Vård bakom låsta dörrar

Lunden, ett LVM-hem för kvinnor

Bengt Svensson

Forskningsrapport nr 1 2001

Statens institutions styrelse SiS
FOU

Vård bakom låsta dörrar

Lunden, ett LVM-hem för kvinnor

Bengt Svensson

Författarpresentation

Bengt Svensson är fil dr i socialt arbete och arbetar som forskare och lärare vid Malmö högskola. Han har mångårig erfarenhet som socialarbetare. Svensson har tidigare bl a skrivit *Pundare, jonkare och andra* (Carlssons förlag, 1996) och tillsammans med Johanna Svensson och Dolf Tops *Att komma för sent så tidigt som möjligt – om prevention, ungdomskultur och droger* (NAD-rapport nr 34, 1998).

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Forskningsrapport nr 1 2001
ISSN 1404-2576
Tryck: Edita Stockholm 2006

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, svarar för planering, ledning och drift av särskilda ungdomshem och LVM-hem. En viktig uppgift för SiS är att följa upp och utveckla vården samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbrukarvård. En bestämd del av SiS anslag avsätts årligen för forskning, utveckling och utbildning.

Föreliggande rapport av fil dr Bengt Svensson är en redovisning från forskningsprojektet LVM-vårdens arbete – en undersökning av vårdarbetet på behandlingshem. Rapporten handlar om Lundens LVM-hem. Den del av projektet som berör Håkanstorps LVM-hem kommer att rapporteras i höst. Svensson har gjort en etnografisk studie omfattande observationer, intervjuer med klienter och personal samt dokumentanalys av institutionens dagbok och journaler. Studien är av processkaraktär och utgår i första hand från klienternas perspektiv. Svensson söker svar på frågor som: Hur ser mötena ut mellan klienter och personal och mellan klienter? Hur ser det för klienterna synliga arbetet ut inne på en tvångsvårdsinstitution? Hur uppfattar och påverkas klienterna av det? Hur ser klienterna på tvångsvården, på personalen och på varandra?

Svensson lyfter upp de motsättningar som kan finnas i institutionsvård som sker utan den enskildes samtycke. Klienterna utvecklar motståndsstrategier som omfattar allt från passivitet till aktivt och handgripligt motstånd. Personalen, vars verktyg i vårdarbetet är deras egen person, drabbas hårt av motstånd som är inriktad mot dem som personer. Klienterna kommer från "utsidan", tillbringar sina månader inom vården för att sedan i regel återvända till den miljö de kom ifrån. De upprätthåller kontakten med sina nätverk och tar hänsyn till dem när de gör upp sina planer för framtiden. Personalens huvudsakliga uppgift däremot är dels att motivera klienterna till en förändring (att överge missbrukslivet), dels att finna en enligt utredningen passande §27-placering för klienterna – en placering som klienterna accepterar. Möten mellan personal och klienter inom institutionen präglas av ojämlika maktförhållanden.

Svensson har en gedigen kunskap om såväl behandling som forskning inom missbruksområdet och en nyfikenhet för att verkligen förstå vad det innebär att leva i missbruksvärlden – en förståelse som är förutsättningen för framgångsrikt motivationsarbete och lyckad behandling.

Rapporten har seminariebehandlats med docent Göran Johansson som opponent. Forskningsresultaten har vid flera tillfällen presenterats för Lundens personal och gett underlag för det utvecklingsarbete som pågår på institutionen.

Sture Korpi
Generaldirektör

Vera Segraeus
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord 3
Sammanfattning 6

1 Undersökningen 8
Hilda – fara för eget liv 8
Forskningsprojektets syfte och uppläggning 9
Materialinsamlingen 11
Tillträde till forskningsfältet 12
Att arbeta med etnografisk metod 13
Min forskarroll 14
Etiska överväganden 15
Rapportens uppläggning 16
2 Förutsättningarna 17
Lagen 17
Olika typer av klienter 18
Livet på utsidan 19
Knarkandet präglas av ambivalens 21
Nedskärningar i vården 23
3 En vård som präglas av dilemman 25
Varför en undersökning om tvångsvård? 25
Tvångsvårdens dilemman 25
Tidigare forskning av betydelse för studien 29
Några teoretiska utgångspunkter 33
4 Inlåst för vård 37
Lunden presenterar sig 37
Huset 38
Ankomsten 41
Intagningsrutiner 42
Fältanteckning från intaget 44
En kvinnodominerad miljö 48
Socialt arbete med kvinnor 50
5 Varför är du här? 52
Missbruk av rusmedel 52
Missbruk i kombination med ”svåra psykiska störningar” 55
Gravida missbrukare 58
Saknar kvinnorna på Lunden motivation? 60
6 Arbetets innehåll 64
Personalen 64
Hur ser klienterna på personalen? 69
Arbetets innehåll 72
Motivationsarbetet 74
Klienternas uppfattningar om personalgruppens arbete 76
Klienternas uppfattning om socialsekreteraren 77

7 Målet är att klienterna ska härifrån **80**
Mål för vården på Lunden 80
Behandlingsplanering inom LVM 81
27§-placeringen 83
Avdelningsrapporten 84
Handledning 86
Behandlingskonferensen 86
8 De dagliga rutinerna **91**
Regler 91
Veckoschemat 93
Morgonsamling 93
Villan 96
Rökrummet 97
De två berättelserna 99
9 Scener från en avdelning **102**
Den första perioden – med Eva som ledargestalt 102
Andra perioden – från revolt till harmoni 109
Tredje perioden – en splittrad grupp 113
Fjärde perioden – irritation och protester 117
Femte perioden – det svarta gänget 120
Institutionsklimatet växlar 125
10 Makt och motstånd **129**
Forskaren i blåsväder – fältanteckning 129
Är klienten utan makt? 131
Möten präglade av stolthet eller skam 134
Uppror eller anpassning bland kvinnorna 135
Hot och våld 137
11 Narkotikakulturer utanför och innanför avdelningen **140**
Klientperspektiv 140
En farlig kultur 141
Personalkultur, klientkultur och sociala världar 142
Rymningar 147
Pojkvännerna på utsidan 150
Pojkvännernas betydelse för missbruket 151
12 Analys av Lundens dagbok **154**
Dagboken 154
Metod 155
Anteckningarna 156
Förändringar i klimatet 159
13 Diskussion om undersökningens resultat **163**
Mål för vården och hur de uppfylls 163
En sammanfattning av klientintervjuerna 165
Fem olika perioder med olika klimat 167
En etisk analys 168
Vårdprocessen 170
Tvångsvårdens förutsättningar än en gång 172
Referenser **174**
Bilaga: Lundens egen statistik 177

Sammanfattning

Hur ser mötena ut mellan klienter och personal och mellan klienter? Och hur uppfattar klienterna vårdarbetet inne på en LVM-institution? Det var ett par av frågeställningarna i den studie jag gjorde på Lunden under 1997–98. På LVM-hemmet, som ligger i Lund och har fjorton vårdplatser, gjorde jag observationer (45 tillfällen), intervjuer med klienter (n=23), med personal (n=6) och dokumentanalys av institutionens dagbok och av journaler. Syftet var att belysa tvångsvårdens förutsättningar genom att beskriva och analysera det sociala arbetet och det sociala samspelet på Lunden.

Målgruppen innehåller fyra kategorier – yngre narkotikamissbrukare, yngre blandmissbrukare, kvinnor med svåra psykiska störningar och gravida missbrukare. Klientsammansättningen kan med andra ord bli påfallande heterogen. I beskrivningen av behandlingsinnehållet betonas verksamheter som både knyter an till traditionell institutionsvård (tydliga ramar, fast struktur, gemensamt tvättande och matlagande, uppmuntran av kvinnliga intressen) och till en vård som är anpassad till socialarbetarkårens strävan efter att professionalisera arbetet (utredande, arbete utifrån relationen behandlare/klient och stärkande av kvinnoidentitet).

Redan kvinnornas första möte med Lunden präglas av ambivalens. Ofta är de fysiskt och psykiskt i dålig kondition. De kommer från en krävande och intensiv tillvaro som missbrukare till den låsta mottagningsavdelningens sjukhuslika stillhet. Det innebär god mat, bäddade sängar och rena kläder. Personalen är vänlig och tjänstvillig, men kvinnorna möts av en uppsjö av regler och restriktioner. De är inlåsta för lång tid framåt och har ett minimum av eget handlingsutrymme.

Klienterna för med sig sina erfarenheter, sina förhoppningar och drömmar, sina perspektiv, sin kultur. De kommer från "utsidan", tillbringar sina månader inom tvångsvården, och återvänder sedan i allmänhet till sin ursprungliga sociala miljö. Det innebär att de hela tiden lever med i det som händer utanför. De upprätthåller kontakten med sina nätverk utanför, och tar hänsyn till dessa när de gör upp sina planer om framtiden. Även om personalen finns nära under månaderna i tvångsvården, är det ett stort socialt avstånd mellan klienter och personal. Inlåsningen tydliggör och förstärker detta avstånd.

På Lunden sker ständiga möten mellan klienter och personal. Dessa möten präglas av de ojämlika maktförhållandena. Klienterna utvecklar olika motståndsstrategier, på en skala från passivitet till ett aktivt, handgripligt motstånd. Att vara skeptisk till myndighetspersoner är ett grundläggande inslag i klienternas perspektiv. Personalen klarar av en eller ett par klienter som gör aktivt motstånd. Blir det flera har institutionen svårt att bryta ett destruktivt klimat på annat sätt än genom att bråkiga klienter får lämna institutionen. Eftersom personalen använder sig själva som

instrument i vårdarbetet är de känsliga för motstånd som riktar sig mot dem som personer.

Målet med vistelsen på Lunden är att den ska mynna ut i en välplanerad placering jml 27§ LVM. Motivationsarbetet ska få klienten intresserad av att pröva "vård i annan form". Det innebär att institutionen har som huvudmål att klienten ska därifrån. Institutionen tappar därmed ständigt sina mest motiverade klienter samtidigt som det sker en påfyllning med nya, omotiverade. Det innebär i sin tur förändringar i institutionsklimatet. En huvudfråga för personalen blir därmed att upprätthålla lugnet, ordningen, strukturen, disciplinen. Det finns en risk att ambitionsnivån för den enskilde behandlaren inte sträcker sig längre än till att få klienterna att fungera dag för dag på institutionen.

Alla klienter, oavsett ålder och bakgrund, betraktar tvånget som en kränkning. Flera framhåller att de har önskat att få frivillig vård innan LVM-et men inte fått den. De anser att inlåsningen är alltför sträng. Trots det finns det kvinnor som accepterar tvånget, och det sker också förändringar över tiden så att fler mot slutet av vårdtiden säger sig acceptera sitt LVM. Alla som jag intervjuat anser att vårdtiden är alltför lång, många tycker också att det tar för lång tid att komma ut på en 27§-placering.

Klienterna klagar genomgående att tiden går långsamt, att de har för lite att göra, att det finns för lite aktiviteter. De tycker att de röker för mycket och går upp i vikt för mycket, vilket är utslag av att de är uttråkade, tröströker och tröstäter. "Lunden är inte en miljö som skapar motivation", menar flera. Kvinnorna efterlyser möjligheten att få permissioner, och de är missnöjda med att de inte får träffa anhöriga i enrum. De uppfattar allt dokumenterande av vad de säger och gör som "jobbigt". På den positiva sidan tar kvinnorna upp massagen, ridningen, utflykterna och besöken på den egna "arbetsterapin", Villan.

Mitt samlade intryck är trots allt att Lunden uppfyller rimliga kvalitetskrav på ett LVM-hem. Visserligen hade det varit önskvärt med mer sysselsättning, en tydligare behandlingsmetod, mindre bunkerlika lokaler, men i praktiken utgör Lunden en human behandlingsinstitution. Det missnöje som många klienter ger uttryck för ska i första hand kopplas till vårdformen, till tvångsvården i sig och till den långa vårdtiden. Det hjälper inte att byta ut personalen, eftersom det är vårdformen som gör det närmast omöjligt att varaktigt skapa ett behandlingsklimat som motiverar klienterna till förändring.

Tvångsvård är en kostsam och problematisk vårdform som inte kan ha annat är marginell betydelse i det totala utbudet av samhälleliga vårdinsatser. Den bild jag får i samtalen med kvinnorna är att många accepterar ett kortare tvång, så att de kan genomföra en avgiftning och återhämta sig fysiskt. De vet med sig att de har svårt att klara en avgiftning under frivilliga former. Den nuvarande tidsramen på sex månaders tvång är däremot alldeles för lång och inlåsningen är alltför rigorös, enligt klienterna.

I Undersökningen

I Sverige finns ca 340 vårdplatser för tvångsvård av vuxna missbrukare. Dessa är fördelade på fjorton institutioner. En av dessa är Lunden som tar emot kvinnor. Till Lunden har Hilda kommit, eftersom hennes missbruk har bedömts som livshotande. Hon blev först omedelbart omhändertagen genom socialtjänsten, och länsrätten fastställde senare omhändertagandet. När intervjun görs har hon avverkat tre veckor av vårdtiden på sex månader.

Hilda – fara för eget liv

Hilda har långt ljust hår, försiktig make up, glasögon. Idag liksom de flesta andra dagar jag har träffat henne har hon en svart lång kjol och en grå stickad tröja. Hon talar tyst men intensivt, och hon utstrålar en bräcklighet som förstärks av att hon är så smal. Det är bara händerna som visar tecken på att hon har problem med reumatism.

> Jag är 35 år och född i Holland av en svensk mamma och en holländsk pappa. När jag var åtta år kom jag till Sverige, då hade min pappa dött. Därefter flyttade vi till Malmö, där min mamma fortfarande bor. Hon drack en hel del och kunde till slut inte ta hand om mig. Jag hamnade på barnhem och i fosterhem. Periodvis bodde jag hemma hos mamma, vid de tillfällen hon inte drack. Som tonåring höll jag på en del med amfetamin, hasch och LSD. Blandade lite, men inte så att jag var beroende. Jag umgicks mestadels med människor som var lite bohemiska. Jag kände mig rastlös och flyttade mycket. Skulle tro att jag har haft runt tio olika jobb. En djuraffär var mitt roligaste jobb, där stannade jag ett halvår. Och så på Länsstyrelsen, där jag kollade deklarationer. Sen har jag varit hotellstäderska. Och lagt in sardiner på en fabrik. Samt på tryckeri, tvätteri och mangelbiträde. På ett regemente var jag sekreterare. Ja, jag kommer inte ihåg allt. Jag har gymnasiekompetens men ingen yrkesutbildning.
>
> Mitt missbruk är Doloxen[1] och alkohol. För drygt tio år sen började jag med Doloxen. För tre och ett halvt år sen hade jag kommit upp i så höga doser att jag tog fyrtio om dan. Då orkade jag inte längre och la in mig på frivillig avgiftning.
>
> Jag kände mig helt utarbetad. Många blir ju trötta och sega av Doloxen. Men jag blev tvärtom, jag blev uppiggad av dom. Jag fick kraft och energi – lust att göra saker, lust att leva. Inspiration att måla och sy och allt sånt där. Jag tog tio stycken för att ha lust att gå upp ur sängen på morgonen. Sen så blev det alkohol där emellan. Lite blandat. För man får ju lugna ner sig på kvällen. Ibland veckovis. Men de andra drogerna, amfetamin och hasch, har jag inte sett som något problem, för jag har aldrig varit beroende av dem. Jag har bara tagit dem.
>
> Jag är förtidspensionär på grund av reumatism. Det var när jag drabbades av det som jag började med Doloxen. Innan det visste jag inte vad det var för någonting. Kände endast till att det var värktabletter. Det hade jag inte alls sysslat med. Sen fick jag då Citodon och Doloxen. Det tog två år innan jag kom på att man kunde må bra av dem. En morgon hade jag så himla ont

[1] Doloxen är ett smärtstillande preparat som innehåller dextropropoxifen, den i särklass vanligaste substansen vid dödliga förgiftningar i Sverige (Johansson & Wirbing, 1999).

och då tog jag två Citodon och två Doloxen. Efter ett par timmar upptäckte jag att det inte var så himla tråkigt att ligga där i sängen längre. Jag fick lust att läsa. Jag fick lust att skriva brev. Allt var så mycket ljusare. Det var så det började.

Orsaken att jag har fått LVM var läkaren. På nått sätt kom vi ihop oss och han ... jag ser det som att han gjorde det här för att jävlas! ... Det känns så. Det gick inte att prata med honom. Konstig jäkel. Så det var han som beslutade och skickade papper till socialbyrån. Min socialassistent var inte ens där, så det var en vikarie till henne som skrev under detta då.
Kombination Doloxen och alkohol, fara för eget liv!

Vilket det också är i hans ögon sett, va. Men jag har hållit på med det så länge. Jag vet ungefär hur mycket man kan ta tillsammans. För jag har ju ... det har ju blivit överdos genom åren ... och det vet jag ungefär hur mycket ... för att det ska bli det. Men dom kunskaperna bryr han sig inte om att lyssna på. Det är ju livsfarligt, svart på vitt, kombinerar man dom två så dör man av andningsstillestånd.

Det är främst alkoholen som sabbar allting. */suckar/* Om det inte hade varit för alkoholen så. Jag satte 20 liter fläderviin i juni. Det blev klart nu för ett tag sen. Och den drack jag upp på nästan en vecka eller lite över en vecka. Det var starkvin, tjugo liter.

När jag dricker mycket blir jag helt borta. Jag minns ju aldrig någonting. Det kan vara en vecka, utan att jag minns någonting. Bara vaknar upp en morgon och är så dålig att jag måste gå till sjukhuset och få Heminevrin.[2] Bli avgiftad. Då kan det ha gått en vecka utan att jag minns. Bara fragment ... att jag har stått i en kö på bolaget ... små fragment bara ...

Då är jag i lägenheten, låser in mig. ... Men en gång under den här tiden så var jag faktiskt runt på stan och irrade. Jag vet inte hur det kom sig, men jag vaknade upp i en fyllecell hos polisen. Dom hade hittat mig på stan irrande runt. Jag visste inte var jag var.

B: Varför dricker du?
Tristess tror jag. Dämpa ångesten. Fri! Bort! Förr om åren kunde jag sätta mig på tåget, bara åka. Hamnade i Haparanda, i Lofoten ... Hamnat i Ystad också. */skrattar till/* Paris. Hamburg. Ja det är en flykt från tristess. Brist på mening med tillvaron. Jag vill leva, men jag har inte hittat någon anledning till det ännu.

För Hilda är Doloxen en vän och alkoholen en oberäknelig fiende. Det är alkoholen som skapar problemen. När hon har druckit intensivt i en period behöver hon hjälp. Det är hon klar över. Är Lunden rätt hjälp för henne? Längre fram i rapporten kommer jag att återvända till Hilda. Då berättar hon hur hon har upplevt sin vistelse på Lunden, där hon vårdas jämlikt LVM, lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Forskningsprojektets syfte och uppläggning

Hilda är en av de kvinnor som jag träffade i mitt forskningsprojekt om tvångsvård. Undersökningen pågick mellan 1997 och 1999 och omfattade två LVM-institutioner, Lunden[3] som har målgruppen yngre kvinnliga narkotikamissbrukare och

[2] Ett bensodiazepinpreparat som används för att minska abstinensproblemen.
[3] Från början hade jag valt ut en annan institution, Holma men den blev nedlagd under 1997. Då hade jag redan fått beslut om forskningsanslag, och SiS föreslog Håkanstorp som alternativ. Eftersom även den var nedläggningshotad tog jag också kontakt med Lunden, som sa ja till deltagande i forskningsprojektet. Så visade det sig att Håkanstorp överlevde, vilket innebar att jag fick tillgång till två institutioner. Det medförde att undersökningen bantades något i förhållande till ursprungsplanerna. Jag har exempelvis fått avstå från att göra uppföljande intervjuer med klienter på och utanför institutionen.

Håkanstorp.[4] Håkanstorpsstudien utgör en separat rapport som kommer att publiceras under 2001. Båda undersökningarna bygger på omfattande fältstudier och på intervjuer med klienter och personal.

Jag besökte Lunden vid totalt 45 tillfällen och gjorde strukturerade intervjuer med 23 klienter och sex ur personalen. Mina besök kan föras samman till fem olika perioder mellan augusti 1997 och oktober 1998. De två första perioderna finns dokumenterade i fältanteckningar och intervjuer. För de tre sista har jag dessutom tillgång till Lundens dagbok.

Syftet med denna studie är att belysa tvångsvårdens förutsättningar genom att beskriva och analysera det sociala arbetet och det sociala samspelet på Lunden. Till grund för analysen ligger bl a följande frågor:

– Hur ser mötena ut mellan klienter och personal och mellan klienter?
– Hur ser det för klienterna synliga arbetet ut inne på en tvångsvårdsinstitution?
– Hur uppfattar och påverkas klienterna av detta?
– Hur ser klienterna på tvångsvården, på personalen och på varandra.

Det är följaktligen klienternas perspektiv, inte personalens som jag försöker belysa.[5] Ett undantag finns i form av en analys av institutionens dagbok, med vars hjälp jag belyser personalens bild av hur klimatet har förändrats på institutionen över tid. I boken använder jag klientperspektiv i en dubbel betydelse – dels som en position som jag väljer i min analys, men också som en beteckning på det perspektiv som klienterna har med sig in på institutionen.

Det är viktigt att framhålla att min beskrivning av Lunden är en av många möjliga beskrivningar. Personalen kommer till tals i ringa omfattning. Min beskrivning avser en period av Lundens historia, och jag har inte ambitionen att beskriva alla delar av verksamheten. En ensam forskare kan bara fånga en liten del av den mångfacetterade verklighet som klienter och personal skapar på en behandlingsinstitution. I min tidsprioritering har jag sett det som särskilt viktigt att försöka förmedla klienternas bild av verksamheten. Det är för dem den är till. Om de inte anser sig få ut något av den efter månader av vård är det svårt att argumentera för att den är meningsfull. Till klienternas bandade berättelser har jag kunnat foga egna observationer och fortlöpande samtal under informella former.

---

[4] Håkanstorp, är ett LVM-hem för män och har sjutton vårdplatser. Typklienten är en heroinist från Stockholmsregionen på 22—23 år med omfattande kriminalitet. Institutionen ligger vid en bad- och fiskesjö en kilometer in i skogen, en mil från Katrineholm. Personalen har en medelålder på strax över femtio år, en majoritet är män. Praktiskt arbete är en del av verksamheten. Det finns en öppen avdelning dit man kommer efter en fastslagen tidsordning. Intaget tills drogproven är negativa, den låsta avdelningen i två veckor, efter den första veckan får man gå till matsalen och delta i arbetsgrupper. Sedan överflyttning till den öppna avdelningen när där finns plats. Även för personalen är Håkanstorp en öppnare institution än Lunden. Det finns flera olika fastigheter att röra sig emellan, vilket också minskar kontrollen på personalen — från arbetsledningens, kollegors och klienters sida. Håkanstorp har till skillnad från Lunden mycket låg personalomsättning. I december 2000 lades Håkanstorp ner som LVM-institution och övergick till vård jml LVU.

[5] Jag instämmer i Dag Albums (1997) uppfattning att det inte är möjligt att både redovisa ett patientperspektiv och behandlarperspektiv. Avståndet är alltför stort mellan behandlarnas och patienternas värld. I kapitel tre utvecklar jag begreppet klientperspektiv.

Materialinsamlingen

Jag har använt mig av fem former av datainsamling

– *Observation.* Totalt observerar jag avdelningen vid 45 tillfällen under ett och ett halvt år från 7/5 1997 till 15/10 1998. Genom fältarbetet försökte jag skaffa mig en bild av hur arbetet såg ut och hur det uppfattades av kvinnorna. Observationsarbetet var uppdelat i fem tidsmässigt avgränsade perioder.

– *Intervjuer med klienter.* Jag har genomfört 34 intervjuer med 23 klienter. Några av intervjuerna har gjorts utanför Lunden. Till klienternas bandade berättelser har jag kunnat foga fortlöpande samtal under informella former.

– *Intervjuer med personal.* Sex personer i personalen har intervjuats, totalt åtta intervjuer.

– *Dokumentanalys dagboken.* Jag har gått igenom och analyserat avdelningens egen handskrivna dagbok för perioden 1/12 1997 – 31/12 1998.

– *Dokumentanalys journaler.* Jag har gått igenom journalerna för de kvinnor som var inskrivna under perioden 1/1 1997 till 1/7 1998.

Under perioden augusti 1997 till maj 1998 träffade jag trettio kvinnor av vilka jag intervjuade tjugotvå. Tre tackade direkt nej till att bli intervjuade, tre överfördes till annan institution och tre hamnade på förlossning innan jag fick tillfälle att intervjua dem. Om jag hade varit tillräckligt snabb hade jag kunnat fånga upp och tillfråga de flesta av dessa, men jag upplevde ett visst motstånd hos flera av kvinnorna mot att bli intervjuade. Detta gjorde att jag försökte invänta ett lämpligt tillfälle för intervju. Under återstående två perioder hade jag inte planerat att göra några intervjuer, men genomförde ändå ytterligare en intervju med en kvinna som jag fick bra kontakt med och som vid informella samtal kom med många intressanta reflektioner. Tre intervjuer genomfördes med klienter som varit 27§-placerade, och en intervju med en klient vars LVM nyligen hade gått ut. Några kvinnor intervjuades vid flera tillfällen, vilket innebär att totalt 34 intervjuer har genomförts.

Motståndet från några kvinnor mot att bli intervjuade kan bero på egenskaper hos mig (t ex kön, ålder, social bakgrund, personlighet), men förmodligen spelar det också in att kvinnorna lever i en undersökande och utredande kultur, där de ofta blir intervjuade.[6] När intervjuerna väl kom till stånd tog kvinnorna i allmänhet sig tid att ge utförliga och genomtänkta svar. Intervjuerna varade mellan en dryg halvtimme och två timmar.

Studien utgör en etnografiskt inriktad fältundersökning. Det innebär deltagarobservation och intervjuer, i första hand med klienter men även med personal. Jag besökte Lunden under tre–fyra timmar vid varje tillfälle. Det medförde att jag hade krafter kvar att skriva ner fältanteckningarna på datorn genast efter besöket. Längre

[6] I parallellundersökningen på Håkanstorp har det varit mycket få som sagt nej till att bli intervjuade.

observationstid hade gjort att jag hade haft mycket svårt att komma ihåg enskilda händelser och replikskiften. Agneta Franssén (1997) konstaterar att hon fick bättre fältanteckningar när hon tillbringade 3–4 timmar på en vårdavdelning, än när hon följde personalens arbetstider.

Även dokumentanalys har ingått. När det gäller att avgöra kvinnornas ståndpunkter till vården har deras svar i de formella intervjuerna tillmätts störst vikt. Jag har gjort bedömningen att dessa utsagor har varit mer genomtänkta än sådant som de har sagt i informella samtal på avdelningen, ofta i situationer med personal och andra klienter i närheten. Vid de tillfällen när jag har velat belysa personalens ståndpunkter har jag använt olika källor parallellt. Vid presentationen av Lundens officiella policy har jag i första hand utgått från tryckta källor eller särskilda regelsamlingar. Intervjusvaren från personal har fått mindre utrymme än klienternas, vilket är naturligt med tanke på undersökningens klientperspektiv.

Tillträde till forskningsfältet

Den som gav klartecken till att jag skulle få göra min studie på Lunden var institutionschefen Eva Lindstedt, som då var medlem i SiS vetenskapliga råd. Jag besökte Lunden drygt tre månader innan projektstarten och presenterade undersökningen och mig själv för personalgruppen. Jag möttes av ett positivt intresse för min undersökning med flera frågor om hur Lunden skulle kunna dra nytta av mina iakttagelser.[7] Önskemål uttrycktes om att jag då och då skulle träffa personalen och berätta om vad jag tyckte om verksamheten. I mina fältanteckningar noterade jag från besöket att "det har varit en vänlig, intresserad och närmast förväntansfull stämning".

Under projekttiden har det hela tiden funnits en stor öppenhet gentemot mig från Lundens sida, kanske grundad på en tilltro till den egna verksamhetens rättfärdighet, och till att jag ska hantera det material som ställs till mitt förfogande på ett förnuftigt sätt. Etnologen Karl Olof Arnstberg (1989) kommenterar i sin bok om socialarbetare att dessa överraskade honom genom att vara så öppna och positiva till att bli intervjuade och granskade. I gengäld gjorde han en analys som smekte socialarbetarna medhårs. Förmodligen räknar människor som blir föremål för forskning med att de ska bli belönade för sin vänlighet genom att bli positivt beskrivna. En annan tänkbar förklaring är att personalen har följt den samhällsnorm som anger att människor i umgänge med andra i allmänhet ska försöka att undvika konflikter och uppträda artigt och välvilligt (jfr Album, 1997). Också jag har försökt vara trevlig och vänlig och till så lite besvär som möjligt.

Min presentation av undersökningen för klienterna har sett olika ut inför olika

---

[7] Jag har träffat hela personalgruppen vid tre tillfällen och redogjort för mina resultat. När institutionen fick en ny chef blev jag inbjuden av honom för en diskussion om mina iakttagelser. Detta samtal ledde till att jag senare också separat träffade arbetsledargruppen på Lunden. I informella samtal under forskningsarbetet har jag också många gånger blivit tillfrågad vad jag tycker om verksamheten. Vid dessa samtal har jag varit förtegen och jag har uttryckt mig diplomatiskt om verksamheten.

perioder. Den mest systematiska presentationen gjordes inför undersökningens start. Då gjorde jag en inledning på drygt tio minuter på morgonsamlingen. Min bok, *Pundare, jonkare och andra* hade funnits på avdelningen några veckor, och flera av kvinnorna hade läst delar av den. Presentationen och boken gjorde att kvinnorna blev intresserade av att samtala med mig. Flera ville gärna bli omnämnda i den kommande boken, och tyckte att det var bra att någon uppmärksammade hur de hade det. Mina kommande besök introducerades via personalen som berättade på en morgonsamling att jag skulle komma. Sedan berättade jag också kort om undersökningen i samband med att jag presenterade mig individuellt för varje kvinna.

Bandinspelningarna från Lunden återger hur samtalet har byggts upp mellan mig och informanten. Det är jag som leder samtalet med mina frågor som i sin tur bygger på en intervjuarguide. Några av intervjuerna innehåller korta svar, andra är präglade av intervjupersonens berättarglädje med korta frågor och långa svar. Vid dessa tillfällen tillåter jag att intervjun svävar ut och kvinnorna får ta upp sådant som de vill berätta om. Under min första period på Lunden fick jag bättre kontakt med kvinnorna än med senare grupper, vilket syns i de enskilda intervjuerna. En orsak var förmodligen den genomarbetade introduktionen, en annan att många av kvinnorna var från Malmö eller Lund, vilket medförde särskilda beröringspunkter med mig som har bott och arbetat i båda städerna.

Att arbeta med etnografisk metod

Den etnografiske forskaren ger sig in i ett socialt sammanhang och lär känna människorna där. I allmänhet känner han/hon inte till miljön särskilt väl innan. Forskaren deltar i de dagliga rutinerna, skaffar sig relationer till människorna och observerar vad som händer. Det är den deltagande observationen, den ena delen av arbetet. Dessutom skriver etnografen ner på ett regelbundet, systematiskt sätt vad han/hon observerat och lärt sig om andras dagliga göromål. På detta sätt skapar han/hon avtryck i skriftlig form av dessa observationer och erfarenheter. Dokumentationen är den andra delen.

Genom deltagande observation kan forskaren få en förstahandsuppfattning om hur människor hanterar osäkerhet och förvirring, hur mening uppstår genom samtal och kollektiv handling, hur förståelse och tolkningar förändras över tiden. Fältforskarens närhet till andras dagliga liv ger ökad känslighet inför det sociala livet som en process (Merriam, 1994).

Etnografen eftersträvar ett djupare uppgående i andra människors världar för att fånga vad de upplever som meningsfullt och viktigt (Emerson, 1988). Uppgående innebär att han/hon ser människors liv från insidan, deras rutiner, vad de ser som meningsfullt. Detta uppgående ger tillträde till det flöde som andra människors liv innebär. Uppgåendet inbegriper både att vara tillsammans med andra människor för att se hur de reagerar inför olika händelser, och också att själv både uppleva dessa

händelser och de omständigheter som ger upphov till händelserna. Forskaren deltar i gruppmedlemmarnas liv och försöker se saker och ting genom deras perspektiv (Hughes & Månsson, 1988).

