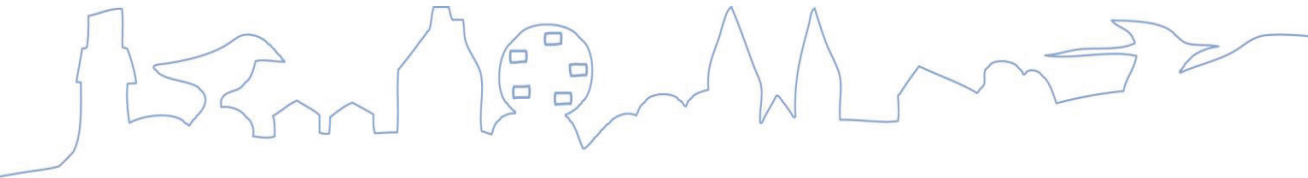




Länsstyrelsen
Västra Götaland

Vägledning

till studiematerial om hälso- och sociala effekter av
icke-medicinsk användning av cannabis



Rapportnr: 2020:19
ISSN: 1403-168X



GÖTEBORGS UNIVERSITET

CENTRUM FÖR FORSKNING OCH UTBILDNING
KRING RISKBRUK, MISSBRUK OCH BEROENDE (CERA)

Utgivare: Länsstyrelsen i Västra Götaland och Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA) vid Göteborgs universitet.

Vägledningen är avsedd för studiematerialet i *Länsstyrelsens rapport 2019:44*

Rapporten och vägledningen finns att hämta som pdf på: lansstyrelsen.se/vastra-gotaland/samhalle/social-hallbarhet/andts/andts---forebyggande-arbete.html

Rapporten och vägledningen finns också att hämta på CERA: gu.se/cera

Text: Maria Renström

Layout: Lars Edborg

Vägledningen till studiematerialet ska underlätta för studier och diskussioner i de verksamheter och arbetsgrupper som vill utveckla en god kunskapsgrund om hälso- och sociala effekter av icke-medicinsk användning av cannabis för kommuner, hälso- och sjukvård, idéburna organisationer och andra som vill utveckla ett kunskapsbaserat arbete och insatser på området.

Lennart Rådenmark
Länssamordnare ANDTS
Länsstyrelsen Västra Götaland

Kristina Berglund
Föreståndare CERA

Läs detta först!

Syftet med studiematerialet och den tillhörande vägledningen är att ge goda och användbara kunskaper om cannabis och dess effekter på hälsan. Kunskaper som behövs för att på ett sakligt, förståeligt och korrekt sätt kommunicera med kollegor, patienter/klienter, anhöriga och andra aktiva.

Att ha dessa kunskaper är lika viktigt oavsett om man arbetar med förebyggande, behandlande eller rehabiliterande arbete. Under studiecirkelns gång kommer ni steg för steg att få ta del av kortfattade beskrivningar av cannabis olika fysiska och mentala effekter och användbara fakta om dess användning globalt och i Sverige.

Beskrivningarna bygger på studiematerialet om hälso- och sociala effekter av icke-medicinsk användning av cannabis som också ingår i det samlade studiepaketet. Vi rekommenderar därför att ni vid behov även använder studiematerialet som bygger på Världshälsoorganisationens (WHO) vetenskapliga rapport *The health and social effects of nonmedical cannabis use* (World Health Organization, 2016).

→ Inför varje träff

- Påminn vid behov om trivselreglerna
- Följ upp om det är några tankar som stannat kvar sedan förra gången
- Gå igenom syftet och temat för dagen

→ Inför varje övning

- Gå igenom syftet med varje övning både före och efter. Ibland är det lite otydligt när det är en övning man inte är van vid, vad själva målet är.

→ I slutet av varje träff

- Vad tänker ni om dagens tillfälle? Vad har varit givande?
- Repetera syfte och tema för att knyta ihop säcken
- Vad gör vi nästa gång? Dela ut eventuell hemuppgift.

Efter varje beskrivande avsnitt hittar ni exempel på arbetsuppgifter och discussionsfrågor. En del av arbetsuppgifterna/diskussionsfrågorna kanske passar bättre för de som arbetar förebyggande, andra för de som har mer behandlande uppgifter.

Vi har valt att lägga alla olika typer av uppgifter och frågor efter varje avsnitt eftersom en av grundtankarna med studiecirkeln är att bidra till erfarenhetsutbyte mellan er som arbetar längs hela ”kedjan”, från förebyggande till behandling/rehabilitering.

Om cirkeln enbart vänder sig till personer som till exempel arbetar med förebyggande arbete, kan naturligtvis ett urval av uppgifter/frågor väljas av cirkelledaren. Frågor och uppgifter har också listats i fallande prioritetsordning vilket inte hindrar att ni som cirkeldeltagare väljer en annan prioritetsordning.

Första cirkelträffen

Det här behöver du veta om förekomsten av cannabis och cannabisbrukssyndrom - globalt och i Sverige.

