



RÅDGIVNINGSBYRÅN I NARKOTIKAFRÅGOR Lund

DE FÖRSTA 40 ÅREN

Bakgrund

Rådgivningsbyrån startades den 1 december 1972 med Lunds sjukvårdsdistrikt och Lunds kommun som huvudmän. Detta förhållande kvarstår fortfarande 1 december 2012.

Landstinget hade redan tidigare inrättat en speciell avdelning för narkotikamissbrukare om 18 platser för män och kvinnor vid St Lars sjukhus och Socialförvaltningen i Lund hade en egen öppen narkomanvårdsenhet, Spoletorp, i lokaler utanför förvaltningen där en socialassistent och en halvtidsanställd psykolog var verksamma. När RGB öppnades stängdes samtidigt Spoletorp. Narkomanvårdsavdelningen fortsatte sin verksamhet som tidigare.

RGB har mellan 1972 och 2005 varit belägen på Kyrkogatan 19, i den fd studentrestaurangen Konviktoriets lokaler. RGB hade fram till 2005 samma telefonnummer (11 75 75) därefter kom vid flytten till Lasarettområdet och Kiosksgatan 17 numret att ändras till 046-17 89 30. Öppettiderna var från början 8.00 - 16.45, tisdagar och torsdagar till kl 21.00. Man kunde besöka RGB utan att beställa tid, och en eftermiddag per vecka fanns det möjlighet att träffa en läkare.

Personalstyrkan omfattade föreståndare, 2 kuratorer/ socialassistenter (kommunanställda), 1/2 bitr. psykolog, 1 sjuksköterska, 1 sekreterare, 1/2 ekonomibiträde och 1/4 läkare.

I ett PM (1971-07-17) gavs följande riktlinjer ”*Verksamheten skall vara en integrerad social och sjukvårdande verksamhet, bedriven av sjukvårdshuvudmannen och socialförvaltningen i Lund i samarbete. I princip skall vid vårdcentralen mottagas vårdfall oberoende av vederbörandes hemvist, därest behov av omedelbara åtgärder från vårdcentralen sida bedömes föreligga. I praktiken torde verksamheten komma att omfatta främst Lund med omnejd. En aktivt uppsökande verksamhet skall bedrivas från vårdcentralen. Kontakter skall i förekommande fall tagas med anhöriga, övervakare, barn- och ungdomsvårdande myndigheter och organisationer, skolmyndigheter, föräldraföreningar etc. Rådgivning till t ex. föräldrar i narkotikafrågor bör ingå i centralens verksamhet. Vårdcentralens uppgift kan sägas bli dels att förebygga behov av slutenvård, dels att meddela eftervård som fortsättning på tidigare behandling i slutenvård.*”

Utöver ovanstående har byrån inte tilldelats någon officiell instruktion eller målsättning i arbetet, den har istället fått växa fram. Allmänt formulerat är RGB's uppgift att medverka till att narkotikamissbrukare slutar använda narkotika. Arbetsmetoden byggde på Free Clinics i USA (San Fransisco) och Utesektionen i Oslo's sätt att vara nära miljön där missbrukarna finns.

Alltsedan starten har inga restriktioner i ålder för besökarna gjorts, utan alla som önskat har erbjudits en kontakt. Fältarbetets huvudinriktning i början var att göra verksamheten känd i missbrukarkretsar så att dessa skulle våga besöka RGB. Erfarenheten visade snabbt att missbruket är förenat med en mängd olika negativa faktorer, och därför måste ett rejält vårdförsök som regel leda till en djupare kontakt än några samtal i gatuvimlet.

RGB har sedan starten träffat 6 132 personer som har gjort 169 121 besök. Nyrekryteringen ligger mellan 45 % till 60 % per år. Könsfördelningen är i genomsnitt 77 % män och 23 % kvinnor. Ca 60 % kommer från Lund. Den låga variationen genom åren inom och mellan de olika ålderskategorierna speglar väl det faktum att vi möter missbrukare i alla åldrar. 36,0 % (39,3 %) av patienterna/klienterna är under 25 år. Ålderskategorin under 25 år innehåller personer som har upp till 10 års narkotikamissbruk. Det är en medveten strävan att knyta till oss fler missbrukare i denna ålder. Nyrekryteringen bland dem som är under 25 år i genomsnitt 40 %.

2012 års verksamhetsinriktning

RGB har 2012 fem heltidstjänster och en deltidstjänst inom Psykiatri Skåne. Heltiderna är två sjuksköterskor, en socionom (teamledare), en medicinsk sekreterare och en psykolog. En läkare arbetar deltid. Lunds kommuns socialförvaltning har fyra heltidstjänster socionomer. RGB kan med denna tvärvetenskapligt utformade arbetsgrupp, med okomplicerat internt remitterande, möta den oftast komplicerade och sammansatta problembild som narkotikamissbrukare uppvisar.

RGB är en specialistmottagning för narkomaner i det södra sjukvårdsområdet d.v.s. Skåne, Blekinge, Kronobergs län samt Halland, med speciell inriktning mot Lunds kommun. Vårt uppdrag är att ta emot dem som är 18 år och äldre förutom i Lunds kommun, där Socialtjänstens personal även tar emot dem som är yngre. De som bor utanför Lunds kommun och är under 18 år får ta kontakt med Barn och Ungdomspsykiatri eller respektive Socialförvaltning.

