

# Omöjlighetens praktik – en studie av socialtjänstens LVM- handläggning

Av Mats Ekendahl

## 1. Inledning

### Undersökningens bakgrund

I Sverige har tvångslagstiftningen lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) tillämpats sedan 1982. Enligt lagen kan alkohol-/narkotikamissbrukare, om vissa indikationer är uppfyllda, mot sin vilja bli föremål för tvångsvård på LVM-hem under högst sex månader. Tvångsingripandena syftar till att avbryta akuta missbrukstillstånd, motivera till fortsatt frivillig vård samt främja en mer långsiktig rehabilitering (Socialstyrelsen 1997). LVM skall tillämpas om personen har ett fortgående missbruk och ett vårdbehov som inte kan tillgodoses genom frivilliga insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).

Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för tvångsvården av vuxna missbrukare och ungdomar. Under 2002 var medelåldern 39 år bland missbrukarna inskrivna på LVM-hem, av vilka 72 % var män. Totalt 43 % var inskrivna till följd av enbart alkoholmissbruk (SiS 2001). Sammanlagt 868 personer blev under 2001 föremål för LVM-insatser<sup>1</sup> (Socialstyrelsen 2002).

Sedan den 1 juli 1994, då kommunerna övertog utrednings- och ansökningsansvaret från Länsstyrelserna, har antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat kontinuerligt (Socialstyrelsen 2002). Mot denna bakgrund tillsatte regeringen år 2002 en utredning för att undersöka orsakerna bakom förändringen i rättstillämpning.<sup>2</sup> Att det tycks röra sig om just en förändrad praxis och

---

<sup>1</sup> Med LVM-insats avses här socialnämndens ansökan om beredande av vård (4 § LVM) samt socialnämndens/polismyndighetens beslut om omedelbart omhändertagande (13 § LVM).

<sup>2</sup> Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, kommittédirektiv 2002:10.

inte en naturlig konsekvens av en mindre allvarlig samhällelig missbrukssituation avspeglar sig i det faktum att det tunga missbruket har ökat under samma tidsperiod i Sverige (Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist 2001).

Den minskade användningen av LVM har av vissa ansetts bero på att kommunerna under 1990-talet tvingades till stora ekonomiska nedskärningar inom den sociala sektorn. Under samma tidsperiod omdirigerades resurserna från institutionsvård till öppenvård i kommunal regi. Den senare har avsetts fungera som komplement till eller ersättning för dyrare placeringar på institution och säkerställa behandlingens kostnadseffektivitet (jfr Blomqvist 1996, Johansson m. fl. 2001, Socialstyrelsen 1996).

I denna rapport redovisas en delundersökning inom ramen för den statliga LVM-utredningen. Kommittédirektiven (2002:10) anger att översynen särskilt skall intressera sig för "socialtjänstens bedömning av missbrukarnas vårdbehov, vårdens innehåll och förväntade resultat samt de ekonomiska prioriteringar som ligger bakom valet av vårdform". Frågan gäller om kommunerna under senare år har tillämpat tvångslagstiftningen på ett ändamålsenligt sätt och om de tunga missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosett och deras rättssäkerhet garanterad.

Denna studie är främst inriktad mot bedömningar av vårdbehov och val av vårdform inom socialtjänsten. Tyngdpunkten ligger vid att belysa socialsekreterares beskrivningar av LVM-anmälningar/-utredningar som skrivs av utan att leda till ansökan om tvångsvård, respektive sådana som fullföljs med en ansökan. Datamaterialet består huvudsakligen av intervjuer med 17 socialsekreterare som utförde handlägningsarbetet i 19 LVM-ärenden i Stockholms stad under 2001.

### Tidigare studier

Två undersökningar har hittills gjorts kring hur socialtjänsten i Stockholms stad handlägger LVM-ärenden. Huvudintresset i dessa riktades mot vilka insatser LVM-anmälningarna/-utredningarna resulterade i samt mot vilka klientkarakteristika och omständigheter som var sammankopplade med valet av insats/åtgärd. Förutom beskrivningar av de undersökta missbrukarnas livssituation, vårdarenhet och hälso-/missbruksstatus innehåller rapporterna resonemang kring om handläggningen av LVM-ärenden var rehabiliter-

ingsmässigt adekvat och överensstämde med lagstiftningens intention.

I den ena studien av 25 slumpmässigt utvalda LVM-anmälningar under 1999 resulterade merparten i frivilliga behandlingsinsatser (Johansson 2001). Tjugofyra procent av fallen ledde till ansökan om tvångsvård. Då uppföljningen visar att resultaten av de frivilliga insatserna överlag var lyckade dras slutsatsen att missbrukares vårdbehov ofta kan tillgodoses jämlikt SoL, men att tvångsomhändertaganden i vissa fall är nödvändiga.

I den andra undersökningen (Strömberg 1999) studerades aktmaterial kring 30 klienter som under 1997 var föremål för en eller flera LVM-utredningar. Rapporten innehåller beskrivningar av missbrukarnas livssituation och vilken typ av insats som blev följden av utredningsarbetet. Trettio procent av utredningarna följdes av ansökan om tvångsvård. Det konstateras att studiens ärenden gällde människor med mycket svår problematik och att de exemplifierade brister vad gäller socialtjänstens dokumentation och vårdplanering. Likaså poängteras att socialsekreterarna i vissa utredningar inte tillämpade LVM på ett rättsligt korrekt sätt, till exempel vad gäller definitionen av begreppet *fortgående missbruk* (4 § LVM).

När det gäller specifika undersökningar av socialtjänstens vårdbedömvärden finns en studie som baserar sig på fingerade alkoholistärenden (Ekendahl 1999). Det framkom att valet av öppenvård var vanligast och att institutionsvård blev aktuell först då klientens missbruks- och sociala situation rasat. Resultaten pekar mot att socialarbetare i kommuner med en väl utbyggd öppenvård föredrar denna typ av behandling samt att sluten institutionsvård ses som en mer genomgripande insats, vilken är tillämplig då alkoholproblematiken och den sociala utsattheten är mycket allvarlig.

Palm (2003) respektive Storbjörk (2003) undersökte vidare hur socialtjänstpersonal respektive landstingspersonal ser på missbrukare och missbrukarvård. I dessa kvantitativa studier framkom bland annat att så gott som samtliga, såväl inom socialtjänsten som inom landstingets beroendevård, ansåg att alkoholister och narkomaner ibland måste tvingas in i behandling för deras eget bästa. Dessutom visas att båda personalkategorierna primärt hävdade att klientgrupperna *missbrukare med barn*, *psykiskt sjuka missbrukare*, *ungdomar*, *motiverade missbrukare* och *nyblivna missbrukare* borde prioriteras framför andra. Ytterligare ett intressant resultat är att socialtjänst- och landstingspersonalen i större utsträckning ansåg

att narkomaner behöver vistas på institution för att behandlingen skall fungera (66 % respektive 67 %), än alkoholister (39 % respektive 44 %).

En studie har gjorts om socialtjänstens värdering av tvångsvården där ett urval av refererande socialsekreterare fick kvalitetsbedöma LVM-institutionernas arbete (Gerdner 1998a). Det framkom att tvångsvården ansågs klara av de *akuta* uppgifterna väl (exempelvis avgiftning och drogfrihet) men mindre väl uppgifter som syftar till *långsiktig* rehabilitering (exempelvis genomgripande behandling och bearbetning av psykiska problem).

Föreliggande rapport fyller ett tomrum då det saknas specifik forskning kring socialsekreterares beskrivningar av och syn på handlägningsarbetet med LVM-ärenden. Den kunskap som i dagsläget finns pekar mot att socialtjänstens handlägningspraxis präglas av en strävan att undvika frivilliga eller påtvingade placeringar på institution, samt att socialsekreterare anser att andra grupper än oomtviverade grava missbrukare skall prioriteras när det råder resursbrist.

### Syfte och frågeställningar

Uppmärksamheten i denna studie riktas mot socialsekreterares resonemang kring hur anmälningar jämlikt 6 § LVM handläggs, hur utredningar (7 §) framskrider samt vilka omständigheter som har betydelse för vilka insatser som blir aktuella i det enskilda ärendet. Syftet är att analysera hur socialsekreterarna i efterhand redogör för sina ställningstaganden och bedömningar samt att jämföra resonemang som rör avskrivna LVM-anmälningar/-utredningar med sådana som har resulterat i ansökan om tvångsvård. Undersökningen avser att besvara följande frågor:

1. Hur resonerar socialsekreterarna kring olika omständigheters betydelse för valet av insats/åtgärd; till exempel vårdideologi, behandlingsutbud, ekonomiska resurser, klientens samtycke, behandlingsmotivation, fysiska/psykiska hälsotillstånd, sociala situation och riskbeteende?
2. Hur beskriver socialsekreterarna missbrukarnas livssituation, problem och prognos för rehabilitering?
3. Hur beskriver socialsekreterarna bedömningsituationer som gäller avskrivna LVM-anmälningar/-utredningar res-

pektive ärenden som fullföljts med en ansökan om tvångsvård?

4. Hur ser socialsekreterarna på möjligheten att tillmötesgå missbrukarnas vårdbehov?

Fråga 1 och 2 besvaras i resultatredovisningens del om *Sakernas tillstånd*. Fråga 3 blir i allmänhet belyst i delen om *Handläggningsarbetet* och i synnerhet i det mer analytiska avsnittet "Skillnader och likheter mellan LVM-ärenden". I *Slutdiskussionen* kretsar resonemanget bland annat kring fråga 4.

## Urval

Studien baserar sig på ett begränsat antal LVM-ärenden i Stockholms stad och kan därför inte vara generaliserbar, vare sig för Stockholms stad eller för riket. Däremot kan det antas att handläggningsarbetet i just huvudstaden har inverkan på praktiken i landet som helhet. Socialpolitik, opinionsbildning och massmediabevakning utgår ofta från denna något snäva horisont och därför torde dess praktik ha åtminstone indirekt betydelse för övriga kommuner.

Nitton ärenden, varav nio skrevs av och tio resulterade i ansökan om tvångsvård, valdes slumpmässigt ut bland 2001 års 428 "LVM-anmälningar".<sup>3</sup> Urvalsförfarandet föregicks av en skriftlig hemställan från LVM-utredningens sida till direktören vid socialtjänstförvaltningen om att få ta del av personnummeruppgifter rörande alla klienter som under 2001 varit föremål för en anmälan enligt LVM.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Erik Finne på socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad (FoU-enheten) bistod med information om populationens storlek, eftersom FoU-rapporten med statistik över LVM-insatser i Stockholm stad under 2001 inte var färdigställd i augusti 2002. Erik Finne gjorde också det slumpmässiga urvalet. Det bör påpekas att den population som ingår i FoU-enhetens begrepp "LVM-anmälningar" skiljer sig från vad som följer av 6 § första stycket LVM, där anmälan skall göras av kommunala och statliga myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare som kan antas ha behov av vård med stöd av LVM. Även kommunens egen socialförvaltning omfattas av denna skyldighet, men en socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning inom IoF gör knappast en sådan anmälan utan initierar i stället en utredning enligt 7 §. (Däremot kan man tänka sig att en annan del av socialförvaltningen är anmälningsskyldig till nämnden. Därutöver skall anmälan enligt 6 § st 2 göras av läkare i vissa situationer, men däremot är en "anmälan" från missbrukares nära anhöriga inte att anse som en anmälan enligt LVM). FoU-enhetens uppgift om 428 "anmälningar" för år 2001 avser dels anmälningar enligt 6 § LVM, dels utredningar enligt 7 § LVM som initieras av socialtjänsten utan externa anmälningar, och dels anmälningar från "annan" (företrädesvis anhöriga).

<sup>4</sup> Avsikten var att forskaren skulle göra ett slumpmässigt urval på basis av totalpopulationen, men FoU-enheten ville själv göra det slumpmässiga urvalet.

När det slumpmässiga urvalet var klart hemställde LVM-utredningen därefter till samtliga berörda stadsdelsförvaltningar om att forskaren på uppdrag av utredningen skulle beredas möjlighet att få intervjua berörda socialsekreterare och att få ta del av klienternas akter.<sup>5</sup> Den ursprungliga planen var att slumpmässigt välja ut tio "avskrivningsfall" och tio "ansökningsfall". Det visade sig dock att två av de resulterande ärendena hade nya handläggare och att de som deltog i det för studien aktuella utredningsarbetet inte gick att kontakta. Då återstod 18 ärenden. För att också kunna belysa LVM-anmälningar/-utredningar som resulterar i ansökan om tvångsvård, men som sedermera avslås i länsrätten, valdes dessutom ett sådant ärende från en av stadsdelsförvaltningarna som redan var representerad i undersökningen.

Alternativ till denna urvalsprocedur hade varit att göra ett så kallat stratifierat urval (jfr Frankfort-Nachmias 1992), eller att låta det kommande analysarbetet bestämma vilka ärenden som skall eftersökas och väljas ut för att uppnå ett "mättat" datamaterial (jfr Glaser & Strauss 1967). Dessa alternativ ansågs dock mindre lämpliga eftersom rådande kunskapsläge inte kunde peka ut vilka variabler som skulle tas hänsyn till vid en stratifiering. Såväl egenskaper hos stadsdelsförvaltningen (exempelvis vårdideologi, behandlingsutbud och budgetram) som hos socialsekreterare och klient (exempelvis kön, ålder, etnicitet, erfarenhet av missbruk och tvångsåtgärder inom missbrukarvården) skulle kunna ha betydelse för urvalet och därmed för resultaten. Vidare medgav inte de ekonomiska och tidsmässiga resurserna för studien någon "komplicerad" och i tid utdragen datainsamling. Med hjälp av den urvalsprocedur som valdes kunde ett antal avskrivningsärenden och ett antal ansökningsärenden lyftas fram snabbt och enkelt.

Efter att stadsdelsförvaltningarna hade bifallit utredningens hemställan, kontaktades dessa för tidbokning. Datamaterialet är företrädesvis av kvalitativ karaktär och hämtades in genom bandinspelade intervjuer med handläggande socialsekreterare. Intervjuerna genomfördes av forskaren under september 2002 på respektive socialkontor. Varje intervju pågick i 60–90 minuter.

Utöver socialsekreterarna intervjuades en särskild LVM-konsulent som anlitas av flera stadsdelsförvaltningar. Han bistår socialsekreterarna med råd i LVM-ärenden samt för stadsdelsnämndernas talan vid förhandlingar i länsrätten. Därutöver intervjuades två

---

<sup>5</sup> LVM-utredningen har genom beslut av regeringen erhållit utredningssekretess genom ett tillägg i sekretessförordningen (SFS 2002:711, 2003:15).

s.k. LVM-sekreterare. Förutom rådgivning utför dessa samtliga LVM-utredningar på respektive stadsdelsförvaltning. I resultatredovisningen går de tre under beteckningen "LVM-experter".

Ett par socialsekreterare handlade två av klienterna i det slumpmässiga urvalet och därför är antalet intervjuade handläggare endast 17. De 19 ärendena var aktuella på åtta stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad. För att omöjliggöra identifiering ges här ingen information om vilka stadsdelsförvaltningar som avses.

Socialsekreterarna är genomgående kvinnor så när som på en man. De hade vid intervjun arbetat i genomsnitt 15 år som handläggare på missbrukssektion och det finns i detta avseende ingen skillnad mellan handläggare för avskrivnings- respektive ansökningsärenden. I tabellen nedan redovisas missbrukarnas karaktäristik.

*Tabell 1.* Klientkaraktäristik baserad på socialaktsdata kring 19 LVM-ärenden. Jämförelse mellan fall som ledde till avskrivning och sådana som ledde till ansökan om tvångsvård enligt 4 § LVM

	Avskrivning (n = 9)	LVM-ansökan (n = 10)	Totalt (n = 19)
Ålder (medelvärde)	48	37	42
Män	5	9	14
Enbart alkoholmissbruk	7	2	9
Antal år i missbruk (medelvärde)	22	17	19
Antal år aktuell för insatser inom soc. (medelv.)	8	9	8
Bostadslös	4	9	13
Ersättning genom lön eller akassa	1	0	1
Ensamstående	7	10	17
Egna barn	5	4	9
Högre utbildning än grundskola	7	3	10
Psykisk problematik enligt socialsekreterare	4	3	7
Ej tidigare föremål för tvångsinsatser enligt LVM	5	3	8

Som framgår av tabell 1 tenderar avskrivningsärendena att gälla äldre renodlade alkoholmissbrukare med något bättre social situation. Fler har bostad, är sammanboende och har högre utbildning än grundskola. Dessutom består gruppen i större utsträckning av kvinnor samt missbrukare utan erfarenhet av tidigare LVM-insatser. När det gäller just kvinnorna är två av fem huvudsakligen alkoholmissbrukare. Vidare har tre av fem egen lägenhet, högre utbildning än grundskola och saknar tidigare LVM-erfarenhet. Detta innebär att kvinnorna i urvalet synes ha en något bättre social situation än männen, vilket kan vara en förklaring till varför deras LVM-anmälningar/-utredningar skrevs av utan att de föranledde ansökan om tvångsvård. Sammantaget talar denna klientkaraktistik för att det finns vissa skillnader avseende *vilka* personer som får *vilken* vård. I resultatredovisningen kommer detta att diskuteras närmare och belysas med hjälp av socialsekreterarnas egna resonemang.

### Forskningsmetod och datakvalitet

Då undersökningens uppläggning är tillbakablickande bedömdes det vara adekvat att rikta in intervjuer och analyser mot socialsekreterarnas berättelser om specifika händelser, skeenden och bedömningsituationer. I görligaste mån ställdes processinriktade frågor av typen "Kan du berätta om..." samt "Vad hände sedan..." för att kunna återge och meningsuttolka socialsekreterarnas berättelser (jfr Hydén & Hydén 1997) om arbetet med LVM-ärenden.<sup>6</sup>

Intervjuerna transkriberades av en externt anlita person som förmedlades av LVM-utredningens sekretariat. Textmassan var på cirka 250 A4-ark med enkelt radavstånd och 12-punktsfonter. Transkriberingstekniken som användes var enkel. I huvudsak registrerades vad som sades under intervjuerna ord för ord. Längre pauser och oavslutade meningar noterades med hjälp av tre punkter och förtydliganden samt anmärkningar med hjälp av parenteser, till exempel (ironiskt). Förstärkningar av ord och uttryck markerades genom kursiv stil. Den skriftliga överensstämmelsen med ljudupptagningen kontrollerades av forskaren själv.

Resultatredovisningens citat har redigerats för att öka läsbarheten. Dels har upprepande- och utfyllnadsord tagits bort, dels har utsagornas grammatik och meningsbyggnad i vissa fall "förbättrats". När hela sjok av upprepande eller i sammanhanget intetsä-

---

<sup>6</sup> Intervjuguiden som användes finns i bilaga 1.



gande intervjutext har tagits bort markeras detta med tre punkter inom parentes; det vill säga med (...). Dessutom har sakförhållanden ändrats för att omöjliggöra identifiering av enskilda personer. I samma syfte har citaten anonymiserats.

Analysarbetet inleddes med ett flertal genomläsningar av samtliga intervjuer. Efter detta urskiljdes de teman som uppfattades vara viktigast för uppfyllandet av studiens syfte. Det rörde sig då om rymliga kategorier av typen: Om olika klienttyper, Om ekonomi, Om behandling, Om tvång osv. Med utgångspunkt i denna tematisering skisserades den planerade rapportens disposition.

I nästa skede kodades intervjumaterialet med hjälp av mjukvaruprogrammet NUD.IST. Kodningen resulterade i åtta huvudkategorier av utsagor:<sup>7</sup>

*Handläggningsberättelser*

*Klientbeskrivningar*

*Om handläggningen*

*Om tvångsvård*

*Om andra*

*Grundantaganden*

*Om samhället*

*Om SiS och LVM.*

Den fortsatta analysen av intervjumaterialet gjordes genom att närstudera de olika kategorierna för att på så sätt upptäcka underkategorier och mönster. Då studien i huvudsak är av deskriptiv karaktär lades störst vikt vid att lyfta fram dominerande tendenser i intervjupersonernas uppfattningar och verklighetsbeskrivningar. Vissa särskilt intressanta teman har därför diskuterats och analyserats närmare, medan andra har lämnats efter att ha blivit presenterade.

Handläggningsberättelserna, dvs. de avgränsade redogörelser som återger händelserna som följde på LVM-anmälan/-utredningen, studerades genom att eftersöka socialsekreterarnas huvudsakliga argument för att rättfärdiga den handläggningsprocedur och insats som realiserades. I detta sammanhang analyserades dessutom vilken aspekt av berättelsen (till exempel scenen eller aktören) som pålades störst vikt i förklarandet av varför det blev som det blev. Mer om detta under rubriken "Skillnader och likheter mellan LVM-ärenden".

---

<sup>7</sup> I bilaga 2 kan de viktigaste huvud- och underkategorierna studeras.

Undersökningen bygger på ett datamaterial kring klientärenden. Det är alltså fall och inte enskilda socialsekreterare som står i fokus. Mot denna bakgrund studeras intervjuutsagor mer som representationer av tänkbara åsikter och redogörelser, och mindre som uttryck för specifika personers erfarenheter och livsomständigheter. I en annan studie skulle uppmärksamheten kunna riktas mot ett urval av socialsekreterare och samtliga LVM-ärenden de handlagt. I så fall skulle orsakerna analyseras till varför intervjupersonerna resonerar/agerar som de gör. Att, som här, i stället utgå från ärenden har fördelen att vitt skilda beskrivningar av verkligheten kan presenteras och tolkas utan att behöva komplicera framställningen genom att närmare gå in på vem som säger vad och varför.

Studiens datakvalitet begränsas av det retrospektiva perspektivet. Handläggningsarbetet genomfördes 9–20 månader före undersökningen, vilket innebär att det i vissa fall hade passerat relativt lång tid innan ärendena diskuterades på nytt.<sup>8</sup> På grund därav, samt att vissa handläggningsprocesser var snabbt avklarade och inte sades ha lämnat några större avtryck hos socialsekreterarna, var det ibland svårt för dem att omedelbart komma ihåg vad som skett och vilka bedömningar som gjorts. För att lättare kunna erinra om klienten och omständigheterna som var för handen under 2001 ombads handläggarna att dels titta igenom socialakten före intervjun, dels börja intervjun genom att beskriva missbrukaren med tre ord. För att få en inblick i ärendenas specifika händelser gjorde också forskaren en inledande granskning av socialaktsmaterial. På så sätt kunde för ärendena särskilt meningsfulla frågor ställas i de påföljande intervjuerna. Dessutom resulterade studiet av klientdokumentationen i den kvantitativa egenskapsbeskrivning som presenteras ovan.

Även om det av datakvalitetsmässiga skäl hade varit bättre att använda LVM-ärenden som låg närmare i tiden eller som var under pågående utredning, gjordes bedömningen att studiet av avslutade handläggningsprocesser skulle kunna belysa om socialsekreterarna upplevde att missbrukarnas vårdbehov hade blivit tillgodosett. Vidare nämnde och diskuterade intervjupersonerna osökt även andra missbrukare som nu eller nyligen blivit LVM-anmälda/-utredda. Detta innebär att datamaterialet också ger information om och resonemang kring för stunden aktuella vårdbehovsbedömningar och handläggningsstrategier.

---

<sup>8</sup> Det hade passerat i genomsnitt 15 månader i såväl ansöknings- som i avskrivningsärendena.

I ett annat forskningssammanhang skulle det vara intressant att studera hur utgången av ärendena påverkar socialsekreterarnas attityder och vilka bedömningar som sägs ha gjorts. Man kan till exempel tänka sig att de är extra kritiska mot tvångsvården och redogör för ansträngningar att undvika att tillämpa lagstiftningen när intervjuerna handlar om personer som blivit föremål för återkommande tvångsvård utan att de genomgått någon varaktig förbättring. Här räcker det dock med att understryka att allt historieberättande med nödvändighet innebär en efterhandskonstruktion och att intervjupersonerna sannolikt formar sina resonemang "med facit i hand". Denna omständighet kan illustreras med hjälp av en intervju rörande en missbrukare vars LVM-anmälan skrevs av och som sedermera avled i missbruksrelaterade skador. Här framställs tvångsvården (vilken alltså aldrig blev aktuell) som en omöjlighet mot bakgrund av rådande omständigheter och klientens egenskaper. Intervjupersonen poängterar gång på gång att det gjordes försök att motivera till frivillig behandling, att klienten motsatte sig all kontakt med socialtjänsten, att det hade skett en "uppryckning" då ärendet skrevs av och att vederbörande antagligen hade bestämt sig för att ta livet av sig genom missbruk, oavsett socialtjänstens agerande. Dessa resonemang kan givetvis vara riktiga, men åskådliggör inte desto mindre hur en eventuell kritik mot handlägningsförfarandet avvärjs genom att visa på de omständigheter som medförde att något annat inte kunde ha gjorts.

## 2. Sakernas tillstånd

Presentationen av intervjuundersökningen görs genom att dela upp materialet i två delar. Denna första del, *Sakernas tillstånd*, ger en allmän beskrivning av hur de intervjuade socialsekreterarna ser på klienterna, missbrukarvården, tvångslagstiftningen och samhällssituationen. Här ges nycklar till förståelsen av varför de resonerar som de gör i den andra delen om *Handläggningsarbetet*, i vilken bland annat vårdbehovsbedömningar och handläggningsstrategier diskuteras. I resultatredovisningen varvas intervjupersonernas utsagor med forskarens egna utvecklingar, tolkningar och analyser.

Redan här bör det understrykas att studien handlar om socialtjänstens arbete med de mest socialt utslagna och omotiverade missbrukarna. Socialsekreterarnas pessimism och förmedlade hopplöshet avseende denna grupps rehabiliteringsmöjlighet gäller såle-

des inte med nödvändighet de mer resursstarka och förändringsbenägna klienter som också ges bistånd av socialtjänsten.

Vad gäller rapportens terminologi kan nämnas att begreppen LVM-anmälan och LVM-utredning skrivs samman, dvs. "LVM-anmälan/-utredning". Detta innebär en förenkling eftersom de båda står för olika företeelser i handlägningsprocessen. Alla missbrukare som blir anmälda blir inte föremål för utredning och alla som blir utredda har inte blivit anmälda dessförinnan. Däremot innebär båda företeelserna att LVM har *aktualiserats*, vilket är det viktigaste kriteriet i detta sammanhang. För att vidare undvika allt för mycket upprepning av begreppet socialsekreterare används ibland handläggare eller intervjuperson synonymt. "LVM-experterna" omtalas dock alltid med denna beteckning och omfattas inte av de tre andra begreppen.

### Klienternas egenskaper

Intervjuerna med socialsekreterarna inleddes med att de fick beskriva den slumpmässigt utvalda klienten med tre ord. Som framgår i tabellen nedan, där resultaten presenteras, använde några av dem fler ord än vad som efterfrågades.

Det särskilt intressanta med adjektiven i tabell 2 är att de fungerar som korta sammanfattningar av hur handläggarna senare i intervjuerna karakteriserar ärendet och klienten. Orden rättfärdigar ofta valet av insats och beskriver de av missbrukarens många särdrag som hade särskild betydelse för utgången. De besvarar således varför LVM-aktualiseringen handlades på det sätt som nu skedde.

Tabell 2. Socialsekreterarnas tre ord för att beskriva missbrukaren som intervjun handlade om, fördelat utifrån klientens kön och typ av ärende (fet stil = positivt, kursiv stil = negativt, normal stil = värdeneutralt)

	Avskrivning	LVM-ansökan
Män	1. Envis, reserverad, lite egen 2. <b>Jätteskärpt</b> , psykisk störning i botten 3. <i>Jobbig</i> , psykiskt sjuk, alkoholproblem 4. <b>Rejäl</b> , finländare, inte pensionär 5. <b>Väldigt driftig</b> , <i>beräknande</i>	10. <i>Osäker, självförnekande, förvirrad</i> 11. Omogen, missbrukare, <i>förvuxen tonåring</i> 12. Paranoid, alkoholist, <i>hotfull</i> 13. Inga problem, envis, <b>snäll</b> 14. Skygg, dubbeldiagnos, <i>saknar impuls kontroll</i> 15. Heroinmissbrukare, <i>låg impuls kontroll, lägger allt utanför sig själv</i> 16. Inte så gammal, kan inte vara nykter utanför institution 17. Ambivalent, ledsen, <i>oförmögen</i> 18. Integritet, envis, <b>stark personlighet</b>
Kvinnor	6. Hjärnskada, <b>välfungerande</b> , missbruksproblem 7. Mycket bestämd, väldigt stark integritet, envis 8. <b>Resursstark</b> , relativt ung, drogberoende 9. Ovanlig, <i>känslomässigt tom</i> , omogen	19. Fjortis, impulsiv, <b>gullig</b>

När det gäller beskrivningarnas innebörd framgår det att socialsekreterarna är problemfokuserade, såväl avseende kvinnliga som manliga klienter. Då ärendena rör grava missbrukare som blivit aktuella för LVM-anmälan/-utredning är detta inget att förvånas över. Utgår man från en vardaglig norm för hur människor i vårt samhälle bör vara, går det att urskilja omdömen som är direkt negativa respektive positiva.

- De positiva och eftersträvansvärda egenskaper som någon gång nämns är: "jätteskärpt", "rejäl", "väldigt driftig", "välfungerande", "resursstark", "snäll", "stark personlighet" och "gullig". Dessa ord beskriver sammanfattningsvis klientens förmåga att

klara sig och hantera situationen (exempelvis "välfungerande") samt hur han/hon uppträder gentemot sin omgivning (exempelvis "snäll").

- De negativa och motbjudande egenskaper som förekommer kan tolkas vara följande: "jobbig", "beräknande", "känslomässigt tom", "osäker", "självförnekande", "förvirrad", "förvuxen tonåring", "hotfull", "saknar impuls kontroll", "låg impuls kontroll", "lägger allt utanför sig själv" och "oförmögen". Även dessa hänvisar till samma två huvudsakliga kategorier, dvs. egen förmåga (exempelvis "saknar impuls kontroll") samt uppträdande gentemot omgivning (exempelvis "hotfull").

Övriga ord som socialsekreterarna använder för att beskriva klienterna framstår som mer värdeneutrala. Det rör sig då om objektiva egenskaper hos missbrukaren vilka vem som helst kan konstatera, till exempel "psykiskt sjuk", "finländare", "missbruksproblem", "relativt ung" och "ledsen". En annan typ av värdeneutrala omdömen beskriver karaktärsdrag som beroende på situation och bedömare kan vara både negativa och positiva, till exempel "envis", "väldigt stark integritet", "inga problem" och "impulsiv".

Det kan alltså konstateras att missbrukarna huvudsakligen beskrivs utifrån deras förmåga att hantera den egna situationen, hur de uppträder mot omgivningen samt deras objektiva karaktärsdrag. Under förutsättning att uppdelningen mellan positiva och negativa ord är rimlig, framgår det att ärendena som resulterade i ansökan om LVM beskrivs mer negativt.<sup>9</sup> Av det totala antalet ord som gäller klienter med LVM-ansökan är 31 % (9/29) negativa, medan motsvarande siffra för klienterna vars LVM-anmälning skrevs av är 12 % (3/25).

En sammanfattande slutsats skulle kunna vara att kapacitet att ordna saker på egen hand och ett trevligt uppträdande uppskattas av socialsekreterarna. Missbrukare som uppvisar dessa drag är lätta att arbeta med och kan förväntas tillgodogöra sig frivilliga behandlingsalternativ som kräver engagemang av deltagaren. Därmed kan tvångsmässiga nödlösningar undvikas. Det kommer snart att framgå att denna tolkning är vidlyftig och förenklad, eftersom fler faktorer än så har betydelse för bedömningen av om hjälpinsatser skall realiseras frivilligt eller under tvång. Under rubriken "Skillnader

---

<sup>9</sup> Indelningen i positiva, negativa och neutrala adjektiv utgör en tolkning. Andra personer skulle möjligen placera något ord i någon annan kategori, men resultatet skulle antagligen bli likartat i allt väsentligt.

och likheter mellan LVM-ärenden” kommer klientegenskaperna att på nytt användas i illustrerande syfte.

### Alkohol kroniker och heroinister

Enligt handläggarna är missbrukarna som intervjuerna handlar om mycket problemtungda med ytterst dålig rehabiliteringsprognos. Även om man uppmärksammar att olika klienttyper (till exempel unga/äldre, män/kvinnor, infödda/invandrade, friska/sjuka, alkoholister/narkomaner) bör bemötas på olika sätt och ofta erbjudas olika typer av hjälpinsatser, dras den mest grundläggande skiljelinjen klienter emellan vid hur gravt missbruket är. Det handlar om skillnaden mellan dem vars liv enbart handlar om missbruk och dem som lever självdestruktivt men fortfarande har kontakt med den “normala” sociala gemenskapen.

Här sammanfaller uppdelningen med den mellan å ena sidan heroinister och hemlösa alkohol kroniker och å andra sidan alkohol-/blandmissbrukare som har ett visst socialt skyddsnet och ambitioner om ett nyktert/drogrött liv kvar. Det förekommer att begreppen beroende och missbruk betecknar i vilken utsträckning individens liv är präglad av alkohol-/narkotikakonsumtionen.

Det är skillnad på missbruk och beroende. (...) Det finns ju olika kriterier för det. Jag är inte så bra på att rabbla dom, men jag menar, om ens hela sociala situation är förstörd. Alltså att drogen är det enda som är kärleken och det viktiga i en människas liv och man skippar familjen och man skippar en massa ... man klarar inte av att arbeta, man kör allting i botten. Då har man ju ett beroende. Och det betraktar i alla fall jag som en sjukdom.

Först har man hamnat i missbruk och sen har beroendet tillkommit, och sen blir det som ett kretslopp med ångest och sånt. Så att jag tror att det är svårt att veta vad som är vad, men jag tror att många har tappat tron på livet. Och det är ju det dom här kronikerna, om man skall kalla dom så, som är svårast att nå då som säger: “Det är väl ingen idé att jag lever?” Eller: “Jag har ingen önskan om att överleva!”

I intervjumaterialet handlar talet om narkotika främst om opiaten heroin. Missbrukare av centralstimulantia/hallucinogener anses endast i undantagsfall komma ifråga för tvångsvårdsutredningar, exempelvis när de är förhållandevis unga. Heroinister, oavsett ålder, kön och ursprung, omtalas däremot som tvångslagstiftningens viktigaste målgrupp; som själva innebilden av personer vilka inte klarar

sig utan tvång. De beskrivs leva i social misär totalt präglad av drogsuget och jakten på en ny *kabbe*.<sup>10</sup> Då varje injektion är en potentiell överdos förutsätts denna missbrukargrupp leva i döds-skuggans dal och därför alltid uppfylla kriterierna för vård jämlikt LVM.

