kan vara ett hinder är att det ibland tar lång tid för familjerna att få hjälp. Något som främst gällde de mottagningar som inte har öppet intag, det vill säga där det krävs ett biståndsbeslut från socialtjänsten för att få komma till mottagningen.

Frågor om målgrupp

Vilka cannabisrökande 16-18 åringar passar respektive passar inte CPU för?

Målgrupp för CPU har från början beskrivits som ungdomar mellan 16-18 år som har rökt cannabis mer eller mindre regelbundet en tid men inte i den omfattningen att de är i behov av HAP. Då frågan om målgrupp diskuterades på workshopen föreslog deltagarna att det passar för ungdomar mellan 15-20 år som rökt cannabis men inte i den omfattningen att de är i behov av HAP.

Hur ser vi på dem som rökt lite, exempelvis bara 1 – 5 gånger?

För de ungdomar som bara har rökt 1-5 gånger var meningarna lite delade. Några menade att man kunde använda CPU för dem också och göra om och be dem beskriva hur det blivit för deras kompisar som rökt mer. De som använt CPU på den målgruppen ser det som ett förebyggande arbete genom att de ungdomarna inte testade cannabis fler gånger och att deras relation till sina föräldrar blev bättre under programtiden. Andra menade att man då skulle erbjuda orosamtal eller cannabis-samtal (ett lokalt program på sex samtal).

När gör man HAP och när gör man CPU?

De ungdomar som har rökt mer behöver intensivare behandling. För de under 18 år kan fler enskilda samtal med ungdomen läggas till och för de över 18 år kanske man ska välja HAP istället och då gärna

med föräldramedverkan. Några ansåg att CPU inte passar så bra för de ungdomar som tagit många andra droger och har omfattande psykisk ohälsa.

Frågor om organisation och rekrytering

Hur sker rekryteringen till CPU?

Rekrytering sker via samverkansparter såsom socialtjänst, fältgrupp, skola, ungdomshälsan och polisen. Den sker också via ungdomen själv, föräldrar, syskon och kompisar. Kontakt med media och annonsering är andra vägar. Några tog upp att CPU skulle kunna erbjudas som alternativ vid åtalsunderlåtelse vid ringa narkotikabrott. Det framkom dock att en del åklagarmyndigheter i landet inte föreslår något som ställer krav på föräldrars medverkan utifrån att det är den unge och inte föräldrarna som begått ett brott.

De bästa råden för att rekrytera;

Tips för att öka rekryteringen är att sprida kunskap om CPU till kollegor och samverkansparter, här är det viktigt att uppmärksamma att olika samverkansparter behöver olika information. Bäst blir det om de på mottagningarna som arbetar med CPU också är de som informerar om programmet. Andra sätt att rekrytera kan vara genom reklamartiklar med mottagningens telefonnummer och marknadsföring på webbsidor. Men det handlar också om att göra ett motivationsarbete inom den egna personalgruppen och som nämnts tidigare att bestämma sig för att arbeta med CPU. Några lyfte att rekryteringen blir enklare med lättillgängliga mottagningar. Stabilitet togs också upp som en viktig faktor när det gäller rekrytering till CPU, det vill säga att mottagningen finns kvar över tid, har en långsiktighet i sitt arbete, har gott rykte och står för trygghet eftersom det skapar "mun till mun" rekrytering.

Frågor om programmet

Hur hantera föräldrar som är oengagerade och/eller inte är oroliga?

På den här frågan kom det inte så många förslag. Det förslag som togs upp var att arbeta med eget motivationsarbete för föräldrarna, det vill säga ett motivationsarbete med målet att skapa oro hos de oengagerade föräldrarna, eftersom ökat engagemang hos föräldrarna en viktig framgångsfaktor. Exempelvis genom att ställa frågor om angelägenhet och förmåga även till föräldrarna. Alla i workshopgruppen var eniga om att det här var svårt att arbeta med. Vi enades om att vi behöver efterforska goda exempel på hur man kan arbeta med oengagerade föräldrar. Om vi lyckas få fram det önskade deltagarna i workshopen att de förs in i manualen.

Hur hantera väldigt stora konflikter i familjen då man arbetar med CPU?

När det gäller konflikter togs det upp att det är viktigt att göra ett kartläggande arbete med föräldrar eller hela familjen på olika områden eftersom konflikter kan handla om olika saker såsom oförmåga, olika grad av oro, attityder i samhället med mera. Även här lyftes att arbeta med eget motivationsarbete med föräldrarna om vikten av att vara tydlig inför sina ungdomar med varför de är oroliga. Ett förslag var att dela tips om hemuppgifter och material för familje- och/eller föräldrarbete på Nationella Cannabispätverkets medlems hemsida.

Deltagarna i workshopen lyfte lite funderingar som: När man ser att det behövs mer familje- och föräldrarbete – hur kan man utöka det inom programmet? Organisatoriskt: ska det vara samma behandlare eller ska man koppla ihop med annan verksamhet som arbetar mer familjeterapeutiskt?

Alla deltagarna på workshopen önskade mer material och teman runt familjearbete i manualen.

De två sista frågorna i *Frågor om programmet* genomfördes i grupparbetsform

Då de två sista frågorna som inte hanns med i storgrupp utan gjordes som grupparbete var:

1. Vid tidsbrist: Vilka teman eller besök sorteras bort?
2. Vilka teman görs alltid i CPU?

Deltagarna fick sitta parvis från sina mottagningar respektive en grupp om tre personer som var enda representanten från sina respektive mottagningar och skriva ned vad de kom fram till i sina små grupper. De sex grupperna grep sig an uppgiften lite olika. Fyra av grupperna har redovisat samtal för samtal sina synpunkter och de justeringar de gjort i de program de genomfört. De två andra grupperna har lämnat synpunkter om programmet i dess helhet alternativt om delar av programmet på en mer övergripande nivå. Nedan följer sammanfattningar av deras inlämnade material¹.

Från de fyra grupper med synpunkter samtal för samtal

I flera av grupperna återkommer några liktydiga synpunkter vilket ger en signal om att just de punkterna behöver granskas lite närmare.

En sådan punkt handlar om droginventeringen som alla fyra grupperna hade kommentarer om. I manualen är droginventeringen inlagd vid det första enskilda samtalet med ungdomen som är vecka 1. Två grupper skrev att de alltid flyttar fram drogkartläggningen till senare i programmet, i det ena fallet till vecka 2 och i det andra fallet till vecka 3. En grupp skrev att de ibland gör drogkartläggningen vecka 1 och ibland flyttar fram den till senare i programmet, det framgår inte till vilken vecka. Den fjärde gruppen skrev att de inte alltid hann göra drogkartläggningen vecka 1 och att de då fortsatt och slutfört den vecka 3. Att flytta fram drogkartläggningen till vecka 2 eller 3 var något som också diskuterades under själva workshopen.

En annan återkommande punkt handlar om nätverkskartan. Nätverkskartan ska enligt manualen göras vid det andra enskilda samtalet med ungdomen, det vill säga vecka 2. Två av de fyra grupperna har inte gjort nätverkskartan då och det finns inga kommentarer som visade på att den gjorts senare heller. En av grupperna har skrivit att man eventuellt kan välja bort den och den fjärde gruppen har inte skrivit någon om nätverkskartan utan istället kommenterat det enskilda samtalet vecka 2 med *Viss tidsbrist*.

Två av grupperna har kommenterat att de inte delar ut Haschguiden på familjesamtalet vecka 3, då den delats ut tidigare. Av misstag hade utdelning av Haschguiden kommit med på två av de tolv samtal i manualen då den togs fram, vilket uppmärksammats tidigare.

Från de två grupper som lämnat synpunkter på programmet på en mer övergripande nivå

En av de två grupperna föreslår att det ska vara färre urinprov. I manualen ingår att ungdomen ska lämna urinprov varje vecka utom vecka 6 då programmet avslutas. Den här gruppen tycker att det räcker med två urinprov *eftersom de ändå inte är tillförlitliga* och en del ungdomar *kan bli rena fort*. De hade också förlängt samtalstiden till cirka 1,5 timme *så att de kunde få gott om tid*. Samma grupp önskade också ett utvärderingsinstrument som det som finns för HAP.

Den andra gruppen skrev att innehållet i manualen inte bör ändras. Däremot är viktigt att det finns en flexibilitet inom programmet vilket de anser att det gör idag. De menar att behandlaren i varje enskilt fall måste anpassa sig efter var ungdomen är i sin beroendutveckling.

¹ Anteckningarna från en av de sex grupperna kom inte in. Skriftlig sammanställning av den gruppens grupparbete har hämtats in i efterhand.

En bild av ungdomarnas droganvändning före programstart

I detta avsnitt presenteras först vid vilket av de enskilda samtalen med ungdomen som droginventeringen har genomförts.

Därefter följer resultat från droginventeringen. För att underlätta för läsaren finns överst under varje preparat förklaring till vad som ingår i varje drog/drogkategori. Förklaringarna är hämtade från den droginventeringslista behandlarna ombads använda som underlag vid genomförandet av droginventeringsintervjun med ungdomen (se Sammanställningsblankett och loggbok, bilaga 1). De svar behandlarna fyllt i under intervjun har sedan rapporterats in via webbenkäten.

I slutet av avsnittet presenteras hur många dagar det är mellan senaste röktilfälle av cannabis och programstart.

När genomförandes droginventeringen?

I den ursprungliga manualen för CPU står det att droginventering ska göras vid det första enskilda samtalet med ungdomen. I den här studien har vi låtit behandlarna välja att göra droginventeringen antingen vid första, andra eller tredje enskilda samtalet med ungdomen.

För nästan alla, 18 av de 22 ungdomarna (82 procent), genomfördes droginventeringen vid första enskilda samtalet. För två ungdomar vid andra enskilda samtalet och för de återstående två det vid tredje enskilda samtalet. Utöver de inrapporterade svaren på frågan om när droginventeringen genomfördes diskuterades även frågan på workshopen vilket nämns kort i avsnitt 4.6.

Ungdomarnas droganvändning före programstart

I det här avsnittet presenteras resultaten av de droginventeringar som genomförts i intervjuform med de 22 ungdomar, 6 flickor och 16 pojkar, som påbörjade programmet.

Cannabis

Droginventeringslistans förtydligande: *Cannabis (Hasch, Marijuana, Hascholja)*.

I de inrapporterade enkätsvaren framkommer att samtliga 22 ungdomar har använt cannabis någon gång i livet.

Debutålder cannabis efter kön

Flest ungdomar debuterade med cannabis då de var 15,5 år vilket fyra av ungdomarna gjort, en flicka och två pojkar. Näst vanligast ålder att ha debuterat med cannabis var tre ungdomar som debuterat när de var 14 år, alla pojkar, tre när de var 15 år, en flicka och två pojkar, och tre när de var 16 år, två flickor och en pojke. En pojke debuterade redan som 9-åring. För en flicka har debutålder för cannabis ej angivits.

Medelålder för debut av cannabis är 14,7 år hos de 21 ungdomar där debutålder angivits. Medelåldern för pojkar var 14,7 år och för de fem flickor där debutålder på cannabis angivits var debutåldern 15 år.

Rapporterad frekvens cannabis senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

Frekvens i användningen av cannabis under de:		
	senaste 6 månaderna i antal	senaste 30 dagarna i antal
Enstaka tillfälle	7	13
1 dag/vecka eller mindre	1	2
2-3 dagar/vecka	9	4
Dagligen eller så gott som dagligen	2	0
Vet ej	2	2
Ej använt de senaste 30 dagarna respektive 6 månaderna	1	1
Total	22	22

Tabell 4. Frekvens i användningen av cannabis under de senaste 30 dagarna respektive senaste 6 månaderna före programstart, i antal (N=22).