RGB når missbrukare i alla samhällsskikt och stadier i missbrukskarriären. Omkring hälften av klienterna/patienterna har ingen kontakt med andra myndigheter. Ca 60 procent av besökarna kommer på eget initiativ. Övriga kommer i samråd med företrädesvis socialtjänst, sjukvård eller familjemedlemmar. Det är vår erfarenhet att drivkraften in i ett missbruk innehåller en social eller psykologisk brist.

I mötet mellan behandlare och patient är det av stor vikt att fokusera på eventuell förekomst av samsjuklighet, dvs. missbruk av narkotika och förekomst av psykisk sjukdom. Tillgänglig forskning ger vid handen att missbruk hos ungdomar är förenat med en hög psykiatrisk samsjuklighet liksom med normbrytande beteende. Missbruk hos ungdomar har sällan hunnit leda till så allvarliga medicinska problem att individen söker vård av den anledningen. Missbruk hos ungdomar måste därför hanteras på ett annat sätt än för vuxna. Det är därför angeläget att lyfta fram att allsidig utredning/diagnostik kommer alla ungdomar med missbruk till del såväl inom hälso- och sjukvård som socialtjänst. I studier genomförda bland ungdomar i normalbefolkningen i Sverige som använder, missbrukar eller är beroende av någon substans kan man slå fast att 60 procent någon gång i sitt liv också har uppfyllt kriterierna för en psykiatrisk störning. I en studie av svenska ungdomar med missbruksproblem/riskbruk framkom att 90 procent av flickorna respektive 82 procent av pojkarna någon gång i livet hade uppfyllt kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Detta för med sig att det är nödvändigt att RGB har ett integrerat samsjuklighet perspektiv i sin behandlingsmodell.

Kontakten med RGB sker på frivillig grund och äger huvudsakligen rum i avtalade individuella kontakter. Kontakten med RGB sker enligt personlig överenskommelse med behandlaren. I flera ärenden är mer än en behandlare engagerad. För att bättre hjälpa cannabissmissbrukare, framförallt de yngsta, startades under 2004 ett strukturerat cannabisprogram (HAP) för personer mellan 18-25 år och 2010 startades ett ungdoms- och familjeanpassat cannabisprogram för personer under 18 år och deras föräldrar. Två medarbetare arbetar med unga cannabissmissbrukare under 25 år. De samarbetar med föräldrar, gymnasieskolor, ungdomsmottagning och grupper som har ungdomar som fokus.

En viktig funktion i verksamheten är att vi ger en möjlighet till direkt kontakt med vår personal för t ex rådgivning per telefon. RGB har också som uppdrag att förmedla kunskap om narkotika och dess påverkan på människor. Detta görs via studiebesök eller utbildning till myndighetspersoner och samarbetspartners. Via Rådgivningsbyråns hemsida (www.droginform.com) förmedlas kunskapen till skolungdomar och andra intresserade. Här finns också vägledning för dem som vill sluta missbruka på egen hand.

Uppdraget är sedan 1972 att inom upptagningsområdet ge eller förmedla

- Förebyggande arbete genom undervisning, föreläsningar, studiebesök och handledning.
- Rådgivning per telefon eller personligt besök.
- Motivationsarbete.
- Behandling; psykologisk, medicinsk-psykiatrisk och psykosocial.
- Eftervård.

Utveckling av kompetens har pågått under alla år och 2012 kan RGB erbjuda

- Avgiftning i öppenvård
- Medicinsk-psykiatrisk bedömning
- Psykologisk utredning
- Hjälptill motivation
- Jagstödande samtal
- Stöd till anhöriga
- Stöd till f.d. missbrukare
- Strukturerad behandling av cannabisberoende
- Ungdoms- och familjeanpassad cannabisbehandling
- Behandlingsplanering
- Neuropsykologisk bedömning
- Medicinsk omvårdnad
- Rådgivning
- Psykoterapi

Utvecklingsmål för verksamheten

- Utveckla programverksamhet för unga cannabismissbrukare och deras familjer.
- Omvandla nya forskningsrön avseende olika droger till fungerande strategier i behandlingsarbetet.
- Utveckla självhjälpsstrategier
- Förmedla kunskap om drogers inverkan på människan via www.droginform.com.
- Utveckla samarbetet kring patienter med missbruk tillsammans med andra vårdgivare ex. socialförvaltning, infektionsklinik, BUP samt övrig psykiatri.
- Utveckla kunskapen kring återfallsprevention och restillstånd.
- Samverka kring patienter i underhållsbehandling.
- Utveckla programverksamhet för f.d. missbrukare med uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar.

Vårdprogram för patienter med koncentrations-/uppmärksamhetsstörning + missbruks/beroendediagnos).

Programmet består av fyra delar.

Ingången sker via egen remiss eller remiss från annan vårdgivare och startar med att en behandlingskontakt etableras hos en av RGB's behandlare.

(A) Den första fasen är *Utredningsfasen* och kan vara mellan en och tre månader, beroende av varje patients eget missbruksmönster. Under denna period får patienten en egen behandlare som gör bedömning och avgiftning för att individen ska bli stabil i sin missbruksfrihet. Patienten får även under denna tid träffa läkare. Drogtester ordineras under denna period. När behandlaren bedömer patienten som möjlig att testa så bokas en testtid med psykologen. När testningen har genomförts får patienten och behandlaren en detaljerad feedback för att möjliggöra fortsatt arbete med problematiken. Kontakt med sjuksköterska för provtagning och hälsokontroll görs. Patienten sätts upp på en ny läkartid för ställningstagande för eventuell åtgärd.