När det handlar om narkotika och heroin. Då är det en befogad oro. Alltså varje gång dom går ut och tar en sil, eller gör det hemma, så är det ju risk för en överdos. Så visst är det befogat, men vi kan ju inte ta beslut om LVM, eller starta LVM-utredningar. Då skulle man ju få ha det på heroinisterna hela tiden. Och det skulle ju inte heller vara enligt lagen.

Heroinisterna anses vara villiga till rehabilitering men lyckas i slutändan ändå sällan medverka i någon sorts behandling. Avbrutna vistelser på avgiftningskliniker hör till vardagen varför socialsekreterarnas försök att upprätta och fullborda mer långsiktiga vårdplaner går om intet. Kännetecknande för talet om handläggningen av heroinistären är att socialsekreteraren i samråd med klienten har åsidosatt strävan efter en "medicinfri" psykosocial behandling och i stället riktar ansträngningarna mot den senares upptagning i metadon- eller Subutexprogram.<sup>11</sup> Då dessa, precis som de flesta andra vårdformer för missbrukare, har som förutsättning att deltagaren är avgiftad vid intagningstillfället framstår de för klienterna som lockande men oerhört krävande och avlägsna löften om ett bättre liv. Heroinisterna *vill* genomgå avgiftningen men har enligt handläggarna vanligtvis inte *förmågan* att ta detta nödvändiga steg på rehabiliteringsvägen.

Det är ju jättesvårt med heroinister, faktiskt. För att den drogen tycker jag skiljer sig från andra missbruk. För att den är så pass *stark*. Alltså beroendeframkallande. En sån *driven* drog för många, att fastän dom har dom *absolut bästa* intentioner, och jag tror att dom verkligen menar det dom säger, när vi sitter här och man gör ett avtal. Och sen liksom in på avgiftningen och sen ... Ja, jag tror inte att det är nåt *manipulativt* eller att det bara är *snack*. Jag tror verkligen att man från hela sitt hjärta liksom menar det man säger. Men det är så himla starkt så att man förmår inte.

Den andra gruppen av riktigt grava missbrukare, alkoholkronikererna, beskrivs främst som män i medelåldern vilka har druckit stora

<sup>10</sup> Slanguttryck för plastkapslar eller plasthöljet till en injektionsnål, används som måttenhet och/eller förpackning bland missbrukare (Nordegren och Tunving: Droger A-Ö, s. 230).

<sup>11</sup> Subutex är ett läkemedel som används vid avgiftning från och som substitutionsmedicin för opiatbruk (jfr Heilig 2003).



mängder alkohol under hela sina vuxna liv och som i dagsläget lider av missbruksrelaterade negativa konsekvenser som bostadslöshet, fysiskt/psykiskt nedsatt funktionsförmåga samt förstörda sociala nätverk. Dessa kroniker anses vara hopplösa fall – precis som beteckningen anger – vars liv även fortsättningsvis kommer att kretsa kring att tillfredsställa alkoholberoendet, oavsett socialtjänstens ansträngningar att få till stånd en rehabilitering.

En avgörande skillnad gentemot heroinisterna är dock att alkoholkronikernas hopplösa situation, ofördelaktiga framtidsutsikter och oförmåga till förändring framställs som mer oförklarlig. Precis som heroinisterna anses de vara beroende av sin drog, socialt utslagna och ständigt riskera sina liv till följd av den omåttliga konsumtionen. Däremot tycks kronikerna, men också de alkohol-/blandmissbrukare som har kvar viss social förankring, tilldelas ett större mått av handlingsutrymme och ansvar i förhållande till hur livssituationen ser ut. Deras konsumtionsvanor beskrivs ofta genom att samtidigt nämna vilka faktorer som gör dessa till rimliga och förståeliga val (till exempel vanans makt, socialt tryck, brist på sysselsättning, ensamhet eller fysisk/psykisk sjukdom).

Går man till centrum och tittar så är det ju samma som sitter där år ut och år in. Något sämre blir dom även. (...) Men många utav dom söker inte behandling heller. Det ska man veta. Dom tycker väl det är bra, uppenbarligen, när dom har sitt gäng skulle jag vilja säga. För ensamma, då mår dom väl inte så bra. Men det är ju ett sätt att leva för dom.

Man kan inte bara säga till folk att nu ska du sluta dricka ungefär. Det är ju inte så himla lätt. Jag menar en del har pension. Och sen så .... ja, alltså dom har ju inget bra liv alltså. Dom kanske inte har kontakt med anhöriga, och det är mycket det där med sysselsättning. Vad ska dom göra i stället för att dricka? Det är ju såna frågor. Varför ska dom sluta dricka annars? Dom har ju all tid i världen att dricka. Speciellt om dom har pension.

Heroinisternas problematik och oförmåga till förändring beskrivs i stället ligga i detta missbruks natur. Livsstilen och drogvanorna tas som givna följder av preparatets beroendeskapande kraft.

Men det är därför att mina klienter är ju inte ständigt påtända eller helt inne i nån heroindimma så att det inte går att kommunicera med dom över huvud taget. (...) Men för min del, som jobbar med alkoholister, dom kan jag ändå föra ett samtal med för det mesta.

Jag tror ju att unga narkomaner är mycket svårare att jobba med. Faktiskt. Därför att jag tror att det är ett annat slags beroende än vad alkoholberoendet är, utan att veta. Men jag tror att det är starkare. Om man är heroinist till exempel.

Det är därför att det (psykosocial behandling) är ju jobbigt. Då vet man att det kan ske en förändring. Det är ju risk för att man faktiskt blir nykter eller drogfri (ironiskt). Och drogen är ju det enda dom nästan har haft att hålla sig i. Och man släpper inte sin vän, sitt sällskap ... Man behöver ju ingenting annat. Man behöver ju inte en tjej. Man behöver ingenting om man har heroin. Och det är inte lätt att tacka nej till. Det är en smärtsam process att lägga av.

Trots att alkoholkronikerna och heroinisterna anses ha vissa likheter när det gäller problematik och livssituation, tydliggör intervju-materialet att tvånget och den övriga vårdapparaten fyller olika funktioner för de två typerna av människor. Heroinisterna hävdas i allmänhet vilja förändring, men vara ohämmade och oförmögna fram till dess att de är ordentligt avgiftade. Resultatet av vårdapparatens insatser blir för de mesta bristfälligt eller misslyckat på grund av klientens oförmåga att fullfölja behandlingsplaneringar. Trots detta är socialsekreterarnas förhoppning och strävan att heroinisterna till slut skall ta intryck av den hjälp som de under årens lopp har blivit erbjudna (eller t.o.m. accepterat) och påbörja en lyckosam förändringsprocess. Tvångsvården fungerar vanligtvis som livräddare men anses också kunna vara en instans som gör det möjligt för klienten att komma vidare i vårdkedjan, i det att hans/hennes val att avbryta avgiftningsfasen förhindras. Tyngdpunkten i socialtjänstens arbete med heroinisterna tycks vara att säkra överlevnaden genom avgiftningserbjudanden (eller tvångsomhändertaganden) samt att om och om igen planera för en sådan behandling som i bästa fall kan fungera.

Alkoholkronikerna däremot hävdas ofta sakna den grundläggande viljan till förändring, varför socialtjänstens såväl frivilliga som påtvingade insatser blir kortsiktiga. De förra används för att åstadkomma olika boendeformer och/eller möjlighet till fysisk/psykisk återhämtning, och de senare för att i riktigt akuta lägen säkra överlevnaden. Enligt socialsekreterarna medför alkoholkronikernas upprepade återfall i missbruk, deras sociala utsatthet, dåliga fysiska/psykiska hälsa, relativt höga ålder och, framför allt, deras ovilja till förändring att rehabiliteringsprognosen är dålig. Här blir socialtjänstens huvuduppgift alltså att hjälpa klienterna till ett drägligare liv. Det lilla hopp som förmedlas i talet om heroinisternas möjlig-

heter till drogfrihet och "normalitet" saknas helt när det handlar om alkoholkronikernas.

Kortfattat kan skiljelinjen i den beskrivna hanteringen av dessa två typer av missbruk sägas gå vid i vilken utsträckning s.k. skadereducering (*harm reduction*) tillämpas. Denna vårdideologi innebär förenklat att missbrukarens möjlighet och vilja att skaffa sig ett nyktert/drogefritt liv av olika anledningar uppfattas som begränsad, varför hjälparnas ansträngningar riktas mot att göra missbrukarlivet uthärdligt i stället för att verka för en rehabilitering.

Inom ramen för denna studie är det alltså alkoholkronikerna som i första hand sägs bli föremål för skadereducerande insatser präglade av socialsekreterarnas uppgivenhet inför deras framtida öde. Visserligen kan den vanligt förekommande planen att medverka till att heroinisterna tas upp i metadon- eller Subutexförskrivningsprogram sägas ha sin grund i strävan efter skadereducering. När det gäller denna grupp tycks ändå förhoppningen vara att medicineringen endast skall pågå under en begränsad period och att missbrukaren till slut skall leva ett normalt liv utan droger.

En tänkbar anledning till den uppenbara olikheten i synsätt när det gäller de två typerna av missbruk är att intervjupersonerna har anammat samhällets diskurs kring olika beroendetillstånd. I denna framställs narkotika i allmänhet och heroin i synnerhet som starkt beroendeframkallande, vilket i sin tur förknippas med förslavade och "drogstyrda" användare.<sup>12</sup> Utan personlig erfarenhet av heroinintag – något som gäller för de allra flesta – framstår antagligen heroinisternas ponerade obefintliga handlingsutrymme som främmande och omänskligt. Vanligtvis saknar man dessutom egna upplevelser av att ha varit beredd att "gå över lik" för att tillfredsställa ett begär. Detta medför att socialsekreterarna – och icke-missbrukare överlag – kan tänkas ha förståelse för heroinisternas oförmåga att bryta med ett så kraftfullt beroende, vilken uppträder tillsammans med en vilja att ta sig ur helvetet och bli hela människor igen. Att hjälpare som kommer i kontakt med heroinister inte helt och hållet arbetar utifrån skadereduceringsmålet beror därför antagligen på att heroin förknippas med *död* inom den svenska missbruksdiskursen, snarare än med skador och lidande. Dessutom torde den politiska målsättningen om ett narkotikafritt samhälle ha betydelse för inställningen att narkotikaproblemet bör (kunna) vårdas bort.

---

<sup>12</sup> Jfr Bergmark & Oscarsson (1988).

Synen på alkoholberoendet är emellertid helt annorlunda då alkohol förekommer överallt i samhället och de allra flesta människor har egen erfarenhet av sådan konsumtion. Många dricker men det är bara vissa som skaffar sig alkoholrelaterade problem och ett beroende. Överkonsumtion av alkohol är inom missbruksdiskursen något som människor *kan* sluta med – visserligen ofta med svårighet – precis som de kan sluta röka eller snusa. De flesta människor känner någon som har alkoholproblem och säkerligen även någon som har lyckats bli av med dem. Detta medför att missbruket framstår som välbekant, men ändå olyckligt eftersom man i förväg har svårt att veta vilka som kommer att dricka på ett självdestruktivt sätt. Den oförmåga och ovilja till förändring som alkoholkronikerna uppvisar blir en normöverträdelse då samhället föreskriver att medborgarna bör kunna hantera alkohol på ett icke-destruktivt sätt, eller åtminstone sträva efter att göra det. Denna syn, som medverkar till att de grava alkoholisternas beteende framstår som obegripligt och "illegitimt", kan vara en av anledningarna till att socialsekreterarna saknar tilltro till alkoholisternas möjlighet till rehabilitering och i stället söker minska deras lidande. Grundsynen tycks vara att alkoholkroniker alltid kommer att finnas.

### Ekonomi och prioriteringsordningar

En stor del av intervjupersonernas utsagor handlar om hur ekonomiska övervägningar och besparingar präglar det sociala arbetet med missbrukare i allmänhet och "LVM-mässiga" i synnerhet. Denna bistra verklighetsbeskrivning kontrasteras ofta mot situationen som rådde på 1980-talet fram till början av 1990-talet, då socialtjänsten hävdas ha haft goda ekonomiska resurser och utan betänkligheter kunde erbjuda människor dyra institutionsvistelser. Det verkar bland informanterna finnas ett kollektivt minne av tiden när missbrukare hade "klippkort" till behandlingshemmen, när arbetsgrupper applåderade för väl genomförda placeringar och när klienternas vårdbehov i stället för ekonomin styrde handläggningen. De som var med redan då talar om den stora förändring som har ägt rum när det gäller möjligheten att erbjuda behandling, och de som blivit yrkesverksamma under senare år återberättar vad de hört om gamla tider.

Jag tycker att man tittar för mycket på vad det kostar nu. Det har blivit så. Det är en massa besparingar. Det är inte bara att skicka iväg folk. Nu ska man verkligen tala om för cheferna varför han ska åka dit. Det är mycket mer omständligt nu. Förut kunde man nästan lyfta luren och säga: "Kan han komma i morgon?", utan att fråga nån chef. Men nu måste man fråga en massa chefer om lov. Det är inte alls roligt.

Trots att socialsekreterarna konstaterar att alla hjälpsökande skall ges samma möjlighet till rehabilitering inom socialtjänsten är det flera som påtalar att vissa klientgrupper prioriteras i den utsträckning sociallagstiftningen tillåter det.<sup>13</sup> Det handlar om balansakten att inom lagens ramar erbjuda/påtvinga vård till de *mest* behövande samtidigt som förvaltningens budget för missbrukarvård inte övertrasseras. Av handläggarnas utsagor framgår att missbrukare som uppvisar vissa egenskaper eller tillstånd har större möjlighet att få adekvat hjälp än sådana som uppvisar andra. De som verkligen *vill* något söker sig till socialkontoren och får därigenom tillträde till de insatser som kan erbjudas.

Dom håller sig undan. För det är klart att ingen vill ju in på LVM. Nu kan dom ranta runt här mellan härbärgen och slippa oss, så att säga ... Jag tänkte på förr, på byrån för bostadslösa, där hade dom ju uppsökare som var ute och letade upp gubbarna. Jag vet inte om dom har det där längre. Det finns ju uppsökare *i stan*, som sagt. Men jag tror inte att det är lika aktivt. Jag tror att många lever ett helt anonymt liv där dom inte får egentligen den hjälp dom skulle behöva ha.

Som antyds i citatet anses socialtjänstens arbete med missbrukare idag vara huvudsakligen stationärt i meningen att man har förhållandevis lite uppsökande och utåtriktad verksamhet. Mot denna bakgrund tycks det som socialsekreterarna ser de motiverades företräde framför de omotiverade och ambivalenta som oproblematisk. Den förra gruppen prioriterar helt enkelt sig själv tillsammans med att man som handläggare saknar möjlighet att söka upp de två senare grupperna.

Däremot är det inte så enkelt att alla som vill något också ges socialtjänstens bistånd att realisera detta något. Representanterna för denna studies olika stadsdelsförvaltningar beskriver skillnader i praxis avseende i vilken utsträckning man vill/kan tillmötesgå klienters specifika behandlingsönskemål. Trots detta är man överens om kravet att den hjälpsökandes *vilja* skall vara knuten också till en *förmåga*. Enligt de intervjuade är det väldigt många missbrukare

---

<sup>13</sup> Jfr Palm (2003) och Storbjörk (2003).

som vill väldigt mycket, åtminstone när de sitter på socialkontoret och diskuterar framtida vårdplaner med handläggare. När de sedan ger sig ut fortsätter de sina självdestruktiva liv utan att ens kunna fullborda en ordentlig avgiftning. Det hävdas alltså att det finns goda skäl att misstro förmågan hos dem som tidigare har genomgått medicinsk avgiftning eller psykosocialt inriktad missbrukarvård och avbrutit behandlingen i förtid (s.k. *drop-outs*) eller på annat sätt misskött sig. Även förekomsten av en undermålig social situation, vilket gäller för flertalet av klienterna som intervjuerna handlar om, anses minska grogrunden för en stabil förändringsvilja och chansen till lyckade behandlingsresultat.

I dessa beteenden och omständigheter finns alltså en viktig skillnad gentemot den prioriterade gruppen som *verkligen* vill något och vars förmåga inte betvivlas av socialsekreterarna. När det gäller sådana klienter nämns förekomsten av arbete, bostad, en icke-missbrukande partner, barn och/eller önskan om att ta ett föräldraansvar samt utbildning som indikatorer på vilja och förmåga att starta en förändringsprocess. Med utgångspunkt i detta handlar alltså prioriteringar till viss del om prognostiseringar av missbrukarens rehabiliteringsmöjligheter. De som i och för sig *vill*, men som tidigare har visat sig *sakna* förmåga och som *inget* har att kämpa för, får i sorteringsprocessen stryka på foten för dem som *vill*, som kan antas *ha* förmåga och som dessutom har något positivt kvar i livet.

Alltså vi har ju nästan inga pengar. Och har man fått massor med behandling tidigare. Alltså då ska det ju gå väldigt långt innan man rycker in. Det är ju dagens sanning. Så är det ju. Och LVM-vård är jättedyr. Vi kan ju nästan ha tre-fyra placeringar per dygn frivilligt till samma kostnad som en LVM-placering per dygn. Det bidrar ju också till att man tar LVM som det allra, allra sista. När det är riktigt akut och riktigt illa. Det är dom unga som man mer satsar på. Så är det. (...) Dom flesta äldre har ju varit på ganska mycket vård innan och så. Så är det krasst i dag. Alltså, det spelar ingen roll om den frivilliga vården är uttömd. För vi får inte skicka iväg dom på behandling i alla fall om dom har varit på mycket behandlingar. Utan då blir det ju LVM till slut. I slutändan.

Behandlingshem är det ju väldigt sällan egentligen vi har nån på. Sen säger vi att vi ska prioritera ungdomar, och det gör man väl också. För det har kommit många fler ärenden med ungdomar mellan tjugo och tjugofem. Men jag tror att prioriteringen i praktiken går till så att man segar och *segar* och segar och segar och segar på ärendet tills det blir absolut nödvändigt att göra nånting.

Som i citaten ovan är det flera intervjupersoner som hävdar att unga samt människor med vårdnaden om minderåriga barn, har företräde till adekvata rehabiliteringsmöjligheter. Noteras bör dock att ovan beskrivna prioriteringsordningar inte anses vara regel i socialtjänstens arbete med grava missbrukare. Enligt de intervjuade är det snarare så att alla klienter de har kännedom om och som kan tänkas ha ett vårdbehov erbjuds någon form av hjälpinsats, företrädesvis relativt billiga alternativ som s.k. tolvstegsprogram eller stödkontakt på poliklinik/socialkontor. När så inte sker beror det på att missbrukaren inte går att nå eller att man som socialsekreterare är helt övertygad om att han/hon i slutändan kommer att tacka nej till eventuella hjälperbudanden.

De svåra prioriteringssituationer som ändå förekommer tycks i huvudsak vara för handen när klienter efterfrågar kostsam vård på institution. Socialsekreterarna tvingas då väga olika människors behov mot varandra, något de upplever vara problematiskt och oförenligt med den eftersträlvade bedömningsprofessionalismen.

Men även om vi säger att vi prioriterar dom unga så ställs dom ju ändå på grund av resursbristen mot dom här lite äldre som håller på att dö. Så är det tyvärr. Och man kan ju inte låta dom äldre knarka eller suppa ihjäl sig bara för att man vill prioritera ungdomar i princip. Nej, det blir dubbelt. Det är som att gå balansgång hela tiden.

Trots att den frivilliga institutionsvården i allmänhet har lägre dygnskostnad än vården på LVM-hem är det många socialsekreterare som hävdar att också den förra typen av placering är sällsynt i dagsläget. Såvida det inte föreligger en risk för att förvaltningen i ett senare skede blir tvungen att ansöka om LVM krävs det oerhört starka skäl för att man skall gå klienterna till mötes och bevilja vistelser på behandlingshem eller annan typ av HVB-institution. I en intervju nämns det som något extraordinärt att en kvinna i medelåldern med många tidigare behandlingsförsök faktiskt blivit erbjuden något annat än förvaltningens eget öppenvårdsprogram. Detta tas av socialsekreteraren upp som ett exempel på att man i vissa fall kan göra avsteg från den prioriteringsordning som annars är den dominerande.

I allmänhet beskrivs förekomsten av vissa klientgrupper och organisatoriska förutsättningar medverka till att just de äldre (enligt flera intervjupersoner dras gränsen mellan unga/äldre vid 30–35 års ålder) missbrukarna blir lidande av denna praxis. Det kan röra sig om att förvaltningen har gemensam budget med socialpsy-

kiatrin, vars klienter beskrivs ha fler lagstadgade rättigheter till adekvat hjälp och som därigenom "tar" resurser från missbrukarna. Likaså anses psykiskt sjuka människor med missbruksproblematik, vilka bedöms ha blivit fler och synligare under senare år, ha ett mer akut vårdbehov än de psykiskt friska och därför vara mer resurskrävande. Det nämns också att bostadssituationen bland grava missbrukare har blivit sämre på sista tiden och att finansieringen av tillfälliga boenden minskar den ekonomiska möjligheten att erbjuda rehabiliterande insatser utöver "tak över huvudet". Den insats som oftast nämns är dock LVM-vården som med sin (uppfattat) dyra dygnsavgift omöjliggör erbjudanden om hjälpinsatser till dem som vill.

Det som *är* med LVM, den tar så mycket resurser från annat, så vi har knappt råd att skicka folk på en vanlig behandling som vill och är motiverade. För tvångsvården är så dyr. Och hade inte tvångsvården kostat så mycket så hade man nog inte varit lika negativ till den. Men i och med att den tar resurser från det som verkligen hjälper, där man kan göra stora insatser för folk som är motiverade och har en önskan om förändring. Det tycker jag är oetiskt.

Intervjupersonerna uppvisar en medvetenhet om, eller tro på att den minskade användningen av tvångsvården under senare år beror på bristande resurser för behandling i allmänhet och kommunernas betalningsansvar för LVM-vård i synnerhet. Det intressanta är ändå att väldigt få av socialsekreterarna ser någon egen del i händelsernas utveckling. De tycks i stället mena att förändringen har inträffat ovanför deras huvuden och på grund av andra kommuners eller förvaltningars bristande möjlighet att tillgodose de "LVM-mässiga" klienternas behov. Det är som om ansträngningarna att hantera inkommande LVM-anmälningar och en budget som inte tål fler institutionsplaceringar hindrar handläggarna från att se att även deras egen rättstillämpning rent logiskt sett borde bidra till minskningen av antalet beslut om att ansöka om tvångsvård.

Alltså vi undviker ju LVM. Vi har ju också ett budgetläge som är som det är, va. Vi har ju jättepessad budget. Och då försöker man ju med billigare alternativ än LVM. Men jag har inte förändrat mitt förhållningssätt till klienterna. Det har jag inte gjort, men jag kan inte svara för alla andra.

Jag tycker nog här på vår enhet, att när det verkligen har varit motiverat så har ju vi gått in. Tycker jag. Men att man har kanske längre startsträcka så att säga än tidigare. Att man erbjuder frivillig vård väl-



digt aktivt och det gjorde man väl i och för sig förut också ... Alltså jag kan inte ta nåt enskilt ärende där vi givetvis borde ha tagit LVM, men vi gjorde det inte för vi tyckte inte att vi hade råd. Jag kan inte säga att jag vet nåt ärende på vår enhet där det har resonerats så. Men ändå tror jag att man drar sig för LVM även av ekonomiska skäl. Det är jag ganska övertygad om. Om jag ser till det stora hela. Att man kanske tar andra insatser. (...) Det kostar ju oerhörda pengar. Och dom pengarna kan man ju lägga på nånting som är vettigt. Och sen vet ju inte jag. Jag menar jag vill inte påstå att vi här på vår enhet gör så att vi skiter i den (tvångslagstiftningen), men jag har hört talas om väldigt många såna fall. Att det kan va så.

Alltså budgeten, det är klart att den spelar ju in. För att jag tror att man omhändertar färre enligt LVM nu för att det är otroligt dyrt och hela Stockholms stad lider utav budgetunderskott. Och det pratas pengar på alla möjliga sätt, och är det så att man kan se att en vårdform är mindre effektiv än nån annan och dessutom kostar mest pengar, så försöker man ju på alla möjliga sätt att förebygga eller att avvakta lite till. Ha lite is i magen och så. Och det är både gott och ont, alltså.

Att "sega" på ärenden och ha "is i magen" handlar alltså om att in i det sista söka hålla igen på kostnaderna för behandlingsinsatser så att de allra mest behövande har möjlighet att få den hjälp de har rätt till. I detta sammanhang är dock kategorin de "mest behövande" relativt vid. Det rör sig dels om klienter som bedöms sakna förmåga att överleva utan socialtjänstens insatser, dels om sådana som vill förändra sig och samtidigt bedöms kunna att tillgodogöra sig missbrukarvård.

Det är sådana premisser som i förlängningen leder till en, enligt handläggarna, pragmatisk men något okonventionell användning av LVM. De beskriver till exempel att det i vissa situationer räcker med att enbart tillfälligt omhänderta missbrukare och sedan underlåta att gå vidare med ansökan om tvångsvård. Likaså att det är att föredra att vårdtiden avslutas så fort som möjligt.<sup>14</sup> Dessa strategier grundar sig på att socialsekreterarna ofta tror sig ha bättre lösningar att använda sig av än just LVM när det kommer till att hantera arbetet med de gravaste missbrukarna. (Se vidare del 3 om *Handläggningsarbetet*).

---

<sup>14</sup> Jfr 25 § LVM enligt vilken det är föreståndaren för LVM-hemmet som beslutar om utskrivning av klienten när syftet med vården har uppnåtts.

## Parter i LVM-ärenden

Trots socialsekreterarnas krassa konstaterande att budgeten vanligtvis har betydelse för valet av insats upplever de att de följer lagen när det gäller LVM-ärenden i allmänhet och fallen som intervjuerna bygger på i synnerhet. Handläggarna sköter kontakten med klienten och har åsikter om vilken typ av insats som är mest adekvat. Däremot har många fler parter och organisatoriska strukturer inflytande över det faktiska beslutet om LVM, SoL eller någon hjälpinsats över huvud taget är tillämplig. Att socialsekreterarna på detta sätt sällan själva är direkt ansvariga för de beslut som tas kan utgöra en av anledningarna till att de känner sig förhållandevis bekväma med det egna ansvarsområdet och den egna insatsen.

Dels befinner de sig i ett professionellt sammanhang som till viss del är präglad av hur denna typ av ärenden handläggs i vanliga fall. Detta medför att eventuella avvikelser från normen kring hur man brukar göra säkerligen korrigeras bara genom det faktum att socialsekreterare i exempelvis i handledning talar om specifika ärenden. Dels är det sektionschefen som tar merparten av alla formella beslut kring handläggningen av LVM-ärenden; till exempel vad gäller start/avslut av utredning enligt 7 § och när man skall ansöka om tvångsvård.

Alltså jag pratar ju mycket om den här kvinnan. Norra mottagningen sitter ju här bredvid, så psykiatern sitter ju mitt emot mig och så har vi ju sjukskötarna här och vi har ju möte varje tisdag. Och då diskuterar vi dom här ... ja, svårare ärendena framför allt. Och det är ju också en trygghet i att man har en samlad bedömning.

Det är ju inte jag själv som har gjort den bedömningen. (...) Jag tycker att det alltid är svårt när det gäller tvångsvård. För att jag vet inte om jag tycker att det är en så jättebra vård. Jag föredrar frivillig vård, naturligtvis. Men sen så handlar det ju om att man riskerar en persons liv om man inte ingriper. I det här fallet så var det ju så. I andra fall kan det ju va att det sociala rasar runt omkring. Men här var det mer fara för hans hälsa och liv, bedömde vi det som. Och då tycker inte jag att det är så jättesvårt. (...) Men om det är så att man väntar för länge så är det ju jättetråkigt också. Så jag tror att det är så att budgeten spelar in. Men det är ju *chefens* ansvar att besluta när man ska gå in.

Flera socialsekreterare beskriver att de ibland anser att cheferna vill vänta för länge med att ta till tvångsåtgärder. Dessa meningsskiljaktigheter beskrivs dock mer handla om att de senare har ansvar för

sektionens vårbudget än om att man ser olika på klienternas vårdbehov.

Utöver kollegor och chefer finns i socialsekreterarnas närmiljö ofta också "LVM-experten". Bland stadsdelsförvaltningarna som de intervjuade socialsekreterarna arbetar på finns två varianter av sådana representerade. Det kan röra sig om en särskild konsulent med vilken man har möte cirka en gång i veckan eller också en avdelad socialsekreterare som har i uppdrag att enbart arbeta med LVM-ärenden. Dessa personer är väl förtrogna med lagstiftningen och fungerar antingen som handledare och garanter för att LVM tillämpas rättsligt korrekt eller också som tillfälliga medhandläggare för de faser i klientarbetet då tvångsvården på ett eller annat sätt har blivit aktualiserad. "LVM-experterna" saknar precis som ordinarie socialsekreterare rätten att fatta beslut i LVM-ärenden, men uppfattas av intervjupersonerna som auktoriteter på området. De har lång erfarenhet av både utredningsarbete och av att föra socialnämndens talan i länsrätten. Mot denna bakgrund anses deras ord väga tungt i bedömningen av enskilda ärenden.

Han fungerade ju också som handledare i dom här svåra fallen. Han kom regelbundet och man tog upp dom här som var på gränsen och: "Hur ska jag göra och hur kan man göra?" Man diskuterade verkligen igenom alla möjligheter som fanns och det var jättebra. Och sen var han uppe i länsrätten också.<sup>15</sup>

Förutom att socialsekreterarnas oberoende i vårdbedömningar och deras professionella handlingsutrymme i övrigt inskränks genom inflytandet från ovan nämnda kollegor är de också underställda stadsdelsnämnden (eller liknande, vissa nämnder har utsett socialdelegerade). Den har det övergripande ansvaret för verksamheten, men också makten att besluta i enskilda ärenden; till exempel avseende omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM och om stadsdelsnämnden i slutändan skall ansöka om vård med stöd av 4 § LVM i länsrätten.

I allmänhet tycks socialsekreterarna betrakta sig själva som politikernas marionetter utan egentligt ansvar för de beslut som fattas. Överheten beskrivs i första hand vara kommunpolitikerna och i andra hand regeringen, vilka med sin politik ger riktlinjer för socialtjänstens arbete med missbrukare och avgör storleken på de anslag som finansierar verksamheten. När dessa instanser kräver att

---

<sup>15</sup> Detta citat belyser dels att "LVM-experten" uppskattas av socialsekreteraren och dels att denna funktion har tagits bort och är saknad på den aktuella förvaltningen.

tjänstemännen skall utföra ett omöjligt uppdrag, det vill säga följa sociallagstiftningen och samtidigt hålla budgeten, är det också de förra som anses vara ytterst ansvariga och som skall ta konsekvenserna av eventuella missförhållanden. Besparingskraven upplevs hindra socialsekreterarna i deras arbete, men detta förhållande tjänar också som en giltig förklaring till varför arbetet med grava missbrukare sällan når fram till rehabiliteringsmålet.

Om jag ger dig fem kronor och så säger jag till dig att det här ska du leva på en vecka och du ska bli mätt varje dag. Då tycker du att jag är en idiot, eller hur? Men det är ungefär vad staten gör till kommunerna. "Här får ni pengar till missbrukarvård och så har vi den här tvångsvården." (...) Staten ger kommunen pengar och så säger de: "Och så ska ni följa LVM-lagen!" Och så kostar det 2 250 kronor per dygn.<sup>16</sup> Och då räcker inte påsen med pengar och är det så att man inte klarar av det här. Ja, då blir chefen avsatt. Så den pressen som finns i att hålla kostnaderna nere, det har väl blivit så idag att det primära målet för verksamheten är att hålla *budget*. Inte att hjälpa *missbrukare* och det tror jag inte bara är för oss, utan det tror jag är inom sjukvård och allting. (...) Ekonomin styr det mesta.

Även om länsrätten är den instans som prövar en ansökan om tvångsvård tycks betydelsen för socialsekreterarna mest handla om att den står som garant för att socialnämndens bedömning är rättsligt korrekt. Det är alltså inte fråga om att försöka rättfärdiga sitt handlande i efterhand när LVM-anmälan blev avskriven, utan om att socialsekreteraren får "ett kvitto" på att bedömningen var adekvat i de ärenden där man gick vidare till länsrätten.<sup>17</sup>

### Missbrukarvården

En viktig aspekt som bidrar till förståelsen av handläggningens logik och metodik är socialsekreterarnas syn på behandling och det befintliga utbudet. När det gäller missbrukarvårdens funktion och möjlighet är deras beskrivning emellertid tvetydig. Å ena sidan går merparten av arbetet med missbruksärenden inom socialtjänsten ut på att klienterna via formellt organiserade hjälpinsatser skall lyckas förändra sina liv till det bättre. Å andra sidan beskrivs detta konst-

<sup>16</sup> Dygnsavgiften varierar beroende på om klienten är intagen med stöd av 4 eller 13 § LVM. Vid tvångsvård enligt 4 § uppgick dygnsavgiften 2002 till 2.250 kronor (2003: 2.500 kr), medan motsvarande avgift för klient som blivit omedelbart omhändertagen var 3.400 kronor (oförändrat år 2003).

<sup>17</sup> Detta kommer sig av att huvuddelen (94 %) av alla ansökningar om LVM-vård bifalles av länsrätten (Socialstyrelsen 2002).

stycke i många fall vara närmast omöjligt, särskilt när det gäller den svåraste klientgruppen som ibland blir föremål för LVM-anmälning/-utredning. Anledningen är att missbrukare som särskilt behöver socialtjänstens stöd inte sällan bedöms sakna egen förändringsvilja och att framgångsrika förändringsprocesser kräver mycket mer än bara engagemang från personen själv.

Det behövs ett fungerande socialt nätverk som kan vara ett psykologiskt stöd i svåra situationer, avleda uppmärksamheten från det fysiska/psykiska beroendet samt medverka till att återfall i missbruk förenas med mer obehag än välbehag. Missbrukarna behöver också samhällets stöd att bekosta den hjälpinsats de eventuellt tror kan ha verkan samt stöd att möjliggöra ett "normalt" liv med meningsfull sysselsättning, bostad, fungerande privatekonomi och hälsa. Enligt socialsekreterarna saknar flertalet tunga missbrukare denna sociala plattform, varför deras förändringsprocesser brukar stupa i förtid.