Som nämnts tidigare har det rapporterats in att samtliga 22 ungdomar har använt cannabis någon gång i livet. Tabell 4 ovan redovisar frekvensen i användning av cannabis de senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna.

Användningen av cannabis under de senaste 6 månaderna har rapporterats in för 19 av de 22 ungdomarna. En ungdom har använt cannabis men inte under de senaste 6 månaderna och för två ungdomar har behandlarna rapporterat svaret *vet ej*. Vanligast förekommande frekvensen av cannabisanvändning under de senaste 6 månaderna före programstart är *2-3 dagar/vecka* vilket rapporterats att nio av ungdomarna hade gjort, tre flickor och sex pojkar. Näst vanligast är *enstaka tillfälle* vilket rapporterats för sju av ungdomarna, två flickor och fem pojkar. Endast två av ungdomarna har använt cannabis *dagligen eller så gott som dagligen* under den senaste 6 månadersperioden före programstart. Båda är pojkar vars debutålder för cannabisanvändning var 9 år respektive 15,5 år.

Användningen av cannabis under de senaste 30 dagarna har rapporterats in för 19 av de 22 ungdomarna. En av ungdomarna har använt cannabis, men inte under de senaste 30 dagarna. För två ungdomar har behandlarna rapporterat svaret *vet ej* på frågan om frekvens de senaste 30 dagarna. Den vanligaste frekvensen av cannabisanvändning under de senaste 30 dagarna före programstart är *enstaka tillfälle* vilket rapporterats in för 13 av ungdomarna. Av dem var fem flickor och åtta pojkar. Näst vanligast är *2-3 dagar/vecka* vilket rapporterats in för fyra av ungdomarna. Alla fyra är pojkar, bland dem finner vi ungdomen som debuterade med cannabis som nioåring. Ingen av ungdomarna har använt cannabis *dagligen eller så gott som dagligen* de senaste 30 dagarna före programstart.

Spice

Droginventeringslistans förtydligande: *Spice och syntetiska cannabinoider*.

Vid genomförd droginventering har 12 av de 22 ungdomarna svarat att de använt spice någon gång i livet.

Debutålder spice efter kön

För en av de tolv ungdomarna som behandlarna har rapporterat in att ha använt spice någon gång i livet har debutålder inte angivits.

Bland de elva ungdomar där debutålder för spice har angivits är den vanligaste debutåldern 15,5 år vilket gäller för fem av ungdomarna, fyra pojkar och en flicka. Näst vanligast är att ha debuterat vid 15 år vilket tre av ungdomarna har gjort, två pojkar och en flicka. En ungdom vardera har debuterat med att använda spice vid 13,5 års-, en pojke, vid 14,5 års- respektive 16 års ålder, båda flickor.

Tar vi bort halvår kan vi konstatera att åtta av de elva där debutålder angivits har debuterat med spice då de var 15 år.

Medelålder för debut av spice är 15,1 år för de 11 ungdomar där debutålder angivits, 15,3 år för flickorna och 15,1 år för pojkarna.

Frekvens spice senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

Frekvens i användningen av spice under de:		
	senaste 6 månaderna i antal	senaste 30 dagarna i antal
Enstaka tillfälle	6	7
1 dag/vecka eller mindre	1	0
2-3 dagar/vecka	2	1
Dagligen eller så gott som dagligen	1	1
Vet ej	1	1
Ej använt senaste 30 dagarna respektive 6 månaderna	1	2
Ej relevant	10	10
Total	22	22

Tabell 5. Frekvens i användningen av spice under de senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna före programstart, i antal (N=22).

Som nämnts tidigare har det rapporterats in att 12 av de 22 ungdomarna använt spice någon gång i livet. Tabell 5 ovan redovisar frekvensen i användning av spice de senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna.

Av de tolv ungdomarna som använt spice någon gång i livet har tio gjort det under de senaste 6 månaderna före programstart. Vanligast förekommande frekvens i användning av spice under de senaste 6 månaderna är *enstaka tillfälle* vilket sex av ungdomarna har gjort, tre flickor och tre pojkar. En pojke har använt spice dagligen eller så gott som dagligen de senaste 6 månaderna.

Under de senaste 30 dagarna före programstart har behandlarna rapporterat in användning av spice bland nio av ungdomarna. Flest, sju ungdomar, har använt spice vid *enstaka tillfällen* de senaste 30 dagarna, tre flickor och fyra pojkar. En pojke har använt spice *dagligen eller så gott som dagligen* under de senaste 30 dagarna före programstart, vilket är samma pojke som har använt spice *dagligen eller så gott som dagligen* under de senaste 6 månaderna.

Tobak

Droginventeringslistans förtydligande: *Tobak*.

I enkätsvaren framkommer att 20 av de 22 ungdomarna har använt tobak någon gång i livet.

Debutålder tobak efter kön

Flest ungdomar debuterade med tobak då de var 14 år, sex stycken varav en flicka och fem pojkar. Näst vanligast var debut vid 12 års ålder för tre ungdomar varav en flicka och två pojkar. En pojke var 9 år då han debuterade med tobak, samma pojke som debuterade med cannabis som nioåring. Övriga ungdomar är spridda med en till två ungdomar per åldersintervall i hela och halva år mellan 12,5 år och 16,5 år. Två av ungdomarna har aldrig använt tobak och för två av ungdomarna har svaret *vet ej* angivits på debutålder.

Medelålder för debut av tobak är 13,6 år för de 18 ungdomar där debutålder har angivits, 13,4 år för flickor och 13,7 år för pojkar.

Frekvens tobak senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

Frekvens i användningen av tobak under de:		
	senaste 6 månaderna i antal	senaste 30 dagarna i antal
Enstaka tillfälle	2	1
1 dag/vecka eller mindre	1	1
2-3 dagar/vecka	6	5
Dagligen eller så gott som dagligen	9	10
Vet ej	2	3
Aldrig använt tobak	2	2
Total	22	22

Tabell 6. Frekvens i användningen av tobak under de senaste 6 månaderna respektive 30 dagarna före programstart, i antal (N=22).

Som nämnts tidigare har det rapporterats in att 20 av de 22 ungdomarna använt tobak någon gång i livet. Tabell 6 ovan redovisar frekvensen i användning av tobak de senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna.

Av de 20 ungdomar som använt tobak någon gång i livet har 18 gjort det under de senaste 6 månaderna. För två ungdomar har behandlarna rapporterat in *vet ej*. Den vanligast förekommande frekvensen att ha använt tobak under de senaste 6 månaderna före programstart är *dagligen eller så gott som dagligen* vilket nio av ungdomarna har gjort, fyra flickor och fem pojkar.

Behandlarna har rapporterat in att 17 av ungdomarna har använt tobak under de senaste 30 dagarna före programstart. För tre ungdomar har svaret *vet ej* rapporterats in. Vanligaste frekvensen av tobaksanvändning under de senaste 30 dagarna före programstart är *dagligen eller så gott som dagligen* vilket tio av ungdomarna har gjort, fyra flickor och sex pojkar.

Alkohol

Droginventeringslistans förtydligande: *Alkohol*.

För samtliga av de 22 ungdomarna har det angivits att de har använt alkohol någon gång i livet.

Debutålder alkohol efter kön

För fyra av ungdomarna saknas uppgift om debutålder av alkohol, en flicka och tre pojkar.

Vanligast förekommande debutålder för alkohol bland de 18 ungdomar där debutålder angivits är 14 år vilket behandlarna rapporterat in för sex av ungdomarna, alla pojkar. Näst vanligast debutålder är 12 år vilket angivits för fyra av ungdomarna, en flicka och tre pojkar, följt av 15 år vilket tre av ungdomarna var då de debuterade med alkohol, två flickor och en pojke.

Medelåldern för debut av alkohol var för de 18 ungdomar där debutålder angivits 13,9 år, för flickor var medelålder för debut 14,1 år och för pojkar 13,8 år.

Frekvens alkohol senaste 6 månaderna respektive 30 dagarna

Frekvens i användningen av alkohol under de:		
	senaste 6 månaderna i antal	senaste 30 dagarna i antal
Enstaka tillfälle	14	10
1 dag/vecka eller mindre	5	3
Dagligen eller så gott som dagligen	0	1
Ej använt senaste 6 månaderna respektive 30 dagarna	0	3
Vet ej	3	5
Total	22	22

Tabell 7. Frekvens i användningen av alkohol under de senaste 6 månaderna respektive de senaste 30 dagarna före programstart, i antal, (N=22).

Som nämnts tidigare har det rapporterats in att samtliga av de 22 ungdomarna använt alkohol någon gång i livet. Tabell 7 ovan redovisar frekvensen i användning av alkohol de senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna.

Vanligaste frekvensen för användning av alkohol de senaste 6 månaderna före programstart har varit *enstaka tillfälle* vilket behandlarna har rapporterat in för 14 av ungdomarna, fyra flickor och tio pojkar. *En dag/vecka eller mindre* under de senaste 6 månaderna har angivits för fem ungdomar, en flicka och fyra pojkar.

Under de senaste 30 dagarna före programstart har tio av ungdomarna använt alkohol vid *enstaka tillfälle*, tre flickor och sju pojkar. En pojke har använt alkohol *dagligen eller så gott som dagligen*.

Lösningsmedel och gaser

Droginventeringslistans förtydligande: *Lösningsmedel och gaser*.

Av de 22 ungdomarna har tre använt lösningsmedel och/eller gaser någon gång i livet, en flicka och två pojkar.

Debutålder lösningsmedel och gaser

De tre ungdomar som använt lösningsmedel och/eller gaser någon gång i livet var alla tre 13 år då de gjorde det första gången.

Frekvens lösningsmedel och gaser senaste 6 månaderna respektive 30 dagarna

För en av ungdomarna, flickan, har behandlaren rapporterat in att hon har använt lösningsmedel och/eller gaser vid *enstaka tillfälle* under de senaste 30 dagarna före programstart. De två pojkarna har inte använt lösningsmedel och gaser under den perioden.

Ingen av de tre ungdomar som någon gång i livet använt lösningsmedel och gaser har gjort det under de senaste 6 månaderna, enligt ovan har dock en av dem använt under de senaste 30 dagarna.

Amfetamin

Droginventeringslistans förtydligande: *Amfetamin* (*Amfetamin*, *Metaamfetamin*, *Metamina*, *Concerta*, *Ritalin*).

Av de 22 ungdomarna hade två använt amfetamin någon gång i livet, båda två är pojkar.

Debutålder amfetamin

En av ungdomarna var 15 år och en ungdom var 16 år då de använde amfetamin första gången.

Frekvens amfetamin senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

En av ungdomar som hade använt amfetamin någon gång i livet hade gjort det vid *enstaka tillfälle* under de senaste 6 månaderna före programstart. Ingen av de två ungdomar hade gjort det under de senaste 30 dagarna före programstart.

LSD och andra hallucinogener

Droginventeringslistans förtydligande: *LSD och andra Hallucinogener (LSD, Meskalin, PCP, Peyote, Psilocybin, Svampar, DMT).*

Av de 22 ungdomarna hade fyra använt LSD och/eller andra hallucinogener någon gång i livet, en flicka och tre pojkar.

Debutålder LSD och andra hallucinogener

Av de fyra ungdomar som någon gång i livet hade använt LSD och/eller andra hallucinogener var en 14,5 år, en 15 år, en 16 år och en 16,5 år då de använde det första gången.