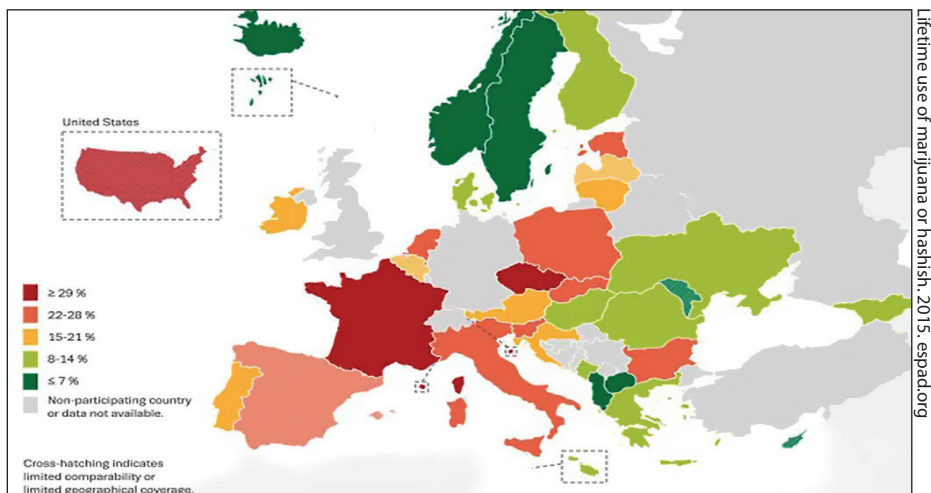
Cannabis är en generisk term som används för att beteckna flera olika psykoaktiva substanser. Både marijuana, hashish och hasholja utvinns ur cannabisplantans olika delar. Det vanligaste sättet (globalt) att använda cannabis är att röka dess växtdelar i handrullade cigaretter som ofta kallas joint. Ett annat är via en vattenpipa eller ”bong”. En allt populärare metod är att ånga cannabis i så kallade vaporizers. Hashish kan även kokas och blandas i olika maträtter. Det finns alltså inte bara ett användningssätt utan flera.

Innan vi går vidare till att närmare studera vad cannabis innehåller och de effekter som cannabis har på den fysiska och mentala hälsan bör man ha en uppfattning om hur vanligt det är att använda cannabis och om hur vanligt det är att

en person diagnostiseras med cannabisbrukssyndrom/beroende. Det är särskilt viktigt att ha så mycket lokal kunskap som möjligt. Cirkelledaren får därför gärna komplettera vägledningmaterialet med uppgifter om var lokal information och statistik kan hittas. Den som vill veta mer hänvisas till kapitel 5 och 6 i studiematerialet.

Användning

Cannabis är den mest använda illegala psykoaktiva substansen i världen. Cirka 3,8 procent av världens vuxna befolkning (15-64 år) beräknas ha använt cannabis det senaste året (2019). De högsta andelarna i den nämnda åldersgruppen finns i Nordamerika, Oceanien och Väst- och Centralafrika. I USA, där stora lagförändringar skett i vissa stater, har använd-



ningen ökat från 9,9 procent 2007 till 15,3 procent 2017. Även Kanada har haft en liknande ökning som USA. Enligt de beräkningar som finns i Europa har 91,5 miljoner vuxna (15-64 år) rapporterat att de använt cannabis någon gång. Det är cirka 27,4 procent av alla i åldersgruppen.

Ett bättre sätt att mäta och jämföra cannabisanvändning är att utgå från det senaste året och dela upp informationen i olika åldersgrupper istället för att slå ihop alla från 15 till 64 år. Till exempel om man enbart ser till åldersgruppen 15-34 år så varierar användningen under det senaste året mycket mellan Europas länder. Från cirka 3,5 procent i Ungern till 21,8 procent i Frankrike. I Sverige ligger andelen på 9,6 procent (2017).

I åldersgruppen 15-16 år beräknas cirka 4,7 procent av världens befolkning ha använt cannabis minst en gång under 2017. I den åldersgruppen är användningen av cannabis som högst i Europa (13,2 procent).

I Sverige uppger cirka tre procent i åldersgruppen 16-84 att de använt cannabis de senaste 12 månaderna. Men det är framförallt personer i åldersgruppen 16-29 år som använder cannabis. De senaste åren har andelen som använt

cannabis en gång legat mellan 17-20 procent enligt skolelevernas drogvaneundersökning (gymnasieelever). Andelen som rapporterar en mer frekvent användning av cannabis har ökat sedan slutet av 1980-talet. En viss ökning har också skett i åldersgruppen 30-44 år. Som lägst uppgav 1,1 procent år 2005 i den åldersgruppen att de använt cannabis de senaste 12 månaderna. År 2018 hade denna andel ökat till cirka 3,7 procent.

En iakttagelse, som gjorts i de större städer, till exempel Göteborg och Stockholm, som genomfört totalundersökningar på grundskolenivå, är att elever som går i skolor i städernas inre delar och i socioekonomiskt starka områden oftare än andra rapporterat att de använt cannabis. Något som indikerar att det kan vara socioekonomiska skillnader mellan unga användare som säljer cannabis och de som köper cannabis.

Nästan all statistik bygger på frågor om en person använt någon gång i livet eller någon gång under de senaste 12 månaderna. Som ni kommer att se i de följande stegen i denna vägledning är denna information ofullständig om man vill kunna säga något om sambandet mellan cannabis och hälso- och sociala effekter.

Under lång tid har vi haft fokus på om en person använder eller inte använder cannabis. Nu vet vi att det är viktigt att fokusera mer på

- hur ofta en person använder cannabis
- THC halten
- hur länge personen använt cannabis och framför allt
- om användningen börjat i tonåren eller senare i livet.