Det är oundvikligt att etnografen påverkar andra människor genom sin närvaro. Det brukar kallas *reaktiva effekter* och ses som ett problem. Men i själva verket är dessa effekter viktiga källor i inlärningen och observationen (Emerson, 1988). Samvaron mellan gruppmedlemmarna och forskaren avslöjar de villkor som gäller när människor möts och formerar sociala band.

Min forskarroll

Första halvan av nittiotalet genomförde jag en fältstudie bland narkomaner i Malmö. I den undersökte jag narkomaners vardagsliv och försökte beskriva det utifrån deras eget perspektiv (Svensson, 1996). Dessutom har jag arbetat i många år som socialarbetare, exempelvis perioden 1986–88 var jag föreståndare på en LVM-institution i Malmö. Dessa skilda erfarenheter skulle kunna vara en brygga till god förståelse och inlevelse med klienter, men också med personal. Men min yrkesbakgrund, min klasstillhörighet, mitt kön och också min ålder innebär att jag i viktiga avseenden är olik de kvinnor som jag studerade. Likheterna med personalen är betydligt större. Jag har försökt att undvika en identifiering med personalen genom att följa kvinnornas vardag i stället för personalaktiviteter. Jag har inte deltagit i personalens rapporter eller andra enskilda personalöverläggningar. Undantaget är att jag vid ett par tillfällen var med på behandlingskonferenser. Inte heller har jag gått in och hjälpt till i en personalliknande roll, t ex med övervakning, städning, matlagning. Det har medfört att jag i allmänhet inte har uppfattats som tillhörig personalgruppen. Min roll har snarare varit som en journalist som kommer och granskar verksamheten och som intresserar sig för klienternas uppfattning. Det hindrar inte att jag ändå har setts som en av "de andra", definitivt inte som "en av oss".

Vad finns det för fördelar och nackdelar med att en man undersöker en kvinnoinstitution? Jag tror att styrkan likväl som svagheten med min Lundenstudie är att jag som man får en annorlunda bild än vad en kvinnlig forskare skulle ha fått. Kunskap är inte något som ligger och väntar på att bli infångad. Kunskap är relaterat till perspektiv, till relationen mellan den som forskar, och dem som blir föremål för forskningen. En man på en kvinnoinstitution skapar särskilda relationer, annorlunda relationer än vad en kvinna skulle göra. Det är troligt att en kvinnlig forskare har större möjlighet att skapa närhet och förtrolighet än en manlig. Å andra sidan kan möjligen en manlig forskare locka fram de självpresentationer som kvinnorna brukat ge till män som de möter utanför missbrukarvärlden. I och med att jag gjorde en parallell studie på en mansinstitution hade jag goda möjligheter att jämföra mina relationer till informanterna. Det visade sig att likhet i kön innebar större kontaktytor gentemot informanterna. Jag kom närmare klientema, hade lättare att finna gemensamma samtalsämnen och lättare att få till stånd intervjuer.

I relationen till personalen var det inte samma skillnad. Håkanstorp framstod som en mansdominerad personalvärld, Lunden som en kvinnodominerad. Det innebar grovt sett att personalen på Håkanstorp var mer inriktad på handlande och aktivitet, på Lunden på relationer och känslor. Efter tjugo år som socialarbetare i Malmö är jag mer van vid den personalkultur som Lunden var ett exempel på än Håkanstorps.

Vid ett par tillfällen på Lunden möttes jag av en fientlig reaktion från ett par klienter. Det var en nyttig påminnelse om att arbetet med tvångsvårdade har sina särskilda förutsättningar och ställer hårda krav på personalen. Klienterna är utsatta för makt i olika former, vilket gör att de utvecklar motstånd. Motståndet kan få en sådan kraft att det närmast framstår som en motmakt. Att på ett burdust sätt avvisa kontakt är ett sätt för en klient att visa att hon också har en viss makt. Även om jag försöker få fram ett klientperspektiv tycker jag att det är viktigt att även ha en medvetenhet om hur arbetet uppfattas från personalens håll. I deltagarobservation finns en risk att forskaren "goes native", och tappar den kritiska distansen och identifierar sig med dem som observeras. Det problemet har olika karaktär på respektive institution. På Håkanstorp håller jag mig till klienterna, och har obetydlig individuell kontakt med personalen. På Lunden blir min känslomässiga identifikation i större utsträckning med personalen. Den sympati jag känner för personalen kan bli ett hinder för den kritiska analysen. När jag är med klientema är jag på främmande mark, och även om samtalen innebär att jag försöker fånga upp deras perspektiv blir mitt återvändande till Socialhögskolan ett steg bort från klienterna. Som forskare och lärare ligger min vardag mycket närmare personalens än klienternas (jfr Hilte, 1990:39). Jag har försökt vara medveten om detta i analysen.

Etiska överväganden

Eftersom projektet berör människor som mot sin vilja utsätts för vård har det ställts särskilda krav på deras informerade samtycke för medverkan i projektet. De har givits möjlighet att vägra eller avbryta medverkan. Detta har underlättats av att de inte stått i ett beroendeförhållande till mig. Samtidigt har det legat i deras intresse att få förmedla sin syn på vårdarbetet, vilket sannolikt ökat deras vilja att medverka.

Alla kvinnorna på Lunden har haft klart för sig att jag varit forskare, och att jag både har intervjuat och observerat. Har de kvinnor som inte velat deltaga haft möjlighet att slippa mina observationer? På det hela taget, ja. När någon har bett mig gå ut eller på annat sätt signalerat att min närvaro inte varit önskvärd har jag naturligtvis respekterat den önskan. Det har hänt vid flera tillfällen. När jag har suttit i rökrummet och kvinnorna velat samtala ostört har de sänkt rösten och höjt ljudet på stereon.

Jag har försökt beskriva klienterna på ett sätt som omöjliggör identifiering. Det har skett genom att jag har ändrat namn och detaljer i deras personliga biografier. Att anonymisera personalen är svårare. Särskilt gäller det personer som är ensamma i sin befattning. Vid ett par tillfällen har jag, från fältanteckningar som citerats,

tagit bort nedsättande kommentarer om personer som var enkla att identifiera.

Personalgruppen på Lunden har beretts tillfälle att läsa och kommentera texten. När jag citerar institutionens dagbok har jag valt andra namn än de pseudonymer jag annars använder. Personalen på Lunden har också fått godkänna att dessa texter använts. Det insamlade materialet har förvarats så att det ej varit åtkomligt för utomstående. Material som lagts in på datorn har säkrats med hjälp av lösenord. Sedan jag började på Malmö högskola har jag sparat allt känsligt material direkt på servern, skyddat av lösenord. Det innebär att även om min dator stjäls går det inte att komma åt materialet.

De som deltagit i undersökningen har i möjligaste mån getts tillfälle att kommentera etiskt känsliga avsnitt och kontroversiella tolkningar före publiceringen. De undersökningsdeltagare som vill kommer att erhålla en sammanfattning av studien.

För att det lättare ska gå att skilja mellan klienter och personal har personalen fått namn som börjar på någon av bokstäverna A, B och C.

Rapportens uppläggning

I detta kapitel har jag beskrivit undersökningens syfte, uppläggning och metod. Nästa kapitel tar upp vårdens förutsättningar i form av lagstiftningen och genom nedslag i klienters verklighet "på utsidan". I kapitel tre presenteras några tidigare institutionsstudier, dilemman som präglar LVM-vården avtäcks och för undersökningen viktiga teoretiska begrepp introduceras. I de följande två kapitlen beskrivs och kommenteras Lundens olika rutiner med utgångspunkt från mina observationer, klientintervjuerna och institutionens egen beskrivning via dokument, dagbok och personalintervjuer. Kapitel sex handlar om personalens arbete och hur kvinnorna ser på det. I sjunde kapitlet presenteras några av personalens verktyg för att få iväg kvinnorna ifrån Lunden till s k frivillig vård. Sedan riktas uppmärksamheten på det som händer inne på avdelningen i form av tre kapitel som bygger på mina observationsanteckningar. Dessa empiriskt inriktade kapitel följs upp med en diskussion om narkotikakulturer innanför och utanför avdelningen. Så presenteras det dagliga livet utifrån en annan källa – institutionens egen dagbok. Detta kapitel illustrerar att klimatet växlar inne på en tvångsvårdsinstitution. I trettonde kapitlet sammanfattas undersökningens viktigaste resultat. Avslutningsvis presenteras statistik om kvinnornas bakgrund, sammanställd av Eva Thalén, anställd på Lunden.

Framställningen är upplagd efter en kronologisk princip som följer vårdprocessens tidsföljd:

Bakgrund – intagningen – inledande vård – det vardagliga arbetet – planering och placering på annan institution – avslutning och utvärdering av vistelsen.

2 Förutsättningarna

Det är mycket få narkotikamissbrukare som erhåller tvångsvård. I LVM anges kriterierna för ett tvångsingripande. Främsta indikationerna för tvång är att det föreligger fara för eget liv och att klienten avvisar frivillig vård. Många av kvinnorna på Lunden håller med om att det har förelegat en fara för deras liv, men de anser samtidigt att de inte har fått någon ordentlig chans till frivillig vård. Med sig till Lunden har kvinnorna sitt "klientperspektiv" som präglas av den miljö som de kommer ifrån, en illegal miljö om det handlar om narkotika.

Lagen

LVM, Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, som reglerar tvångsvården av missbrukare började gälla 1982. Den ersatte nykterhetsvårdslagen. Lagen som består av 47 paragrafer tar upp indikationer för tvånget (LVM tillgrips mot den som riskerar att förlora livet eller att förstöra livet), anger hur beslutsgången ska se ut i normalfallet (socialtjänsten utreder, länsrätten beslutar), har särskilda bestämmelser för ingrepp i akuta situationer (då kan polisen, socialnämnden eller länsrätten besluta om omedelbart omhändertagande jml 13§), ger besked om vårdtiden (i normalfallet sex månader), gör klart att det ska finnas institutioner med olika grad av säkerhet (Lunden är en institution för "särskilt noggrann tillsyn"), klargör att vårdgivaren är Statens institutionsstyrelse, SiS.

LVM anger i 27§ att den intagne så snart som möjligt ska föras över på annan vård under friare former. Om denna friare vård misslyckas ska den intagne återföras till LVM-institutionen. Om inte överföring till annan institution har skett inom tre månader ska orsaken till detta anges till den särskilda nämnd som vakar över institutionen. På socialnämnden lägger lagen ansvaret för uppföljningen efter LVM – bostad, arbete eller studier, lämplig fortsatt vård.

Lagen ger besked om att den som finns på hem för särskild tillsyn får underkastas nödvändiga inskränkningar i rörelsefriheten, inkommande försändelser får gås igenom, rusmedel av olika slag, sprutor och kanyler får omhändertas och förstöras. När det gäller handläggningen av mål som rör LVM klargörs att den ska ske skyndsamt, omhändertagandet kan överklagas, offentligt biträde ska utses, förhandlingen i rätten ska ske muntligt om den omhändertagne så önskar. Polisen ska stå till tjänst med handräckning när någon ska föras till LVM-hemmet, för att genomgå läkarundersökning, för att inleda vården eller efter en rymning.

I Lundens terminologi beskrivs 27§-placeringen, d v s "att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form", som en "frivillig placering". Beteckningen "frivillig" är knappast korrekt, eftersom klienten fortfarande omfattas av tvångslagstiftningen. I min framställning använder jag av praktiska skäl Lundens beteckning och använder "frivillig placering" och "27§-placering" som synonymer.

En paragraf i LVM framstår som viktigare än alla andra. Det är fjärde paragrafen som beskriver när vård ska tillgripas.

> Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket
> 1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
> 2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
> 3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

I lagen beskrivs två nivåer på missbruket – det som är livshotande och det som innebär en uppenbar risk att förstöra sitt liv. Indikationen som handlar om att förstöra sitt liv är enligt lagens förarbeten tänkt att användas gentemot yngre missbrukare, som ännu inte uppfyller de medicinska riskkriterierna. Här ska i stället samhället ingripa tidigt för att förhindra att livsfaran ska infinna sig längre fram. Det går att urskilja dessa båda kategorier bland de intervjuade kvinnorna.

Olika typer av klienter

Precis som Hilda har Eva ett missbruk som har bedömts som livsfarligt, och hon "riskerar att förstöra sitt liv". Eva har haft flera LVM och har en nästan tjugoårig historia som narkotikamissbrukare. Under många år missbrukade hon amfetamin, men hennes drog är numera heroin. "Fjuttad" är påverkad på skånska.

> Jag kom ut från LVM för drygt ett år sedan, och då började jag knarka när jag hade varit ute i en kvart kanske. Jag hade varit i Malmö i en kvart, så satt jag och var fjuttad. Från den dagen höll jag på tills jag fick mitt LVM. Jag försökte själv, jag gick in på avgiftningen. Jag vet inte hur många gånger jag har varit på avgiftningen. Jag tror jag har varit där tio gånger på ett år alltså. Men jag klarade inte det. Så tyckte socialen att det enda som hjälpte mig det var ett LVM. Men det tyckte ju inte jag. / Eva, 33

Även Kerstin har haft ett livsfarligt missbruk. För henne handlar det om alkohol. Hon kommer från en mindre ort, där hon har sin umgängeskrets bland missbrukande män.

> Jag klarade inte av att lägga av med fyllet själv. Åkte ut och in på avgiftningar. Jag var bostadslös och hade ingen sysselsättning alls. Jag var verkligen nerkörd i fyllet. Slutade äta och ... Ja, det är många sånа grejer. Panikångest och kramper ... Dille ... Det hade ju inte hållit i längden. Jag hade inte klarat av det. Det hade nog blivit graven. Det tror jag. När jag väl börjar dricka så tänker jag att en, två dagar ska jag dricka. Det klarar jag av. Men sen rullar det på. Dag efter dag då. För att döva. Och ju längre man håller på, desto värre blir det. Till slut kan jag inte sluta själv. Så jag har varit många gånger på avgiftning. Varför jag dricker vet jag inte direkt. Mycket för att döva ångest och brist på sysselsättning. För att ha någonting att göra. / Kerstin, 31

Ett alkoholmissbruk kan vara livshotande, vilket Kerstin är mycket klar över. "Dille", d v s delirium tremens är ett mycket allvarligt tillstånd som kan leda till döden om patienten inte kommer under behandling.

Till Lunden kommer också kvinnor med ett mindre avancerat missbruk. Josefin är strax över tjugo och tillhör kategorin "riskerar att förstöra sitt liv". Hon hävdar att hennes narkotikabruk var högst begränsat och att LVM-et är ett misstag.

> */Ur fältanteckning/* Josefin kommer från en mindre kommun i Skåne. Under tonåren drack hon mycket alkohol. Hon har använt amfetamin i flera år, men har på sistone nästan lagt av helt. Kanske tagit ett par gånger i månaden. Hon har aldrig injicerat och tycker att det är helt fel att hon nu har fått ett LVM. Tanken på att hon ska låsas in gör henne väldigt orolig. Hon tror inte att hon ska klara det. LVM-et är särskilt orättvist, eftersom hon har skaffat både arbete och bostad. Socialförvaltningen har behandlat henne mycket illa.
>
> I början av året hade hon bostad och sökte hjälp för en tre månaders hyresskuld men fick avslag. Socialsekreteraren menade att hon ändå skulle hamna på gatan förr eller senare, så varför skulle hon då få hjälp. Så hon blev vräkt, men nu har hon ordnat en bostad på egen hand. Det finns enligt hennes uppfattning ingen anledning att sätta LVM på henne. Hon har knappast tagit amfetamin alls senaste månaden, men ...
>
> "Jag tog tjack igår. Jag hade en ledig dag från mitt jobb. Det var dumt. Nu måste jag dricka en massa, för att det inte ska visa sig i provet. Så får jag försöka skjuta på provet."

Josefin har blivit omedelbart omhändertagen av socialnämnden jml LVM 13§. Nu hoppas hon att länsrätten ska upphäva beslutet så att hon kan bli fri igen. Chansen är liten. I 80 procent av fallen fastställer domstolen omhändertagandet (Gerdner, 1998).

Är det många som har ett livsfarligt missbruk, eller som riskerar att förstöra sina liv, men som ändå inte får LVM? Den senaste riksomfattande uppskattningen av missbrukets omfattning gjordes 1992, alltså för nästan tio år sedan. Då beräknades antalet tunga missbrukare, d v s personer med "dagligt eller så gott som dagligt narkotikamissbruk och allt injektionsmissbruk" till mellan 14–20 000 personer, varav en fjärdedel kvinnor (CAN/FHI, 1999). Med tanke på den tid som har gått sedan dess (och alla larmrapporter om ett ökat missbruk) är förmodligen siffran 20–25 000 tunga missbrukare mer rimlig idag. En vanlig uppskattning är att det finns ca 1500 tunga narkotikamissbrukare i Malmö. Om en fjärdedel är kvinnor så skulle det innebära 375 tunga kvinnliga narkotikamissbrukare. Av dessa har färre än femton fått ett LVM under vardera av åren 1997 och 1998. Slutsatsen är att det finns en mycket stor grupp som kunde bli omhändertagna enligt LVM men som inte blir det.

Livet på utsidan[8]

Livet som narkotikaanvändare formas av ett antal olika faktorer, på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå. Till exempel:

---

[8] Beteckningen "på utsidan", till skillnad från inne på institutionen kommer från en av klienterna på Lunden.

- drogens samhälleliga ställning, dess illegalitet och dess rykte
- drogens pris och dess tillgänglighet
- samhälleliga faktorer eller aktörer som bidrar till innanförskap eller utanförskap, arbetsmarknad, bostadsmarknad, polis, kriminalvård
- hur de återställande krafterna agerar och fungerar, d v s främst vårdapparaten
- den livsstil, de normer, värderingar och stereotyper som finns runt rollen som narkoman
- de vänskapsband som missbrukaren upprätthåller
- drogens effekter i sig såsom de uppfattas av individen
- narkotikaanvändarens klasstillhörighet, ålder, sårbarhet och andra personliga förhållanden
- faktorer som är relaterade till kön

Vardagslivet ser följaktligen mycket olika ut för olika kvinnor, och det förändras också för var och en över tiden med utgångspunkt i de uppräknade faktorerna. De som tvångsomhändertas är inte representativa för gruppen narkotikaanvändare i stort. Genomgående för LVM-gruppen är att missbruket har gått över styr och det har dessutom väckt omgivningens särskilda oro.

Många av kvinnorna i undersökningen beskriver tiden före Lunden som fylld av destruktivt missbruk, med brottslighet eller prostitution som främsta inkomstkällor. Ofta har de flera misslyckade frivilliga vårdepisoder bakom sig. Några har hamnat på sjukhus akut efter överdoser. Flera av kvinnorna har tidigare suttit i fängelse för narkotikarelaterad brottslighet.[9] De kommer från en mansdominerad narkotikavärld som är präglad av att narkotikahanteringen är kriminaliserad. Män har en central roll i deras liv, och många framhåller att de inte har några nära kvinnliga vänner (jfr Karin Trulsson, 1998). Nästan alltid tillhör männen samma narkotikavärld som de själva kommer ifrån.

Maja är en ung heroinmissbrukare som periodvis försörjt sig genom att sälja narkotika från sin lägenhet. Hon beskriver den brutala verklighet som heroinmissbrukare lever i.

> Jag har aldrig fått en överdos för jag är försiktig. Om det är ett nytt parti från min langare, så tar jag alltid mindre än vanligt. Jag har hjälpt många som har tagit överdoser. I och med att jag har langat så har kanske folk tagit hos mig. Om dom då får överdos så har jag ju hjälpt dom. Man får ju ta hand om folk som har köpt av en. Jag kan ju inte släppa ut dom utanför min lägenhet i och med att det är ett sånt fint område. Det är många som bara kastar ut folk, skiter i dom. Jag har hört folk säga att dom inte vill hjälpa till "För då förlorar jag min fjutt". Dom är ju fjuttade, och om dom börjar hjälpa någon så försvinner ju känslan av att vara påtänd. Men jag fattar inte hur folk kan reagera så. Det är ju deras egna kompisar. Hur kan man bli så taskig? Jag tycker att dom skulle vara glada att dom kunde hjälpa en kompis. En gång fick jag och min kille höra om två stycken som hade fått överdos och blivit utslängda ur en lägenhet.

---

[9] Se ytterligare bakgrundsdata i bilagan.

Vi åkte dit med en gång för att hjälpa dom. Dom kunde ju inte bara ligga där och dö. Men folk är så grymma mot varandra. Heroinister är sådana egoister.

Majas berättelse om egoismen bland heroinmissbrukare stämmer väl med de stereotyper om heroinister som brukar serveras från film, TV och press. Budskapet är att heroinet får människor att visa sina allra sämsta sidor. Genom att heroinisterna själva har föreställningar om att heroinet löser upp all moral, blir det också möjligt och nästan accepterat att uppträda ytterst omoraliskt.

Knarkandet präglas av ambivalens

Den fältundersökning som jag genomförde i början av nittiotalet i Malmö sökte svar på frågan varför narkomanerna fortsätter med narkotika år efter år (Svensson, 1996). Jag fann att det gick att hitta rimliga skäl till att de stannade kvar i den narkomana subkulturen. Den präglades av omfattande informella nätverk och en omfattande socialitet. Visserligen hade socialiteten klara brister, eftersom det saknades en solidaritet, men den var för många att föredra jämfört med den ensamhet som ofta blev resultatet av försök att lämna narkotikavärlden. Jag upptäckte att narkomanerna med tiden hade skaffat sig en stor kompetens, som dels rörde narkotikahanteringen, men också handlade om diverse illegala näringsfång. De levde ett händelserikt liv med korta perspektiv och en det-ordnar-sig-alltid inställning. Drogen gav tillträde till transcendentala upplevelser som var svåra att ersätta, och den användes för att lindra psykisk och fysisk smärta. Dessutom var stora delar av vardagslivet organiserat kring drogen – ordna pengar, ordna drogen, inmundiga den, njuta, sköta annat livsnödvändigt och sedan återigen börja arbeta med att skaffa pengar o s v. För den som lämnade drogen och drogvärlden öppnades ett stort tomrum. Avgörande för att man skulle klara att lämna narkotikavärldarna var om man kunde fylla detta tomrum med nya relationer och ny aktivitet.

Naturligtvis såg jag också alla baksidorna med det narkomana livet. Fattigdom, sjukdom, lidande och död var ständiga följeslagare. Det fanns hos de människor jag träffade en önskan att bli respekterade och att slippa bli jagade, och många uttryckte emellanåt också en leda över drogberoendet, livsstilen och människorna i narkotikamiljön. Men tilltron till myndigheternas hjälpinsatser var låg. Hos nästan alla fanns en rädsla för att gå in i behandling och bli "hjärntvättade". De var "motiverade" till förändring, men inte till den hjälp som erbjöds dem.

Sammanfattningsvis vill jag peka på fyra faktorer som har betydelse för *klientperspektivet,* d v s för klienternas sätt att se på tvångsvården:

- en medvetenhet om att även det narkomana livet har sin relativa attraktivitet
- en bundenhet till drogupplevelser och drogaktiviteter
- en insikt om att sjukdom, död och fängelsestraff är ständiga hot i knarkandet
- en skepsis gentemot myndigheter och vård

Dessa faktorer skapar en grundläggande ambivalens både till det narkomana livet och till vårdapparaten (Svensson, 1996). Ambivalensen yttrar sig på kort och på lång sikt. Det dagliga livet karaktäriseras av humörsvängningar, av bakslag och framgångar, av oro och ångest, liksom av tillförsikt och upprymdhet. När motgångarna hopar sig kommer tankarna att lämna tillvaron som narkoman. Men genomgående är att ambivalensen går över, att den förbyts i en längtan efter en ny droguppleverelse och föranstaltningar för att få tag i droger.

Då och då kommer ambivalensen att under en tid prägla en individs förhållande till det narkomana livet. Då ifrågasätter hon att hon lägger all sin tid och alla sina pengar på droger. Då dyker tankarna upp att livet kunde vara annorlunda, att det skulle vara möjligt att få en annorlunda, bättre tillvaro. I detta läge gör hon olika utbrytningsförsök (a.a.). Hon kan välja två strategier – antingen försöka ta sig loss på egen hand eller med hjälp av sitt nätverk. Eller också kan hon ta kontakt med någon av dem som hon antar ska kunna hjälpa henne – sociala myndigheter i dess olika skepnader, motivatören på fängelset, inspektören på frivården, socialsekreteraren på socialbyrån, kuratorn på sjukhuset.

Om hon agerar på egen hand har hon större frihet att själv välja väg, men hon är hänvisad till egna eller den närmaste omgivningens resurser. Eftersom hon själv sällan har ett gångbart namn i förhållande till hyresvärdarna är hon beroende av att någon annan agerar för hennes räkning för att t ex få en bostad. Vi lever i ett informationssamhälle där betalningsanmärkningar går att få fram på några sekunder var man än befinner sig i Sverige.

Om hon väljer att söka hjälp får hon direkt eller genom andra myndigheters förmedling tillgång till en hjälpapparat med mycket stora resurser, socialtjänsten. Men genom att den missbrukande kvinnan tar kontakt med socialbyrån utsätter hon sig för risken för att få ett LVM. Jag konstaterade inledningsvis att det är en liten grupp av alla narkotikamissbrukande kvinnor som verkligen får LVM. Lagen används först och främst mot de kvinnor som redan har kontakt med socialbyrån, men som har misslyckats med att på frivillig väg komma ifrån missbruket.

Just ambivalensen till knarkandet innebär en möjlighet för vården. Den skapar möjligheter att fånga upp en individ under de skeden då hon ifrågasätter drogtillvaron. Men när frivilligvården skärs ner, när väntetiderna till avgiftning växer, när vårdperioderna förkortas förspills möjligheterna. Då hamnar den enskilde missbrukaren i den paradoxala situationen att enda möjligheten att få vård omedelbart är genom ett omedelbart omhändertagande jml LVM 13§. Jag stöter på Lunden på några kvinnor som själva har medverkat till sitt LVM, som har "satt LVM på sig". Men även dessa bär på en ambivalens till knarket och knarkarlivet. Likaså bär kvinnorna på sin version av klientperspektivet.

De flesta kvinnorna på Lunden har ett narkotikamissbruk, och den dominerande drogen är heroin. De kommer från södra Sverige och från Stockholms- och Göteborgsregionen, och återvänder efter vården oftast till hemorten. Traditionellt

har den största gruppen kommit från Malmö. Vilken samhällelig verklighet kommer kvinnorna ifrån? Jag väljer att ge en kort tidsbild av Malmö. Det är den svenska stad som jag känner bäst till genom att jag har arbetat där både som forskare och som socialarbetare i många år.

Nedskärningar i vården

Malmö hade vid slutet av nittonhundratalet länge varit i utförsbacke, med Sveriges högsta socialbidragsandel, hög arbetslöshet, hög kriminalitet, periodvis stora underskott i den kommunala ekonomin. Malmöungdomen har prövat narkotika i större utsträckning än ungdomar i Stockholm och Göteborg. Tillgången på narkotika är stor. Heroinet är billigare och mer lättillgängligt än på många år. Sak samma med amfetaminet. Hasch finns alltid att köpa i Malmö för den som har kontakter, men enklast och billigast går det att få tag i via en kort resa till Köpenhamn, där haschet säljs öppet i Christiania. Malmö är en del av den danska narkotikamarknaden, snarare än den svenska. Efter att bron öppnades i juli 2000 tar man sig med tåg på 35 minuter från Malmö till Köpenhamns tunga narkotikamiljöer. Bron har haft en viktig betydelse i försöken att vända Malmös negativa trend. Den öppnar vägen till kontinenten, men det medför naturligtvis att alla slags varu- och persontransporter underlättas, inklusive de illegala.

Antalet narkotikamissbrukare ökar i Malmö, men vården skärs ner. Den gamla socialförvaltningen har delats upp i tio stadsdelsförvaltningar. Det innebär att varje vårdplacering i sista änden kan ställas mot att ge resurser till skola, äldreomsorg, ungdomsverksamhet. Den specialiserade narkomanvård som fanns vid nittiotalets början har försvunnit. Kvar är enstaka specialiserade socialsekreterare på de större socialbyråerna. Annars är narkomanvården integrerad eller uppslukad av det vanliga socialbyråarbetet. Det var länge sedan det fanns någon uppsökande verksamhet bland narkomaner i Malmö. Sjukvården som tidigare utgjorde sitt eget landsting har slagits ihop med hela Skånes sjukvård. Det är nedskärningar överallt, och missbruksvård har inte särskilt hög prioritet. Den verksamhet som når flest narkomaner är sprutbytesprogrammet, där de kan byta använda sprutor mot rena, och där de kan få enklare sjukvård. Inom sjukvården finns också en liten narkomanvårdsmottagning med några få anställda och en metadonmottagning har ett femtiotal heroinmissbrukare i sitt program. Avgiftningen har tio vårdplatser, som ska räcka till tusentals narkotikamissbrukare, vilket innebär långa väntetider och korta vårdtider. Sommaren 2000 stängdes Avgiftningen på grund av brist på sjuksköterskor. Flera i personalen hade slutat som följd av en lång period av osäkerhet om verksamheten skulle läggas ner, vilket psykiatriledningen hade föreslagit för att spara pengar. Hösten 2000 öppnade Avgiftningen på nytt.

Situationen när det gäller narkotikatillgång och narkomanvård är likartad i Stockholm och Göteborg, men båda städerna saknar sprutbytesprogram. Som narkotikaforskaren Börje Olsson (2000) har påpekat har de senaste årens nedskärning-

ar i vården medfört mindre kontakt med missbrukarna och därmed sämre kunskaper om missbrukets omfattning. Här utgör sannolikt Malmö och Lund undantag, eftersom sprutbytesprogrammen har omfattande kontakter med injektionsmissbrukarna.

Frivilligvård och tvångsvård hänger samman på många sätt. Det handlar för det första om *tvångsvårdens legitimitet*. Om inte de som vill ha vård kan få det blir det uppenbart orimligt att andra ska tvingas till vård. För det andra handlar det om *frivilligvårdens attraktivitet*. Bra frivillig vård drar till sig klienter. Om missbrukarna tror att de kan få adekvat hjälp väljer fler att gå in i vård. Den tredje punkten gäller *frivilligvårdens kvalitet* – om frivilligvården fungerar bra är det färre som stannar i missbruket och därmed färre som kan bli föremål för tvångsvård. För det fjärde handlar det om *frivilligvårdens omfattning*. Tvångsvården syftar till att motivera klienterna till frivillig vård. Ju fler vårdplatser det finns desto lättare blir det att få plats för en klient i frivillig vård. Slutligen hänger frivillig vård och tvångsvård samman på så sätt att de tävlar om samma *knappa ekonomiska resurser*. Eftersom tvångsvård är dyrare än frivillig vård innebär en tvångsvårdsplacering ofta minskat utrymme för frivillig vård.

3 En vård som präglas av dilemman

Tvångsvård innebär ett kraftigt ingrepp i människors självbestämmande. Detta och det faktum att vårdresultaten uppfattas som usla har gjort att tvångsvården sedan lång tid tillbaka är ifrågasatt. Debattpositionerna är polariserade. "Vi kan inte låta människor som har tappat kontrollen över sitt missbruk ligga i rännstenen och dö." "Det går inte att vårda människor mot deras vilja." I detta kapitel får tidigare forskning belysa tvångsvårdens dilemman.

Varför en undersökning om tvångsvård?

Mitt intresse för tvångsvård av missbrukare har en personlig dimension. När jag arbetade som socialarbetare deltog jag under sjuttiotalet och åttiotalet aktivt i debatten om tvång och frivillighet. Mina sympatier låg på frivilligsidan. Trots detta, och utan att ändra mina grundläggande värderingar, tog jag anställning som föreståndare vid Malmös LVM-enhet för narkotikamissbrukare, Avgiftningsenheten, när den startade 1986. Bakom det låg en önskan att vara med och bygga upp en tvångsinstitution med ett minimum av förtryck. Avgiftningen hade också ansvaret för frivillig avgiftning av narkotikamissbrukare, därav namnet. Vi arbetade med den första LVM-lagens tidsramar, tvånget varade i normalfallet i två månader, men kunde förlängas till fyra. Det var sällan vi förlängde tvånget, vilket avspeglade vår grundläggande skepsis till tvånget. Vi ville ge klienterna en chans att stanna upp och tänka efter, ta ställning till vad de ville, när de inte var drogpåverkade. Förhoppningen var att eftertanken skulle skapa intresse för frivillig vård på behandlingshem, men detta skedde sällan.