Det är bara en sak som man ska komma ihåg. Har folk missbrukat i tio-tjugo år så fixar man inte det på ett eller två år. Då tar det tid. Om man tänker på vilket jävla liv det kan bli på en arbetsplats om nån ska byta rum. Så ska dom här människorna byta ett helt liv. Dom ska byta liv, dom ska byta umgänge, dom ska byta hela sin tillvaro. Det är svårt. Det är ingenting man gör på en kafferast eller på sex månaders LVM. Det är åratals arbete. (...) Och dom här som har hållit på och som inte har några andra bekanta. Dom har bara missbrukarkretsen. Dom har det livet. Känner inte till nånting annat. Och slutar dom missbruka. Ja, vad har dom då? Skulder. Kan bli jagade ... Vi har en sån tjej nu som har försökt att lägga av. Hon har sjukbidrag. Dom som hon är skyldig pengar är där vid pensionsdags. Väntar vid dörren. Hämtar ut pensionen. Det är inte bara att byta liv inte.

En bidragande orsak till tvetydigheten i socialsekreterarnas resonemang är att tvivlet på de tunga missbrukarnas möjligheter till förändring sällan åtföljs av ett ifrågasättande av själva fenomenet missbrukarvård i vid mening.<sup>18</sup> Denna ses i stället som god i sig, trots att det vanligtvis hävdas att vården kommer till korta vid rehabilitering av de tyngsta missbrukarna.

Även om vissa problem nämns av socialsekreterarna (till exempel begränsade resurser, krångliga intagningsprocedurer, bristande anpassning gentemot specifika klientgrupper samt stränga utskrivningsregler) tvivlar de sällan på att givna hjälpinsatser och behand-

---

<sup>18</sup> Dvs. socialtjänstens egna och förmedlade hjälpinsatser som avses medverka till att klienterna blir fria från missbruk eller på annat sätt rehabiliterade.

lingsmetoder är adekvata samt att de i allmänhet ger önskade effekter. Trots denna i huvudsak positiva syn är de inställda på att missbrukare skall återfalla och göra nya rehabiliteringsförsök. Förhoppningen sägs vara att dessa skall "så frön", snarare än att leda till omedelbar och varaktig förbättring. För att använda medicinska termer tycks socialsekreterarna se missbrukarvården mer som bromsmedicin än som vaccination för de "LVM-mässiga" klienterna.

Sen får man kanske tänka ... inte bara för LVM utan annan form av frivillig behandling också. Det funkar inte första gången. Men ändå ... andra eller tredje gången så finns det kanske kvar lite av det här som hände första gången. Att det ploppar ner då. Långt senare.

Missbrukarna skall primärt fås till att bromsa upp det destruktiva levernet, oavsett egen vilja, ålder, val av missbrukspreparat, livssituation, tidigare erfarenhet av vårdapparaten och förväntade behandlingsresultat. De ärenden man lyckas med något mer, det vill säga när man skapar möjligheter också för varaktig förbättring, ses som "gräde på moset". Även om socialsekreterarna givetvis föredrar när klienterna själva önskar behandling och samtidigt kan förväntas dra nytta av den är detta alltså på inget sätt en förutsättning för ståndpunkten att missbrukarvård är bättre än *ingen* missbrukarvård alls.

Man gör ju bedömningen att den här människan behöver vård. Så är det bara! Det är bra om dom kan gå in frivilligt, men vill dom inte det eller förmår inte eller vad det är, så måste man ta till tvånget när man väl har gjort den här bedömningen att: nej, han måste ha vård. Sen spelar det väl ingen roll om dom går in frivilligt under hotet, eller om dom går in frivilligt därför att dom inser att dom måste ha vård. Huvudsaken är att dom kommer in. Får nyktra till. Må bättre så att man kan börja resonera med dom. Då kan man ju börja motivera.

Denna tankegång har stöd i tvångslagstiftningens förarbeten – som anger att behandlingen skall genomföras under tvång när frivilliga insatser inte kommer till stånd eller ger avsett resultat – men också i en filosofisk/psykologisk teori om att de flesta människor i grund och botten egentligen vill leva "normalt" och inte självdestruktivt. Likaså stödjer sig socialsekreterarna mot ett av missbruksdiskursens odiskutabla grundantaganden; att behandling för missbruk alltid är av godo.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Se Bergmark & Oscarsson (1988).

## Tvångsvårdens för- och nackdelar

Socialsekreterarnas syn på tvångsvård är i allmänhet präglad av oförståelse, uppgivenhet och missnöje inför sakernas tillstånd. De utgår vårdideologiskt ifrån en princip om frivillighetens företräde och bedömer tvånget primärt utifrån hur bristfälligt LVM anses fungera i praktiken. Det finns ändå vissa positiva omdömen och resonemang som avviker från denna hållning och som därför bör lyftas fram.

Till att börja med hyser intervjupersonerna gemensamt inställningen att socialtjänsten behöver någon typ av tvångsinstrument i arbetet med missbrukare. Det handlar företrädesvis om att man införlivat idén om att människor inte bör kunna obehindrat ända sina liv genom intag av alkohol/narkotika. I vissa situationer hävdas missbrukarna gå ned sig så totalt i den självdestruktiva livsstilen att socialtjänstens insatser måste inriktas på överlevnad, och det är då tvånget fyller en funktion. Ett avgörande problem med nuvarande lagstiftning anses emellertid vara att vårdtiden är alltför lång och att det skulle räcka med korta och effektiva tvångsavgiftningar.

De positiva omdömen och förväntningar som förekommer i intervjumaterialet riktar främst in sig mot att missbruket stoppas under en period, att överlevnaden säkras samt att tiden på institution kan möjliggöra vidare behandlingsplanering.

Jag tycker att det måste finnas en möjlighet till tvång. Och jag kan tycka att på dom här andra kvinnorna som jag har då, tre stycken är det faktiskt som går in och ut på LVM. Alltså det är *absolut* nödvändigt. Dom skulle *dö* annars, om man inte kunde ingripa. När dom är i så dåligt skick så att dom bara, ja, dom klarar ingenting. Dom bara ligger nånstans i nån park och ... ja det *är* så, va. Man måste ta det då. Men sen tycker jag att det är ... alltså vården, LVM-vården, fungerar ju generellt sett jävligt dåligt. Jag skulle inte vilja kalla det vård över huvud taget. Jag skulle vilja kalla det förvaring. För att jag tycker att det händer i princip ingenting med dom här kvinnorna under tiden. Sen ska man naturligtvis...sen vet jag inte om det beror på att dom här kvinnorna är *så skadade*. Alltså det kanske är så att det är omöjliga fall.

Det primära målet med LVM är enligt socialsekreterarna med andra ord att göra klienten tillfälligt nykter/drogfri och samtalsbar. Detta kan i sin tur ibland resultera i insikt om hur allvarlig situationen är samt deltagande i någon typ av missbrukarvård oavsett vilja till förändring. Av de intervjuade är det ändå bara en som hävdar att tvångsvården avses resultera i att den intagne blir motiverad till frivillig vård eller genomgår en lyckad rehabilitering. Trots allt verkar

det som om LVM:s möjlighet att fungera i enlighet med lagstiftningens mål inte är en särskilt intressant eller viktig fråga för socialsekreterarna. När de använder tvångsvård är det för att få klienten att överleva, punkt slut. De säger sig vara väl medvetna om att chanserna är små att han/hon också skall förändras på ett mer grundläggande sätt.

Men så tänker jag i alla fall dom gånger som jag har känt att det här går inte. Jag kan inte stå bredvid och se längre *på* detta. När jag har känt så, då har jag tänkt LVM. Nu kanske vi måste ingripa. Men då har det ju varit bara för att dom inte ska supa *ihjäl* sig. Inte för att jag tänker att nån ska motivera dom på nåt sätt att sluta dricka för resten av livet. Därför att det håller ju jag på med varenda dag *själv*. Och har en *relation* till personen.

Trots frånvaron av förväntningar och den allmänna uppgivenheten inför tvångsvårdens motiverande och rehabiliterande kapacitet är det inte ovanligt att man själv har egna, eller har hört talas om andra socialsekreterares, enstaka exempel på när LVM har fungerat på ett mer genomgripande sätt. Det rör sig då om att klienten efter LVM-vården oväntat tagit del av frivillig vård på institution eller fått ordning på en osäker boendesituation. Det rör sig också om vagare beskrivningar av att tvångsomhändertagandet inneburit en positiv vändning i ett ärende eller att en klient under vistelsen på LVM-institution kommit till probleminsikt och blivit motiverad att söka förändring. Det förekommer också att tvångsvården i efterhand beskrivs som oproblematisk och huvudsakligen värdefull, eftersom missbrukaren ville ha någon typ av hjälp för sitt missbruk och det rådde samförstånd kring att LVM var den enda möjliga vårdformen.

Men vad gäller just min kvinnliga klient, så verkar det som att där gick det bra. Hon behövde det för att avgiftas och sen faktiskt inse hur allvarlig hennes situation var och hur mycket hon faktiskt drack, vilket hon helt förnekade. Hon säger ju själv också att hon var helt övertygad om att hon drack normalt. Alltså hon hade lyckats lura sig själv fullständigt. Så för henne. Hon blev för mig nästan motbeviset på vad jag trodde innan. För jag trodde nog mer att när man var tvångsvårdad var det nog inte så bra. Och det leder inte till något konstruktivt och möjligtvis att det kan bli en andhämtning för personen ifråga. Det var nog dom fördomar eller dom tankar jag hade om det.

Jag har väl haft rätt många LVM-placerade, men dom har blivit det, vad ska man säga, i samförstånd på nåt underligt sätt. Dels har det varit alkoholiserade män som har druckit hela sitt liv och som åkt ut och in



på kortare, frivilliga placeringar. Där LVM:et ändå har uppfyllt att dom har kunnat äta upp sig. Och det har liksom på nåt sätt skett i samråd. Att dom själva har velat, ändå. Och sen har det varit några heroinmissbrukare som liksom hela tiden har viljan att sluta, men som inte kan. Och i dom fallen, när dom har blivit LVM-placerade, så har det också liksom bara lett till positiva saker. Att dom har kunnat gå vidare till familjevård och andra saker. Så att jag har aldrig varit med om det här, att jag har placerat någon på LVM och att det har blivit en massa aggressioner. Att dom inte vill träffa mig. Utan det känns ändå som att, trots att det är LVM, så har man liksom följt dom så lång tid, och att man ändå har prövat sig fram och till slut i samråd nästan kommit fram till att: det här behövs.

Övriga positiva utsagor handlar om att LVM kan stilla såväl socialsekreterares som anhörigas oro för hur det skall gå med missbrukaren. För tjänstemannen kan omhändertagandet uppfattas resultera i att ärendet kan läggas åt sidan en tid i vetskap om att klienten åtminstone överlever. Det är dock många som hävdar att de i stället skulle vilja intensifiera behandlingsplaneringen under LVM-perioden, vilket resursbrister ofta omöjliggör. För släkt och vänner innebär det en trygghet att missbrukaren åtminstone inte kommer att tillåtas ta livet av sig innan någon typ av behandling realiseras.

Intervjumaterialet exemplifierar två typer av kritik gentemot tvångsvårdens rehabiliterande kapacitet. Den ena riktar direkt in sig mot bristen på belägg för att LVM har någon som helst effekt, förutom den rent livräddande. Man talar om att vissa riktigt tunga missbrukare åker in och ut på LVM-institutioner och att de vanligtvis återupptar sitt missbruk samma dag som LVM:et upphör. Den andra utgörs av en mer allmän misstro gentemot hur tvångsvården fungerar i praktiken. Kritiken går ut på att tvångsinstitutionerna erbjuder omvårdnad men ingen eller dålig behandling.

Vidare beskrivs en total avsaknad av förväntningar på vad som skall kunna inträffa under månaderna i tvångsvård. Det finns enligt socialsekreterarna många faktorer som medverkar till att en längre tids LVM-placering blir meningslös sedd ur ett rehabiliteringsperspektiv. Man beskriver att tvångsomhändertaganden av missbrukare i sig själva är sammankopplade med vissa strukturella problem. Det gäller till exempel att den intagne blir *dömd* till vård – till skillnad från *erbjuden* – samt utsatt för integritetskränkningar och att han/hon därför kan känna sig bli behandlad som en brottsling.

Många socialsekreterare föreställer sig också att missbrukarna i besvikelsen och frustrationen över omhändertagandet tar alla chanser att avvika från LVM-institutionerna. Mot bakgrund av detta,

samt av att de tvångsintagna sällan själva explicit önskar behandling, blir deras tvångsvårdsvistelser präglade av förvaring, meningslöshet och tidsavsittning. Att motivera och rehabilitera dem som inget vill beskrivs som regel vara en omöjlighet. Återkommande är också besvikelsen över att den befintliga tvångsbehandlingens kvalitet inte står i proportion till vad den kostar. Man menar att det är orimligt att betala mer per dygn för den bristfälliga tvångsvården än vad man gör för frivillig behandling, oavsett dess inriktning, förväntade resultat och lokalisering.

På samhällsnivå anses dessutom förekomsten av LVM leda till att missbrukare blir och känner sig jagade av myndigheter, vilket vissa socialsekreterare anser hindrar klienterna från att söka socialtjänstens hjälp i tidigare skeden. Till sist hävdas också att tvångsvården erbjuder sina intagna en tids kravlös avkoppling som enbart medför att de sedan är bättre rustade att fortsätta missbruket. De sitter av tiden på LVM-institution utan att aktivt söka förändra sig, väl medvetna om och nöjda med att vistelsen är meningslös och oerhört kostsam för socialförvaltningen.<sup>20</sup>

Du vet att väldigt många har det jättebra. Jag var på Hornö nu med hela (arbets-)gruppen för ett par veckor sen. Och där satt de i solen. Drack kaffe. Rökte. Snackade skit. God, jättegod mat. Går ner och badar. Fiskar. Många vill ju va kvar på de här LVM-hemmen i sex månader, för att de knyter an till personalen. De får kompisar.

Det är väl det att jag kan tycka att det kanske ska va i ett inledande skede, att man ska ha den här möjligheten med LVM-hem. Men vi har ju klienter som, när dom har kommit till LVM så sätter dom sig där på rumpan och: "Jag tänker minsann inte gör nånting. Jag ska sitta här i sex månader. Jag ska inte göra ett skit. Jag ska sitta här och kosta pengar!" För det är ju deras inställning, en del. För dom blir så tjuriga. Då känns det ju helt meningslöst att ha dom sex månader till *oerhörda* kostnader. När vi har unga narkomaner här som kanske inte får den vård och behandling som dom behöver.

Intervjumaterialet exemplifierar också att flera socialsekreterare har en viss principiell motvilja gentemot tvångsåtgärder. Det gäller då övertygelsen att människor i allmänhet inte kan nå förändring under tvång samt att det är etiskt tvivelaktigt att ta över ansvaret från missbrukarna. En socialsekreterare hävdar t.o.m. att behovet av tvångsåtgärder är konstruerat, och att missbrukarvården skulle

---

<sup>20</sup> Som framgår finns stora likheter mellan socialsekreterarens och tvångsintagna missbrukares syn på LVM (jfr Ekendahl 2001).

nå bättre resultat om den överlämnade ansvaret för överlevnaden till den enskilde klienten själv.

Intressant är att de intervjuade "LVM-experterna" har en delvis annan syn på tvångsvårdens möjligheter att medverka till motivation och rehabilitering. Överlag har de inställningen att tvångsombändertaganden är den enda framkomliga vägen när det gäller riktigt tunga missbrukare som befinner sig i livshotande situationer. De har dessutom en övertygelse om att LVM fungerar som en första länk i en sammanhållen vårdkedja och att eventuella brister i behandlingsresultat beror på den svåra klientsammansättningen.

Jag skulle tro att detta täcker, utifrån min erfarenhet och vad jag hör, så kanske en 70–80 procent i alla fall, utav dom som kommer inom tvångsvården. Och sen kan man ändå se, när man går tillbaka, att även om det sker en tillbakagång och en återfallsperiod, när LVM:et har hävts, så kan man se att det kommer en gynnsam period efter det. Där kontakten med socialtjänsten fungerar hyfsat och man behöver en betydligt mindre insatsnivå för att missbrukaren ska kunna klara sig hyfsat. Så att det där, alltså det är svårt. (...) Men i de flesta fall, kan jag säga, så tycker jag ändå att det har fungerat. Och även då utifrån kränktheten och den starka insats som det är. ("LVM-expert")

Dom överlever. Alltså jag tycker man är ju naiv om man tror att det här väldigt tunga klientelet som jag har hand om, att dom efter sex månader skulle vara "fit for fight". A-människor, friska och välfungerande. Det är en alldeles för tung problematik för det, men vad den här perioden av LVM gör, det är att dom är på plats, dom är nyktra och drogfria, dom kan återhämta hälsan, dom får tillfälle att på nykter och drogfri kaluv tänka över sin livssituation och socialtjänsten får tillfälle att prata med dem nyktra och drogfria, och erbjuda dom hjälp. (...) Men pratar du med klienter så heter det ju alltid att "LVM, det är sex månaders inläsning. Pang bom! Ingenting! Ingen träffar mig. Socialtjänsten besöker mig inte ens. Och efteråt så är jag ute på gatan igen och får ingenting." Det är ren lögn när det gäller våra klienter. För det första så får dom besök på LVM-hemmen. För det andra får dom alltid tillfälle att pröva annan vård under LVM-tiden. Att dom sen inte klarar den alla gånger, det är ju mer ett uttryck för att dom är i ett så risigt skick som dom är. Och jag kan tycka ibland att socialsekreterarna kanske låter dom få chansen för tidigt. Och vi skickar *inte* ut någon till ingenting. Utan när dom går ut från LVM-hemmen, då *finns* det en planering. Då *finns* det ett boende. ("LVM-expert")

Skillnaden i inställning kan givetvis ses som naturlig eftersom "LVM-experterna" och socialsekreterarna har olika uppdrag. De förra skall primärt se till att lagstiftningen tillämpas på ett korrekt och rättssäkert sätt oavsett förväntade behandlingsresultat, medan

de senare också arbetar under förvaltningens rådande budgetläge och förväntningar på att klienterna skall genomgå en rehabilitering. Detta medför att "LVM-experterna", men inte socialsekreterarna, kan antas bedöma eventuella behandlingsresultat utifrån vårdens och missbrukarnas förutsättningar utan att ta hänsyn till LVM:s (omtalade) kostnadsineffektivitet. Dessutom är det möjligen svårt att arbeta som "LVM-expert", vilket bland annat innebär att föra socialnämndens talan i länsrätten, om man samtidigt tvivlar på tvångsvårdens positiva effekter.

En annan tänkbar förklaring till skillnaden i synsätt är att avståndet till klientens upplevelse av integritetskränkning bestämmer i vilken utsträckning som man uppmärksammar de positiva effekter som tvångsomhändertaganden kan leda till. Citaten ovan utgör exempel på vilka uttryck detta avstånd kan ges i praktiken:

- I det första används flera distanserade och kamerala ord för att beskriva vad som sker i typiska LVM-ärenden. Det talas om *återfallsperioder*, om *gynnsamma perioder*, om att LVM *hävs* och om *mindre insatsnivåer*. Dessa ordval skiljer sig markant från socialsekreterarnas mer klientnära begreppsflora (exempelvis *börja missbruka igen*, *klara sig bra*, *komma ut* och *klara sig själv*).
- I det andra citatet avfärdas klienternas beskrivning av att tvångsvården är meningslös, och att man vid omhändertaganden blir lämnad i sticket av socialtjänsten, som rena lögner.

När "LVM-experterna" talar om att tvångsvården vanligtvis fungerar hänvisar detta antagligen till att missbrukaren genomgår avgiftning, blir samtalsbar och får prova någon typ av behandling för missbruket. I skenet av sådana framgångar är eventuella kränkningsupplevelser av mindre betydelse, särskilt som klienterna utifrån ett lagstiftningsperspektiv förutsätts bli ännu mer kränkta i ett aktivt missbruk.<sup>21</sup>

För socialsekreterarna innebär i stället missbrukarens upplevelse av integritetskränkning något som i högsta grad har betydelse för det fortsatta arbetet. De intagnas negativa inställning till tvångsomhändertagandet medför att de blir blockerade och omöjligen kan dra nytta av den påtvingade nykterheten/drogfriheten. Även om tvångsvården är bra för stunden, i det att missbrukaren överlever, visar socialsekreterarnas erfarenhet att missbruket vanligtvis återupptas när vistelsen vid LVM-hemmet har avslutats. Klienterna har

---

<sup>21</sup> Se SOU 1987:22.

då gjort ytterligare ett misslyckande inom vårdapparaten samt upplever sig ha blivit svikna av myndigheterna. Något som i sig anses försvåra det fortsatta motivationsarbetet.

### Missbrukarna och samhället

Socialekreterarna förmedlar en pessimistisk bild av de grava missbrukarnas möjligheter att skapa sig ett "normalt" liv i samhället. Senare års ekonomiska nedskärningar inom den offentliga sektorn har, menar man, inneburit att socialtjänsten fått minskad möjlighet att hjälpa människor till adekvat missbrukarvård, boende, sysselsättning och social gemenskap. Åsikten är att det saknas humana livsmöjligheter för människor som är inkapabla att förändra situationen och bryta med missbruket på egen hand. Klienterna befinner sig i moment 22-situationer där omständigheter eller insatser som kan främja nykterhet/drogfrihet ofta har som krav att den redan är ett faktum.

För att kvalificera sig till stödboenden eller inackorderingshem måste de hemlösa alkoholmissbrukarna sluta dricka, vilket de sällan klarar på egen hand utan att först ha löst boendeproblemet. Och för att få socialtjänstens bistånd med institutionsvård eller akuta bostadslösningar måste de i stället gå ned sig totalt i missbruket. Likaså beskrivs de ha förutsättningarna emot sig när det gäller arbetsmarknaden, vilken vanligtvis kräver att arbetssökaren har adekvat utbildning och ett ordnat socialt liv. Det som återstår för dem som vill arbeta är arbetskollektiv inom ramen för missbrukarvården, varifrån man blir utskriven när beroendeproblematiken inte längre är akut.

När det gäller narkotikamissbrukarna (här heroinisterna) ligger svårigheten i att de måste klara avgiftningsfasen för att få tillgång till den behandling de tror på. Med andra ord måste de redan *vara* så viljestarka och intresserade av ett drogfritt liv som de förutsätts *bli* med hjälp av avgiftningen och den eftersträvade vården. De psykiskt sjuka missbrukarna, eller dubbeldiagnoserna som de också kallas, sägs i sin tur "hamna mellan stolarna". De är för psykiskt sjuka för att kunna hanteras av socialtjänsten och har för omfattande missbruksproblem för att bli hjälpta av psykiatrin.

Sammantaget visar dessa exempel de svårigheter socialekreterarna ställs inför när det gäller att motivera de tyngsta missbrukarna till förändring. De förra måste kunna förmedla en övertygelse

om att ett minskat eller avbrutet missbruk är gott i sig, trots att de senares chanser att skaffa sig ett "normalt" liv är små. Citaten nedan speglar att handläggare och klient kan ha helt olika förväntningar på vad som är möjligt att klara av inom ramen för ett "normalt" socialt liv i samhället.

Och sen har jag pratat med honom om att han ska gå till Arbetsförmedlingen. Och det är nästan ett spel för gallerierna. För jag menar, han är ju inte konkurrenskraftig. Men han hoppas hela tiden ändå på att han ska kunna få ett jobb. Och han får väl ha det hoppet kvar då. Och han är för bra för att bli pensionerad. Många finländare i hans situation, dom är ju pensionerade sen åttiotalet.

Dom bor i en liten etta med kokvrå som är *fullständigt belamrad* med prylar. Den är full från golv till tak. Det är en smal gång fram till en säng, liksom och det är skitigt ... Jag tänker så här: Alltså, hur ska man klara av bara det. Att byta den ... alltså. "Ja, men vi ska byta den!", säger hon då. "Den ska vi byta till en annan lägenhet i ett annat område, där inte folk känner oss och vet att vi är missbrukare". Och jag tänker liksom bara att *projektet* att byta lägenheten kommer ju att bli övermäktigt, tror jag. Men vi får ju ta ett steg i taget nu. Hon vill ju det här.

Dom skulle åka till Portugal i en vecka. Det var en jädra tur dom inte hann dit. Ja, lite oralistiska planer, va. Hur sjutton ska dom där två fullblodsalkoholisterna, måste jag säga, hur ska dom klara en resa ner till Portugal? Det hade ju blivit ambassaden hem. Kanske ambulans-transport hem. Tror jag.

Trots de grava missbrukarnas bristande rehabiliteringsmöjligheter är merparten av de intervjuade socialsekreterarna relativt nöjda med det befintliga behandlingsutbudet. Det beskrivs som brett och adekvat i förhållande till klientelet. Den kritik som ändå förekommer riktar sig mot frånvaron av resurser för att utnyttja det goda vårdutbudet samt mot bristen på avgiftningsplatser och insatser för psykiskt sjuka. Flera önskar att landstinget kunde göra mer för att tillgodose missbrukarnas ökade behov av medicinsk hjälp. Man menar att de idag nekas avgiftningsvård alternativt skrivs ut alltför tidigt.

Likaså uppmärksammas en brist på insatser som accepterar att missbrukarna befinner sig i aktivt missbruk (till exempel "lågtröskelboenden"). Mot bakgrund av detta förefaller det inkonsekvent att socialsekreterarna samstämmigt fördömer "tak-över-huvudet-

garantin” som infördes i Stockholms stad under 1999.<sup>22</sup> Denna, menar man, gör det omöjligt att ställa krav på klienterna som kan missbruka på dagarna för att sedan mot en låg egenavgift skaffa sig tillfällig logi på natthärbärgen. De behöver således inte ha stadigvarande kontakt med socialtjänsten för att garanteras akuta boenden.

Jag tycker definitivt inte att det är bra nu. Nu lämnas dom ju väldigt mycket vind för våg, tycker jag. (...) Nu har mitt hatobjekt nummer ett, Kristina Axén Olin (f.d. moderat socialborgarråd), infört ”tak-över-huvudet-garantin”, och det är ju bra (ironiskt). För då behöver dom inte ha kontakt med socialtjänsten. Då kan dom gå varje natt och ta sig tak över huvudet, på vinter och höst och så. Dom behöver inte ta kontakt med oss om dom inte vill.

En tolkning av varför detta system inte anses likvärdigt med ett fullt utvecklat ”lågtröskelboende” kan vara att det är ”fel” klientgrupp som utnyttjar systemet. ”Tak-över-huvudet-garantin” resulterar i att grava och inkapabla missbrukare, som i annat fall skulle vara mottagliga för påverkan och motivationsarbete, exempelvis heroinister, kan missbruka ostört utan att behöva ansöka om socialtjänstens villkorade bistånd.

## Sammanfattning

Denna del av rapporten har bland annat visat att klienterna aktuella för LVM-anmälan/-utredning anses ha olika typer av problematik och erbjuds olika typer av hjälpinsatser. Alkoholkronikerna anses av socialsekreterarna vara ovilliga till förändring och förutsätts därför ha mycket små möjligheter att lämna missbrukarlivet. Heroinisterna däremot sägs vilja sluta med sitt missbruk men vanligtvis sakna förmåga att göra det. Socialsekreterarna arbetar under stor press att hålla vårbudget och försöker på alla sätt att ordna alternativ till vad man anser vara dyra vistelser på LVM-hem. De prioriteringar som beskrivs kan tolkas vara grundade på prognostiseringar av klienternas rehabiliteringsmöjligheter.

I arbetet med LVM har handläggarna stort inflytande över bedömningar och beslut. Däremot är det chefer och politiker som

<sup>22</sup> ”Tak-över-huvudet-garantin” innebär att hemlösa som kontaktar socialtjänsten före kl 24.00 erhåller nattlogi, under förutsättning att de inte kan ordna sådan på egen hand. ”Garantin” är dock inte generell utan villkorad. Den gäller inte ”den som är störande, drog-påverkad eller tillfälligt ’spärrad’ från boende” (utdrag ur Socialtjänstförvaltningens folder, nov. 2001).

har det slutliga ansvaret för vilka insatser som erbjuds vilka missbrukare. Detta uppfattas i allmänhet vara bekvämt eftersom socialsekreterarna på så sätt slipper ta personligt ansvar för eventuella felbedömningar. Däremot resulterar förvaltningarnas besparingsiver i att man ibland är kritisk till att överordnade sätter ekonomin i första rummet och klienternas vårdbehov i det andra.

Behandling för de grava missbrukarna beskrivs som bromsmedicin snarare än som vaccination. De "LVM-mässiga" förutsätts om och om igen ta del av hjälpinsatser som skall fungera primärt livräddande och sekundärt rehabiliterande. Handläggarna är skeptiska till tvångsvårdens motiverande och rehabiliterande kapacitet och säger sig ta till tvångslösningar enbart när frivilliga alternativ är fruktlösa och klientens hälsa är akut hotad. Samhället anses slutligen ha begränsad möjlighet att ta emot förändringsbenägna missbrukare. Socialt utsatta och självdestruktiva människor befinner sig ofta i moment 22-situationer där de behöver vara nyktra/drogfria för att kunna få adekvat hjälp att bli det.

### 3. Handläggningsarbetet

I denna del beskrivs och analyseras grunderna för vårdbedömningar, hur LVM-ärenden aktualiseras, hur missbrukarens samtycke värderas samt vilka handläggningsstrategier som används.

#### Vårdbedömningsarbetet

Ovan redovisades uppfattningen att heroinister ofta vill förändra sig men saknar förmågan. Intervjumaterialet exemplifierar dock inställningen att den grundläggande viljan kan uppträda i många olika skepnader, ibland t.o.m. fördunklad till oigenkännlighet. Det handlar då om missbrukare som av olika anledningar och i olika livsfaser har förlorat den allmänmänskliga motivationen att skaffa sig ett bra/bättre liv.

Nedan beskrivs fyra olika sorters vilja, det vill säga *genuin ovilja*, *korrupt ovilja*, *korrupt vilja* och *genuin vilja*. Dessa begrepp används som analysredskap senare i framställningen och grundar sig på socialsekreterarnas redogörelser för klienter/ärenden. De skall inte ses som permanenta egenskaper hos vissa människor utan som stadier som man kan pendla mellan på ett tänkt kontinuum.



Ett exempel på *genuin ovilja* är när personen har levt i social misär så länge att några alternativ inte ens går att föreställa sig. Ett annat att han/hon helt har förlorat verklighetsuppfattningen genom psykisk sjukdom eller alkoholrelaterad demens. Oavsett bakomliggande orsaker beskrivs missbrukare med denna inställning, till exempel alkoholkroniker och s.k. dubbeldiagnoser, vara bland socialtjänstens mest hopplösa klienter. Dessa hjälper man genom skadereducerande insatser eller genom att i nödsituationer "lirka" in dem i omvårdande behandling.

Ett tillstånd som liknar oviljan ges här beteckningen *korrupt ovilja*. Detta avser personer som säger sig sakna motivation till förändring men som skulle ha goda förutsättningar att börja vilja och i vissa fall även omsätta viljan i praktisk handling. Det kan vara unga människor som är förblindade av narkotikans positiva egenskaper och en uppfattad händelserik tillvaro, men också missbrukare i allmänhet som har blivit tillfälligt sinnesförvirrade på grund av ett kraftigt alkohol-/drogintag. Ytterligare en klienttyp som socialsekreterarna beskriver som *korrupt ovilliga* är heroinisterna. Samtliga dessa grupper av människor kan antas återfå sin strävan efter förändring så småningom, företrädesvis efter att ha blivit ordentligt avgiftade eller kommit in i behandling.

Ett tredje tillstånd präglas av att missbrukaren säger sig vara motiverad till förändring, men att detta bara är en jargong som används för att vinna personliga fördelar; till exempel för att bli lämnad i fred eller möjliggöra socialtjänstens ekonomiska bistånd. Här betecknas det med termen *korrupt vilja*.

Till sist finns i intervjumaterialet resonemang kring människor som har en *genuin vilja*, som är beredda att offra sina invanda missbrukarliv till förmån för en tillvaro utan alkohol/narkotika samt utan garantier om meningsfull sysselsättning och gemenskap. Ofta handlar det om personer med någorlunda god social förankring. Dessa ser till att få hjälpinsatser inom missbrukarvården och blir utan större ansträngning eller svårighet påverkade i rätt riktning, dvs. tillbaka till det "normala" livet utan inslag av överdriven självdestruktivitet.

Det som förenar samtliga fyra tillstånd är att socialtjänstens eftersträfvade lösning på den grundläggande problematiken utgörs av frivilliga eller påtvingade hjälpinsatser inom missbrukarvården. Som diskuteras nedan är det emellertid inte så enkelt att enbart klientens grad av förändringsvilja har betydelse för valet av vårdform. I stället visar intervjumaterialet att ekonomiska resurser, och i för-

längningen klientens fysiska/psykiska hälsa, är viktigare i socialsekreterarnas bedömningar av vem som skall erbjudas vad.

Enligt lagstiftningen kan det faktum att missbrukaren utgör en fara för sig själv eller andra (skadeindikation) eller att han/hon riskerar att förstöra sitt liv (social indikation), ligga till grund för tvångsomhändertaganden, förutsatt att det också föreligger ett fortgående missbruk (generalindikation). Om socialsekreterarnas resonemang hårdnas faller dock dessa indikationer bort till förmån för hälsoindikationen och den eventuella förändringsviljan. Det är dessa faktorer som anses ha störst betydelse för ställningstagandet om hjälpinsatserna kan komma till stånd frivilligt eller under tvång. Med detta som utgångspunkt är det möjligt att i en fyrfältstabell ange socialsekreterarnas alternativa val med utgångspunkt i missbrukarens hälsotillstånd och förändringsvilja (tabell 3).

Tabell 3. Socialsekreterares val av insats med utgångspunkt i missbrukarens hälsotillstånd och förändringsvilja<sup>23</sup>

<b>God hälsa</b>	<b>1</b> (LVM), (SoL)	<b>2</b> (SoL)
<b>Dålig hälsa</b>	<b>3</b> LVM	<b>4</b> SoL, LVM
	<b>Ovilja</b>	<b>Vilja</b>

Tabellens två dimensioner (hälsa och vilja) ger underlag för fyra bedömningssituationer.

<sup>23</sup> Begreppet *val av insats* innebär en förenkling. För det första väljer inte socialsekreterare på egen hand vilka vårdformer som skall tillämpas och för det andra är det av olika anledningar inte säkert att just deras val realiseras i slutändan. Här används det för att illustrera att handläggarnas bedömning är av stor vikt för utgången av ärendena.