(B) Den andra fasen är *Inställningsfasen* och består av en fortlöpande behandlingskontakt hos behandlare sjuksköterska och överläkare. Vid medicinsk justering sker en omtesning hos psykolog. Inställning kan vara i upp till sex veckor.

(C) Den tredje fasen är *Behandlingsfasen* som kan vara i upp till 12 månader. I denna fas sker en fortsatt kontakt med behandlare, sjuksköterska och överläkare.

(D) Den fjärde fasen är *Underhållsfasen* som kan vara från 1 år och framåt. I denna fas fortsätter kontakten med behandlaren. Kontakt med sjuksköterska och Överläkare glesas ut.

Beskrivning av Haschavvänjningsprogrammet (Hap) och Ungdoms- och familjeanpassad cannabisbehandling.

Hap riktar sig till personer som är ca 18-25 år som röker cannabis och som innefattar 18 samtal under ca 2 månaders tid. Programmet baseras på hur en individ påverkas medicinskt, psykologiskt och socialt av ett regelbundet cannabisbruk. Den ungdoms- och familjeanpassade cannabisbehandlingen vänder sig till ungdomar under 18 år och deras föräldrar. Både ungdomen och föräldrarna erbjuds samtal enskilt och tillsammans under ca en månads tid. Frågor som tas upp är t.ex. vilken funktion drogen har fyllt, frigörelse, ansvar, familjens roll och individens sårbarhet. Behandlarna gör också en bedömning av drogandets svårighetsgrad och om ytterligare insatser behövs för familjen.

RGB 2012

Allmän telefon 046-17 89 30 (må-fre 13.00-15.00, fax 046-17 60 92)

Email:rgb.psyk@skane.se; radgivningsbyran@droginform.com

Dan Ericsson, Teamledare/Socionom	046-17 89 31	Röstbrevlåda
Thomas Lundqvist, psykolog	046-17 89 32	Röstbrevlåda
Louise Alvmark Wennström, sjuksköterska	046-17 89 34	Röstbrevlåda
Mats Zaar, sjuksköterska	046-17 89 40	Röstbrevlåda
Martin Olsson, läkare		
Ida Andersson, medicinsk sekreterare	046-17 89 41	
Birgitta Edling, socionom.	046- 35 55 35	Röstbrevlåda
Jan-Anders Nilsson, socionom	046- 35 65 37	Röstbrevlåda
Amelie Andersson, socionom.	046-35 55 36	Röstbrevlåda
Hilde Pettersson socionom	046-35 55 26	Röstbrevlåda

År för år

1974: Sedan 1974 har en diskussion pågått om balansen mellan öppen och tidsbeställd verksamhet. RGB's strävan har varit att parallellt med aktivt behandlingsarbete hålla en öppen mottagning helt utan tidsbeställningar och liknande. Dessa båda aktiviteter är tidsmässigt svåra att pussla ihop. Den öppna mottagning binder personalen som just då inte kan delta i hembesök, individualterapi, familjesamtal etc. och å andra sidan binder dessa senare verksamheter personal som inte kan delta i motivations- och rekryteringsarbetet i den öppna mottagningen.

Vi har emellertid funnit det meningslöst att koncentrera all ansträngning på endast ettdera av dessa moment. Att endast driva en öppen mottagning, av nödvändighet ganska litet uppbyggd av formalia, urartar lätt till vad som brukar benämnas "värmestuga", och en koncentration uteslutande på behandlingsarbete får snart problem med att finna arbetsuppgifter. Missbrukare står nämligen inte i kö för att bli "behandlade".

1976 konstaterades att ökningen i antalet läkarbesök kunde ha varit en följd av missbrukets förändring, men troligen berodde på att sjukskrivning var en bekväm försörjningsform. Arbetstekniskt innebar många läkarbesök en så kraftig snedbelastning av den totala verksamheten att särskilda åtgärder behövde vidtagas för att balansera verksamheten. Inte så att läkarmottagningen skulle utökas, utan denna mottagning måste länkas samman med övrig verksamhet så, att den mera utgjorde ett komplement i ärenden där det krävdes läkarmedverkan. Sekreterartjänsten omvandlades 1976 till en mentalskötartjänst.

1976/1977 stramades den tidigare relativt frikostiga öppethållandepolitiken åt avsevärt, för att öka smidigheten i byråns agerande. I fortsättningen kom RGB att vara öppen för oanmälda besök vardagar 10 - 12 respektive 13 - 14.30. Tiden därutöver bands upp för ostört arbete av individual- eller gruppkaraktär.

1976 konstaterades att narkotikasituationen i Lund med omnejd under året kännetecknats av bl.a. följande förhållanden: Övergång till heroin från morfin och morfinbas, kortare period mellan debut och narkomanidentitet, tidigare okända knarkargång upptäcktes, ökat våldsinslag.

Situationen påverkades redan då av svårigheter på bostads- och arbetsmarknad. Det har genom åren konstaterats att vård av narkomaner inte sker genom enbart en myndighets försorg, utan att det krävs gemensamma riktade insatser.

Under alla år så har det i princip rått högkonjunktur på narkotikamarknaden och lågkonjunktur på arbetsmarknaden för dessa klienter. Detta har inneburit att man i större utsträckning än vad som har varit nödvändigt placerat klienter på behandlingshem. Dels därför att dessa har framstått som värdefulla behandlingskomplement men också därför att arbetslöshet och allmänt oordnade sociala förhållanden håller kvar missbrukarna i narkotikamiljön och fortsatt misär.