Tvångsvårdens dilemman

Tvångsvård är ständigt kontroversiell. Ibland skriver tidningarna om missnöjda klienter som tänder eld på LVM-institutioner, övermannar personal för att kunna rymma, som uttalar sig i intervjuer och ger luft åt sitt missnöje. Vid andra tillfällen ligger fokus på att ingripande inte har skett. Våren 2000 skrev Sydsvenska Dagbladet flera reportage om en 20-åring man som hade dött i heroinöverdos. Varför stoppades inte hans livsfarliga missbruk? Varför togs han inte om hand med tvång? Motsättningen är egentligen bara skenbar. I det första fallet är det klienterna själva som reagerar mot tvånget, i det andra är det omgivningen som reagerar och är för tvång. Klienten ville inte ha vård i detta fall heller.

Tvångsvård är fylld av dilemman. Det gör den intressant både i den socialpolitiska debatten, i diskussioner om det sociala arbetets etik, och när man ska planera narkomanvården. Oftast har diskussionerna antingen utgått från analyser om tvångsvårdens legitimitet utifrån filosofiska och etiska resonemang, eller med utgångspunkt från en bedömning av dess resultat.

På ett övergripande plan präglas den svenska tvångsvården av bl a lagstiftning, statens och kommunernas ekonomi, tillgången till frivillig behandling, missbrukssituationen och myndigheternas kännedom om missbrukarna. Också socialarbetares och politikers tilltro till tvångsvården påverkar hur den kommer att användas.

Utifrån tidigare forskning går det att urskilja ett antal viktiga dilemman som präglar tvångsvårdens utformning.

1. Tvångsvård utgör både hjälp och kontroll

Tvångsvården kan ses som omsorg om den enskilda människan som på grund av sitt missbruk inte kan ta hand om sig själv. Även om vården är påtvingad är den tänkt som en hjälp. Den kan också ses som resultatet av en önskan att få bort störande personer från det offentliga rummet (Skretting, 1994) eller att skydda en närstående (Börjeson, 1990). Dessa båda synsätt – omvårdnadsaspekten och kontrollaspekten avspeglar hela socialtjänstens dubbelhet. Å ena sidan värnar den om den enskilda människan, å andra sidan är den en viktig del av samhällets sociala kontroll. Det är numera sällan som det satsas så mycket pengar på enskilda klienter som när de är inne på tvångsvård. Dygnskostnaden för socialförvaltningen ligger på drygt 2000 kr per dag.

2. Tvångsvården har tillgripits för att klienten ses som oförmögen till ansvar, men det långsiktiga målet med vården är att hon ska bli ett subjekt som kan ta ansvar

Grundelementet i behandling av missbrukare är, enligt Bergmark och Oscarsson (1988), att klienten ska bli medveten om att det är han/hon själv som har bestämmandet och kontrollen över missbruket och har valet att låta bli att missbruka. Men LVM-klienterna har tvångsomhändertagits för att de anses oförmögna att ta hand om sig själva. För att de ska kunna klara sig själva efter institutionsvistelsen måste oförmågan ersättas med en förmåga att ta ansvar. De ska under vårdtiden transformeras från objekt till subjekt, och det ska ske på ett sätt så att kontrollaspekterna tillgodoses. Om inte klienterna ges ansvar, och därmed en viss frihet under vårdtiden, innebär det att transformeringen omöjliggörs. Men friheten kan också leda till att de manifesterar just de problem som har fört dem till behandlingshemmet, d v s missbruk. Det finns en särskild beteckning för det arbete som ska medföra att klienten blir intresserad av behandling – *motivationsarbete*. Det är ett begrepp som både teoretiskt och praktiskt är svårt att avgränsa från behandlingsbegreppet. På LVM-hemmet är avsikten att motivationsarbete ska vara en viktig del av vården.

3. Tvångsvården utförs till stor del på slutna institutioner, där klienten är inlåst, vilket ger särskilda förutsättningar för vårdarbetet

Tvångsvården av narkomaner inleds på s k LVM-hem. Dessa ska både förbättra klientens livskvalitet genom att inleda en process som leder honom från missbruket,

"motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk" (LVM 3§) och ta hänsyn till kontrollaspekterna i form av att omhändertagandet verkligen upprätthålls – klienten stannar på institutionen. Till kontrollaspekten hör också att han/hon inte ska fortsätta att använda droger inne på institutionen.

Att inlåsning och tvångsvård är ifrågasatt är Statens institutionsstyrelse mycket klar över. På sin hemsida presenterar SiS en text *Om LVM och tvång* där man försöker argumentera genom att delvis ge motståndarna rätt. Tvångsvården får sin legitimitet genom att man betonar att även missbruket innebär en fångenskap och innehåller kränkningar.

> Tvånget i sig är en kränkning.
> Tvång är att omyndigförklara vuxna människor.
> Tvång skapar grogrund för myndighetshat.
>
> Tre påståenden, sanna och **riktiga.** Tre påståenden som alla anställda inom SiS kan skriva under på. Ändå finns detta tvång för att behandla människor.
> Det finns alltid två sidor av samma mynt.
> Vi inom SiS anser att det okontrollerade missbruket där ute, var man än befinner sig, är en **tvångssituation.** En tvångssituation som vi bryter, i bästa fall befriar klienterna ur.
> Vi anser att ett liv som missbrukare är något av det mest **kränkande** en människa kan utsättas för.
> Vi anser att SiS personal, med sina personligheter och sin behandling, kan komma innanför detta skal av hat och misstroende som klienterna ofta visar upp i början av sin vistelse på en av SiS institutioner.
>
> Att kunna välja
> SiS tror att det bara finns ett sätt att bli av med sitt beroende på: genom att **vilja.** Vi ger våra klienter en möjlighet att som drogfri fundera över sin situation, en kraft som de sällan har själva. Att kunna **välja** att vilja. Det är svårt i missbrukarkretsar, det är nästan omöjligt när missbruket gjort varje dag till en enda lång kamp att tillfredsställa abstinensen.
> Det är inte "genomsnittsmissbrukaren" som tvångsplaceras hos SiS. Det är de allra **tyngsta,** de som gått igenom otaliga placeringar inom frivilligvården utan att ha blivit fria från sitt missbruk.

4. Många missbrukare uppfyller LVM:s kriterier för omhändertagande men "slipper undan". Det kan medföra problem med omhändertagandets legitimitet för klienten

Motsägelsefullheten i LVM-vården går också igen i förhållandet mellan lagstiftning och praktisk lagtillämpning. Å ena sidan finns en handlingskraftig lagstiftning som lägger ett stort ansvar och stora befogenheter på socialnämnden, å andra sidan finns ett ökat motstånd mot tvånget inom socialtjänsten. Fredrik Nyhlén, operativ chef för gatulangningsgruppen på Norrmalmspolisen i Stockholm hävdar i en intervju i Alkohol & Narkotika 4/95 att egentligen skulle samtliga Stockholms 2000 heroinmissbrukare vara föremål för LVM-utredningar (Öhrn, 1995). Några hundra narkomaner vårdas årligen jämlikt LVM i hela Sverige. Uppgifter från SiS visar att allt

färre döms till LVM-vård (Korpi, 2000). Den narkoman som omhändertas för LVM motsvaras av många fler med liknande livsomständigheter som inte omhändertas. Omhändertagandet kan från klientens sida ses som oförklarligt och godtyckligt.

5. Tvångsvård sker för den enskildes bästa, trots att så gott som alla utvärderingar visar att vården inte hjälper på längre sikt

Tvångsvård är ett allvarligt ingrepp i individens självbestämmande, hans eller hennes autonomi och frihet, konstaterar den finske samhällsvetaren Aarne Kinnunen (1994). Tvångsvård har ansetts vara ett område där självbestämmandeprincipen ställs mot lidandeminimeringsprincipen (Bergmark & Oscarsson, 1990). För att självbestämmandet ska få sättas ur spel bör det framstå som klart att tvångsvården innebär en minimering av lidande. Det är långt ifrån säkert att det är så, att det innebär en nyttomaximering, menar Kinnunen. Den bild som Kinnunens (1994) forskningsgenomgång ger är att den LVM-vårdade narkotikaklienten är en utslagen, bostadslös person, ofta med en psykiatrisk vårdhistoria som tas in för tvång, stannar fyra–fem månader och sedan återgår till samma destruktiva missbruk som han kommit ifrån. Nästan tio procent av klienterna dör inom ett år efter utskrivningen.

Filosofen Torbjörn Tännsjö (1998) är kritisk till den nuvarande tvångslagstiftningen mot missbrukare. Han kan tänka sig ett tvång som syftar till att bryta en akut missbruksfas och göra missbrukaren beslutskapabel. Då kan hon ta ställning till om hon vill ha vård i frivilliga former eller ej. Vill hon inte ha vård ska detta respekteras. Det är särskilt anmärkningsvärt, menar Tännsjö, att samhället tvingar på den enskilde vård när vårdresultaten är dåliga, och vården i många fall innebär att klienten påtvingas en vårdideologi som innebär omfattande ingrepp i den vårdades personlighet. Det "paternalistiska" tvång som missbrukare utsätts för strider mot grundläggande demokratiska principer. Tännsjö (a.a.) refererar till John Stuart Mills argument – vi själva är bättre informerade än några andra när det gäller att ta ställning till livsbeslut. Vi har ett starkare intresse för oss själva än vad omgivningen har. Tvång är obehagligt för den som drabbas av det, men även för den som utövar det. Om vården är frivillig är den normalt effektivare än den påtvingade.[10]

6. Att sluta knarka medför en stor förändring för de missbrukare för vilka knarkandet är en del i en livsstil

Den som efter ett LVM bestämmer sig för att sluta med narkotikamissbruket och lämna missbruksvärlden förlorar också sitt "arbete" och sina vänner. I min avhandling (Svensson, 1996) har jag pekat på de svårigheter som narkomaner har att försörja sig på legal väg samtidigt som den narkomana världen ständigt erbjuder olika

---

10 Med dessa utgångspunkter ter sig metadon för "hopplösa" heroinister som ett bättre alternativ än tvångsvård.

illegala inkomstmöjligheter. Jag har visat på den socialitet som finns i livet som narkoman och kontrasterat den med den ensamhet som de som söker sig till den vanliga världen har upplevt. Detta kan ses som ytterligare ett dilemma för tvångsvården – missbruket är integrerat med individens hela livssituation, och ett upphörandebeslut leder till omfattande konsekvenser även på andra områden.

7. Många i den grupp som döms till LVM-vård har en vårdtyngd som gör att ambitionen att få igång en process som leder till drogfrihet är orealistisk

I en artikel om hemlösa vill alkoholforskaren Lars Lindström (1994) tona ner vårdens ambitioner när det gäller den tyngsta gruppen missbrukare. Han anser att det i arbetet med hemlösa alkoholister är rimligare att arbeta med termer som "omsorg" och "anpassade livsmiljöer" än "behandling" och "fullständig rehabilitering". När åtgärderna består av behandling och syftar till återanpassning är de i regel orealistiska. Det kan leda till att man förbiser samhällets uppgift att bereda hemlösa personer god "omsorg" och lämpliga miljöer för långsiktigt boende.

Lindström jämför med de omsorgsinsatser andra klientgrupper som äldre och utvecklingsstörda får: För dessa grupper är inte åldern eller störningen en åkomma som ska botas. Man försöker i stället att se till att de i största möjliga utsträckning kan utnyttja de resurser som de har. Det sker genom att miljön anpassas till gruppernas särskilda behov eller handikapp. Lindström vill se en motsvarande inställning i förhållande till de hemlösa. Beträffande tvångsvården anser han att den ska värderas efter hur den uppfyller målet att moderera alkoholistens drickande. Det innebär att minska den totala alkoholkonsumtionen, förlänga perioderna mellan återfallen och reducera uppkomsten av alkoholbetingade skador.

En näraliggande slutsats – både av forskningsgenomgången och uppräkningen av dilemman – är att LVM-vården har en omöjlig uppgift. Är det så eller går det att bedriva en meningsfull tvångsvård? Det är en fråga som jag kommer att återkomma till i slutkapitlet.

Tidigare forskning av betydelse för studien

Erving Goffman (1973) har gjort en klassisk undersökning av den totala institutionen, en institution där invånarna tillbringar dygn efter dygn, avskärmade från omgivningen. Han beskriver hur de intagna kommer till institutionen med en beteendekultur, ett sätt att leva som de tagit för givet till dess att de blev intagna. Vid ankomsten berövas nykomlingen det stöd hon har haft från en viss social ordning med grunden i hennes privatvärld. Hon underkastas "en serie förödmjukelser, degraderingar, förnedringar och kränkningar. Hennes personlighet undertrycks systematiskt, låt vara oavsiktligt" (a.a.20). Goffman använder begreppet "moralisk karriär" för att beskriva den process som innebär att individen kuvas och ändrar uppfattning om sig själv och andra betydelsefulla personer.

Avskildheten från samhället utgör den första inskränkningen av personligheten.

Att vistas inom samma väggar dygn efter dygn innebär att individen berövas tidigare roller. Goffman beskriver intagningsprocessen som innebär att individen blir behandlad som ett objekt. Hennes levnadshistoria upptecknas, hon blir fotograferad, vägd, får lämna fingeravtryck, blir tilldelad ett nummer, visiterad, hennes personliga tillhörigheter antecknas för förvaring, hon får klä av sig, bada, blir desinficerad, får klippa håret, blir tilldelad institutionens kläder, blir instruerad om regler och blir hänvisad till inkvartering. Goffman ger ytterligare exempel på förödmjukelser som fysisk bestraffning, berövandet av det egna namnet, ordergivning. Nykomlingen omformas för att passa in i anstaltens rutiner. Under det första mötet gör personalen en bedömning av nykomlingens lydighet och samarbetsvilja. Vid totala institutioner finns en blottställdhet i form av att individen inte längre kan upprätthålla en personlig gräns i förhållande till omgivningen. Individens kropp, handlingar, tankar, tillhörigheter kan observeras av personalen.

> Under inträdesproceduren samlas fakta om den intagnes sociala ställning och tidigare uppträdande – särskilt vanärande uppgifter – och antecknas i en dossier som är tillgänglig för personalen. I den mån institutionen officiellt förväntas ändra de intagnas självreglerande inre tendenser, kan det därefter bli aktuellt med bekännelser, individuellt eller i grupp – psykiatriska, politiska, militära, beroende på vilket slags institution det gäller. Vid dessa tillfällen måste den intagne avslöja fakta om och känslor gentemot sig själv inför nya åhörargrupper (Goffman, 1973:26).

Den franske samhällsvetaren Michel Foucaults (1987) arbete har haft stor betydelse i institutionsforskningen. Han har visat hur avvikare har behandlats genom historien och särskilt fokuserat på hur makt utövas och tas emot. Hans forskning visar de grundläggande svårigheter som finns i behandlingstanken, t ex genom att också behandling präglas av disciplinering och maktutövning. Ett nyckelbegrepp hos Foucault är diskurs, d v s den samtalsordning som sätter ramarna för vårt tänkande, och som exempelvis väljer vilka frågor som bedöms som viktiga och vilka sanningar som styr vår uppfattning om världen.

Bertil Sundins klassiska studie *Individ, institution och ideologi* (1976) innehåller en omfattande empirisk och teoretisk forskningsgenomgång om institutionsvård. Den är också rik på egna teoretiska reflektioner. Sundins beskrivning av den traditionella anstalten kan användas som en idealtypisk beskrivning (Weber, 1983) av en total institutions karakteristika. Anstalten utmärks av en viss balans, där god inre ordning och effektiv administration är väsentliga och ofta självändamål. Det finns likheter med den klassiska byråkratins kännetecken. Förvaring och samhällsskydd ses som viktigare än rehabilitering och förändring. Kontakterna mellan personal och klienter kännetecknas av distans och ytlighet. Den "totala institutionen" är enligt Sundin trögrörlig, och krav på förändring mobiliserar krafter i organisationen som motarbetar eller försöker neutralisera förändring (a.a. 162).

Claes Levin (1998), som studerat den svenska "uppfostringsanstalten" som organisation och i synnerhet Råby yrkesskola, påpekar att svensk behandlingsforskning

visar att intagna på anstalter upplever inspärrning och frihetsberövande som något plågsamt som de försöker mildra på olika sätt. Det kan ske genom flykt undan anstalten, eller genom skapandet av en egen kultur som står i motsättning till personalgruppen och dess strävanden. "Innehållet i de intagnas kultur består av asociala värderingar och mekanismer för en inre statusfördelning" (a.a.306). Ungdomarna får lära sig kriminalitetens och missbrukets "konkreta hantverk". Det är denna asociala socialisation som skapar svårigheterna att rehabilitera ungdomarna till ett normalt liv i samhället, menar Levin.

Historikern Tomas Söderblom (1992) beskriver i *Horan och batongen* tvångsarbetsanstalten i Landskrona som tvångsvårdade asociala kvinnor, "demimonder, enklare gatflickor, sutenörsflickor, ligistflickor, alkoholister m m". Anstalten var ett gammalt fästningsfängelse med madrasserade isoleringsceller, gallerförsedda fönster, låsta dörrar, metertjocka murar, grindar av stål, dubbla vallgravar och vakter i uniform. Mellan 1902 och 1940 tog anstalten emot flera tusen kvinnor som dömts till tvångsarbete för lösdriveri. Särskilt intressant är Söderbloms skildring av kvinnornas motstånd mot tvånget.

Den norske sociologen Dag Album (1997) har gjort observationer av patienter på tre somatiska sjukhusavdelningar. I *Patientkultur på sjukhus* beskriver han de umgängesformer som patienterna utvecklar. Hans framställning visar att det finns både likheter och skillnader mellan patientrollen på somatiska sjukhus och klientrollen på en tvångsinstitution. Hans uppdelning i förbudsnormer (undvik oenighet, i synnerhet konflikter; undvik intimitet; undvik känslor; klaga inte; skryt inte; stör inte; förebygg och reparera skador på den sociala samvaron) och påbudsnormer (var överens med och likna de andra; var trevlig, vänlig och tillmötesgående; var rolig; var socialt aktiv) är exempel på iakttagelser som ger en relief till umgängesformerna på Lunden.

Det finns flera processorienterade undersökningar som är gjorda på institutioner som arbetar med narkomaner på frivillig basis (t ex Andersson & Hilte, 1986; Eriksson, 1987; Hilte, 1990; Jenner et al, 1977; Segraeus, 1984; Stensmo, 1979; Thelander, 1979). Samtliga studier är genomförda av utomstående forskare. Dessa studier innehåller analyser och beskrivningar av behandlingsprocessen som också har intresse i undersökandet av tvångsvård. De innehåller dessutom viktiga metodreflektioner. Men det finns viktiga begränsningar i möjligheterna att generalisera forskningsresultat från den frivilliga vården till tvångsvården. Även om det, som flera av ovannämnda forskare konstaterar, finns tvångsinslag också i frivilligvården skiljer sig dess förutsättningar på viktiga punkter från tvångsvården. Exempelvis försöker de frivilliga behandlingshemmen tillämpa målstyming eller normstyrning i stället för den tidsödande och ofta ineffektiva direktstyrningen som dominerar tvångsvård (Sjöström, 1986).

I sin doktorsavhandling ger Arne Gerdner (1998) en översikt av de studier som försökt mäta utfallet av tvångsvården av missbrukare i Sverige. Han presenterar bl a

undersökningsmetod, kriterier för förbättring, andelen förbättrade och mortaliteten. Den institution som genomgående har bäst resultat är den där han själv arbetat, Runnagården. Gerdner försöker visa att det går att genomföra tvångsvård med ett professionellt vårdinnehåll, och att tvångsvård därmed kan nå goda vårdresultat. Runnagården tog fram till 1994 emot både män och kvinnor, men har därefter specialiserat sig på kvinnor.

Gerdner (2000) har också genomfört en uppföljning av Lunden och Älvgården som bygger på intervjuer med klienter på respektive institution och uppföljande intervjuer med elva klienter. Dessutom har en enkät skickats ut till placerande socialsekreterare. I studien ingick trettio kvinnor, som skrevs ut från Lunden någon gång mellan augusti 1995 och slutet av november 1996. Under nästan hela den tid som undersökningen avser hade Lunden en egen, öppen utskrivningsavdelning. Enligt uppföljningen var sex av kvinnorna nyktra och drogfria, fyra hade fått förbättrad nykterhet/drogfrihet. För sexton noterades ingen förbättring. Fyra befann sig vid uppföljningen på behandlingsinstitution. Den faktor som var klarast relaterad till ett positivt utfall var deltagande i eftervårdsprogram eller självhjälpsgrupp, vilket Gerdner rekommenderar vården att ta fasta på.

Det finns ännu inga renodlade processtudier om tvångsvård av narkomaner i Sverige, men det finns några studier som i viss utsträckning beskriver arbetet på LVM-hemmen.

Ethel Berg och Kattis Grant (1988) har skrivit en reportagebok från landets första LVM-hem för enbart narkomaner, Serafen, där båda har arbetat. Boken är skriven utan vetenskapliga anspråk, men innehåller en hel del material om behandlingsarbetet och dess villkor. Den dagliga tillvaron på Serafen präglas av en ständig kamp mellan ordning och kaos.

Kristin Bjurner (1992) har gjort en studie utifrån ett klientperspektiv om ett LVM-hem för kvinnor, Rålambshov. Till stor del bygger studien på hennes erfarenheter av ett halvår som personal och på fyra klientintervjuer. Kvinnorna på Rålambshov (numera omdöpt till LVM-hemmet Rebecka) poängterar sin känsla av maktlöshet och sitt motstånd mot tvångsomhändertagandet, ett motstånd som inte personalen kunde bryta, trots att de uppfattades som välvilliga.

Kerstin Nilsson och Dolf Tops (1994) beskriver "patienterna, arbetsmetoderna och resultaten" från Avgiftningsenheten, ett LVM-hem i Malmö som numera är nedlagt. Både Nilsson och Tops var anställda vid Avgiftningsenheten när materialet samlades in. Undersökningen visar att bara några procent var drogfria vid uppföljningen.

Missbruksforskarna Mats Hilte och Leili Laanemets (2000) har analyserat fyra olika behandlingsprogram för kvinnor, varav Lunden är ett. Åtta kvinnor intervjuades under 1995–96 om sig själva, sitt missbruk och sin förändringsprocess före, under och efter vården. Uppföljande intervjuer gjordes med sju av kvinnorna ungefär ett år efter LVM-vården. Kvinnorna rekryterades av forskarna själva genom att

de presenterade undersökningen på Lunden. Studien innehåller också gruppintervjuer med personal, men inga fältobservationer. När undersökningen genomfördes hade Lunden fortfarande en separat utskrivningsavdelning, Villan. Den stängdes i september 1996.

Socialantropologen Göran Johansson (2000) har gjort en fältstudie på Hornö, som är ett LVM-hem för män, med en stor andel narkotikamissbrukare. Johansson lägger fokus på personalens aktiviteter. Han betonar att vården arbetar med kulturella medel, främst i form av olika ritualer för att försöka förmå klienterna att ändra sin livsstil. Han poängterar också det omgivande samhällets brister när det gäller att ta emot de återvändande klienterna. Samhället är oförändrat när klienterna återvänder.

Kajsa Billinger (2000) jämför fyra LVM-institutioner som med olika metoder försöker motivera klienterna att lämna missbruket. Samtliga institutioner är för män. Hon utgår från personalens beskrivningar av sitt arbete. Billinger framhåller att behandlingen tenderar att först och främst betona anpassning till institutionen, inte till det omgivande samhället. Det innebär att det är tveksamt om klientens förmåga att klara sig på egen hand efteråt verkligen ökar. Både Johansson och Billinger har intervjuat några klienter, men i huvudsak är det personalens perspektiv som de försöker fånga.

Några teoretiska utgångspunkter

Klientperspektiv

I min analys av Lunden försöker jag att betrakta verksamheten utifrån huvudpersonernas, klienternas perspektiv.

Vad innebär detta ställningstagande? Det innebär inte att jag utgår ifrån att alla klienter ser vardagen inne på Lunden med identiska glasögon, som jag därmed skulle kunna använda mig av. Klienter, precis som andra människor skiljer sig åt beträffande grundläggande normer, värderingar och attityder. Men det har inneburit att jag under fältobservationerna har hållit mig till de för klienterna tillåtna arenorna, att jag har intervjuat många klienter och samtalat med ännu fler, och att jag i min tolkning av händelseförlopp försöker rekonstruera hur dessa har tett sig för de inblandade klienterna.

Jag utgår från den förståelse av verkligheten som uttrycks i den symboliska interaktionismen. Det är en socialpsykologisk teori som betonar att människor handlar i förhållande till hur de uppfattar verkligheten. Den lägger stor vikt vid människors beroende av andra i tolkningen av denna verklighet. Människors uppfattning av världen präglas av hur viktiga människor i deras omgivning ser på världen. Enligt Shibutani (1955) sker det via *referensgruppen,* som är den grupp vars perspektiv utgör referensramen för individen. Referensramen tar sig ett praktiskt uttryck i ett *organiserande perspektiv,* vilket Shibutani definierar på följande sätt:

> Organiserande perspektiv är den bild en människa har av omgivningen, det som hon tar för givet, vad som är plausibelt och möjligt. – Det utgör den matris genom vilken man upplever sin omgivning. – Det är ett utlagt schema vilket kommer före upplevelsen och definierar och vägleder den (a.a. 564).

Det organiserande perspektivet framträder i den beständighet som mänskligt beteende visar i många olika sociala sammanhang. När man har tagit till sig ett särskilt synsätt från en grupp, blir det ens orientering gentemot världen, och man tar fram denna referensram inför alla nya situationer.

När klienter låses inne tillsammans på en tvångsinstitution kommer de nästan alltid att bilda en slags referensgrupp, oavsett deras tidigare bakgrund. Gruppmedlemmarna påverkar varandra och formerar ett "vi" i motsats till "dom" som utgör personalen. I "dom" ingår också icke-missbrukare i det omgivande samhället (jfr t ex Fransson, 1996). Det innebär att klienternas organiserande perspektiv kommer att innehålla gemensamma beståndsdelar som har sin grund såväl i gemensamma upplevelser på Lunden som i upplevelser innan de hamnade på Lunden. Dessa gemensamma beståndsdelar kan betecknas som deras "klientperspektiv".[11] Ett huvudmål i behandling av ett livsstilsrelaterat problem som missbruk är att klienterna ska ta till sig nya organiserande perspektiv.

Sociala världar

Vi lever idag i flera sociala världar som var och en förmedlar sin förståelse av sig själv och omvärlden. Ofta är de sociala världarna rumsligt avskilda, i och med att de är kopplade till exempelvis arbete, bostad eller fritid. Genom att vi är hemmastadda i en social värld kan vi göra rimliga förutsägelser av andras beteende, vilket gör att vi kan agera med en känsla av säkerhet och tillförlitlighet. Shibutani (1955) ringar in vad som utmärker en social värld:

Varje social värld har något slags *kommunikationssystem* – ofta inget annat än ett särskilt umgänge – i vilket det utvecklas ett särskilt *samtalsordningens* universum, ibland en *argot*. Särskilda *innebörder* och *symboler* accentuerar ytterligare skillnader och ökat socialt avstånd till utomstående. I varje värld finns speciella normer om uppträdande, en uppsättning *värderingar*, en särskild *prestigestege*, karakteristiska *karriärvägar* och ett gemensamt synsätt gentemot livet, en *Weltanschaung*. – En social värld är därmed en uppfattad ordning som fungerar som den scen på vilken varje deltagare försöker skapa sig en karriär och upprätthålla och förbättra sin status (a.a. 1955:567).

En social värld är ett kulturellt område, vars omfång sätts av gränserna för en effektiv kommunikation och inte genom territorium eller formellt gruppmedlemskap. De sociala världarna varierar i fråga om storlek, omfång och sammansättning.

---

[11] I en kommentar till ett tidigare manusutkast påpekar Göran Johansson (2000b) att just "klientperspektivet, eller klientens paradigm eller klientens epistemologi är kanske det som är själva problemet, sett ur behandlingssamhällets synvinkel".

De skiljer sig åt när det gäller gränserna som kan vara vaga eller skarpa, klara eller oklara. En del världar, exempelvis narkotikavärldarna, har avvikande värderingar från samhället i stort. De skiljer sig åt i exklusivitet och i vilken utsträckning de kräver lojalitet av sina medlemmar. De är inte statiska enheter – de gemensamma perspektiven är ständigt föremål för förändringar. Världar skapas genom kommunikationskanaler. När livsvillkoren förändras kan också sociala relationer förändras och världar försvinna.

Barmhärtighetsprincipen

I linje med tanken att försöka få fram ett "klientperspektiv" ligger antagandet att klienterna är övervägande förnuftiga i sitt handlande, som jag har som grund för min analys. Det innebär att jag inte väljer en psykologisk förklaringsmodell, där kvinnornas handlande förklaras utifrån deras egenskaper eller deras personlighet.

De norska filosoferna Gilje och Grimen (1992) påpekar att antagandet att människor är rationella aktörer har en grundläggande position i samhällsvetenskapen. De kallar sitt grundantagande för barmhärtighetsprincipen som de sammanfattar i två punkter (a.a.239):

> 1. När vi ska försöka förstå vad en person menar med det han säger eller skriver, eller vad han gör när han handlar på ett visst sätt, eller vad som är poängen med det han säger, skriver eller gör, ja då måste vi *utgå* ifrån att han är förnuftig.
> 2. När vi tolkar en persons handlingar eller yttranden måste vi tolka dem så att personen framstår så *förnuftig som möjligt*. Endast om detta inte är möjligt kan vi dra slutsatsen att han inte tänker och handlar förnuftigt.

Punkterna innebär att vi ska vara *barmhärtiga* i våra tolkningar. Flera argument stöder denna princip: Barmhärtighetsprincipen är moralisk, eftersom den visar *respekt* för andra människor och deras tolkningar. Att se människor som förnuftiga innebär att man respekterar dem. Det innebär också att vi tvingas försöka förstå deras kultur, deras sammanhang. Barmhärtighetsprincipen tvingar oss till en *intellektuell öppenhet*. Vi kan inte utesluta möjligheten att det är våra tolkningar som det är fel på, inte andra människors förnuft. Den tredje betydelsen är *metodisk*. Antagandet att individerna är förnuftiga räcker längre och har större förklaringsvärde än antagandet att de inte är förnuftiga. Det gör att vi tvingas leta längre än vad som krävs om vi avfärdar folk som konstiga, sjuka eller självdestruktiva. Den fjärde punkten handlar om hur vi ska kunna skilja mellan bra och dåliga tolkningar. Barmhärtighetsprincipen säger att vi ska välja de tolkningar av en person som gör att han/hon framstår så förnuftig som möjligt.

Barmhärtighetsprincipen står i strid med LVM-lagstiftningen. Klienterna har tvångsomhändertagits eftersom myndigheterna har sett dem som beslutsinkapabla, som oförmögna att handla i enlighet med sina egna intressen. Inlåsningen utgör en markering att denna oförmåga håller i sig under en lång tid. Det är tekniskt möjligt att hålla en klient inlåst i sex månader med motiveringen att han/hon saknar förmå-

ga att själv ta ansvar för sitt liv. Jag möter ett konkret exempel – Kajsa från Göteborg – som tillbringar sex månader inlåst på Lunden, med undantag för några dagars misslyckad frivilligplacering på behandlingshem. Varför släpps hon inte ut när hon uppenbart inte vill ta till sig det som Lunden har att erbjuda? En teoretiskt och praktiskt avgörande fråga inom tvångsvården är – när återfår klienten sin beslutskapacitet?

Möten mellan människor stärker eller försvagar sociala band

Thomas Scheff (1994) har analyserat den sociala interaktionen med utgångspunkt från *stolthet* och *skam* som han ser som de grundläggande känslorna i kontakten mellan människor. Varje möte med en annan människa innebär en risk för förlägenhet, risk att man "förlorar ansiktet". Om mötet förlöper tillfredsställande, om aktörerna känner respekt och känslomässig kontakt uppstår *samstämmighet,* "en ömsesidig förståelse som inte bara är intellektuell utan också känslomässig" (a.a. 1994:7). Det stärker de sociala banden mellan aktörerna. Scheff ser skapandet och upprätthållandet av sociala band som det grundläggande motivet bakom mänskliga handlingar. I interaktionen byggs bandet, det bevaras, repareras eller förstörs. Banden måste användas för att bibehållas intakta. Fördelningen av skam och stolthet i en relation mellan två människor utgör en mätare på temperaturen i förhållandet. Om man ständigt under vistelsen i en viss social värld upplever frustration och skam minskar intresset att uppehålla sig där. Om man har tillgång till alternativa sociala världar kan man söka sig ifrån den värld som upplevs som främmande och skamfylld. Scheff ser den *sociala solidariteten* som den kollektiva motsvarigheten till sociala band. Solidariteten bygger på ömsesidig tillit, vilket i sin tur för det mesta anknyter till emotionella och intellektuella förbindelser.