Cannabisbrukssyndrom

Ofta kallas personer som använder cannabis för missbrukare eller att de har ett missbruk. Idag försöker vi undvika denna typ av begrepp eftersom diagnosen ”missbruk” inte längre finns kvar inom psykiatrin (se mer om detta under kapitel 6 i studiematerialet som handlar om de två klassificeringssystemen).

Istället används idag medicinska kriterier som tydligare beskriver i vilket beroendestadium en person befinner sig i för att utveckla negativa mentala och psykosociala effekter. Kriterier som också kan vara ett stöd i behandlingen och bemötandet av personen och anhöriga.

Globalt uppskattas under en procent vara beroende (enligt ICD-10, information finns i studiematerialet) av cannabis. Kunskapen om andelen personer som utvecklat ett beroende bygger huvudsakligen på rapporter från höginkomstländer

vilket gör siffran mycket osäker. Diagnosen är vanligare bland män än bland kvinnor men enligt de rapporter som finns utvecklar kvinnor ett beroende snabbare än män och de får också fler kliniska hälsoeffekter.

Studier från de senaste åren visar på en ökad andel personer som diagnostiseras som beroende (ICD-10) eller cannabisbrukssyndrom (DSM-5, se vidare i studiematerialet). Ett av de få länder som över tid och konsekvent samlat in data om förekomsten av beroende/cannabisbrukssyndrom är USA. Där har andelen ökat från 1,5 procent 2001/2002 till 2,9 procent åren 2012/2013. Tyvärr finns inga tillförlitliga uppgifter i Sverige om andelen i befolkningen som utvecklat cannabisbrukssyndrom. Det finns alltså stort behov av väl genomförda studier om cannabisbrukssyndrom/beroende.

Diskussionsfrågor för första cirkelträffen

Diskutera med övriga cirkeldeltagare:

- Vad krävs för att få en så heltäckande bild som möjligt om den lokala situationen, både vad gäller användning och dess hälso- och sociala effekter?
- Vad krävs för att ni ska kunna veta mer om sambandet mellan användningen i olika åldersgrupper och dess effekter både på individnivå och samhällsnivå?

Om tid finns diskutera även:

- Hur ser ni på situationen i er egen kommun/region jämfört med situationen i Sverige eller globalt? På vilket sätt kan eventuella skillnader påverka ert arbete och era prioriteringar lokalt?
- Vad behövs för att på ett löpande och enklare sätt samla in de lokala och regionala uppgifterna som behövs för att få en mer heltäckande bild av både cannabisanvändningen, brukssyndromet/beroendet och dess hälso- och sociala effekter?
- Vilken institution/organisation skulle kunna samla in ytterligare lokala och regionala uppgifterna som krävs?

Arbetsuppgifter till nästa gång

Dessa arbetsuppgifter är en förutsättning för diskussionerna och för att ni ska kunna bilda er en mer samstämmig uppfattning om problemets omfattning, i vilka områden och i vilka åldrar användningen sker.

Om möjligt sammanställ de uppgifter som finns om:

- Cannabisanvändningen i era kommuner eller i era klient-/patientgrupper. Tag reda på vad som samlas in lokalt och var lokala uppgifter finns. Till exempel görs drogvaneundersökningar i grundskolor och gymnasier? Är det totalundersökningar (alla skolor i kommunen) eller enbart deltagande i CAN:s nationella undersökning?

Om ni har tid och möjlighet sammanställ uppgifter om:

- Förekomsten av cannabisbrukssyndrom/beroende i era kommuner eller klientpatientgrupper. Försök, om ingen tidigare samlat information, att ta reda på var dessa uppgifter kan samlas in.
- Vilket bedömningssystem som används inom vården i kommuner och regioner för att diagnostisera personer – det vill säga för att veta om en person uppfyller kriterierna för beroende alternativt cannabisbrukssyndrom.
- Varför begreppet ”missbruk” fortfarande finns kvar exempelvis inom socialtjänsten, andra yrkesverksamma och media.

Plats för anteckningar

Andra cirkelträffen

Det här behöver ni veta om vad cannabis innehåller och vilka effekter cannabis har på hjärnan.

Den här delen av studiecirkeln är den mest krävande och kan med fördel delas upp i två cirkelträffar. För den som vill veta mer hänvisas till kapitel två, sex, sju och tio i studiematerialet.

Cannabis påverkar framförallt hjärnans belöningssystem och det är främst den psykoaktiva substansen delta -9- tetrahydrocannabinol THC som påverkar hjärnan. THC ligger bakom den ”berusningseffekt” som de flesta användare eftersträvar. Djurförsök och studier på människor visar att hjärnan svarar på THC genom att öka frisättningen av dopamin vilket förklarar den euforiska effekten av cannabis. När man inandas cannabis, oftast genom att röka den, frigörs THC väldigt snabbt - en maxnivå av THC nås inom några minuter, med en topp efter 15-30 minuter och en minskning redan inom 2-3 timmar. Beroende på flera faktorer är det svårt att exakt säga hur länge cannabis/THC kan finnas kvar i kroppen. Vi vet att hos vissa individer kan rester hittas långt efter att personen använt cannabis.

Det är bevisat att THC påverkar flera områden i hjärnan. Ett flertal studier har visat att cannabis har effekter på arbetsminnet, förmågan att planera och fatta beslut, noggrannhet, motivation, motorisk koordination, humör och kog-

nitien. För er som träffar personer som använder cannabis är det viktigt att tänka på att THC har visat sig ha dessa effekter och det kan ha betydelse för att förstå den person ni träffar och för er fortsatta kontakt med personen och hens nätverk.

