



Foto: Scampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Cannabis er det hyppigst brukte illegale rusmiddelet.

Hensikt: Målsettingen med denne artikkelen er å beskrive en kursmetode for cannabis røykeavvenning og presentere resultater fra en etterundersøkelse blant tidligere kursdeltakere.

Metode: En prospektiv en-gruppe oppfølgingsstudie ved bruk av telefonintervju. I Kristiansand arrangeres det gruppebaserte røykeavvenningskurs for kroniske cannabisbrukere i alderen 18–30

år, ledet av blant annet helsesøstre i kommunen. Utvelgelse av deltakere til gruppene ble basert på intervju med aktuelle søkere for å kartlegge motivasjon for cannabisavvenning. Kursmetoden beskrives i detalj, slik at artikkelen kan benyttes som et utgangspunkt for andre kommuner. For å kvalitetssikre metoden ble det gjort telefonintervju av deltakerne cirka 12 måneder etter fullført kurs. Primært endepunkt var cannabisbruk.

Resultater: Det ble i alt gjennomført ni kurs med totalt 50 deltakere. Av

de 33 (22 menn og 11 kvinner) som gjennomførte alle åtte kursuker hadde 26 (78 prosent) kuttet ut cannabisbruken. Av de 26 som var cannabisfri ved kurslutt, fikk vi tak i 16 til oppfølgingsintervju. Tolv av 26 (45 prosent) oppga å være helt cannabisfri ved oppfølgingen etter 12 måneder.

Konklusjon: Gruppebaserte cannabisavvenningskurs vurderes å fungere godt i kommunal regi. Det vurderes som viktig å evaluere egen klinisk praksis slik det blir rapportert fra virksomheten i Kristiansand kommune.

ENGLISH SUMMARY

Background: Cannabis is the most commonly used illicit drug.

Purpose: This paper aims to describe a cannabis-cessation model and present results from a follow-up study.

Methods: A prospective one-group study based on interviews by phone. Kristiansand municipality annually organizes group-based cessation courses for cannabis-dependent individuals. Participants were selected for group participation based on interviews. Course methods are described in detail, as a way to disseminate these methods for adop-

tion by other cities who wish to start similar courses. Community nurses contribute with important preventive healthcare through these courses. A follow-up study consisted of telephone-based semi-structured interviews approximately 12 months after the course completion. Of 26 cannabis-free course completers, 16 participants were interviewed at follow-up.

Results: Nine group-based courses with a total of 50 participants have been performed. Twelve out of 26 (45 %) who were cannabis free at the end of course were not using cannabis at the one-year follow-up. Six of the 12

did not report any relapse to cannabis use during follow-up. Engaging in drug-free networks was important for those who remained long-term abstinent.

Conclusion: Group-based cannabis cessation courses are considered feasible within a local municipality. A large proportion of course participants remained drug free at follow-up. Follow-up studies to evaluate clinical practice are considered important.

Keywords: Drug Abuse, Cannabis, Abstinence, Preventive Health Care.

>> Kurs i røykeavvenning for cannabisbrukere – en oppfølgingsstudie

Forfattere: Anne-Randi Hanssen, Geir Ropstad, Øistein Kristensen, Thomas Clausen

NØKKELORD

- Røyking
- Rusmiddel
- Kurs
- Ungdom

Cannabis er det hyppigst brukte illegale rusmiddel både i Norge og resten av verden (1,2). Cannabis er en fellesbetegnelse for produkter fra planten cannabis sativa. Disse foreligger i tre forskjellige former, marihuana, hasj og hasjolie. Mest brukt i Norge er hasj. Den aktive neurotoksiske komponenten i cannabis er tetrahydrocannabinol (THC). Gjennom foredling av

plantene har man i løpet av de siste årene sett økt THC-konsentrasjon fra 3–6 prosent til 16–25 prosent (3). Røyking dominerer som inntaksmåte. Blant norsk ungdom mellom 15 og 20 år har 6 prosent brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder (1). Undersøkelsen av rusvaner blant tiendeklassinger fra Kristiansand-skolene i 2010 viste at 10 prosent hadde prøvd cannabis. Debutalderen for disse var 14 år (4). De som hadde brukt cannabis hadde tidligere erfaring med nikotin og alkohol.