**Fält 1** betecknar god hälsa och ovilja vilket gäller huvudsakligen för unga narkomaner samt medelålders alkoholmissbrukare med viss social förankring som klarar sina liv på egen hand någorlunda bra, trots knarkandet eller det omåttliga drickandet. Här kan LVM aktualiseras av anhöriga som anser att något måste göras för att inte missbrukarens liv inom kort skall vara ödelagt. I dessa fall kan bedömningen göras att tvångsvården är tillämplig och adekvat, till exempel om personen är ung eller har mycket att riskera (i form av arbete, bostad eller relationer) om missbruket tillåts fortgå utan myndigheternas inblandning. Enligt socialsekreterarna händer det att dessa klienter blir så förvånade över att tvångsinsatser överhuvudtaget kan bli aktuella att de accepterar någon typ av frivillig insats enbart i syfte att slippa ett omhändertagande. Vanligare tycks ändå vara att dessa personer av resursskäl lämnas ifred av socialtjänsten till dess de gått ned sig djupare i missbruket, varför LVM-vård är satt inom parentes i tabellen. Samma sak gäller för insatser på frivillig väg enligt SoL vilka blir otänkbara då klienten inte uttrycker vilja till förändring.

**Fält 2** anger god hälsa och vilja. Här handlar det om personer som söker socialtjänstens hjälp när de inser att de faktiskt har alkohol-/drogproblem, utan att för den skull vara nära döden eller ha förvärvat svåra missbruksrelaterade skador. De kan ha förlorat arbete och bostad eller dragit på sig stora ekonomiska skulder, och insett att de behöver hjälp att bryta den i längden ohållbara livsstilen. I sådana fall är insatser enligt LVM otänkbara medan frivilliga är tänkbara, dock inte självklara. Det som enligt socialsekreterarna i slutändan bestämmer huruvida hjälp bekostad av socialtjänsten kan bli aktuell för denna typ av missbrukare är rådande besparingskrav och prioriteringsordningar. Dessa faktorer talar dock vanligtvis mot att gruppen erbjuds en genomgripande (och kostsam) frivillig vård, varför SoL är satt inom parentes också i denna tabellruta. Det som eventuellt kan bli aktuellt är öppenvård i förvaltningens egen regi eller tidsbegränsat deltagande i så kallat tolvstegsprogram. Då dessa behandlingsformer är vad som kan erbjudas finns vanligtvis ingen möjlighet för klienten att överklaga beslut om bistånd av denna typ.

**Fält 3** anger dålig hälsa och ovilja till förändring. Det rör sig då om "typiska LVM-ärenden" i vilka missbrukaren riskerar sitt liv på grund av självdestruktiviteten samt helt har tappat möjligheten att föreställa sig och sträva efter ett nyktert/drogfritt liv. I dagsläget beskrivs denna grupp ständigt vara föremål för myndigheternas

hjälpinsatser och kontroll. De utgörs företrädesvis av äldre socialt utsatta kroniska alkoholister samt missbrukare i allmänhet med omfattande psykiatrisk problematik.

Fält 4 betecknar dålig hälsa men vilja till förändring, vilket socialsekreterarna anser förekomma bland heroinister med långvarigt missbruk bakom sig samt bland grava alkohol-/blandmissbrukare som lever mycket självdestruktivt utan att ännu ha hamnat på natt-härbärgen eller parkbänkar. De har något kvar att kämpa för (livhanken när det gäller heroinister och någon typ av positiv livsaspekt när det gäller övriga) och har därför inte kvalificerat sig till dem som socialsekreterarna betecknar som "hopplösa fall". Vidare åker gruppen ut och in på avgiftningskliniker, har tät kontakt med socialtjänsten och klarar att år efter år hålla sig vid liv bara för att (ovilligt) fortsätta missbruket. I valet mellan påtvingade och frivilliga hjälpinsatser föredras naturligtvis de senare. Till skillnad från tvångsvård kan frivillig vård enligt socialsekreterarna fungera långsiktigt, även om de grava missbrukarna förväntas genomgå flera behandlingar innan det goda "fröet" växer och till slut bär frukt. Också LVM tycks dock fylla en funktion i denna grupp, framförallt bland heroinisterna. Intervjupersonernas föreställning är att dessa missbrukare återigen blir hela människor med en naturlig motivation och förmåga att sträva efter det "rätta" i livet när drogerna väl tvingats ur kroppen.

Denna schematiska bild av vilka klienttyper som är förenade med vilka bedömningar ger att fälten 1 och 2, dvs. god hälsa oavsett grad av förändringsvilja, sällan resulterar i att klienten beviljas någon typ av missbrukarvård, särskilt inte institutionsbaserad sådan. Detta på grund av besparingskrav. En sådan slutsats innebär en förenkling eftersom det givetvis förekommer att även missbrukare med någorlunda god hälsa erbjuds socialtjänstens insatser efter bedömning av deras vårdbehov. Vad den däremot pekar mot är socialsekreterarnas allmänna övertygelse om att det i dagsläget är hälsoindikationen (4 § punkt 1) som väger tyngst i valet mellan några, inga, frivilliga eller påtvingade insatser. Den tydliggör också att alkoholkronikerna och heroinisterna, dvs. tvångsvårdens två vanligaste klientgrupper enligt intervjupersonerna, är förknippade med två olika bedömningssituationer.

De förra sägs enligt socialsekreterarna kunna inordnas under fält 3, som gäller situationer där klienten har dålig hälsa och är ovillig till förändring. Här kommer LVM i fråga som en nödlösning enbart för att säkra alkoholkronikerns överlevnad. Då fundamentet

för handläggningen av liknande ärenden utgörs av skadereducering blir det sällan aktuellt med någon typ av frivillig och förutsatt rehabiliterande insats. Det som kan erbjudas är hjälp med tillfälliga lösningar på missbruksrelaterade sociala och somatiska problem.

De senare däremot, heroinisterna, inordnas enligt handläggarna vanligtvis under fält 4. De har dålig hälsa, eller riskerar t.o.m. att dö, men bedöms ha en genom avgiftning väckbar vilja till förändring. LVM utgör inte sällan en akut åtgärd för att hindra klienten från att ta livet av sig genom missbruket, men kan också avses fungera som en första länk i en längre planerad vårdkedja. En länk som ibland förordas också av heroinmissbrukaren själv.

### LVM som akutlag

Socialekreterarna beskriver alltså att de använder LVM företrädesvis som en nödlösning man väntar in i det sista med att ta till. Denna handläggningsstrategi tycks ha sin grund i att stadsdelsförvaltningarnas ekonomiska resurser i allmänhet inte medger beviljandet av dyra institutionsvistelser i chanstagnings- eller preventivt syfte. Det bör dock understrykas att LVM skulle kunna användas i många fler fall än enbart när missbrukaren är på väg att dö. Så länge klienten har ett dokumenterat fortgående missbruk och samtidigt vägrar delta i eller misslyckas med frivillig vård, finns nämligen möjlighet att basera en ansökan om LVM-vård på den s.k. sociala indikationen enligt vilken missbrukaren löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv (4 § punkt 2). Indikationen bygger på en subjektiv riskbedömning om missbrukarens fortsatta livsföring.<sup>24</sup>

Sådana beslut inrymmer större risk för godtycklighet än när tvångsomhändertagandet görs med hänvisning till ett kraftfullt läkarintyg. Denna omständighet har säkerligen sin grund i svårigheten att objektivt definiera vad som utgör ett "normalt" socialt liv samt att säkerställa att det är missbruket som leder till socialt förfall och inte vice versa. Vidare måste den sociala utredningen ställa en trovärdig prognos som anger att utvecklingen kommer att fortsätta att vara negativ såvida inte myndigheterna ingriper med tvångsåtgärder, samt argumentera för att LVM-vård utgör en lösning på de ovilligas men fortfarande resursstarkas problematik.

<sup>24</sup> I förarbetena (prop. 1987/88:147) framgår att den sociala indikationen bland annat tar sikte på yngre missbrukare som ännu inte fått fotfäste på arbetsmarknaden, och att denna indikation skall kunna användas när det fortfarande bedöms möjligt att bryta en destruktiv livsföring.

Samtliga dessa bedömningar kräver något som socialsekreterarna säger sig sakna; dvs. förmåga att objektivt definiera begreppet "normalt", att säkerställa orsak och verkan när det gäller missbruksproblematik, att sja om framtida behandlingsresultat samt att hysa tilltro till LVM-vårdens möjlighet att medverka till positiv förändring.

En eventuell rädsla för godtycklighet i beslutsprocessen utgör dock bara en tänkbar anledning till att ansökningar om LVM idag verkar reserveras för missbrukare som är döende eller som befinner sig i en livshotande situation. Vidare skulle obenägenheten att tillämpa sociala indikationen kunna bero på att beslut av denna typ bygger på att missbrukaren riskerar att förlora något han/hon fortfarande har kvar. Som framgår ovan anser inte socialsekreterarna att LVM är en adekvat lösning i sådana fall. Eftersom det då finns ett socialt fundament att stå på, som i sig är gynnsamt ur rehabiliteringssynpunkt, *kan* i stället någon sorts frivillig vård bli aktuell. Om klienten ändå vägrar väntar handläggarna i dessa fall hellre på förfallet än griper in med tvångsåtgärder.

Alltså det var ingen som kände till henne överhuvudtaget. Hon hade eget hus, hon hade egen bil, liksom det fanns inte så mycket tecken. Förutom när den här läkaren gjorde den bedömningen och att anhöriga verkade ju va oroliga. Och det blev ju så ... då måste man ta den frivilliga vägen först. Och sen när hon då inte kom, så stramade vi ju åt mer och mer. Och det fungerade ändå inte och så blev det ju LVM sen.

Resonemangen ovan om ekonomins betydelse för valet av vårdform stöds av utvecklingen på samhällsnivå med allt färre tvångsvårdade missbrukare i allmänhet och tvångsvårdade alkoholister i synnerhet.<sup>25</sup> Att sedan just den sistnämnda gruppen, och inte narkomanerna, har blivit allt mindre representerad inom tvångsvården kan tänkas bero på att de senares missbrukssituation, präglad av potentiella överdoser och kriminalitet, framstår som mer akut. Det kan dock också vara så att narkotikamissbrukare, och särskilt heroinister, anses ha större såväl omedelbar som långsiktig nytta av ett tvångsomhändertagande.

Förutom att stadsdelsförvaltningarnas snäva budgetramar minskar deras möjlighet att tillämpa LVM i chanstagnings- och/eller preventivt syfte verkar socialsekreterarna vara obenägna till detta också på grund av ett så kallat matchningstänkande. Det sistnämnda innebär att de försöker "matcha" rätt insats till rätt klient

---

<sup>25</sup> Se t.ex. Socialstyrelsen (2002).

och att de därmed, t.o.m. i potentiella tvångsvårdsärenden, bedömer att vissa missbrukare inte lämpar sig för institutionsplaceringar, särskilt inte påtvingade sådana.

Och det var det vi tänkte, att en direkt vanlig missbruksbehandling skulle aldrig ha gått på henne. Oavsett om det var tvångsvård eller inte, om du förstår. I och för sig hade hon ju inte kunnat dricka där, men det hade ju inte hjälpt henne, utan det skulle, bedömde vi det som, bara bli sämre. Hon skulle bli fruktansvärt arg och kränkt och allt det här. Så att ett frivilligt ställe *hade* vi tänkt oss då. Och det pratade vi om. Men hon tyckte att hon behövde ju ingen hjälp och vi var tjugiga och det var eländes elände på alla sätt.

Alltså, vi har under alla dessa år pratat med henne, och gör fortfarande, om de olika behandlingshem som finns. Familjevård. All tänkbar öppenvård och hon bara slår ifrån sig med näbbar och klor. Hon vill ju inte ens höra talas om det. Och hon har försökt nån tolvstegsbehandling. Men dom sa ju det också att: "Hon kan inte tillgodogöra sig det här." Hon har alltså inte den ... hon är ju ... hjärnskadad, antar jag. (...) Så jag vet inte vad vi ytterligare skulle kunna erbjuda henne. Det kan inte jag se, eftersom hon är negativ till all form av institutionsvård och öppenvårdsbehandling. Hon vill bara inte höra talas om det. Och det är heller ingen som tror på att hon klarar det. Utan den nivå som vi har tyckt är ju det här med hemstöd och alkoholtvården.

Socialsekreterarna hävdar inte explicit att denna typ av handläggning bygger på ett matchningstänkande. Trots det förefaller det troligt att liknande bedömningar av vilka missbrukare som är lämpliga för vilken behandling utgör en av anledningarna till senare års minskning av antalet LVM-vårdade i allmänhet och LVM-vårdade alkoholkroniker i synnerhet. Ekonomin tvingar socialsekreterarna att välja vem som skall bli föremål för insatser enligt LVM bland flera aktuella "LVM-mässiga" missbrukare. Klienterna som i slutändan blir utvalda är, om resonemanget dras till sin spets, de som på inga villkor kan överleva på annat sätt, som bedöms egentligen vilja få ordning på livet (dvs. vara *korrupt ovilliga*) och som kan tänkas ha åtminstone en viss chans att dra långsiktig nytta av den påtvingade avgiftningen, inlåsningen och behandlingen.

Som beskrivs ovan stämmer denna karakteristik i allmänhet in på heroinmissbrukare men inte på alkoholkroniker. De senare hävdas i stället vanligtvis kunna klara livhanken med hjälp av mindre ingripande insatser som kortare avgiftningar och akuta stödboenden, de anses vara genuint ovilliga till förändring och ha mycket små chanser att uppnå ett nyktert liv med ordnade sociala förhållanden.

Matchningstänkandet finns således i det att LVM anses vara en god nödlösning för vissa missbrukare men en mindre bra sådan för andra.

### Aktualisering av LVM-ärenden

LVM-utredningar öppnas antingen på socialtjänstens eget initiativ eller som ett resultat av anmälan enligt 6 § från polismyndighet eller läkare. Dessa två scenarier har olika särdrag när det gäller handlägningsarbetets förutsättningar. I de förra fallen är missbrukaren känd av stadsdelsförvaltningen som startar utredning efter att in i det sista ha väntat på en förbättring. I de senare är det i stället andra aktörer som gör socialsekreteraren uppmärksam på situationens allvar, oavsett om missbrukaren är känd eller inte, varför LVM-utredningen vanligtvis öppnas omgående med syftet att kontrollera om uppgifterna är riktiga. Det kan naturligtvis hända att socialtjänsten ändå har en pågående planering som anmälaren inte känner till.

Karakteristiskt för socialsekreterarnas resonemang om denna ärendefas är att bedömningarna av när utredning skall startas framställs som enkla och oproblematiska, även om det senare kan vara svårare att fatta själva beslutet om tvång eller frivillighet. När klienten är känd vet man oftast vilken typ av problematik som externa anmälningar indikerar och vilket agerande som är lämpligt från socialtjänstens sida i denna fas. Det kan då röra sig om alkoholister som lever hyfsat välordnat med hjälp av stödinsatser men som periodvis tar grava återfall i missbruk. Dessa kan inträffa i samband med utbetalningar av pension eller socialbidrag, och resultera i att missbrukaren blir omhändertagen för fylleri av polisen eller söker vård på sjukhus. LVM-anmälningarna som sedan blir följden emottas av socialtjänsten med ett: "Jaha, så var det dags igen!"

Han går in på Mariapolikliniken och får hjälp med avgiftningen. Och sen återvänder han till inackorderingshemmet. Och så vet vi att han är där tills han får nästa period. Han är nästan nån form av periodare. (...) Nej, men den här killen behöver man *inte* ta LVM på. (...) Men han förstår säkert på sätt och vis att han blev LVM-anmäld när han kom in till Mariapolikliniken gång på gång i så dåligt skick. Men ... nej, vi diskuterar inte så mycket LVM för jag vet ju varje gång att det blir ju inget. Vi klarar att hantera det där ändå, faktiskt.



Gäller det för socialtjänsten kända klienter, som inte brukar gå ned sig så djupt i missbruk och självdestruktivitet, aktualiseras LVM som en tillfällig räddningsplanka. Den ordinarie insatsnivån som godtas av klienten, samtidigt som den håller honom/henne i ett någorlunda gott socialt/fysiskt/psykiskt skick, har visat sig otillräcklig. Vid denna tidpunkt öppnas LVM-utredning under förvåning med ett: "Att det skulle gå så här långt!"

Han har haft ett dagligt missbruk hela sitt vuxna liv av heroin. Men i princip aldrig när han kommer hit så ser han påverkad ut. Men det som hände väldigt markant under den här tiden, utredningstiden, var att han började se påtagligt nergången ut. Så har det inte sett ut i kontakten med honom tidigare, under dom här fyra fem åren. Inte ens när vi tog det förra LVM:et. Så för mig var det en ganska markant skillnad och det ledde ju också till att det var jag som initierade LVM-utredningen. Det var inte så att det kom in nån anmälan eller så. För det kommer aldrig in några anmälningar på honom. Vare sig från polis eller sjukvård. Han rör sig inte så. Han dyker inte upp liksom. Han går inte in på avgiftning. Alltså, han rör sig i sin egen sfär. Man kan säga så här: Hade jag valt att blunda, eller hade tänkt att: "Ääääh" ... Eller vad man nu kan tänka, så hade det säkert inte blivit nåt. Eller om läget hade varit ett annat rent organisatoriskt, så att jag inte hade haft honom aktuell så här länge. Men det var ju för att jag kände att det här är liksom ett nytt skede med *honom*. Så här dålig är inte han normalt när han missbrukar.

När LVM-anmälningar i stället inkommer kring okända klienter vidtas standardåtgärder för att få dem tillgängliga för bedömning. Det kan röra sig om att informera personal som bedriver uppsökande verksamhet, vilka i sin tur kan vidarebefordra informationen till den LVM-anmälde själv, eller att via brev/telefon söka få honom/henne att komma till socialkontoret. Anmälningar av denna typ tycks av socialsekreterarna tas emot med ett: "Hur var det här då?"

Hon hade gjort LVM-anmälan i X-kommun där hon bor. Hon hade gått in på socialtjänsten där och anmält att hon var så orolig för sin syster. Och dom hade tagit det som en LVM-anmälan. Och den kom hit och den här tjejen var ju inte aktuell här. Så vi visste ju ingenting om henne. Vi visste ju inte vem hon var, ingenting. Och sen så startade vi ju utredning då, och lade en handräckning till läkarundersökning. Och då blev hon ju också efterlyst hos polisen. Och sen larmade vi uppsökarna. (...) Och ingen visste vem hon var. Och det gick ju *jättelång* tid innan vi överhuvudtaget fick tag på varann. Jag kommer inte ihåg nu exakt, men det var månader. Vi var på väg att skriva av den här LVM-anmälan, för den var ju för *gammal* till slut.

Som framgår kan en svårighet med okända klienter vara att det kan ta tid innan någon kontakt etableras. Detta behöver dock inte innebära något större problem eftersom besparingskrav medför att socialsekreterarna inte kan "leta med ljus och lykta efter dom som skall få LVM". Man gör det som är möjligt för att få missbrukaren att ge sig till känna och när ansträngningarna inte ger avsett resultat avskrivs LVM-anmälningen. Då har förvaltningens tjänstemän gjort vad som är möjligt för att hjälpa till och kan avsluta ärendet utan att ha begått något fel.

Den avgörande svårigheten med okända klienter som socialtjänsten till slut ändå får kontakt med är i stället att de är just okända. När socialsekreterarna saknar en relation till missbrukaren, och inte har någon som helst erfarenhet av hur han/hon brukar reagera på LVM-anmälningar samt eventuella tvångsomhändertaganden, är det svårt att göra en adekvat bedömning.

Många av de intervjuade socialsekreterarna återkommer till att relationen – eller avsaknaden av en sådan – hade en avgörande betydelse för hur ärendet handlades. Oavsett om LVM-anmälan/-utredningen resulterar i avskrivning eller ansökan om tvångsvård tycks kännedom om missbrukaren göra det enklare att komma fram till ett vettigt beslut. God kunskap ökar möjligheten att matcha rätt insats till rätt person och en förtroendefull relation underlättar arbetet med att också motivera honom/henne att tacka ja till erbjudandet om hjälp.

Den viktigaste fördelen med en god klientrelation när det gäller just LVM-ärenden måste dock ses i skenet av socialtjänstens besparingskrav. Av ekonomiska skäl, men också vårdideologiska, är utgångspunkten för handläggningsarbetet att undvika tvångsåtgärder. Detta resulterar i att de "LVM-mässiga" in i det sista ges chansen att ordna upp situationen frivilligt. Socialsekreterarna "segar" på ärendet tills gränsen är nådd och det är i denna fas man har särskild nytta av att känna till hur missbrukaren fungerar. Man kan i förväg ha en aning om när frivilliga insatser är uppenbart utsiktslösa och när tvångsomhändertagandet är oundvikligt.

Han var så himla sjuk och vi kände honom, att han inte skulle gå med på något frivilligt. Han hade ju inga *problem*, så han ville ju inte gå in frivilligt på något behandlingshem. För han hade ju inga ... Det var hans upplevelse. Han sa det. Så det gick inte. "Vad skulle han bo där för?" Han ville ha ett boende och så vidare. Han accepterade inte frivilliga insatser och han var så pass sjuk. Och ett pågående missbruk, så att det ... Nej, det var nog, vad jag minns, inga tveksamheter.

Alltså, det handlar om bedömningar hela tiden. Vad är till skada? Vad är till nytta? Vad kan vara till mest nytta för den här personen och var går gränsen? När kan man tänka sig att alla frivilliga försök är uttömda? Och att ha tålmod, tror jag det handlar om mycket. Och det har ju visat sig med henne då. Det kan man ju inte säga att det är så jämt, men med henne var det ju bra på nåt sätt, att vi hade tålmod. Eller att hon kanske hade fått komma på LVM-vård och sen att vi hade gått vidare med en paragraf 27:a till Norrland. (...) Jag tror att det handlar *väldigt* mycket om personkänedom. Och att *hon* litar på att hennes handläggare vill henne väl. Och att även boendestödjaren fyller en viktig funktion. Dom har liksom den här vardagskontakten. Hemma hos henne då.

Ett sätt att säkra överlevnaden under en i tid utdragen LVM-utredning är att låta boende- eller hemstödjare kontrollera klientens fysiska/psykiska status. Dessa har kontinuerlig kontakt med den "LVM-mässiga" missbrukaren och larmar när utvecklingen går åt fel håll. Detta arrangemang, som gör det möjligt för socialsekreterarna att ha "is i magen", beskrivs som naturligt och kostnadseffektivt eftersom det ofta redan pågår en insats av denna typ. Ärendet kan fortgå som vanligt med den skillnaden att man har mer uppsikt och är förberedd på att ett omhändertagande kan bli aktuellt.

### Hot om tvång

Oavsett hur ärendet aktualiseras, om klienten är känd eller inte och om det föreligger möjlighet att invänta missbrukarens eget beslut att gå in i behandling, fyller öppnandet av LVM-utredningen enligt socialsekreterarna en viktig funktion i att den sätter press på klienterna att "rycka upp sig". Rädslan för ett eventuellt tvångsomhändertagande gör att missbrukaren får incitament att ta del av frivilliga insatser eller förändra sig på annat sätt.

Som tidigare nämnts anser merparten av socialsekreterarna att hjälpinsatser inom ramen för missbrukarvården är goda i sig, oavsett vilka skäl missbrukarna har för att eftersträva dem, och därför innebär det inte ett problem att t.o.m. de *genuint ovilliga* accepteras. Alternativet, att låta dem gå ned sig ännu djupare i missbruk och social misär, kan på sikt resultera i dödsfall eller att rekvisiten för den dyrare tvångsvården uppfylls. Då dessa scenarier vill undvi-

kas utgör möjligheten att hota med omhändertaganden en välkommen konsekvens av tvångslagstiftningen.

Och det *gick* inte att få henne att bryta. Och då ... ja, då fick hon ju information att om hon inte tog emot frivillig vård, hon hade väl till veckans slut tror jag, att då startar vi en paragraf sju. Jag var där och informerade henne om det. Och alltså ... hon blir lite ... det betyder nånting för henne, när man öppnar en "sjua". Det är som att hon ändå på nåt sätt kvicknar till. Att man kan nå henne lite, lite grann. Och i det här fallet så var det så att det gick ju inte med en gång, att hon slutade att dricka, men det var inte särskilt långt efter det. Jag tror att det var ett par dar till som hon drack och sen så gick det att få henne till läkarmottagningen.

Även om socialsekreterarna inte alltid uttrycker LVM-hotet explicit så beskrivs samtliga parter vara medvetna om att LVM-anmälningar/-utredningar resulterar i att det då är missbrukarens tur att visa vad han/hon går för. I andra skeden av ärendet har klienten kunnat kritisera socialsekreteraren för uteblivna eller inadekvata förslag till lösning av problematiken, som i sin tur har tvingats vänta på att klienten skall acceptera insatserna som står till buds. Det som var köparens (dvs. klientens) "marknad" blir i samband med LVM-aktualiseringen i stället säljarens (dvs. handläggarens).

Hot om LVM framställs alltså som en ofrånkomlig del av handläggningsarbetet eftersom lagstiftningen existerar och formellt sett är obeveklig. Oavsett hur enskilda tjänstemän eller missbrukare ser på tvångsvårdens eventuella möjligheter och problem skall den realiseras när rekvisiten är uppfyllda. Detta innebär att tvångslagstiftningen blir ett tveeggat svärd som kan utgöra ett hot för såväl klient som socialsekreterare.

För socialsekreterarna är det positivt att deras LVM-hot ofta är effektiva när det gäller att få klienterna att acceptera frivilliga insatser, men givetvis mindre bra att detta inte sällan tyder på *korrupt vilja* (se ovan), dvs. på strävan att undvika tvångsvård som man är ännu mindre intresserad av. I slutändan anses det dock vanligtvis vara bättre med *någon* hjälpinsats än *ingen*. Missbrukarna överlever, vilar upp sig och blir förhoppningsvis mer motiverade under själva tiden i missbrukarvård.

Ja, själv vill man inte ansöka om LVM:et heller egentligen. Men ändå så startar man ... dels utifrån att man kanske måste också, utifrån dom här indikationerna som har varit. Kanske tunga läkarintyg från Mariapolikliniken och så där. Och då har man det med sig sen när man inför den här personen ska förklara vad LVM är. För jag menar, det är ju ett

frihetsberövande och det vill man ju kanske inte. Så då blir det ju lite, vad ska jag säga, frivillighet under tvång. Då kan det ju va en hjälp. (...) Vi berättar att vi startar utredningar ... att man måste ansöka om LVM om man inte går med på nån form av frivillig åtgärd. Men har dom nu egna idéer om vad den frivilliga åtgärden kan bestå av ... det är oftast då tycker jag det funkar bäst. LVM funkar nästan bäst när man inte behöver ansöka om det. Nej, jag vet inte. Det låter konstigt men.

Klienterna själva kan emellertid också hota med tvångsvård. En socialsekreterare beskriver ett sådant tillfälle och förmedlar samtidigt viss häpnad inför detta. Därmed framgår att missbrukarna ibland gör så, men att denna typ av hot är ovanligare än socialsekreterarnas och ses som normöverträdelser.

Han har varit på tvång förut. Han har varit med så många vändor att till slut gjorde han så *här*, att han ringde till chefen och sa att: "Ja, men ge mig det här behandlingshemmet nu, även om det är dyrare. För det vet du väl vad dyrt det blir om ni ska ta LVM på mig. Men det är klart *vill* du det så kan jag väl liksom dra ett varv till". Så *sa han* till chefen. Men samtidigt så *sa han till mig* när jag pratade med honom och försökte motivera honom att gå in på nånting, att: "Nej, då tar jag hellre livet av mig. Det är det samma som att ... om ni låser in mig där ... det är som ett dårhus. Jag blir tokig om ni låser in mig. Då tar jag livet av mig. Ni ska inte göra det en gång till med mig. Det överlever jag inte."

Av citatet framgår att missbrukaren är rädd för att bli tvångsvårdad på nytt, men tar i förvissning om att så inte kommer att bli fallet chansen att hota med ökad självdestruktivitet i syfte att få till stånd den hjälp han tror på själv. Om målet är att undvika en lika dyr, eller dyrare (vilket oftast är fallet), placering på LVM-institution blir förvaltningen i sådana här sammanhang "tvungen" att tillmötesgå klientens önskan om en specifik typ av behandling.

Ett betydligt vanligare resonemang bland socialsekreterarna är ändå att personer som är föremål för LVM-anmälan/-utredning, och samtidigt säger sig vara villiga att gå in frivilligt i missbrukarvård, ges möjligheten direkt. Dock under förutsättning att de inte kommer att skriva ut sig i förtid eller har satt i system att delta i och avbryta behandlingar för att slippa en länsrättsdom om tvångsvård. Avgörande för möjligheten att "tillåta" frivillig vård sägs i slutändan ändå vara missbrukarens fysiska/psykiska hälsotillstånd. Det råder alltså en samsyn kring att klientens liv och hälsa absolut inte får äventyras i strävan att tillgodose vårdbehovet på frivillig väg.

Det beror ju på i vilket skick personen är i. Hur länge man kan vänta. Jag menar, tillåter den fysiska och psykiska hälsan ... eller om den riskeras allvarligt, som det står i lagen. Det är ju den bedömningen man får göra, om man ska göra ytterligare ett försök med frivillighet. Men ser man att det inte går, då får man ju sätta in tvånget.

Trots socialsekreterarnas inställning att hot om LVM kan vara effektiva och utgör en del av verksamheten, uppmärksammar några att denna typ av rättstillämpning säkerligen inte var avsedd av lagstiftaren. Särskilt inte när LVM-utredningar hålls öppna "för säkerhets skull" trots att klienten skrivits in i frivillig missbrukarvård. Detta arrangemang kvarhåller pressen på missbrukaren och gör det möjligt för förvaltningen att omgående, dvs. så fort han/hon hoppar av de frivilliga insatserna, överväga att ansöka om LVM hos länsrätten.

En av "LVM-experterna", som handlägger samtliga LVM-ärenden på en stadsdelsförvaltning, beskriver dock att man där använder hot om tvångsvård på ett närmast systematiskt sätt. Strategin går ut på att i ett tidigt skede öppna utredning enligt 7 § och sedan se till att en läkarundersökning kommer till stånd. Om missbrukaren inte infinner sig på avtalad tid hos läkare ser man till att det sker genom polishandräckning. På detta sätt blir personen medveten om de tvångsbefogenheter socialtjänsten kan ta till om han/hon inte "rycker upp sig". Dessutom blir det ställt utom allt tvivel om det fysiska/psykiska hälsotillståndet tillåter avvaktan eller om insatser måste sättas in.

I de fall insatser inom ramen för missbrukarvården bedöms vara nödvändiga, ställs missbrukaren inför möjligheten att "frivilligt" infinna sig på ett inackorderingshem i närheten av Stockholm eller att fortsätta missbruket med risk för en kommande tvångsplacering på LVM-institution. Enligt "LVM-experten" brukar de flesta välja det förra alternativet, varför stadsdelsförvaltningens kostnader för institutionsplacering av "LVM-mässiga" människor kan hållas nere.

Dom blir tagna av polisen. Polisen kommer hem och hämtar dom och för dom till läkare, och då tänker dom: "Va fan? Ser dom mig som en jävla alkis, alltså?" Och många av dom vaknar upp också. Jag har ju ungefär strax över sextio stycken ärenden om året och tio procent utav dom tar jag till LVM. (...) Och sen säger jag att: "Ja, det här läkarintyget är så starkt så att det kan jag ta ett LVM på dig med. Men jag tycker att ni två (socialsekreterare och klient) ska resonera om vad ni kan göra för att jag inte ska ta ett LVM. (...) Det är ju det som har dragit ner på tvångsplaceringarna som kostar 2 400 per dygn. Och är det ett omedelbart så kostar det över 3 000. Så det är mycket pengar,

alltså. Och oftast så tar vi dom till Stegsholm. Det är kommunens ställe. Ett inackorderingshem med sysselsättning. Så att dom jobbar därute. Och om dom har varit där i sex månader, så kan dom få ett beredskapsarbete. Så att det kostar oss 400 kronor och sen egenavgiften då på 160. (...) För dom här då som jag tar in på Stegsholm. Då säger jag: "Nu kan du räkna med det här som ett LVM. Du måste alltså stanna där i sex månader. Och ni får göra upp handlingsplan och så vidare."

Uppenbart är att denna strategi går ut på att spara pengar genom att erbjuda "frivillig" tvångsvård på inackorderingshem. I de fall "äkta" tvångsomhändertaganden enligt LVM är oundvikliga finns dock ännu en möjlighet att dra ned på kostnaderna. "LVM-experten" nämner att tvångsvården kan avslutas enligt 25 § LVM utan att klienten informeras.<sup>26</sup> Missbrukaren är placerad på en annan institution inom ramen för § 27-placeringen, men lever i ovisshet om att tvångsvården har upphört. På detta sätt sparas de 400 kronor per dygn som LVM-institutionen annars skulle ha betalt för att behålla platsen under en § 27-placering.

Som framgår innebär en LVM-aktualisering att det ordinarie handläggningsarbetet går in i en ny fas i vilken hjälpinsatser *måste* komma till stånd – till skillnad från *bör*, vilket gäller i vanliga fall – samtidigt som förvaltningens kostnader begränsas. Trots att tvångslagstiftningen på detta sätt är obeveklig skall socialsekreterarna värdera klientens eventuella samtycke kritiskt. Detta gäller särskilt när det finns indikationer om att missbrukarens vilja är *korrump*.

### Missbrukares samtycke och livssituation

Till skillnad från de *genuint ovilliga* klienterna som vanligtvis tackar nej till alla typer av insatser, oavsett vilka konsekvenser detta leder till, hävdas en stor del av dem som står under LVM-utredning vara villiga att gå in i frivillig missbrukarvård för att slippa ett tvångsomhändertagande. Samtliga socialsekreterare i denna studie anser att liknande samtycken till frivillig vård, vilka sker "under galgen", skall värderas med utgångspunkt i hur det har sett ut tidigare. När erfarenheten visar att missbrukaren har för vana att misslyckas i

<sup>26</sup> LVM-vården skall upphöra "när det finns tillräckliga skäl att anta att klienten genom ett eget och mera definitivt ställningstagande uppnått sådan motivation att vården kan övergå i frivilliga former" (Gustafsson 2001, s. 216). Av SiS allmänna råd framgår att klienten skall skrivas ut så snart syftet med vården bedöms ha uppnåtts. Enligt 25 § st. 2 LVM är det föreståndaren för LVM-hemmet som beslutar om utskrivning.

behandling genom att skriva ut eller missköta sig samt återfalla i missbruk omgående efter avslutade insatser, bedöms ofta möjligheten till frivillighet vara uttömd. Det gäller alltså för socialsekreterarna att ha tidigare faser i ärendet väl dokumenterade så att samtycket till missbrukarvård kan värderas retrospektivt.