En annan viktig effekt av THC är att det försämrar händernas förmåga att greppa föremål, finmotorik, styrka och snabbhet. Det är därför körförmågan försämras (se mer under steg 3). En försämring av körförmågan som sker kort efter det att någon rökt cannabis (kortsiktig effekt) men som snabbt klingar av har inneburit problem i de mätningar och den forskning som gjorts för att hitta orsaks samband mellan olyckan och cannabisanvändningen.

En förändring som har haft stor påverkan på effekterna av cannabis är de nya odlingsmetoderna som har resulterat i en mycket högre halt av THC i cannabis än tidigare. Det gäller både växtbaserad cannabis och hasch. Det är vanligt att THC halten idag i genomsnitt ligger mellan 15-22 procent för hasch och 8-16 procent för marijuana. För cirka 10 år sedan låg THC halten ofta mellan 2-10 procent. Det är också stora skillnader mellan beslagen i olika länder. Denna förändring är troligtvis en av förklaringarna till att allt fler söker hjälp för de problem de upplevt efter att ha använt cannabis.

Kortsiktiga direkta eller långsiktiga effekter

För det mesta talar vi om cannabis effekter utan att konkretisera om vi talar om de kortsiktiga (direkta) eller de långsiktiga effekterna av att använda cannabis. För att kunna fatta väl avvägda beslut om vilka förebyggande eller behandlande insatser som bör väljas bör man känna till följande:

Kortsiktiga hälso-/sociala effekter av cannabisanvändning är,

de som uppstår kort efter ett intag.

Effekten uppstår oavsett om den som använder gör det för första gången eller har använt cannabis ofta. De kortsiktiga effekterna beror på flera faktorer; vilken dos som användaren använt; på vilket sätt cannabis intagits; användarens tidigare erfarenhet av cannabis; eller om cannabis intagits tillsammans med någon annan psykoaktiv substans. En mängd olika faktorer kan påverka den kortsiktiga effekten och det är viktigt att alltid ställa följdfrågor till den person som säger att den använt cannabis.

Den vanligaste effekten är berusning genom en störning i medvetandenivå, kognition, uppfattningsförmåga, beteendeförändringar och andra psykosociala funktioner.

En liten del av de unga som använder cannabis för första gången kan få akuta problem kort efter att de har rökt cannabis. De får panikattacker, upplever hallucinationer och kräks. De söker ofta akut hjälp inom hälso- och sjukvården och det är därför viktigt att alltid ställa frågor om cannabisanvändning när unga uppsöker akuten eller någon annan vård med dessa symptom. Det är också en viktig kunskap för föräldrar för att snabbt kunna söka hjälp.

Långsiktiga hälso-/sociala effekter är,

de som uppstår efter en regelbunden

användning (särskilt efter daglig användning) över månadslånga perioder, år eller till och med decennier. Det finns idag allt mer kunskap om hur långvarig och regelbunden användning av cannabis kan vara bidragande orsak till; beroende, kognitiva funktionshinder, psykisk sjukdom (psykos, depressioner, ångest och självmordsbeteende) och negativa fysiska hälsoeffekter som hjärtsjukdomar (CVD), kronisk bronkit, respiratoriska sjukdomar och andra cancersjukdomar.

De mentala och psykosociala effekterna av långvarig cannabisanvändning

Effekter på vuxna

Hos vuxna regelbundna och långvariga användare har strukturella missbildningar i hjärnan hittats i de delar som har betydelse för hur vi koordinerar våra rörelser och på vår förmåga att planera och minnas. Till exempel verkar den språkliga förmågan blivit nedsatt. Dessutom verkar förmågan att kritiskt granska sig själv och lära av sina misstag påverkas negativt. Detta kan vara en effekt av att närminnet har blivit sämre och förmåga att få ihop delar till en helhet har påverkats. Som tidigare nämnts beror detta på att de delar av hjärnan som är inblandad i just minnesfunktionen minskar av THC. En del av dessa förändringar riskerar att kvarstå

även efter att personen slutat använda cannabis. I kontakten med vuxna långvariga cannabisanvändare är det viktigt att ta hänsyn till att den person ni pratar med eller har i behandling kan ha fått dessa negativa effekter på hjärnan.

En del långvariga användare säger att de domineras av negativa känslor trots att THC visat sig öka dopaminet, vilket borde ge personen positiva känslor. En förklaring till detta är att långvarig användning, till skillnad mot tillfällig/kortvarig användning, verkar minska tillverkning och frigörandet av dopamin i hjärnan. En jämförelse kan göras med personer som länge haft en hög och långvarig användning av alkohol – de uppger att den positiva effekten blir svårare att uppnå. Ett antal studier har visat att det finns en viss koppling mellan långvarig cannabisanvändning och ökad självmordsbenägenhet, men ingen studie har kunnat slå fast att det finns ett orsakssamband.

Det är nu klarlagt att personer som regelbundet använder cannabis kan utveckla beroende och får abstinenssymptom. Hur hög risken är beror på hur ofta/länge personen använt cannabis och troligtvis också av THC-halten. Risken varierar från en av 10 bland tillfälliga användare till en av tre bland de som dagligen använder cannabis.