En viktig uppgift i behandlingsarbete är att skapa en bärkraftig relation, ett socialt band, mellan behandlare och klient/patient (jfr t ex Melin & Näsholm, 1998). Men byggandet av sociala band kräver möten präglade av samstämmighet och ömsesidig stolthet. Inom tvångsvården finns en uppenbar risk att de sociala banden byggs mellan klienter, snarare än mellan klienter och personal.

I **detta kapitel** som bygger på tidigare forskning har jag försökt visa att tvångsvård av vuxna missbrukare, oavsett på vilken institution den bedrivs, har mycket speciella förutsättningar. När en individ vårdas mot sin vilja aktualiseras grundläggande etiska frågeställningar om gränserna för samhällets ingripande mot den enskilde. Även om man accepterar att "ändamålet helgar medlen", att tvångsvård kan behövas för att rädda liv, visar också forskningen att tvångsvården har problem med att hitta verksamma medel, att hitta fungerande vårdmodeller. I kapitlet anges också några viktiga teoretiska hörnstenar för undersökningen – klientperspektivet och den symboliska interaktionismen, en teori som intresserar sig för möten mellan människor. Från denna teoritradition hämtar jag begrepp som sociala världar, organiserande perspektiv och sociala band.

4 Inlåst för vård

Redan kvinnornas första möte med Lunden präglas av ambivalens. Ofta är de fysiskt och psykiskt i dålig kondition. De kommer från en krävande och intensiv tillvaro som missbrukare till den låsta mottagningsavdelningens sjukhuslika stillhet. Det innebär god mat, bäddade sängar och rena kläder. Personalen är vänlig och tjänstvillig, men kvinnorna möts av en uppsjö av regler och restriktioner. De är inlåsta för lång tid framåt och har ett minimum av eget handlingsutrymme.

Lunden presenterar sig

Statens institutionsstyrelse har en hemsida där de olika LVM-hemmen presenteras i ord och bild. Det är korta och koncisa redogörelser av målgrupp, behandlingsinnehåll och personalkompetens.

> Lunden ligger inom S:t Lars sjukhusområde i centrala Lund.
> **Målgrupp:** Yngre kvinnor med narkotika- och blandmissbruk. Till målgruppen hör även kvinnor med svåra psykiska störningar liksom gravida missbrukare.
>
> **Behandlingsinnehåll:** Institutionen bedriver motivationsarbete utifrån individuella behandlingsplaner som grundas på en social, somatisk och psykiatrisk utredning samt en genomgång av tidigare behandlingsinsatser. Tydliga ramar, fast struktur och relationen mellan klient och personal är viktiga delar i arbetet. All matlagning, städning och tvätt sköts av klienter och personal gemensamt. Klienternas kvinnliga identitet stärks genom uppmuntran av traditionellt "kvinnliga" intressen.
>
> **Personalens kompetens:** Förutom behandlingsassistenter finns socionomer, socialpedagoger, mentalskötare och undersköterskor. Dessutom finns en sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri samt tillgång till en läkare med psykiatrisk och somatisk kompetens. En kurator ansvarar för utredningar och behandlingsplanering. Personalen får handledning kontinuerligt.
>
> *Platsantal:* 12. Institutionen består av en avdelning.
> *Upptagningsområde:* Hela landet.
> *Särskilda upplysningar:* Samtliga platser är låsbara.

Målgruppen innehåller fyra kategorier – yngre narkotikamissbrukare, yngre blandmissbrukare, kvinnor med svåra psykiska störningar och gravida missbrukare. Klientsammansättningen kan med andra ord bli påfallande heterogen. I beskrivningen av behandlingsinnehållet betonas verksamheter som både knyter an till traditionell institutionsvård (tydliga ramar, fast struktur, gemensamt tvättande och matlagande, uppmuntran av kvinnliga intressen) och till en vård som är anpassad till socialarbetarkårens strävan efter att professionalisera arbetet (utredande, arbete utifrån relationen behandlare/klient och stärkande av kvinnoidentitet).

I en magisteruppsats i socialt arbete ger Stina Balldin (1997), anställd på Lunden, en konkret beskrivning av målsättningen med verksamheten:

- att bryta ett livsfarligt missbruksmönster
- att motivera kvinnorna att vilja förändra sina liv
- att motverka avvikningar och återfall i missbruk under vårdtiden
- att erbjuda en grundlig utredning som grund för behandlingsplanering
- att erbjuda en tvångsvård där kvinnors speciella utsatthet och problematik fokuseras
- att verka för att kvinnornas situation är ordnad att det finns förutsättningar att arbeta vidare mot drogfrihet efter LVM-et.

Även i denna beskrivning betonas motivationsarbetet, kvinnoperspektivet och behandlingsplaneringen.

LVM-lagen uttrycker mål med tre olika tidsperspektiv, ett *omedelbart,* att stoppa en destruktiv livsföring, ett *kortsiktigt,* att motivera till fortsatt vård och ett *långsiktigt,* att lämna missbruket (Gerdner, 1998). De två första målen ligger inom LVM-institutionens ansvarsområde.

Huset

I södra Lund, nere vid Höje å, precis innan stadsgränsen mot Staffanstorps kommun, ligger S:t Lars sjukhus inbäddat i en vacker park. Det gamla mentalsjukhuset består av stora paviljongbyggnader i traditionell sjukhusarkitektur, men också av några gamla läkarvillor och ett litet kapell. Det finns nyare byggnader, t ex ett sexvåningshus från slutet av sextiotalet som bland annat inrymmer en avgiftningsklinik, en akut mottagningsavdelning och en forskningsavdelning. Men eftersom psykiatrin sedan många år har övergett de stora vårdavdelningarna, och i stället satsar på att behandla patienterna i öppen vård, har många byggnader blivit överflödiga och i stället tagits över av företag. Många är knutna till Ideon, en beteckning på kunskapsintensiva företag som har knoppats av från universitetet.

Tvångsvården av kvinnliga narkotikamissbrukare är placerad i en fängelseliknande byggnad, bakom jordvallar och murar. Huset byggdes som Rättspsykiatrisk klinik och blev riksbekant i slutet av sextiotalet, eftersom inflyttningen fördröjdes av en mordbrand iscensatt av anarkister, ett av 68-rörelsens fåtaliga politiska attentat. Det är en byggnad som uppförts för att hålla sina klienter väl avskärmade från omgivningen. Murarna skapar bilder av farlighet, men kvinnorna är omhändertagna för att de anses som farliga mot sig själva, inte mot omgivningen. De skyddas från sig själva.

Två institutioner samsas i byggnaden, Lundens LVM-hem tvångsvårdar missbrukande vuxna kvinnor, Lundens ungdomshem har hand om tvångsomhändertagna flickor. De unga och de lite äldre kvinnorna kan skymtas någon gång då och då, på väg till eller från institutionsbussen, för utflykter, läkarbesök, shoppingturer. Ett par

gånger om dagen kommer en grupp kvinnor eller flickor och personal ut genom entrén på väg till överläkarvillan hundrafemtio meter från entrén. Den används som en slags arbetsterapi med estetisk inriktning.[12]

Ibland har taxi ärende till byggnaden med socialarbetare på planeringsbesök. Någon gång har taxibilen med sig en kvinna som återvänder frivilligt efter en rymning. Har hon inte pengar får personalen komma ut från institutionen och betala resan.

Entrén till Lunden är alltid låst, men besökaren kan påkalla uppmärksamhet med hjälp av en ringklocka, en till vardera institution. Rakt fram innanför entrén finns en trappa upp till ovanvåningen. Där finns staben i form av administrationen – föreståndare, personalsekreterare, ekonomiansvarig, personalassistent, hantverkare och specialisterna – läkare och psykolog. Staben är gemensam för LVU-hemmet och LVM-hemmet. Stora delar av ovanvåningen står tom. Det finns utrymme för expansion. Efter entrédörren väntar ytterligare två låsta dörrar, innan man är inne på avdelningen där kvinnorna bor. Socialarbetare på besök eller anhöriga släpps inte in på avdelningen. Det finns ett väl inrökt besöksrum strax innanför entrén. I en avbalkning finns en lekavdelning med leksaker och bilderböcker. Inte mycket att fånga ett oroligt barns uppmärksamhet med, men man har åtminstone försökt.

Huvudregeln är att dörrar ska vara låsta. Sedan finns det undantag i form av olåsta dörrar till utrymmen dit klienterna har tillträde. Det finns två små atriumgårdar på avdelningen och en stor. Alla tre är låsta, klienterna måste ledsagas av en ur personalen för att få gå ut. Det går inte att ta sig en rök i det fria utan att be en personal om lov.

Ordet tvångsvård består av två delar – tvång och vård. Tvånget får sin yttersta manifestation genom inlåsningen. Och innehavet av nycklarna, nyckelknippan visar att du är en av dem som låser in, inte en av de inlåsta. Som forskare har jag en mellanställning och kunde ha valt att klara mig utan nyckel. Det skulle gett mig en tydligare bild av hur det är att vara klient, att ständigt få be om hjälp för att kunna ta mig utanför institutionens inre rum, den del där klienterna kan röra sig fritt. Men jag gjorde tidigt valet att vara bekväm och kunna röra mig fritt, och utkvitterade en nyckel redan första dagen.

Det finns en separat entré utifrån gatan till intaget. Intaget är den plats som alla klienter måste passera igenom och bo på, till dess att deras urinprov är "gröna", d v s fria från narkotika. Det består av ett kombinerat kök och dagrum och ett par sovrum. Även till intaget finns en atriumgård med höga staket.

Hilda, som presenterades inledningsvis, beskriver Lunden som "ett vackert fängelse". Hon har ett konstnärligt intresse och uppskattar den medvetna färgsättningen på väggar, gardiner och möbler inne på avdelningen. Det här är en miljö av kvinnor

---

[12] I början av 2000 stängdes Villan för LVM-kvinnorna. Alltför ofta passade kvinnor på att rymma på vägen mellan avdelningen och Villan. Den korta promenaden till Villan var en svag länk i den hårda kontrollen av kvinnorna.

och för kvinnor. Repression med mjuka kanter. Rummen är påfallande ombonade och personligt inredda. Kontrasten är påfallande till mansinstitutionen Håkanstorps oftast helt opyntade rum. Rummen har namn, precis som i ett hem, men namnen är annorlunda – TV-rummet, rökrummet, köket, samtalsrummet etc. Lunden har tre expeditioner, en för behandlingsassistenterna som kallas expen, en socialsekreterarexpedition (journalrummet), och en där sjuksköterskan och läkaren har sin mottagning. Ingående telefonsamtal går till expen. Centrum är den stol som är placerad bakom receptionsdisken.

På Lunden arbetar närmare 25 personer. I toppen finns en institutionschef som chefar både för LVM och LVU. Så en avdelningsföreståndare, två socialsekreterare[13], behandlingsassistenter, sjuksköterskor och husmor. Personalen arbetar dagar, kvällar och helger, men för nätterna finns särskild nattpersonal. Könsfördelningen är ca 80 procent kvinnor och 20 procent män. När det gäller att sätta in timanställda tycks män prioriteras, vilket gör att andelen män ute bland klienterna kan vara högre än 20 procent. Dagpersonalen är indelad i två team – gult team och grönt team, som vardera består av en socialsekreterare och fyra behandlingsassistenter. Varje team ansvarar för sina klienter och inom teamet utses två kontaktpersoner.

Klienternas rum får namn efter den som för tillfället bor i rummet. Evas rum, Mettes rum, Hildas rum. Klienterna kan inte låsa sina rum. De har möjlighet att försöka skapa ett personligt utrymme på femton kvadratmeter med utgångspunkt från befintliga möbler, och det som de kan tillverka i arbetsterapin. Men de kan inte stänga personalen ute. Avdelningsföreståndaren kan däremot låsa igen sitt lilla krypin. Och alla personalutrymmena är låsta om inte någon i personalen är där för tillfället. I detta hus finns två kategorier av människor, personal och klienter. Den ena gruppen litar inte på den andra och låser den andra ute. Personalen litar inte på klienterna. Det ska visa sig att klienterna inte heller litar på personalen. Misstro föder misstro.

Den stora rastgården är en grönskande oas, ungefär hundra kvadratmeter stor. Den är omgiven av höga murar. På andra sidan av en hög mur har ungdomshemmet en motsvarande rastgård. LVM-hemmet och ungdomshemmet delar ett stort motionsrum i källaren med bordtennis och styrketräning och en musikanläggning. "Man hör på musiken om det är någon här", säger Carolyn som visar rummet. Musik är ett tillåtet njutningsmedel, och nere i källaren kan man vrida på volymen ordentligt så basgångarnas vibrationer känns i kroppen.

I ett av rummen finns en tavla som är en översikt över larmet. I rummet förvaras också fem–sex larmbrickor. "Jag brukar inte ha något larm. Men när larmet går på lyser det ett nummer på tavlan här. Vi är kopplade till LVU-enheten så att när lar-

---

[13] På Lunden använder man beteckningen socialsekreterare för behandlingsassistenter med socionomutbildning (för en behandlingsassistent t o m utan att vederbörande har socionomutbildning). Förfarandet finns bara på Lunden inom SiS. I SiS personalförteckning går även dessa personer under tjänstebenämningen behandlingsassistent.

met går på kommer folk springande även därifrån. Men hos oss har det inte använts så ofta. Oftast har det varit falsklarm som när två personal har kramats på övervåningen, och deras larm har stött emot varandra", berättar Carolyn.

Inom mentalvården finns en tradition att avdelningar är "kopplade", att de rycker ut för varandra i samband med incidenter. Kopplingen är en praktisk lösning, eftersom den tillgängliga personalstyrkan, som kan rycka ut, utökas. Avdelningarna som hänger samman via larmet får också en speciell samhörighet. "Vi som ställer upp för varandra".

Ankomsten

> För nya patienter är medpatienterna främlingar. De flesta finner dock snabbt någon att prata med. Genom dessa samtal, och genom att iaktta vad andra gör och vad som görs med dem, lär patienterna känna varandra och lär sig vad det innebär att vara medpatient. Patienter lever inte bara nära varandra. De gör också något tillsammans. Först och främst talar de med varandra. Patienter på sjukhus har mycket kontakt med varandra (Album, 1997:83).

För de kvinnor som kommer till Lunden innebär ankomsten inledningsvis två typer av möten – med Lundens personal och med den låsta institutionen. Sedan kommer ett tredje möte – med de andra klienterna. Inför dessa tre möten har kvinnorna olikartad beredskap. Varje individ har sitt livsöde, sitt sätt att uppfatta tillvaron, sina erfarenheter av liknande miljöer.

Möten inne på Lunden präglas av skam eller stolthet i växlande omfattning (jfr Scheff, 1994). De bidrar till att skapa sociala band, stärka, försvaga eller rasera dem, samt till att förstärka den sociala integrationen med personal eller till att underminera den. Speciellt för tvångsinstitutionen är att ett beteende som underminerar den sociala integrationen med personalen samtidigt kan bidra till att stärka den sociala integrationen *mellan* klienterna. Det finns för den enskilda klienten anledning att satsa på att integrera sig med klientgruppen, eftersom den finns på plats dygnet runt. En del av klienterna kan man också räkna med att träffa senare utanför institutionen. Å andra sidan har personalen viktiga maktbefogenheter, som det blir lättare att dra nytta av om man anpassar sig.

Från början är klienten ensam i mötet med personalen, men efterhand träffar hon också andra klienter, ofta redan inne på intaget. Hon möter nu inte personalen enbart som en enskild individ utan som en av flera klienter. Hennes eget reflekterande över rätt och fel agerande breddas genom att hon också får ta in hur hennes handlande uppfattas av medklienter. De flesta klienter är måna om att bli respekterade av de andra klienterna. Det blir viktigare än att visa sig solidarisk mot ständigt växlande personalkonstellationer. Av praktiska skäl förs missbruksklienter samman. Det blir alltför personalkrävande och också inhumant att förvara dem enskilt. Men sammanförandet innebär att klienternas styrka ökar.

Eva är drygt trettio, heroinmissbrukare och inne pa sitt andra LVM. Hon har lång rutin av samhällets missbruksvård. Hon vet vad hon har att vänta.

> Jag var så påverkad, så fjuttad, så väck i huvudet, så att jag kände väl ingenting just då när jag kom. Men när jag vaknade upp dagen efter här så tänkte jag: "Ah, shit nu är jag här igen". Alltså i och med att man mår bra på heroinet så skiter man i vilket. Man bryr sig inte. Jag gör inte det. Men sen så ... dagen efter på eftermiddagen så tänkte jag. "Fan, nu sitter jag här igen".

Ursula däremot har aldrig varit i vård tidigare. För henne blir mötet med Lunden chockartat, inte minst för att hon fått mycket dålig information från sin socialsekreterare om vad hon har att vänta.

> Jag var ju efterlyst och så rymde jag iväg, för jag ville inte åka hit. Men så hittade dom mig, och jag fick sova över hos polisen en natt. Sen så var det en sån transportfirma som har hand om kriminalvårdens transporter som körde mig hit. Mitt första möte med Lunden, det var ute vid dörren. Jag sa hej då till dom i bilen. Sen gick jag in och så fick jag duscha och så. Och då fick jag chocken, för då låste dom efter mig! Då först fick jag berättat vad Lunden var för ett ställe. Jag hade ingen aning om vart jag skulle. Min socialsekreterare har inte berättat någonting för mig. Ingenting visste jag. En stor nolla i ansiktet. Jag visste ingenting. Det var jättehemskt. Sen på intaget var det bra för jag var aldrig själv. Det var alltid nån i personalen med. Dom första dagarna var ju skitbra att ha det så, för då känner man inte sig ensam. Man mådde ju rätt dåligt, och då hade man alltid nån bredvid.

Kvinnorna har dömts till vistelse på Lunden för att de har problem med att kontrollera sitt drogintag. Många, men inte alla, är drogpåverkade när de kommer. Genom att berusa sig på alkohol, narkotika eller psykofarmaka inför inläggningen kan de skapa sig en skyddande distans till allt det nya. De kan sätta sin egen valfrihet inom parentes och passivt låta sig bli omhändertagna. Men drogens skydd är temporär, de har inte längre tillgång till illegala droger inne på Lunden. I stället kan kvinnorna förhandla sig till legala droger, i form av olika former av psykofarmaka. De kan också ta med ett litet förråd av illegala droger in på avdelningen. Personalen har inte rätt att undersöka kroppsöppningarna (anus, slidan, munnen), vilket innebär att det går att ta in droger i samband med inläggningen. Men drogintag förutsätter planering. Den som kommer från ett kaotiskt liv eller som har blivit gripen av polis har inte kunnat planera.

Ursulas beskrivning av att hon blev positivt mottagen av personalen går igen i de flesta kvinnornas beskrivning. Likaså instämmer kvinnorna med Ursula i att uppfatta själva inlåsningen starkt negativt. Kvinnorna kan bygga sociala band med enskilda i personalen, i den mån dessa möten är förknippade med stolthet och en känsla av personlig uppskattning. I förhållande till institutionen är däremot mötena genomgående skamfyllda. Till den upprättas inga sociala band. Känslan av maktlöshet och att vara utelämnad blir tydlig redan i samband med intagningsrutinerna.

Intagningsrutiner

> Hur det var när jag kom hit? Nja, jaaa, ja dom var ju snälla. Det kommer jag ihåg, men just det här att ... alltså jag hade precis duschat när jag kom hit. Men då skulle man in i duschen och sedan ta på sig andra kläder som inte var ens egna. Det tyckte jag var lite förnedrande. / Stella

Personer som ska läggas in på sjukhus brukar se till att ha rena kläder på sig och duschar ordentligt inför undersökningarna. Men inom narkomanvården är regelverket lika för alla. Så duscha ska man oavsett om det behövs eller inte. I detta finns också ett starkt kontrollelement. De egna kläderna byts mot institutionens och kläder och tillhörigheter gås igenom. I en sammanställning av rutiner och regler från 1994[14] beskrivs institutionens "Rutiner för mottagande av ny klient". Dåvarande avdelningsföreståndare och institutionschef har undertecknat den sex sidor långa, maskinskrivna sammanställningen.

- Klienten går in på mottagningsrummet – byter om till avdelningens kläder och får en necessär. Fyll i på förrådskortet vad vi lämnat ut.
- Om klienten inte kommer från sjukvården ska hon duscha först.
- Följ med klienten på intagningsavdelningen – till ett rum eller till soffhörnan, beroende på situationen. Lämna henne inte utan uppsikt de första timmarna.
- Bjud på kaffe, mackor eller middag beroende på tiden.
- När tid ges skall alla medhavda kläder och tillhörigheter visiteras. Alla kläder som tas in på avdelningen tvättas. Klienten återfår kläderna när hon flyttar in på stora avd.
- Mottagningsblankett och förrådskort (över de kläder som lånats ut) skall fyllas i.
- Om klienten inte kan ringa till anhöriga, skall vi hjälpa till att meddela de personer som klienten vill underrätta om att hon är intagen här.

Rutinerna handlar om att ge klienten ett *humant omhändertagande* (bli följd till ett rum, få förtäring, inte bli lämnad ensam i början, ges tillfälle att meddela anhöriga). Det handlar om att *kontrollera* klienten (duscha, byta till avdelningens kläder, inte vara utan uppsikt, få tillhörigheterna visiterade, kläderna tvättade så att eventuell insmugglad narkotika blir förstörd) och slutligen ska den interna *logistiken* skötas (fylla i förrådskort och mottagningsblankett).

Visitationen är så viktig att det finns särskilda anvisningar för "visitationsrutiner":

OBS! Använd alltid handskar!!
- känn först utanpå fickorna o dyl och vänd sedan fickorna ut och in.
- stoppa aldrig händerna direkt ner i fickor eller väskor.

OBS! Var alltid två vid kroppsvisitation av klient! (kvinnlig personal). Om möjligt ska man vara två även vid genomgång av klientens kläder
- be någon van personal vara med de första gångerna ni visiterar.
- beslagta sådant som ni vet ej får komma in på avdelningen ex droger, kanyler, pipor, trasiga speglar, elartiklar, radioapparater, bankomatkort, bankböcker etc.
- beslagta även sådant som ni är osäkra på – lägg i en namnmärkt påse på chefens bord för senare bedömning.
- klienten får ha max 400 kronor åt gången inne på LVM-hemmet, resten läggs i kuvert och ges till kurator, för inlåsning i kassaskåpet.

[14] Regelmanualen ska inte längre användas, men rutinerna tycks ändå finnas kvar.

Här betonas *säkerhetsaspekter för personalen* (använda handskar, inte stoppa ner händerna, vara två för att skydda sig från beskyllningar om övergrepp). Flera rutiner tycks handla om att *förhindra drogmissbruk* på avdelningen (beslagta droger och drogutensilier, ej släppa in elartiklar och radioapparater där narkotika kan vara gömd) och *reglera klientens ekonomi* (maxbelopp i kontanter, bankomat och bankböcker tas om hand).

Att undersöka upprinnelsen till varje rutin hade varit intressant. Förmodligen handlar det om att föra över rutiner från liknande arbetsplatser och att skapa nya regler på förekommen anledning, d v s efter en incident.

I föregående kapitel presenterades Erving Goffmans beskrivning av en total institution. Med hjälp av en enkel tabell illustrerar jag hur Lunden överensstämmer med, respektive avviker från några av kännetecknen för den totala institutionen.

Detta gäller på Lunden	Detta gäller inte på Lunden
1. Levnadshistorien upptecknas	1. Fotograferad
2. Visitation	2. Tvingas klippa håret
3. Personliga tillhörigheter omhändertas	3. Får lämna fingeravtryck
4. Klä av sig, duscha	4. Tilldelad institutionens kläder
5. Instruerad om regler	5. Fysisk bestraffning
6. Tilldelad inkvartering i en kollektiv miljö	6. Berövande av det egna namnet
7. Ständigt föremål för observation och dokumentation	7. Offentliga bekännelser om känslor (Lunden har inte gruppsamtal)
8. Inlåst	
9. Avskärmad från kontakt med omgivningen	

Det finns avsevärda gradskillnader mellan olika totala institutioner. Lunden skiljer sig från det mentalsjukhus i femtiotalets USA som Goffman undersökte. Men även om Lunden försöker utöva ett humanitärt tvång, kvarstår faktum att kvinnorna är inlåsta tillsammans med andra som de inte har valt, att personalen bestämmer över dem i stor omfattning och att de betraktas som oförmögna att bestämma över sina liv, även långt efter att den fysiska avgiftningen är avslutad.

Fältanteckning från intaget

Lunden har sin egen avgiftningsavdelning i form av intaget. Här tillbringar kvinnorna sina första dagar på Lunden. Överflyttning till avdelningen sker när urinproven är rena. Även kvinnor som återvänder från en rymning får börja om på intaget. Slutligen används intaget när någon av kvinnorna bedöms behöva avskildhet. Oroliga klienter förs över hit om det finns plats. För den som kastar saker omkring

sig och är aggressiv mot personal eller medpatienter finns ett särskilt avskiljningsrum med en brits och madrasserade väggar.[15]

Efter ankomsten till intaget ställs nykomlingen inför olika handlingsval angående den egna personen och omgivningen. Ska jag ligga kvar i sängen eller stiga upp? Ska jag stanna i rummets ensamhet eller gå ut i dagrummet och träffa andra? Ska jag äta den mat som erbjuds eller kräva annan mat? Hur ska jag förhålla mig till personalen? Till eventuella andra klienter? Ska jag bita ihop eller släppa fram mina känslor? Ska jag ta den medicin som erbjuds, eller ska jag argumentera för att få en annan sort och andra mängder? Sammantaget utgörs dessa val av hennes *förhållningssätt.* Personalens iakttagelser från intaget, tillsammans med den information institutionen fått av socialtjänsten inför omhändertagandet, bildar underlag för den första kategoriseringen av henne.

> På de två sofforna ligger två unga kvinnor, Erika och Jannika. De har svept om sig varsin filt, ligger med huvudet åt varsitt håll. I stolen bredvid sitter Anita som är timanställd vikarie.[16] När jag kommer in tittar först Jannika, sedan Erika upp. Jag presenterar mig och tar i hand. Jannika har svart hår, halvlångt, samlat med en snodd av något slag. Hon är blek, tittar upp med glansiga ögon. Erikas hår är lite kortare och färgat i en röd toning. Hon har en brokig tröja och svarta pantalonger. Även hon är blek och halvsovande.
>
> En stund senare har båda kvinnorna satt sig upp. Jannika kom i måndags, Erika i tisdags. De har gått på stora doser heroin och mår riktigt dåligt nu. Erika försöker rulla en cigarett men tappar tobaken som spills ut över mattan. Hon försöker föra tillbaka tobaken till plastförpackningen. Får med det mesta, men det ligger en utspridd hög av tobaksflarn på golvet. En stund senare torkar Jannika av bordet, lägger på en duk och ser till att en dammsugare kommer in från avdelningen och dammsuger upp tobaken från mattan.
>
> Efter lunch har den erfarna timvikarien Anita ersatts av en annan timvikarie, Barbara. Hon har inte mycket tidigare erfarenhet av missbruksvård. Stämningen är på nollpunkten, och det är Erika som visar hur dåligt hon mår. Hon vill ha in sina kassettband, 27 stycken har hon med sig till Lunden. På ett av dom finns en låt som hon bara måste höra, Nordmans "Jag är en vandringsman". Men hon får inte in bandet, enligt Barbara för att bandet inte är genomskinligt. Det innebär att det finns risk för att det är narkotika i det. För Erika blir avsaknaden av Nordmanslåten en smärre tragedi. Hon tjatar till sig att få ringa till sin pappa för att via honom få in Cd:n med Nordman. Hon tycker att personalen borde åka in till Malmö och hämta skivan. "Det tar bara en kvart, tjugo minuter. Det är motorväg hela tiden, säger hon snyftande." Hon är arg och ledsen för att hon inte får in sina kassetter. Två futtiga band har hon fått in. Det ena går för fullt på den lilla bandspelaren som finns på Intaget. När det kommer en låt som hon tycker om så går hon fram och vrider upp ljudet. Det är ett TV-program som Jannika vill se på, men Erika kräver att få spela sin musik. Hon mår så dåligt att hon måste få höra den. Och hon kan inte vara på rummet, eftersom hon måste röka hela tiden, och det får hon inte göra på rummet. Mellan varven klagar kvinnorna över värk i hela kroppen, krypningar i benen. "Det här jävla heroinet som får mig att må så dåligt", säger Erika.

---

[15] Beslut om avskildhet ska enligt Lundens interna instruktioner fattas av tjänstgörande institutionschef. Om inte dennes beslut kan inväntas ska beslutet konfirmeras i efterhand så snart som möjligt.

[16] Personalens pseudonymer börjar alltid på bokstäverna A, B eller C.

Så vill hon ha frisk luft. Gå ut på rastgården. Jannika vill också gå ut. Det kan man inte göra när som helst, för det krävs två personal för att man ska få ta en klient dit. Barbara ser på mig, "nu när du är här kan vi ju gå ut". Jag samtycker till att gälla som personal i den situationen. Vi går ut. Det är en gård på 25–30 kvadratmeter med ett riktigt högt stängsel runt om. Det är små hål i stängslet så att man inte ska kunna ta spjärn med en skospets. Det är osannolikt att någon ska kunna klättra över. Två vaktande personal förefaller vara överdrivet. Det är småkyligt, och vi stannar knappt så länge som det tar att röka en cigarett.

När vi kommer in igen fortsätter Erika att tjata om sitt Nordmansband. Hon gråter för att hon inte får höra sin favoritlåt. Bandspelaren spelar oförtrutet hennes musik; då och då går hon fram och höjer en låt och sjunger med. Hon är som ett litet barn som inte får som hon vill. Jannika tittar storögt på, ser resignerad ut. Jobbigt att höra på Erika, men inte så jobbigt att hon vill gå in till sitt rum. Ensamheten lockar inte.

En ensam personal har passet inne på intaget, i två timmars pass. Barbara har svårt att reda ut situationen, vet inte riktigt hur hon ska bryta Erikas klagolåt. Hon försöker avleda Erika, få henne att tänka på annat. "Vill du att jag ska massera dej?", men Erika vill inte. Hon vill bara en sak – spela Nordman. När jag håller på att göra te i ändan av rummet kommer Barbara fram till mig. "Hur ska jag göra. Jag vet inte, jag är inte utbildad än. Du som är det kan väl säga." Jag säger att jag tror att hon får fortsätta att göra just det som hon gör, försöka avleda Erika. Jag vill inte prata metodik, när de som ska utsättas för metodiken sitter i samma rum. Jag ser hur båda tittar på oss och försöker höra vad vi pratar om. Och Barbara är nöjd med att ha någon med sig i rummet. När jag går säger jag att jag dyker upp i morgon igen.

Intaget – nästa dag

Christel är ensam personal när jag kommer in. Idag verkar både Erika och Jannika vara på bättre humör. Erika har uppenbarligen fått in sina kassettband för efter en stund får jag höra Nordman i en rätt risig inspelning. Det står en kombinerad värmefläkt och elektriskt element och brummar. På bordet askfat, en Coca cola burk. Ett par muggar med någon vätska i. Attiraljer för att rulla cigaretter. Ett par dagstidningar. En skål med något slags torkad frukt. Soffan som står i vinkel saknar en tre, fyra kuddar och är därmed tämligen obekväm. Dynorna ska kläs om, och två har gått till tapetseraren för utprovning av rätt storlek. Två radioapparater står på bokhyllan. En vit är det som är igång. Den är lite större än ställets egen grå. Kanske är den Erikas. I bokhyllan är det ett par hyllor med böcker. Den ena med billiga pocketböcker ungefär som sådana som Allers ger ut. I hyllan under årsböcker från sjuttiotalet och andra lite äldre, större böcker av det slag som antikvariaten knappast vill ta emot ens om de får dem till skänks. Det är böcker av ett slag som passerar obemärkt, ungefär som hyllfyllnad. TV:n står ute på golvet. Den är på men ljudet är avstängt. Erika tycker inte om att se på TV och vill ha musik på hela tiden. Det är hon som bestämmer, det är tydligt. Jannika anpassar sig. Säger bara till en gång när Erika vrider på ljudet för högt. Vid sidan av sofforna finns en skinnfåtölj som verkar vara den ensamma personalens speciella stol. Så finns det två trästolar för sådana gäster som jag själv.