När det är tydligt att missbrukaren uppvisar en *korrupt vilja* till förändring finns alltså starka skäl att avslå eventuella ansökningar om frivillig vård. Om tidigare behandlingserfarenheter saknas, finns dock möjlighet att visa prov på den uttryckta motivationen till förändring genom deltagande i förhållandevis billiga insatser i socialtjänstens egen regi. Det kan då röra sig om att visa nykterhet/drogfrihet via urinprovstagnning, att regelbundet infinna sig på socialkontor för behandlingsplanering, att sköta ett tillfälligt boende, att ta del av något öppenvårdsprogram eller att vistas och engagera sig i verksamheten på arbetskollektiv eller inackorderingshem.

De "oprövade korten" ges därmed möjlighet att undvika tvångsomhändertaganden, trots att de ofta bedöms sakna den *genuina viljan* till förändring. Oavsett resultatet av liknande frivilliga insatser brukar deras "LVM-mässighet" minska med tiden varför omständigheterna kring ärendet sedermera blir mer normala, utan LVM-anmälningar och risk för missbruksrelaterade dödsfall. Är klientens fysiska/psykiska hälsotillstånd konstant allvarligt kan det i stället bli fråga om tvångsvård. Likaså hävdas att det i slutändan blir oetiskt att låta människor misslyckas med frivillig behandling om och om igen. Då kan det bli aktuellt att ansöka om LVM.

När det gäller alkoholkroniker görs andra bedömningar. Denna grupp, som ofta beskrivs vara genuint ovilliga, men som vid risk för tvångsomhändertaganden ibland kan uppvisa *korrupt vilja*, ges enligt socialsekreterarna helt andra möjligheter att ta del av missbrukarvård i rent omvårdande och inte rehabiliterande syfte. Trots förvissningen att de inom en kortare tidsperiod kommer att vara tillbaka på gatorna i aktivt missbruk beviljas de återkommande vistelser på olika typer av omvårdande institutioner.

Vårt *mål* med honom var ju att han skulle överleva. Och det gjorde han ju lika bra på ett frivilligt behandlingshem som på en LVM-institution.

Ovan nämnda skillnader i socialsekreterarnas hantering av olika klienters *korrupta vilja* kan tolkas bero på två faktorer. Å ena sidan kan det vara så att alkoholkronikernas dåliga rehabiliteringsprognos rättfärdigar användandet av skadereducering (*harm reduction*), oav-



sett om den genomförs frivilligt eller under tvång, och därför anses tillfälliga och endast omvårdande insatser vara adekvata. Övriga missbrukares *korrupta vilja* är mot denna bakgrund mer beklaglig eftersom de egentligen skulle kunna (vilja) förändra sig.

Å andra sidan kan skillnaden i hantering bero på att socialsekreterarna värderar ärlighet högre än oärlighet. När alkoholkroniker hotas av LVM, och samtidigt säger sig vara villiga att gå in i någon frivillig behandling, är det ingen inblandad som avser, tror eller hoppas på att detta skall resultera i någon varaktig förbättring (förutom möjligtvis missbrukarens anhöriga). Såväl alkoholkronikerna som socialsekreterarna beskrivs vara införstådda med att handläggningen blir av akut livräddande karaktär, oberoende av vilken insats som sedermera kommer till stånd. När övriga förändringsovilliga missbrukare säger sig vara motiverade och redo att gå in i frivillig vård "under galgen" anses emellertid detta tyda på en insiktslöshet eller ett lurendrejeri som skall motarbetas.

Man bedömer ju ofta utifrån historien. Hur har det sett ut tidigare? Har han klarat nån frivillig behandling? Är det så att det visar sig att så här gör han alltid. När han får lite press på sig så väljer han att säga att: "Ja, visst det funkar". Och sen så fungerar det ändå inte. Alltså han kommer att avbryta det ändå. Man ser på nåt sätt att det här är inte trovärdigt menat. Då gör man ju den bedömningen. För att utredningen måste ju visa att det här är trovärdigt. Att det här kommer leda till någonting. Sen kan man ju göra så att personen går in i frivillig behandling. Och avbryter han eller hon den frivilliga behandlingen så kan man ju bara öppna en ny LVM-utredning om man anser att det finns grund för det. Om samma förhållanden finns kvar. Runt ikring, alltså. Fysiskt illa skick och socialt håller på att tappa fotfästet.

Det finns dock en grupp av missbrukare som handläggarna anser vara mycket svåra att bedöma vårdbehovet hos och som därför ofta blir utan erbjudanden om frivillig behandling. Det gäller då de psykiskt sjuka missbrukarna. Karakteristiskt för socialsekreterarnas resonemang kring ärenden med sådana klienter är att man har anat att något inte står riktigt rätt till, men att det saknas diagnoser som belägger vilken problematik som är för handen. Dessa missbrukare är dessutom inte sällan hemlösa och fysiskt hotfulla, varför socialsekreterarna upplever att de är besvärliga att få kontakt med och lära känna. Mot denna bakgrund blir det svårt att presentera välgrundade förslag till problemlösningar. Resultatet blir att situationen hanteras så gott det går i väntan på att psykiatrin skall ta sin del

av ansvaret och/eller att klienten skall få chansen att genomgå en grundlig psykiatrisk utredning.

Nej, jag tvekade inte i det läget. Inte när jag gjorde det (ansökte om LVM). Det gjorde jag inte. Det är ju så ibland att det är svårt att samarbeta med psykiatrin. Är det så att man inte har kontakt med dom, eller att klienten inte har kontakt med dom, då händer det ju att vi måste ju ta LVM på dom som har en psykiatrisk problematik. För att vi har inte psykiatrin med oss och vi måste. Även om vi vet att det här är inte riktigt rätt hjälp. Dom ska egentligen va nån annanstans, men man måste börja där och sen försöka få ut dom så fort som möjligt på en paragraf 27 till nåt annat.

När det kommer till tvångsvårdens lämplighet för denna missbrukargrupp är socialsekreterarna kluvna. Å ena sidan anses reguljär missbrukarvård på institution, tillsammans med "riktiga" missbrukare, vara fel typ av behandling eftersom de psykiskt sjuka behöver ett mer individualiserat bemötande och vistas i lugna miljöer med få människor. Å andra sidan anses tvångsvård enligt LVM vara den enda tillfälliga lösningen som i dagsläget är någorlunda adekvat. De psykiskt sjuka missbrukarna far mycket illa på gatorna, har ofta förlorat verklighetsuppfattningen och befinner sig mitt emellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområde.

Detta medför att ett tvångsomhändertagande, som i bästa fall resulterar i psykiatrisk utredning och möjlighet för handläggaren att i lugn och ro planera för klientens utskrivning, framstår som ett bättre alternativ än fortsatta akutinsatser.<sup>27</sup>

Tillfälliga boenden på inackorderingshem/natthärbärgen och stödsamtal/behandlingsplanering på socialkontor, vilket är vad socialsekreterarna säger sig ha att erbjuda gruppen, ger inte några resultat på längre sikt och stillar inte på något sätt anhörigas oro för den psykiskt sjuke missbrukarens situation. Dubbeldiagnoserna som utsätter sig själva och andra för risker, som anses sakna förmåga att tillgodogöra sig frivillig missbrukarvård och som därigenom uppfyller tvångslagstiftningens rekvisit får förlita sig till LVM-vård.

Dessutom säger sig socialsekreterarna inskränka de synnerligen socialt utslagna klienternas möjlighet att ta del av sådan mindre kostsam och genomgripande behandling som förvaltningen anordnar i egen regi. Det gäller då till exempel öppenvårdsprogram eller kortare s.k. tolvstegsbehandlingar vilka kräver att missbrukaren har

---

<sup>27</sup> Det bör dock understrykas att LVM-hemmet inte har befogenhet att utföra denna typ av utredningar mot den enskildes vilja.

en ordnad social situation, förmåga att hålla sig nykter/drogfri på egen hand och kan infinna sig på bestämda tider.

Det finns alltså ärenden där klienten nekas att genomgå frivilliga insatser. Trots detta tycks grundregeln enligt handläggarna vara att alla som vill skall ges möjlighet till någon typ av missbrukarvård. Flera beskriver att de jobbar mycket hårt för att få till stånd hjälpinsatser via SoL – oavsett vilka – när det finns risk för LVM-omhändertaganden. Då förvaltningarnas budgetar är ansträngda krävs dock att det sker en prioritering av klienter som riskerar sina liv till följd av missbruket, vilket inte sällan grundas på tidigare erfarenhet av "misslyckanden" i behandling. Detta innebär ett dilemma för inblandade parter samt att socialsekreterarnas syn på missbrukarvård och rehabilitering omöjligt kan få genomslag i den praktiska verksamheten.

Målet för socialsekreteraren är att klienten skall genomgå rehabilitering med hjälp av vårdapparaten. Utifrån frivillighetsprincipen och matchningstänkandet, vilka tycks vara viktiga beståndsdelar i de intervjuade socialsekreterarnas vårdideologi, skall tillträde till vårdapparaten i första hand ges dem som är förändringsbenägna och som samtidigt kan förväntas dra nytta av insatserna. Som tidigare nämnts baseras socialsekreterarnas värdering av motivation och mottaglighet på en tillbakablick över hur missbrukaren har agerat i andra liknande situationer. Bedömningen av klientens prospektiva chanser till behandling och ett bättre liv görs således genom att retrospektivt studera hur väl han/hon har tagit tillvara tidigare erbjudanden/chanser. De som brukar "misslyckas" i behandling bör enligt detta perspektiv ges mindre möjlighet att lyckas – eller "misslyckas" – i framtiden, än de som tidigare har visat sig kunna fullfölja och dra nytta av att delta i missbrukarvård eller som är hittills "oprövade kort".

När det kommer till den praktiska verksamheten visar det sig dock att denna typ av matchning är oförenlig med ekonomiska begränsningar och prioriteringar. Då det är klientens hälsomässiga status som många gånger får avgöra om någon (frivillig eller påtvingad) missbrukarvård blir aktuell slutar det med att de "LVM-mässiga" ges företräde, trots att de egentligen bedöms vare sig vilja eller kunna förändra sig och trots att de har stor erfarenhet av "misslyckanden" i behandling.

Detta verkar å ena sidan vara irrationellt i det att "fel" missbrukare ges behandling och tilldelas resurser. Å andra sidan finns resor-nemang i intervjumaterialet kring missbrukarvårdens möjligheter

som gör att den praktiska verksamheten framstår som mindre irrationell:

- dels att behandlingsdeltaganden kan "så frön" oavsett klientens förutsättningar och vilka omedelbara resultat han/hon erfar,
- dels att de flesta missbrukare som till slut genomgår en förbättring också har "misslyckats" ett antal gånger i behandling.

Dessa trosföreställningar och erfarenheter medverkar till att socialsekreterarna kan rättfärdiga rådande prioriteringsordningar och handläggningspraxis ur både ett budget- och rehabiliteringsperspektiv.

### Handläggningsstrategier och -mål

En viktig aspekt av LVM-handläggningen är socialsekreterarnas ständiga motivationsarbete.<sup>28</sup> Detta sägs förekomma i alla faser av ärendena och beskrivs vara svårt för okända personer att genomföra under en begränsad tidsperiod. Denna inställning kan vara en av anledningarna till handläggarnas bristande tilltro till LVM-institutionernas förmåga att motivera de intagna. Det man inte klarar själv anses vanligtvis inte kunna göras av andra (dvs. behandlingsassistenter på LVM-institutioner) som befinner sig i ett sammanhang där förutsättningar för klientens genuina förändringsvilja är sämre (dvs. i tvångsvård).

När det gäller motivationsarbetets beståndsdelar nämns i första hand det bemötande man ger. Det gäller att vara medmänsklig, att lyssna på önskemål, att så långt det är möjligt lita på att missbrukaren själv vet vad som skulle kunna utgöra en adekvat behandling och att ställa rätt frågor. Det sistnämnda kan handla om att förutsättningslöst söka ta reda på vem klienten är, hur han/hon ser på situationen och vad han/hon vill ha hjälp med. Med hjälp av detta förhållningssätt anses socialsekreteraren tillsammans med missbrukaren kunna skapa en förtroendefull relation. Denna borgar i längden för ett gott samarbete där man "kör med öppna kort", det vill säga undviker att dupera den andre genom att presentera förvanskade verklighetsbeskrivningar.

Förutom det goda bemötandet sägs motivationsarbetet i praktiken utgöras av att återkommande informera om olika behandlings-

<sup>28</sup> Så visar också Palm (2003) att 84 % av de undersökta socialsekreterarna i Stockholms stad anser att de är tvungna att motivera klienterna till att vilja göra något åt sina problem.

alternativ, att tillsammans med klienten gå på informationsmöten på specifika vårdinrättningar samt att i mån av resurser låta honom/henne pröva befintliga hjälpinsatser.

Detta sägs vara grunden för arbetet med missbruksärenden. Intervjumaterialet visar dock att olika klienter är associerade med helt olika strategier och mål. Det övergripande syftet med handläggningen är att missbrukaren skall bli rehabiliterad, motiverad att söka förändring eller att åtminstone leva ett drägligt liv. Ett underliggande syfte, som blir aktuellt när det gäller de "LVM-mässiga", är att undvika tvångsplaceringar på LVM-hem. Det finns flera sätt att uppnå dessa syften och flera delmål som kan bedömas vara mer eller mindre viktiga på vägen.

Eftersom vissa människor anses ha mycket små chanser till rehabilitering måste målet för handläggningen ibland helt riktas in på deras överlevnad. Men det innebär inte att tvångsvård automatiskt blir aktuellt i dessa fall. Missbrukarnas situation och möjlighet att tillgodogöra sig behandling bedöms individuellt, varför vissa kan anses må bättre av att "vila upp sig" på frivilliga institutioner för omvårdnad medan andra tros vinna på att faktiskt bli inlåsta på LVM-hem en tid.

Som har visats ovan erbjuds vissa "LVM-mässiga" klienter ett arrangemang som informellt kan benämnas "frivillig tvångsvård". En liknande strategi går ut på att hålla LVM-utredningen öppen under en längre period för att därigenom hålla kvar pressen på missbrukaren att inte bara tillfälligt ordna upp situationen.

En vanligare strategi för att undvika en ansökan om LVM-vård är att invänta och skapa möjligheter för klientens "uppryckning". Det ingår i vissa missbrukares problematik att de varvar perioder av nykterhet med excessivt drickande och dessa personer beskrivs ta intryck av LVM-anmälningar och "rycka upp" sig tillräckligt för att kunna behålla ett eventuellt boende och återgå till det normala livet som består av att då och då dricka stora mängder alkohol. Omhändertaganden enligt LVM sker endast i undantagsfall i denna grupp, och i så fall när deras fysiska/psykiska hälsa är mycket dålig och/eller de till följd av missbruket har förlorat möjligheten till ordnat boende.

Andra däremot, som har ett mer fortlöpande missbruk, kan i akuta faser hjälpas till självhjälp genom boendestöd eller andra former av lösningar från socialtjänstens sida på den hemlöshetsproblematik som många drabbats av. Det rör sig då om vardaglig kontroll och att ge missbrukaren egna incitament att förändra sig.

Flera socialsekreterare är dock tydliga med att inväntandet av en "uppryckning" endast kan göras när det gäller de klienter som trots ett konstant tungt missbruk har för vana att pendla mellan bättre och sämre hälsotillstånd. Missbrukare som däremot vanligtvis klarar sig bra även i en mycket destruktiv livsstil, men som helt plötsligt går ned sig djupare, bedöms på annat sätt. Deras nya tillstånd är mer oväntat och akut varför möjligheten att ta till tvångsåtgärder också blir mer välkomnad.

I och med att ärendet då går in i en ny fas präglad av försämring, oro och ovisshet, omvärderas ofta de hittillsvarande behandlingsplanerna. Det blir fråga om att tänka om och göra något nytt i stället för att bara intensifiera de insatser som brukar användas. Eftersom klienter i denna situation ofta har omfattande erfarenhet av missbrukarvård är sannolikheten stor att de uppfyller tvångslagstiftningens rekvisit om att möjligheten till frivillighet skall vara uttömd. LVM kan då bli aktuell för att bryta en destruktiv utveckling och möjliggöra en återgång till den normala insatsnivån. Tvångsvården kan dock också utnyttjas som en effektiv avgiftningsinstans. Den upphör i så fall så snart missbrukaren är drogfri och klar för annan behandling.<sup>29</sup> Som ett exempel på annan behandling nämns metadon-/subutexprogram.

Intervjumaterialet exemplifierar också att vissa klienter bedöms behöva utredas ytterligare. Det kan röra sig om att socialsekreteraren misstänker att det föreligger psykisk störning, men också om att missbruksmönstret och livssituationen måste klarläggas mer i detalj för att möjliggöra matchade insatser. Detta kan vara svårt att genomföra inom ramen för socialtjänstens ordinarie verksamhet eftersom grundliga utredningar tar tid och kräver att missbrukaren engagerar sig och befinner sig på plats. En lösning kan vara att söka få till stånd en utredning inom tvångsvården eller på institution för frivillig vård, men som tidigare har påpekats förutsätter detta klientens samtycke.

Likaså anses vistelser på LVM-institution kunna öka de intagnas möjligheter att få information om och prova på olika typer av missbrukarvård. Båda dessa strategier har dock som förutsättning att missbrukaren riskerar sitt liv till följd av självdestruktiviteten och att liknande arrangemang inte kan åstadkommas på frivillig väg.

---

<sup>29</sup> Detta gäller endast i det fall klienten har blivit föremål för ett omedelbart omhändertagande (13 § LVM), eftersom socialtjänsten då kan välja att inte ansöka om tvångsvård vilket får till effekt att omhändertagandebeslutet upphävs av länsrätten.

## Skillnader och likheter mellan LVM-ärenden

Gemensamt för denna studies 19 ärenden är att klienterna missbrukar alkohol/narkotika, är (eller blir) kända av socialtjänsten och står inför risken/möjligheten att ett vårdbehov blir konstaterat och tillgodosett via tvångsåtgärder. Det som har framgått av presentationen är bland annat att LVM undviks i görligaste utsträckning, att lagstiftningen kan aktualiseras i olika faser av samma ärende, att vissa missbrukare beskrivs ha större förmåga att "rycka upp sig" frivilligt, att andra bedöms ha viss nytta av att bli inlåsta en tid samt att ekonomiska överväganden spelar stor roll för handläggningsarbetet.

Oavsett vilken insatstyp som sedermera realiserats kan datamaterialet analyseras utifrån att det handlar om hur LVM-ärenden handläggs i allmänhet. I ett sådant sammanhang är det väsentliga att LVM på ett eller annat sätt aktualiseras och inte om aktualiseringen också *fullföljs* med tvångsvårdsansökan. Som skall visas går det att urskilja en systematik i beskrivningarna av handläggningsarbetet som finns i intervjumaterialet. Denna är dock inte direkt kopplad till just vilken typ av åtgärd som blir resultatet av LVM-anmälan/-utredningen, utan gäller socialsekreterarnas grundläggande syn på det diskuterade ärendet. Det rör sig om att intervjupersonerna i sina berättelser använder specifika argument när de förklarar varför handläggningen gjordes på ett specifikt sätt.

I ett annat forskningsprojekt (Ekendahl 2001) analyserades tvångsvårdade missbrukares beskrivningar av sitt eget handlingsutrymme med hjälp av Kenneth Burkes (1945) s.k. *pentad*. Detta analysredskap riktar uppmärksamheten mot att fullständiga och meningsbärande redogörelser för handlingar, mänskliga företeelser och sociala skeenden innehåller fem olika "motivaspekter". Dessa – dvs. scen (*scene*), aktör (*agent*), handling (*act*), medel (*agency*) och mål (*purpose*) – besvarar på ett eller annat sätt frågan om vilket motiv som låg bakom det inträffade. De skildrar i vilket rumsligt/tidsmässigt sammanhang något har skett, vem som har gjort vad, på vilket sätt och varför. Inom ramen för denna studie kan *pentaden* användas för att belysa skillnader och likheter när det gäller intervjupersonernas resonemang kring de två olika typerna av ärenden.

Som skall visas hänger valet av central "motivaspekt" i handläggningsberättelserna bland annat samman med ett huvudargument samt med vilka egenskaper hos missbrukaren som beskrivs ha haft

stor betydelse för utgången. I tabell 4 görs en schematisk uppställning av särdrag hos olika redogörelser. Den avläses uppifrån och ned, kolumn för kolumn.

Tabell 4. Fem typer av handlägningsberättelser samt vilka insatser, argument, LVM-funktioner, klienttyper, egenskaper och ärenden de representerar

TYP AV HANDLÄGG- NINGSBE- RÄTTELSE	SCEN- BERÄTTELSE	AKTÖRS- BERÄTTELSE	HANDLINGS- BERÄTTELSE	MEDEL- BERÄTTELSE	MÅL- BERÄTTELSE
VAL AV INSATS ARGUMENT	Avskrivning Har koll på läget!	Avsk./Ans. Det som funkar!	Avsk./Ans. Ett misstag!	Ansökan Det underlättar!	Ansökan Brist på annat!
LVM SOM	Förändrings- tecken	Följetong	Parentes	Redskap	Räddning
KLIENTTYP TYP AV VILJA	Socialt kapabel Genuin vilja	Ovillig kroniker Korrupt vilja Genuin ovilja	Okänd Ovisst	Oförmögen Korrupt ovilja	Dubbeldiagnos Genuin ovilja
KLIENT- EGENSKAP * OCH (ÄRENDE) **	envis (1.) rejäl (4.) bestämd (7.) resursstark (8.)	jätteskärt (2.) jobbig (3.) hjärnskada (6.) inga problem (13.) ej så gammal (16.)	driftig (5.) ovanlig (9.) osäker (10.)	omogen (11.) heroinist (15.) ambivalent (17.) integritet (18.) fjortis (19.)	paranoid (12.) skygg (14.)

\*/ Här presenteras den först nämnda av de tre klientegenskaper som socialsekreterarna ombads nämna.

\*\*/ Ärendenummer 1–9 resulterade i avskrivning och 10–19 i ansökan om LVM-vård. I bilaga 3 finns mer information om ärendena.

I det följande kommer tabellens begrepp och utformning att förklaras genom att visa att de 19 handlägningsberättelserna lägger tonvikten vid någon av de fem "motivaspekterna". Det bör samtidigt understrykas att socialsekreterarna på ett eller annat sätt tar upp samtliga fem "motivaspekter" i sina redogörelser. Poängen här är att det finns systematiska tendenser när det gäller vilken "motiv- aspekt" de fokuserar och deras argumentation bakom varför ärendet handlades så som gjordes. Analysen utgör ändå bara en av flera möjliga tolkningar av hur socialsekreterare arbetar med och förhåller sig till LVM i olika ärenden. Detta innebär att en annan teoretisk vinkling skulle resultera i andra resonemang och slutsatser. För tydlighetens skull kommer utsagor som särskilt belyser den "motiv-



aspekt” som för tillfället diskuteras att markeras med fet stil i de följande citaten.

### “Scenberättelser”

Handläggningsberättelser som lägger tyngdpunkten vid scenen för det inträffade, dvs. vid yttre omständigheter i klientens närmiljö, beskriver ofta att något särskilt inträffade i missbrukarens liv under den tidsperiod som intervjuerna handlar om och utgår ifrån. Detta något utgör också förklaringen till varför LVM aktualiserades. LVM-anmälningar, eller socialtjänstens eget initiativ att starta en utredning, är tecken på att något har gått snett och att situationen har förändrats.

Människorna som det här är fråga om har givetvis (och företrädesvis) grava alkoholproblem men är trots det socialt kapabla. De har någorlunda ordnade boenden, tidigare erfarenhet av yrkesverksamhet, viss kontakt med anhöriga och lever utåt sett sociala liv som bär likheter med det “normala”. Socialsekreterarna återkommer i sina berättelser till att dessa missbrukare har en genuin vilja att förändra situationen eller till att deras envishet är så stark att yttre påverkan är lönlös. Mot denna bakgrund är de vare sig oförmögna, ständigt “LVM-mässiga” eller typiska “LVM-fall”, vilket anses gälla för flertalet andra som omtalas i denna studie.

Förklaringen till varför de ändå går ned sig tillräckligt långt för att hamna i situationer där LVM aktualiseras kan därför inte reservationslöst tillskrivas en oförmåga att leva konstruktivt. I stället tilldelas scenen förklaringskraft när det gäller orsaken till den försämrade livssituationen, till varför socialtjänsten får kännedom om denna samt till varför socialsekreterarna gjorde särskilda bedömningar och vägval.

Mannen ville inte ha med oss att göra. Men **anhöriga ville absolut att han skulle ha med oss att göra**. Och, eh, jag kom inte så där jättelångt i kontakten egentligen. (...) **Hans liv är rätt så rejält annorlunda nu jämfört hur det var tidigare**. Han blev avskedad från sitt arbete. Och från att ha varit då en aktiv person med rätt så bra status, så är han plötsligt en människa med helt begränsad ekonomi och med dagar som ser helt annorlunda ut än vad de gjorde tidigare. (...) Och sen träffades dom (personal, klient och anhöriga) på vårdcentralen och han blev **remitterad till sjukhus**, tror jag, för en grundligare utredning. Och sen har inte jag haft någon mer kontakt med honom. Men jag har **inte heller haft någon kontakt med anhöriga**, så därför har jag väl annat

nånstans att **nånting annat hände**, för att det verkar som att deras oro la sig i alla fall. (...) Han kanske **behöver någon form av hemhjälp** ... alltså nånting, lite mer stödjande. Boendestöd har vi ju här i och för sig. Men kanske något som mer hamnar liksom på **äldre-/handikappsomsorgens område**.

Här är det tydligt att personer i klientens omgivning tryckte på för att få socialtjänsten att bistå med hjälp. Utan anhörigas medverkan skulle mannen antagligen inte vara aktuell vare sig för frivilliga eller påtvingade hjälpinsatser. Förutom misstankar om en lindrig hjärnskada, vilket sedan leder till vidare utredning, anses problematiken vara kopplad till förändrade livsbetingelser i form av sysslolöshet och en försämrad social status (se nr 1, bilaga 3).

När det gäller förklaringen till varför ärendet handlades som nu skedde är remitteringen till andra hjälpinstanser av stor vikt. Mannen anses kunna få sitt vårdbehov tillgodosett av sjukvården samt äldre-/handikappsorgen och när dessa aktörer har "äntrat scenen" kan ärendet avslutas. Lösningen beskrivs vara att ge stöd i hemmiljön, dvs. att anpassa scenen utifrån de aktuella behoven.

Delvis liknande resonemang återfinns i de tre andra handläggningsberättelser som här tolkas ha sin huvudvikt vid scenens betydelse. I en beskrivs en man som huvudsakligen dricker då de yttre förutsättningarna är tillfälligt förändrade, dvs. vid socialbidragsutbetalningar, och som blir LVM-anmäld av andra professionella inom missbrukarvården. Hans trygghet i livet är boendet på ett inackorderingshem och det är möjligheten att återgå till detta som blir räddningen vid perioder av omåttligt drickande (se nr 4, bil. 3).

En kvinna beskrivs missbruka alkohol som en följd av en problematisk familjesituation och erfarenhet av sydeuropeisk dryckeskultur. Det är enbart anhöriga som önskar socialtjänstens inblandning och ärendet skrivs av då hemtjänsten blivit inkopplad. Dessutom understryks att kvinnan återkommande blir vårdad inom hälso- och sjukvården vilket sammantaget innebär att socialsekreteraren kan ha kontroll över situationen utan att själv aktivera sig som hjälpare (se nr 7, bilaga 3).

Till sist beskrivs en kvinna som vistats utomlands mycket och på så sätt "kommit in i drogsvängen och sen fastnat på nåt sätt i det". Alkohol-/narkotikaanvändandet tycks ses som en avgränsad livsfär man kan gå in i för att sedan fastna i. Kvinnan är mycket självdestruktiv men har ändå en inneboende drivkraft och styrka att förändra sig. Lösningen hävdas vara att hon lämnar scenen, det vill säga kommer bort från storstan. I väntan på att detta skall kunna

ske skaffar sig socialsekreteraren kontroll över läget med hjälp av boendestöd (se nr 8, bilaga 3).

I dessa redogörelser anses alltså scenen ha betydelse även för klienternas missbruk och för deras möjlighet att komma ifrån självdestruktiviteten. Resonemangen ovan exemplifierar och understryker *förändring av scenen* (till exempel oroliga anhöriga som anmäler), *kontroll av scenen* (flera professionella hjälpare som är inblandade) och *scenens förklaringskraft* (livsomständigheters betydelse för problematiken). Dessa aspekter återfinns i varierande utsträckning i samtliga 19 ärenden. Det specifika med ovan nämnda fyra är dock att handläggningens logik har dessa aspekter som förutsättning. Tvångsvård blir aldrig aktuell och LVM-anmälningar/-utredningar kan skrivas av utan att socialsekreteraren behöver känna oro över att man har tillämpat tvångslagstiftningen felaktigt. Som skall visas nedan är scenen mer en ovidkommande fond för aktörer och händelser i andra ärenden.

### “Aktörsberättelser”

Handläggningsberättelser som primärt lägger förklaringen till varför det gick som det gick vid aktörens egenskaper kan, inom ramen för denna studie, resultera i såväl avskrivning som tvångsvårdsansökan. Huvudargumentet i dessa redogörelser går ut på att socialsekreterarna använder sig av de insatser som fungerar, oavsett om de kommer till stånd frivilligt eller under tvång. Klienterna är mycket tunga alkoholmissbrukare, ofta benämnda som alkohol-kroniker, och LVM aktualiseras gång på gång, antingen via andra myndigheters anmälningar eller genom socialtjänstens eget initiativ. Ärendena beskrivs som följetonger där upp- och nedgångar i missbrukarens mående inträffar med regelmässighet.

Någon rehabilitering anses inte kunna komma till stånd och därför inriktar socialsekreterarna ansträngningarna på att i första hand möjliggöra överlevnad och ett någorlunda drägligt liv i aktivt missbruk. De insatser som blir aktuella är av omvårdande karaktär varför socialtjänstens bistånd kan beskrivas som skadereducering. Huvudproblemet i handläggningen är att klienterna är insiktslösa och *genuint ovilliga* – samt under vissa omständigheter *korrupt villiga* – till förändring.

Och då kom det in en LVM-anmälan. **Han är inte den som söker upp mig** här på byrån, eller kommer upp här. Det gör han inte. Utan det

kom in LVM-anmälningar. Jag tror att det var i det ärendet vi hade fyra stycken anmälningar från olika håll. **Han höll hus på Centralen** och polisen hittade honom där. De körde honom till Mariapolikliniken och **han gick ut och det blev inga frivilliga insatser**. Jag erbjöd frivilliga behandlingshem, som vi brukar. Men det gick inte. Så att då blev det LVM. (...) Nej, **han har ingen förmåga**. När han kommer in i det här destruktiva supandet, då finns det inget stopp. (...) Jag visar ju i alla fall här att jag vill ju hjälpa dom ... Jag väntar mig inte att dom ska bli nyktra för resten av livet, men i alla fall under en tid. Och få prova på hur det är faktiskt, att få känna sig pigg när man vaknar på morgonen och kunna äta ordentligt och så vidare. **Pröva på den sidan av livet. Jag menar det har ju han gjort också**. Jag vet inte vad det är som gör att det inte håller. Jag menar, han har anhöriga kvar, han har egentligen ett nätverk också om han bara vill ha kontakt med dom. **Jag vet inte vad det är**. (...) Och han var ju på tillnyktringsenheten jättemycket. Han använde det som logi i stort sett. Han hamnade där var och varannan natt. (...) Men jag hoppas du förstår **hur dålig han är**, faktiskt. Hur sliten ... hur liten och tunn och späd och han har ju ingenting ... Det är lite skillnad på vad man har för kroppshydda också, tror jag, när man super och missbrukar som sjutton. Han har liksom ingenting att ta utav. **Liten, tunn, dålig, sliten, pratar lite långsamt och verkar lite sänkt**.

Som framgår rör det sig i denna och liknande framställningar om aktörer (dvs. missbrukare) som av någon oklar anledning inte tycks vilja eller kunna handla på något annat sätt än de gör. Bristen på förändringsvilja anses vara besynnerlig, särskilt mot bakgrund av hur eländig livssituationen är. I fallet här hävdas att inte ens förekomsten av ett intakt socialt skyddsnät, eller tidigare erfarenhet av ett bättre liv, har kunnat rubba mannens totala självdestruktivitet (se nr 16, bilaga 3). Att aktualiseringen av LVM resulterade i ansökan om tvångsvård förklaras dels med att han saknade motivation att gå in i behandling frivilligt och dels med att hans fysiska hälsa inte tålde mer missbruk.

Den utförliga beskrivningen av mannens fysiska uppenbarelse belyser att denna typ av handläggningsberättelse utgår från klientens egenskaper när det gäller att förklara varför det blev som det blev. Hade missbrukaren haft andra kroppsliga förutsättningar hade han också klarat av sitt destruktiva liv på ett annat sätt, vilket medfört att ärendet hade kunnat handläggas annorlunda och med andra målsättningar.

Ett annat ärende (se nr 13, bilaga 3) är snarlikt det som beskrivs ovan. Övriga två skildringar, som här tolkas ha sin huvudvikt vid aktörens betydelse, resulterade i stället i avskrivning. Dessa klienter

erhöll frivilliga insatser, deras hälsomässiga tillstånd innebar för tillfället ingen livsfara och i samband med utredningen "ryckte de upp" sig för att undvika ett omedelbart omhändertagande eller ansökan om tvångsvård (se nr 3 och 6, bilaga 3). Om frivilligheten inte hade gett avsett resultat kunde dock tvångsvården på nytt ha blivit aktualiserad, under förutsättning att klientens hälsotillstånd hade blivit dåligt och tvångsinsatsen förväntades bli mer framgångsrik än alternativa lösningar. Detta var vad som sedermera skedde i ett av dessa ärenden (se nr 2, bilaga 3).

### **"Handlingsberättelser"**

Redogörelser som fokuserar "motivaspekten" handling är annorlunda till sin karaktär. Här är det själva aktualiseringen av LVM, i form av en anmälan eller ett oväntat omedelbart omhändertagande, som utgör kärnan i berättelsen och som i stort förklarar varför det blev som det blev. Aktualiseringen av potentiella tvångsmedel beskrivs av socialsekreterarna som ett misstag, vilket inte skulle ha inträffat om de själva som handläggare hade fått styra över händelseförloppet.

När ändå tvångsvården blivit en reell möjlighet måste bedömningar och förslag till insatser anpassas till den nya situationen, dvs. med utgångspunkt i att klientens egen problemuppfattning och vilja endast kan tillmätas begränsad vikt. Såvida inte LVM-anmälan kan skrivas av blir förutsättningarna för det fortsatta handläggningsarbetet totalt förändrade och parentetiska.