Effekter på unga

Hos de som regelbundet börjar använda cannabis i tonåren verkar THC ha ännu allvarligare effekter på hjärnan och den

psykosociala utvecklingen än hos de som startade den regelbundna användningen senare i livet. Andelen som riskerar att utveckla ett beroende bland regelbundna tonårsanvändare har uppskattats till mellan 33–50 procent. Anledningen uppger forskare vara att hjärnan är mer känslig för cannabis/THC under tonåren eftersom THC verkar störa en ”normal” utveckling av hjärnan. Ju tidigare tonåringen debuterar, desto större blir de negativa effekterna. Framför allt på lärande, minne, uppmärksamhet.

En av de mest kända longitudinella studier som följt en stor kohort från barndom till 38-års ålder (den s.k. Dune-din-studien) har visat att efter kontroll av socioekonomiska skillnader så kvarstod skillnaderna i IQ och betyg mellan de elever som regelbundet använde cannabis och de som inte gjorde det. Något som styrks av de förändringar som uppmätts i hjärntomografi. Det är viktigt att tänka på att försämringen inte enbart beror på den unges cannabisanvändning utan ofta förstärks av andra sociala faktorer i närmiljön.

De långvariga psykosociala konsekvenserna av ungdomars cannabisanvändning, särskilt om den börjar före 15-års ålder har visat sig vara; tidiga avhopp från skolan; försämrade skolresultat; ökad risk för att utveckla psykiska problem; fortsatt droganvändande; så kallat ”störande beteende” och högre arbetslöshet. Flera studier har visat att det är samma riskfaktorer som ökar risken att använda

Obs! Glöm inte bort att de förändringar som THC har på hjärnan inte alltid är förklaringen till de problem som en person har med till exempel motorik – det finns flera andra förklaringar till detta.

cannabis som ökar risken för att använda andra illegala droger. Den ökade risken kvarstod även efter att ha kontrollerat för andra kända riskfaktorer som påverkar individen.

Det finns en ökad risk för att söka ”berusning” och för att pröva andra psykoaktiva substanser om en tonåring tidigt och långvarigt exponeras för THC eftersom dopaminets belöningsystem påverkas. Men, andra riskfaktorer finns, som till exempel tillgången till cannabis i närmiljön, gällande normer och riskmedvetenheten.

Mentala effekter av långvarig användning

Den absolut viktigaste mentala effekten av långvarig cannabisanvändning är den påverkan som framför allt THC har. THC har visat sig kunna öka risken att utveckla psykos hos vissa personer. En risk som ökar om personen regelbundet börjar använda cannabis tidigt i livet. Det typiska för en psykos är att realitetsuppfattningen blir nedsatt. Den vanligaste psykosen är schizofreni. Schizofreni kännetecknas av störningar i tänkande, perception, känslor, språk, självkänsla och beteende. Det är inte helt ovanligt att personer diagnostiserade med schizofreni hör röster och har vanföreställningar. Regelbunden användning av cannabis har rapporterats vara vanligare bland personer med schizofreni. Bland forskare pågår sedan länge en

diskussion om vad som är hönan och vad som är ägget och om det finns ett orsakssamband mellan långvarig användning av cannabis och schizofreni. I flera studier, bland annat i Sverige (mönstrade) pekar bevisen på att det finns ett bidragande orsakssamband mellan cannabis och schizofreni (se mer sidan 46-48 i studiematerialet).

I flera storskaliga studier har man funnit en samsjuklighet mellan cannabisanvändning och depression. Sambandet har varit svagare än det mellan cannabisanvändning och schizofreni och det är svårt att säga om unga som lider av depressioner är mer benägna att använda cannabis än andra. En ny stor studie har dock funnit att bland unga som börjat använda cannabis innan 18-års ålder finns en något ökad risk att utveckla depression senare i livet.

Vi vet relativt lite om sambandet mellan regelbunden användning av cannabis och dödsfall genom självmord. Studier har visat att det finns spår av cannabis i kroppen hos personer som begått självmord men det behövs fler vetenskapliga studier för att fastställa om sambandet håller för justeringar av andra faktorer som till exempel alkoholberoende.

Som tidigare nämnts utvecklar en del av de långvariga användarna cannabisbrukssyndrom, som även det är en psykiatrisk diagnos.

Sammantaget kan sägas att de långsiktiga effekterna av cannabisanvändning är avhängigt av samspelet mellan en persons genetiska predisposition och omgivningen. För den som vill fördjupa sig mer i dessa frågor kan läsa avsnittet om risk och skyddsfaktorer i basmaterialet.

Diskussionsfrågor för andra cirkelträffen

Diskutera med övriga cirkeldeltagare:

- Hur ska vi bättre nå ut till framför allt föräldrar till tonåringar, för att på ett balanserat och konstruktivt sätt förbereda dem på samtal med sina tonåringar, alternativt tidigt upptäcka om de börjat använda cannabis?
- Hur kan ni bäst upptäcka (alternativt initiera), hänvisa och/eller ge stöd/behandling till personer som uppvisar effekter av kortsiktig/akut användning av cannabis?
- Vilka metoder finns i er kommun - eller alternativt vilka skulle krävas - för att ni bättre skulle kunna förebygga att någon börjar använda cannabis?
- Vad behövs för att tidigt upptäcka vilka personer som riskerar att hamna i beroende?
- Hur kan ni gå vidare för att etablera ett fungerande nätverk i kommunen/närområdet för att upptäcka unga som uppvisar mentala- och sociala effekter av cannabis-användning? Det vill säga inte bara om användningens omfattning utan med fokus på dess effekter.
- Har ni tillräckliga kunskaper om vad som ökar risken för cannabisanvändning och beroende, i er kommun/region? Diskutera och dokumentera vad ni skulle kunna göra för att öka era kunskaper och vilka insatser ni behöver.
- Vad bör ni tänka på när ni kontaktar/samtalar med personer med akuta effekter och personer i närmiljön?
- Vad bör ni tänka på när man kontaktar/samtalar med personer som länge och regelbundet använt cannabis?
- Hur kan ni bäst möta, samtala och stödja anhöriga och övriga i personernas nätverk?
- Har ni ”rätt” metodik för att ge råd eller behandla vuxna personer med långvarig cannabisanvändning? Vad skulle ni kunna bli bättre på?

Plats för anteckningar

Arbetsuppgifter till nästa gång

- ! Läs avsnittet om risk och skyddsfaktorer i studiematerialet.
Till denna cirkelomgång ges ett flertal arbetsuppgifter.
- Välj tillsammans ut de som ni vill prioritera.

- Intervjua någon/några som arbetar med vuxna eller barn- och ungdomar som hamnat i cannabisberoende. Vilka erfarenheter tar du med dig?
- Baserat på egna eller andra i gruppens erfarenheter, dokumentera vad ni vet om risk och skyddsfaktorer i ert område/kommun som kan öka risken för cannabisanvändning och beroende/syndrom.
- Dokumentera vilka uppgifter som finns om den lokalt sålda/använda THC-styrkan i cannabis. Vänd er i första hand till polisen, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Har de uppgifter? Om inte – ta reda på varför.
- Inventera vilka hjälpmedel som redan finns för att samtala med/ behandla vuxna/tonåringar/anhöriga som regelbundet använder cannabis. Är de relevanta? Är det något som behöver förbättras? Vilken avsändare skulle vara mest trovärdig?
- Sammanställ förslag till frågeställningar som ni tycker bör ingå i a) lokala undersökningar, b) i de samtal/intervjuer som förs med cannabisanvändare och deras anhöriga inom polisen/socialtjänsten/hälso- och sjukvården/skolhälsan för att få mer kunskap om vilka effekter cannabisanvändningen har lokalt.

Plats för anteckningar

Tredje cirkelträffen

Det här behöver du veta om cannabisanvändning, olyckor och kroniska sjukdomar. Den som vill veta mer hänvisas till kapitel 8, 9 och 11 i studiematerialet.

Kroniska sjukdomar

Relativt sällan uppmärksammas de effekter som cannabis har för att en person ska utveckla kroniska sjukdomar. Det kan gälla inom hälso- och sjukvården, skolhälsovården och beroendevården.

Sjukdomar i lungvävnaderna förekommer hos både tobaks- och cannabisrökare. Det har visat sig svårt att säga om det är tobak eller cannabis som orsakar den minskade lungfunktionen eftersom många som röker cannabis också röker tobak eller blandar cannabis med tobak för att göra det lättare att röka den. En sak är forskarna relativt eniga om och det är att kombinationen cannabis och tobak sannolikt orsakar andra akuta luftrörseffekter än rökning av enbart cannabis. De akuta effekterna på luftrören ser olika ut om man röker tobak eller cannabis. När en person röker tobak så sker en akut luftrörssammandragning. Det omvända händer när en person röker cannabis, då sker en akut luftrörsutvidgning istället. Forskningen är idag säker på att cannabisrökning orsakar kronisk bronkit och ökar risken för lunginflammation. Däremot är det svårt att bevisa om enbart cannabisrökning ökar risken för att utveckla KOL.

Cannabisrök har visat sig vara cancerframkallande. Det är dock svårt att

veta om cannabisrök även orsakar lungcancer. Den svenska mönstringsstudien (2013) fann en fördubbling av förekomst av lungcancer bland de värnpliktiga som uppgav att de hade rökt cannabis 50 eller fler gånger innan de uppnått en ålder av 18 år. Det har dock inte gått att konstatera ett orsakssamband. Mycket på grund av att cannabisrökare även har andra riskbeteenden (tobaksrökare och hög alkoholkonsumtion) har det inte gått att bevisa att enbart cannabisrökning ökar risken för lungcancer – vilket inte betyder att det inte skulle kunna finnas en risk.

En av de mest säkra tecken på att en person är påverkad/förgiftad av cannabis/THC är att personen får en förhöjd hjärtfrekvens. Idag finns bara ett begränsat antal studier men i Frankrike som har den högsta andelen cannabisrökare i Europa har hälso- och sjukvården upptäckt ett ökat antal unga cannabisanvändande män med kardiovaskulära sjukdomar som söker akut hjälp. Till exempel visade en urvals studie med de unga cannabisanvändande männen som sökt hjälp att risken för hjärtinfarkt ökade med fyra gånger. Ökningen kom timmen efter att personen rökt cannabis. Förekomsten av stroke bland unga vuxna har funnits vara högre hos unga som röker cannabis än de som inte gör det.

På senare tid har flera studier visat på en ökad risk för testikelcancer kopplat till cannabisrökning.