Christel pratar med Jannika, förklarar ställets regler och rutiner. Hur länge hon ska vänta för att få komma in på avdelningen, när man får ta emot besök, när man får komma ut, när man kan få en P27:a. X-hemmet är på gång för Jannika. Erika som varit där tycker att hon ska pröva det. Men Sofia dit hon själv ska är mycket bättre, mer aktiviteter, permission varje helg. "Ska inte du också komma till Sofia". Erika har fått besked om att hon ska vara tre månader på Lunden och sedan tre på Sofia. Parallellt ska hon söka metadon. Hon har en tid endera dagen och har hållit på tillräckligt länge för att hon ska kunna få metadon. Jannika däremot vill absolut inte ha metadon. "Det är ju som att fortsätta och knarka", tycker hon. Jannika har själv bett att få ett LVM, när hon har känt att hon inte klarar att lägga av frivilligt. En socialarbetare som hon känner har hjälpt henne.

Jannika ska få medicin, 25 mg säger hon, men Christel är osäker på om det ska vara femton eller tjugofem. Säger att hon måste konferera med Cecilia, sjuksköterskan innan hon kan ge

tjugofem. Så kommer hon på en kompromiss. Du kan få femton nu, sedan när Cecilia kommer kan du få resten om det är ordinerat så. Jannika nöjer sig med förklaringen. Christel är säker och hanterar de båda kvinnorna med en blandning av pondus och omtanke. Hon verkar genuint intresserad av dem, och det uppfattar kvinnorna.

"Varför kommer inte doktorn? Jag har så ont i mitt öra, jag vill att hon tittar på det?" Christel tror att doktorn har gått hem, men säger att Erika får ta upp det med Cecilia när hon kommer. Anita avlöser Christel. Alma, vikarien i köket kommer in. Hon har tagit upp beställningar för godis och levererar nu. Jannika har köpt en påse med Malacos smått och blandat. Erika öppnar den, och hugger för sig som om det var hennes påse. "Ta nu inte alla saltlakritsen som du gjorde igår", säger Jannika. Kvinnorna har fått handla på kredit, och vill ha besked på hur mycket de är skyldiga. Alma får gå ut och in ett par gånger, innan hon har fått det helt klart. Hon gör det med gott humör.

Så kommer sjuksköterskan Cecilia in. Hon bekräftar Jannikas uppfattning om medicinen, säger att hon har letat rätt på Birgit, läkaren som ska komma förbi och titta på Erikas öra. Jannika tycker att avtändningen har varit plågsam och ångestfylld. Hon har mått illa, har haft värk i hela kroppen, svettats och frusit om vart annat, känt krypningar i benen, inte kunnat sova. Nästan inget verkar ha saknats av ingredienserna i en jobbig heroinavtändning.

Anita, som passade på att gå in till avdelningen när Cecilia kom, återvänder. I handen har hon ett fat med nygjord kladdig chokladkaka. Det är Julia inne på avdelningen som gjort den. Jannika och Erika blir glada över omtanken. "Schysst att tänka på oss". De tar varsin rejäl portion, erbjuder Anita och mig resten, men Anita vill inte ha, eftersom hon nyss har ätit. Men sedan när jag ska ta en bit till mig frågar jag om hon inte vill ha hälften, och då försvinner den goda föresatsen och hon delar med mig.

– Vilka är det som jobbar natt idag? frågar Jannika.

– Det är ingen idé att fråga, det är ändå aldrig någon som vet det, säger Erika.

– Bara det inte är hon, göteborgaren, hon kan jag inte med. Jannika gör en imitation av en nedlåtande och oförstående replik med rätt så träffsäker göteborgsdialekt. "Hon tycker att hon vet allting, och att vi inte är något värda".

– Ja, till mig sa hon att jag kunde ge mig ut och hora igen om jag inte var nöjd. Hon hade jobbat i tio år med sånt här i Göteborg och kunde minsann sitt jobb. Jag sa att jag också hade hållit på i mer än tio år.

När Cissie var inne på morgonen hade Jannika och Erika berättat om vad kvinnan hade sagt och hur hon hade uppträtt.

När jag ska gå säger jag att jag inte kommer på en vecka, att jag ska till Håkanstorp. Hälsa killarna där, säger Jannika, om det är någon snygg där kan han ju skicka ett foto så kan vi brevväxla. Ja, ja, säger jag, men utan större allvar. Kanske är det så det går till, en hälsning skickas över från en intagen till en annan och så sätter brevväxlingen och kontaktskapandet igång.

Kommentar i efterhand

Två unga kvinnor som känner varandra väl har råkat hamna på samma intagningsavdelning. De antar olika roller med Jannika som den duktiga storasystern och Erika som besvärlig lillasyster. Båda mår dåligt, men det är Erika som tar ut svängarna och låter sitt lidande pysa ut. En personal i taget tillbringar tvåtimmarspass inne på den dystra avdelningen. För Jannika och Erika är avgiftningsfasen en välbekant situation, även om detta är deras första vistelse på Lunden. Båda har varit på avgiftningsklinik flera gånger tidigare. De vet att detta är en fas som går över, att det är som en sjukdomsperiod som man blir frisk från. Båda kvinnorna tycks i grunden

acceptera LVM-et. De klagar för att de mår fysiskt och psykiskt illa, inte i första hand för att de är inlåsta.

Ankomsten till intaget innebär att de unga kvinnorna får sina första bilder av Lunden. I fältanteckningarna framträder tre inslag i verksamheten särskilt tydligt – den ständiga väntan, kvinnornas maktlöshet och det återkommande bytet av personal.

För både personal och klienter tycks huvudmålet för vistelsen inne på intaget vara att få tiden att gå. Det är i första hand tiden som kan få Jannika och Erika att må bra igen, och tiden går inte att påverka. Kvinnornas plåga kan lindras av mediciner, men Lunden har målsättningen att hålla medicineringen nere. Uppdelningen i tvåtimmarspass indikerar att även för personalen är vistelsen inne på intaget förknippad med väntan och tristess. De båda kvinnorna får också klart för sig att de tvingas följa många regler som är satta av andra. Reglerna rör stort och smått. Varför kunde inte Erika få in sitt kassettband med Nordman? Om det fungerade i bandspelaren var det ett tydligt tecken på att det inte var preparerat med knark. Det var med andra ord enkelt att undersöka om bandet var OK. Men här valde den tjänstgörande personalen att åberopa den regel som gällde – att endast genomskinliga band fick tas in. Genom att hänvisa till regeln kunde hon glida undan en diskussion i sakfrågan. Hon var så pass övertygande att Erika åtminstone tillfälligt gav upp tanken på att få in sitt eget band. I stället lade hon krutet på att försöka förmå personalen att skaffa hennes Cd-skiva med Nordman.

Under de första dygnen på intagningsavdelningen träffar Erika och Jannika nästan hela personalen på Lunden. Dagpersonal, kvällspersonal, nattpersonal avlöser varandra i en strid ström. Alla ska ställa sina frågor, alla försöker skapa någon form av kontakt. För en kvinna i nattpersonalen framstår det som viktigare att markera sin överlägsenhet, än att försöka bygga en relation till klienterna. Det är fler klienter än Jannika som berättar för mig att de har blivit utsatta för hennes spydigheter.

En kvinnodominerad miljö

Lunden har enbart kvinnliga klienter. Majoriteten av personalen är kvinnor. Mellan 1992 och 1999 var institutionschefen en kvinna, men därefter har en man fått den posten. I övrigt är det kvinnor på alla arbetsledartjänster, och också bland specialisterna, förutom vaktmästaren som är man. Det finns en stark markering i målbeskrivningen att Lunden betonar det kvinnliga. "Klienternas kvinnliga identitet stärks genom uppmuntran av traditionellt 'kvinnliga' intressen", står det i Lundens egen beskrivning. Att det kvinnliga har sådan tyngd på Lunden kan ses som en spegel av förändringar i behandlingsdiskursen under slutet av åttiotalet och framåt.

Stina Balldin (1997:58) ser ändå LVM-hemmens organisation med dess hierarki och byråkratiska uppbyggnad med lagar och regler som präglad av ett manligt tänkande. "Ju längre ner i vårdhierarkin och ju närmare klienterna man kommer desto

mer traditionellt 'kvinnligt' blir vårdarbetet". Där betonas helhet, närhet och mänsklig inlevelseförmåga, menar Balldin, som har flera års erfarenhet av arbete på Lunden.

Birgitta Hult Andersson, som arbetade på Lunden som behandlingsassistent från starten i november 1992 till 1999, har i en omfattande och välskriven C-uppsats från 1997 analyserat Lunden som kvinnomiljö. Hon har intervjuat 20 anställda och 12 klienter vid Lunden. "Vård och behandling av missbrukande kvinnor har länge utgått från metoder och erfarenheter från behandling av män", konstaterar författaren inledningsvis. Så är det inte på Lunden. I stället betonas behovet för kvinnorna att identifiera sig med det kvinnliga. De har överfört omgivningens fördömanden av sig själva, vilket har gjort att de också känner skepsis mot sin egen kvinnoroll. Den starka betoningen i vården av det kvinnliga är inte något som kvinnorna själva har efterfrågat, men för personalen är kvinnoperspektivet viktigt. Hult Andersson (1997:44) sammanfattar motiveringarna till att det är bra för kvinnorna att vara bland enbart kvinnliga klienter:

att de slipper det spel med män som de är vana vid
att de slipper att bli utnyttjade av män under vårdtiden
att de får vila och slipper skapa nya relationer med män
att kvinnorna har svårt för att bry sig om sig själva och nu får tid och utrymme till det
att det finns tillfälle för kvinnorna att prata om sina relationer till männen och om de övergrepp de varit utsatta för
att de får möjlighet att få en positiv relation till andra kvinnor
att personalen är särskilt medveten om att kvinnorna är utsatta och att man därför lägger större vikt vid ett respektfullt bemötande
att aktiviteterna kan inriktas på det som är intressant för kvinnor att de kan få lov att tycka om sig själva som kvinnor
att de får lov att visa upp en kvinnlig sida utan att någon skrattar åt dem för det att det blir lättare för dem att slappna av och få vara med sig själva
att de genom den manliga personalen får upptäcka att det finns positiva män som bemöter dem med respekt
att det blir lättare att nå fram till kvinnorna och skapa en behandlingsrelation

Även Hilte och Laanemets (2000) framhåller att bejakandet av kvinnligheten är ett viktigt inslag i Lundens sociala träning. Det sker bl a genom att kvinnorna får tillfälle till kroppsvård och fysisk träning. De får också hjälp med att utveckla en medvetenhet om och respekt för den egna kroppen. Hilte och Laanemets ger en sammanfattning av hur behandlarna uppfattar kvinnorna på Lunden. Det är en beskrivning som också fångar in ett "kvinnligt" sätt att beskriva missbrukare:

Huvudkaraktären i behandlarnas berättelser är den destruktiva och ångestfyllda kvinnan. Hon kan ha både somatiska och psykiska problem. Det betyder ofta att de tappat kontakten med sitt känsloliv under sitt missbruk. Klienterna beskrivs som inneslutna i ett socialt liv präglat av missbruk, med en bristande förmåga att leva utanför de missbrukandes krets. Den centrala karaktären genomgår ibland en positiv utveckling i riktning mot en större respekt för den egna kroppen och det egna livet, vilket tar sig uttryck i fortsatt vård. Men det finns också kvinnor

som inte ändrar sin i grunden destruktiva identitet och som rymmer från institutionen eller återupptar sitt missbruk efter avslutad LVM-vård (Hilte & Laanemets, 2000:36).

Carin Holmberg (2000:32) som har intervjuat personal vid sex kvinnoinstitutioner har noterat att personalen i viss utsträckning ser det som sin uppgift att lära klienterna hur man klär sig, sminkar sig och för sig som kvinna. "Kvinnlighet blir ett slags yta och ett förhållningssätt som kan läras ut. Ett led i behandlingen av kvinnliga missbrukare verkar vara att lära dem delvis nya koder för att uttrycka kön." Denna ambition kan, som jag ser det, kollidera med en önskan att behandla klienterna respektfullt, eftersom klienter och personal har olika klassmässig bakgrund. Risken finns att institutionen förmedlar medelklassens stilideal till kvinnor som har en helt annan klassbakgrund (jfr Fransson, 1996).

Socialt arbete med kvinnor

Det sociala arbetet med missbrukande kvinnor har utvecklats under de senaste tio åren. Det finns flera behandlingshem som enbart riktar sig till kvinnor, några som Sofia i Malmö, har enbart kvinnlig personal. Det finns också allt mer forskning inom missbruksområdet som utgår från ett kvinnoperspektiv (t ex Ettore, 1992; Bergström, 1998; Trulsson, 1998, 1999; Beijer, 1999; Hilte & Laanemets, 2000). Genom denna forskning har skillnaderna mellan manligt och kvinnligt missbruk tydliggjorts.

Under 1994 presenterade den statliga Alkoholpolitiska kommissionen delbetänkandet *Kvinnor och Alkohol* som beskrev kvinnors missbruk (SOU 1994:28). Kvinnors konsumtion av alkohol har ökat sedan slutet av 1960-talet. I högre utsträckning än för män ligger bakomliggande problem bakom missbruket, t ex sexuella övergrepp. Eftersom det i allmänhet är män som har stått för övergreppen är det ofta olämpligt att vårda kvinnor tillsammans med män. Det är också viktigt att kvinnorna får möjlighet att bearbeta de trauman de har upplevt. Ofta behöver kvinnor längre vårdtid än män. Kvinnors missbruk utgör ett större normbrott än mäns, vilket leder till att kvinnor blir mer stigmatiserade. Många missbrukande kvinnor är mammor. Karin Trulsson (1998) har pekat på att kvinnorna tvingas lämna ifrån sig sina barn, vilket leder till skuldkänslor och ofta till ett accelererande missbruk.

Ann-Gerd Melin och Christina Näsholm (1998:167), som har skrivit en lärobok om behandlingsplanering vid missbruk, betonar vikten av att ta hänsyn till könsfaktorer vid analysen av en klients missbrukssituation. Med utgångspunkt från forskning och egna kliniska erfarenheter ger de en beskrivning av kvinnors missbruk jämfört med mäns:

1. Kvinnor dricker oftare i ensamhet
2. Kvinnor har oftare psykiska problem
3. Kvinnor missbrukar läkemedel i högre grad än män
4. Yngre kvinnor har ökad frekvens av självmordsförsök
5. Kvinnors utveckling av bl a medicinska skador sker snabbare
6. Kvinnor är utsatta för misshandel och sexuella övergrepp
7. Många, framförallt narkotikamissbrukande kvinnor har erfarenheter av prostitution
8. Ätstörningar har ökad frekvens bland missbrukande kvinnor

Här kan tilläggas att kvinnor är mindre kriminella än män, att färre kvinnor än män har ett tungt missbruk och att missbrukande kvinnor har mer kontakt med sina barn än vad missbrukande män har. Som ett ljus i mörkret kan man notera att flera svenska undersökningar visar att kvinnor har bättre behandlingsresultat än män (Fridell, 1996).

I **kapitlet** presenteras den miljö som klienterna anländer till, det "vackra fängelset". Mottagandet präglas av fasta rutiner, regler och en klar struktur, men också av vänlighet. Även om Lunden är en total institution enligt Goffmans definition, har den mjuka kanter. Såväl den fysiska miljön som mottagandet avspeglar personalens önskan att betona det kvinnliga, en grundsten i behandlingsmodellen. Scenen från intaget visar två klienter som hanterar sin heroinabstinens, sitt fysiska och psykiska illamående på rakt motsatt sätt. Den ena tiger och lider, den andra spelar ut sin frustration för fullt. Intaget liknar en traditionell avgiftningsavdelning, men i nästa fas möter kvinnorna en ny miljö, där de kommer att vistas flera månader framöver.

5 Varför är du här?

Till Lundens målgrupp hör yngre kvinnor med narkotika- och blandmissbruk, kvinnor med s k dubbeldiagnos och gravida missbrukare. Omgivningen – föräldrar, vänner, socialarbetare, läkare, poliser har reagerat över deras användning av narkotika, tabletter och/eller alkohol. Socialtjänsten och domstolen har bedömt att kvinnorna inte är intresserade av frivillig vård, att de saknar motivation. Väl inne på Lunden visar sig en splittrad bild avseende motivationen. Flera av kvinnorna accepterar tvånget för att kunna genomföra en avgiftning. Åter andra menar att de velat ha frivillig vård men inte fått den. En stor grupp avvisar kraftfullt tvångsvården.

Missbruk av rusmedel

Majoriteten av kvinnorna på Lunden har ett narkotikamissbruk. Ofta har de förutom illegal narkotika också använt legala preparat i form av lugnande medel. Några av kvinnorna har enbart ett alkoholmissbruk. Gemensamt för narkotika, alkohol och lugnande tabletter är att de ger upphov till ett rus. Jag använder därför beteckningen *rusmedel* för att sammanfatta alla rusgivande preparat, ett språkbruk som används också i Norge och Danmark.

Under den tid jag gjorde min undersökning på Lunden var heroin det dominerande rusmedlet bland kvinnorna. Det är inte särskilt förvånande. Bland de vanliga drogerna på narkotikasidan är heroin den farligaste. Av 250 rapporterade narkotikarelaterade dödsfall i Sverige under 1996 var mer än hälften kopplade till heroinmissbruk.[17] Oftast har dödsfallen skett i samband med överdoser. När en kvinna råkar ut för en överdos demonstrerar hon att hon har ett missbruk som är livsfarligt, en viktig indikation för ingripande jml LVM.

Även om all användning av narkotika i Sverige är illegal och därmed ett missbruk, blir det i ett vårdperspektiv nödvändigt att skilja mellan olika typer av användning. Jag föreslår följande indelning, hämtad från min bok *Pundare, jonkare och andra* (Svensson, 1996).

1. *Experimenterande användning* innebär att droganvändningen utgör ett experimenterande med nya drogupplevelser. De flesta nöjer sig med att ha prövat och fortsätter inte med narkotika.
2. Det *situationsbetingade bruket* innebär ett oregelbundet drogbruk som oftast knyter an till social samvaro. Denna typ av brukare har genom experimenterandet lärt sig uppskatta drogens effekter och kan tänka sig att använda den då och då.

---

[17] För 1997 noteras en ännu högre siffra, 266 döda.

3. Det *kontrollerade bruket* innebär en någorlunda regelbunden droganvändning. För personer i denna grupp är narkotikaanvändning en fritidssysselsättning, på samma sätt som alkoholförtäringen är för de flesta alkoholbrukare.
4. *Begränsat missbruk* innebär en omfattande, kanske daglig narkotikaanvändning, men missbrukarna upprätthåller fortfarande basala sociala funktioner. Deras användning håller sig på en begränsad nivå, pengar avsätts till mat och hyra och sociala kontakter upprätthålls även med personer utanför de narkomana världarna.
5. I de perioder som *missbruket* är *intensivt* kommer en stor del av tillvaron att cirkulera runt drogen. Jakten efter narkotika ger livet stadga och mening. Sättet att använda droger ligger under den intensiva missbruksperioden nära mediabilden av narkomanen. Missbrukarna ser ut att ha tappat kontrollen helt och hållet över sitt drogintag.

Kvinnorna på Lunden finns nästan alltid i den mest avancerade positionen, ett intensivt missbruk. De har en långvarig slitstark, äktenskapsliknande relation till drogen.

> Drogen kan i perioder fungera som en ersättning för en kärlekspartner av kött och blod. Ensamheten blir lättare att fördra när man har tillgång till en drog, den blir den *följeslagare* som man saknar. När förhållandet till drogen får en personlig karaktär förknippas den med alla de känslor som hör samman med relationer till andra – saknad, sorg, missnöje, besvikelse, glädje, lycka etc (Svensson, 1996:285).

Julia – ung och i dåligt sällskap

LVM medger ett ingripande mot mindre avancerade former av missbruk för att förebygga att det utvecklas till ett livshotande missbruk. Julia har fått LVM för att ett eskalerande missbruk ska stoppas. Hon tillbringar nästan hela sitt LVM på Lunden. På avdelningen framstår hon som en positiv person som är omtyckt av alla. Hon tillhör de allra yngsta och har ett förhållandevis mindre avancerat missbruk bakom sig. Hennes drog är amfetamin, men hon har aldrig injicerat.

> Julia: Varför jag är här? Ja, det är en bra fråga faktiskt. Nej, men socialen fick ju ett tips. Det var en kompis som ringde upp. Den tjejen jag bodde inneboende hos då ringde till soc. Jag hade varit ute och missbrukat i flera veckor och var jättedålig. Så ringde det på dörren en dag. När jag öppnade så stod socialen utanför. Dom såg ju på mig hur dålig jag var. Så jag fick ju ... paragraf 13, omedelbart omhändertagande.
>
> *Hur syntes det på dig att du var igång med missbruk?*
> När jag gjorde den här avgiftningen så hade jag hållit på i ungefär fyra och ett halvt år. Jag var smal och dan och undernärd. Men jag tyckte inte jag hade några bekymmer då. Men jag menar varför jag fick ett LVM, det står till och med i mina papper då, att jag är så pass ung. Och att jag umgås med grova narkomaner som har grov kriminalitet. Äldre män med grov kriminalitet och ett grovt missbruk. Så står det. Men jag menar ... Det finns många, många som behöver verkligen vård. Men sitter man här, då får man acceptera det.

Enligt Julia är det förväntningar om att hon ska gå ner sig ytterligare som är främsta anledningen till tvångsingripandet. Ett annat skäl är att hon umgås med "grova narkomaner som har en grov kriminalitet". Hon tillhör följaktligen den grupp unga missbrukare som lagstiftningen särskilt värnar om – den grupp som riskerar att förstöra livet.

Louise – överdoser och misslyckade avgiftningar

Louise berättar om hur gick det till när hon kom till Lunden. Hennes missbruk har medfört livsfara.

> Jag fick två snabba överdoser efter varandra innan jag kom hit. Det är socialen och X-hemmet och sjukhuset och min mamma som har satt LVM på mej. Den dan då jag kom hit var jag på rättegången, och jag sa till dom att får jag inte beskedet idag så får ni aldrig fatt i mig. "Jag vill ha beskedet idag, och då går jag in frivilligt med socialsekreteraren." Så jag kom in hit frivilligt med min socialsekreterare. Hon är jätteduktig. Snäll och hon har verkligen försökt hjälpa mig på alla sätt. Hon sa att det här var hennes sista utväg ... och min. Hon kommer på fredag. Igår pratade jag med henne för att jag kommer att ansöka om metadon här. Det är härifrån som jag har chansen, och sen nån behandling kommer jag inte att åka till. Jag anser att det här är tillräckligt för mej. Men jag vill gärna ha något att komma ut till. En lägenhet. Jag har bott på hotell i två år. Så det har i alla fall dragit igång det här med lägenhet. Blir det metadon så blir det öppenvård också, och pisseprover och det här.
>
> *Men om du själv vill ha metadon, kan nån neka dej det då?*
> Dom är väldigt hårda. Nu går jag på benso också, piller. Jag är pillertrillare också, har gått på piller i elva år och jonk i sju år. Dom vill helst att man bara ska ha gått på heroin, så jag får tysta ner det där med pillerna. Jag har aldrig tänt av ordentligt på elva år. Nej. Som nu sist i december, då var jag på avgiftningen tolv dagar och tände av på metadon, hasch, heroin, piller. Sedan åkte jag till X-hemmet, men jag hade fortfarande nedtrappning på benso. Dom tog pisseprov där när jag kom. Sedan tog dom inte mer, så jag knarkade där uppe också.
>
> Så jag har inte varit drogfri så här länge som jag är nu. Men nedtrappningen på benso kommer att ta flera månader. Dom tar bort fem milligram per vecka. Nu tar jag 35 milligram om dan. Jag har Haldol också. Jag har försökt tända av på piller ute också. Det har inte gått, utan då har jag fått mig en psykos, och det har hänt två gånger. Det var på väg i förra helgen också. Med en gubbe som sitter här alltså. En man och så har jag hört susningar, precis som ... vad ska man säga? En våg som saktar sig hela tiden, men det har Haldolen hjälpt till att ta bort.

Metadonprogrammet säger regelmässigt nej till de heroinister som har ett parallellt missbruk av bensodiazepiner. Förmodligen kommer Louise att tvingas fortsätta med heroin, eftersom hon inte klarar sig utan bensodiazepiner. Och därmed är hon också hänvisad till den nedbrytande prostitutionen.

Louise oroar sig över att nedtrappningen ska gå för fort, och leda till att hon är tvungen att må outhärdligt dåligt. Det blir viktigt att gardera sig och ha möjlighet att säga ifrån att nu går det för fort, nu måste nedtrappningen stanna upp. Men ännu efter en månads inlåsning är hon igång med en kraftig medicinering som påverkar hennes tal och rörelsemönster. Även om hon har börjat ta en kamp mot missbruket, är hon fortfarande i början.

Eva – tjugo år med narkotika

När några av de yngre kvinnorna beskriver sin droganvändning präglas berättelserna av ambivalens. De har en önskan att bli av med beroendet till drogen, men vill ändå ha kvar kontakten med en spännande livsstil, umgänget med missbrukare och möjligheten att använda drogen då och då. Men hos Eva som är några och trettio år präglas snarare synen på missbrukarvärlden av förlorade illusioner och resignation.

> Jag har aldrig levt ett vanligt liv så jag vet inte hur det är faktiskt ... Gå på bio och sånt, det har jag aldrig haft tid till. Alltså i och med att jag knarkat så hårt som jag har gjort i nästan tjugo år ... Levt ett sånt liv som jag har gjort ... För jag har levt ett hårt liv faktiskt ... Och under dom tjugo åren så har jag tagit på mig vissa beteenden som sitter så djupt präglat i mig. För att jag ska kunna bli drogfri så måste jag jobba med dom här beteendena. Det vet jag inte om jag klarar av. Okej, jag kan åka på ett familjehem och ta till mig vissa grejer, men mer är det inte, om du förstår vad jag menar ... Så kommer det till att bli för mig, jag åker dit där och sen efter tre månader så går jag ifrån. För då har jag gjort mitt. Sen får det vara bra. Jag hoppas ju verkligen att under tiden jag är där att jag ska kunna jobba med mina beteendegrejer. Ta hänsyn och så. Det kommer att vara skitsvårt för mig. Bara det här att jag har en impulsiv grej. Jag är så jävla impulsiv. När jag tänker så, "nu ska jag ha en fix". Då ska jag ha en till varje pris. Jag skiter så i om jag är långt uppe i Norrland, för jag ska ha en fix. Och jag brukar ordna en fix ändå. Alltså det är ju såna grejer som jag måste jobba med, men som jag inte pallar ta itu med nu. För jag känner mig inte ett dugg motiverad. Så är det bara. Jag har tappat all min motivation. Det är trist, men så är verkligheten för mig. / Eva

När förändring inte ter sig som möjlig, när det inte går att finna en plats i den vanliga världen återstår knarkarlivet. För den heroinmissbrukande Eva är narkotikan dess främsta attraktion.

> För mig är det drogen, inte folket som drar. Man mår ju så jävla bra alltså. Jag tycker det, man mår så jävla bra. Man bryr sig inte, man slipper tänka, man slipper känna och alltså hela den här biten som är jävligt jobbig för mig. Så för mig tycker jag det är bra. / Eva

Men även i Evas berättelse finns många exempel på att knarkandet medför död och lidande. En nära anförvant dog i överdos, själv har hon fått bestående skador av missbruket. Eva förklarar att man håller allt detta ifrån sig.

> Man glömmer det tråkiga så snabbt. Att man kan må dåligt och att man kan få avtändning och så. Man glömmer det. Det är konstigt, men man gör det ändå. Det bara glöms bort.

Missbruk i kombination med "svåra psykiska störningar"

Missbrukare har en hög psykiatrisk sjuklighet och psykiskt sjuka missbrukar i allt större omfattning olika berusningsmedel (Cullberg, 1999). Det innebär att tillflödet till diagnosgruppen "missbrukare med psykisk störning" kommer från två håll, både från missbruksvården och från psykiatrin.

Lunden har specialiserat sig på att ta emot missbrukare som har dubbeldiagnos,

som förutom missbruk också har en svår psykisk störning. Tillägget "svår" är viktigt eftersom det inom tvångsvården brukar betonas att klienterna genomgående har psykiska störningar. Med svår psykisk störning menas att kvinnorna har svårt att skilja mellan fantasi och verklighet och därmed har diagnoser som gränspsykotiska, borderline eller liknande.

I sin verksamhetsplan för 1999 beskriver Lunden sitt arbete med personer med psykiatriska tillstånd. Det betonas att arbetet individualiseras efter individens behov, men tre kategorier nämns som har särskilda vårdbehov:

> För klienter med olika *personlighetsstörningar* arbetar vi med att stärka självbilden och affektkontrollen, bl a genom att sätta upp vissa ramar och beteenderegler som får konsekvenser vid regelbrott.
>
> För *deprimerade* klienter bedrivs en kombination av behandling med icke beroendeframkallande antidepressiv medicinering och träning i att successivt klara allt svårare arbetsuppgifter, träning i att uppleva lust på andra sätt än genom droger (musik, konst, eget skapande hantverk, lukt- och smakupplevelser, naturupplevelser samt träning i att tänka i mer positiva banor).
>
> Klienter med akuta *psykotiska tillstånd* behandlas med psykofarmaka i kombination med mycket konkret jag-stöd, lugn och ro, mycket vila och så lite konfrontationer och häftiga impulser som möjligt. Dessutom behöver arbetet ofta fokuseras mer på ren ADL-träning och social träning i övrigt.

Min erfarenhet är att kvinnor med akut psykos inte behandlas på Lunden utan överförs till psykiatrisk klinik. Lundens beskrivning i verksamhetsplanen innehåller en planmässighet som jag har svårt att upptäcka i intervjuer och fältobservationer. Jag lägger märke till att de flesta kvinnorna har regelbunden medicinering, oftast i form av antidepressiva medel. Verksamheten inne på Villan (se kapitel åtta) förefaller vara anpassad efter att hjälpa deprimerade klienter att öppna sinnena, men utanför Villan förefaller det mesta handla om att få tiden att gå och att genomföra den sociala planeringen.

Under min observationstid möter jag fem klienter med tydliga psykiska störningar.

– Tanja, en heroinmissbrukare som är i slutet på sitt LVM. Hon är djupt deprimerad. En dryg månad efter att hon har släppts ut från sitt LVM tar hon sitt liv i en heroinöverdos. Personalen har först försökt övertala henne att stanna kvar på Lunden och sedan ordnat med en läkarkontakt på hemorten och stöd från anhöriga.

– Elsa som har ett blandmissbruk med hasch, amfetamin, alkohol och tabletter. Hon är HIV-positiv och spelar ut mycket kring detta. Det är en udda kvinna som ådrar sig mycket irritation från många av de andra klienterna. Överförs senare till annan LVM-institution.

– Peggy har ett flerårigt amfetaminmissbruk. Hon växlar mellan ett helt adekvat beteende och förvirringstillstånd då hon hör röster.

– Margot som har använt många droger, men främst hasch. Hon pratar om sin kontakt med andra dimensioner, sin förmåga att påverka både föremål och män-

niskor med sina tankar Hon fungerar utmärkt på ett vardagligt plan, men är uppenbart annorlunda än de andra kvinnorna. "Hon är som om hon kom från en annan planet", säger en kvinna i personalen.

– Norma, amfetamin i anamnesen. Hon går omkring och ler och ger ett lätt frånvarande intryck, verkar vara i sin egen värld. I det stora hela klarar hon alla vardagens inslag.

Alla utom den deprimerade Tanja väcker irritation hos flera av medklienterna. Det illustrerar tesen att funktionshinder är relaterat till omgivningens flexibilitet. På en LVM-institution föses människor med mycket skiftande bakgrund samman. Nerviga, utagerande personer finns i samma rum som inåtvända, grubblande eller personer med svårighet att skilja på fantasi och verklighet. Det leder lätt till kollisioner där alla blir lidande. Några är självupptagna och har ett minimum av tålamod med människor som beter sig konstigt. Andra vill ha lugn och ro och möts i stället av ilska och aggressivitet. "Missbrukare mår alltid psykiskt dåligt och det blir värre av att hela tiden leva så nära dem som är svårt psykiskt sjuka", säger en kvinna som citeras av Birgitta Hult Andersson (1997:45).

Den av kvinnorna som uppträdde mest avvikande och som väckte allra mest irritation hos de andra klienterna var Elsa, en 32-åring med en mycket tragisk bakgrund – fosterhem, tidig narkotikadebut, sexuella övergrepp, bostadslös under lång tid, två barn som blivit omhändertagna, psykosgenombrott vid flera tillfällen. Att hon dessutom var HIV-positiv väckte särskilda känslor. Två kvinnor kommenterar henne när jag frågar om hur det går att samsas i klientgruppen. Först är det Julia, en av de yngsta kvinnorna som ger sin syn på Elsa.