Medelåldern för debut av LSD och/eller andra hallucinogener bland de fyra ungdomarna är 15,5 år.

Frekvens LSD och andra hallucinogener senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

Tre av ungdomarna hade använt LSD och/eller andra hallucinogener vid *enstaka tillfälle* under de senaste 6 månaderna före programstart. En av dem har använt LSD och/eller andra hallucinogener någon gång i livet men inte under de senaste 6 månaderna.

En av ungdomarna hade använt LSD och/eller andra hallucinogener vid *enstaka tillfälle* under de senaste 30 dagarna före programstart. För en av ungdomarna har behandlaren angivit *Vet ej*.

Smärtstillande läkemedel

Droginventeringslistans förtydligande: *Smärtstillande läkemedel, Narkotikaklassade (Actiq, Cocillana-Etyfin, Citodon, Citodon Forte, Depolan, Dexodon, Dexofen, Dilaudid, Distalgesic, Dolcontin, Doleron, Dolotard, Doloxene, Durogesic, Fentanyl, Ketodur, Kodein, Maxidon, Morfin, Nobligan, Norflex, Norgesic, Opidol, OxyContin, OxyNorm, Panocod, Panocod Forte, Paraflex comp, Somadril, Spasmodifen, Temgesic, Tiparol, Tradolan, Tramadol, Treo comp).*

Fyra av de 22 ungdomarna hade använt smärtstillande läkemedel någon gång i livet, två flickor och två pojkar.

Debutålder smärtstillande läkemedel

Av de fyra ungdomar som någon gång i livet hade använt smärtstillande läkemedel var en 13 år, två 15 år och en 16 år då de använde det första gången.

Frekvens smärtstillande läkemedel senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

Alla fyra ungdomar som använt smärtstillande läkemedel någon gång i livet hade gjort det vid *enstaka tillfälle* under de senaste 6 månaderna före programstart.

Tre av de fyra ungdomar som använt smärtstillande läkemedel någon gång i livet hade gjort det vid *enstaka tillfälle* under de senaste 30 dagarna före programstart.

Dämpande läkemedel

Droginventeringslistans förtydligande: *Dämpande läkemedel, Narkotikaklassade (Alprazolam, Apodorm, Apozeepam, Bensodiazepiner, Sedativa, Hypnotica, Diazepam, Dormicum, Fenemal, Flunitrazepam, Fluscand, Halcion, Heminevrin, Iktorivil, Imovane, Mogadon, Nitrazepam, Oxascand, Rohypnol, Sobril, Sonata, Stesolid, Stilnoct, Temesta, Triazolam, Valium, Xanor, Zopiklon).*

Två av de 22 ungdomarna hade någon gång i livet använt dämpande läkemedel, båda flickor.

Debutålder smärtstillande läkemedel

En av ungdomarna var 15,5 år och en var 16 år första gången de använde dämpande läkemedel.

Frekvens smärtstillande läkemedel senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

De två ungdomarna som hade använt dämpande läkemedel någon gång i livet har använt dämpande läkemedel vid *enstaka tillfälle* under de senaste 6 månaderna före programstart.

De två ungdomarna hade också använt dämpande läkemedel vid *enstaka tillfälle* de senaste 30 dagarna före programstart.

Annat preparat

Droginventeringslistans förtydligande: *Annat preparat. Här preparat som inte finns med i någon av kategorierna ovan.*

För tre av de 22 ungdomarna har de angivits att de använt annat preparat, en flicka och två pojkar. För alla tre var det preparatet ecstasy.

Debutålder annat preparat

Två av ungdomarna var 16 år och en ungdom var 16,5 år då de använde annat preparat, i det här fallet ecstasy, första gången.

Frekvens annat preparat senaste 6 månaderna respektive senaste 30 dagarna

En av de tre ungdomarna hade använt ecstasy vid enstaka tillfälle under de senaste 6 månaderna. Ingen av ungdomarna hade använt annat preparat de senaste 30 dagarna.

Heroin och andra opiater, Kokain, GHB/GBL och Anabola Androgena Steroider

Droginventeringslistans förtydligande av heroin och andra opiater: *Heroin och andra opiater (Heroin, Rökheroin, Opium, Metadon, Subutex, Buprenotex, Suboxone).*

Droginventeringslistans förtydligande av kokain: *Kokain (Kokain, Crack).*

Droginventeringslistans förtydligande av GHB/GBL: *GHB/GBL.*

Droginventeringslistans förtydligande Anabola Androgena Steroider: *Anabola androgena steroider.*

Ingen av de 22 ungdomar som ingår i studien hade någon gång i livet använt vare sig Heroin och andra opiater, Kokain, GHB/GBL eller Anabola Androgena Steroider.

Antal dagar från senaste röktilfälle av cannabis till programstart

I tabellen nedan (tabell 8) redovisas antalet dagar mellan senaste röktilfälle av cannabis och programstart för 21 av de 22 ungdomar som ingår i studien. För en av ungdomarna, en flicka, har inget datum angivits för senaste röktilfälle av cannabis.

Antal dagar från senaste röktilfälle av cannabis till programstart						
	1-7 dagar	8-14 dagar	15-21 dagar	22-30 dagar	> 1 månad	Totalt
Flickor	1	1	2	1	0	5
Pojkar	4	5	4	1	2	16
Alla ungdomar	5	6	6	2	2	21

Tabell 8. Antal dagar från senaste röktilfälle av cannabis till programstart, i antal (N=21).

Antalet dagar mellan senaste röktilfälle och programstart varierar från 1 dag, en flicka, till en avstickare på 253 dagar, en pojke. Cirka hälften av ungdomarna hade rökt cannabis under de senaste två veckorna före programstart.

Genomsnittligt antal dagar från senaste röktilfälle av cannabis till programstart är för samtliga 21 ungdomar där datum angivits är 25,6 dagar. Här ska noteras att för en av de 21 ungdomarna hade

det gått 253 dagar från senaste röktilfälle till programstart. Väljer vi att ta bort den ungdomen från beräkningen ändras genomsnittligt antal dagar från senaste röktilfället till programstart avsevärt och blir för de återstående 20 ungdomarna 14,2 dagar.

Uppdelat efter kön är genomsnittligt antal dagar från senaste röktilfälle av cannabis före programstart för de fem flickor där datum angivits 15,2 dagar. För de 16 pojkarna är motsvarande siffra 28,8 dagar med avstickaren på 253 dagar inräknad. Väljer vi att ta bort avstickaren från beräkningen blir det 13,9 dagar för återstående 15 pojkarna.

En kort sammanfattning: Samtliga 22 hade någon gång i livet använt både cannabis och alkohol, 20 hade använt tobak och drygt hälften (12) hade använt spice. Av de 22 ungdomarna hade sju även använt något eller några andra narkotiska preparat någon gång i livet. Avsnittet avslutades med en redovisning av antal dagar från senaste röktilfälle till programstart. Nästa avsnitt redovisar drogintag under programtiden.

4.7. Drogintag under programmet

Nedan presenteras behandlarnas inrapporteringar från frågan till ungdomarna om de har rökt cannabis, tagit andra droger eller druckit alkohol under programtiden. Behandlarna har rapporterat in svar på de här frågorna för samtliga 22 ungdomar som påbörjade programmet, det vill säga även för de sex ungdomar för vilka programmet avbröts i förtid.

Rökt cannabis under programmet efter kön

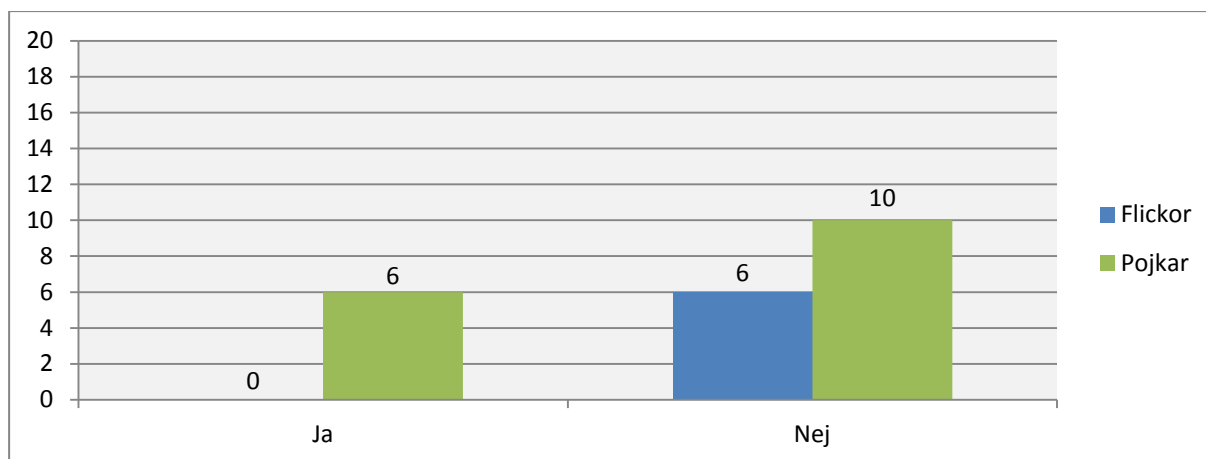


Diagram 7. Rökt cannabis under programmet efter kön, i antal (N=22)

Av de 22 ungdomar som ingår i studien har behandlarna rapporterat in att 6 av ungdomarna har rökt cannabis under programtiden, alla pojkar (diagram 7 ovan). Omgjort till procent är det 0 procent av flickorna och 38 procent av pojkarna som har rökt cannabis under programtiden.

Av de sex ungdomar som har rökt cannabis under programtiden har tre ungdomar gjort det tre gånger och tre ungdomar har gjort det en gång. Fyra av de sex ungdomarna som hade rökt cannabis under programtiden har fullföljt hela programmet och för två av de sex ungdomar avbröts programmet i förtid.

Tagit andra droger under programmet

På frågan om att ha tagit andra droger under programtiden har behandlarna rapporterat in svaret nej på samtliga 22 ungdomar.

Druckit alkohol under programmet efter kön

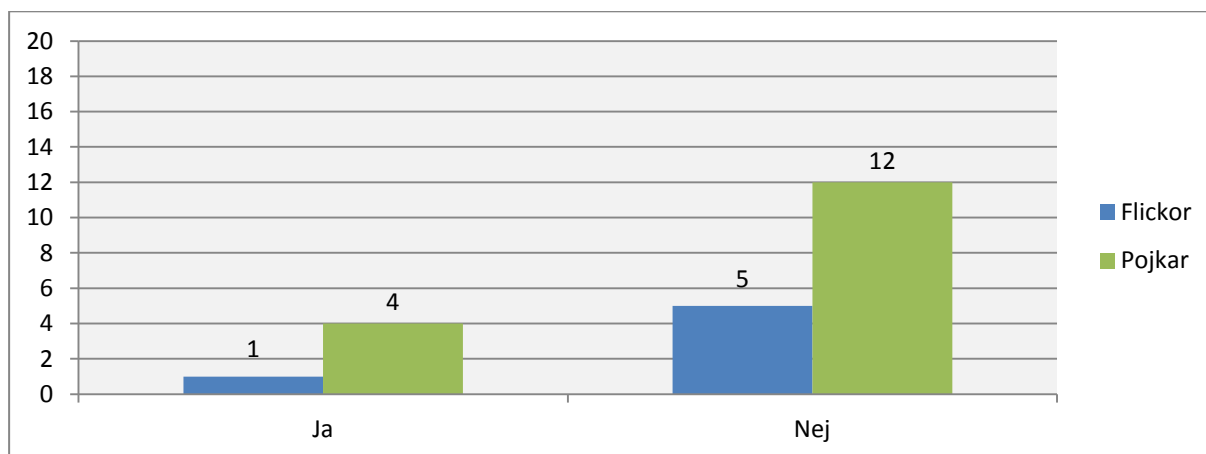


Diagram 8. Druckit alkohol under programmet efter kön, i antal (N=22)

Behandlarna har rapporterat in att 5 av de 22 ungdomarna har druckit alkohol under programtiden, en flicka och fyra pojkar (diagram 8 ovan). Omgjort i procent är det 17 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna som har druckit alkohol under programtiden

Av de fem ungdomarna har en druckit alkohol tio gånger, två har gjort det två gånger och en har gjort det en gång under programtiden. För en av de fem ungdomarna som hade druckit alkohol under programmet har antal gånger inte angivits.