De fleste som har prøvd cannabis slutter med cannabisrøykingen av seg selv etter en eller noen få gangers bruk. På den annen side vil 20–25 prosent av de som har forsøkt cannabis fortsette som brukere med risiko

for å utvikle avhengighetsproblemer og komplikasjoner (tabell 1). Hos mange unge kroniske brukere sees ofte sosiale komplikasjoner som frafall fra skolegang og konsekvenser som begrenser deltakelse i normalt arbeidsliv og sosiale aktiviteter (5-7).

Det finnes mye dokumentasjon om epidemiologi, biologiske effekter, komplikasjoner og medisinsk anvendelse av cannabis, men det finnes forholdsvis lite kunnskap om behandling av

TABELL 1: Oversikt over dokumenterte effekter av cannabisbruk (modifisert etter Ramström 1999 [32])

Virkning	Abstinenssymptomer	Komplikasjoner
- Oppstemthet	- Søvnproblem	- Angsttilstander
- Økt matlyst	- Ubehagelige drømmer	- Flashbacks
- Røde øyne	- Rastløshet	- Amotivasjons -syndrom
- Munntørrhet	- Angst	- Svekkede kognitive funksjoner
- Rask puls	- Irritabilitet	- Psykoser
- Passivitet	- Sinne (følelse)	- Hypomani
- Koordinasjonsforstyrrelser	- Aggresjon (atferd)	- Luftveissykdommer
- Angst	- Diaré	- Redusert sædkvalitet
- Spontan latter	- Kvalme	- Menstruasjonsforstyrrelser
	- Muskelsmerter	- Cancer
	- Dårlig matlyst	- Trafikkskader
	- Sug etter cannabis	

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at et røykeavvenningskurs for cannabisbrukere mellom 18 og 30 år ble opplevd av deltakerne som nyttig.

Mer om forfatterne:

Anne-Randi Hanssen er helse-søster og ansatt ved Samfunnsmedisinsk enhet, Kristiansand kommune. Geir Ropstad er konsulent ansatt ved Samfunnsmedisinsk enhet, Kristiansand kommune. Øistein Kristensen er overlege og forskningsleder ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Thomas Clausen, professor dr.med. ved Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Kontakt: oistein.kristensen@ssshf.no.

cannabisavhengighet. I en svensk kunnskapsoppsummering fra 2001 fant man bare sju randomiserte studier som omhandlet behandlingseffekt. En senere Cochrane-oversikt kunne heller ikke påvise sikker effekt av noen psykososial behandling ved cannabismisbruk (8, 9). Behandlingsmetodene som er beskrevet i litteraturen inkluderer; kognitiv atferdsterapi (10), motiverende intervju (11), læringsbasert rusbehandling (CM) (12), familierapi (13) og det manualbaserte svenske hasj-avvenningprogrammet (HAP) til Thomas Lundqvist (14).

Sverige er et av landene som er kommet lengst i systematisk håndtering av cannabisavhengige og det finnes et behandlingstilbud i de fleste kommuner i Sør-Sverige. Lundqvists program var ikke med i Cochrane-oversikten. Det foreligger en oppfølgingsstudie av dette programmet fra Maria Ungdom i Stockholm (15).

Ved skolene i Kristiansand erfarte man en økning i problemer knyttet til cannabisbruk tidlig på 2000-tallet (16). En tverrfaglig gruppe fra kommunen og fylkeskommunen utarbeidet derfor et tilbud til dem som ønsket å slutte med røykingen og som trengte oppfølging for å klare seg gjennom

I Kristiansand har man satset på cannabis røykeavvenningskurs for unge voksne fra 2005. Målsettingen er å forebygge og redusere skadevirkninger av kronisk cannabismisbruk gjennom røykestopp.

Målet med denne artikkelen er å gi en beskrivelse av cannabisrøykeavvenningskursene slik de er blitt utviklet og praktisert i Kristiansand. I tillegg gjøres det rede for resultatene av oppfølgingsundersøkelsen.

METODE

Kursinnhold

Kurset baserer seg på metodikk utviklet av Thomas Lundqvist ved Rådgivingsbyrået i Lund, Sverige (17), samt på egne erfaringer og annen aktuell forskning på området (18-21). Kursperioden strekker seg over like lang tid som abstinensperioden (åtte uker). Kurset inneholder en medisinsk, en psykologisk og en sosial fase der ulike temaer styrer oppmerksomheten og hjelper deltakerne til å legge merke til forandringer, fundere over skiftninger i de ulike faser og etter hvert kjenne disse igjen. Kurset går ut på å hjelpe cannabisrøykeren med å reorganisere det tankemønsteret som ble utviklet under misbrukstiden og øke hans eller hennes sosiale og psykologiske mestringsevne.

avspenningsøvelser, massasje (23,24) og akupunktur (25-28).