Olycksrisk

På grund av förbättrade metoder att mäta cannabis effekter på körförmågan har senare års studier visat att förare som kör påverkade av cannabis fördubblade risken för att vara med om eller orsaka en trafik-

olycka, särskilt om de kör direkt efter att ha rökt cannabis.

Tyvärr är kopplingen mellan cannabisrökning och andra skador än trafikskador mycket begränsad. Större och bättre studier behövs för att med bestämdhet kunna säga något om cannabis ökar olycksrisken.

Diskussionsfrågor för tredje cirkelträffen

Diskutera med övriga cirkeldeltagare:

- Vad är möjligt att göra i er kommun för att bättre uppmärksamma och ge stöd till de personer som har kroniska sjukdomar och använder cannabis?
- Finns det möjligheter eller behov av att förbättra samarbetet mellan till exempel psykiatrin och den somatiska vården när det gäller personer som regelbundet använder eller tidigare har använt cannabis regelbundet?
- Hur ofta tänker ni på att personer som använder cannabis även kan ha fått fysiska skador/sjukdomar?
- Vad kan ni göra för att öka kunskapen om cannabis i trafiken och för att förebygga trafikolyckor orsakade av personer som kör påverkade av cannabis. Finns det något aktivt samarbete mellan socialtjänst, hälso- och sjukvården och polismyndigheten i er kommun/region?
- Finns det behov av någon form av kunskapshöjande insats hos befolkningen om cannabis och dess effekter på körförmågan?

Plats för anteckningar

Fjärde cirkelträffen

Det här behöver du veta om vård och behandling och förebyggande insatser, globalt och i Sverige. För steg 6 rekommenderar vi att ni läser hela kapitel 12 i studiematerialet.

Förebyggande metoder och arbets-sätt

Grunden för ett framgångsrikt och långsiktigt förebyggande arbete är att det bygger på kunskap om vilka behov och resurser som finns i er kommun, område eller organisation och vilken tillgång ni har till dem.

Det finns idag rätt stor enighet bland forskare om att förebyggande insatser och strategier i en kommun eller i ett område bör omfatta hela den förebyggande kedjan. Det vill säga insatser som ibland kallas miljöpåverkande insatser och som inkluderar hela närmiljön. Insatser som somliga kallar universella och en del generella. Det vill säga de som vanligtvis inkluderar samtliga föräldrar/elever/be-

folkningen i ett område. Inom ramen för ett förebyggande arbetssätt bör även mål-inriktade/selektiva insatser som är riktade till en viss grupp eller ett visst område ingå. Slutligen räknas även indikativa insatser som riktar sig till grupper som redan utvecklat ett riskbeteende som en del i ett heltäckande förebyggande arbete.

Det finns en stor samstämmighet att man inte kan förvänta sig att en enskild förebyggande insats som till exempel fristående mediakampanjer eller isolerad information får någon effekt på cannabisanvändningen. Vilket inte innebär att en samlad insats även kan innehålla en kampanj eller informationsinsatser. Forskare menar också att praktiker inte heller kan förvänta sig någon större inverkan av

Här följer några exempel på interventioner som visat sig ha viss effekt på cannabisanvändning

- interventioner som riktar sig till förskolebarn i socioekonomiskt utsatta områden - för att stärka förskolebarnens kompetenser inom flera områden
- interventioner som inkluderar hela familjen – inte bara barnet/ungdomen
- interventioner i skolor för att skapa en positiv skolmiljö och inlärningsmiljö
- interventioner som riktar sig till ungdomar i riskzonen där hela den omgivande miljön, skolan och föräldrar/syskon inkluderas och engageras
- samt tillgångsbegränsande insatser både lokalt, regionalt och nationellt.

ett preventionsprogram som riktar sig till enbart en riskfaktor utan programmen bör inriktas mot flera riskfaktorer och inkludera flera skyddsfaktorer samtidigt.

Det är viktigt att inte begränsa begreppet förebyggande insatser till enbart manualbaserade preventionsprogram i till exempel skolmiljö. En förebyggande insats bör helst inte genomföras enbart som tidsbegränsade isolerade projekt utan arbetet bör vara integrerat i det ordinarie långsiktiga arbetet i kommunen/regionen. Det förebyggande området är mycket bredare än tillfälliga insatser.

Vård och behandling

Det är viktigt att känna till att användningen av cannabis ofta är tidsbegränsad för de flesta unga människor. Det gäller både i Sverige och globalt. Användningen är vanligast i tidiga tjugooårsåldern och upphör för de flesta (men inte alla) när personen närmar sig trettioårsåldern. I en nyligen redovisad studie i Sverige uppger de allra flesta ungdomar som börjar en kontakt med Maria-mottagningarna att cannabis är deras primär drog. Hela 80 procent uppger att cannabis är primär drogen. Det är alltså inte problem med alkohol och tobak som ungdomar som söker hjälp uppger som huvudproblemet.

De som regelbundet använt cannabis i unga år och försökt att sluta men misslyckats är de som sannolikt utvecklar cannabisbrukssyndrom/beroende. I Sve-

rige har vi sett en viss ökning av andelen personer som använder cannabis i 30-40-års åldern och skolvaneundersökningarna har visat att fler ungdomar uppger att de använt cannabis vid flera tillfällen. Det är för tidigt att säga något om detta kommer att leda till ett ökat antal som utvecklar beroende.