1978: Könsfördelning inom klientgruppen har under årens lopp varit tämligen konstant. En förskjutning uppåt i åldrarna ägde rum tidigt. Ett samtidigt bruk av fler än en drog har sedan dess varit vanligt. Genomsnitts åldern har varit mellan 23-25 år.

1980: Vi ser nu att antalet tidsbeställda besök är ca 4 ggr större än de spontana besöken, vilket följer den trend som inleddes ett par år tidigare.

1981: Besöken på RGB har ökat med 40.4% under 1981. Anledningen till denna ökning finner vi främst i ungdomsgruppen 19-24 år, som i sig ökade med 155 %. Hasch är numera den vanligaste drogen bland våra klienter.

En markant ökning i besök från södra landstingsområdet har också skett. En intensiv informationsverksamhet i kranskommunerna ökade medvetenheten om farorna med hasch. Detta har med stor sannolikhet bidragit till den ökade rekryteringen i ungdomsgruppen.

Heroinmissbruket har minskat förmodligen som en följd av att missbrukaren får allt svårare att finansiera det dyra missbruket. Däremot är haschets uppgång en källa till oro. Det har blivit en förrädisk ungdomsdrog.

1982 började idéer om bra ANT-undervisning ta form.

1983: RGB fick ett tillskott på en psykologtjänst. Nu är personalsammansättningen 1 föreståndare, 1,5 psykolog, 1 sjuksköterska, 1 skötare i psykiatrisk vård, 2 socialsekreterare, 1/4 läkare.

Det ökade antalet haschrökare medförde också att bilden av haschmissbrukaren och hur man hanterar denne, tog en konkret form som leder fram till Boken och metoden "Vägen ut ur haschmissbruket" som kom 1988, skriven av Thomas Lundqvist och Dan Eriksson.

1984: RGB fick ett tillskott på en beredskapsarbetare som tillsammans med socialförvaltningen startade ett styrketräningsprojekt.

1985: Ytterligare en skötartjänst knyts till RGB. Personalsammansättningen är nu 1 föreståndare, 1,5 psykolog, 1 sjuksköterska, 2 skötare i psykiatrisk vård, 2 socialsekreterare, 1/4 läkare.

Styrkeprojektet fortsätter. Lund står för hälften av klienttillströmningen.

1987: Under hösten 1987 togs en skötaretjänst bort. Två personer var tjänstlediga på hösten, under tre respektive en månad för att sammanställa erfarenheterna om arbetet med haschrökare i bokform.

1988: Den andra skötaretjänsten omvandlas till en sjukskötersketjänst.

Personalsammansättningen är nu föreståndare, 1,5 psykolog, 2 sjuksköterskor, 2 socialsekreterare, 1/4 läkare.

Ansökan om statliga HIV/AIDS medel för att förstärka den befintliga men hårt ansatta öppna narkomanvården gjordes. Ansökan gällde två heltidstjänster, 1 psykolog- och 1 kuratorstjänst. Psykologtjänsten vikariebesattes i **april -89** och befattningshavaren tillträdde i september -89. Kuratorstjänsten tillträdde i **juni -89**. Tanken var att dessa tjänster på sikt skulle permanentas. Syfte: Att förstärka existerande vård för att därigenom göra det möjligt att fånga upp fler klienter i en strukturerad och fungerande öppenvårdskontakt samt med en uttalad övertygelse att en öppen, välstrukturerad och tillgänglig narkomanvård är HIV/AIDS-preventiv i sig.

Boken "Vägen ut ur haschmissbruket" publiceras i juni, skriven av Thomas Lundqvist och Dan Ericsson.

1989: De ovannämnda projektjänsterna med HIV/AIDS medel från staten inrättades. En 1/2 psykologtjänst gavs till avdelning 1F. Personalsammansättningen är nu föreståndare, 2 psykologer, 2 sjuksköterska, 1 kurator, 2 socialsekreterare, 1/4 läkare. En anhörig grupp startades och ett samarbete med infektionskliniken inleddes.

1990: Läkartjänsten blir nu en hel överläkartjänst.

1991: Tanken om en strukturerad dagverksamhet växte fram. Skriften "Om hasch och påverkan" publiceras av Thomas Lundqvist.

En seminarierie för ANT-arbetslag i de olika rektorsområden, som planerats tidigare under hösten (1990) genomfördes under detta år.

1993: En sjukskötersketjänst har tagits bort i de nedskärningar som sker inom sjukvården (from april). Bidraget till HIV/AIDS tjänsterna halveras och kurator tjänsten försvinner därmed (from juni).

1994: Från den 1/10 är personalsammansättningen föreståndare, 1 psykolog, 1 sjuksköterska, 2 socialsekreterare, 1 läkare, eftersom den projektanställda psykologen efter fem års projektanställning går över till annan psykiatrisk verksamhet. Permanentningen av de två tjänsterna har misslyckats.

Det blev en markant ökning av antal klienter och besök när projektjänsterna tillträdde -89. Kvalitativt har det inneburit att fler klienter har kunnat erbjudas en strukturerad vårdkontakt med bättre uppföljningsmöjligheter.

Den uppenbart stora psykiatriska tyngden hos en stor del av klienterna har på ett bättre sätt uppmärksamats och kunnat ges adekvat behandling.