Hvert halvår arrangeres gruppebaserte kurs med fire til åtte deltakere per gang. Kurset går over åtte uker. Man møtes på ettermiddagen (tre ettermiddager første uke, så to ettermiddager de neste seks og en ettermiddag den siste uken). En kurskveld varer to timer. (Se faktaboks 1 for program en kurskveld). Både kjønnsblandede grupper og rene mannsgupper er prøvd ut. Initialt var alderskriteriene for deltakere 18 til 25 år, men fra kurs fem inkluderte man deltakere opp til 30 år.

Målgruppen er kroniske cannabisbrukere (dagligrøykere/røyker flere ganger per uke) som er motivert for å slutte med cannabis. Kursdeltakerne henvises fra skolehelsetjenesten, samt fra helse- og sosialtjenesten på første og andre linjenivå. Mange ungdommer henvender seg også direkte selv. Inklusjon til gruppene bestemmes etter et til tre intervjuer hvor motivasjon avklares. I tillegg blir rushistorie (cannabis skal være hovedproblem), psykisk helse, kriminalitet, nettverk, skole/ jobb, interesser, ressurser og så videre, kartlagt før kursstart.

Målsettingen med kartleggingen er å sette sammen en noenlunde homogen gruppe. Erfaringen er at sprik i alder, erfaring og modenhet ikke bør være for stort. Deltakere med mye tilleggsmissbruk er heller ikke egnet for dette opplegget. Det vurderes også som ugunstig å inkludere personer med alvorlig psykopatologi eller stor kriminell belastning i gruppene.

Som en del av forberedelsene gjennomføres det intervjuer og man informerer om hva det innebærer å få plass på et slikt

” 12 av 16 oppga å være cannabisfrie ved oppfølgingen og hadde vært det den siste måneden.

abstinensperiodene. Tiltaket ble forankret i Samfunnsmedisinsk enhet, med ansvar for ungdomshelsetjenesten i kommunen. Modellen for kurset som tilbys er i hovedsak basert på prinsippene som benyttes i Sverige (15).

Kurset fokuserer på hvordan cannabis innvirker på evnen til å løse hverdagslige problemer, og på den abstinensperioden som er spesifikk for cannabis (22). Man forsøker å dempe abstinensplagene gjennom blant annet

kurs. Man understreker tydelig at deltakerne er med på frivillig basis, at dette ikke er en formell behandling, men et kurs som går over en begrenset tidsperiode. Fra kurs åtte ble det innført kontraktsskriving. De som da fikk tilbud om kursplass måtte sette sluttdato for cannabisbruk innen oppstart. Dette ble gjort ut fra erfaringer fra tidligere kurs og for å kunne følge deltakerne gjennom de ulike fasene av abstinenssymptomer slik kurset var lagt opp til.

Gruppelederne blir rekruttert fra ulike enheter i kommunen og fylkeskommunen. Skolehelsetjenesten i videregående skole er sentral i arbeidet. Helsesøstre og psykiatriske sykepleiere er viktige bidragsyttere. Det er tre gruppeledere per kurs. En av kommunens målsettinger med arbeidet er å øke kunnskapen om cannabis og tilbudet om røykeavvenningskurs til flest mulig av kommunens ansatte. I tillegg til å bringe kunnskap tilbake til egen arbeidsplass gir deltakelse i dette arbeidet en unik kjennskap til andre som jobber med ungdom og rus i ulike hjelpetilbud i kommunen. Terskelen for å ta kontakt med andre kolleger blir derfor lavere. For å være gruppeleder kreves

det at man jobber/har erfaring med ungdom, har gjennomgått opplæring om cannabisavvenning, samt har engasjement og entusiasme.