De vanligaste behandlingsmetoderna som använts och visat sig leda till att personer slutar att använda cannabis är till exempel korta psykologiska interventioner baserade på motiverande intervjuer (MI). Obs! De korta interventioner som visat sig ha effekt varade mellan 30-60 minuter och genomfördes av utbildad personal.

WHO rekommenderar att behandlare använder flera olika metoder för behandling av cannabisberoende. De metoder som nämns är motiverande förstärkt terapi (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT och uppföljandehantering (CM som är en typ av återfallsprevention där specifika belöningar ingår. Dessa metoder kan vid behov kompletteras med familjeterapi interventioner (kort strategisk familjeterapi; BSFT när målgruppen är unga. Det finns ännu ingen medicinsk behandling som funnits vara effektiv för att behandla cannabisbrukssyndrom. Däremot finns det flera mediciner som fungerar vid akut cannabisförgiftning och abstinens.



Uppföljningsträffen

Här nedan följer ett antal uppgifter som med fördel kan delas ut vid sista cirkelträffen. Uppgifter som kan ligga till grund för samtalen vid en uppföljningsträff cirka tre månader efter avslutad cirkel.

Arbetsuppgifter till uppföljningsträffen (3 månader efter avslutad cirkel)

- Dokumentera vilka insatser/metoder/program inom det förebyggande området som använts eller har använts i din/er kommun.
- Dokumentera om uppföljning har skett och om eventuella effekter av insatsen, om vilka aktörer som deltagit och hur samordningen av insatserna skett.
- Genomför en intervju med en person som använt cannabis – försök att fokusera på brukarperspektivet och inte på ”yrkesperspektivet”.
- Som slutuppgift, skriv ner din/er egen ANDT-strategi för att minska den icke-medicinska användningen av cannabis som har tydligt fokus på att minska de negativa hälso- och sociala effekterna. Strategin ska omfatta alla delarna i preventionsstegen (stegen som beskrevs i den inledande texten) och vård/behandling som omfattar allt från tillfällig, till regelbunden cannabisanvändning - till diagnostiserat cannabisbruksyndrom/beroende.

Uppföljningsträff – tre månader efter avslutad cirkel

Målsättningen med studiecirkeln var att ge dig ökade kunskaper men också bättre verktyg i ditt dagliga arbete. Vid sista cirkelträffen fick du ett antal uppgifter. Med dessa uppgifter som grund diskutera ett urval av nedanstående frågor:

- Har du använt något av det du lärde dig, i yrket men även i det vardagliga livet? Tror du att det har märkts – av de personer du träffat (i yrket eller privat)?
- Har cirkeln haft någon effekt på dina åsikter och/eller de arbetsmetoder du använder?
- Har du med dina ökade kunskaper kunnat påverka din arbetsplats/dina chefer?
- Om du är medlem i en organisation/förening – har din organisations insatser förändrats som följd av det du lärde er i cirkeln?
- Har dina kunskaper om vad du behöver göra ytterligare påverkat arbetets innehåll – alternativt inte påverkat alls?
- Har du kunnat använda kunskaperna för att öka samarbetet och samordning av resurser?



På nästa sida finns en tilläggsuppgift i mån av tid och intresse

Tilläggssteg för intresserade

I media och olika skrifter redovisas olika studier och resultat om cannabis och dess effekter. Som en vägledning för er som vill förbättra era förutsättningar att bättre ”tyda” studierna följer nedan en kort redovisning hur WHO gått tillväga för att bedöma orsakssamband i rapporten om hälso- och sociala effekter av icke-medicinsk användning av cannabis.

Det måste finnas ett samband mellan cannabisanvändningen och hälsoutfallet. Beviset kan komma från djurstudier, laboratoriestudier på människor, kontrollerade fallstudier och longitudinella epidemiologiska studier som följer samma grupp individer över tid. Om flera studier kommer fram till liknande resultat ökar förtroendet för att det finns ett samband.

Ett omvänt orsakssamband ska vara en osannolik förklaring till det samband som funnits. Här handlar det till exempel om att visa om cannabis användes innan ohälsan uppstod.

Det ska finnas bevis för att sambandet inte förklaras av andra okontrollerade faktorer eller faktorer som inte ingick i studien. Vanligaste problemet för att bedöma orsakssamband vad gäller cannabis är att de personer som använder cannabis också använder mer alkohol än icke-användare, röker tobak eller använder andra droger.

Det ska finnas bevis för att en orsaksrelation mellan cannabisanvändning och hälsoutfallet är biologiskt möjlig. Till exempel de biologiska effekterna av cannabisanvändning på hjärnan och andra kroppsfunktioner. Ett sådant samband blir starkare om det finns ett starkt samband mellan dosen och responsen och om det sker en återgång av hälsoeffekten efter det att substansen inte används.

Arbetsuppgift

- Välj ut en eller två studier i media eller vetenskapliga tidskrifter. Utgå från WHO:s fyra steg för att bedöma orsakssamband. Vad blir resultatet? Håller studien vetenskapligt?

Plats för anteckningar



Länsstyrelsen
Västra Götaland

Lennart Rådenmark
lennart.radenmark@lansstyrelsen.se
eller
Frida Silfversparre
frida.silfversparre@lansstyrelsen.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR FORSKNING OCH UTBILDNING
KRING RISKBRUK, MISSBRUK OCH BEROENDE (CERA)

Kristina Berglund
kristina.berglund@psy.gu.se