> Hon var jobbig alltså. Hon spelade ju dum. Det gjorde hon ju. Hon visste ju precis vad hon gjorde. Jag tyckte det var jättejobbigt. Jag menar hon förstörde så mycket för oss andra också. Så när hon var här, då gick all personal åt henne. Då blev andra lidande. Och hon förstörde tvättmaskiner, och hon förstörde strykjärn och strykbräde och datan, jag vet inte allt hon lyckades få sönder. Så jag menar, det var ju vi som blev lidande.
>
> Ja, hon satt ju och stack sig själv med nålar. Ibland blev man så äcklad på henne. För hon rev sig och slog sig själv för att det skulle komma blod och såna grejer. Och det är ju faktiskt rätt jobbigt ändå. Det smittar ju inte så ändå. Men det är ju ändå en obehaglig känsla man får. När man ska leva under samma tak. Jag menar då måste man ju hålla ihop också, och jag menar, man måste acceptera varandra.

Inger är 25 år. Hon har tidigare arbetat i flera år inom äldreomsorgen. Kanske är det därför som hon är mer tolerant mot Elsa som uppenbart är i behov av hjälp.

> Jag tyckte inte att Elsa var så farlig. Jag kunde inte göra annat än att skratta åt henne. OK, det är fult att skratta åt en människa som är i den situationen. Men jag tror att hon spelade jävligt mycket också, faktiskt. Jag tror inte att hon var så riktigt. Det var ju folk som var döirriterade på henne, men jag brydde mig inte så mycket om henne. I och med att jag satt på intaget med henne också. Då var hon ju ännu knäppare där ute ju. Hon var ju helskum därute. Diskmedel i håret och såna grejer. Helknepig var hon. Så jag brydde mig inte så mycket. Jag tyckte väl synd om henne bara för att alla hackade på henne och alla var på henne. "Så kan du inte göra

och så kan du inte göra och så kan du inte göra". Fan, dom kunde väl bara låta henne vara ifred. Skita i ... inte bry sig om henne! Eller så var det så att dom var tvungna att ha nånting att irritera sig på.

Förutom allvarliga psykiska störningar som är lätta att känna igen finns också diagnosgruppen personlighetsstörda missbrukare. Av Hult Anderssons (1997) personalintervjuer från Lunden framgår att personalen ibland upplever sig ha klienter med svåra personlighetsstörningar. Dessa saknar förmåga att hysa medkänsla med andra, använder våld och mobbing eller utnyttjar medklienter för sina egna syften. Närvaron av sådana klienter ses som ett hot mot att ge en meningsfull vård.

Sallmén (1998) har gått igenom livstidsdiagnoser bland klienter på LVM-hemmet Karlsvik. Hans studie visar att en mycket hög andel av patienterna (50%) har diagnosen personlighetsstörning,[18] främst antisocial (25%) och paranoid personlighet (20%). En hög andel har också affektiva syndrom (41%), ångestsyndrom (31%) eller psykoser (20%).

Gravida missbrukare

När en missbrukande kvinna blir gravid blir hennes missbruk särskilt utmanande. Nu riskerar hon inte bara att skada sig själv utan också sitt barn. Det har medfört att gravida kvinnor prioriteras i vården. Om de inte går med på frivillig vård tillgrips LVM-vård. Till Lundens specialiteter hör att ta hand om gravida missbrukare. För det mesta har Lunden en eller flera gravida missbrukare inne samtidigt.

Jag träffar sju gravida kvinnor under fältarbetet men intervjuar bara två. Jag avvaktar med att be om en intervju, eftersom jag inte vill tränga mig på. Dessa verkar ha så fullt upp med att förbereda sig för föräldraskapet, och blir utfrågade nästan dagligen av olika människor. När jag har gått och tvekat tillräckligt länge, har de hunnit försvinna till sin förlossning.

Under de informella samtal som jag har med gravida kvinnor, får jag intrycket att de på det hela taget accepterar själva omhändertagandet för det väntade barnets skull. Men de tycker att tiden går långsamt inne på Lunden, och har svårt att acceptera att de är så kontrollerade. De är också inställda på att försöka lägga av med missbruket för att kunna behålla sitt barn. Julie är ett exempel på denna inställning:

Jag tror inte att jag börjar med heroin igen. Jag kan aldrig säga "aldrig", men jag gör mitt bästa jag kan och behålla mitt barn. För jag vill inte förlora barnet. Så jag måste göra mitt bästa. För till exempel min pojkvän, han röker inte, han röker inte ens en cigarett. Han vet inget om knark

---

[18] I DSM-systemet delas personlighetsstörningar in i tre kluster (Sallmén, 1998: s 58) :
kluster A, psykosnära störningar, berör paranoid, schizoid och schizotyp personlighetsstörning
kluster B, utagerande störningar, antisocial, borderline, narcissistisk och hysteroid (histrionisk) personlighetsstörning
kluster C, neurosnära störningar, tvångsmässig, fobisk, osjälvständig, masochistisk och passivt aggressiv personlighetsstörning.

och sånt där. Och jag har föräldrar som står på min sida. Dom vill att jag ska bli frisk. Så det är OK.

Maja som också är gravid besvarar frågan om hon tycker att det är bra att det finns LVM.

Nej ... Alltså jo, det kan nog vara bra om man knarkar när man är gravid. Det kan det nog. Så tycker jag alltså att dom har rätt att använda LVM. Men sen tycker jag inte att dom ska sätta dom på ett LVM-hem. Alltså på det sättet som Lunden är. För när man är gravid så blir man frustrerad. Alltså man mår ju inte bra av att vara gravid, så som man hade gjort om man hade varit ute. Så jag tror att det ska finnas LVM, men det ska vara för extrema fall. Såna som har fått överdos ett antal gånger och som är gravida. Dom får en chans först då att dom går in på behandling frivilligt. Vill dom inte det då får dom ett LVM. Så tycker jag.

Maja kan acceptera tvångsvård, men inte på det inlåsta sätt som vården bedrivs på Lunden. För egen del hade hon inte behövt tvångsvård. Hon var på väg att gå in i frivillig vård, men fick LVM i stället, vilket gör henne mycket bitter. Överhuvudtaget har hon svårt att hitta något positivt med Lunden.

Ett par kvinnor i personalgruppen har en särskild roll i förhållande till de gravida. De har lovat kvinnorna att någon av dem ska vara med på förlossningen, och när den börjar närma sig är de alltid kontaktbara. Jag får intrycket att de gravida kvinnorna verkligen uppskattar denna personliga uppställning, som gör att de inte behöver vara helt ensamma under förlossningen. Även i andra sammanhang kan jag se att det i kontakten mellan klienter och personal finns inslag av ett särskilt systerskap i förhållande till de gravida.

Gunilla har fått ett par mammabyxor av Camilla, ett par blå-vita och ett par i alla regnbågens färger. Hon mannekängar glatt i korridoren och är mycket tacksam mot Camilla. Ena paret behöver ändras lite, och Camilla ska hjälpa henne med det.

Ulla-Karin Nordvall och Eva Thalén, båda anställda på Lunden, genomförde i juni 1997 en uppföljning via respektive socialsekreterare av hur det hade gått för de sjutton gravida kvinnor som kommit till LVM-hemmet sedan 1992. En gjorde snabbt abort och henne bortser jag därför ifrån. Av de återstående sexton var sju drogfria vid uppföljningen. Fyra befann sig på behandlingsinstitution. Fem var fortfarande missbrukare, i något fall var uppgiften osäker. En hög andel hade lyckats behålla sina barn efter omhändertagandet.

Nordvall och Thalén betonar vikten av den flexibilitet som Lunden visar i sitt arbete med de gravida. Personal finns tillgänglig dygnet runt inför en förlossning, och man ger stöd och uppmuntran under förlossningen. Samarbete sker med kvinnornas nätverk. Droganalyser erbjuds då kvinnan vistas på annan institution. Ibland står Lunden för en eftervårdskontakt. I uppföljningen intervjuades också två tidigare klienter. De tyckte att de andra klienterna var dåliga på att ta hänsyn till deras

graviditet. Personalen, särskilt kontaktpersonerna, hade varit viktiga för dem. En av kvinnorna efterlyste mer fysiska aktiviteter, t ex simning. Förslag kom också på mer kulturella aktiviteter och samtalsgrupper där kvinnorna exempelvis skulle kunna tala om missbruket och om sina relationer med män.

Karin Trulsson (1998:246) beskriver hur graviditeten och moderskapet innebär både möjligheter och hinder för missbrukande kvinnor på vägen till ett vanligt familjeliv. Som möjligheter anger hon närheten till barnet, identiteten som kvinna och tillgången till stöd. Men utifrån sina intervjuer med missbrukande mödrar finner hon också hinder. Hon tar upp påfrestningarna i samband med den nära relationen till barnet, kravet från myndigheter och omgivning på att vara en exemplarisk mamma, relationen till männen och bristen på stöd.

Det är följaktligen mycket annat än vården som har betydelse för att moderskapet ska fungera bra.

Saknar kvinnorna på Lunden motivation?

Kajsa Billinger (2000) har diskuterat klienternas motivation med personal på fyra institutioner för män. Personalen beskrev att klienterna medgav att de hade missbruksproblem. Ändå fanns det brister i deras motivation som rörde deras uppfattning om problemets omfattning. Frånvaron av motivation kopplade personalen till brister hos klienterna. De var antingen skadade, tänkte fel eller var omogna. "Den bristande motivationen hänfördes inte till att klienterna kanske misstrodde den behandling de blev erbjudna, att de uppfattade innehållet i verksamheten som alltför krävande eller verkningslös" (a.a.208).

Jag har frågat kvinnorna om de accepterar att de har fått LVM och befinner sig på Lunden.[19] Svaren innehöll många olika positioner, från ett accepterande till ett ilsket motstånd. Vid några tillfällen fanns motstridiga ställningstaganden i samma replik. Flera accepterade lagens existens, men ansåg att den inte skulle ha använts mot just dem. Nästan alla påpekade att omhändertagandet varade för länge. Intervjuerna är i allmänhet gjorda i slutet av perioden på Lunden. Några är utförda under frivillig behandling eller efter LVM-et. Svaren har kategoriserats i en glidande skala från de mest negativa, via de neutrala till dem som är övervägande positiva.

Är det rätt att du har fått ett LVM?

1. Negativa

Maja: Nej ... Jag gick ändå in frivilligt. Så det var det inte. Jag hade klarat mig med frivillig vård. Det kan behövas LVM för extrema fall. Sådana som fått flera överdoser och gravida. Men de ska ha fått en chans att gå in frivilligt först.

---

[19] Till några övriga kvinnor har frågan ställts på annat sätt. Deras uppfattning om LVM skiljer sig inte från de refererades, varken till innehåll eller tendens.

Rita: Nej, jag tycker att det är jättefel. Det dom säger att man är en fara för sig själv och för andra. Det där för andra existerar inte i mitt fall. Jag har inga psykoser, jag har inga psykiska problem. Jag har aldrig nånsin haft. Och att jag är en fara för mig själv tycker jag bara berör mig själv. Den dan jag ångrar mig, den dan kan jag söka upp dom. Så att jag tycker inte att LVM på nått sätt är rätt. Dom borde satsa på något frivilligt i stället mycket mer, än på det här. Jag läste i nån tidning här att dom påstår att det finns en överdödlighet efter LVM. Det är intressant. Jag personligen har varit på begravningar minst femton–tjugo gånger. Det finns dom som har kommit från LVM och dött två, tre dar efter eller dagen efter.

Ellen: Nej, det var det inte. Dom har inte gett mig ett konkret öppenvårdsförsök igen. Alltså jag har inte ens fått gå och ta pissprov eller någonting, utan dom bara räknade dom pissproven som snuten hade tagit. Sedan var det kört. Sen hörde inte jag av mig alltså till soc på ett halvår. Jag sa det, "ni rör mig inte under sommaren för då slår jag ihjäl er". Och det gjorde dom inte heller i och för sig då. Dom tog mig på slutet av sommaren.

Mira: Nej. Jag har fått LVM på grund av ingenting egentligen. Dom har lovat att dom ska ställa upp, att dom ska hjälpa mig. Och plötsligt på grund av att jag inte hörde av mig ... Jag fick ingen varning, ingenting utan dom bara sätter mig här. Jag ville komma till ett frivilligt behandlingshem!

2. Ambivalent

Julie: På nått sätt tycker jag att det är rätt. På nått sätt gillar jag det inte. På grund av barnet, därför är jag här. För dom vill inte att jag ska vara där ute och knarka för mycket. Eller knarka när jag är med barn. Jag kan skada barnet eller nånting sånt. Så. Men, det är skit här inne, riktigt skit. Att vara inlåst, oh God, det är inte lätt. Man har inte sin frihet. Det finns ingenting man kan göra för att vara ifred. Allt vill personalen eller "pyssonalen" veta.

3. Accepterar lagen men inte att själv blivit utsatt för den

Eva: Nej, det tycker jag inte ju. Jag vill ju gärna ha min frihet och kunna göra vad jag vill och gå var jag vill ... Alltså så, jag tycker det ... LVM-vård, okej för såna som verkligen vill lägga av och så ... Då är det okej alltså att dom sätter dom på tvång. Men såna som ... ja, som jag då. Jag vill lägga av. Men ändå vet jag inte alltså. Förstår du vad jag menar? Och jag tycker att LVM-vården hjälper inte mig i alla fall. Inte ett jävla dugg.

Hilda: LVM kan behövas för vissa. Det kan behövas som ... en omruskning! "Fattar du vad du håller på med!" Man hinner tänka väldigt mycket. I vissa fall kan det behövas, men inte under så lång tid som sex månader. Tre månader högst. En kort tid är helt OK att vara här. Men jag har inte behövt LVM den här gången.

4. Kan ej ta ställning

Tanja: Ja rätt ... Det är väl aldrig rätt att tvinga nån till ... Jag förstår ju ... Jag förstår varför jag är här, men om det är rätt det kan jag inte svara på.

Kerstin: Ja, både och. Men jag hade hellre velat vara på ett öppet ställe. Här är man ju så inlåst och brist på sysselsättning. Det är bara en sorts förvaring. Jag vilar och sover mycket för att få tiden att gå. Man blir så lat här till slut.

5. Övervägande positiv

Jannika: Rätt och rätt, jag tycker bara det är så synd att jag skulle behöva göra det på detta sättet. För det enda jag har problem med det är min avtändning. Sen har jag plats vidare, på behandling. Men det var kanske en räddning. Jag ser det som en räddning. Nu i alla fall. Det ville man ju inte förstå innan.

Inger: Till viss del tycker jag att det var rätt av henne/socialsekreteraren/. För annars hade jag varit ännu längre ner i skiten än vad jag var då. Men det är hårt. Det är precis som att omyndigförklara en människa ju. Det är det ju. Låsa in en människa ... Det enda man kunde göra utan att fråga personalen det var om man gick på toaletten.

Julia: Ja men nu efteråt så tycker man ju ... Nu när man inte har fått nåt återfall än och om man nu får det och så. Nu när man är såhär fräsch och pigg och så va. Så att man inte har börjat eller så igen. I alla fall jag tycker nog, då var det bra. För då har man kommit upp därifrån så va. Men just när man fick det så vad fan skulle ... Det finns ju många andra. Det hade funnits många fler än jag som hade behövt det verkligen. Som ser för jävliga ut idag rent ut sagt.

Mette: På så sätt tyckte jag det var bra att jag fick ett LVM. För att få in mig på behandling, annars hade jag kanske aldrig gått in. Inte vet jag, för jag var så kraftigt nergången så jag kanske aldrig hade pallat gå in. Men det hjälper inte att ta in nån på LVM, om man inte själv vill sluta. Antingen så drar dom hela tiden eller så ... Dom slutar inte för det. Men många har det hjälpt. Det har hjälpt mig en bit på vägen ju. Och det är ju jobbigt ändå om man tänker efter.

De mest negativa har det gemensamt att de anser att frivilliga vårdformer inte har prövats tillräckligt. De mest positiva ställer omhändertagandet i relation till den vård som de befinner sig i, eller de framgångar de tycker sig ha upplevt på annat sätt. LVM gjorde att de stoppades i sitt missbruk. De tycks ha accepterat en "ändamålet helgar medlen" filosofi.

Flera av kvinnorna beskriver att deras uppfattning om omhändertagandet har förändrats under tiden på institutionen. De blir mer positiva i slutet än de var från början. Däremot kvarstår hela tiden kritiken mot inlåsningen och den hårda kontrollen. Påfallande många av de intervjuade kan acceptera att tvångsvård finns, men de anser att den skulle utformas mindre strängt. Det är värt att notera att Lunden tillhör den mest slutna formen av LVM-institution.

Genom formella intervjuer och informella samtal har jag fått personalens beskrivningar av vårdförloppet. De beskriver att kvinnorna går från ett inledande motstånd och förkastande av omhändertagandet, till att efterhand acceptera det. Många får också en insikt om nödvändigheten med ett LVM. Ett liknande utvecklingsförlopp beskriver personalen på fyra LVM-hem som kommer till tals i Billingers (2000) avhandling. Denna uppfattning får ett visst stöd i Gerdners (2000:66) undersökning från Lunden och Älvgården. I klientintervjuerna beskriver en stor del av klienterna att tvångsåtgärderna uppfattades som fruktansvärda då åtgärden genomfördes, men vid uppföljningsintervjun ansåg endast en tredjedel fortfarande att åtgärderna var felaktiga. Övriga ansåg i efterhand att åtgärderna var riktiga eller hade ingen åsikt. Med tanke på att endast elva av trettio Lundenklienter

intervjuades går dock inte resultaten att generalisera. Intervjuerna genomfördes i genomsnitt femton månader efter värdens avslutande. Många av kvinnorna hade tillbringat en del av sin vårdtid på Lunden på den öppna utskrivningsavdelningen Villan, som lades ner på hösten 1996. Dessa kvinnor var klart mer positiva till Villan än till avdelningen (Balldin, 1997).

Gerdner framhåller att det är viktigt att ta fasta på klienternas negativa upplevelser av tvånget inne på institutionen. Vården försöker påverka kvinnorna till att förändra ett destruktivt missbruk genom att stärka deras självkänsla och självförtroende. "Upplevelser av kränkningar och bitterhet över att vara illa hanterade är allvarliga hot mot detta" (a. a. 71). Gerdners recept är att informera noga om lagen och om de möjligheter den ger kvinnorna att få stöd och behandling med verkligt innehåll. Även om jag instämmer i Gerdners påpekande att personalen behöver möta och diskutera kvinnornas känsla av att vara kränkt, tror jag inte att det är möjligt att stärka klienternas "självkänsla och självförtroende" bakom låsta dörrar. Kritiken som kvinnorna gav uttryck för mot inlåsningen är så kompakt att det framstår som närmast omöjligt att häva den utan att öppna upp institutionen.

Detta kapitel beskriver de olika typer av klienter som kommer till Lunden. De flesta har ett långvarigt, intensivt missbruk bakom sig. Några har dessutom avsevärda psykiska problem. En grupp kvinnor har tvångsomhändertagits på grund av att de missbrukat under sin graviditet. En annan grupp har fått tvångsvård som en skyddsåtgärd för att förhindra att missbruket förvärras. Den minsta gemensamma nämnaren för kvinnorna är rusmedelsmissbruket. Kvinnornas inställning till LVM-et skiftar, både mellan olika individer och för samma individ över tiden. Men för att en kvinna ska betraktas som "motiverad" krävs både att hon accepterar att hon har avsevärda missbruksproblem, och att hon har tilltro till att just denna typ av vård ska kunna hjälpa henne.

6 Arbetets innehåll

I LVM-lagens tredje paragraf anges att målet med tvångsvården är att "motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk". Motivationsarbete utgör följaktligen Lundenpersonalens huvuduppgift. Klienterna ska få sin självkänsla stärkt genom att de bemöts med respekt och genom att deras kvinnoidentitet stärks. Detta ska ske genom att relationer byggs mellan personal och klienter. Men alla klienter är inte intresserade av att upprätta sådana relationer.

Personalen

Basbemanningen på Lunden består av behandlingsassistenter. Uppdelade i dagskift, kvällsskift och nattskift sköter de avdelningens arbete. Personalen följer ett arbetstidsschema och ett verksamhetsschema som ger struktur åt verksamheten. I skarven mellan olika personalskift sker överlämningar, en rapport lämnas. På onsdagar är det flest som arbetar. Då är det behandlingsplanering, personalmöte och handledning. Dessa dagar innebär mycket lite av klientkontakt för personalen.

De flesta behandlingsassistenter är kvinnor. När Lunden i början av 1999 söker en långtidsvikarie som behandlingsassistent anges som kvalifikationer "socionomutbildning eller socialpedagog. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet. Vi ser gärna manliga sökande". Det är formuleringar som öppnar möjligheter att också ta in personer utan social utbildning.

Annonsen beskriver "huvudsakliga arbetsuppgifter", men innehållet handlar mer om personliga egenskaper som efterfrågas än en beskrivning av arbetet.

Motivera och aktivera kvinnorna samt att vara en positiv förebild för dem. Du måste ha en personlig mognad, livserfarenhet och en positiv människosyn. Du kommer att ingå i ett behandlingsteam vilket kräver förmåga att arbeta i grupp. Viss dokumentationsvana önskvärd.

Cindy som har arbetat i flera år på Lunden beskriver arbetet som tungt. Inlåsningen ger upphov till en känsla av instängdhet även hos personalen. Det blir långa dagar. Ofta känns det "oerhört segt". Personalen "springer omkring" för att slippa undan passiviteten, gör sig ärenden till staben på andra våningen, tar itu med skrivuppgifter. Men kvinnornas behov står i fokus hela tiden. "De är som fågelungar som kräver och kräver. På tisdagen vill tio personer ha åtta olika sorters schampon, på torsdag vill dom ha åtta andra sorter. Det är vi som får springa hela tiden och fixa. Det tar en väldig tid."

För att bevara strukturen på avdelningen har man en mängd regler. Upprätthållandet av reglerna innebär ett mödosamt arbete för personalen. Från början

hade man bestämt att ha få regler som man verkligen höll, men nu blir det fler och fler regler. Och olika personal är olika noga med att följa reglerna.

Cindy uppfattar personalgruppen som ambitiös. "Vi har tidvis gjort ett bra jobb utifrån situationen." Men hon anser att det dåliga omhändertagandet av personalen går ut över vården. Schemat är för tungt. Man får för lite egen påfyllning.

En viktig del av arbetet ska vara samtalen med kontaktpersonerna. Från början hade dessa ansvar för dokumentationen, men det har nu gått över till socialsekreterarna. Cindy anser att kontaktmännen ska ha bokade samtal, men det växlar mellan olika personer. En del tycker att det går lika bra att prata när man går och promenerar eller sitter i rökrummet. Genomgående vill Cindy ha mer ramar, bättre organisation och struktur.

Andreas, en ung socionom som jag känner igen från Socialhögskolan, talar om behovet av närhet i klientarbetet, och om sin frustration över att han som socialsekreterare inte hinner med att vara ute på avdelningen. Han tar med sig jobbet hem, men ser det som bästa sättet att bearbeta vad han varit med om. Vad är det mest frustrerande? Jo, det är att se de möjligheter som kvinnorna har, och sedan mötas av verkligheten som medför en helt annan planering och utveckling. Han känner också oro för att göra fel, för att han dabbar sig och därmed fördröjer genomförandet av en planering. Hela intervjun med Andreas andas utbrändhetsrisk. När jag frågar Lunden våren 2000 om Andreas visar det sig att han slutade ganska tvärt, sa upp sig utan att ta tjänstledigt. Han gick till arbetslöshet men påbörjade sedan en annan utbildning.

För Annmarie är kartläggning och utredning Lundens viktigaste uppgift vid sidan av motivationsarbetet. Den viktigaste delen av motivationsarbetet är kontaktpersonernas enskilda samtal med klienterna, men det kan också uppstå stunder av motivationssamtal på avdelningen i olika sammanhang, t ex i rökrummet.

Det är en påtaglig kontrast mellan Annmarie och Andreas, även om de har samma utbildning. Andreas vill stå nära klienterna, han engagerar sig i de enskilda livsödena. Han vill arbeta med gruppen som grupp, tycker att kvinnorna blir kvar på Lunden onödigt länge. Annmarie vill ha större distans till klienterna, ser utredning som viktigare än relationsskapande, betonar ordning och reda. Är mer orolig för att placeringarna är för snabba och för dåligt underbyggda, än att klienten blir gående kvar. Kanske fungerar Annmaries linje bättre i det långa loppet, för det är Andreas som slutar och Annmarie som jobbar kvar.

När jag tar kontakt med Lunden våren 2000 får jag veta att sex av dagpersonalen hade slutat, varav en hade gått över till att arbeta natt. Alla var personer som gick in i arbetet på ett personligt sätt och som sökte närkontakt med klienterna. Den höga personalomsättningen på Lunden kan jämföras med Håkanstorp som nästan inte har någon personalomsättning alls. En orsak kan vara att Håkanstorp har ett mer distanserat arbetssätt än Lunden. Förmodligen är det också tyngre för personal att arbeta med kvinnor än med män (jfr Holmberg, 2000:38). Kvinnorna på Lunden framträ-

der inte i grupp som männen på Håkanstorp. De ger intryck av större sårbarhet, har ännu mer tragiska livsöden. Männen går på institutionen in i fångens etablerade rutiner. Den yrkeskriminelle lever med fängelset som en kalkylerad risk, och vet att han då hamnar i en struktur som ger utrymme för att hålla fast vid sin tidigare identitet. Håkanstorp stämmer med fångens förväntningar – håll dej lugn, sköt det du ska på hyfsat sätt, gå till arbetsplatsen, städa ditt rum, ta del av aktiviteterna så får du komma iväg till ett öppnare ställe. Den som har fångens förväntningar blir störd när hon kommer till Lunden. Där saknas kvinnofängelsets fasta struktur, med arbetsplatser och inlåsning på bestämda tider. Här kräver personalen delaktighet, men utgångspunkten är inte domstolens straffutmätning, utan en administrativ domstols bedömning av den enskildes behov.

Personalen accepterar tvånget, vilket väl får betraktas som en nödvändighet om man ska arbeta inom tvångsvård. "Tvånget räddar liv och är nödvändigt om alla andra vägar är stängda." Den åsikten kommer fram i alla Birgitta Hult Anderssons (1997:61) tjugo personalintervjuer. Inledningsvis möter personalen motstånd och aggressivitet, men de intervjuade menar att detta går att övervinna.

Bengt Börjeson (1990) tar upp några av de påfrestningar som personal i narkomanvård kan utsättas för. Han har gjort en analys av avgiftningsavdelningen på Långbro sjukhus som illustrerar narkomanvårdens speciella utformning av relationen personal-klient. Han noterar den mycket långtgående kontrollen av klienterna, trots att avgiftningen var frivillig. Det handlade om kroppsvisitation, personalnärvaro vid kioskinköp, krävande intagningssamtal där klientens motivation prövades. Målet var att hålla drogerna utanför avdelningen och att förhindra att människor använde avgiftningen som ett ställe där man kunde komma i form fysiskt och psykiskt utan att egentligen vara intresserad av att sluta knarka. Men kravet att hålla drogerna borta skapade en situation av misstänksamhet och extrem bevakning. Den som ertappades med att ha använt droger inne på avdelningen kastades ut. Eftersom man också hade som mål på avdelningen att förmå människor att stanna kvar och genomföra sin avgiftning, trots att de var tveksamma, kunde man hamna i en situation där en grupp höll sig kvar trots att de inte borde vara där (de som tände på inne på avdelningen) och en grupp som spelade påverkade för att få lämna avdelningen utan ytterligare tjat.

Drogbevakningen påverkade också personalgruppen. Börjeson beskriver hur förmågan att avslöja drogpåverkan gav särskilt hög status. De i personalen som tyckte att det var viktigare att motivera klienterna till att upphöra med missbruket än att avslöja dem, hamnade i underläge. Här skiljer sig Lunden från Långbro på ett sätt som nog antyder kvinnlig dominans på institutionen i stället för manlig. På Lunden är hög status inte förknippad med förmåga att avslöja drogpåverkan. Snarare hänger statusen samman med förmågan att skapa positiva relationer till klienter, och samtidigt kunna upprätthålla ordning och disciplin på ett någorlunda mjukt sätt.

Timvikarier

Lunden har en kader av vikarier. De har skiftande bakgrund, har antingen vänt sig till Lunden på eget initiativ för att få chansen att vikariera, eller har blivit tillfrågade i samband med att de har varit inne och praktiserat. Vikarierna väljs ut bland dem som klarar konfrontationen med klienterna. Huvudkriteriet för att de ska få jobba tycks vara att de har kapacitet att skapa kontakt med klienterna, och att de är tillgängliga när Lunden ringer. Formell utbildning är mindre viktig.

> /Ur fältanteckningarna/
> Christer är ett nytt ansikte i personalgruppen. Blont hår i popfrisyr. Glasögon som också tillhör den poppiga stilen. Kanske trettio år. Han glider runt kvinnorna, rör vid axlar och ryggar. När Julia kommer ut och sätter sig och ser allmänt nedslagen ut börjar han massera hennes nacke. Efter några minuter slutar han. "Fortsätt med det, säger Julia, det var skönt". Han håller på närmare tio minuter och Julia är mycket nöjd. Christer berättar att han är timanställd och annars arbetslös. Han jobbade mycket i somras och hoppar in när Lunden ringer. Tidigare har han arbetat i affär i många år och också haft egen affär.

Christer är, liksom flera av de manliga vikarierna, omtyckt av klienterna. Han är vänlig, humoristisk och ger intryck av att behandla kvinnorna som jämlikar. Just bland vikarierna är andelen män påtagligt högre än bland ordinarie personal.

Den norska sociologen Elisabeth Fransson (1996) som har gjort en studie av en flickinstitution gör intressanta iakttagelser när det gäller manliga timanställda, jämfört med den ordinarie, oftast kvinnliga personalen. De timanställda männen har en lös anknytning till institutionen vilket ger både möjligheter och begränsningar. De har mindre makt och mindre möjligheter att utöva sanktioner än övrig personal. De får auktoritet, legitimitet och position genom att framstå som spännande människor som ungdomarna vill vara tillsammans med. Genom att inte gå in i ett behandlingsarbete, utan i stället möta flickorna på ett personligt plan, stärker de deras känsla av att vara vanliga flickor, att vara normala. De timanställda männen för in yttervärlden på institutionen och tar med flickorna ut i världen.

Fransson har konstruerat en modell som visar skillnaden mellan den timanställde mannen och en ordinarie kvinnlig anställd. Skillnaderna har renodlats i form av idealtyper.

Franssons modell stämmer väl med mina iakttagelser från Lunden och ger också en rimlig förklaring till att många manliga timvikarier är populära. Utifrån Franssons tankegångar kan man skönja de förväntningar som kvinnorna på Lunden sät-

	Manlig timanställd	Kvinnlig kontaktperson
Relation	Strävan efter likhet, lika värde	Olika roller, baserad på skillnad
Roller	Man, "far", vän"	"Mor", "Uppfostrare", "behandlare"
Fokus	Världen utanför betonas, ungdomarna betonas inte. Tonvikt på aktiviteter	Världen innanför betonas. Kontaktmannaskap påminner om institution. Tonvikt på samtal.
Tidsorientering	Nutid	Framtiden viktigare än dåtid och nutid.
"Utbyte"	Nödvändigt och legitimt med eget utbyte	Ungdomarna ska stå i centrum

ter upp för en timvikarie. Den som inte lyckas skapa bilden av sig själv som trevlig, lättsam och handlingsinriktad riskerar att hamna utanför samtalen och bli ignorerad.

Manligt och kvinnligt

Elisabeth Fransson (ibid) gör också jämförelser mellan män och kvinnor i den ordinarie personalen. Det visar sig att det finns tydliga skillnader mellan de båda könen i deras förhållningssätt till arbetet med flickorna på barnhemmet. Skillnaderna följer de traditionella könsrollerna. Männen är avslappnade och handlingsinriktade, fokuserar situationen i samtalen, försöker hitta sin plats genom att vara humoristiska, får auktoritet genom sin fysiska styrka. Kvinnorna är samtalsinriktade, försöker skapa kontakt med flickorna genom att bygga nära relationer, fokuserar känslor och upplevelser, de är tolkande, moraliska och problematiserande och arbetar mer behandlingsinriktat med en förändringsambition. Beskrivningen av kvinnorna stämmer ganska väl på Lundens kvinnliga personal. Männen på Lunden är få vilket försvårar möjligheten till meningsfulla generaliseringar. De män i den ordinarie personalen som jag träffade blandade det handlingsinriktade och humoristiska med ett intresse för relationer och bearbetning av känslor.