Oppfølgingsundersøkelse

For å kvalitetssikre nytten av cannabisrøkeavvenningskursene ble det i 2009/2010 gjennomført en etterundersøkelse blant tidligere kursdeltakere. Denne fant sted gjennomsnittlig ett år (6–24 måneder) etter kursslutt. Rekrutteringsgrunnlaget var blant de 26 som var cannabisfrie etter fullført kurs. Seksten ga samtykke til deltakelse. Designet besto i et telefonintervju av cirka 10–15 minutters varighet som ble gjennomført av en av de kursansvarlige. Man brukte en kvantitativ intervjuguide med svaralternativ som inneholdt spørsmål om cannabisbruk, bruk av andre rusmidler og kriminalitet, arbeid/skole, trygd, bolig og nettverk. Opplysninger om opplevd nytteverdi og forbedringsmuligheter for kursene ble også innsamlet, basert på åpne spørsmål. Det primære endepunkt var cannabisbruk de siste 30 dager før oppfølgings-tidspunktet og cannabisbruk i hele perioden mellom avsluttet kurs og oppfølgingstidspunktet,

samt omstendigheter omkring eventuelle tilbakefall.

Statistikk og analyse

Statistiske analyser og signifikanstesting ble ikke gjennomført på grunn av lavt antall observasjoner. Gruppegjennomsnitt er presentert med mean, range og standard avvik.

RESULTAT

Gjennomføringsdelen

Fra 2005 til 2009 ble det gjennomført ni kurs, et hvert halvår. Til hvert kurs var det 15–20 henvendelser for deltakelse. Etter intervjurundene rekrutterte man en gruppe på tre til åtte aktuelle deltakere. Blant dem som ikke ble vurdert som aktuelle kandidater til de gruppebaserte kursene, fikk noen tilbud om individuelt program (de som ikke egnet seg til grupper). Andre ble henvist til spesialisthelsetjenesten (de som hadde alvorlige psykiske tilleggspilger eller rusmisbruk dominert av andre stoffer). I tillegg avdekket man gjennom intervjurundene at enkelte ikke var tilstrekkelig motivert for å slutte med cannabis. Disse ble oppfordret til å ta kontakt igjen når de var mer klare for å slutte. Av de 33 (22 menn og 11 kvinner) av 50 som fullførte kursene var 26 (78 prosent) cannabisfrie ved kursslutt. Manglende motivasjon, flytting eller fengselsopphold var årsaker til at noen avbrøt kurset underveis. Resultatene for øvrig fremgår av tabell 2.

Oppfølgingsundersøkelsen

Av totalt 26 cannabisfrie ved kursavslutning klarte man å intervju 16, gjennomsnittlig 12 måneder etter avsluttet kurs. Av disse var 13 menn, og gjennomsnittsalderen var 24 år. De to yngste bodde sammen med

FAKTABOKS 1: Eksempel på program en kurskveld

- Velkommen med mat og drikke
 - Akupunktur av utdannet sykepleier og akupunktør
 - Runde --- Hvordan har du hatt det siden sist? (Gruppeleders oppgave er å se til at alle blir sett og får si det de har på hjertet). Hva har vært utfordringene? Hva har vært bra?
 - Tema --- Hver kveld har vi forberedt oss på et tema, f. eks søvnproblemer, sinne, kosthold, følelser, tanker om framtiden, identitet, alkohol, seksualitet osv. Manual følges. Tema presenteres og det blir en diskusjon rundt dette.
 - Avspenningsøvelser, andre øvelser
 - Runde --- Hvordan klare seg best til neste gang vi møtes? Diskusjon av aktuelle teknikker/strategier. Vi må være konkrete og repetere, skrive ned og følge opp spørsmålsstillinger neste gang. Hva gikk bra? Hva var utfordrende osv?
 - Oppsummering/avslutning
-

mor, ellers bodde deltakerne typisk i leiet bolig. Fjorten av 16 var i regelmessig jobb eller studieaktivitet og de aller fleste drev med fritidsaktiviteter som musikk, teater eller trening. Tre mottok trygdeytelser (rehabiliteringspenger eller sosialstønning). Elleve oppga flere rusfrie venner ved oppfølgingen enn før kurset, mens de som fortsatt røkte cannabis hadde lite rusfritt nettverk utenom familiemedlemmer. Fjorten oppga at de hadde minst en alliert; venn, kjæreste eller familiemedlem som støttet dem i arbeidet for å holde seg rusfrie.