Fyra av de fem ungdomarna som har druckit alkohol under programtiden har också rökt cannabis under programtiden. Av de ungdomar som druckit alkohol under programtiden har fyra fullföljt hela programmet och för en av de fem har programmet avbrutits i förtid.

4.8. Förändringar under programtiden

I det här kapitlet presenteras resultat från de mätinstrument som använts i studien för att mäta förändringar under programtiden. De mätbara data som använts är KASAM (Antonovsky 1991) ett självskattningstest som kortfattat beskrivs i kapitel 3, urinprov och tre skalfrågor som ungdomarna har fått fylla i. Redovisningen presenterar resultat på KASAM, urinprov och skalfrågor vid programstart och vid slutet av programmet och det är enbart data från de 16 fullföljda programmen som redovisas.

KASAM

KASAM gjordes vid programstart för 9 av de 16 ungdomar som fullföljde programmet, vilket ger ett bortfall på 44 procent. KASAM värden vid avslut har rapporterats in för 7 av de 16 ungdomarna, vilket ger ett bortfall på 56 procent.

Totalvärde KASAM vid programstart och avslut av programmet

Totalvärdet på KASAM (diagram 9 nedan) vid programstart bland de nio ungdomar för vilka KASAM genomfördes av de 16 som fullföljde programmet varierar från 69 till 176 med ett medelvärde på 136. Av de nio där KASAM genomfördes vid programstart var två flickor och sju pojkar.

Vid avslut av programmet varierar totalvärdet på KASAM från 75 till 175 bland de sju ungdomar för vilka KASAM genomfördes, med ett medelvärde på 140. Av de sju ungdomarna var två flickor och fem pojkar.

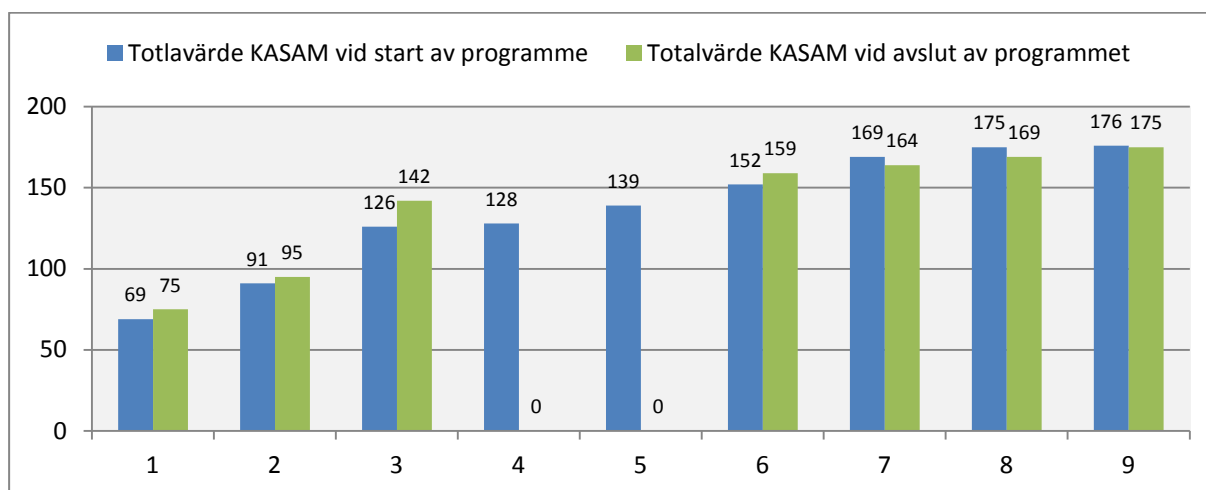


Diagram 9. Totalvärde KASAM vid start (N=9) och avslut (N=7) bland de ungdomar som fullföljde programmet, i antal.

De tre delkomponenterna i KASAM vid programstart och avslut av programmet

Utöver totalvärde för KASAM får man vid KASAM-test också fram de tre delkomponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (beskrivs kortfattat i avsnitt 3.3.). I diagram 10 nedan visas ungdomarnas medelvärde på de tre delkomponenterna vid programstart och avslut av program.

Begriplighet bland de ungdomar som fullföljde programmet där KASAM genomfördes varierar vid programstart (N=9) från 2,5 till 5,5 och vid avslut av programmet (N=7) från 2,8 till 5,5. Medelvärdet på begriplighet vid programstart är 4,5 och är vid avslut av program 4,6.

Hanterbarhet bland ungdomarna varierar vid programstart (N=9) från 2,0 till 6,6 och vid avslut av programmet (N=7) från 2,2 till 6,5. Medelvärdet på hanterbarhet vid programstart är 4,9 och är vid avslut av programmet det samma det vill säga 4,9.

Meningsfullhet bland ungdomarna varierar vid programstart (N=9) från 2,0 till 6,6 och vid avslut av programmet (N=7) från 2,8 till 6,5. Medelvärde på meningsfullhet vid programstart är 4,8 och är vid avslut av programmet 5,2.

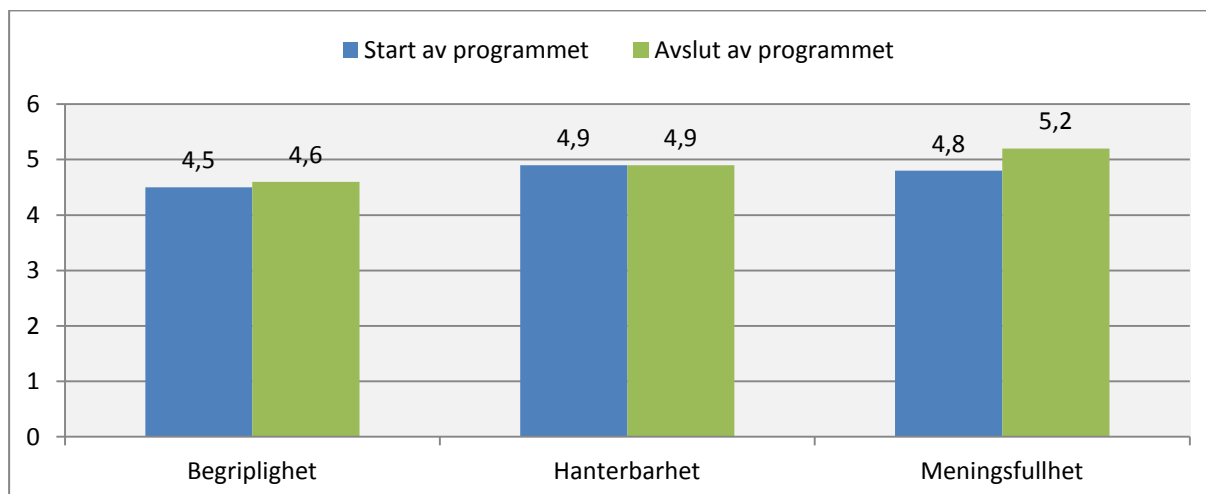


Diagram 10. Medelvärde av KASAMs tre delkomponenter vid programstart (N=9) och avslut av programmet (N=7) bland de ungdomar som fullföljde programmet, i antal.

Identifierad droganvändning via urinprov

I manualen till CPU framgår att ungdomarna ska lämna urinprov en gång per vecka under vecka ett till fem. Nedan redovisas urinprovsresultat från start av programmet (vecka ett) och från avslut av programmet (vecka fem).

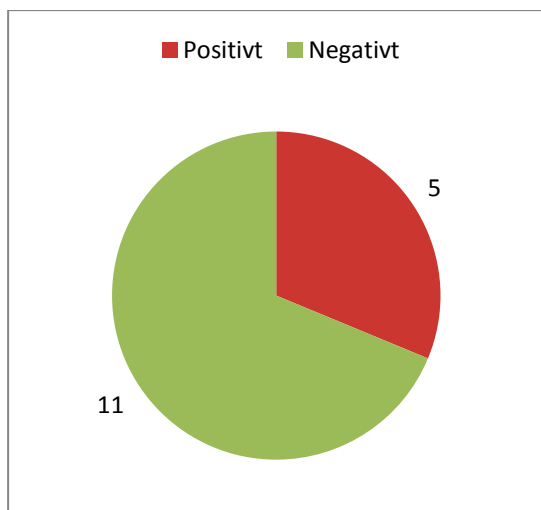
Nästan alla, 21 av de 22 ungdomarna, har lämnat urinprov vid programstart. För sex av ungdomarna (29 procent) visade urinprovsanalysen positivt (förekomst av) på THC och för 15 av ungdomarna (71 procent) negativt på THC vid programstart. Nedan redovisas resultat på urinprov vid start och avslut av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet. Nedan finns också en kortare redovisning om urinprovsresultat bland de sex ungdomar för vilka programmet avbröts i förtid.

Urinprov bland de 16 ungdomar som fullföljde hela programmet

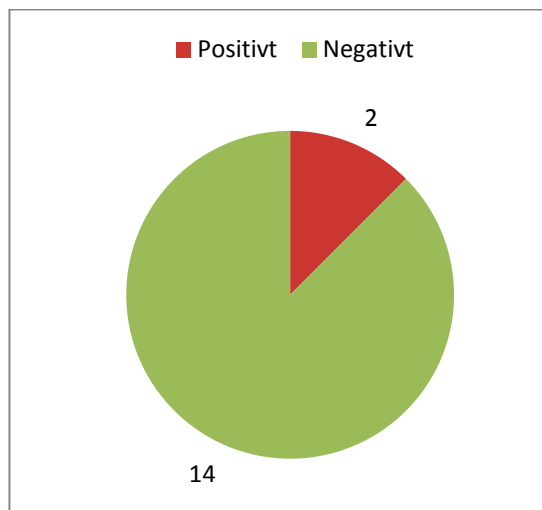
I manualen framgår att ungdomarna ska lämna urinprov varje vecka utom vecka 6 då programmet avslutas. Nedan redovisas urinprovsresultaten från start av programmet (vecka 1) och från veckan innan avslut av programmet (vecka 5).

Merparten av de 16 ungdomar som fullföljde hela programmet, elva ungdomar (69 procent) varav en flicka och nio pojkar, lämnade negativt urinprov vid start av programmet (diagram 11 nedan). Knappt en tredjedel, fem ungdomar (31 procent) varav två flickor och tre pojkar, lämnade positivt urinprov vid programstart. Vid avslut av programmet (diagram 12 nedan) lämnade 14 av ungdomarna (88 procent), tre flickor och elva pojkar, negativt urinprov och två av ungdomarna (13 procent), båda pojkar, lämnade positivt urinprov.