Att häcka på expeditioner

Från min egen tid som anställd på en tvångsvårdsinstitution minns jag känslan av att det fanns en institutionsvårdens naturlag som gjorde att personalen drog sig undan från klienterna och samlades inne på expeditionen. Sociologen Agneta Franssén (1997) beskriver en liknande tendens från sin undersökning av personal inom sjukvård och äldreomsorg. Personalen var patientinriktade i ord, men i handling var de snarare kollegialt inriktade. Arbetet med patienterna rutiniserades, så att kvinnorna fick tid över att umgås med varandra. Visserligen ingrep de snabbt om komplikationer tillstötte för en patient, men social samvaro med kollegorna prioriterades framför att vara tillsammans med patienterna. Frapperande var skillnaden mellan den patientorientering som personalen visade när de blev intervjuade, och den verklighet som Franssén såg under sitt fältarbete. Hur var det på Lunden?

Tendensen fanns även på Lunden, olika påtaglig för olika personalkategorier. De som var mest ute bland klienterna var de timanställda, som tillbringade det mesta av sin tid med arbete som var direkt relaterat till klienterna. Om de inte var i patienternas närhet utförde de någon typ av arbete på uppdrag av en klient eller som hade samband med matlagningen.

Att de som hade minst kontakt med klienterna var de som tillhörde stabens administrativa del – institutionschef, personalsekreterare och personalassistent – ter sig som ganska självklart. Läkare och psykolog kom ner till avdelningen när de skulle träffa en klient, deltog ibland i fredagseftermiddagens fikastund, var med då och då på morgonsamlingarna, men höll för det mesta annars till på ovanvåningen eller

gjorde motsvarande besök på LVU-hemmet. Jag blev förvånad över att de båda socialsekreterarna och utredningssekreteraren så sällan var ute på avdelningen. Mestadels när jag var på Lunden föreföll de vara upptagna med administration, satt inne i journalrummet och skrev på sina datorer. Behandlingsassistenterna föreföll att fördela sin tid till ungefär lika delar mellan direkt klientarbete och andra uppgifter "bakom kulisserna", vars exakta innehåll jag aldrig undersökte. Men deras frånvaro från klienterna handlade i allmänhet om att de i stället ägnade sig åt administration, snarare än att de höll sig på expeditionerna och umgicks med arbetskamraterna. Några av klienterna klagade dock på behandlingspersonalen och menade att dessa hellre satt inne på expeditionen tillsammans med kollegor och skämtade och skrattade, än var ute bland klienterna. Möjligen var detta särskilt påtagligt på kvällar, nätter och helger då administrationen tog mindre utrymme och därmed mer utrymme gavs för personalens eget umgänge.

När jag tog upp expeditionssittandet med avdelningsföreståndaren Tina höll hon med om att det kunde förekomma, men såg det inte som något större problem. Hon framhöll att arbetet på en tvångsvårdsinstitution är så tungt att personalen behöver återhämta sig från klienterna då och då. Det finns också ett kontinuerligt behov av att prata sig samman för att kunna upprätthålla en gemensam linje.

I mina anteckningar inför den första speglingen av mina intryck av Lundens personal i juni 1998 sammanfattade jag mina intryck.

> Personalgruppen på Lunden strävar efter att göra ett gott jobb. Jag tycker mig se ett engagemang, ambition och ett äkta intresse för kvinnorna. Det finns kollektiva normer i personalgruppen som inte ger utrymme för förtryckare. Arbetet framstår som krävande och personalomsättningen är hög.

Det här är en slutsats som står sig över hela projekttiden. Jag tycker att personalen överlag gör "så gott de kan" och bemöter klienterna med respekt. Men intressantare än min uppfattning är naturligtvis klienternas.

Hur ser klienterna på personalen?

För klienterna inom tvångsvården är personalgruppen betydelsefull. Göran Johansson (2000:10) konstaterar "att förhållandet mellan personal och klienter på Hornö påminner om relationen mellan barn och föräldrar är inte svårt att upptäcka". Anspelningarna på denna parallell hörs "alltsomoftast" från vårdare och klienter. Även på Lunden används denna jämförelse, även om det av mina fältanteckningar och intervjuer att döma inte är riktigt lika påtagligt som på Hornö. Ett skäl kan vara att Lundens personal är yngre än Hornös. I Lundens dagbok noteras vid tre tillfällen under nitton månader att kvinnorna tycker sig bli behandlade som "små barn".

> En kväll med mycket dålig stämning. Mycket negativ kritik från klientema, typ att vi kränker dem, att vi behandlar dem som barn, att vi inte lyssnar ... 27 mars 1998.

Vid sex tillfällen anger personalen att kvinnorna beter sig som barn eller att någon eller några uppträder barnsligt. Av de negativa stämningsorden i dagboken kommer ”barnslig” på 38:e plats med fyra träffar.

Men personalen väcker starka känslor. Ingen av de intervjuade dömer ut personalen helt, utan alla har mer eller mindre positiva saker att säga. Två huvudpositioner urskiljer sig. Drygt en tredjedel av de intervjuade klienterna är positiva till hela personalen utan inskränkningar. Några exempel.

> 1. They are great! They are nice people. Very special people. They don't treat people like shit or junkie or name you drug addict. They are very nice people who work in Lunden. I really appreciate them and then again, you see when you ... if you know how to respect yourself, it is so much easier to respect people, right. By respecting people and living in a place like this, you get respect back. */yeah/* But for me I respect everyone. I concern about everyone who lives around me.

> 2. Jo, det är bra. Det är ju alltid nån man inte tycker om, men så är det alltid. Men dom är ju okej.

> 3. Alla är speciella på sitt sätt. Man har någonting hos alla */mmm/* som man tycker om. Sen har man sina favoriter, det har man.

> 4. Men alla är jättetrevliga. Men dom är ändå som ... vad ska man säga ... som fångvaktare på något sätt. Det är jobbigt att ha över sig hela tiden.

Återstoden gör skillnad mellan bra och mindre bra personal, men har växlande uppfattningar om hur många som tillhör respektive grupp.

> 1. Det finns en del som är här för att dom bryr sig om och vill att narkomaner ska få en chans och som lyssnar på en ... Som verkligen bryr sig alltså. Sen finns det en del som bara är här. Som går och viftar extra mycket med sina nycklar ... reglerna säger si och så ...

> 2. Ja, i stort sett så är det ju bra personal. Men där är ju vissa som kan sitt jobb och fattar vad det rör sig om och fattar vad vi behöver, men dom andra tar ingen hänsyn alls till det utan det är byråkratin som gäller för dom.

> 3. Där är vissa som jag gillar. Men det är bara ett få antal och sen är dom andra ... Ja, dom springer där med sina nycklar och dinglar och är så jävla bra och rediga och bara springer där och glider runt. Jag retar mig på vissa så jag skulle kunna explodera. Men jag får ju nonchalera det typ, låtsas som att dom inte finns. Men det är jävligt svårt ju.

> 4. Från och till bra ... Jag tycker dom verkar lite lata emellanåt. När man ber om en sak så ska det ta sån jävla tid innan det händer nåt. ... Personalen är inte så jävla dålig. Det handlar om hur man uppför sig ... Alltså hur man tar ... Jag är väldigt anpassningsbar. Jag har inga problem med dom ... Men tar man folk på rätt sätt så är det egentligen ingen som är direkt kass. Mindre bra kanske. Men jag tycker ju inte att jag behöver detta LVM:et på sex månader.

Hur ska en bra personal se ut? Här är kvinnorna påfallande eniga.

> En bra personal det är en sån som kan slappna av och komma och skoja, fast ändå kunna vara allvarlig och förstå en ... Och kunna ta sig tid och sätta sig ner och snacka. Inte om mitt problem utan sätta sig ner och snacka och skämta lite och bygga upp en lite. Få en till att skratta och så. Så man känner sig lite bättre. Som är professionell men ändå avslappnad, tar lätt på det hela och inte vara så jävla formell och "så får man inte göra, så får man göra" och sen är det inget mer.

Ofta tar kvinnorna upp att en bra personal kan *se igenom reglerna.* Det kan innebära att en kvinna får krama om sin pojkvän vid besöket, trots att det är förbjudet, eller att hon får behålla ett cigarettpaket som hon har fått av sin mamma. En kvinna berättar om hur hon ensam fick gå och handla godis på en fotbollsmatch, ett förtroende som hon uppskattade. Bra personal *vågar* också vara *privata,* skämtar, skrattar och ser ut som om de uppskattar kvinnornas sällskap.

En dålig personal?

> En dålig personal, det är en sån som inte bryr sig om att vi får vänta en kvart, tjugo minuter fast vi skulle gått ut, ja klockan ett. Och hon kommer en kvart tjugo över ett och det spelar väl ingen roll. Hon hade lite att göra. Ja, så hon bara snackar och skojar med sina arbetskamrater, så hon inte sätter sig ner och snackar med oss. Som beter sig som att vi är mindre vetande för att vi är narkomaner. Det mår inte en enda människa bra av. Sen är vi narkomaner så känsliga så vi uppfattar dom vibrationerna direkt.

Flera av de andra kvinnorna tar upp liknande exempel på *respektlöshet* som de anser utmärker dålig personal. Respektlösheten skapar känslor av skam vilket motverkar uppkomsten av sociala band (Scheff, 1994). Kvinnorna kritiserar personal som i alla lägen benhårt håller på reglerna. Förmodligen blir det extra provocerande, eftersom det alltid finns personal som emellanåt tullar på reglerna. På samma sätt kritiseras osjälvständig personal som inte vågar ta egna beslut utan ständigt hänvisar till andra. Personalen håller på med administration eller sitter i möten i stället för att ägna sig åt klienterna.

Många av kvinnorna tar upp observerandet, att det är jobbigt att allt man säger till någon i personalen förs ut till alla andra, och att det ständigt skrivs om allting man gör och säger.

Mette pekar på att det kan vara svårt att bli uppmärksammad, och att kvinnorna tvingas ta till drastiska metoder när de känner sig nonchalerade.

> Sedan ibland kanske man mår dåligt, har drogsug eller nåt. Så behöver man hjälp, någon att prata med. Så frågar dom då hur det är i fem minuter. Sedan har dom glömt en igen. Sitter man där helt stirrig, benen hoppar. Man vet inte var man skall ta vägen. Klättrar på väggarna. Så det är lite olika. Till slut bara för att dom inte bryr sig så får man såna spel. Vissa har målat på väggarna här och skurit sig själv med knivar och allt vad här är ... Sedan till slut när man gör

en sådan sak, då bryr dom sig. Man måste först dö eller någonting innan dom bryr sig. Men mina kontaktpersoner är faktiskt jättebra. Dom bryr sig.

Det går att placera in bra och dålig personal på en linje närhet – distans. Dålig personal håller stor distans, gömmer sig bakom regler och förefaller att uppskatta arbetskamraterna betydligt mer än klienterna. Å andra sidan bedöms de i personalgruppen som står för närhet mycket positivt. De vågar visa sig privata och behandlar kvinnorna så jämlikt som det går på en tvångsinstitution.

Men som en av kvinnorna påpekar "fångvaktare är fångvaktare, även om de är jättetrevliga". Personalen är fast i samma rollsystem som klienterna. Det är ett system där rollerna skapas av lagar, regler och lokaliteter. Flera i personalen kan inte i längden acceptera de roller som erbjuds och slutar därför. Organiseringen är starkt kollektiv vilket ger litet spelutrymme för personalen. Alla är underkastade reglerna. Avsteg ses som ett hot mot systemet. Här visar sig ett särskilt dilemma. Av klientintervjuerna framgår att de i personalen som vågar bryta mot reglerna får en särskild uppskattning. Den som vinnlägger sig om en god relation till klienterna kan följaktligen välja att agera på ett sätt som underminerar regelsystemet.

Det går inte att se några tydliga skillnader i kvinnornas syn på personalen mellan olika tidsperioder. Även under stökiga perioder finns det kvinnor som har idel rosor till personalen, och på motsvarande sätt har kvinnorna kritiska synpunkter på en del av personalen, även under lugna och till synes harmoniska perioder.

Arbetets innehåll

Av intervjuerna med personalen framgår att de inte använder en gemensam, teoretiskt förankrad behandlingsmetod i sitt arbete (jfr Hult Andersson, 1997). Bedriver Lunden behandling överhuvudtaget? Anders Bergmark och Lars Oscarsson definierar behandling som "alla aktiviteter på individnivå som har en primär terapeutisk intention visavi identifierade alkoholproblem, utförs inom en primär terapeutisk kontext och inom ramen för denna förväntas ge en terapeutisk effekt" (Bergmark & Oscarsson, 1994:58).

Med denna definition är det tydligt att Lunden ägnar sig åt behandling. Definitionen ställer inte krav på att behandlingsarbetet ska bygga på en särskild metod. Men eftersom inte arbetet organiseras slumpmässigt dag för dag, använder personalen uppenbart någon eller några metoder. I själva verket genomsyras verksamheten av en strävan att personalen ska arbeta på ett enhetligt sätt. Det finns många inslag i arbetet som regelbundet återkommer, och som förmedlas vidare till nyanställda. Utifrån observationerna på avdelningen har jag kunnat urskilja ett antal återkommande arbetsuppgifter för behandlingspersonalen:

1. Uppgifter som rör klienten direkt
Först och främst finns det arbetsuppgifter på en konkret nivå:
– kontrolluppgifter – låsa och låsa upp, genomföra urinprov, söka efter rusmedel i klienternas tillhörigheter, påminna om regler
– ekonomifunktioner – sköta städning och matlagning, i växlande omfattning tillsammans med klienterna
– sällskapsdamsuppgifter – sitta och prata i rökrum, runt kaffebord, i bilen etc., spela spel, se på TV tillsammans. Förutom att hjälpa klienten att få tiden att gå finns också ambitionen att visa på alternativa sysselsättningar till missbruket

Vissa arbetsuppgifter riktade till klienterna har en djupare innebörd och ställer större krav på professionalitet än ovannämnda, exempelvis:
– informationsinsamlande – att införskaffa information till klientutredningen både i samband med de ständiga samtalen och i mer systematisk form i en intervju
– påverkan – att mer eller mindre metodiskt försöka påverka klientens självuppfattning och *motivera* till förändring

2. Uppgifter som handlar om klienten
Under denna rubrik kan föras aktiviteter som direkt rör klienterna men som inte sker tillsammans med dem:
– dokumentation – de båda socialsekreterarna sitter oftast i journalrummet och skriver. När behandlingsassistenterna och sjuksköterskorna är för sig själva på expeditionen ägnar de sig också i växlande omfattning åt dokumentation
– deltagande i rapport vid skiftbyten, i behandlingskonferens, handledning, i spontana grupper som ska ta ställning till ett akut problem

3. Uppgifter som handlar om personalrollens långsiktiga upprätthållande
I arbetet ingår också uppgifter som inte är kopplade till enskilda klienter:
– deltagande i personalmöten
– extern och intern utbildning

4. Inofficiella personaluppgifter
Till denna kategori hänför jag de tillfällen då personalen på arbetstid drar sig undan klienterna för att prata om allt från klienterna till arbetsledningen och det egna privatlivet (se tidigare avsnitt "Att häcka på expeditioner").

Av alla uppräknade arbetsuppgifter är det "påverkansarbetet", motivationsarbetet i strikt bemärkelse, som direkt är knutet till att motivera klienten till fortsatt vård. Övriga arbetsmoment har som syfte att se till att klienten stannar på institutionen, handlar om vardagliga omsorgsuppgifter, är en del i utredningsarbetet, är relaterad till lagstadgad dokumentation eller rör den interna kommunikationen. Det är inte särskilt förvånande att det finns avsevärda skillnader i *klienttid* – den tid man är tillsammans med klienterna – mellan olika yrkeskategorier. Minst klienttid har före-

ståndarna och socialsekreterarna, mest har de timanställda vikarierna. Specialister som psykiatern, psykologen, sjuksköterskan har särskilda ansvarsuppgifter, som jag inte går närmare in på i min undersökning.

Motivationsarbetet

Birgitta Hult Andersson, behandlingsassistent på Lunden 1992–99, har intervjuat tjugo personer i personalen om deras arbete (Hult Andersson, 1997). Hon hävdar att personalen har ett gemensamt förhållningssätt, som präglas av att institutionen domineras av kvinnlig personal.[20]

> Personalen ser kvinnorna som mycket utsatta och mycket beroende och uppbundna av män som utnyttjar dem. Att bemöta kvinnorna med respekt är det allra viktigaste, eftersom de har så många erfarenheter med sig av att inte ha blivit bemötta med respekt (a.a.71).

Längre fram i rapporten återkommer jag till klienternas beskrivningar av hur de blir bemötta. För särskilt den kvinnliga personalen är det också viktigt att bemöta och förändra klienternas syn på sig själva som kvinnor.[21] Klienterna tycker inte att det är något speciellt med att vara kvinna, medan kvinnorna i personalgruppen ser det som angeläget att arbeta med frågor som rör kvinnoidentitet och betonar kvinnors styrka (a.a.). Också min erfarenhet är att personalens och klienternas syn på kvinnlighet och manlighet stundtals kolliderar. Särskilt tydligt blir detta i förhållande till kvinnornas pojkvänner, som är idealiserade av klienterna och diaboliserade av personalen. Mer om detta i kapitel elva.

Instrumentet för att förändra klienternas självuppfattning är relationen till och mötet med personalen. "Att finna mötesplatser där klienternas självkänsla och identitet som kvinnor kan stärkas är en viktig uppgift, när det gäller att utveckla det kvinnliga perspektivet" (a.a.74).

Stina Balldin (1997), som liksom Hult Andersson både har forskat och arbetat på Lunden, har intervjuat kvinnor som har klarat sig bra efter LVM-et. Hon beskriver att personalens uppmuntran och fokusering på kvinnornas resurser hade medfört att kvinnornas självkänsla har stärkts.

Påverkansuppgifter – kontaktpersonerna

Det är personalens uppgift att försöka påverka klienterna till att välja frivillig vård. På Lunden får varje ny klient två kontaktpersoner som har ett särskilt ansvar för motivationsarbetet. Kontaktpersonerna väljs i allmänhet ut bland behandlingsassistenterna. Periodvis har också socialsekreterarna tagit på sig uppgiften som kontaktperson. Verksamhetsplanen beskriver kontaktmännens arbete:

---

[20] Holmberg (2000) konstaterar att det mest framträdande i hennes personalintervjuer på Lunden är vikten samtliga lägger vid den kvinnliga personalen.

[21] Holmberg (a.a.) påpekar att i behandling av kvinnliga missbrukare, till skillnad från manliga, är könsidentitet, självkänsla och relationer i fokus. Den kvinnliga identiteten liksom självkänslan ska stärkas.

Grunden i kontaktmännens arbete på avdelningsnivå bygger på traditionell "jag-stärkande behandling" med betoning på det friska och utan konfrontation i syfte att riva försvarsmekanismer, d v s varmt, respektfullt bemötande med ramar och struktur som trygghetsskapande faktorer, relationen mellan behandlare och klient som basen i motivationsarbetet, kontaktmännens funktion som "container" för klientens verbaliserade känslor och upplevelser, träning i att lösa konflikter på annat sätt än att agera ut sitt inre kaos o s v.

Kontaktpersonerna ska skapa en särskild relation till sin klient och har också en rad kurativa uppgifter. "Kontaktmannaskapet är ett sätt att i arbetsorganisationen betona mötet mellan behandlare och klient", påpekar Arne Gerdner (2000:84). I stället för att en grupp behandlare möter en grupp klienter kan både behandlare och klient inrikta sig på några få personer. Det är nödvändigt med en differentiering i ansvaret – av praktiska skäl kan inte all personal skapa nära relationer med alla klienter.

De båda kontaktpersonerna ansvarar för kontakterna med omvärlden, med socialsekreterare och anförvanter. De gör inledande kartläggande intervjuer och sköter avslutningssamtal. Till sin hjälp har de DOK-formuläret, ett instrument som har utarbetats av forskare med koppling till SiS. Kontaktpersonerna ska hjälpa klienten i det praktiska kring de frivilliga vårdplaceringarna. De ska helt enkelt fungera som personliga rådgivare för varje klient. Ofta fungerar de som företrädare för sina klienter i personalgruppen. Att ha en bra kontaktperson är viktigt för klienten.

Kärnan i motivationsarbetet på Lunden är, enligt avdelningsföreståndaren, kontaktpersonernas samtal, de s k kp-samtalen. Genom dessa jag-stödjande och utredande samtal ska klienten transformeras från omotiverad till motiverad. Kontaktpersonerna bokar in samtal med klienten för att motivera henne till fortsatt frivillig vård och för att genomföra behandlingsplaneringen.

Relationen kontaktperson/klient handlar inte om vänskap, utan är en yrkesrelation för personalen och en praktisk relation för klienten. Några klienter anger att det känns bra att anförtro sig åt någon för att lätta på ångesten. Men huvudregeln på Lunden är att det som en klient säger till en personal ska förmedlas vidare till andra i personalgruppen och skrivas ner i dagbokens individuella del. Genom detta försvinner enligt flera av klientema känslan av förtrolighet i samtalet med personalen.

Genomgående är klienterna nöjda med sina kontaktpersoner. De klienter som är positiva till Lunden är i allmänhet mycket positiva till sina kontaktpersoner, men även de som i grunden är negativa brukar göra en positiv bedömning av sina kontaktpersoner.

– Hon är jättebra. Hon ger sig verkligen tid och, ja, hon är kanon. Det är den bästa här tycker jag. Fast det är väl inget större fel på dom andra heller. Men man har alltid nån favorit.

– När X är här så fixar han sådan mat som jag kan äta till mig. Han har fixat kyckling nån dag och lövbiff nån dag. Han har fixat lite grejer. Men inte dom andra ... /suckar/

– Jag skulle inte vilja ha några andra kontaktpersoner än dom. Z är jättebra och Y tar hand om pappersbiten.

– Dom engagerar sig ju en del i mig. Vill att jag ska komma ut på en P-27:a snarast. Dom tittar ju mycket på hur motiverad jag är till att sluta och vill placera in mig på rätt behandling. Men vad det är som är rätt behandling för mig, det vet inte ens jag. Så hur ska dom kunna veta det? – Bra ... Dom är skitbra, vi har görbra kontakt. Så dom är görbra ... Vi kommer bra överens.

Ett av undantagen är Maja. Hon tycker att kontaktpersonen förhalar hennes 27§-placering, och när hon väl kommer iväg till placeringen uttrycker hon klart att hon inte vill ha besök av honom. När klienterna kommer med kritik handlar det om kontaktpersoner som är svåra att få tag i, som är långsamma med arbetet med placeringar. Det är ovanligt att kvinnorna kritiserar kontaktpersonernas sätt att bemöta dem.

I beskrivningen av kontaktpersonernas arbete på Hornö betonar Göran Johansson (2000) likheterna mellan kontaktmannaskapet och föräldrarollen. Kontaktmannen har en *uppfostrarroll.* Så uppfattar jag inte rollerna på Lunden. Kontaktpersonerna är *stödjande,* snarare än uppfostrande.

Klienternas uppfattningar om personalgruppens arbete

Om inte personalen har en tydlig metod i det egna arbetet är det inte konstigt att klienterna skiljer sig åt i uppfattningar om arbetets innehåll. På frågan vad personalens arbete går ut på fördelar sig svaren på tre grundpositioner – positiva, neutrala eller negativa beskrivningar:

1. *De positiva.* Kvinnorna i denna grupp betonar att arbetet går ut på att stödja klienterna och hjälpa till att finna vägar ut ur missbruket.

Arbetet går ut på att hålla dig drogfri ...

Först och främst ska dom ju stötta oss om vi behöver dom. Att vi kan snacka med dom så att vi mår bra. Sen att dom gör aktiviteter med oss och sånt. Det också. Nej, det viktigaste tycker jag är samtal. Att dom finns där när man behöver. Att dom bryr sig. Att dom inte bara skiter i en.

Personalens arbete? Det vet jag inte vad jag ska svara på. Hjälpa en att komma vidare. Det är väl det. Hjälpa till med problemen så att man ändrar inriktning. Hjälper en att komma i väg. Men sen så är det ju mycket mer än det som dom gör. Vaktar ju, kollar.

2. *De neutrala.* Det är kvinnor som i grunden är ganska positiva till personalen, men inte tycker att de själva får tillräcklig stöttning.

Jaa ... Det vet jag faktiskt inte riktigt. Jag kan inte svara på det riktigt. Jag hade ju gärna sett att dom hade brytt sig lite mer. Kanske lite mer samtal och sådär. Eller hitta på nåt. Jag tyck-

er dom är för mycket upptagna med annat. Massa pappersarbete och sånt. Och att vi skulle få åka ut lite mera. Jag tycker det är för lite personal här.

Motivationsarbete? Det finns inte så mycket tid för det. Dom har så mycket annat att göra. Jag vet inte hur det är med dom andra, men jag har ju motiv för jag är ju motiverad. Så mig behöver dom inte motivera.

3. *De negativa.* Dessa svar grundar sig i en skeptisk och kritisk syn på personalens arbete. Arbetsuppgifterna beskrivs ofta i ironiska ordalag. Flera i denna grupp ger utförliga svar med exempel på brister i personalens arbete.

Sitta inne på kontor. Svara i telefon. Snacka skit. Ingenting annat. Ingenting annat. Vad gör dom? Bara går upp och ner i korridoren. Vad sen gör dom? Dom pratar med oss när dom behöver, när dom vill. Pratar skit gör dom. Det är det dom vill.

Det ska ju gå ut på det att dom ska försöka motivera oss tills vi ska bli drogfria ju. Men det gör dom inte. Det tycker inte jag. Jag tycker inte det. Hela tiden är dom upptagna. Dom sitter på det jävla kontoret och skriver sin massa. Jag vet fan inte vad dom skriver. Jag är inte intresserad av det heller, men dom snackar aldrig knappt med en och såna grejer. Jag vet inte. Ja tycker man kirrar den biten själv i så fall om man ska bli motiverad. Okej, dom har gjort grejer för mig här det har dom faktiskt gjort. Men det var jag själv hela tiden som fick trycka på va. Alltså ändå i slutänden.

Det är att vakta oss ju. Jag tycker inte att det är så mycket mer faktiskt. Jag vet att dom har sina rapporter och sånt men dom berättar aldrig för oss vad som sägs på dom. Det är ju om oss ju. Det är hur vi har skött oss och hit och dit. Jag menar ... det är ju ingen som ... det finns en psykolog ... hon ska man kanske snacka med om man mår dåligt, men det är ju ingen som fångar upp en om man ser ut att må dåligt. – Dom kallar det för motivationsarbete. Det finns ingen motivationsnått ... vadå. Det är vi som bestämmer vad som ska göras. Säger vi inte det så blir det ingenting gjort. Dom har ju inga förslag till nått ju.

Genomgående är att personalens arbete för kvinnorna är otydligt. Deras svar blir en illustration av Bergmark och Oscarssons (1999) tes att motivationsarbetet inom LVM-vården bedrivs utan att någon etablerad metod används.

Klienternas uppfattning om socialsekreteraren

För en tvångsomhändertagen klient är socialsekreteraren åklagare när länsrätten ska bestämma om LVM, och sedan övergår uppgiften till att bli hjälpare och koordinator av behandlingsarbetet på hemmaplan. Socialsekreteraren har därmed en dubbelroll som av naturliga skäl väcker starka känslor.

Intervjuerna ger en splittrad bild. Flera av kvinnorna är kritiska mot sin socialsekreterare, men det finns också en grupp som tycker sig ha fått god hjälp. Oftast gäller kritiken att socialsekreterarna har visat för lite intresse, att de håller sig undan, eller att de driver en egen linje i behandlingsplaneringen utan att lyssna. Det framgår av intervjuerna att det är stora skillnader i den tid som olika socialsekrete-

rare lägger på sin klient. I några fall känner sig kvinnorna svikna av socialsekreteraren, eftersom hon tog initiativet till LVM-et.

Den första typen av socialsekreterare är *djupt engagerad i klienten* och uppfattas som ett verkligt stöd (jfr Beijer, 1999:143). Hon (det är alltid en hon) tycks ha tagit sig an den missbrukande klienten på ett särskilt sätt.

> Mina socialsekreterare är väldigt måna om att det ska gå bra. Dom är rätt okej.

> Vårt samarbete funkar jättebra. Hon åkte taxi med mig in hit fast det var lördag. Nu ska jag ha två andra, men hon ska finnas kvar i bakgrunden.

> Jo, hon bryr sig en stor del om mig ja ... Engagerar mycket tid. Jag har förtroende för henne. Hon har ju varnat och varnat ... Hon har ju förberett mig med LVM dölänge ...

> Hon är väldigt bra. Hon har hjälpt mig mycket.

> Jag har haft henne i många år. Hon är jätteduktig alltså. Snäll och hon har verkligen försökt hjälpa mig på alla sätt. Hon sa att det här var hennes sista utväg ... och min.

> Det är min socialsekreterare, det är inte dom här som ska bestämma vilket behandlingshem jag ska till. Därför så ... jag kan ta mitt ansvar gentemot dom andra tjejerna, jag kan hjälpa till att städa på mina områden för att inte dom ska behöva lida för det, men jag gör det fan inte för personalens skull. För jag vet om att dom har ändå ingen makt. För det är min socialsekreterare som bestämmer vart jag ska någonstans. Så det är henne jag ska hålla mig väl med. Det gör jag också.

Den andra typen av socialsekreterare som kvinnorna tar upp är *den oengagerade och osynliga.* Ofta är det någon man haft lite kontakt med, ibland är det en vikarie. Det handlar inte om en kontakt som har gått snett utan om en utebliven kontakt.

> Jag har bara sett henne fem minuter. Jag var inte med. Jag kan inte ... Usch, hon är så falsk den människan, det är helt otroligt. Jag har inget förtroende alls för henne. Hon har brutit mycket med sin sekretess. Hon ringde ju till fängelset och sa att jag missbrukade ... Hon ringde till min syster och berättade en massa grejer som inte ens en gång stämde och skrämde upp henne och såna grejer.

> Jag har en socialsekreterare som aldrig har träffat mig. Och jag hoppas bara att dom lämnar mig ifred. Dom planerade för mig nånting, och det var nånting som jag absolut inte vill göra. – Så nu ska jag försöka diskutera med dom så att dom planerar det hela för dom har aldrig diskuterat med mig. Vad jag vill och inte vill. Dom utgick ifrån dom tidigare misslyckandena. Dom vill skicka mig till xx eller nåtт sånt, psykologkontakt och allt möjligt och det vill jag inte.

En tredje typ av socialsekreterare som ett par av kvinnorna beskriver är den *beskäftiga* och *styrande,* som kör över klienten.

> Jag vill inte ha med henne att göra. Jävla padda. Sån göteborgare som är så jävla kaxig.

> Hon är helt knäpp alltså. Jag kommer inte alls överens med henne.

Kvinnorna ger flera exempel på nedlåtande bemötande. En kvinna som är mycket upprörd över sitt LVM får höra att "sådant pack som er vill vi inte ha här i kommunen". En annan som ringer och vill återvända i förtid till hemstaden får kommentaren att det nog är kallt på parkbänkarna så här års. Hon känner sig väldigt avsnoppad av den kommentaren och väljer när hon återvänder efter LVM-et att inte ha någon kontakt med socialbyrån. Hon klarar i stället sin försörjning med hjälp av studielån, trots att det rör sig om studier på grundskolenivå.

När socialsekreteraren är engagerad finns det större möjlighet att LVM-et blir en del i en långsiktig satsning både från klientens och socialbyråns sida. Med en oengagerad eller osynlig socialsekreterare finns å andra sidan en uppenbar risk att tvångsomhändertagandet blir en kostsam parentes i missbruket, och att klienten till slut flyttar ut till en närmast identisk situation som den hon lämnade. Göran Johansson (2000) konstaterar från Hornös horisont att tvångsvården borde följas upp med en ordentlig satsning på klienten från samhällets sida, men att detta sällan sker.

I lagstiftningen anges att klienten ska ha en kontaktman. Det står också angivet att denne ska besöka klienten på institutionen. När socialsekreteraren kommer på besök träffar han/hon alltid under en stund Lundens personal utan klientens närvaro. Det står i Lundens regelsamling att det ska vara på det sättet. I intervjun med Annmarie är hon mycket kritisk till denna ordning. Hon tycker att klienten ska vara med hela tiden på samtalet med socialsekreteraren.