Tillskottet av de två tjänsterna har också inneburit en ökad satsning på preventivt hälso- och sjukvårdsarbete i form av riktade utbildningsinsatser gentemot skolor, elever, lärare och föräldrar samt socialtjänst, kriminalvård, fritidssektorn och övrig sjukvård.

Dessutom har det inneburit att ett konkret åtgärdsprogram har kunnat utarbetas, initierat av RGB och i samarbete med skolhälsovården riktat mot Lunds skolor. Åtgärdsprogrammets syfte är att sprida det preventiva arbetet ut till skolorna, ge utsedd skolpersonal adekvat utbildning och stöd samt att skapa ett lokalt åtgärdsprogram för att därigenom möjliggöra tidig upptäckt och adekvat intervention.

RGB har i förhållande till personalstaten en stor ärendemängd, klienter med ett tungt destruktivt missbruk, uttalade och synliga psykiatriska, medicinska, psykologiska och sociala komplikationer.

För att bibehålla möjligheten att ge dessa klienter adekvat vård samt att kunna fortsätta det preventiva utåtriktade arbetet hade det varit av största vikt att permanenta de två projektjänsterna på Rådgivningsbyrån.

Den nuvarande omstruktureringen med de kända besparingskraven påverkar RGB's verksamhet på följande sätt. En sjukskötersketjänst har dragits in och dessutom har medel till en HIV tjänst försvunnit, och den återstående projektjänsten blev inte permanentad. Detta innebär i praktiken en stor nedskärning av verksamheten. En verksamhet som bygger på vilken kontaktyta man förmår bygga upp mot missbruksgruppen. Det rubbar den gynnsamma strukturen och balansen som har skapats med den tvärvetenskapliga sammansättningen, d.v.s. att kunna möta den multiproblembild som narkotika missbrukaren uppvisar. RGB's framtida verksamhet kommer med stor sannolikhet att bli mindre öppen.

1995: Tillskott av 1,0 sjuksköterska, 0,5 psykologtjänst och 0,25 kuratorstjänst tillkommer. Läkarsresursen reduceras. Personalsammansättningen är nu 1,0 föreståndare, 1,5 psykologer, 2,0 sjuksköterskor, 0,25 kurator, 2,0 socialsekreterare och 0,25 läkare.

Rådgivningbyråns Dagvård, en öppenvårdsbehandling för narkomaner tillhörande Lunds kommun, startades i början av 1995. Behandlingsformen är en strukturerad dagverksamhet (må-fre, 10-16) som kombineras med regelbunden samtalsbehandling på RGB. Verksamheten bedrivs i Lunds kommuns regi, under vuxensektionen.

Personalstyrkan består av 2,5 behandlingsassistenttjänster. Verksamheten har sex heltidsplatser för klienter remitterade av RGB. I mån av plats tas även externa placeringar emot, mot en avgift av för närvarande 8 700 kr/må.

Målgruppen är personer med narkotikamissbruk, män och kvinnor från 20 år och äldre och riktar sig till personer i behov av, mellansteg på väg mot annan sysselsättning, längre tids öppenvårdsbehandling, en provotid för bedömning av vilken form av behandling som är lämplig, en förberedelse för behandlingshem och i avvaktan på där ledig plats, utslussning från vistelse på behandlingshem.

Målgruppen blir således en heterogen grupp och spänner över hela missbrukskarriären från utbrytningsförsöksfasen, behandlingsfasen samt frigörelse från narkomanidentiteten. Det är däremot inte lämpligt att ta klienter som är inne i ett tvångsmässigt missbruk, eftersom de då riskerar rasera den bräckliga grund av drogfrihet som de andra har lyckats skapa sig.

1996: 1,0 sjukskötersketjänst tas bort. Personalsammansättningen är nu 1,0 föreståndare, 1,5 psykologer, 1,0 sjuksköterska, 0,25 kurator, 2,0 socialsekreterare och 0,25 läkare.

1997: 41 % av RGB's besökare initierar kontakten på eget initiativ. 46 % av klienterna har inte kontakt med andra myndigheter

De ovan nämnda förändringar i verksamheten speglas i förändringar av statistiken.

Verksamheten bygger på vilken kontaktyta som byggs upp mot missbruksgruppen. Stora förändringar rubbar den gynnsamma strukturen och balansen som har skapats med den tvärvetenskapliga sammansättningen, dvs att kunna möta den multiproblembild som narkotika missbrukaren uppvisar.

1998: Två av personalen påbörjade under året en utbildning i Kognitiv psykoterapi. Återbudsfrekvensen under 1998 var ca 19 %. Dropoutfrekvensen (k/p som uteblir utan att meddela sig) var ca 8 %.

Ökningen av besök till socialsekreterarna beror på utökad antal personaltimmar fr.o.m. oktober-98. Sedan februari har också landstingsdelen utökad med 0,5 tjänst psykolog. Siffrorna visar på en stabil ny tillströmning av klienter/patienter och att de senaste 10 årens siffror enbart har marginella förändringar.

1999: Människor i alla åldrar, som har ett narkotikarelaterat problem kan söka sig till RGB. Detta har inneburit att en speciell enhet inom RGB har kunnat utvecklas. **Rådgivningsbyråns Ungdomsteam (RUT)** startades 1999. RUT har som uppgift att bedriva information och rådgivning samt förmedla eller ge behandling åt ungdomar upp till 20 år, som missbrukar narkotika eller befinner sig i riskzonen för missbruk, samt deras föräldrar. Verksamheten är riktad mot Lunds kommun och är öppen måndag till fredag under dagtid. Tidsbeställning sker per telefon.