Fyra av ungdomarna som fullföljde programmet och lämnade urinprov som var positivt på THC vid programstart har lämnat negativt vid programavslut och en lämnade positivt urinprov vid både programstart och programavslut. Bland de 16 ungdomarna har en gått från negativt urinprov vid programstart till positivt vid avslut av programmet.



Tabell 11. Urinprov vid start av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet, i antal (N=16).



Tabell 12. Urinprov vid avslut av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet, i antal (N=16).

Urinprov bland de sex ungdomar för vilka programmet avbröts i förtid

Bland de sex ungdomar för vilka programmet avbröts i förtid lämnade endast en ungdom urinprov som var positivt på THC vid programstart och de övriga fem lämnade urinprov som var negativa.

Behandlarna har rapporterat in resultat av urinprovsanalys vid avbrottet av programmet för fem av de sex ungdomarna. För en ungdom genomfördes inte urinprovstagning vid då programmet avbröts. Av de fem ungdomar som lämnade urinprov i samband med att programmet avbröts lämnade fyra negativa urinprov och en positivt. Den ungdom som lämnade positivt urinprov vid programstart lämnade negativt vid avbrottet för programmet. En av ungdomarna har gått från negativt urinprov vid programstart till positivt vid avbrottet av programmet.

Skalfrågor

Ungdomarna har vid programstart fått fylla skattningar från 1 till 10 på följande tre skalfrågor:

- Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?
- Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis?
- Hur nöjd är du med kontakten till dina föräldrar?

Vid programavslut har ungdomarna återigen fått fylla i de tre skalfrågorna. Nedan presenteras resultat från skalfrågorna bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet.

Skalfråga: - Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis? vid start och avslut av programmet.

På frågan *Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?* (tabell 9 nedan) har ungdomarna fått skatta från 1 till 10 där 1 står för *inte alls viktigt* och 10 står för *jätteviktigt*.

Vid programstart varierar skattningarna från 7 till 10 där flest skattat det sistnämnda. Medelvärdet av skattningen för de 14 ungdomar som genomfört den här skalfrågan vid programstart är 9,4.

På samma fråga vid programavslut varierar skattningarna från 5 till 10 där flest har skattat det sistnämnda. Medelvärdet för de 12 ungdomar som genomfört den här skalfrågan är 9,4.

- Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?		
	Start av programmet	Avslut av programmet
10 – Jätteviktigt	8	9
9	4	2
8	1	0
7	1	0
5	0	1
Ej genomfört skalfrågan	2	4
Total	16	16

Tabell 9. Skalfråga: - Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis? vid start respektive avslut av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet (N=16).

Skalfrågan: Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis? vid start respektive avslut av programmet

På skalfrågan *Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis?* (tabell 10 nedan) har ungdomarna fått skatta från 1 till 10 där 1 står för *inte alls säker* och 10 står för *mycket säker*.

Vid programstart varierar skattningarna från 1 till 10 där merparten har skattat det sistnämnda. För två ungdomar har den här skalfrågan inte genomförts. Medelvärde av skattningen för de 14 ungdomar som har genomfört den här skalfrågan vid start av programmet är 9,1.

Vid programavslut finns en variation på skattningarna från 4 till 10 där flest har skattat det sistnämnda. För fyra av ungdomarna genomfördes inte den här skalfrågan. Medelvärdes skattning för de 12 ungdomar som har genomfört den här skalfrågan vid programavslut är 9,3.

- Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis?		
	Start av programmet	Avslut av programmet
10 – Mycket säker	10	8
9	3	3
4	0	1
1 – Inte alls säker	1	0
Ej genomför skalfrågan	2	4
Total	16	16

Tabell 10. Skalfråga: - Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis? vid start respektive avslut av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet (N=16).

Skalfrågan: Hur nöjd är du med kontakten till dina föräldrar? vid start och avslut av programmet

På frågan *Hur nöjd är du med relationen till dina föräldrar?* (tabell 11 nedan) har ungdomarna fått skatta från 1 till 10 där 1 står för *inte alls nöjd* och 10 står för *mycket nöjd*.

Vid start av programmet varierar skattningarna från 3 till 10 där flest har skattat 6. För två av ungdomarna har den här skalfrågan inte genomförts. Medelvärde av skattningen för de 14 ungdomar som genomfört den här skalfrågan vid programstart är 7,0.

På samma fråga vid avslut av programmet varierar skattningarna från 5 till 10 där flest har skattat 9. För fyra ungdomar har den här skalfrågan inte genomförts. Medelvärdet av skattningen för de 12 ungdomar som genomfört den här skalfrågan är 8,0.

- Hur nöjd är du med relationen till dina föräldrar?		
	Start av programmet	Avslut av programmet
10 – Mycket nöjd	3	1
9	2	6
8	1	0
7	1	3
6	4	1
5	1	1
3	2	0
Ej genomfört skalfrågan	2	4
Total	16	16

Tabell 11. Skalfråga. - Hur nöjd är du med kontakten till dina föräldrar? Vid start respektive avslut av programmet bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet (N=16).

Medelvärdet av skattningarna på alla tre skalfrågorna vid start och avslut av programmet

Diagram 13 nedan visar medelvärdesskattning på alla tre skalfrågorna vid programstart och vid avslut av program bland de ungdomar som fullföljde programmet och för vilka skalfrågorna genomfördes, 14 vid start och 12 vid avslut av programmet.

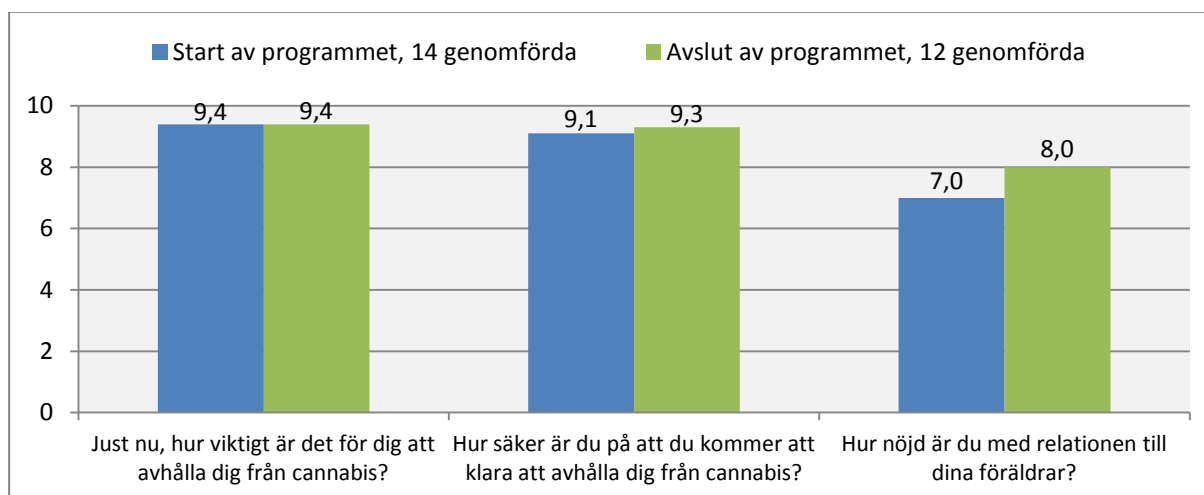


Diagram 13. Medelvärdesskattning på de tre skalfrågorna vid start (N=14) respektive avslut av programmet (N=12), i antal.

Medelvärdet av skattningen på skalfrågan *Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?* var 9,4 både vid programstart och vid avslut av programmet. Medelvärdet av skattningen på skalfrågan *Hur säker är du på att du kommer att klara att avhålla dig från cannabis?* gick från 9,1 till 9,3 under programtiden. Störst förändring ser vi hos skalfrågan *Hur nöjd är du med relationen med dina föräldrar?* som gick från en medelvärdesskattning på 7,0 vid programstart till en medelvärdesskattning på 8,0 vid avslut av programmet.

5. Sammanfattande diskussion

Avslutningsvis summeras och diskuteras delar av resultatet som bedöms som viktiga att belysa.

Här i den sammanfattande diskussionen har ordningen på huvudfrågorna ändrats jämfört med upplägget i rapporten genom att inledas med ungdomarnas problembild, följt av förändringar under programtiden. Först därefter kommer genomförbarheten av CPU eftersom den frågeställningen har en starkare koppling till det avslutande avsnittet, nämligen slutsatser och rekommendationer.

Ungdomarnas problembild

De 22 ungdomar som ingått i studien var mellan 14 år till 17 år vid start av programmet och medelåldern var 16 år. Alla 22 hade någon gång i livet använt både cannabis och alkohol, 20 hade använt tobak och drygt hälften (12) hade använt spice. Av de 22 ungdomarna hade sju även använt något eller några andra narkotiska preparat någon gång i livet. Merparten av de ungdomarna (71 procent, N=21) som påbörjade CPU i studien lämnade negativa urinprov redan vid start av programmet. Vilket kan förklaras av att senaste röktilfälle av cannabis före programstart varierar från 1 dag till 253 dagar. Om vi undantar den person som inte hade rökt cannabis de senaste 253 dagarna före programstart är genomsnittet lite drygt 14 dagar mellan senaste tillfälle av cannabisrökning och programstart.

Bland behandlarnas kommentarer finner man exempelvis: *Ett program med så mycket innehåll blir lite överambitiöst för en ungdom som bara tagit ett bloss vid ett tillfälle då polisen dök upp.* Då frågan om programmet passade för de ungdomar som bara har rökt cannabis 1-5 gånger diskuterades på workshopen hade behandlarna delade meningar. En del tyckte att det var bra i preventivt syfte samtidigt som andra tyckte att det räckte med orossamtal eller ett mindre omfattande program. Går vi tillbaka till kapitel 2 framgår att två program togs fram från början. Det ena var avsett för de ungdomar som bara som rökt cannabis 1-5 gånger. Det andra var avsett för dem som har rökt cannabis mer eller mindre regelbundet en tid men inte i den omfattningen att de är i behov av HAP (mindre än 6 månaders regelbunden användning, tre gånger i veckan eller mer) eller är för unga för HAP (yngre än 18 år). Det först nämnda programmet ansåg behandlarna som testade programmen då var för omfattande. Vi beslutade oss för att arbeta vidare med programmet för de som rökt lite mer cannabis och var lite äldre och som har fått namnet CPU.

Förändringar under programtiden

I studiens syfte ingick att även studera möjliga förändringar under programtiden. De mätinstrument som använts är KASAM, urinprov och skalfrågor där ungdomarna själva har skattat. Vi kan konstatera att det inte skett några stora förändringar under de sex veckor som programmet pågår. Vissa skillnader går ändå att utläsa. När det gäller resultat på urinprov som genomförts bland de 16 ungdomar som fullföljde programmet, har andelen negativa provsvar ökat från 69 procent vid programstart till 88 procent vid programslut. KASAM-testet visar en ökning på delkomponenten meningsfullhet som ökat från 4,8 vid programstart till 5,2 vid programslut. På skalfrågorna är det framförallt på frågan - *Hur nöjd du med relationen till dina föräldrar?* där genomsnittsvärdet för de ungdomar som fullföljt programmet och där skalfrågan genomförts ökat från 7,0 till 8,0 på en 10-gradig skala där 10=mycket nöjd.

Från det att testerna görs i början av programmet till dess att de görs i slutet av programmet innebär ofta i verkligheten att det inte går sex veckor mellan mättillfällena utan bara cirka fem veckor. Läger vi till att merparten av de ungdomar som fullföljde programmet (69 procent) lämnade negativa urinprover redan vid start är det inte så konstigt att vi inte ser större förändringar. De förändringar vi ändå ser är glädjande. Extra hoppande är att meningsfullheten i KASAM har ökat, att fler lämnade negativa urinprov vid avslut av programmet och kanske viktigast av allt att relationen till föräldrarna har förbättrats.