Cannabisbruk

12 av 16 oppga å være cannabisfrie ved oppfølgingen og hadde vært det den siste måneden (tabell 2). To var fortsatt dagligrøykere, mens to hadde et mer sporadisk forbruk. Alle disse fire oppga å ha et mer bevisst forhold til sitt cannabisforbruk nå og en viss kontroll med forbru-

ket. Seks var helt uten «sprekk» ved oppfølgingen som var fra seks måneder til to år etter kurset, mens de andre seks som var rusfrie hadde hatt en eller noen få episodiske tilbakefall. Tilbakefall kom nokså raskt etter kursslutt for de fleste som sprakk; cirka en måned etter kurset. En sprekk kunne være en enkeltepisode eller en periode over noen uker. De som brukte cannabis ved oppfølging hadde hatt en rusfri periode etter kurset, men valgte så å begynne med cannabis igjen. Manglende rusfrie nettverk, «gamle rusvenner», ensomhet, stress, angst, ønske om «å kose seg», samt tilfeldigheter ble oppgitt som årsaker til at man sprakk og mer varige tilbakefall til cannabis. To oppga at alkoholinntak hadde hatt en medvirkende årsak til tilbakefallet.

Andre rusmidler

Elleve av 16 oppga alkoholinn-

tak månedlig eller hyppigere og fire oppga ukentlig inntak av alkohol. De fleste oppga at de i en periode rett etter kurset og i cannabisfrie perioder hadde hatt større alkoholinntak enn ellers. I hovedsak var det lite bruk av andre rusmidler enn alkohol og cannabis, men to rapporterte sporadisk bruk av amfetamin og benzodiazepiner. En brukte sove- medisiner ved oppfølgingen. Det ble rapportert om lite eller ingen kriminalitet i oppfølgingstiden.

Kursets nytteverdi

Alle deltakerne i etterundersøkelsen opplevde kurset som nyttig og 14 av 16 var fortsatt motivert for å holde seg rusfrie. Viktige årsaker til vellykket kurs ble oppgitt som støtte og samhold i gruppen, gode kursledere, mye humor og god stemning og at kurslederne ikke var moraliserende. En som fortsatt brukte cannabis daglig hadde søkt seg inn til institusjonsbehandling i spesialisthelsetjenesten for sitt rusproblem. To temaer dominerte forbedringsforslagene; mer oppfølging etter kurset og kurs over en lengre periode enn de åtte ukene. Enkelte har beskrevet et tomrom etter kurset og mange hadde behov for individuell oppfølging i en eller annen form etter kursslutt.

DISKUSJON

I norsk sammenheng representerer de som arrangerer kurstilbudet og satsingen på cannabisavvenning i Kristiansand et foregangsmiljø. Tilbudet er mer langsiktig og satser mer systematisk på cannabisavvenning over tid enn andre miljøer i Norge. Modellen for cannabisavvenningskurs som presenteres her bør kunne la seg overføre til mange andre kommuner i Norge.

TABELL 2: Oversikt over arrangerte kurs, antall deltagere ved kurs- start og slutt, samt resultat for oppnådd cannabisfrihet (n).

Kurs	Startet	Fullført	Cannabisfri	Oppfølging	Rusfrihet
1	6	5	1	x	x
2	6	4	3	x	x
3	6	3	3	1	0
4	8	3	3	1	1
5	4	4	4	3	2
6	6	3	3	2	2
7	5	2	2	2	2
8	6	6	4	4	3
9	3	3	3	3	2
Sum	50	33	26	16	12

Rusfrihet; refererer til antall som var helt cannabisfri ved oppfølgingen (gjennomsnittlig 12 måneder (variasjon 6–24 måneder))

Cannabisfri; refererer til de som har sluttet med cannabis til kursstart eller i løpet av kurset.

Oppfølging; refererer til det antall som man klarte å få kontakt med for å gjennomføre telefonintervju

x- ble av praktiske årsaker ikke inkludert i oppfølgingsstudien.

I Kristiansand er det ansett som viktig å rekruttere gruppeledere fra forskjellige enheter slik at flere får et eierforhold og kjennskap til kursene. Det er tidkrevende å arrangere slike kurs og det er bra at flere drar lasset sammen. Det tverrfaglige arbeidet inkluderer deltakelse fra helsesøstre og sykepleiere, i tillegg til lærere, miljøarbeidere, barnevernspedagoger og sosionomer. Gruppelederne får mye kunnskap om rus og gruppeledelse som tilbakeføres til egen enhet. I tillegg blir kommunale enheter knyttet nærmere sammen. En viktig egenskap man ser etter hos gruppelederne er interesse for fagfeltet og lyst til å bidra i dette ungdomsrettede arbeidet.