2000: Personalen på RUT tog emot 64 (71) personer som gjorde 847 (1061) besök. 40 personer var nya. Därutöver tog RUT emot 53 föräldrar (40 nya) till ungdomarna som behövde en längre tids stöd.

2001: Personalen på RUT tog emot 67 (64) personer som gjorde 775 (847) besök. 49 (40) personer var nya. I 62 ärenden deltog också en eller flera anhöriga, se särskilt avsnitt.

Man kan utläsa av statistiken för 2001 att fokus har hamnat på åldersgruppen 15 till 18 år, vilket i missbrukskarriärstermer är experimentfas och tidig anpassningsfas. De nya är i huvudsak 15 och 16 år, alltså experimentfasen. Fokus i verksamheten är tidigt upptäckande och tidig insats. Siffrorna visar att det också sker.

2002: Kontaktfrekvensen under 2002 har fördelat sig så att 42% har träffat oss fem gånger eller färre, 28% mellan sex till tio gånger, 22% mellan elva till tjugo gånger, 6% mellan 21 till 40 gånger och 2% har vi träffat 41 gånger eller mer.

Återbudsfrekvensen under 2002 var ca 10 procent (9 procent). Drop-outfrekvensen (k/p som uteblir utan att meddela sig) var ca 11 procent (10 procent).

Personalen på RUT tog emot 63 (67) personer som gjorde 558 (775) besök. 50 (49) personer var nya. RUT hade kontakt med 68 anhöriga.

2004: För att bättre kunna tillgodose cannabissmissbrukarnas, framförallt de yngstas behov, startades under 2004 ett strukturerat cannabisprogram (HAP). Två medarbetare skall på halvtid behandla unga cannabissmissbrukare under 25 år.

2005 flyttade RGB till nya lokaler inom Lunds lasarets område, Kioskgatan 17. Nytt telefonnummer är 046-17 89 30.

2006: Besöksstatistiken visade inte någon nedgång på grund av flytten till nya lokaler.

2007: Sammanfattning och kommentarer till 2007 siffror.

Aldrig tidigare har så många nya sökt sig till RGB som under 2007. Nybesöken utgör 53, 2 % av det totala antalet individer som besökt RGB under året. Det innebär att det blev ca 1 000 fler besök än föregående år, vilket är den högsta siffran sedan 1992. I genomsnitt träffar vi individerna 11 gånger.

Drop-out frekvensen är fortsatt låg och var under 2007 11 %. Vår läkare träffar 144 av våra 392 patienter/klienter, vilket utgör 36,7 %. Ytterligare ett antal (ca 10 %) har sin patientansvarige läkare utanför RGB.

Sammanfattning av prefererad drog

30,0 % är cannabissmissbrukare

14,5 % var fd missbrukare som går i fortsatt behandling.

14,0 % är blandmissbrukare

12,8 % är opiatmissbrukare

8,7 % var enbart körkortsbedömningar.

7,6 % är centralstimulerande missbrukare

6,4 % är inställda på legal underhållningsbehandling.

2,8 % är läkemedelsmissbrukare

2,0 % angav alkohol som prefererad drog.

1,2 % övrigt

60 % (64 %) av cannabisrökarna är under 24 år, 29,2% (29,4 %) var under 18 år.

Personer med blandmissbruket ökar markant för tredje året i följd och utgör 14,0 %.

Personer med opiatmissbruk ökar också och utgör 12,8 %.

2008 – 2012: fortsätter utvecklingsarbete och RGB's personal utbildar behandlare inom upptagningsområdet i HAP.

Multiproblembilder

Under sent 1990-tal har nya grupper av ungdomar tillkommit, som präglas av mer komplex problematik än tidigare år. Dessa har samtidigt med missbruk uppgett symtom som:

- ätstörning.
- självska debeteende.
- suicidförsök, nästan alla narkotikamissbrukare anger att vid något tillfälle allvarligt har tänkt tanken att ta sitt liv.
- uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar.
- avancerat blandmissbruk av droger alkohol och tabletter.

En modern vård ska kunna ta emot:

- vuxna kroniska heroinmissbrukare för vilka alla andra vårdinsatser varit resultatlösa. Den här gruppen kan få en verkningsfull hjälp inom välstrukturerade substitutionsprogram.
- unga vuxna heroinmissbrukare (18- 25 år) där en kombination av substitution och psykosociala insatser sker i ett strukturerat sammanhang.
- kroniska amfetaminmissbrukare (debut under 60-, 70-, och 80-talet), ofta med bakomliggande neuropsykiatrisk störning (ADHD/DAMP med conduct disorder). Denna grupp kan, enligt beprövad erfarenhet och med hjälp av kognitiva tekniker i kombination med nyare antidepressiva mediciner hjälpas ur en annars vanlig utveckling mot fördjupat missbruk och narkotikarelaterad brottslighet.
- tonåringar och unga vuxna med missbruk och samtidig ätstörning, självska debeteende, uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar.
- unga cannabismissbrukare med tidig start i missbruk. Cannabismissbruk är utbrett långt ner i åldrarna med konsekvenser i form av försämrade studieresultat och småkriminalitet. Med kraftfulla interventioner i samarbete mellan familj, socialtjänst och skola kan många fås att upphöra med missbruket, vilket annars riskerar att få ett mångårigt förlopp. Vården måste kunna anpassas till den grad av missbruk som individen uppvisar, dvs. kortare program för mildare form av beroende och längre för de som har ett regelbundet missbruk i mer än sex månader. Detta ställer stora krav på det inre arbetets planering.
- unga missbrukare av s.k. partydroger (ecstasy, GHB, kokain mm), vilket förekommer inom skenbart väletablerade kretsar och som framkallar ett starkt psykiskt beroende. Denna grupp utgör redan, via sin psykiatriska symtombild, en grupp inom både ungdoms- och vuxenpsykiatri, utan att avslöja sin missbruksbakgrund. Dessa kommer med stor sannolikhet i framtiden utgöra en svårdiagnostiserad grupp på psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Dessa patienter kan uppvisa svåra ångesttillstånd och depressiva reaktioner med tvångsinslag samt sömnstörningar, i vissa fall liknande autismspektrum störningar.
- kvinnor i tonåren och upp till 25-årsåldern som under något års kontakter med kvalificerade missbrukskretsar kan dras in i ett närmaste fritt fall mot tungt heroinmissbruk, social utslagning, prostitution och blodsmitta (HIV).
- iatrogena tablettmissbrukare i behov av poliklinisk avgiftning och kognitiva program.
- kvinnliga missbrukare i alla åldrar. Kvinnligt narkotikamissbruk skiljer sig ofta från den gängse narkomanbeskrivning och behöver därför ett speciellt bemötande.

RGB har av rimliga skäl legat utanför myndighetsdomäner med hög tillgänglighet och anonymitet för patienterna och anhöriga. RGB har också varit en ö i myndighetsvärlden, där missbrukare har blivit bemötta med respekt och förståelse. De har fått framlägga sin problematik och med åren har vi också lärt oss att ställa de rätta frågorna och på det viset försökt skapa en arbetsallians. Med denna allians har vi sedan kunnat utföra en behandling i ett klimat där kliniska observationer har kunnat vägas mot vetenskapliga fynd. Det har funnits en frihet och tid i verksamheten att utforma metoder som bygger på dessa kliniska fynd och observationer. Det innebär att patienterna får den tid på sig som vi och de själva anser

nödvändig och om behov uppstår, att de ges möjlighet att efter något år återuppta kontakten.

Detta fungerar så länge det finns stor kontinuitet och stabilitet i personalgruppen. Tanken är att den som ringer till RGB ska nå en person som kan ämnet och tar sig tid att lyssna. Om det gäller en behandlingskontakt så ska den kunna erbjudas nästkommande måndag, då vi har fördelning av nya klienter. Ju fler anställda som har kunnat ta emot ju fler missbrukare har vi haft i kontaktnätet (se statistik). Vårt rykte är att till RGB vänder man sig när man bestämt sig för att sluta med sitt missbruk, eller känner att man behöver prata med någon med stor förståelse för missbruksproblematik. Denna position är något som hela tiden är en färskvara och som måste underhållas. På detta sätt har vi ett skyltfönster mot många olika grupper, som ofta inte är kända av myndigheter. Vi använder en definition på missbruk som innebär att om individen upplever det som ett problem och söker hjälp så ska vi hjälpa oavsett hur kort tid eller hur många sessioner det kommer att ta innan han/hon klarar sig själv. Vi har klienter som har haft mångårig kontakt, men också de som fått hjälp efter endast några sessioner. RGB kan via sina olika yrkeskategorier möta den multiproblembild som många missbrukare uppvisar.

Sedan 1990 har vi från RGB's horisont kunnat urskilja två utvecklingar. Dels en nedmontering av kompensatoriska system i skola och fritidsverksamheter, vilket sannolikt har medfört ett ökat missbruk. Dels har de skett en samtidig nedmontering av den offentliga och privata narkomanvården. RGB's personal har därför tvingats arbeta med fler patienter i en grupp av mycket destruktiva personer, med sviktande stödsystem och dålig förankring i övrig vård.

RGB statistik

Ett internt styrmedel är den årliga statistksammanställningen. Vi har under de gångna åren med hjälp av denna kunnat visa effekter av olika förslag om flyttningar och inriktningar, som i regel har varit hugskott från personer som i huvudsak tänker på annat än kvalitet i vården. Vissa förändringar har inte kunnat avstyras såsom, hur ansvaret för de under 18 som har kontakt med landstingspersonal ska se ut. Efter många turer blev vi av med möjligheten att på landstingssidan sköta missbruksvården för dem som är under 18 år. De kommunanställda tar ungdomar under 18 år som är bosatta i Lunds kommun. RGB's psykolog (Thomas Lundqvist) har fått godkänt att vara psykolog även för dem som är under 18 och därigenom har praxis blivit att psykologen utför testningar och konsultarbete inom barn- och ungdomspsykiatri. Dock har antalet patienter under 18 år sjunkit kraftigt. År 2000 hade vi kontakt med 79 personer att jämföra med 2004 då siffran sjunkit till 29 st. Vi har kontrollerat med BUP om de har tagit emot fler än tidigare. Det har de inte gjort, så nu har vi med stor sannolikhets förlorat kontakten med en viktig grupp. Just pga. av att ett organisatoriskt tillkortakommande har fått styra vården. Verkligheten är nu att vi väntar ca två år, så att de blir 18 innan vi kan erbjuda dem vård. Detta eftersom de psykiatriska mottagningarna har en större mottagningsyta och vid missbruk remitterar dem till RGB. Ofta uppstår då ett logistiskt problem i vården. Om vi får en arbetsallians till stånd, så stannar patienten kvar i RGB's regi även efter avgiftning. De flesta andra mottagningarna kräver 6 månaders drogfrihet innan de tar sig an patienten. Vilket innebär att vi även hanterar den psykiatriska symtombilden. Det borde diskuteras en närmare samverkan mellan de olika psykiatriska specialiteterna.