Genomförbarheten av CPU

En undersökning av genomförbarheten av programmet har varit huvudfokus i studien. CPU lanserades som ett nytt program hösten 2013 och det är först då programmet använts ett tag som man hittar eventuella punkter som kan behöva justeras. Genomförbarheten har undersökts genom:

- Att behandlarna har fått rapportera in skattningar av sin egen följsamhet till manual i varje av de tolv olika samtalen som ingår programmet i alla påbörjade program.
- De kommentarer behandlarna har rapporterat in om varje påbörjat program.
- Diskussioner om programmet med behandlarna på en workshop.

Behandlarnas genomsnittliga skattningar av följsamhet till manualens tolv samtal har på de 22 startade programmen varierat från 7,9 till 9,1 vilket får anses vara högt. Det visar på att behandlarna i hög grad kunnat genomföra samtalen utifrån manualen. Behandlarna har rapporterat in kommentarer efter varje avslutat eller avbrutet program. Deras kommentarer har varit väldigt varierande, ett par exempel är att allt inte hunnits med, svårigheten att möta oengagerade föräldrar och att KASAM inte gjorts i slutet av programmet.

Vid workshopen med behandlarna utgick vi från olika frågeområden. Frågeområdena som handlade om framgångsfaktorer och rekrytering kan man läsa om både i avsnitt 4.6. och i sammanfattningen i början av rapporten. Fokus här blir i stället de områden som behandlarna upplevt som bekymmer i arbetet med CPU och programmets innehåll. Behandlarna framhöll att det var svårt att arbeta med framförallt de familjer där föräldrarna var oengagerade, men även de familjer där det finns stora konflikter. Här önskade de mer material i manualen om hur man kan hantera sådana situationer.

Behandlarna fick gruppvis lämna synpunkter på innehållet i manualen utifrån frågorna: *Vid tidsbrist: Vilka teman eller besök sorteras bort?* och *Vilka teman görs alltid i CPU?* Några punkter återkom hos flera av grupperna vilket kan leda till en smärre justering av manualen. En av dem handlade om droginventeringen. I manualen är droginventeringen inlagd vid det första enskilda samtalet med ungdomen som är vecka 1. Flera grupper tyckte att den skulle flyttas fram till vecka 2 alternativt vecka tre.

En annan återkommande punkt handlar om nätverkskartan. Nätverkskartan ska enligt manualen göras på det andra enskilda samtalet med ungdomen, det vill säga vecka 2. Två av grupperna hade strukit nätverkskartan, en grupp skrev att den eventuellt kunde väljas bort och den fjärde gruppen hade inte skrivit något om nätverkskartan på det samtalet utan enbart kommenterat det med *viss tidsbrist*. En annan återkommande kommentar från grupparbetena var att Haschguiden inte skulle delas ut på familjesamtalet vecka 3 då den delats ut tidigare, ett litet fel i manualen som redan var upptäckt.

Slutsatser och rekommendationer

Det som framgår av studien är att CPU verkar vara möjlig att genomföra i praktiken. Avslutningsvis, utifrån studiens resultat, lyfts här fram några tankar om smärre justeringar i CPU-manualen som det kan finnas anledning att överväga.

Den ena justeringen handlar om när droginventeringen ska genomföras. I manualen står det att den ska genomföras vid första enskilda samtalet med ungdomen. Under pilotstudien öppnades upp för att som behandlare kunna välja att genomföra den på första, andra eller tredje enskilda samtalet med ungdomen.

I de 22 genomförda programmen har behandlarna rapporterat in att för 18 ungdomar (82 procent) genomfördes den vid första enskilda samtalet med ungdomen, för två vid andra ungdomssamtalet och för två vid tredje ungdomssamtalet.

Samtidigt har alla grupper som redovisat samtal för samtal från sina grupparbeten på workshopen rapporterat att de inte gör droginventeringen vid det första enskilda samtalet med ungdomen. Istället flyttar två av grupperna fram den till vecka två eller vecka tre, en grupp varierar med vecka ett eller senare i programmet och den sista gruppen att droginventeringen påbörjas vecka ett och slut-

förs vecka tre. En framflyttning av drogkartläggningen till vecka två eller tre var något som också diskuterades under själva workshopen.

Med tanke på behandlarnas entydighet i frågan om när droginventeringen ska genomföras på workshopen kan man fundera på om behandlarna vid genomförandet av programmen i studien påverkades av att de skulle skatta sin egen följsamhet till manualen. Det vill säga att man trots pilotstudiens öppenhet för att kunna flytta fram droginventeringen ändå valde att genomföra den på det första enskilda samtalet med ungdomen för att därmed kunna göra en högre skattning av sin egen följsamhet till manualen på det samtalet. Målet är att CPU ska fungera i praktiken varför studiens eventuella påverkan på behandlarna val av när droginventeringen ska genomföras får anses ha lägre prioritet.

Den första smärre justeringen bör därför vara:

- En ökad flexibilitet för när i programmet droginventeringen ska genomföras får därför anses som önskvärt.

Nätverkskartan var en av de andra punkterna som flera grupper lämnade synpunkter om. Kommentarna från de fyra grupperna var att de gör nätverkskartan ibland och ibland inte, att de inte gör den och i ett fall att den inte görs på grund av tidbrist.

Den andra smärre justeringen bör därför vara:

- Att ändra genomförande av nätverkskarta från ett obligatoriskt inslag till ett frivilligt som görs om det passar för just den ungdomen och/eller om det finns tid att göra den får därför anses som önskvärt.

Den tredje smärre justeringen bör vara:

- Att ta bort instruktionen *dela ut Haschguiden* från familjesamtalet vecka tre eftersom den finns med att dela ut på ett tidigare samtal. Det är en miss vi redan hade upptäckt och som naturligtvis ska justeras. De justeringarna är enkla att genomföra.

En eventuellt större justering som bör övervägas handlar om önskemål från behandlarna:

- Det behandlarna entydigt önskade sig var att manualen ska innehålla mer kunskap om och tips på hur man arbetar med familjearbete med i första hand familjer där föräldrarna är oengagerade och inte oroar sig för sina barns cannabisanvändande. Men även kunskap och tips på hur de kan arbeta när det finns stora konflikter i familjerna. Det här är ett arbete som kräver en lite större arbetsinsats.

Efter bearbetning, analys och skrivande av droginventeringen som gjorts bland ungdomarna, resultaten från de tester som gjorts, behandlarnas kommentarer och materialet från Workshopen väcks ytterligare en tanke. Den handlar om behovet av ett mindre omfattande program för de ungdomar som bara rökt cannabis 1-5 gånger och deras familjer. Nationella Cannabisnätverkets ledning tillsammans med projektledare och referensgruppen för framtagandet av CPU konstaterade redan vid projektstart att ett mindre omfattande program för de som bara har rökt cannabis 1-5 gånger återstod att utveckla. Det blir än mer tydligt genom den här studien. Ytterligare en justering kan vara:

- Att överväga att ta fram ett mindre omfattande program för de lite yngre ungdomarna som bara har rökt cannabis 1-5 gånger och deras familjer.

Så här i slutet av arbetet med studien väcks ytterligare ett par frågor som kan vara av vikt att fundera vidare kring. Den ena handlar om den stora skillnaden i antalet påbörjade CPU hos de medverkande mottagningarna. Vanligast är att mottagningarna har rapporterat in noll, två eller tre påbörjade program samtidigt som en mottagning har rapporterat in elva påbörjade program. Naturligtvis ser mottagningarnas underlag för hur många nybesök de har väldigt olika ut. Det får ändå anses intressant att dra lärdom från den mottagning som lyckades starta elva program under den korta mätperioden. Vilka var deras framgångsfaktorer? Kan andra mottagningar ta del av dem?

En annan fundering som väcks är det stora bortfallet när det gäller inrapportering av KASAM. Bland de 16 fullföljda programmen var bortfallet av KASAM vid start 44 procent och vid avslut 56 procent. För de tre program som hade påbörjats före studiens mätperiod fanns inte KASAM data sparad. De

tre programmen utgör 19 procent av de 16 fullföljda programmen, vilket endast förklarar en del av det stora bortfallet. Här väcks en nyfikenhet om vad bortfallet beror på.

Avslutningsvis kan konstateras att vi av studien kan vi dra slutsatsen att genomförbarheten av CPU är möjlig. Ovan föreslås några smärre justeringar av manualen för att ytterligare öka genomförbarheten. En eventuell mer omfattande justering handlar om behandlarnas önskemål om utvidgning av manualen med kunskap, tips och stöd kring familjearbete då det gäller oengagerade föräldrar och i familjer med stora konflikter, vilket skulle kunna bidra till att öka följsamheten än mer. Det skulle förhoppningsvis bidra till att fler ungdomar med familjer stannade kvar i behandling och en ökad förändring under programtiden.

Som framgår av rapporten var problembilden (kartläggningen av ungdomarnas droganvändning före programstart) hos flera av ungdomarna inte så problematisk som den målgrupp CPU är avsett för. Här återstår sannolikt att utveckla ett mindre omfattande program för de som bara har rökt cannabis 1-5 gånger och deras familjer.

De tre mätinstrumenten, KASAM, urinprovanalys och skalfrågor, som använts i studien visar inte på några stora förändringar hos ungdomarna under programtiden. Till stor del kan det förmodligen förklaras av att merparten hade avslutat eller minskat sitt drogintag redan vid programstart och att flera hade relativt begränsad erfarenhet av cannabisanvändning. Av det skulle man kunna reflektera över om flera av ungdomarna som ingått i studien och deras familjer har fått en mer omfattande behandling än vad det funnits behov av. Även den här erfarenheten visar på behovet av ett mindre omfattande program för de ungdomar som bara rökt cannabis 1-5 gånger och deras familjer. Samtidigt kan man reflektera över om stödinsatsen i form av CPU på sikt trots allt kan vara avgörande för vidmakthållandet av drogfrihet hos de ungdomar som enbart använt cannabis ett fåtal gånger.

Referenser

Antonovsky, A. (1991) Hälsans mysterium. Köping: Natur & Kultur.

Hansson, K. & Cederblad, M. (1995) *Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv.* Forskning om barn och familj, nr 6, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.

Patriksson, K. (2013) Kartläggning av hur mottagningar i Nationella Cannabismätverket arbetar med tidiga interventioner vid Cannabismvändning.

http://cannabishjalpen.se/sites/default/files/Rapport_Kartlaggning.pdf 2015-05-15

Turner, R. (2013) Kunskapsinventering av tidiga interventioner vid cannabismvändning. Göteborg: FoU i Väst.

Sammanställningsblankett med loggbok

Ingångs- och utgångsuppgifter samt samtalsloggbok till utvärderingen av Cannabisprogram för ungdomar.