I de fall LVM inte kan undvikas måste socialsekreterarna förklara och argumentera för sakernas tillstånd enbart med hänvisning till tvångslagstiftningens obehovlighet. De kan således inte lägga kraft bakom orden genom att själva bekräfta att LVM nog är det rätta och dessutom kan föra något gott med sig. I dessa handläggningsberättelser är det vare sig scenen eller aktören som har avgörande betydelse för vad som sker, utan andra professionella aktörers aktualisering av LVM i ärenden där detta anses vara grundlöst.

Missbrukarna som figurerar i resonemangen är okända av socialtjänsten eller ovanliga typer av personer. Det kan vara fråga om att de beter sig på ett säregt sätt, vilket medför att handläggarna inte riktigt kan bedöma vad som är problemet samt hur en eventuell lösning skulle kunna se ut och ordnas. Eller också att missbrukarna själva uttrycker och gestaltar stor ambivalens inför hur de skall

komma till rätta med sina liv. Bristen på information om och relation till dessa klienter gör att socialsekreterarna inte alltid kan avgöra om de är *genuint* eller *korrupt villiga* till förändring.

**Jag var inte helt övertygad** om att det var så bråttom att sätta igång med nånting, medan min kollega ville ha in honom på avgiftning. (...) Det var ju så att vi fick in den här anmälan av en anhörig till honom. Och när den här anmälan kom så **blev jag själv lite förvånad** över vad som stod i den. Dels då mängden alkohol, dels var det väl tabletter och dels också det här med hans heroinmissbruk som jag kände att **det där kan väl inte riktigt stämma**. "Håller dom på och fabulerar?" (...) Och han förnekade hela tiden innehållet i anmälan. Så att jag kan väl säga att under tiden "sjuan" inleddes, fram tills det "omedelbara" togs, så hade vi **ingen klar kurs**. För jag fick fortfarande inget grepp om honom. (...) Så att jag hade ju hoppats, att han skulle nappa på nånting i alla fall. Att komma vidare. Sen kom ju det här "omedelbara". (...) När det väl hade gått så långt så **ändrade jag nog också uppfattning**. Dels på grund av heroinöverdosen och dels på grund av att han hela tiden egentligen förnekade missbruket. (...) Och det jag minns är att när jag ringde till LVM-hemmet första gången och frågade om han hade kommit in ... liksom hur han mådde. Det första dom sa då: "Jaa, det här kan inte va nån missbrukare!" Han var nästan den första killen dom hade där som **inte behövde avgiftning**. Och han **efterfrågade inte heller några mediciner**. (...) Nej, men om jag tänker själv. Det fanns ju grund för anmälan, men ... jag tror ändå, om det "omedelbara" inte hade kommit och om det hade blivit nåt annat av det så **vet i katten om jag hade velat gå vidare med LVM**.

Här är det tydligt att det rådde stor förvirring kring personen och hur man skulle hjälpa honom på bästa sätt (se nr 10, bilaga 3). Delade meningar fanns på flera nivåer. Dels mellan de kollegor som handlade ärendet och dels mellan socialsekreteraren och socialnämnden vilken beslutade om omedelbart omhändertagande. Missbrukaren beskrivs vara ovanlig – av LVM-hemmet inte ens bemött som en missbrukare – och omhändertagandet fyller funktionen att ärendet måste ges den klara kurs som hittills saknats. Socialsekreteraren ifrågasätter innehållet i de anhörigas anmälan, grunderna för det akuta omhändertagandet, det initiala behovet av avgiftning och den eventuella nyttan av en längre tids placering på tvångsinstitution. Efter konsultation med en av denna studies omtalade "LVM-experten" stödjer handläggaren i slutändan ändå nödvändigheten av att gå vidare med ansökan om LVM-vård. Han ändrar alltså uppfattning och förordar tvånget, men hävdar i efterhand att så inte skulle ha skett om ärendet hade fått utveckla sig utan andra instansers inblandning och utan en tidig LVM-aktualisering.

Övriga två ärenden där redogörelserna bygger på att LVM-anmälan var ett misstag resulterade i stället i avskrivning. Det ena (se nr 5, bilaga 3) beskrivs mycket kortfattat av handläggaren med att klienten absolut inte skall komma ifråga för LVM-utredning. Denna missbrukare vill själv ha en ordnad situation och ser till att arrangera det huvudsakligen på egen hand. LVM-anmälningen berodde på att andra myndigheter saknade information om mannens förändringspotential samtidigt som de förutsatte att hans fysiska tillstånd vid sjukhusbesök var beständigt.

Det andra (se nr 9, bilaga 3) rör sig om en kvinna som även hon bedömdes vara motiverad till förändring. Vore det inte för att en anmälan hade inkommit och hon sedermera hörde av sig på eget initiativ skulle antagligen inte denna person ha rönt socialtjänstens uppmärksamhet överhuvudtaget. Även om hon sade sig vara villig till, men sedan avstod från frivillig behandling på institution, fanns inget akut hjälpbehov. LVM-anmälningen/-utredningen skrevs av utan pågående frivillig insats, dock med planen i åtanke att så småningom få till stånd en Subutexbehandling.

Karakteristiskt för dessa handlägningsberättelser är att aktualiseringen av tvångsåtgärder inte anses berättigad eller vara till någon nytta. Klientkontakten blir ansträngd och handlägningsarbetet inriktas på att undvika omhändertagande, i stället för att förutsättningslöst planera för en adekvat hjälpinsats. Orsaken till "LVM-parentesen" är att klienten är okänd, antingen av socialtjänsten eller av andra anmälande myndigheter. Med mer information om missbrukarens tillstånd och kapacitet skulle talet om tvång ha kunnat undvikas.

### **"Medelberättelser"**

När handlägningsberättelser lägger tonvikten vid tvångsvården som ett medel för att uppnå ett behandlingsmål rör det sig om heroinister. Dessa beskrivs i grunden önska en förändring, men är oförmögna samt *korrupt ovilliga* så länge de befinner sig i ett aktivt missbruk. De har levt länge i kriminalitet vid sidan om det ordinarie samhället, är omogna, impulsstyrda och anses vara mycket beroende av drogerna. Eventuella tvångsåtgärder underlättar avgiftningen från heroin och möjliggör upptagning i metadon/subutex-program. LVM aktualiseras, ibland i samförstånd med missbrukaren

själv, för att hjälpa honom/henne att omsätta den grundläggande förändringsviljan i praktisk handling.

Han hade haft ett långt missbruk med massor av fängelsestraff. Sen har han haft en metadonperiod som hade funkade ganska hyfsat till en början. (...) Så det var väl det vi jobbade mot, att försöka **få tillbaka metadonet**. Och det var ju **jättesvårt att få honom avgiftad**. För **han klarade inte** ... han gick in på avgiftning. Han ... ja, ibland så fick han tid ... ibland kom han inte, ibland kom han och så gick han ut efter nån dag, ibland kanske han stannade ... En gång tror jag han stannade, ja, en månad t.o.m. stannade han. Men precis när han liksom var klar och skulle föras över, **då drog han**. Så det var liksom kört. (...) Men...fortfarande...han skulle få **metadon bara han kunde avgiftas**. Så ... då var det faktiskt han själv som började prata om att han kände att han behövde ... ja, typ, låsas in alltså. **LVM för att bli avgiftad**. Och då tänkte jag: "Vad konstigt! LVM, frivilligt!" (...) Men, vi resonerade fram till att det kanske inte är så dumt i alla fall. För vi hade provat ytterligare avgiftningar. Det funkade inte. Så en anhörig var här och gjorde en typ av anmälan då, för att **han for ju illa**. För att han var ju väldigt nergången. Så då beslutade vi att ansöka om LVM på honom. Och han kom till ett LVM-hem, och han **kan inte ha varit där mer än högst tre veckor**, sen fick han flytta över till sjukhus för att ställa in sig på metadon. Och då upphörde LVM:et. (...) Utifrån **planeringen var det ju tänkt att va jättekort LVM-vård**, just för syftet att avgiftas, för att kunna gå in i metadonbehandling.

Som framgår utgör LVM-aktualiseringen ingen oväntad händelse i detta ärende (se nr 11, bilaga 3). Citatet visar att socialsekreteraren först var tveksam till att tillämpa tvång på en klient som vill ha vård. Denna tvekan hade sin grund i frivillighetsprincipen men också i strävan att undvika dyra placeringar på LVM-institutioner. Beslutet att ansöka om tvångsvård i länsrätt skedde dock i samförstånd med personen och utifrån planen att omhändertagandet endast skulle pågå under en mycket begränsad tidsperiod.

Tydligt i denna och liknande skildringar är att missbrukaren beskrivs vara mycket fysiskt illa därän med allvarliga missbruksrelaterade infektioner och risk för överdoser. Klienterna samtycker alltså till, och vill egentligen ha frivillig behandling för missbruket, men uppfyller ändå tvångslagens rekvisit genom hälsoindikationen. Trots detta beskrivs huvudargumentet vara att tvånget i förlängningen kan resultera i något mer än bara överlevnad.

Samtliga ärenden (se nr 15, 17, 18 och 19, bilaga 3) som här har kategoriserats under "motivaspekten" medel har liknande grundläggande mening som det ovan citerade. De enda mindre skillnaderna är att det explicita samtycket till LVM-ansökan saknades i



ärendena 17 och 18 samt att avgiftningen i ärende 19 började frivilligt på LVM-institution för att sedan övergå i ett omedelbart omhändertagande.

### “Målberättelser”

Handlägningsberättelser med fokus på tvångsvården som den enda tillämpliga insatsen i mycket svåra ärenden handlar i denna studie om psykiskt sjuka missbrukare. På grund av att klienten är *genuint ovillig*, insiktslös, onåbar och potentiellt fysiskt hotfull, blir det omöjligt för socialsekreterarna att få till stånd en godtagbar frivillig insatsnivå. Huvudargumentet i dessa redogörelser – att tvångsomhändertagandet görs i brist på andra alternativ – hänvisar till att detta är det enda vårdliknande arrangemang som kan åstadkommas i syfte att minimera lidande. LVM-domen förväntas således inte utgöra en *lösning* på problematiken eller en första länk i en vårdkedja inom den frivilliga missbrukarvården/psykiatrin. Vistelsen på LVM-institution, verkningsfull eller verkningslös, är vad socialtjänsten i dagsläget kan “erbjuda” av livräddande förvaring.

Han går helst omkring i sin värld, och hans anhöriga blir väldigt oroliga för honom och ringer hit och rapporterar saker som händer, som inte är bra, om hans missbruk och att han **far illa**. Och jag försöker nå honom hela tiden och han håller sig undan. Och jag försöker ta hjälp av psykiatrin och han **håller sig undan psykiatrin också**. Men vi vill ju hjälpa den här mannen. Han är också **bostadslös**, numera (...) Han ville inte ha nån hjälp från oss. Han **ville inte ha med oss att göra**. Och vi var tvungna att ha med honom att göra, så att säga, i och med att det var så illa ställt. Och jag tycker, om man söker en människa under så här lång tid som vi gjorde och inte når fram, då är det ju ... då är det ju **inte möjligt med frivilliga insatser**. Det visar ju han. Han fick ju tiden på sig. Och det var otaliga försök faktiskt. Och det hjälpte inte. Han gick bara neråt i sitt missbruk. Och då ... ja, då har man ju **inget annat val**, tyvärr. (...) Jag tycker det blir fel forum att det är vi ... jag tycker det här skulle ha varit mera psykiatrin och sen skulle vi ha kommit in som medhandläggare. Så mera. Det **fungerar helt enkelt inte**. Så det är *orsaken* tycker jag. En sån här person ska inte behöva, tycker jag, sitta på LVM-vård egentligen. Det tycker ju inte jag. Men **när det inte fanns något annat så var det ju så vi kunde rädda honom**. (...) Och det är ju hemskt också när en människa inte förstår varför dom sitter på LVM-vård. Och ändå måste vi ta det liksom, för att det **inte finns några resurser inom psykiatrin**. (...) Det är ju en normaliseringsprincip som gäller, och att ge dom stöd ... ge dom ett kollektivboende. Men jag menar, det passar kanske inte riktigt en sån

här kille som är sjuk och vill va för sig själv. Det går inte och få honom normal, tror jag. Utan det **behövs nåt annat som inte finns**.

Missbrukaren i citatet (se nr 14, bilaga 3) beskrivs vara mycket svår att hjälpa. Han undandrar sig kontakt, vägrar vård och har ett så specifikt hjälpbehov att samhällets insatser inte räcker till. Socialsekreteraren understryker att man ihärdigt, men utan framgång, försökt få till stånd frivillig vård samt att psykiatrin varit alltför anonym i ärendet. Det sistnämnda, tillsammans med det bristande behandlingsutbudet för psykiskt sjuka missbrukare, anses vara orsaken till att LVM-vården till slut blir enda räddningen.

Ett annat ärende (se nr 12, bilaga 3) liknar det ovan diskuterade, med den skillnaden att ansökan om LVM görs som en chanstagning. Även i denna handlägningsberättelse är en viktig förklaring till varför det blev som det blev att mannen vägrar kontakt och är fysiskt hotfull, varför frivilliga insatser blir omöjliga. Socialsekreteraren är dock medveten om att mängden faktiskt erbjudna och realiserade frivilliga vårdtillfällen är i minsta laget för att uppfylla kriterierna för ett tvångsomhändertagande. Mot denna bakgrund kommer avslaget i länsrätten inte som en chock, däremot som en besvikelse.

Sammantaget visar denna tematisering att det finns skillnader i resonemang och orsaksbeskrivning mellan de fem olika typerna av skildringar. Intervjumaterialet exemplifierar att socialsekreterarna rättfärdigar det specifika handlägningsförfarandet genom att betona särskilda aspekter av det diskuterade händelseförloppet.

Ledmotiven i handlägningsberättelserna är: att den rådande *situationen* innehöll starka skäl att skriva av LVM-anmälan/-utredningen (scen), att de insatser valdes som förväntades vara till störst tillfällig nytta för den *hopplösa klienten* (aktör), att *LVM-aktualiseringen i sig förändrade ärendets förutsättningar* och styrde valet av insats (handling), att LVM sågs som *ett sätt att nå ett annat behandlingsmål* (medel) samt att ansökan om tvångsvård gjordes för att andra *alternativ saknades* (mål).

Som också har visats är de fem framställningarna förknippade med fem olika klientkategorier. "Scenberättelser" handlar om alkohol-/narkotikamissbrukare som fortfarande har en någorlunda ordnad social situation och som beskrivs ha kapacitet att förändra sina liv till det bättre. "Aktörsberättelser" tar i stället upp ovilliga och insiktslösa alkoholkroniker utan förändringspotential. I "handlingsberättelserna", där LVM-aktualiseringen är oväntad och

innebär att för ärendet outforskad mark måste beträdas, är klienten okänd eller ovanlig jämfört med missbrukare i allmänhet. "Medelberättelserna" beskriver oförmögna men förändringsvilliga heroinister som är oerhört drogberoende. Slutligen tar "målberättelserna" upp de riktigt sjuka missbrukarna med psykisk störning i botten, de s.k. dubbeldiagnoserna.

Nämnas bör att analysen ovan inte gör anspråk på att presentera en orsak/verkan-förklaring till varför vissa ärenden leder till avskrivning och andra till ansökan om LVM. Resonemangen skall alltså inte tolkas som ett stöd för att exempelvis LVM-ärenden där socialsekreterarna ser omständigheter i klientens närmiljö, vilka uppfattas vara gynnsamma för rehabilitering med hjälp av frivilliga insatser, per automatik leder till avskrivning. De stödjer inte heller att till exempel heroinistärenden inom socialtjänsten alltid präglas av strävan efter avgiftning samt långsiktig rehabilitering genom behandling, och att tvångsvård därigenom anses vara en möjlig väg att gå.

Snarare skall analysen, och intervjumaterialet den bygger på, ses som exempel på hur intervjupersonerna ger mening åt LVM-ärenden där svåra beslut var tvungna att fattas. Handlägningsberättelsernas röda tråd och upplösning är konstruerade i efterhand och ger en antydning om hur tvångsvården samt dess möjliga funktioner betraktas inom ramen för socialtjänstens verksamhet i Stockholm.

## Sammanfattning

I denna del har socialsekreterarnas resonemang kring handlägningsarbetet analyserats. En central aspekt är att stora variationer i missbrukarnas vilja till förändring beskrivs. Begreppen *korrupt* och *genuin vilja/ovilja* har presenterats för att tydliggöra de olika uttryck som klienternas inställning och handling anses kunna ta sig. Det har dock visat sig att de LVM-aktualiserades önskan om förändring anses av socialsekreterarna ha mindre betydelse än deras hälsotillstånd vid bedömningen av om hjälpinsatser kan komma till stånd frivilligt eller under tvång. Hårdraget har de som primärt kommer i fråga för tvångsvårdsansökningar drabbats av mycket allvarlig ohälsa till följd av missbruket, medan de vars LVM-anmälan/-utredning skrivs av klarar av att "rycka upp" sig med hjälp av tillfälliga stödinsatser.

Intervjupersonernas beskrivningar av praktiken exemplifierar ett matchningstänkande där de frivilliga eller påtvingade insatser väljs som bedöms vara till störst nytta för respektive missbrukare. Detta innebär att vissa personer anses behöva tvångsvård och andra inte, trots att båda utåt sett ofta tycks uppvisa en likartad problematik. Vidare hävdas att hot om tvång präglar det sociala arbetet med missbrukare i allmänhet och sätter press på klienterna att förändra situationen. När LVM har aktualiserats har handläggarna således trumf på hand om målet är att få till stånd någon typ av hjälpinsats. Det blir med andra ord "säljarnas marknad". När det gäller specifika handlägningsstrategier syftar de ofta till att möjliggöra en tillfällig "uppryckning" och till att undvika "onödiga" LVM-placeringar där den problematiska situationen kan avväjas genom mindre ingripande och kostsamma insatser.

En viktig iakttagelse från analysen av handlägningsberättelserna är hur individualiserad och icke-standardiserad LVM-praxisen framstår. Den tycks sällan vara formad utifrån en mall för hur tunga missbrukares vårdbehov skall bedömas och tillgodoses när det föreligger chans/risk för tvångsåtgärder. I stället talar det mesta för att klienternas särdrag uppmärksammas och ges vikt i valet mellan frivilliga och påtvingade insatser.

#### 4. Slutdiskussion

Det är svårt att ur intervjumaterialet särskilja en faktor som socialsekreterarna anser är avgörande för bedömningen av om ett eventuellt vårdbehov skall tillgodoses på frivillig eller påtvingad väg i missbruksärenden där tvångslagstiftningen blivit aktualiserad. Nedan diskuteras ändå de omständigheter som kan tolkas ha störst inverkan på arbetet med LVM. Som där framgår är socialsekreterarnas praxis i Stockholm präglad av ett *individualiserat budgetberoende nyttotänkande*. Detta innebär att de försöker åstadkomma lösningar som sätter de enskilda individernas bästa och personliga förutsättningar i förgrunden, samtidigt som förvaltningens rådande resursnivå avgör vilka insatser som kan bli aktuella. I det sista avsnittet ges en förklaring till titeln på denna rapport med en diskussion om varför LVM-handlägningsarbetet ter sig som ett omöjligt uppdrag.

## Individualiserat budgetberoende nyttotänkande

### 1. Klienterna

Som har framgått är socialsekreterarnas inledningsvis redovisade klientbeskrivningar centrala när det gäller förklaringen till varför ärendena handlades på särskilda sätt. En förenklad tolkning, som presenterades tidigt i rapporten, går ut på att LVM-anmälningar/-utredningar som skrivs av gäller "trevliga" missbrukare med förmoda att hantera situationen på egen hand. I avsnittet om "Skillnader och likheter mellan LVM-ärenden" får tolkningen ett visst stöd, men kompliceras på vissa punkter.

Dels visar analysen att flertalet av "avskrivningsberättelsernas" centrala motiv handlar om förekomsten av ett för rehabiliteringen, eller den tillfälliga "uppräckningen", gynnsamt socialt sammanhang. Missbrukarnas egenskaper tilldelas mindre vikt, även om till exempel stark personlig integritet och ett trevligt sätt säkert borgar för en bibehållen ordnad social situation. Av större betydelse anses sådana yttre omständigheter vara som medverkar till att socialsekreterarna kan ha "is i magen" och vänta på att klienterna tar sitt förnuft till fånga. Det rör sig då om det finns andra aktiva hjälpare i ärendet vilka utövar kontroll eller erbjuder mer adekvata insatser än de som är möjliga inom ramen för socialtjänstens verksamhet.

Dels beskriver socialsekreterarna att det är just kännedom om klienterna – eller brist på sådan – och inte huruvida deras egenskaper bedöms vara positiva eller negativa som har huvudsaklig inverkan på möjligheten att skriva av LVM-anmälningar/-utredningar. Med kunskap om hur missbrukare brukar reagera på tvångsvårdsaktualiseringar går det att förutse vilka konsekvenser olika handlägningsalternativ kommer att få, och utan kunskap blir förstahandslösningen att låta dem pröva frivilliga insatser. Flertalet LVM-ärenden i denna studie gäller klienter som länge varit aktuella för vård/stöd inom socialtjänsten. Detta kan vara en av orsakerna till att bedömningen av om frivilliga eller påtvingade insatser är adekvata inte framställs som särskilt svår. Handläggarna har lång erfarenhet av missbrukshandläggning, känner sina klienter (eller typen), vet på ett ungefär vilka följder olika beslut kommer att få och tar endast till tvångsmedel när alternativa lösningar är olämpliga på grund av klientens ohälsa (tillsammans med oförmåga eller *genuin ovilja*).

En annan central iakttagelse i studien gäller socialsekreterarnas olikartade inställning till och handläggning av ärenden som rör å ena sidan alkoholkroniker och å andra sidan heroinister. Som har vistats är målet i de förra fallen skadereducering och i de senare långsiktig rehabilitering. Handläggarnas grundsyn på hur de två grupperna skall hanteras och på deras framtidsprognos är i överensstämmelse med den svenska hållningen gentemot alkohol respektive narkotika. Alkohol, samt dess olika sorters brukare, är och anses komma att förbli en del av samhället. Olagliga narkotiska substanser är däremot främmande fåglar som skall elimineras under parollen "ett narkotikafritt samhälle", och dess brukare skall ledas in på rätt väg igen. Enligt myndighetsperspektivet skall Sverige befrias från narkotika och i ett sådant sammanhang finns ingen plats för insatser som konsoliderar bruket (jfr Tham 2003).

Det intressanta är hur självklart det är för socialsekreterarna att tvångsvården ibland fyller en funktion ur just ett rehabiliteringsperspektiv, men mer sällan ur ett skadereduceringsperspektiv. Alkoholkronikerna anses i regel kunna hjälpas (till överlevnad) genom tillfälliga insatser i närmiljön varför frivilliga eller påtvingade institutionsvistelser endast realiserats i undantagsfall, när klientens hälsa är allvarligt äventyrad på grund av den självdestruktiva livsstilen. Heroinisterna skall i stället, i vissa fall, lyftas bort från det vardagliga sociala sammanhanget, bli avgiftade, kortvarigt tvångsvårdade och sedan förhoppningsvis anträda vägen mot drogfrihet. Dessa anses utgöra sinnebilden av människor som är i behov av tvång och LVM är en möjlig första länk i en längre vårdkedja.

Denna inställning, jämte omständigheten att hälften av de här studerade LVM-ansökningsärendena gäller heroinister som tvångsomhändertagits i syfte att åstadkomma rehabilitering, står i motsättning till slutsatsen att LVM alltid tillämpas akut i Stockholm. I heroinistärendena har tvånget kommit i fråga efter noggranna överväganden om vilken behandlingsform som kan vara lämplig.

Den allmänna betoningen av de frivilliga insatsernas företräde – som ändå görs – när det gäller LVM-aktualiserade missbrukare, tillsammans med strategin att vänta ut den eventuella "uppräckningen" och tillämpandet av "nödfallstvång", kan sammanfattas med att socialsekreterarna hellre friar än fäller. Denna praktiska manifestering av frivillighetsprincipen innebär att kostnader för "onödiga" LVM-placeringar undviks, vilket de intervjuade uppfattar vara positivt, men får den negativa följden att förvaltningarna hela tiden riskerar att begå juridiska felaktigheter.

Arbetet med LVM-aktualiseringar präglas således av ett risktänkande där en övertrasserad vårdbudget ställs mot att de LVM-anmälda avlider innan någon hjälpinsats har kommit till stånd. Socialsekreterarna beskriver att detta vanligtvis förhindras genom att alltid ansöka om LVM när missbrukaren synbarligen är på väg att ta livet av sig, samt genom att låta boendestödjare eller hemtjänstpersonal kontrollera klientens hälsotillstånd i ärenden där det är ovisst om situationen kan hanteras enbart med hjälp av frivilliga insatser.

Sammantaget visar intervjumaterialet att handlägningsförfarandet är individualiserat. Det har sin grund i olika synsätt på olika missbrukares problematik, rehabiliteringsprognos och möjlighet att tillgodogöra sig påtvingade eller frivilliga hjälpinsatser. Detta innebär antagligen att LVM tillämpas rättsosäkert, eftersom alla typer av "LVM-mässiga" missbrukare skall ges samma möjlighet att beredas tvångsvård. Sett ur ett behandlingsutfallsperspektiv förefaller dock nämnda praxis vara rationell i det att narkomaner men inte alkoholister generellt sett har nytta av längre vistelser på institution (Berglund m. fl. 2000, Fridell 1996). Den står också i enlighet med teorin om att det är svårare att sluta med narkotika än med alkohol (se till exempel Blomqvist 2002) och med åsikten att tvångslösningar är mer adekvata ju mindre möjlighet missbrukaren har att ordna upp situationen på egen hand. Likaså visar Palm (2003) och Storbjörk (2003) att socialsekreterare samt landstingspersonal anser att narkomaner, i större utsträckning än alkoholister, behöver tvingas och genomgå institutionsbehandling för att kunna rehabiliteras. Den praxis som beskrivs i föreliggande rapport tycks alltså grunda sig på vanliga tankegångar som utvecklats inom samhällets missbrukarvård.

## 2. *Ekonomi*

Centralt i socialsekreterarnas resonemang är att ekonomin hävdas påverka handlingsutrymmet i klientarbetet. Cheferna sägs vara huvudansvariga för att budgeten hålls, men deras besparingsiver förs vidare till handläggarna som i sin tur tvingas anpassa vårdbedömmingar och insatserbjudanden till resursläget. Cheferna hävdas vara tvungna att sätta ekonomin först, vilket ibland leder till oenighet kring vilka ärenden och behandlingsformer som skall prioriteras. Det förekommer till exempel att handläggarna säger sig

ha varit benägna att gå in med tvångsåtgärder tidigare än sina överordnade. När så är fallet har det dock rört sig om missbrukare vilka sedermera blir tvångsomhändertagna. Denna typ av dispyt tycks alltså företrädesvis gälla *när* – och inte *om* – det är lämpligt att ansöka om LVM.

Intressant är ändå att socialsekreterarna inte tror att deras egen rättstillämpning medför att utnyttjandet av tvångsvård har minskat på samhällsnivå under senare år. De säger sig använda LVM på ett rättsligt korrekt sätt och tvekar inte att förespråka eller ta till tvångsåtgärder då andra lösningar förefaller fruktlösa eller omöjliga att få till stånd. En förutsättning är dock att missbrukarens hälsa är mycket dålig eller att han/hon t.o.m. är på väg att dö till följd av självdestruktiviteten.

I detta sammanhang fyller läkarundersökningarna/-intygen en viktig funktion. Dessa sägs vara vattendelarna när det gäller vilka klienter som fortsättningsvis erbjuds frivilliga insatser och vilka som tvingas in i vårdsystemet. När LVM-anmälningar inte kan skrivas av direkt, för att de bedöms uppenbart sakna grund, blir det läkarintyget som får utvisa huruvida socialsekreterarna kan ha "is i magen" även framledes.

En av "LVM-experterna" hävdar att en stadsdelsförvaltning använder just påtvingade läkarundersökningar systematiskt (dvs. i de fall klienten inte inställer sig frivilligt) för att visa prov på socialtjänstens potentiella maktmedel och för att klargöra hur mycket "frivilligt spelutrymme" klientens fysiska/psykiska status egentligen medger. I de fall hälsan inte är direkt hotad erbjuds några månaders vistelse på inackorderingshem med arbetsträning. Då missbrukaren blir informerad om att LVM-utredning öppnas såvida inte ifrågavarande behandlingsplan fullföljs kan arrangemanget beskrivas som "frivillig tvångsvård".

Denna handläggningsstrategi har sin grund i att undvika tvångsåtgärder av resursskäl. Målet tycks i första hand vara att reservera "äkta" tvångsomhändertaganden för omotiverade missbrukare som håller på att ta livet av sig och i andra hand att göra förutsättningslösa bedömningar av människors vårdbehov. Detta är ett konkret exempel på att handläggningen av LVM till viss del styrs av ekonomiska begränsningar och att förvaltningarna söker finna en rimlig balans mellan budgetkrav och lagstiftningens formella obehållighet.



### 3. Nyttotänkandet

En annan viktig omständighet som enligt socialsekreterarna har betydelse för LVM-handlägningsarbetet och valet av insats är deras syn på missbrukarvård i allmänhet och tvångsvård i synnerhet.

- Å ena sidan är målet att alla klienter skall erbjudas hjälpinsatser, ofta utan hänsyn till vilka. Å andra sidan har man bestämda uppfattningar om vad som kan fungera för vem. I deras resonemang finns dock ännu en motstridighet.
- Å ena sidan skall behandling för missbruksproblematik genomföras frivilligt, eftersom det är då den kan ha en positiv effekt. Å andra sidan anser man att tvånget i vissa fall är nödvändigt, eftersom missbrukarna annars kan dö.

Sammanfattningsvis vägleds handläggningen av devisen: *Först matchade insatser sedan generella, först frivilliga sedan påtvingade*. Viktigast av allt är ändå att klienterna inte ställs utanför vårdssystemet.

Som har framgått i denna rapport hävdar socialsekreterarna att det primärt är alkoholkroniker och heroinister som kommer i fråga för LVM-vård. Med utgångspunkt i intervjumaterialet är det möjligt att urskilja fem huvudtyper av hjälpinsatser som används i arbetet med klienterna. Av flera skäl ges de olika rangordning i de två ärendetyperna. Noterbart är att just tvångsvård hamnar längst ner i prioriteringslistan när det gäller alkoholkroniker men relativt högt upp när det gäller heroinister.

Prioriteringslista avseende hjälpinsatser för alkoholkroniker:

- 1) matchad frivillig insats på hemmaplan (antabus, stöd-kontakt, socialbidrag, boende)
- 2) generell frivillig insats på hemmaplan (öppenvårdsprogram, arbetsträning)
- 3) matchad frivillig vistelse på institution (inackorderingshem för omvårdnad och trivsel)
- 4) generell frivillig vistelse på institution (behandlingshem för rehabilitering)
- 5) påtvingad vistelse på institution (LVM).

Prioriteringslista avseende hjälpinsatser för heroinister:

- 1) matchad frivillig vistelse på institution (behandlingshem för rehabilitering)
- 2) generell frivillig vistelse på institution (familjehem för omvårdnad och trivsel)
- 3) påtvingad vistelse på institution (LVM)
- 4) matchad frivillig insats på hemmaplan (metadon, Subutex, arbetsträning)
- 5) generell frivillig insats på hemmaplan (boende, stödkontakt, socialbidrag, öppenvårdsprogram).

Givet socialsekreterarnas matchningstänkande och deras kritik gentemot tvångsvårdens rehabiliterande kapacitet, synes inte LVM:s plats i prioriteringslistorna vara särskilt oväntad. Handläggarna vill först och främst använda sig av insatser de tror att tunga missbrukare kan ha nytta av, vilket ofta innebär insatser som grundas på frivillighet. De vill inte försämra relationen till sina klienter och inte heller äventyra möjligheten till ett lyckat framtida motivationsarbete, varför de i görligaste mån undviker att använda det (uppfattat) integritetskränkande tvånget. Socialsekreterarna vill inte heller övertrassera budgeten och erbjuder därför inte i "onödan" placeringar på institution, utan primärt billigare alternativ på hemmaplan, såvida inte klienten är uppenbart förändringsbenägen och samtidigt bedöms ha en god prognos att i framtiden leva nyktert/drogrött.

Listorna visar också att olika sorters öppenvårdsinsatser på hemmaplan hamnar högst när det gäller alkoholkroniker och lägst när det gäller heroinister. För de förra, det vill säga de "hopplösa fallen", premieras matchade insatser som kan motverka ytterligare socialt förfall, till exempel antabus och stödkontakt. I andra hand erbjuds sådana generella insatser som anses kunna medverka till att alkoholmissbrukare blir kvitt beroendet, till exempel olika sorters öppenvårdsprogram. När klienternas hälsa är akut hotad kan institutionsvistelser som syftar till omvårdnad komma ifråga. I sista hand tillämpas andra former av rehabiliterande institutionsvård, vilken uppfattas vara dyr och sällan resultera i förbättring som motsvarar kostnaderna.

I heroinistären den premieras, om resursnivån tillåter det, för narkotikaproblem matchad behandling på institution. Sådan anses kunna resultera i att heroinisternas grundproblem blir löst och således i varaktig förbättring. I andra hand erbjuds mer omvårdande vistelser på s.k. familjehem (där missbrukaren lever tillsammans

med drogfria vuxna och engagerar sig i exempelvis hem- och djurskötsel). I tredje hand kommer påtvingad institutionsvård. Denna hävdas ibland möjliggöra avgiftning och i förlängningen deltagande i mer rehabiliterande behandling eller metadon-/subutexprogram. Sist på listan hamnar generella insatser på hemmaplan vilka uppfattas vara ofrånkomliga delar av socialtjänstens verksamhet. De hävdas dock vara rehabiliteringsmässigt meningslösa eftersom de underlättar fortsatt heroinmissbruk.

Rangordningen bygger på tolkningar av (och inte på direkta frågor till) de intervjuade socialsekreterarna. Därmed kan enskilda personer beskriva och eventuellt ranka insatserna på annat sätt. Trots dessa begränsningar visar intervjumaterialet och tolkningen, att synen på de två olika typerna av missbruksproblematik har ett visst genomslag i vårdbedömningar och i den praktiska verksamheten. Likaså tydliggörs att valet av tvångsvård och andra hjälpinsatser har sin grund i överväganden om vad som är lämpligast för vem.