Vad behövs?

Vi kan ge garantier för att ett begränsat resurstillskott kommer att ge betydande specificerbara positiva effekter. Vi vill lyfta fram några områden där en sådan ökad satsning skulle vara särskilt angelägen.

- Fokus på vård för *unga vuxna missbrukare*, där kontakten med nuvarande vårdinstanser ofta är mycket liten, skulle en utbyggnad av Rådgivningsbyråns verksamhet med särskild inriktning på utvecklande av metoder att nå denna grupp vara en uppenbar prioritet för vuxen- och barnpsykiatri tillsammans
- *Utredning och behandling av missbrukare med uppmärksamhets och koncentrationsstörningar, ung som gammal*. Detta kräver tillskott av utrednings- och behandlingsresurser (kognitiva tekniker). Det finns speciella avdelningar för detta redan i Stockholm (Dr Johan Franck) och Göteborg (Dr Bo Söderpalm).
- *Poliklinisk avgiftning av iatrogen missbruk*. Det finns behov av en mer strukturerad och medveten öppenvårdssatsning för människor som fastnat i missbruk av analgetika och bensodiazepiner. Önskvärt vore att inom ramen för psykiatrin i Lund skapa ett koncept där RGB sköter samtalsbehandlingen i nära samarbete med någon enhet inom öppenvården som sköter och administrerar nedtrappningen.
- Köerna till *underhållsbehandling* måste kortas. Nuvarande situation innebär att heroinister, till stort lidande för den enskilde och anhöriga och till stora samhällsekonomiska kostnader måste vänta, utan rimliga skäl, på en väl dokumenterad behandling
- *Speciellt fokus på heroinister i tidigt skede* av karriären. Ett *Subutexprogram* ger möjlighet för dem som är motiverade, att upphöra med sitt missbruk (i kombination med psykosociala insatser).

Missbruksverksamheterna i Lund har i t ex uppbyggnaden av en helt ny form av avgiftningsverksamhet i dagpsykiatrisk vård visat på en förnyelseförmåga och en kraft att genomföra förändringar under pressade omständigheter. Med en ökad resurstilldelning av blygsam omfattning skulle med fullständig säkerhet ett betydande antal missbrukare, bland dem många unga vuxna, kunna hjälpas från ett accelererande drogberoende och social marginalisering till ett värdigt liv.

Den utveckling som vi nu skönjer är att allt mer personaltid riktas mot den gruppen som får hjälp via underhållsprogrammen i och med att Socialstyrelsen har villkorat den medicinska behandlingen med psykosociala behandlingsinsatser.

Det är också viktigt att påpeka att sprutbytesverksamheten vid Infektionskliniken och dess framtida verksamhet bygger på möjligheten att kunna erbjuda narkomanvård till dem som ingår i programmet. Fördelningen inom den patientgrupp som byter sprutor är ca 50 % opiatmissbrukare

Modern missbrukarvård bör vila på en plattform av:

- Kunskap om drogernas inverkan på det mänskliga psyket.
- Hänsyn till i vilket skede av karriären missbrukaren befinner sig och behandlingsinterventionerna bör vara fasspecifik.
- Att missbrukaren har motivation till behandling.
- Att missbrukaren bibringas medvetenhet om sina missbruksproblem.
- Att behandlaren i ett psykosocialt perspektiv fokuserar på missbruket som en reglering av självet.
- Att behandlaren har en eklektisk grundsyn.
- Att patienterna bör kunna matchas till behandlare.
- Att pedagogisk information om farmakologiska effekter bör ingå i behandling.
- Att behandlingen utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.

Besöksfrekvens RGB 1973-2012

År	Pers	Nya	% nya	Besök
1973	165	165	100	2166
1974	186	114	61,3	1918
1975	200	109	54,5	2518
1976	185	79	42,7	2416
1977	175	71	40,6	2006
1978	155	51	32,9	2548
1979	183	65	37,6	2080
1980	175	40	22,9	2287
1981	216	93	43,1	3210
1982	228	85	37,3	3761
1983	218	95	43,6	3179
1984	263	131	49,8	3076
1985	209	81	38,7	3046
1986	254	103	40,6	2771
1987	304	169	55,6	3904
1988	344	147	42,7	4005
1989	402	196	48,7	6134
1990	416	157	37,7	6175
1991	390	163	41,8	5986
1992	494	107	21,7	7021
1993	420	130	31,0	5218
1994	410	110	26,8	5150
1995	300	155	51,7	3809
1996	284	100	35,2	4133
1997	330	173	52,4	4446
1998	318	157	49,4	4451
1999	387	245	63,3	4412
2000	416	190	45,7	5265
2001	392	197	50,3	5173
2002	407	189	46,4	5487
2003	396	148	37,4	4 488
2004	374	171	45,5	4 869
2005	411	191	46,3	5 377
2006	436	238	54,6	4 925
2007	479	255	53,2	5 800
2008	468	244	52,1	5 255
2009	512	302	58,9	5 887
2010	482	274	56,8	5 373
2011	394	212	53,8	4 648

2012 uppskattas till samma nivå som 2011