Sociodemografiska uppgifter rörande klienten/patienten

Klient/patient nr (eget ärendenummer): _____

Födelseår och månad: _____

Kön: ☐ Man ☐ Kvinna

☐

Kommun: _____

Stadsdel: _____

Uppgiftslämnare/mottagning

Uppgiftslämnare: _____
Den behandlare som haft enskilda samtal med ungdomen

Mottagningens namn: _____

Datum för start, slut samt eventuellt avbrott av programmet

Datum för programstart: _____
åååå-mm-dd. = Datum för informationssamtalet

Datum för programmets avslut: _____
åååå-mm-dd. = Datum Avslutande familjesamtalet

Om programmet avbrutits

Programmet avbröts (åååå-mm-dd): _____

Bedöm orsak till att programmet avbröts: _____

Droginventering

Droginventeringen görs genom att intervjua ungdomen med listan nedan som intervjuguide; - **Har du någon gång i livet använt Cannabis?** Vid nej skrivs det in och du går vidare till nästa drog. Vid ja, fråga efter debutålder. Har ungdomen inte använt drogen de senaste 30 dagarna lämnas den rutan tom, har ungdomen inte använt drogen de senaste 6 månaderna lämnas den rutan också tom. Förklaring av vad som ingår under respektive preparat finns på nästa sida.

Ungdomar har sällan sett det negativa av att använda droger och kommer oftast inte "frivilligt" till våra mottagningar varför man ibland känner att man behöver skapa lite relation till ungdomen innan man gör droginventeringen. I manualen står det att droginventeringen ska göras vid 1:a enskilda samtalet med ungdomen. **Vi öppnar här upp för en valfrihet att göra droginventeringen vid 1:a, 2:a eller 3:e enskilda samtalet med ungdomen.** Efter droginventeringen nedan kommer du att få fylla i vid vilket av dessa samtal som den genomförts.

Tänk då på att det här efterfrågas **hur det såg ut de senaste 30 dagarna respektive senaste 6 månaderna innan Cannabisprogram för ungdomar startade.**

	Använt någon gång i livet Rullist: Ja eller Nej	Debut ålder Rullist: 9-18 år inkl halvår ex. 15 15,5 16 16,5	Frekvens senaste 30 dagarna Rullist: 1=Enstaka tillfälle, 2=1 dag/vecka eller mindre, 3=2-3 dagar/vecka, 4=Dagligen eller så gott som dagligen, V=Vet ej	Frekvens senaste 6 månaderna Rullist: 1=Enstaka tillfälle, 2=1 dag/vecka eller mindre, 3=2-3 dagar/vecka, 4=Dagligen eller så gott som dagligen, V=Vet ej
1. Cannabis				
2. Spice				
3. Tobak				
4. Alkohol				
5. Lösningsmedel/gaser				
6. Heroin och andra opiater				
7. Amfetamin				
8. Kokain				
9. LSD och andra hallucinogener				
10. GHB/GBL				
11. Anabola androgena steroider				
12. Smärtstillande läkemedel				

13. Dämpande läkemedel				
14. Annat preparat				

Om annat preparat, vad? _____

Förklaring till vad som ingår under varje drog/drogkategori:

1. **Cannabis** (Hasch, Marijuana, Hascholja)
2. **Spice** och syntetiska cannabinoider
3. **Tobak**
4. **Alkohol**
5. **Lösningsmedel och gaser**
6. **Heroin och andra opiater** (Heroin, Rökheroin, Opium, Metadon, Subutex, Buprenotex, Suboxone)
7. **Amfetamin** (Amfetamin, Metaamfetamin, Metamina, Concerta, Ritalin)
8. **Kokain** (kokain, Crack)
9. **LSD och andra Hallucinogener** (LSD, Meskalin, PCP, Peyote, Psilocybin, Svampar, DMT)
10. **GHB/GBL**
11. **Anabola androgena steroider**
12. **Smärtstillande läkemedel**, Narkotikaklassade (Actiq, Cocillana-Etyfin, Citodon, Citodon Forte, Depolan, Dexodon, Dexofen, Dilaudid, Distalgesic, Dolcontin, Doleron, Dolotard, Doloxene, Durogesic, Fentanyl, Ketodur, Kodein, Maxidon, Morfin, Nobligan, Norflex, Norgesic, Opidol, OxyContin, OxyNorm, Panocod, Panocod Forte, Paraflex comp, Somadril, Spasmofen, Temgesic, Tiparol, Tradolan, Tramadol, Treo comp)
13. **Dämpande läkemedel**, Narkotikaklassade (Alprazolam, Apodorm, Apozepam, Bensodiazepiner, Sedativa, Hypnotica, Diazepam, Dormicum, Fenemal, Flunitrazepam, Fluscand, Halcion, Heminevrin, Iktorivil, Imovane, Mogadon, Nitrazepam, Oxascand, Rohypnol, Sobril, Sonata, Stesolid, Stilnoct, Temesta, Triazolam, Valium, Xanor, Zopiklon)
14. **Annat preparat**. Här preparat som inte finns med i någon av kategorierna ovan

Denna droginventering genomfördes vid:

- ☐ 1:a enskilda samtalet med ungdomen
- ☐ 2:a enskilda samtalet med ungdomen
- ☐ 3:e enskilda samtalet med ungdomen

Senaste röktilfälle/drogintag under programmet

Med röktilfälle/rökt under programmet avses här rökning av cannabis eller spice.

Senaste röktilfälle av cannabis innan programstart (åååå-mm-dd): _____

Rökt cannabis under programmet: ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, antal gånger: _____

Tagit andra droger under programmet: ☐ Ja ☐ Nej

Druckit alkohol under programmet:

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, antal tillfällen med högkonsumtion (att vid ett och samma tillfälle druckit; sex burkar folköl eller fyra stora burkar starköl/starkcider/alkoläsk eller en helflaska vin eller 25 cl sprit): _____

KASAM

	Start av program	Avslut av program
TOTAL		
BEGRIPLIGHET		
HANTERBARHET		
MENINGSFULLHET		

Urinprov

	Start av program	Avslut av program
URINPROV (NEGATIVT=0/ POSITIVT=1)		

Ungdomens skalfrågor

Start av programmet:

Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls viktigt									Jätte viktigt

Hur säker är du på att du kommer klara att avhålla dig från cannabis?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls säker									Mycket säker

Hur nöjd är du med relationen till dina föräldrar?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls nöjd									Mycket nöjd

Vid avslut av programmet:

Just nu, hur viktigt är det för dig att avhålla dig från cannabis?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls viktigt									Jätte viktigt

Hur säker är du på att du kommer klara att avhålla dig från cannabis?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls säker									Mycket säker

Hur nöjd är du med relationen till dina föräldrar?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls nöjd									Mycket nöjd

Loggbok för programmets genomförande

Ni ingår i denna studie för att hjälpa oss att ta reda på om *Cannabisprogram för ungdomar* fungerar i praktiken.

Först kommer ett par frågor om vilka som var närvarande på Informationssamtalet.

Därefter vill vi få en bild av följsamheten i samtalens innehåll.

Samtalen innehåller olika många punkter och vi är medvetna om att alla punkter förmodligen inte kommer att hinnas med på alla samtal. Vi är intresserade av att få reda på om det vid något/några samtal är så att många punkter inte hinns med och om det dessutom vid era inrapporteringar visar sig vara samma samtal. För i så fall behöver vi fundera på om det/de samtalen kanske behöver justeras = antal punkter behöver minskas. Det här är alltså inte fråga om "betygssättning" på hur väl ni följer alla punkter. Utan en hjälp för oss så att vi, om behov finns, kan gå in och göra justeringar så att programmet blir så bra som möjligt i det praktiska arbetet för er och naturligtvis för ungdomen och föräldrarna.

Vilka av följande var närvarande vid informationssamtalet?:

- | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Mamma | ☐ Pappa | ☐ Styvmamma | ☐ Styvpappa |
| ☐ Syskon | ☐ Annan anhörig | ☐ Remittent | ☐ Annan person |

Om annan person, vem? _____

Om remittent är denne från?:

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Socialtjänst | ☐ Skolan | ☐ Sjukvård | ☐ Polis | ☐ Annan |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Om annan, från vilken myndighet eller organisation? _____

Följsamhet i samtalens innehåll

Nedan presenteras innehållet i alla 12 samtal.

Vi ber er här bedöma i vilken mån detta innehåll ingått i programmet för den här ungdomen.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalen.

Har samtalet inte genomförts alls under programmet kryssar ni för det.

(Vecka 1)

Informationssamtal med ungdom, föräldrar alternativt annan anhörig samt eventuell remitent.

- Behandlarna presenterar sig och mottagningen, inklusive sekretess och anmälningsplikt.
- Behandlarna talar om ungefär hur länge samtalet kommer att pågå och vilka saker som kommer att tas upp.
- Frågar var och en hur de upplever det att vara där.

- Behandlarna berättar vad de har fått för förhandsinformation.
- Frågar var och en vad de tänker ska uppnås av kontakten.
- Fråga ungdomen hur mycket cannabis den har rökt.
- Berättar om upplägget av *En metod för tidig intervention vid cannabisanvändning*. Beskriv hur betydelsefullt det är för att det ska fungera att du är drogfri under den tid som programmet pågår, vilket även inkluderar att du inte får dricka alkohol. Fråga ungdom och föräldrar vad de tycker om det upplägget. Var tydlig med att behandlaren måste ha en öppenhet gentemot föräldrarna när det gäller droger.
- Presentera THC-haschkurvan och de tre faserna.
- Beskriv abstinenssymtom.
- Helgplanering.
- Utrymme lämnas för ämnen som ungdomen och/eller föräldrarna känner är angelägna här och nu.
- Ungdom respektive förälder får reda på vem som blir respektives behandlare.
- Urinprov.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Enskilt samtal med ungdomen.

- Hur det varit sedan vi sågs sist.
- Samtala om hur det känns för den unge att föräldrarna har fått reda på att han/hon rökt cannabis, viktigt med bra bemötande i den kris det ofta innebär för ungdomen. Fråga ungdomen hur mycket cannabis den har rökt.
- Gör KASAM (och SCL90) på de som använt lite mer och/eller är lite äldre.
- Göra drogkartläggning med tidsaxel.
- Be ungdomen beskriva varför den röker/har rökt cannabis.
- Utforskar om och i så fall hur pass beredd ungdomen är till att sluta med cannabis med frågor om vad som är positivt respektive negativt med att röka cannabis. Beroende på hur nära eller långt ifrån beslutsporten ungdomen befinner sig matchar man med MI på rätt nivå. Samtalet bygger på att utforska – tillföra information, vilket man då gör genom att säga "jag vet lite mer om det här, vill du att jag berättar?" – utforska.
- Skallfrågor. Hur viktigt är det för dig att sluta med cannabis på en skala från 1-10? Hur stor tilltro till dig själv att du kommer att klara det?
- Utforska vad ungdomen tänker behövs för att kunna sluta. Vad börja med? Hur kan det gå till?
- Dela ut Haschguiden (Lundqvist, T.) till de som rökte mer regelbundet att ta med hem och läsa och då framförallt informationsdelarna.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10

Inte alls

Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

(Vecka 2)

Enskilt samtal med ungdomen.