Den beskrivna mångtydigheten när det gäller socialsekreterarnas syn på när och vilka vårdformer som skall realiserats, kan givetvis ha sitt ursprung i att de är satta att följa två sociallagstiftningar; en som reglerar frivillighet och en som reglerar tvång. En annan (kompletterande) tolkning går ut på att handläggarnas inställning är sprungen ur behandlingssystemets rehabiliteringskapacitet snarare än dess juridiska fundament. Detta innebär i förlängningen att synen på om/när/vilka insatser som skall erbjudas/påtvingas vilka personer, bygger på prognostiseringar av klienternas momentana och långsiktiga nytta, samt därmed på ett nyttotänkande. Lösningarna som presenteras har primärt missbrukarnas bästa för ögonen – även om rådande resursnivå avgör *vilkas* bästa som skall prioriteras *när* – av vilket följer att den samhälleliga nyttan att till punkt och pricka följa tvångslagstiftningens bestämmelser och intention kommer i andra hand. Handläggningen av LVM-ärenden bygger därför på ett individualiserat budgetberoende nyttotänkande.

## Omöjlighetens praktik

Socialsekreterarna beskriver alltså genomtänkta och individualiserade strategier när det gäller handläggningen av LVM-anmälningar/-utredningar. Även om budgetkrav styr vilka insatser som uppfattas vara möjliga att realisera – samtidigt som sociala utred-

ningar och vårdbehovsbedömningar idag inte anses ha någon helt avgörande betydelse – framgår att handläggarna försöker åstadkomma så optimala lösningar på klienternas problematik som möjligt under rådande omständigheter.

De understryker att den uppmärksammade förändringen i rättstillämpning har att göra med att man idag (eventuellt) väntar längre med att ansöka om LVM, samtidigt som kreativiteten har blivit större när det gäller att finna mindre kostsamma alternativ till omhändertaganden. Samtidigt hävdas att handläggningen utförs på ett pragmatiskt, något okonventionellt men ändå juridiskt godtagbart sätt. Trots detta – och trots att det saknas säkra belägg för att "LVM-mässiga" missbrukare blir lämnade åt sina öden utan att ha fått den hjälp de enligt sociallagstiftningen är berättigade till – är titeln på denna studie *Omöjlighetens praktik*. Det finns flera skäl till det.

#### *Ingen efterfrågan på socialsekreterarnas kunskande*

En väsentlig omöjlighet finns i att "LVM-mässiga" missbrukare i allmänhet inte efterfrågar det förhållningssätt och det praktiska hjälparbete som socialsekreterarna är experter på. De senare är bland annat utbildade till att lyssna, förstå, vara medmänskliga, komma med problemlösningsförslag och arrangera/förmedla frivilliga hjälpinsatser. Detta innebär att deras professionalism ges utrymme – och möjlighet att fungera framgångsrikt – primärt när det gäller klienter som vill bli lyssnade till, som vill bli förstådda samt som vill få ett humant bemötande, förslag till lösningar av problematiken och erbjudanden om adekvata hjälpinsatser.

I resultatredovisningen visas att denna karakteristik sällan stämmer in på missbrukare som blir föremål för LVM-anmälan/-utredning. De undandrar sig kontakt med socialtjänsten, är insiktslösa när det gäller sina egna problem, har prövat den hjälp som samhället kan bistå med utan att erfara någon avsevärd och långsiktig förbättring. De tycks på grund av ovilja, oförmåga eller yttre omständigheter vara dömda till självdestruktivitet. Detta innebär givetvis en förenkling eftersom intervjumaterialet visar att det finns undantag. Vissa klienter "rycker upp sig" via tillfälliga insatser, vissa slussas vidare till andra vårdinstanser och vissa vill ha någon typ av stöd/behandling av socialtjänsten. Det finns också studier som visar att tvångsomhändertaganden ibland kan utgöra vänd-

punkten i människors liv (Christophs 2002) och leda till en allmän förbättring av missbrukarens situation (jfr Gerdner 1998b).

Däremot talar det mesta för att just de "LVM-mässiga" missbrukarna, som således uppfyller lagens rekvisit för när tvångsomhändertaganden är befogade och nödvändiga, i allmänhet betackar sig för socialtjänstens välvilja. Detta kan förklara varför socialsekreterarna förmedlar pessimism när de talar om LVM-ärendena inom ramen för studien. Missbrukarna saknar i allmänhet en *genuin vilja* att tillvarata chansen till långsiktig rehabilitering eller tillfällig "uppryckning", och därför uppfattas de realiserade insatserna inte alls som lösningar utan snarare som påtvingade eller frivilliga livsuppehållande åtgärder. Pessimismen gäller främst insatsernas resultat och inte möjligheten att handlägga ärendena på rätt sätt. Socialsekreterarnas resonemang kring LVM-handläggningsarbetet kan således sammanfattas med att de beskriver sig göra *rätt*, men inte *gott*.

### *Alltid någon missnöjd*

Ett viktigt inslag i socialsekreterarnas handläggningsarbete består i att köpslå mellan egna och andra parter särintressen och åsikter om hur den problematiska situationen skall hanteras på bästa sätt. En potentiell motsättning finns som nämnts mellan handläggare och deras chefer. De förra ansvarar för att vårdbehov blir bedömda och missbrukare bemötta på ett adekvat sätt. De senare för att rätt klienter prioriteras och att behandlingsbudgeten inte övertrasseras. Mellan handläggare och politiker (i stadsdelsnämnd eller på kommunal-/riksnivå) utgörs motsättningen vidare av att de senare ställer krav på verksamheten som de förra uppfattar vara omöjliga att uppfylla utifrån rådande resurstilldelning.

Missbrukarna vill i sin tur bli lämnade i fred, alternativt ha hjälp med praktiska problem som hemlöshet, dålig ekonomi och sysselsättningssvårigheter. De kan vara intresserade av att få hjälp med att ordna avgiftningsplats, men nekar inte sällan till fortsatta insatser inom missbrukarvården. Handläggarna skall däremot se till att klienterna blir föremål för frivilliga eller påtvingade hjälpinsatser som syftar till rehabilitering och inte bara omvårdnad.

När det gäller alkoholkronikerna står i praktiken den tillämpade målsättningen med skadereducering i strid med socialtjänstens inriktning "att frigöra och utveckla enskilda och grupper egna

resurser” (1 kap. 1 § SoL); en riktlinje som tillfälliga livsuppehållande åtgärder knappast följer. Samma motstridighet mellan målsättning och praktisk verksamhet finns när det gäller heroinisterna. Då är det emellertid missbrukarens oförmåga och önskan om substitutionsbehandling som utgör problemet. Oavsett socialtjänstens insatser fortsätter heroinisterna ofta med den destruktiva livsstilen, och när de väl bestämmer sig för att söka förändring vill de ha en vårdtyp som socialsekreterarna anser mindre lämplig än genomgripande drogfri psykosocial behandling på institution.

När det gäller sociallagstiftningen utgörs svårigheten av att balansera mellan frivilliga och påtvingade insatser samt mellan att erbjuda vård till klienterna och att kontrollera dem. Med utgångspunkt i lagstiftningens intention skall båda dessa aspekter ses som uttryck för omsorg. Behandling för rehabilitering och kontroll för överlevnad.<sup>30</sup> I missbrukarnas ögon uppfattas dock kontrollen som integritetskränkande, varför de många gånger blir besvikna och sedermera undandrar sig kontakt med socialtjänsten (och andra myndigheter).

Sammantagna resultat av dessa omständigheter i att de flesta LVM-ärenden präglas av att någon part blir missnöjd med händelseutvecklingen. Även om det givetvis inte är socialsekreterarna själva som fråntas sin frihet och tvingas lämna sitt vardagliga sociala sammanhang vid beslut om tvångsvård, upplever de ofta att de utsätts för aggressionerna som sådana beslut kan leda till hos klienterna. Och även om det inte är socialsekreterarna som riskerar att dö till följd av ett fortsatt missbruk eller ett alltför tidigt återupptaget sådant, är det de som får hantera oroliga anhörigas och andra myndigheters kritik när socialtjänsten inte tillvaratagit möjligheten till ett välvilligt tvångsomhändertagande.

Dessutom anser socialsekreterarna att förekomsten av LVM, oavsett om lagstiftningen tillämpas eller inte, resulterar i att en stor del av det sociala arbetet med grava missbrukare genomförs under hot om tvång. Frivillighetsprincipen blir på detta sätt satt inom parentes när det gäller faktiska och potentiella LVM-ärenden. Denna omständighet hävdas vara ofrånkomlig, dock inte särskilt gynnsam, om målet för verksamheten är att klienterna genomgår långsiktig rehabilitering och inte bara tillfällig ”uppryckning”.

---

<sup>30</sup> Jfr SOU 1987:22.

*Hjälpens begränsningar*

Ytterligare en omöjlighet finns i missbrukarnas ytterst svåra problematik samt vårdapparatusens bristande förmåga att i praktiken tillgodose deras varierande vårdbehov. Trots att socialsekreterarna beskriver att de alltid försöker erbjuda de insatser som är mest adekvata i respektive ärende, anser de att resurser saknas. Problemet ligger alltså inte i behandlingsutbudet utan i det ekonomiska, organisatoriska och vårdideologiska sammanhang som handläggningsarbetet sker inom.

Svårigheten när det gäller alkoholkroniker är att de inte vill. För deras del saknas ett väl utbyggt hjälpsystem som accepterar deras *genuina ovilja*, men som ändå möjliggör att de lever ett drägligt liv och att det samtidigt finns en beredskap i händelse av att de ändrar sig. Svårigheten med heroinisterna är i stället att de inte kan och att de vanligtvis väljer "fel" typ av behandling (se ovan) då de söker nå förändring. När socialsekreterarna ändå har övertygats om fördelarna med metadon eller Subutex och parterna är eniga, uppstår ännu ett hinder. Möjligheten för heroinisterna att få dessa mediciner begränsas av att dessa behandlingsprogram är hårt reglerade. De förutsätter att patienterna är starkt motiverade och hela tiden visar prov på *genuin vilja* genom att inte återfalla i missbruk eller misöka sig. I annat fall blir det avslag vid ansökan eller avstängning, väntetid och ny lämplighetsbedömning.

Mot bakgrund av dessa omständigheter präglas ärendena av tillfälliga lösningar i vilka tvånget *kan* fylla en funktion. Sådana nödlösningar hävdas dock vara mer tillfälliga än de som grundar sig på frivillighet, eftersom klienterna i de senare fallen åtminstone visar någon vilja till förändring (om än *korrupt* sådan) samt någon probleminsikt och initiativförmåga.

Oavsett hur missbrukarnas svåra problematik hanteras anses de tillfälliga insatserna sällan resultera i varaktig förbättring. Förutom att alkoholkronikerna och heroinisterna är väl förankrade i missbrukarkretsar samt huvudsakligen känner till denna typ av livsstil, försvåras etablerandet av ett "normalt" liv av motverkande samhällsliga förhållanden. I Stockholm är det besvärligt att skaffa sig bostad samtidigt som arbetsmarknaden är konkurrensinriktad och stänger ute de utbildade och udda personerna. I aktivt missbruk är det dessutom krångligt att få tillträde till befintlig hjälp som inte sällan ställer krav på just det som grava "LVM-mässiga" missbru-

kare hävdas sakna; dvs. nykterhet/ drogfrihet, behandlingsmotivation, viljestyrka och förändringsförmåga.

Hårdraget återstår för dessa människor att "börja om" på annan ort, vilket också sker ibland enligt socialsekreterarna. Sådana miljöombyten kan emellertid resultera i social isolering och depression då bostad och drogfrihet inte alltid leder till ett bra och aktivt liv i gemenskap med andra. LVM-ärendena präglas därför av en strävan efter hjälpinsatser vars möjlighet att fungera rehabiliterande ofta betvivlas av såväl socialsekreterare som klient.

#### *Avslutande anmärkningar*

Det går att föreställa sig två (och säkert flera) alternativ till den i rapporten beskrivna handläggningen av ponerat omotiverade, inkapabla och/eller hälsomässigt nedgångna missbrukare som blir föremål för LVM-anmälningar/-utredningar. Det ena innebär att socialtjänsten alltid ansöker om tvångsvård när det finns minsta indikation om att lagens rekvisit är uppfyllda samt klientens samtycke till frivilliga insatser tyder på *korrupt vilja*. På så sätt skulle länsrätten – vars verksamhet skall vara fri från vårdideologiska och ekonomiska överväganden – ges större ansvar för sällningen av vilka människor som skall beredas tvångsvård. Detta medför bättre rättssäkerhet för missbrukarna dels genom att de slutliga bedömningarna av vårdbehovet sker av en instans som står fri från den kommunala myndighetsorganisationen, dels genom att LVM i större utsträckning skulle komma att tillämpas utifrån lagstiftarens intentioner.

För socialtjänstens del innebär antagligen scenariot att vårdbudgeten övertrasseras och att det huvudsakligen blir de "LVM-mässiga" klienterna som ges bistånd för olika typer av missbrukarvård. Frivillighetsprincipen får minskad betydelse till förmån för principen om "de LVM-mässigas behov framför allt".

Ett annat alternativ är att socialtjänsten helt bortser från LVM:s tvingande lagbestämmelser och ansöker om tvångsvård endast när det föreligger "starkt" vägande läkarintyg samtidigt som missbrukarna helt vägrar att befatta sig med samhällets vårdapparat. Då flertalet av de LVM-anmälda sägs vara *korrupt villiga* till frivilliga insatser under tvångshot skulle denna praxis antagligen resultera i en avsevärd minskning av tvångsomhändertaganden. En trolig följd är också att dödligheten bland tunga missbrukare åtminstone inled-



ningsvis skulle öka, eftersom de skulle vara ovana vid att ensamman ansvara för att hålla sig vid liv samt då och då delta i för hälsan välgörande missbruksbehandling. Ytterligare en tänkbar följd är att frivillighetsprincipen på detta sätt skulle bli allennarådande samt att de motiverade och ponerat förändringsbenägna klienterna skulle kunna välja fritt bland möjliga hjälpinsatser och vårdinrättningar.

Sedd mot bakgrund av dessa extrema alternativ tycks den LVM-handläggningspraxis som beskrivs i studien balansera väl mellan lagstiftarens krav på konsekvens och följsamhet samt socialsekreterarnas syn på klienternas rehabiliteringsprognos och de befintliga hjälpinsatserna. Undersökningen visar att socialsekreterarna ser olika på klientens inställning, problematik och yttre omständigheter när det gäller å ena sidan ansökningsärenden och å andra sidan avskrivningsärenden.

Tvångsvård tycks i allmänhet användas i riktigt svåra ärenden där missbrukarens överlevnad hänger på omhändertagandet och avskrivning av anmälan sker när det finns möjlighet till andra billigare och (uppfattat) effektivare lösningar. Detta tyder på en mycket avgränsad tolkning av tvångslagstiftningens vårdbehovsbegrepp. Bland de intervjuade socialsekreterarna anses termen huvudsakligen betyda "överlevnadsbehov", vilket givetvis strider mot lagstiftarens intention om LVM som en vårdlag. Det får däremot bli upp till andra forskningsprojekt att avgöra om juridiskt korrekta bedömningar görs i enskilda ärenden och hur utbredd strävan att undvika tvång är i praktiken.

Ovan beskrivna individualiserade budgetberoende nyttotänkande verkar lämpligt i ärenden där tvångsåtgärder utgör en reell möjlighet/risk. Hjälpinsatser måste då komma till stånd och de som väljs är åtgärder som anses fungera bäst under rådande omständigheter. Denna pragmatiska hantering av inkommande LVM-anmälningar och begränsade resurser för institutionsplaceringar kan dock inte hindra att "fel" missbrukare (enligt socialsekreterarnas uppfattning) blir prioriterade; dvs. sådana som vill bli lämnade ifred och som skulle ha blivit det om de inte hade blivit LVM-anmälda. På grund av tvångslagstiftningens formella obeveklighet måste missbrukare som önskar ha hjälp, men som aldrig blir LVM-aktualiserade, idag stryka på foten för de "tvångsbehövandes" resurstilldelning.

Likaså finns en risk att behovet och tillämpningen av enkla och pragmatiska lösningar cementerar uppdelningen mellan s.k. förändringsbenägna och hopplösa klienter. I intervjumaterialet tyder inget

på att handläggarna ibland tänker om i enskilda ärenden och börjar tro att även kronikerna, de gravt socialt utslagna, de psykiskt sjuka eller de *genuint ovilliga* skall kunna förändras. Inte heller räknar de med att heroinisterna kan dra nytta av skadereducerande insatser som inte förutsätts resultera i drogfrihet eller rehabilitering. Mot denna bakgrund tycks det alltså finnas utrymme för ytterligare individualisering av vårdbehovsbedömningar och erbjudanden om hjälpinsatser, åtminstone om målet är att alla missbrukare skall ha samma möjlighet att dra nytta av socialtjänstens hjälp.

Nyligen genomförde riksdagens revisorer en oberoende utredning av hur Statens institutionsstyrelse (SiS) sköter huvudmannaskapet för den tvångsbaserade institutionsvården av missbrukare och ungdomar. I denna riktas skarp kritik mot att SiS utövar tillsyn över sig själv, inte följer upp verksamheten på ett adekvat sätt samt tillämpar behandlingsmetoder vars effektivitet kan ifrågasättas (Riksdagens Revisorer 2002). Dessutom saknas belägg för att omhändertaganden enligt LVM i allmänhet resulterar i behandlingsmotivation eller utgör starten på obrutna vårdkedjor (jfr Ekendahl 2001). Mot bakgrund av att de intervjuade socialsekreterarna i stort är skeptiska till LVM-vårdens kapacitet att medverka till förändring bland missbrukare, förefaller deras strävan att undvika vård som administreras av SiS vara rehabiliteringsmässigt rationell.

Däremot indikerar svårigheten att (frivilligt eller under tvång) rehabilitera till förändring omotiverade missbrukare att det egentligen saknar betydelse *vilka* hjälpinsatser som tillämpas. Rent humanitärt verkar det viktigaste vara att ge dem ett gott bemötande och sätta deras unika hjälpbehov i första rummet. Det är vad klienterna antagligen efterfrågar och vad handläggarna säger sig göra. För att uppfatta att man i LVM-ärenden inte bara gör *rätt*, utan också *gott*, krävs mer än så. Dels en vetskap om att missbrukarvården är effektiv, dels att tunga socialt utsatta missbrukare har en reell chans att ta sig in i samhällsgemenskapen. I båda dessa avseenden är dock socialsekreterarna pessimistiska.

## Referenser

- Berglund, Mats & Andréasson, Sven & Bergmark, Anders & Blomqvist, Jan & Lindström, Lars & Oscarsson, Lars & Ågren, Gunnar & Öjehagen, Agneta (2000). *Behandling av alkoholproblem*. En kunskapsöversikt. Stockholm: CUS och Liber Utbildning.
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (1988). *Drug abuse and treatment – a study of social conditions and contextual strategies*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Blomqvist, Jan (1996). *Från ideologi till ekonomi. Institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier*. FoU-rapport 1996:2. Socialtjänsten i Stockholm: FoU-byrån.
- Blomqvist, Jan (2002). *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. FoU-rapport 2002:2. Forsknings- och utvecklingsenheten. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen.
- Christophs, Irja (2002). *Tvångsvård på gott och ont*. FoU-rapport 2002:5. Forsknings- och utvecklingsenheten. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen och Statens institutionsstyrelse.
- Ekendahl, Mats (1999). *Att välja vårdform – En studie inom fyra kommuners öppna alkoholvård*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. CUS-skrift 1999:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Ekendahl, Mats (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Rapport i socialt arbete nr 100. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Frankfort-Nachmias, Chava & Nachmias, David (1992). *Research methods in the social sciences*. London: Edward Arnold.
- Fridell, Mats (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gerdner, Arne (1998a). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. SiS rapport nr 1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, Arne (1998b). *Compulsory treatment for alcohol use disorders. Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Lund University: Department of Clinical Alcohol Research.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory strategies for qualitative research*. Chicago: Chicago Aldine.

- Gustafsson, Ewa (2001). *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Heilig, Markus (2003). Dum dogmatism dödar. Om substitutionsbehandling. I: Tham, Henrik (red.) (2003). *Forskare om narkotikapolitiken*. Rapport 2003:1. Stockholm: Stockholms universitet, Kriminologiska institutionen.
- Hydén, Lars-Christer & Hydén, Margareta (red) (1997). *Att studera berättelser. Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Johansson, Kjell-Ove & Höglblom, Christina & Olofsson, Gunilla (2001). *Om missbrukarvårdens utveckling i Stockholms stad under åren 1995–2000*. Rapport november 2001. Stockholms stad: Socialtjänstförvaltningen, Staben.
- Johansson, Kjell-Ove (2001). *Om LVM-vårdens utveckling under 1990-talet samt om uppföljning av 25 LVM-anmälda personer under år 1999*. Rapport. Stockholms stad: Socialtjänstförvaltningen, Staben.
- Olsson, Börje & Adamsson Wahren, Caroline & Byqvist, Siv (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. CAN-rapport 61, Max-projektet, 3. Stockholm: CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Palm, Jessica (2003). *Kvinnor & män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården år 2002*. SoRAD-forskningsrapport nr 7. Stockholm: Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning.
- Riksdagens Revisorer (2002). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* Rapport 2002/03:1.
- Socialdepartementet (2002). Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Kommittédirektiv 2002:10.
- Socialstyrelsen (1996). *Kursändring i missbrukarvården – mot öppnare former*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1996:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1997). *Tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Socialstyrelsens författningssamling 1997:6. Allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser 2001*. Statistik – Socialtjänst 2002:8. Sveriges Officiella Statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOU 1987:22. *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget*. Betänkande av socialberedningen.
- Statens institutionsstyrelse (2001). *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Årsrapport DOK 00. SiS följer upp och utvecklar. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Storbjörk, Jessica (2003). *Kvinnor & män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av personalen i Stockholms läns landstings beroendevård och deras syn på missbrukarvården år 2001*. SoRAD-forskningsrapport nr 8. Stockholm: Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning.
- Strömberg, Anne-Marie (1999). *Hur utreds LVM-anmälningar? En pilotstudie*. Forsknings- och Utvecklingsenheten. FoU-rapport 1999:13. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen.
- Tham, Henrik (red.) (2003). *Forskare om narkotikapolitiken*. Rapport 2003:1, kriminologiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet.

## Intervjuguide

### LVM-ärenden i Stockholms stad

Denna intervju syftar inte till att kontrollera om du som socialsekreterare har handlagt det aktuella LVM-ärendet på ett korrekt sätt. I stället är målet att kunna belysa de svåra bedömningssituationer socialsekreterare ställs inför samt hur arbetet med LVM-ärenden går till och upplevs av handläggarna. Det viktigaste är att du med egna ord formulerar din syn på handläggningen av det aktuella fallet och försöker ge en så uttömmande beskrivning av arbetet som möjligt. All information som inhämtas här är sekretessbelagd. I rapporteringen kommer inga enskilda individer att kunna identifieras. Det vore bra om du ville börja med att med tre ord beskriva personen som intervjun handlar om.

1. **Om du skulle börja från början, berätta om vad som hände efter att LVM-anmälan hade inkommit/utredning startats.**
  1. Vem gjorde anmälan? Befogad?
  2. Var det någon i arbetsgruppen som gjorde andra bedömningar än du? Skiljaktigheter?
  3. Vad sa/tyckte klienten? Hur fungerade kontakten?
  4. Hur förhöll klienten sig till missbruket/utredningen? Problem och behov av hjälp? Skillnad socialsekreterare/klient?
  5. Hur kom ni fram till det beslut som togs i ärendet? Vilka faktorer var viktigast?
  6. Berätta om hur det gick sedan.
2. **Resonera kring vilken funktion LVM fyllde i det här fallet?**
  - a) Vilka förväntningar fanns på vad LVM kunde åstadkomma?
  - b) Vilka erfarenheter hade du av tidigare LVM-ärenden?
  - c) Vilken roll spelade klientens motivation, eller brist på motivation, till frivillig vård för bedömningen?
  - d) En studie påtalar att flera tvångsvårdade upplevt sig motiverade redan före LVM, kommentar.
  - e) Vilka möjligheter och risker fanns med de två alternativen tvång respektive frivillighet?
  - f) Varför fanns det överhuvudtaget tveksamheter kring om frivilliga insatser var tillfyllest, vilka frivilliga insatser hade prövats?

**3. Vilken behandling är i allmänhet adekvat för gruppen av missbrukare som blir föremål för LVM-utredningar?**

- a) Vilken behandling ville ni erbjuda i det aktuella fallet?
- b) Vilken behandling kunde ni erbjuda i det aktuella fallet?
- c) Om staten bekostade LVM-placeringar, skulle antalet tvångsvårdade förändras?

**4. Hur bedömer du:**

- a) om klientens samtycke till frivillig vård är trovärdigt
- b) om klienten är behandlingsmotiverad
- c) om klienten har möjlighet att på frivillig väg avbryta missbruket?

**5. Utgå från din erfarenhet som socialarbetare, berätta om ett typiskt ärende där:**

- a) LVM-anmälan fullföljs och leder till tvångsvård.
- b) LVM-anmälan inkommer men frivilliga insatser anses vara tillräckliga.
- c) LVM-anmälan och -utredning är aldrig aktuell.

## Huvud- och underkategorier av intervjuutsagor

Huvudkategorier	Underkategorier
Handlägningsberättelser	Avskrivning Ansökan
Klientbeskrivningar	Egenskaper Motivation Insiktslöshet Psykiska problem Missbruk Klientstrategier
Om handläggningen	Svårigheter Hot Mål LVM-expertis Särdrag i specifikt ärende Motivationsarbete Bemötande Frivilligvårdens företrädare Relationens betydelse Val av vårdform Adekvat vård i ärendet Värdering av klientens samtycke Hur gör vi?
Om tvångsvård	Möjligheter Orsaker till användning Positiva erfarenheter Typiskt LVM-ärende Ofrånkomligheten i vissa fall Problem Restriktivitet med inställning



Huvudkategorier	Underkategorier
Om andra	Klienttyper Professionella aktörer Stadsdelsförvaltningar/kommuner Tider
Grundantaganden	Kring motivation Kring tvång Kring behandling Kring missbrukare
Om samhället	Besparingskrav Tak-över-huvudet Dubbeldiagnoser Vårdutbud
Om SiS och LVM	Vårdtid LVM § 27 Kvalitetskriterier

# Om kontaktmannaskapet inom LVM-vården

Av Anette Skårner

*Om jag vill föra en människa mot ett visst mål så måste jag först finna henne där hon är och börja där (Kirkegaard).*

## Inledning

Föreliggande rapport har sin upprinnelse i ett uppdrag från socialdepartementet att göra en kartläggning av kontaktmannaskapet inom LVM-vården. Kartläggningen, som genomfördes under ett par veckor våren 2003, syftar till att ge en översiktlig bild av kontaktmannaskapets utformning och innehåll utifrån vissa frågeställningar, vilka bygger på det uppdrag som gavs:

- Hur är kontaktmannaskapet organiserat?
- Vilken är kontaktpersonens roll och uppgift under hela LVM-tiden? Under tiden på institutionen? När klienten befinner sig i s.k. § 27-vård?
- Hur ser kontaktmannaskapssystemet ut i andra verksamheter, som psykiatri och kriminalvård?
- Föreligger det några problem att bygga upp en relation när klienten vårdas under tvång? Hur handskas man med dessa?
- Går det att förena kontrollerande och stödjande uppgifter? Hur hanterar personalen den dubbla rollen?
- Hur ser samarbetet med socialtjänsten ut, och hur fungerar det?
- Vad anser personal och ledning om LVM-hemmets delaktighet i eftervård/uppföljning efter avslutad LVM-vård? Hur skulle kontaktpersonens roll kunna se ut i detta sammanhang?

Kontaktmannaskap är i dag ett vedertaget begrepp inom olika verksamhetsområden som exempelvis psykiatri, institutionell missbrukarvård, ungdomsvård och kriminalvård och avser den vårdperson (behandlingsassistent, vårdare, skötare) som har närmast ansvar för en klient.

Syftet med LVM-vård är att stoppa en destruktiv livsföring och motivera till frivillig vård, där det slutliga målet är att klienten mer definitivt skall lämna missbruket. Tvångsvården utgör alltså ett led i ett långsiktigt arbete som syftar till en transformering från en omotiverad klient till en människa som väljer att inte missbruka (Börjeson 1990). Redan i förarbetet till LVM-lagstiftningen (SOU 1987:22) understryks att en metodik som tar sin utgångspunkt i personliga relationer, i stället för att ensidigt förlita sig till yttre kontroll, bör utvecklas även inom tvångsvården. Systemet med kontaktmannaskap, att varje klient tilldelas en eller två kontaktpersoner som har ett särskilt ansvar för motivationsarbete och behandlingsplanering, utgör ett centralt inslag i arbetsorganisationen på institutionerna vilket framhäver just relationsaspekten.

### **Kartläggningens uppläggning och genomförande**

Kartläggningen genomfördes under en begränsad tidsperiod och baseras på intervjuer med företrädare för personal och ledning på tre av 14 LVM-institutioner (Fortunagården, Gudhemsgården och Rällsögården) samt på en genomgång av aktuell litteratur inom området. I december 2003 kompletterades materialet med en kort enkät till övriga elva LVM-hem. Enkäten syftade huvudsakligen till att undersöka om kontaktmannaskap var allmänt förekommande inom LVM-vården.

De tre institutionerna valdes i samråd med utredningen. Målsättningen var att få en bild av bredd och mångfald inom LVM-vården genom att institutioner med olika vårdinnehåll och klientgrupper representerades i kartläggningen.

Intervjuerna genomfördes under en dags besök på respektive institution. Såväl företrädare för kontaktpersonerna (behandlingsassistenter) som avdelningsföreståndare/behandlingsansvarig socialsekreterare har intervjuats, individuellt eller gruppvis. På två av institutionerna deltog även institutionschefen. Sammanlagt intervjuades 15 personer. Institutionerna utsåg själva vilken personal

som skulle medverka, det var genomgående personer med lång erfarenhet av arbetet.

Intervjuerna hade karaktären av informativa intervjuer där de frågeställningar som varit vägledande för kartläggningen omformulerades till teman/intervjufrågor. Intervjuerna utvecklades till relativt fria samtal runt de angivna temana.

Det rör sig således om en begränsad undersökning, inom vars ramar det tyvärr inte heller gavs möjlighet att få klienternas syn på tvångsvården och kontaktmannaskapet. Klientperspektivet har därför uteslutande kunnat belysas utifrån tidigare forskning på området. I en tidigare studie (Skårner & Regnér 2003) som genomförts i samarbete med en av de undersökta institutionerna (Gudhemsgården) intervjuades emellertid ett 20-tal klienter om bland annat sina erfarenheter av kontaktmannaskapet. Denna studie har naturligtvis utgjort en viktig bakgrund till denna kartläggning.

## Kontaktmannaskapets utformning och innehåll

Arbetet vid en LMV-institution omfattar bland annat avgiftning, utrednings-, motivations- och behandlingsarbete samt behandlingsplanering, även om vårdens innehåll och uppläggning kan skilja sig mellan olika institutioner beroende på inriktning och målgrupp etcetera. Kontaktmannaskap som arbetsform är inget centralt påbud inom SiS, utan varje enskild institution utformar sin verksamhet efter sina behov. Kontaktmannaskap tillämpas emellertid på samtliga LVM-hem<sup>1</sup> och utförs framförallt av behandlingsassistenter. En nyligen publicerad rapport från SiS (Helgesson 2003) är den första studie som direkt fokuserar kontaktmannaskapet.<sup>2</sup>

De tre institutionerna som är i fokus i denna kartläggning riktar sig till olika målgrupper och har olika behandlingsinnehåll vilket naturligtvis också påverkar utformandet av kontaktmannaskapet. Det finns också skillnader inom institutionerna mellan öppen och låst avdelning. *Fortunagården* har 16 platser varav 8 är låsbara. Målgruppen är kvinnor med alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmiss-

---

<sup>1</sup> Uppgiften är hämtad från den ovan nämnda enkäten som genomfördes av LVM-utredningen i december 2003.

<sup>2</sup> Studien bygger på intervjuer med 16 behandlingsassistenter på tre LVM-hem. Resultaten visar bland annat att en tydlig och stödjande organisation, bra kontakter med medaktörer och en god relation till klienten medförde positiva emotionella upplevelser inom kontaktmannaskapet.

bruk. I målgruppen ingår även gravida missbrukare. *Gudhemsgården* har 25 platser varav 22 är låsbara (3 öppna platser på paviljong). Målgruppen är män med alkohol-, narkotika-, läkemedels- eller blandmissbruk. I målgruppen ingår uttalat våldsbenägna och/eller svårt psykiskt störda missbrukare. *Rällsögården*, slutligen, har 24 platser varav 10 är låsbara. Målgruppen är män med alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk.

Kontaktmannaskapet är en central och bärande del av strukturen på alla tre institutionerna. Kontaktpersonen följer klienten under hela vårdtiden och är den som har ett särskilt helhetsansvar för att klienten får det praktiska och emotionella stöd han/hon behöver. Det direkta motivations/behandlingsarbetet och behandlingsplaneringen är alltså i hög utsträckning delegerat till behandlingsassistenterna. Annan personal som medicinsk personal, psykolog, behandlingssekreterare/avdelningsföreståndare ansvarar för vissa inslag i utredningsarbetet och vården utifrån sin specifika kompetens och position (jfr Svensson 2003). Varje klient tilldelas en eller två kontaktpersoner så snart som möjligt efter ankomsten till institutionen. Valet av kontaktperson sker dels utifrån personalens aktuella arbetssituation, dels utifrån personlighet och kompetens. Man försöker göra en medveten matchning så långt det är praktiskt möjligt. Om klienten har varit på institutionen tidigare försöker man se till att han eller hon får tillbaka samma kontaktperson. I de fall klienten flyttar mellan låst och öppen avdelning under vistelsen så byter man också kontaktperson vilket innebär ett brott i kontinuiteten i relationen som man emellertid försöker kompensera med överlappande och "mjuka" övergångsrutiner.

Varje kontaktperson har i regel ansvar för 3–5 klienter. Antalet kan variera bland annat beroende på hur många av de klienter man har ansvar för som befinner sig i vård enligt § 27 LVM. Nattpersonal och personal med kortare vikariat arbetar inte som kontaktpersoner.