Den langvarige satsning på cannabisavvenning i Kristiansand kommune har ført til at nye tilbud nå er startet, blant annet individuelle cannabisavenningsprogram for ungdom mellom 14 og 30 år og bevisstgjøringskurs i Kristiansand fengsel. For elever og foreldre til utsatte tiendeklassinger er det startet et todagers kortprogram. Et samarbeidsforum med spesialisttjenesten, Cannabisforum Sør, ble opprettet i 2005 for utveksling av ideer og utvikling av gode behandlingstiltak. Den samlede innsatsen i Kristiansand bidrar til viktig forebygging mot rusmiddelmissbruk på flere nivåer. Hovedformålet er å gi flest mulig unge en god start på voksenlivet, og forhindre at hverdagen skal være preget av rusmiddelmissbruk og manglende skolegang.

Resultatene av kursene er totalt sett oppmuntrende. Av de 33 som fullførte kurset var 26 (78 prosent) cannabisfrie ved kursslutt. Fra og med kursnummer fem satte man krav om

røykestopp før inntak og dette førte til bedre resultater. Fra gruppe åtte ble skriftlig avtale for cannabislutt introdusert før kursstart. Samlet er resultatene på høyde med de individuelt baserte tiltak til Petrell og medarbeidere i Sverige (15) og fra Cannabisprosjektet i Tromsø (29). Lundqvist mener at programmene må være individuelt baserte, ettersom han forutsetter at cannabis påvirker de kognitive funksjoner i så stor grad at deltakerne ikke vil kunne gjøre seg nytte av gruppeprosessen. I

” Kursdeltakerne opplevde at kurset hadde vært viktig og for de fleste bidratt til at de sluttet å røyke cannabis.

Sverige brukes derfor ikke grupper. Erfaringene i Kristiansand viser at grupper, også kjønnsblandede, kan benyttes med godt resultat.

Oppfølgingsundersøkelsen

Tolv av 16 var helt cannabisfrie ved oppfølgingen mens to fortsatt var dagligbrukere og to mer sporadiske cannabisbrukere. En av disse hadde søkt seg inn til videre rusbehandling. Kursdeltakerne opplevde at kurset hadde vært viktig og for de fleste bidratt til at de sluttet å røyke cannabis. Både lengre kurs og et mer systematisk opplegg for oppfølging etter kursene ble etterlyst. Flere av deltakerne hadde hatt behov for individuell oppfølging etter kurset. Sprekker med cannabisbruk forekom typisk de første ukene etter kursslutt og mange rapporterte mer alkoholbruk enn tidligere i perioden rett etter kursslutt.

Denne etterundersøkelsen er basert på et beskjedent antall telefonintervjuer, og de gode

resultatene kan være noe preget av en «positiv» seleksjon til deltakelse blant dem det har gått bra med. Likevel oppgir 45 prosent av samtlige som hadde sagt farvel til cannabis ved kursavslutning fortsatt å være cannabisfrie ved oppfølging etter gjennomsnitt ett år. Da har vi konservativt forutsatt at alle de som ikke har latt seg etterintervjue skulle være i fortsatt misbruk. Ser vi isolert på kurs tre–ni finner vi rusfrihet hos 50 prosent. Bruker vi intensjonsanalyse og tar utgangspunkt

i alle deltakerne som fullførte kurset uten nødvendigvis å være cannabisfrie ved avslutning, finner vi 36 prosent cannabisfrie ved oppfølging. Kursene har stadig tilstrømning og synes å fylle et eksisterende behov blant unge voksne cannabisbrukere.

Modellen er basert på en gjennomprøvd svensk modell som er tilpasset og justert ut fra lokale forhold etter hvert som gruppeveilederne har fått erfaringer med opplegget. Hos mange av de som har deltatt på kursene vil vi anta at et kronisk rusmiddelmissbruk er forebygget. Samtidig har innsatsen med kursene bidratt til en styrkning av den rusforebyggende kompetansen i kommunen.

Den observasjonelle metoden som er brukt er ingen effektstudie. For å si noe om effekt kreves et langt mer robust design. Vi har et begrenset utvalg og ingen kontrollgruppe i vår evaluering av egen praksis. Vi ser det som viktig at klinisk praksis, både forebygging og behandling evalueres jevnlig. Dette gir en økt

oppmerksomhet mot kvaliteten i innsatsen man legger ned i tilbudet. Man kan stille spørsmål om bias ved intervju og om man kan stole på selvrapperte rusdata. Når det gjelder det siste foreligger det såpass mange undersøkelser hvor man har sammenliknet selvrapperte data med biologiske markører at man kan ha tillit til selvrapporing (30,31). Til tross for metodesvakhet er funnene våre lovende, men det er ønskelig at

de følges opp med en fremtidig effektstudie.