- Om det finns frågor som dykt upp sedan sist.
- Återkoppla KASAM och SCL90.
- Återkoppla urinprovssvar.
- Gå igenom de 7 kognitiva punkterna.
- Förklara akut och kronisk intoxikation av THC.
- Gör nätverkskarta. Vilka kan utgöra risk för fortsatt drogfrihet, vilka kan vara ett stöd för fortsatt drogfrihet?
- Helgplanering.
- Förbered familjesamtal nästa vecka genom att fråga ungdomen om vad som känns viktigt för honom/henne att ta upp. Kolla om ungdomen vill ha behandlarens stöd i detta på familjesamtalet.
- Urinprov.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 **10**

Inte alls **Fullt ut**

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Föräldrasamtal

- Om det finns frågor som dykt upp sedan sist.
- Återkoppla urinprovssvar.
- Samtala om hur det känns för föräldrarna att de upptäckt att deras ungdom rökt cannabis. Viktigt att ge ett gott bemötande och omhändertagande utifrån den kris de befinner sig i och ofta uppfylls av.
- Be föräldrarna ge sin bild av sin ungdoms droganvändning, hur han/hon fungerar hemma, i skolan och tillsammans med kompisar. Den bilden bidrar till behandlarnas samlade kartläggning/ riskbedömning.
- Öka föräldrarnas förmåga att kommunicera utan att hamna i konflikt. Diskutera gräns- och maktförskjutning och hur föräldrarna ska kunna återta föräldramakten och gränssättning.
- Tillfälle för föräldrarna att ställa frågor.
- Ge föräldrarna *Haschguiden* (Lundqvist, T.) och *Om Cannabis och Påverkan* (Lundqvist, T. 2013) för mer information om cannabis.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 **10**

Inte alls

Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

(Vecka 3)

Enskilt samtal med ungdomen

- Be ungdomen beskriva sitt psykiska mående genom att fråga om självkänsla och självbild, hur han/hon sover, om det händer att han/hon känner sig orolig, när?, hur ofta?, hur är det med huvudvärk? med mera. Viktigt när man pratar om detta att använda ord som alla ungdomar förstår.
- Vad känner du till om hur känslorna påverkas av cannabis? Erbjud att berätta mer, såsom hur det är under rus samt under de tre faserna.
- Helgplanering.
- Förbered familjesamtal på samma sätt som i vecka två.
- Urinprov.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1

10

Inte alls

Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Familjesamtal med båda behandlarna.

- Frågor som uppkommit sedan sist.
- Återkoppla urinprovssvar.
- Utforska ungdomens och föräldrarnas bild av den unges cannabisanvändning. Om bilden skiljer sig åt, prata med dem om vad det gör med dem.
- Fråga ungdomen vad han/hon känner till om cannabis.
- Fråga föräldrarna vad de känner till om cannabis.
- Berätta att vi kan lite mer, fråga om vi får dela med oss av den kunskapen samt förmedla den, det vill säga mer fakta om cannabis.
- Samtal om hur de hanterar regler i familjen.
- Helgplanering.
- Föräldrarna får med sig Haschguiden hem för att få mer kunskap om cannabis.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1

10

Inte alls

Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Vecka 4

Enskilt samtal med ungdomen

- Ta fram nätverkskartan som gjordes vecka två. Ringa in kompisar som använder droger. Utforska med ungdomen om de drogande kompisarna blir ett problem för ungdomen. För ett samtal kring detta, ex är det någon/några av dem som också funderat på att sluta.
- Risksituationer och hantering av dessa.
- Helgplanering.
- Förebred familjesamtal på samma sätt som i vecka två.
- Urinprov.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Familjesamtal med båda behandlarna

- Frågor som uppkommit sedan sist.
- Återkoppla urinprovssvar från veckan innan.
- Lyft fram eventuell punkt som ungdomen vill ha behandlarens hjälp att lyfta under samtalet.
- Samtala om hur cannabis påverkar utvecklingen under tonåren, fysiskt, psykiskt och socialt.
- Presentera bilder på hjärnan med och utan THC.
- Beskriv hur belöningssystemet fungerar.
- Samtal om regler.
- Samtal kring tillit och misstro. Har något förändrats sedan samtalen inleddes.
- Samtal om hur relationerna i familjen förändras tonårsutvecklingen och hur de för deras del också förändrats då cannabis kom in i bilden.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

(Vecka 5)

Enskilt samtal med ungdomen

- Hur har det varit sedan sist? Hur har det gått att hålla sig ifrån droger?
- Återkoppla urinprovssvar.

- Gör KASAM (och SCL90) med dem där det gjordes i början av programmet.
- Samtal om fritiden. Är den bra som den är. Ska något förändras. Finns det önskemål/drömmar om saker ungdomen skulle vilja göra.
- Diskutera risksituationer och utforska ungdomens förmåga att hitta lösningar för att undvika dem. Om ungdomen har svårt att hitta lösningar fråga om du som behandlare får komma med förslag.
- Framtidsvisualisering; Vad gör du om X år?
- Är ungdomen tillsammans med någon? / Har ungdomen en partner? (Här gäller det att vara normkritisk). Vet den om att ungdomen rökt cannabis? Varför inte, hur har ungdomen tänkt? Om ja, hur reagerade den. Använder den personen droger? Med mera.
- Urinprov.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Föräldrasamtal

- Frågor som kommit upp sedan sist.
- Återkoppla urinprovssvar.
- På vilket sätt kan föräldrarna stötta ungdomen med en social nyorientering som exempel; att inte längre umgås med kompisar som använder droger, eventuell hitta en fritidssysselsättning eller dylikt.
- Samtal kring tillit och misstro. Var befinner sig föräldrarna när det gäller i detta idag?
- Förbered föräldrarna på det avslutande familjesamtalet, exempelvis att de då ska beskriva skillnader och förändringar de sett/märkt när det gäller den unge.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

(Vecka 6)

Enskilt samtal med ungdomen

- Återkoppla resultat från KASAM och SCL90.
- Återkoppla urinprovssvar så att ungdomen vet inför det avslutande familjesamtalet, extra viktigt om sista provet visat positivt på THC.
- Förbered det avslutande familjesamtalet nästa vecka. Dels de obligatoriska inslagen men också fråga ungdomen om det är något speciellt som han/hon vill ta upp och vill denna ha behandlarens hjälp med det? Något ungdomen inte vill att behandlaren tar upp (som inte handlar om droger).

- Fråga om det finns det någon speciell person som ungdomen vill bjuda in till det avslutande familjesamtalet.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Avslutande familjesamtal

- Återkoppla urinprovssvar.
- Sammanfatta erfarenheterna av cannabisrökningen och programmet.
- Plus och minus med att inte röka både från ungdomen och föräldrarna (under förutsättning att ungdomen har slutat).
- Vad krävs för att bibehålla drogfriheten.
- Individuell bedömning görs kring om ungdomen och familjen är i behov av vidare insatser på mottagningen eller hos annan vårdgivare.
- Utifrån den individuella bedömningen upprättas en handlingsplan tillsammans med familjen om vad som ska ske efter programmet.
- Bokning av uppföljningsträff om 3-4 månader.
- Ge ungdomen diplom.

Bedöm på en skala från 1 till 10, där 1 är inte alls och 10 är att allt har ingått i samtalet.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1									10
Inte alls									Fullt ut

☐ Detta samtal har inte genomförts alls under programmet

Guide som hjälp i ert deltagande i utvärderingen av Cannabisprogram för ungdomar

Mätperiod och inrapportering:

- **Mätperioden startar den 1 mars 2014.**
Det innebär att alla *Cannabisprogram för ungdomar* som ni startar på era mottagningar från och med 1 mars ska ingå i utvärderingen.
- **Program som påbörjas senast 1 augusti 2014 kommer att ingå i utvärderingen.**
- **Mätperioden kommer att pågå till den 15 september 2014, då alla startade, ev avbrutna och avslutade program ska vara inmatade av er i webbenkäten.**
- Viktigt att ni **också rapporterar in avbrutna program**. Är det väldigt många program som avbryts får vi fundera på om det kan bero på programmets upplägg.

Att tänka på/göra under behandlingens gång:

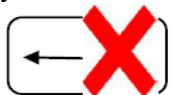
- Skriv ut ett exemplar av **Sammanställningsblankett med loggbok** för varje ungdom med familj som påbörjar *Cannabisprogram för ungdomar* och förvara det i ungdomens journal.
- **Efter varje genomfört samtal fyller ni i er bedömning** av i vilken utsträckning de punkter som finns i manualen har ingått eller i samtalet eller ej i Loggboken (bakre delen av *Sammanställningsblankett med loggbok*).
- **Viktigt att också fylla i om samtalet ej har blivit av.** Skulle det till exempel vara väldigt många avbrutna program så får vi ju fundera på om det beror på programmet.
- **Droginventeringen görs genom att intervjua ungdomen.** Ha med *Sammanställningsblankett med loggbok* i rummet och fråga om varje drog som finns med i listan på sidan 2. På sidan 3 finner ni **förklaring till vad som ingår under varje drog/drogekategori**.
- **Skalfrågorna till ungdomarna finns även som ett separat dokument.** Detta för att det ska vara enklare för er att låta ungdomen själv fylla i skalfrågorna. Ni väljer själva om ni använder dessa separata och låter ungdomen fylla i eller om ni muntligen ställer skalfrågorna och själva fyller i i *Sammanställningsblankett med loggbok*.

Det kommer säkert att dyka upp fler frågor för er som jag inte har tänkt på. Ring eller maila mig då!!! Med hjälp av era frågor kan jag uppdatera denna guide till att blir mer komplett och maila ut till alla.

Att tänka på/Tips när du matar in från sammanställningsblanketten i webbenkäten

- **Använd aldrig Backstegs-tangenten för att backa till föregående fråga!!!!!!**

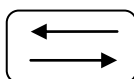
Då åker du ur systemet. Du får i stället ställa dig i den ruta där du vill fylla i eller ändra tidigare inmatning. Självklart kan du använda Backstegs-t. för att sudda ut inne i ett fält.



- **Då du ska mata in droginventeringen** kan det kännas som många fält att fylla i då du även om ungdomen svarat nej måste fylla i Ej relevant på: debutålder, senaste 30 dagarna och senaste 6 månaderna. OBS Ej relevant står ej med som alternativ i sammanställningsblanketten, men ska användas då ungdomen ej har använt drogen i fråga.

Här ett litet tips som gör att det går lite fortare för dig:

Du kan **använda Tab-tangenten**:



Har ungdomen inte använt drogen i fråga väljer du nej, klickar på Tab tangenten och skriver bara in ett e så kommer **Ej relevant upp** automatisk på debutålder, klicka Tab tangenten och e så kommer Ej relevant upp automatiskt på Frekvens senaste 30 dagarna, osv. Har ungdomen inte använt nästa drog skriver du n så kommer **Nej** upp automatiskt, klicka på Tab skriv e, klicka Tab skriv e osv.

Har ungdomen använt nästa drog du kommer till skriver du j så kommer **Ja** upp automatiskt på använt någon gång in livet, klicka på Tab tangenten och skriv in skriv in ex 15, 15,5, 16 på debutålder, klickar på Tab tangenten och skriver in frekvenskoden som är aktuell för den ungdomen ex 3 (=2-3 dagar/vecka, Frekvenskoderna ser du högst upp i droginventeringslistan i sammanställningsblanketten) osv.

- Även vid **Urinprov** kan du använda Tab tangenten och skriva 0 för negativt och **1** för positivt i rullistan
- Vid **Ungdomens skalfrågor och Följsamhet i samtalens innehåll** finns också rullister. Även där kan du använda Tab tangenten och skriva den siffra som ska föras in.
- Har testat och fyllt i webbenkäten flera gånger och tycker att det går mycket snabbare att jobba med Tab tangenten och att skriva in j eller n eller siffra/ror eller e än att använda musen och klicka. Krånglar det för er får ni jätte gärna ringa så försöker jag guida er telefonledes. Mitt tel. nr. finns längst ned på sidan.

Tänk på att **ingenting sparats innan du kommit till slutet av webbenkäten och tryckt på submit**. Fram till dess kan du backa i webbenkäten och göra ändringar. När du väl tryckt på submit knappen så rapporteras webbenkäten in i systemet och du kommer inte längre åt den.

Kontaktuppgifter: karin.patriksson@socialresurs.goteborg.se eller Tel. 031-367 91 09