I detta **kapitel** är personalen och arbetet i fokus. Eftersom klienterna definitionsmässigt inte vill vara på Lunden blir inlåsning, övervakning och kontroll viktiga arbetsuppgifter för personalen. Personalen är därmed fast i ett strikt rollsystem, precis som klienterna. Men personalen har också ambitionen att bygga upp relationer till klienterna för att kunna motivera dem till förändring. Huvudansvaret i motivationsarbetet för varje klient ligger hos de två kontaktpersonema, men dessa har inte någon utvecklad metod att luta sig emot. Klienterna har genomgående en positiv bild av sina kontaktpersoner. Det kan förklaras med att klienterna uppskattar personal (och socialsekreterare) som söker kontakt och visar intresse, men kritiserar dem som håller sig på sin kant och som mest lägger energi på att upprätthålla reglerna.

7 Målet är att klienterna ska härifrån

Vistelsen på Lunden är i lagstiftningen tänkt som en mellanstation inför placeringen i en annan, öppnare vårdform. En betydelsefull del i Lundens arbete är att genomföra en utredning och en vårdplanering, så att placeringen blir så bra som möjligt. Också att få kvinnorna intresserade av och positiva till en annan vårdform är viktigt. Det är denna övertalning och påverkan som utgör motivationsarbetet. Viktiga instrument i arbetet är rapporten, behandlingskonferensen och handledningen. En hög andel av kvinnorna prövar en annan vårdform, men det innebär inte att de har lämnat sitt tidigare perspektiv, sitt sätt att uppfatta sig själva och omvärlden.

Mål för vården på Lunden

I Lundens eget planeringsdokument *Förslag till verksamhetsplan för 1999* beskrivs verksamheten:

> Lunden bedriver tillnyktring, avgiftning, somatisk och psykiatrisk vård, utredning och bedömning med behandlingsrekommendation samt motivationsarbete med inslag av behandling av olika slag. Allt arbete syftar till att klienten skall finna sin egen inre motivation att vilja förändra sitt liv till det bättre och att hon så snart som möjligt skall kunna gå vidare till en annan individuellt anpassad behandling. Vi har därför inte några egna stegorienterade behandlingsprogram.

Verksamhetsplanen ger också exempel på vad motivationsarbetet innehåller. Det rör sig om information om missbrukets skadeverkningar, rådgivning om vad klienten kan göra för att komma ifrån sitt missbruk, aktiviteter och samtal som syftar till att höja självkänslan och dagverksamhet som har syftet att återskapa intresse för annat än drogkulturen.

Förutom det som Lunden själv anger som viktiga inslag i arbetet vill jag peka på följande mindre glamorösa uppgifter som ändå har hög prioritet:

1) att hjälpa klienten med att få tiden att gå
2) att förhindra att narkotika kommer in på institutionen
3) att i möjligaste mån förhindra att klienten rymmer

Som *det övergripande målet* framträder att åstadkomma vård i annan form, jml 27§ LVM. På Lunden sker placeringen antingen på behandlingshem, i familjevård eller i öppenvårdsprogram efter en noggrant genomförd behandlingsplanering.

Eftersom tvångsvård är ett kraftigt ingrepp mot den enskildes integritet är vården strängt juridiskt reglerad. Omhändertagandet prövas i länsrätten, och det finns möjlighet att överklaga för den enskilde. Den omhändertagne har rätt att närvara i dom-

stolarna och har rätt till juridiskt biträde. Det finns en skyldighet för institutionen att dokumentera olika insatser i journalanteckningar. Särskilt noga är det när det gäller inskränkningar i den personliga rörelsefriheten, t ex inlåsning på särskild isolering. Det innebär att det ställs stora krav på dokumentation av verksamheten.

Statens institutionsstyrelse som är huvudman för tvångsvården gör sin egen tillsyn av verksamheten. Inspektioner görs också på plats, enligt personalintervjuerna innehåller dessa främst en juridisk revision, en granskning att pappersarbetet är i ordning. Klientuppföljningar görs med hjälp av DOK-systemet.

Behandlingsplanering inom LVM

> Utredningarna bygger på ett förtroende mellan klienten och kontaktpersonen, där man i samråd med socialtjänsten på ett första möte bestämmer *om* Lunden ska göra en utredning, *vilka delar* som skall ingå i en utredning och framför allt vad *syftet* är med en utredning. Vårt huvudsakliga syfte med utredningarna är att få en bild av klientens problemområden och behov, vilket sedan kan ligga till underlag för *Lundens behandlingsrekommendation.*
>
> Utredningarna kan bestå av: kartläggning av missbruket, kartläggning av sociala kontakter med familjen och andra relationer, psykologisk utredning (består dels av tester men även av kliniska bedömningar och samtal), psykiatrisk utredning där ett test ingår samt en klinisk bedömning, sjuksköterskeutlåtande, pedagogiskt utlåtande (om klienten deltagit i skolan) och slutligen skriver vi en behandlingsrekommendation! /Ur brev från utredningssekreteraren Eva Thalén

Ordet "behandlingsplanering" ger associationer till planmässighet, professionalism. Behandlingsplanering görs för en individ, i växlande omfattning med henne. Här ligger en svårighet. Professionalismen kan leda till en syn där klienten blir ett objekt, inte ett subjekt. Risken finns att individens egen uppfattning kommer i bakgrunden. Det medför svårigheter i arbetet med ett problem som i så hög utsträckning är kopplat till livsstil som narkotikamissbruk. Melin och Näsholm (1998:102) använder uttrycket "missbruk som en del i en livsstrategi". Men även om socialarbetaren har tolkningsföreträde har klienten alltid handlingsföreträde! Oavsett vad socialarbetaren planerar för förändringar kan klienten hoppa av planeringen eller åtminstone sabotera den. Alternativet till behandlingsplanering kan vara att fastställa ett eller flera bra behandlingsalternativ och sedan anvisa alla klienter till dessa. Det är en modell som inte är alltför ovanlig i kommuner där man bundit upp sig till abonnemang på en viss institution, eller där man bara har något enstaka eget behandlingsalternativ. Där blir principen som för tennissockorna, one size fits all.

Behandlingsplanering sker i det praktiska sociala arbetet på många olika sätt. Jag föreslår följande indelning i olika typer av behandlingsplanering:

socialingenjörsmodellen – "det här visar testerna att du behöver"
den intuitiva modellen – "det här är vad jag tror att du behöver"
standardmodellen – "som vi har kontrakt med, som vi brukar rekommendera"
gör-det-själv modellen – "vad har du tänkt dig för behandling?"

Vilken modell är bäst? Det ideala skulle vara en modell som kombinerar alla fyra, som utgår från en någorlunda systematisk materialinsamling, där materialet tolkas av en kunnig, intuitiv socialarbetare, där det finns en "beställarkompetens" i form av kunskaper om olika behandlingsalternativ och deras aktuella kvalitet och slutligen där klienten, "den ärendet rör" har ett avgörande inflytande.

På SiS institutioner tycks det finnas en växande sympati för socialingenjörsmodellen. Alltmer av tid och resurser tas i anspråk för att samla in information om klienterna för att man sedan ska kunna göra professionella bedömningar. Det medför att mindre resurser finns till förfogande för att individualisera vården. Tid som läggs för att planera den efterföljande vården tas från den egna vården.

På Lunden är behandlingsplaneringen synnerligen viktig. Det gäller att genom noggrant planeringsarbete hitta rätt placering till klienten. Planeringen sker i samråd mellan avdelningens specialister, kontaktpersoner och föreståndaren. Som underlag för diskussionen finns å ena sidan tester, utredningar och personalens observationer på avdelningen och å andra sidan kunskaper om olika placeringsalternativ. I matchningen är socialsekreteraren i hemkommunen en viktig aktör, en hjälp eller ett hinder – det varierar. Naturligtvis är också klienten viktig – i sista hand är det klienten som gör som hon vill. Hon har ett veto. För institutionen kan huvudmålet med motivationsarbetet därmed emellanåt sättas till att övertala klienten att acceptera behandlingsplaneringen.

Tron på matchningens välsignelse är ett viktigt skäl till att man dokumenterar så mycket som man gör. Klienten ses som en rebus eller ett pussel som det gäller att hitta lösningen till, menar Berit Andersson (1997), som har studerat en tvångsvårdsinstitution för unga kvinnor. Andersson är skeptisk till värdet av all den information som samlas in. Hon drar slutsatsen att tvångsvård leder till motstånd och konflikter, som i sin tur definieras som uttryck för problem hos individen:

> Det uttalade syftet med diagnosarbetet är att ge en fördjupad bild av den problematik som ligger bakom omhändertagandet, och som personalen ska arbeta med att lösa. Testen fokuserar helt på individens egenskaper och förhållningssätt, som dels anses tillgängliga för observation och bedömning och dels anses indikera varaktiga tillstånd. Ett grundantagande bakom alla tester är att det hos individer finns en"essens", en psykisk, moralisk eller intellektuell kärna, som förklarar problematiken. Denna essens görs tillgänglig genom tester och individens responser på dem (1997:29).

När man ska undersöka och diagnostisera personlighetsstörningen står individens relationer till omgivningen i fokus. Det är alla överens om. Men inom tvångsvården avläses störningen i stor utsträckning efter hur klienten agerar mot den vårdande omgivningen, konstaterar Andersson.

Det är knappast troligt att sådana observationer verkligen gör klienten rättvisa, lika lite som att man kan förstå tigrar genom att studera dessa på Zoo i Köpenhamn.

Det diagnostiska synsättet står i kontrast till mitt eget i denna rapport. Jag har i stället valt att tolka kvinnornas handlingar utifrån barmhärtighetsprincipen, d v s att se kvinnorna som i grunden förnuftiga (se också diskussionen i kapitel tre).

Det ligger utanför projektets målsättningar att genomföra en analys av behandlingsplanering. Jag vill ändå peka på några intressanta skillnader mellan behandlingsplaneringen på Lunden och på Håkanstorp, den andra LVM-institutionen som jag har studerat.

Håkanstorp lägger mindre tid än Lunden på behandlingsplanering, och jag vill karakterisera deras modell som intuitiv, erfarenhetsbaserad, till skillnad från Lundens behandlingsplanering som har inslag av samtliga fyra modeller, men där socialingenjörsmodellen dominerar. På Håkanstorp ligger ansvaret för planeringen på kontaktpersonerna med den behandlingsansvarige biträdande föreståndaren som samtalspartner. På Lunden sköts planeringen av ett team bestående av kontaktpersoner, placeringssekreterare, psykolog, psykiater, socialsekreterare på institutionen och även avdelningsföreståndare kan delta med synpunkter.

På Lundens behandlingskonferenser deltar all tillgänglig personal och alla experterna. På Håkanstorp deltar enbart teamet och behandlingschefen om han har tillfälle.

Båda institutionerna lyckas få sina klienter att pröva en frivillig placering. På Håkanstorp går det påtagligt fortare. Ett skäl är att planeringsprocessen tar mindre tid. Ett annat kan vara att det finns mer frivilliga behandlingsresurser att välja på för män än för kvinnor.

Blir det sämre placeringar med Håkanstorps modell? Nej, det är inte mitt intryck. Männen på Håkanstorp stannar enligt journalgenomgångarna på sina placeringar i minst samma utsträckning som kvinnorna från Lunden. Nu är det svårt att jämföra de båda klientgrupperna, eftersom de delvis har olika problematik. Fler av kvinnorna på Lunden har psykiska problem, fler av männen har ett heroinmissbruk.

27§-placeringen

Vistelsen på Lunden ska mynna ut i en välplanerad placering jml 27§ LVM. Motivationsarbetet ska få klienten intresserad av att pröva "vård i annan form". Utredningen och behandlingsplaneringen är till för att få till stånd en så bra placering som möjligt. Klient och behandling ska matcha varandra, ska passa för varandra. När Statens institutionsstyrelse värderar ett LVM-hem är frekvensen genomförda 27§-placeringar det kanske viktigaste kriteriet på framgång.

Enligt Lundens egna uppgifter avslutades år 1998 24 placeringar. Av dessa klienter har 15 skrivits ut till sluten vård i annan form. Det innebär att de var i annan vårdform när LVM-et skrevs av. Av övriga har 4 skrivits ut till öppenvård i hemkommunen efter 6 månaders vård. 3 klienter har överflyttats till annat LVM-hem. För 2 har det omedelbara omhändertagandet inte fastställts. Det innebär att de har en kortare vistelse inne på Lunden. Tolv av de 24 klienterna har avvikit vid något tillfälle, aldrig från själva huset utan under utomhusaktiviteter och under 27§-vistelser.

Jag har gjort en journalgenomgång av 21 klienter som avslutade sina LVM under perioden 1/7 1997–30/6 1998. Genomgången är inte heltäckande, eftersom flera journaler låg på utskrift nere hos socialsekreterarna när undersökningen gjordes. Materialet visar att sju av kvinnorna var på Lunden på utskrivningsdagen, sex var på behandlingshem, sju i familjehem och en var i egen bostad och gick på datortek. Siffrorna har liknande tendens som Lundens egen statistik.

27§-placeringen utgör en ur maktsynpunkt sammansatt och ambivalent åtgärd. Utifrån officiella målsättningar kan den ses som ett "båda vinner"-alternativ. Personalen lyckas med det som är målet för verksamheten – att motivera till en annan vårdplacering. Klienten får flytta över till ett vårdalternativ som hon själv varit med om att välja, och där friheten förmodas vara större än på Lunden. Men innebär verkligen t ex en placering på Sofia eller Ronja en större frihet? Både ja och nej. Kvinnorna kan lämna byggnaden. De kan få permissioner. De får fritt ta emot telefonsamtal. De slipper att ständigt vara inlåsta. Men friheten är också begränsad. Om de väljer att mot personalens önskan lämna institutionen riskerar de att förlora sin plats. Då ska de återföras till Lunden. Men även om det frivilliga behandlingshemmet innebär minskad övervakning, tillkommer andra former av kontroll.

På det frivilliga behandlingshemmet utövas *behandling* som till skillnad från *motivationsarbete* har ambitionen att förändra klientens beteende. Den sociala kontrollen har därmed en intensivare karaktär. Kraven på att följa ett schema är starka. Angrepp mot en missbruksorienterad livsstil är en viktig del av innehållet i behandlingen. Sammanfattningsvis finns målsättningen att förändra klienternas *organiserande perspektiv.*

En placering i familjevård för vuxna innebär i allmänhet inte att klienten hamnar i ett program med målsättningen att förändra tankar och handlingar. Här handlar det i stället om att anpassa sig till ett vardagsliv, där det är fullt tillräckligt att man gör vad man blir tillsagd, uppträder artigt, inte använder rusmedel och inte lämnar familjehemmet utan tillstånd.

Avdelningsrapporten

Mellan varje byte av skift lämnas information om klienterna genom en rapport, dels kl 7.30–8.00, dels 16.30–17.00. Med hjälp av rapporten ska var och en i personalen få en uppdatering av den senaste händelseutvecklingen. Hur är stämningen? Hur uppträder x och y? Vilka viktiga händelser har inträffat under dagen? Vid rapporten fördelas också arbetsuppgifterna för dagen. Rapportansvarig är ansvarig för att föra in uppgifter om klienterna och dagen i institutionsdagboken (se kapitel tolv).

Rapporten är ett arbetsinstrument med en stark tradition inom sjukvården (jfr t ex Sjöström, 1997:116). Genom rapporten förmedlas en gemensam förståelse av klienterna. Personalen väger samman beteende och prat till en analys av hur klienten "mår". Lägesbestämningen förmedlas via rapporten, som är ett viktigt inslag i institutionens strävan efter att etablera konformitet. Stefan Sjöström (1997:159) som har

undersökt psykiatrisk tvångsvård konstaterar att personalens ständiga pratande om patienterna används för att förmedla information som inte finns i journalerna. I detta pratande ingår ständiga bedömningar – explicita eller implicita av patientens tillstånd, även om mer omfattande bedömningar hänvisas till beslut på behandlingskonferens. Sjöström pekar på flera olika typer av bedömningar – en är diagnosen som Sjöström hävdar har liten betydelse i det kliniska arbetet på den undersökta avdelningen. Väl så betydelsefull är personalens egna vardagliga begrepp som "uppskruvad", "jättedålig" och halvprofessionella begrepp som "gränslös". Också personalens personliga kännedom om patienterna är viktig. Dessa personalbilder av klienterna sammanfattas och förmedlas genom rapporten.

Med hjälp av rapporten kan personalgruppen formera vad som ter sig som en *kollektiv personal*. Idealmodellen är att varje personal ger samma besked, står för en liknande grundattityd, arbetar tillsammans i riktning mot det gemensamma målet. Rapporten kan ses som en personalsammankomst som syftar till att etablera ett gemensamt organiserande perspektiv i verksamheten. Organisationen tillhandahåller en matris att se på omvärlden, ett sätt att strukturera, dela in och kategorisera.

Rapporten utgör en tydlig manifestation av att personalen inte bara består av individer utan också utgör ett samlat kollektiv, en kollektiv kropp. Det du har sagt till en har du sagt till alla. Genom rapporten underrättas den som inte själv var med. Även dagboksanteckningarna är en del av informationsöverföringen mellan de anställda. Dessa skrivs både avseende hela avdelningen och för respektive klient.

> I dagboksanteckningarna finns en notering om hur klienterna stänger in sig i rökrummet, och sedan när personalen frågar varför svarar "vi har rapport". På ett ironiskt sätt "imiterar" klienterna personalen, men imitationen är förmodligen bara ett uttryck för en humoristisk slagfärdighet, i klienternas kultur ingår inte att ha formaliserade möten.

Från klienternas synvinkel innebär rapporten en rörelse i relationen personal – klient från det individuella till det kollektiva. Det som är sagt på tu man hand till en personal blir till gemensam egendom i och med rapportens informationsöverlämnande. När rapporterande personal berättar om konflikter och andra viktiga händelser blir också den lyssnande personalen delaktig. De tar över känslostämningen, på gott och ont. Både konflikter och glädjeämnen förmedlas. Personalens grundregel på en institution skulle kunna formuleras som för de tre musketörerna – "En för alla, alla för en". Det finns en stark personalnorm emot att någon i personalgruppen träffar enskilda överenskommelser med en klient. Den som gör sådana överenskommelser riskerar att bli angripen av övrig personal. Det finns ett undantag – varje klient har två kontaktpersoner som har huvudansvaret för behandlingsplaneringen. Dessa har vissa möjligheter till egna temporära överenskommelser som dock måste sanktioneras av behandlingskonferensen.

Handledning

Handledningen utgör ännu ett inslag i institutionens strävan efter personalkonformitet. Den ska skapa en gemensam förståelse av klienten och som följd av detta ett gemensamt förhållningssätt. Handledningen på Lunden sköts dels av en utomstående ärendehandledare, men också genom att utredningssekreteraren har handledning för kontaktpersonerna. Det finns en inbyggd dubbelhet i systemet med extern ärendehandledning. Vems handlingsförslag ska kontaktpersonerna använda sig av? Ett sätt att lösa dilemmat är genom att utredningssekreteraren är med på handledningen, och därmed kan argumentera för sina lösningsförslag i närvaro av den externa handledaren. Jag har inte deltagit i handledningen på Lunden.

Behandlingskonferensen

Varje onsdag har Lunden behandlingskonferens. I den deltar en stor del av dagpersonalen. Schemat är lagt så att onsdag är den personaltätaste dagen. Det finns ingen officiell ordförande på konferensen, och det skrivs inget särskilt protokoll. Däremot är det enskilda som antecknar, i första hand socialsekreterarna.

Jag deltar i två konferenser, den ena domineras av att en klient strax innan tagit livet av sig genom en heroinöverdos. Det skedde en månad efter att LVM-et upphörde. Den konferens som jag nu ska presentera närmare var den första för 1998. Sexton ur personalen var med.

Rummet blir så fullt att stolarna inte räcker till. Extra stolar får hämtas i angränsande rum. Borden är ställda i en fyrkant med ett par platser på kortsidan. Tanken är att alla ska kunna ha ögonkontakt. Läkaren försvinner i slutet av första timmen för att inte återkomma. Cissie är ute en stund efter att kokerskan varit inne och hämtat henne. Hon och Annmarie går också ut när man känner lukten av brandrök i rummet. De missade bortåt en halvtimme. Konferensen pågår mellan klockan tretton och femton utan paus.

Klient efter klient tas upp, både sådana som är inlagda, är 27§-placerade, en som är på rymmen och ett par kvinnor som tidigare varit på Lunden men som nu är ute. Varje klient är knuten till ett team, och diskussionen domineras av behandlare från just det teamet. Inlägg kommer också från övriga deltagare, föreståndaren, socialsekreterarna, sjuksköterskan, psykologen, läkaren, behandlaren från Villan och från det andra teamet.

Den första klienten som tas upp är Erika, som har varit på rymmen en kortare tid och återfallit i heroinmissbruk. Nu är huvudfrågan hur hennes fortsatta planering ska se ut. Diskussionen innebär att deltagarna redogör för hur de uppfattar Erika, och hur de ser på hennes behov av behandling. Stämningen är vänlig och deltagarna får prata till punkt utan att bli avbrutna. De flesta verkar också vara överens om hur planeringen framöver ska se ut. Erika ska få möjlighet att pröva det alternativ som hon själv vill komma till, även om alla verkar vara överens om att det inte är det bästa för henne. "Hon är envis, har bestämt sig för Sofia, tar inte till sig något annat.

Jag är tveksam och det är Sofia också, men kanske kan hon därifrån utveckla något", säger Anette och Annmarie instämmer "Det måste nog gå via Sofia". Erika tillhör Anettes team. Anette dominerar diskussionen både i antalet inlägg (13 av totalt 45) och i deras längd. Hon har en skeptisk, ganska nedsättande attityd till Erika, men får medhåll av t ex Christer i form av nickanden. Annmarie gör sex inlägg som handlar om att stötta Anettes ståndpunkter. Arne gör ett enda inlägg av saklig karaktär, han ger en faktaupplysning. Cissie markerar att det är hon som står för beslutet genom att avsluta med att säga "nu gör vi så". Övriga gör få och inte särskilt tunga inlägg. Andreas driver en egen linje, familjehem i stället för Sofia men får inte medhåll. (Jag yttrar mig inte överhuvudtaget under hela konferensen.) Första ärendet på konferensen visar att klienten har handlingsföreträde. Genom att stå fast vid en egen linje kan hon genomdriva den.

Nästa diskussion rör om den oppositionella Erna ska få följa med på aktiviteter utanför Lunden. Gruppen gör 35 inlägg innan Cissie sammanfattar "Det blir ingen utgång nu, så länge hon inte går upp ur sängen om dagarna. Hon måste visa framfötterna först". Här är inläggen jämnare fördelade. I topp överraskande nog Cecilia, vilket kan handla om att hon som sjuksköterska har haft särskilt mycket kontakt med den läkemedelsmissbrukande Erna. Annmarie kommer sedan tillsammans med Christel, därefter Andreas. Varken Christel eller Andreas finns i teamet, men båda har bra kontakt med Erna efter vad jag kan se. De har väl bra kontakt med nästan alla klienter. Cissie formulerar beslutet som avslutning.

Även för dagens tredje klient, Emelie, gäller det om hon ska få gå ut. Cissie ligger lågt i diskussionen till dess att hon går in och formulerar gruppens beslut: "Om hon säger att hon ska sticka kan vi inte ge henne utgång". Här yttrar sig kontaktmannen Arne mest. Han vill inte att hon ska få utgång, eftersom det då är han som får gå ut med henne. Annmarie kommer som tvåa, men det är inte så stora skillnader mellan antalet inlägg. Cissie kommer in först i det trettionde inlägget och tar då beslutet om utgång. Så går diskussionen över till Julie och frågan var hon kan tänkas finnas. Hon har en pojkvän, Konrad i Stockholm. Han lär vara kriminell och Andreas tror därför inte att han vill ha henne boende hos sig. Praktikanten Birger framkastar att han kanske låter henne bo hos någon av sina kompisar i stället. Det är ett tystlåtet yttrande som inte får utrymme. Annmarie, Arne, Cecilia och Cissie yttrar sig dessutom.

De flesta diskussionspunkter under konferensen handlar om att *lösa problem,* att hitta det bästa möjliga beslutet mellan flera tillgängliga möjligheter. Gruppen försöker resonera sig fram till en gemensam förståelse och en gemensam lösning. När den femte och sjätte punkten kommer upp i form av Ellen och Julia handlar det i stället om att ge *feedback* till gruppen om hur det har gått för klienter.

Först kommer solskenshistorien om Ellen. Christer har besökt henne i familjehemmet. "Det var bra med henne. Hon verkade väldigt nöjd med sin familj." Fler fyller på med positiv information.

– Jag pratade med henne igår. Hon hade skaffat sig telefonröst. Det var jättebra med henne.
– Jag pratade också med henne. Det lät som en helt annan människa.
– Hon sa att hon ville till ett radhusområde, som i Tre Kronor.
– Vi hade henne uppe på handledning. Vi har varit skitduktiga som har klarat den struliga tjejen.
– Jag ska berätta vad som hände när vi var i Höör. Hon skulle handla tobak. Är du arton år, frågade expediten. Hon hade håret i pippilottor. Hon tyckte det var rätt roligt. Det är ju smickrande för en kvinna när man tar fel på åldern.
– Hennes socialsekreterare är mycket nöjd med oss. Tycker att Ellen har fått ut något här som hon inte har fått på annat håll.
– Här har hon inte varit bland en massa tuffa stockholmstjejer. Här är det inte lika tufft. Det har nog varit bra för henne.

Gruppen gläder sig åt en kvinna som det verkar gå bra för och suger åt sig berömmet från socialsekreterare och handledare. Även från Julia som flyttade ut för ett par veckor sedan har det kommit positiva nyheter. Andreas berättar att hon ringde på julafton och önskade God Jul. Hon lät inte drogad, berättade att hon hade gått ner tio–femton kilo genom att gå runt på stan. Hon hade inte knarkat sa hon. Hon lät helt jätteklar och berättade att hon nu skulle börja skolan. Ett skeptiskt mummel hörs. Att den bantningen skulle genomförts utan amfetamin låter osannolikt är den allmänna meningen. Men även i ett vykort till Ellen har hon sagt att hon mest "går omkring på stan". När jag träffar Julia ett par veckor senare i hennes bostad visar det sig att hon har hållit sig drogfri sedan hon lämnade Lunden.

Ytterligare ett par klienter tas upp. Främst är det respektive team som gör inlägg. Sedan tas Hilda upp, den kvinna som fick en kort presentation i första kapitlets inledning. Andreas och Christel från hennes team är bekymrade. "Hon är så gott som stillastående. Hon tar inga egna initiativ. Nu har vi ändrat taktik. Om du gör så – så får du det. Du måste mingla mer har vi sagt. Det har funkat. Hon är mer i rökrummet, men hon tycker att det är jobbigt med musiken."

– Hon kommer med när man föreslår något. Spela ett spel eller så, säger Christer.
– Hon kan skärpa sig i stunder. Annars är hon helt icke-självgående, så länge inte någon stoppar i henne utifrån, svarar Andreas.

Christel lägger till att hon inte kan ta egna initiativ. "Ansvar, krav tycker hon bara är dumt." Kontaktpersonerna känner sig frustrerade, tycker inte att de kan bedriva sådana samtal som hon behöver. Socialsekreteraren kommer om en vecka. Hon har sagt att Hilda inte kommer att få någon institutionsbehandling efter LVM-et. Hon kommer att erbjudas öppenvård och skyddat boende. "Jag tror inte att Hilda är så populär på soc", säger Andreas. Nu gäller det för Lunden att övertala socialsekrete-

raren när hon kommer, så att Hilda kan få komma till det behandlingshem som hon vill komma till.

Efter ytterligare ett par korta diskussioner om inneliggande kvinnor får gruppen av Cissie sin första presentation av en kvinna som är på väg in. Det är en beskrivning som sprider en viss oro i personalgruppen i form av ett kollektivt sorlande, "jaså, ännu en sådan klient".

"Gina kommer från Z-stad, har blandmissbruk i form av amfetamin, alkohol, läkemedel. Hon har tidigare haft LVM två gånger. Rymde ett antal gånger då. Hon kan vara aggressiv, men det finns inget noterat om våld mot tjänsteman. Hon kan ha hepatit. Men det räknar jag med att alla har! Hon saknar bostad. Har nyligen varit i vård, blev utskriven från psykvården strax före jul. Har bott på institution, men det funkade inte. Hon är deprimerad och suicidbenägen. Det tycks vara en rejäl borderlinestörning. Hon hänger gärna upp sig på en person."

Lunden har fortfarande ett yttersta ansvar för de klienter som är utplacerade på 27§-placeringar. Rapportering om hur dessa har det är därför en självklar punkt på den osynliga dagordning som styr behandlingskonferensen. Två klienter är kvar på behandlingshem, men för båda är det svajigt, och de kan mycket väl dyka upp på Lunden igen. För en annan har LVM-et just gått ut, men hon är fortfarande kvar. Det är ett positivt utfall. LVM-et har startat något som har växtkraft även när klienten kan välja fritt.

Så har Anette träffat en tidigare klient, som det går bra för, ute på stan. "Hon har knarkat sedan hon var elva år, det är två–tre år sedan hon la av. Hon berättade att en höst hade hon kommenterat höstfärgerna på träden. Någon sa till henne, sådana färger är det varje höst. Det hade hon aldrig lagt märke till tidigare ..." Berättelser sådana som Anettes, Christers och Andreas har betydelse för att upprätthålla kraft och entusiasm i personalgruppen. De gör att arbetet känns meningsfullt.

Kommentar:

Konferensen har en demokratisk prägel. Det finns inte någon enskild person som dominerar, inte heller någon som påtagligt håller i konferensen. Cissie sammanfattar visserligen besluten, och vid ett par tillfällen när deltagarna är oeniga är det hon som avgör linjen.

När en kvinna kommer till Lunden har hon föregåtts av sitt rykte. Personalen har skapat sig en provisorisk uppfattning om henne. Den kommande utredningen är redan påbörjad genom allt som redan finns skrivet om henne. Informationen på behandlingskonferensen – som i exemplet om Gina – har varit en förberedelse för personalen.

Det är en hel del negativa, distanserande synpunkter som kommer fram på behandlingskonferensen. Kvinnorna avnormaliseras och får en negativ stämpel. "Det ska bli jobbigt att träffa på dessa besvärliga människor", blir min tanke. Jag märker inga försök att försöka se klienternas beteenden som relaterade till att de

sitter inlåsta på en tvångsvårdsinstitution med en minimal rörelsefrihet. Passivt beteende tolkas som egenskaper och inte som något som är situationsbetingat. Vid flera tillfällen när personalen har sagt nej till en klients begäran hävdas det att hon egentligen är glad och nöjd med att ha blivit stoppad. Det gäller exempelvis Erna och hennes kontakt med pojkvännen och med föräldrarna. När utgång diskuteras är det idag en sträng attityd som dominerar. Vid flera tillfällen går Cissie in och säger nej till utgång. Kanske är det de tre rymningarna i samband med helgerna som påverkar.

Vid tre tillfällen tyckte jag att det blev tydligt hur ett medvetet motivationsarbete har använts:

– När Andreas beskrev hur han konfronterade Henriette med hur hon agerade i gruppen.
– När Anette talade envetet om hur hon misslyckats med att komma fram till kärnan hos Erika.
– När Christel beskrev hur hon skulle vara den svarta konfrontativa och Carolyn den vita i arbetet med en klient. Här byggde dessutom Christels arbete på ett teoretiskt ställningstagande att klienten använde sig av primitiva försvarsmekanismer som splitting (även om inte termen sades ut).

Efteråt talar jag hastigt med en av kvinnorna i personalen. Hon tycker att det var en bra, välstrukturerad konferens. Det får mig att fundera över hur min närvaro påverkar mötet. Min bedömning är att den inte är särskilt avgörande. En grupp som fungerar fortsätter att fungera när en observatör är närvarande. En grupp som inte fungerar lär knappast kunna fungera bara för att det finns en observatör, som man vill göra ett gott intryck inför. Detta var en grupp som fungerade bra, vilket visade sig både i att så många var aktiva, att man inte pratade i munnen på varandra, att ovidkommande inlägg saknades, att mötet flöt i god ordning utan att det fanns någon särskild ordförande.

I detta **kapitel** diskuteras först och främst behandlingsplaneringen som har en central plats i Lundens behandlingsmodell. Genom en omfattande utredning som bygger på de egna experternas utlåtanden kan den "rebus" som klienten utgör lösas. Den professionella planeringen manifesteras också genom behandlingskonferensen, där all tillgänglig personal sammanträffar varje vecka för att diskutera lämpliga insatser för varje enskild klient. Behandlingskonferensen, liksom rapporten, har också en funktion i formerandet av en gemensam förståelse av klienten.