KONKLUSJON

Røykeavvenningskurs for cannabisbrukere er en metode som kan egne seg for gjennomføring i en kommunal samarbeidsmodell. To tredjedeler av dem som startet fullførte åtte ukerskurset, og 78 prosent av disse hadde lyktes i å kutte ut cannabisbruken ved kursslutt. For 45 prosent av dem som slut-

tet med cannabis så det ut som om den positive endringen var stabil over tid. Cannabisavvenningskurs, slik de er presentert i denne artikkelen, er en modell for tidlig intervensjon. Det kan sees på som et lovende tiltak for å redusere risiko for kronisk cannabismisbruk med alle de mulige negative konsekvenser det har hos unge. Resultatene må imidlertid bekreftes gjennom effektstudier med et mer robust design.

REFERANSER

1. SIRUS. The drug situation in Norway 2008. Oslo 2008.
2. Hall W, Pacula RL. Cannabis Use and Dependence. Melbourne: Cambridge University Press, 2003.
3. Sundvold A. Tegn og symptomer på cannabis og andre rusmidler. Cannabis konferansen – UT AV TÅKA 2011; Kristiansand 2011.
4. Rustjenesten Kristiansand kommune. Rusvaner blant ungdom skoleåret 2009–2010. Kristiansand 2010.
5. Pedersen W. Hasjbruk hos unge voksne. Tidsskr Nor Lægeforen. 2008;128:1825-8.
6. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123-35.
7. Strand N, vonSoest T. Young in Norway – Longitudinal. Documentation of design, variables and scale. Oslo 2006.
8. SBU. Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. En evidensbasert kunnskapsmanntallning, Stockholm 2001.
9. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auria-combe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3:CD005336.
10. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001;21:55-64.
11. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1051-61.
12. Marijuana Treatment Project Research G. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:455-66.
13. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*. 2008;103:1660-70.
14. Lundqvist T. Haschprogrammet. Rådgivningsbyrå i Lund; 2009 [cited 2011 20110315]; Available from: <http://www.droginfo.com/haschprogrammet.shtml>.
15. Petrell B, Blomqvist J, Lundqvist T. Ut ur dimman. Stockholms: Stockholms Stad Velferd och utbildningsavdeling 2005
16. Ressurs i sentrum (RISK). Rusvaner blant ungdom skoleåret 2001-2002, Kristiansand: Kristiansand kommune; 2002
17. Lundqvist T. En guide for deg som vil slutte med hasj. Rådgivningsbyrå i narkotikafrågor. Lund, Sverige 1998.
18. Bolla KI, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet JL. Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*. 2002;59:1337-43.
19. Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, et al. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA*. 2002;287:1123-31.
20. Lundqvist T. Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacol Biochem Behav*. 2005;81:319-30.
21. Pope HG, Jr., Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:909-15.
22. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol*. 2003;112:393-402.
23. Field TM. Massage therapy effects. *Am Psychol*. 1998;53:1270-81.
24. Field T. Massage therapy. *Med Clin North Am*. 2002;86:163-71.
25. Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. *J Subst Abuse Treat*. 1994;11:289-307.
26. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006:CD000009.
27. Cui CL, Wu LZ, Luo F. Acupuncture for the treatment of drug addiction. *Neurochem Res*. 2008;33:2013-22.
28. Chen L, Zhang J, Li F, Qiu Y, Wang L, Li YH, et al. Endogenous anandamide and cannabinoid receptor-2 contribute to electroacupuncture analgesia in rats. *J Pain*. 2009;10:732-9.
29. Nicolaisen H. Rapport Cannabisprosjektet 2006 – 2008. 2010 [cited 2011 20110315]; Available from: <http://img4.custompublish.com/getfile.php/827253.764.truruurpx/Rapport-Cannabisprosjektet2006-2008.pdf?return=www.riorg.no>.
30. Razvan-Pasareanu A, Kristensen Ø. Kan man stole på selvrapporing av rusmiddelbruk? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2009;129:1774.
31. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125:1178-80.
32. Ramstrom J. Skader av hasj og marijuana – en gjennomgang av vitenskapelige studier av skadeomfanget av hasj. Oslo: Rusmiddeldirektoratet; 1999.