I kontaktmannaskapet ingår en rad olika arbetsuppgifter anpassade efter den enskilde klientens behov och önskemål. Det handlar om att bistå klienten med olika typer av praktisk hjälp, social planering och myndighetskontakter, informera om regler och rutiner, ha kontakt med anhöriga, följa med på resor och aktiviteter utanför institutionen och finnas tillgänglig för klienten och tillsammans med denne delta i verksamheten och vardagslivet på institutionen. Kontaktmannaskapet syftar övergripande till att skapa kontinuitet, struktur, trygghet och närhet och på så sätt

erbjuda klienten en referenspunkt på institutionen genom att klienten vet att det hela tiden finns en specifik person att vända sig till i olika situationer. Vid sidan av det stöd som genereras i de samtal som uppstår i det vardagliga samspelet förekommer i varierande utsträckning planerade strukturerade motivations-/behandlingsamtal en eller ett par gånger i veckan. Kontaktpersonen utför vidare en del av det utrednings- och kartläggningsarbete som utgör underlag för den individualiserade behandlingsplanen, deltar i den kliniska återkopplingen till klienten av resultaten av utredningar och tester som utförts av annan personal samt ansvarar för viss dokumentation. Kontaktpersonen håller även i, ibland tillsammans med behandlingssekreterare/avdelningsföreståndare, kontakten med socialtjänsten i hemkommunen (se nedan). En viktig del i kontaktpersonens arbete är att tillsammans med klienten och socialtjänsten förbereda för en genomtänkt placering enligt § 27 i annan vårdform och att under LVM-tiden hålla kontakten med klienten och delta i uppföljningen av vården.<sup>3</sup>

Funktionen som kontaktman är således synnerligen komplex och mångfacetterad. Den måste anpassas till varje enskild klient och dennes livssituation och den förändras kontinuerligt under processens gång, från att erbjuda stöd och omsorg i samband med avgiftning och den första tidens fysiska och psykiska återhämtning (jfr Svensson 2001, 2003) till att hålla i uppföljning, avslutning och planering av (och eventuellt medverka i) eftervård när LVM-vården så småningom upphör. Kontaktmannaskapet är en integrerad del av den totala verksamheten vid institutionen. De organisatoriska ramar, institutionsmiljön och behandlingsinnehållet i övrigt påverkar kontaktmannaskapets utövande. Kontaktmannaskapets varierande funktion och innehåll – över tid och i förhållande till vårdens innehåll och organisering – bekräftas av den översiktliga enkät till övriga LVM-hem som kompletterat intervjuerna. Samtidigt bekräftas kontaktpersonens centrala funktion som "sammanhållande nyckelperson" såväl i förhållande till klienten som till de professionella och informella aktörer som finns runt klienten både inom och utanför institutionen.

Det finns inte utrymme inom ramen för denna kartläggning för en mer ingående och heltäckande presentation av verksamheten på respektive institution, men nedan presenteras en mycket översiktlig bild av de olika organisationskontexter som kontaktmannaskapet

---

<sup>3</sup> Fortunagårdens respektive Rällsögårdens "checklistor" för kontaktmän redovisas i bilaga.

kan vara en del av med syfte att fånga något av det som vid intervjuerna framstod som utmärkande för just den institutionen.

Motivations- och behandlingsarbetet vid Fortunagården kännetecknas av en relations- och nätverksinriktning.<sup>4</sup> Institutionen har utvecklat en modell där man efter en ambitiös kartläggning av klientens sociala nätverk försöker aktivera nätverket genom att bjuda in till strukturerade nätverksträffar, oftast på klientens hemmaplan. Nätverksarbetet omfattar alla de personer som klienten uppfattar som viktiga, såväl privata som professionella kontakter. Syftet är att få en realistisk bild av vad nätverket kan tänkas ge för stöd och att mobilisera konstruktiva delar av nätverket. Det förekommer också att man arbetar med parsamtal med kvinnorna och deras partner. Nätverksmötena leds av en "neutral" personal med särskild utbildning för detta. Kontaktpersonens funktion är att fungera som klientens "hjälpjag" under mötena. Nätverksarbetet är frivilligt för klienten, men få väljer bort det helt.

I motivations- och behandlingsarbetet på Rällsögården tillämpas ett kognitivt förhållningssätt. Institutionen lägger stor vikt vid strukturerad behandlingsplanering och behandlingsuppföljning med hjälp av instrument som ASI (Addiction Severity Index) och MAPS (Monitoring Area and Phase System)<sup>5</sup> där klientens aktuella situation, problem, resurser och mål lyfts fram. Kontaktpersonen och klienten arbetar sedan vidare utifrån resultaten av kartläggningen och vad klienten vill ha hjälp med.

På både Fortunagården och Rällsögården finns det en relativt omfattande strukturerad verksamhet utöver den som sker inom ramen för den individuella kontaktmannarelationen. Klienterna erbjuds förutom motions- och fritidsaktiviteter, deltagande i praktiskt arbete och i institutionens dagliga skötsel (på miljöterapeutisk grund), bland annat även samtals- och temagrupper, återfallsprevention samt utbildning i form av undervisning av utbildad lärare som kommer vissa dagar i veckan. Utbudet är större för klienter på öppen avdelning. Behandlingsassistenterna är engagerade i dessa olika aktiviteter utifrån sin kompetens. Det som händer i de olika gruppaktiviteterna följs upp i de individuella samtalen med kontaktpersonen. Även om syftet med tvångsvård i första hand är att motivera till frivilligvård och flertalet klienter går vidare till en § 27-placering beskriver man vid båda institutionerna arbetet i termer av både motivations- och behandlingsarbete och det händer att man

---

<sup>4</sup> För en mer utförlig presentation, se Kesthely (1999), Helsing (2001).

<sup>5</sup> För en mer utförlig presentation, se Lyly & Skoglund (2002).

kommer fram till att det bästa för klienten är att vara kvar på institutionen vårdtiden ut och i vissa fall även att klienten övergår till en SoL-placering på öppen avdelning efter LVM-tidens slut.

Personalen på Gudhemsgården beskriver arbetet som ett renodlat motivationsarbete utan behandlingsinslag. Motivationsarbetet sker utifrån ett salutogent förhållningssätt utan konfrontativa inslag. Det rör sig i regel om korta placeringar. Målsättningen är att klienten skall ut på en § 27-placering inom tre månader, helst tidigare. Gudhemsgården har en synnerligen tung målgrupp och tar också emot överflyttningar från andra institutioner (minst ett par i månaden). Orsaken till överflyttningen är oftast våld mot personal eller konflikter inom klientgruppen. Institutionen har som policy att har klienten väl kommit hit skall han inte kunna "straffa ut sig", eftersom man menar att det i längden är negativt för klienten att "gå runt" på olika institutioner. Tydliga regler, fasta rutiner och en hög läsbarhet minskar utrymmet för våld och utagerande. Det finns en hög toleransnivå och personalen har utvecklat ett förhållningssätt där man i det längsta försöker diskutera, resonera och förhandla med klienten och försöka undvika att klienten "tappar ansiktet" inför de övriga klienterna. På Gudhemsgården kan man erbjuda klienterna en viss sysselsättning som socioterapi i form av silversmide, biljard, fysisk träning och sociala aktiviteter. Däremot förekommer det inga strukturerade samtals- eller temagrupper, inte heller några miljöterapeutiska inslag. Klienterna städar sina egna rum och gör i ordning fika på kvällen, men deltar inte i övrigt i institutionens skötsel. Vid intervjun framkommer att det vore önskvärt att klienterna hade tillgång till mer aktiviteter under vistelsen på institutionen. Det finns bland annat planer på att införa ART-metoden (Aggression Replacement Training), eftersom sådan kompetens nu finns i personalgruppen. Att klienterna är kritiska till bristen på meningsfull sysselsättning på LVM-institutionerna framkommer i många studier (Johansson 2000, Svensson 2001, 2003, Ekendahl 2001).

Flera forskare pekar på att motivationsarbetet inom LVM-vården innefattar många olika saker och att det ofta bedrivs utan förankring i en tydlig behandlingsmodell (se exempelvis Bergmark & Oscarsson 1999, Billinger 2000, Johansson 2000, Ekendahl 2001). Ett intryck från intervjuerna är att det pågår ett intensivt utvecklingsarbete på institutionerna för att höja kompetensnivån hos personalen och vidareutveckla verksamheten. De behandlingsassistenter som arbetar som kontaktpersoner har en varierande utbild-



ningsbakgrund, som exempelvis socialpedagog, mentalskötare, undersköterska, IKM-utbildning på olika nivåer. En målsättning är att vid nyrekryteringar försöka öka andelen högskoleutbildad personal, vilket inte alltid lyckas. Institutionerna erbjuder emellertid sina medarbetare ett ambitiöst utbildningsprogram dels genom utbildning i exempelvis MI (Motiverande Intervju) som anordnas av SiS centralt, dels utbildning som organiseras utifrån varje institutions behov och särskilda profil. Det kan handla om utbildning i behandlingsplanering, nätverksarbete, psykiatri, kognitiva arbetsmetoder etcetera. Ny teoretisk kunskap och nya arbetsmetoder håller på så sätt att successivt introduceras och integreras i verksamheterna, vilket naturligtvis också påverkar kontaktmannaskapets utövande. Kontaktpersonerna har även tillgång till stöd och vidareprofessionalisering i form av kontinuerlig handledning i sitt klientarbete.

### **Kontaktmannaskap inom andra verksamheter**

Modeller för kontaktmannaskap med liknande innehåll som inom LVM-vården har utvecklats även inom andra verksamheter som exempelvis psykiatrin och kriminalvården.

Reformeringen av psykiatrin, som inleddes i början av 1970-talet, innebar en förändrad yrkesroll för skötare, där den enskilde skötaren tilldelades ett särskilt ansvar för ett fåtal patienter (Crafoord 1995, Moxnes 1978). Systemet med kontaktmannaskap infördes för att göra vården mer personlig och framhäver betydelsen av den personliga relationen mellan den enskilde skötaren och hans klient. Kontaktmannaskap förekommer inom slutenvårdspsykiatrin såväl på akutavdelningar med korta vårdtider som på behandlingshem med längre vårdtider och även när patienten vårdas under tvång. Crafoord definierar kontaktmannaskap på följande sätt:

Kontaktmannaskap är den yrkesverksamhet som bedrivs av den personal som är verksam inom den institution eller organisatoriska enhet där en patient tillbringar den största delen av sin vakna tid. Uppgiften att vara kontaktman är främst att svara för en relation till en eller flera patienter i alla de aspekter som relationen kan ha inom ramen för institutionens eller organisationens verksamhetsområde. (Crafoord 1995, s. 111)

Kontaktmannaskapet inom kriminalvården är av något senare datum. Införandet av kontaktmannaskap samt brotts- och miss-

bruksrelaterad programverksamhet på 1990-talet innebar en utvidgning av den traditionella vårdrollen. Baspersonalen på anstalten fick såväl mer kvalificerade arbetsuppgifter som utökat ansvar och befogenheter. Med kontaktmannaskap avsågs en arbetsorganisation som innebär att en vårdare har ett personligt ansvar för en eller flera intagna (Kriminalvårdsstyrelsen 2002). I samband med förändringen fastlade Kriminalvårdsstyrelsen centrala styrdokument som underlag för utvecklandet av den nya vårdrollen, där en miniminivå för vad kontaktmannaskapet på olika typer av institutioner (häkten, kriminalvårdsanstalter) skulle innehålla angavs. Den omfattade bland annat introduktion av den intagne samt ansvar för utformning av behandlingsundersökning och behandlingsplan, ärendes behandling i behandlingskollegium, planering av permission och andra utevistelser samt frigivningsförberedelser (Kriminalvårdsstyrelsen 2002).

I en nyutkommen rapport från RRV<sup>6</sup> konstateras att motivations-, påverkans- och behandlingsarbetet fortfarande utgör en relativt liten del av verksamheten och att kontaktmannaskapet behöver utvecklas vidare och anpassas mer till de intagnas behov. En annan slutsats är att vårdaryrket har kommit att inrymma så pass disparata uppgifter att det finns anledning att i dag tala om två vårdarroller.

Rapporten mynnar bland annat ut i att rekommendera Kriminalvårdsstyrelsen att ytterligare precisera kontaktmannaskapets innehåll, att överväga om ett särskilt certifieringsförfarande bör införas för vårdare som är kontaktmän i syfte att kvalitetssäkra verksamheten samt att definiera två (jämbördiga) vådarroller; en med inriktning på motivation, påverkan och behandling och en med inriktning mot säkerhetsuppgifter, omvårdnad och service.

## Relationen i centrum

Relationer som utmärks av närhet, samarbete och förtroende anses rent allmänt som en hörnsten i arbetet med människor och utgör en grundläggande förutsättning för att skapa en situation som främjar förändring, växt och utveckling. Relationsaspekten är inte bara central i längre behandlingar utan även i kortare kontakter (Yalom 1990, Bernler et al. 1993, Aamodt 1997, Melin & Näsholm

<sup>6</sup> Riksrevisionsverket (2003) Kriminalvårdens personal – uppföljning av Riksrevisionsverkets granskning av personalfrågor år 1998/1999 – ett regeringsuppdrag.

1998, Topor 2001). Den personliga relationen till behandlaren framhålls också genomgående i missbruksforskningen som avgörande för hur klienten upplever behandlingen (Brill 1972, Segraeus 1993, Kristiansen 1999, Blomqvist 2002, Skårner 2001). Även inom tvångsvården tillmäts relationen en fundamental betydelse och en genuin relation mellan kontaktperson och klient som bygger på ömsesidigt förtroende är det mest grundläggande i motivations- och behandlingsarbetet och avgörande för utfallet av detta (Svensson 2001, 2003, Skårner & Regnér 2003, Helgesson 2003). Relationens centrala roll betonas på liknande sätt i forskning som berör kontaktmannskapet inom psykiatri och kriminalvården (Topor 2001, Borg 2002, Månsson et al. 2002).

Crafoord (1995) beskriver relationen som själva "essensen" i behandlingsarbetet och det är kontaktmannens uppgift att med alla medel som står till buds svara för relationen till klienten, upprätta den och utveckla den konstruktivt. Med ett sådant synsätt betraktas relationen som överordnad (jfr Borg 2002), dvs. utvecklandet av goda relationer är en åtgärd i sig och ett fruktbart mellanmänskligt samspel anses vara själva förutsättningen för övriga behandlingsinsatser. Bernler och Johnsson (2001) uttrycker det som att relationen mellan behandlare och klient har en dubbel roll, den både är och bär behandlingen. Med detta menas att redan möjligheten att dela sin situation med en annan människa är en central del av behandlingen – delaktigheten eller närvaron av en annan människa är all hjälps grundläggande form – samtidigt som relationen ur ett processperspektiv utgör ett *medium* för behandlingen – utan relation ingen behandling.

Båda dessa dimensioner av relationen konfirmeras i intervjuerna med personalen på de tre LVM-hemmen. Relationen mellan kontaktperson och klient beskrevs samstämmigt som det mest centrala i kontaktmannskapet. En förtroendefull relation är en förutsättning för att de instrument som används vid kartläggning och behandlingsplanering skall fungera, samtidigt som själva användandet av instrumenten och dialogen runt dessa i sig fyller en relationsbyggande och relationsfördjupande funktion. Kontaktmannarelationen är på ett grundläggande plan det viktigaste elementet i motivations- och behandlingsarbetet och en förutsättning för att de tekniker och metoder man använder skall få en gynnsam effekt. "Motivation" är inget statiskt tillstånd, utan kan snarare förstås i termer av en komplex, dynamisk och påverkansbar process

(Prochaska & DiClementes 1984, Bergmark & Oscarsson 1999), där en aspekt är samspelet med andra människor (jfr även Scheff 1997). En grundläggande hållning är att genom kontaktmannarelationen försöka återskapa tillit, tillförsikt och framtidstro hos klienten. Relationen erbjuder en samspelsarena för klienten att utveckla sin förmåga att knyta och vidmakthålla konstruktiva sociala band (Skårner & Regné 2003).

Intervjuerna visar att man genomgående lägger stor omsorg vid relationsskapandet genom att vara närvarande, lyhörd och bekräftande i samspelet med klienten. Rent praktiskt försöker man bygga upp en relation genom att vara tillgänglig för och göra saker för, och tillsammans med, klienten. Inte minst betonas aktiviteter och resor utanför institutionen som betydelsefulla kontaktytor. Det kan handla om rättegångar, saker som behöver ordnas upp på hemmaplan, studiebesök på behandlingshem, men också sociala aktiviteter eller att helt enkelt åka ut och ta en fika på stan tillsammans med klienten. Så långt det är praktiskt möjligt försöker man organisera vardagsarbetet på institutionen så att man gör resor och aktiviteter tillsammans med just de klienter man är kontaktperson för. Det man strävar efter är att erbjuda en nära personlig kontakt inom ramen för ett professionellt förhållningssätt utan att för den skull tvinga sig på klienten.

Redan själva existensen av kontaktmannaskapet som grundläggande princip för vårdens organisering belyser i sig den vikt som tillmäts relationsaspekten. Att relationen mellan en personal och en klient definieras som speciell (jag är *din* kontaktperson, du är *min* kontaktperson) skapar gynnsamma förutsättningar för och legitimerar initiativ och kontaktförsök från båda parter (jfr Helgesson 2003).

Såväl kontaktpersonernas utbildning och vårdideologiska hemvist som deras empatiska förmåga och sociala skicklighet att knyta och vidmakthålla förtroendefulla relationer är således faktorer som påverkar kontaktmannaskapets utformning inom LVM-vården (jfr Jenneau 2002, Holm 2001, Helgesson 2003).

Kontaktmannarelationen existerar naturligtvis inte i ett vakuum. Organisatoriska villkor och strukturer är andra faktorer som styr och sätter ramar för relationen och för kontaktmannaskapandets utövande. Att en stödjande organisatorisk struktur och ett gynnsamt "behandlingsklimat" allmänt är en viktig förutsättning för ett gott behandlingsarbete är välkänt från flera studier (se exempelvis Svensson 2003, Månsson et al. 2002, Billquist 1999). Inom LVM-

vården kan man se skillnader i förutsättningar och villkor för motivations- och behandlingsarbetet som hänför sig till graden av öppenhet och läsbarhet på institutionen/avdelningen. Intervjuerna synliggör att handlingsutrymmet, fysiskt och psykologiskt, för såväl klienter som personal krymper med graden av slutenhet och inlåsning, även om det bör betonas att detta inte behöver innebära att relationsskapandet misslyckas. Det är emellertid en påtaglig faktor som kontaktpersonerna måste förhålla sig till i det vardagliga arbetet (jfr Svensson 2001, 2003, Helgesson 2003). Att kontaktpersonerna upplever det svårare att hitta en bra nivå på kontaktmannskapet på slutna avdelningar påpekas av Helgesson (2003).

Ytterligare en fråga som aktualiseras i LVM-vården är hur nära band kan och bör man knyta när syftet är att klienten skall gå vidare till annan (frivillig) vård (se exempelvis Johansson 2000, Svensson 2003). På institutionerna förefaller man medveten om de komplikationer som så att säga finns inbyggda i situationen, men flera av intervjupersonerna framhåller att det rimliga förhållningssättet är att inom de ramar som även en kort vistelse på institutionen medger ge klienterna möjlighet till att knyta an och förhoppningsvis få nya och konstruktiva relationella erfarenheter som klienterna kan ta med sig och överföra i nya samspelsituationer när han eller hon lämnar institutionen. Detta kräver i sin tur möjligheter till att erbjuda en bra separation, där klienten successivt länkas över i andra relationer.

En annan tidsaspekt är den som tidigare redovisats, nämligen att arbeta nära klienterna och lägga ner mycket tid på att vara tillsammans med dem. Intervjuerna ger vid handen att kontaktmännen lägger huvuddelen av sin arbetstid på klient- och klientrelaterat arbete även om det finns vissa variationer beroende på hur mycket tid som går åt till arbetsuppgifter av säkerhets- och servicekaraktär. Ett önskemål som ibland framförs i intervjuerna är att frigöra mer tid för klientrelaterat arbete genom att mer renodlade serviceuppgifter (städning, inköp etcetera som inte utförs tillsammans med klienterna) som nu ingår i behandligassistenternas arbete överläts till särskilt anställd servicepersonal. Kanske skulle detta också öka möjligheterna att rekrytera högskoleutbildad personal, vilket sannolikt försvåras om en alltför stor del av arbetsuppgifterna inte kräver högskoleutbildning, något som diskuterats inom kriminalvården (RRV 2003).

## Kontaktmannarelationen och tvånget

Inom LVM-vården ställs den generella konflikten inom samhällsvården, att förena stödjande och kontrollerande uppgifter, på sin spets. LVM-vården har speciella förutsättningar redan genom det faktum att individen vårdas mot sin vilja. Tanken är förstås att inslaget av tvång i behandlingsarbetet skall bidra till att klienten lotsas fram till en punkt där han/hon själv väljer att inte missbruka. En grundläggande fråga är emellertid i vad mån tvånget i sig innebär ett större hinder än hjälp för ett framgångsrikt motivationsarbete (Fridell 1996), eller annorlunda uttryckt hur tvångssituationen påverkar möjligheten att en bärande relation utvecklas, det vill säga en relation mellan kontaktperson och klient som kan leda till en för klienten gynnsam förändring. Å ena sidan skapar tvånget förutsättningar för drogfrihet och för att klienten stannar kvar i behandlingen, å andra sidan innebär tvångssituationen en inskränkning av individens integritet och autonomi. "Tvångssituationen ger möjligheter som är svåra att utnyttja på grund av tvånget", menar Svensson (2003, s. 207).

Det finns en rad, ofta motsägelsefulla fenomen och dilemman som är förknippade med den speciella situation som tvångsvård innebär och som på olika sätt avspeglas i och påverkar kontaktmannaskapet. Flera studier visar att klienterna generellt uppfattar själva tvångssituationen och dess konsekvenser som en kränkning, som i sig utgör ett grundläggande problem i motivationsarbetet och ett hinder för utvecklandet av en genuin och förtroendefull relation mellan kontaktperson och klient. Inställningen bland klienterna inom LVM-vården tycks emellertid variera från dem som menar att tvångsomhändertagandet helt saknar legitimitet, till dem som uttrycker förståelse för och accepterar tvångsvården. Inställningen till omhändertagandet och till tvångsvården förändras ofta under processens gång. Det finns de som blir mer positiva mot slutet av vistelsen, men det finns också de som blir mer kritiska till vården efter den första tidens avgiftning och återhämtning. I den granskning av missbrukarvården ur ett klientperspektiv som nyligen genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen (Kristiansen & Svensson 2003) är ungefär hälften av de tillfrågade klienterna relativt positiva till att det finns möjligheter att ingripa med tvång mot narkotikamissbrukare som förlorat kontrollen över sitt missbruk, samtidigt som få av dem anser att de själva skulle behövt det.

Det förefaller dock som att det är tvånget och vårdens utformning som klienterna huvudsakligen är kritiska till, snarare än personalen som personer. Klienterna tycker i allmänhet bra om sin egen kontaktperson, och vissa är också nöjda med den hjälp de får i denna relation. (Svensson 2001, 2003, Ekendahl 2001, Skårner & Regnér 2003). Samtidigt påpekas risken med att förväxla ett personligt accepterande av omhändertagandet och en genuin behandlings- och förändringsmotivation med en skenanpassning som mer handlar om att få en bekväm vistelse på institutionen eller snabbt komma ut i vård under friare former (Billinger 2000, Svensson 2003).

Tvånget präglar vardagslivet på en LVM-institution. Personalens arbete innehåller många och ibland motstridiga uppgifter. Att hålla miljön drogfri, att upprätthålla regler och struktur och förhindra att klienterna rymmer innebär dagliga tvångsinslag, i form av till exempel inlåsning, visitation och restriktioner i klienternas kontakt med livet utanför institutionen. Samtidigt skall man alltså försöka skapa en personlig relation präglad av tillit och närhet till de klienter som man är kontaktperson för. Den dubbla rollen, att förena stödjande/terapeutiska och kontrollerande/repressiva uppgifter, synes inte alldeles enkel att hantera för vare sig klienter eller personal. Helgesson (2003) pekar på att kontaktpersonerna upplever att den dubbla funktionen försvårar för dem att skapa relationer till klienten på ett naturligt sätt. Samma förhållanden förekommer inom kriminalvården.<sup>7</sup> En del kontaktpersoner där anser att det är fullt möjligt att förena dessa uppgifter och till och med att de ömsesidigt stödjer varandra, medan andra anser att det är svårt, för att inte säga ogörligt, att framgångsrikt utföra olika uppgifter; att vara "terapeut och fångvaktare" på samma gång (Kriminalvårdstyrelsen 2002).

För att värja sig mot tvånget och den ojämlika maktstrukturen på institutionen utvecklar klienterna motståndsstrategier (jfr Goffman 1983) som omfattar allt från undandragande och passivitet till protesthandlingar och aktivt handgripligt motstånd, samtidigt som, åtminstone vissa, klienter är kritiska till att personalen har för lite tid för samtal och tar för lite initiativ till kontakt.<sup>8</sup> Denna till synes motsägelsefulla inställning som kommer till uttryck i många skildringar av tvångsvården speglar sannolikt något av den

---

<sup>7</sup> Se exempelvis Månsson et al. (2002).

<sup>8</sup> För en fördjupad diskussion runt detta tema, se exempelvis Svensson (2001, 2003) och Månsson et al. (2002).

ambivalens som präglar många klienters inställning till såväl vården som till sitt fortsatta liv som missbrukare (Svensson 2003, Skårner & Regnér 2003). Här krävs i hög grad lyhördhet, öppenhet och känsla för "timing" från kontaktpersonens sida för att finna en realistisk och ömsesidig nivå på kontakten.

Intervjuerna visar att personalen själva ser tvånget som ett problem, men också som en möjlighet. Man är medveten om att tvånget, såväl själva omhändertagandet som inlåsning, övervakning och andra restriktioner, innebär en kränkning som påverkar och måste uppmärksammas i kontaktmannarelationen, samtidigt som tvånget ger en möjlighet att hålla kvar klienten som kan utnyttjas för "klientens bästa". Man försöker upphäva och mildra de negativa effekterna av tvånget genom att erbjuda ett gott professionellt bemötande och en varm och öppen atmosfär. Man lägger stor vikt vid att vara tydlig och informera om och förklara regler och restriktioner. Det handlar om att visa respekt för att kränkningen ofta tar tid att komma över genom att vänta ut och finnas kvar, men också genom att synliggöra och öppet samtala med klienten om tvångssituationen och visa förståelse för hans eller hennes situation. Personalen betonar vikten av att inte missbruka tvånget: att inte spela översittare och att det så långt det är möjligt undvika kränkande behandling. Ju större tvång, desto viktigare med ett respektfullt bemötande och utövande av tvånget, menar man. Man försöker också inför klienten peka på tvångets funktion av skydd, att det handlar om att låsa in, men också om att låsa ute drogerna. En tids drogfrihet ger möjligheter för klienten att återhämta sig fysiskt och psykiskt, att kanske möta sina närstående och att ta ställning till sitt fortsatta liv.

Sammantaget framstår de intervjuade genomgående som ganska optimistiska inför utmaningen att skapa en relation och så småningom en frivillig arbetsallians även inom ramen för ett formellt tvång. "Tvånget är ett hinder, men trots tvånget så går det ofta" för att citera en av intervjupersonerna. Det gäller att inom befintliga ramar presentera stöd- och behandlingsinsatser som erbjudanden och förslag som klienten kan välja att ta emot eller förkasta, och att så långt det är möjligt möta klienternas egna önskningar och på så sätt engagera honom att ta ansvar för sin behandling och sin livssituation. Förändringsutrymme skapas genom en väl avvägd balans mellan förståelse och acceptans och samtidigt att utmana känslor av uppgivenhet och passivitet och peka på nya tolknings- och handlingsmöjligheter. Ytterst måste behandlingen syfta till



frigörelse och hos klienten leda till en upplevelse av att själv styra och bemästra sin verklighet (Skårner & Regnér 2003). Samtidigt pekar man på att det finns klienter som väljer bort kontakten med personalen eller håller sig undan medan tiden går. Kanske det i vissa fall, när klienten fortsätter att avvisa kontakt, vore bättre att avsluta LVM-vården i förtid.

Ytterligare en faktor är sammansättningen av och klimatet i klientgruppen på institutionen (Svensson 2001, 2003) I en rapport från Kriminalvårdsstyrelsen från 1995 "Vad tycker fångarna?" konstaterar man att de intagna som kanske har störst behov av stöd från en kontaktperson själva inte är intresserade. Den tradition som finns bland intagna att ha så lite kontakt med personalen som möjligt är givetvis ett hinder (Kriminalvårdsstyrelsen 2002). Kontaktpersonerna berättar om liknande erfarenheter när det gäller klienter som haft mycket kontakt med kriminalvården. En iakttagelse man gör är emellertid att en del klienter förhåller sig mer negativa och avvisande i gruppen, men är öppnare i den individuella kontakten.

Innan någon tas in för tvångsvård skall alla möjligheter att tillgodosätta behovet av vård i frivilliga former vara uttömda. LVM-vård är på så sätt ett uttryck inte bara för klientens utan också för samhällets misslyckande. Intressant nog uppger klienterna inom LVM-vården inte sällan att de inte fått adekvat frivillig hjälp (Svensson 2001, 2003, Skårner & Regnér 2003) och att de skulle vilja ha hjälp, samtidigt som de uttrycker stor skepsis mot samhällsvården (jfr även Sahlin & Lofstrand 2001). I SiS egen verksamhetsdokumentation (SiS 2001) framkommer att en majoritet av klienterna (särskilt kvinnorna) uppger att de vill ha hjälp med såväl missbruksproblem som andra problem. De är rimligt att anta att föreställningar grundade i tidigare erfarenheter om vilken hjälp som är möjlig och önskvärd påverkar hur och vilka hjälpförväntningar som uttrycks i relationen till den nuvarande behandlaren (Bernler et al. 1993). En viktig uppgift för kontaktpersonen är således att fånga upp och understödja den önskan om förändring som redan finns hos många klienter.

### **Samarbetet med socialtjänsten**

En väl fungerande samverkan under hela LVM-tiden (och i vissa fall även efteråt) mellan institutionen, klienten och socialtjänsten är viktig för ett gott långsiktigt resultat. Socialsekreteraren som haft

kontakt med klienten innan omhändertagandet förväntas hålla kontakten med klienten under LVM-tiden och är den som har huvudansvaret för det som händer efter det att LVM-vården har avslutats (jfr Svensson 2003). Behandlingsplanering och uppföljning skall ske i samarbete mellan institutionen, klienten och socialtjänsten.

Från institutionernas sida betonar man vikten av att utveckla och upprätthålla ett bra samarbete med socialtjänsten. Man har utvecklat olika modeller för samverkan på de olika institutionerna som kan hänföras till deras olika sätt att organisera vården. Huvudansvaret för kontakten med socialtjänsten ligger antingen på kontaktpersonen eller på behandlingsansvarig/behandlingssekreterare. Ett sätt att utveckla samarbetet är att bjuda in till regelbundet återkommande och väl strukturerade behandlingskonferenser med olika syften; behandlingsplanering, uppföljning under § 27-placeringen, avslutning och planering av eftervård. Träffarna kan ske antingen på institutionen eller på klientens hemmaplan. Att göra professionella utredningar och bedömningar och att kontinuerligt kommunicera och diskutera resultaten av dessa med socialtjänsten skapar ett gott samarbetsklimat och goda förutsättningar för en väl anpassad § 27-placering.

Kontaktpersonerna lägger stor vikt vid att uppmuntra kontakten mellan socialsekreterare och klient och ser gärna att socialsekreteraren regelbundet hälsar på klienten under vårdtiden. Omhändertagandet kan ha lett till konflikter mellan klienten och socialsekreteraren, en uppgift för kontaktpersonen är att arbeta med och försöka överbrygga dessa. Ett annat problem är att klienten upplever socialsekreteraren som passiv eller oengagerad. Det finns stora individuella variationer när det gäller hur kontakten mellan socialtjänsten och klienten fungerar under vårdtiden, bland annat beroende på hur etablerad relationen är före omhändertagandet och omständigheterna runt detta. Tidsbrist och ibland upprepade byten av handläggare utgör stora hinder. Men det finns även exempel på engagerade socialsekreterare som lägger stor vikt vid samarbetet och kontakten med klienten, något som även har positiva effekter för motivations- och behandlingsarbetet på LVM-institutionen. Att kontakten med socialtjänsten kan se olika ut och uppfattas på olika sätt av klienterna visas av bland andra Skårner och Regnér (2003) och Svensson (2003). Ett annat problem är ekonomiska begränsningar när det gäller val av vårdform. Att möjligheterna till behandlingshemsplaceringar i samband med kontraktsvård och s.k.

§ 34-placeringar kompliceras av kommunernas dåliga ekonomi visas i en nyligen publicerad utvärdering av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning (BRÅ 2003).

Det gäller alltså att i samverkan åstadkomma en väl genomtänkt fortsatt frivillig vård. Vilken är den bästa vårdformen för just denna klient? Hur ser klientens egna önskemål om framtiden ut? Vad är socialtjänsten beredd på?

I den enkät till kommunerna som gjorts av LVM-utredningen framkommer olika uppfattningar om samarbetet med LVM-hemmen. Vissa förefaller nöjda, många har varierande erfarenheter från olika institutioner, några önskar generellt mer samarbete och tätare kontakt. Den kritik som riktas mot institutionerna handlar framförallt om brister i utrednings- och dokumentationsarbetet, otydlighet i behandlingsplaneringen ("vem som gör vad"), att institutionerna inte tar in socialtjänsten i behandlingsplaneringen i tillräckligt hög grad och inte utnyttjar socialsekreterarnas kunskaper och kännedom om klienten fullt ut samt brister i samplaneringen av det som skall ske efter tiden på LVM-institutionen.

Kontaktsmannen utgör på så sätt en länk mellan klienten och socialtjänsten vilket kan innebära dubbla lojaliteter. Dels skall kontaktpersonen samverka med socialtjänsten, som är uppdragsgivare, och dels skall han/hon företräda klientens intressen. Som professionell hjälpare har man alltid ett dubbelt kontrakt (Bernler & Johnsson 2001) – med samhället och med klienten – vilket kan innebära ett spänningsförhållande som på något sätt måste hanteras (jfr Skårner & Regné 2003). Detta gäller i hög grad tvångsvården vars insatser på lång sikt är inflettade i vilken beredskap som finns hos samhället att skapa förutsättningar för klientens "återinträde" i samhällslivet.

### **Kontaktsmannskapet och tiden efter LVM-vården**

För att på lång sikt lyckas upphöra med ett missbruk av det slag det är fråga om för tvångsvårdens klienter är oftast en tids vistelse på en LVM-institution långt ifrån tillräcklig. Tvångsvården utgör i bästa fall ett led i en långsiktig förändringsprocess som i många fall kräver en längre tids behandling och eftervård (se exempelvis Gerdner 2000, Svensson 2003, Skårner & Regné 2003). För att legitimera det kraftfulla ingripande som ett omhändertagande för tvångsvård innebär krävs också att klienten garanteras stöd och

hjälp efter LVM-tiden (jfr Svensson 2003). Att det finns brister i eftervården förefaller gälla ganska generellt inom missbrukarvården. Det är inte ovanligt att klienternas problematiska situation när det gäller exempelvis bostad och sysselsättning fortfarande är oförändrad när denne kommer tillbaka efter avslutad behandling (se exempelvis Kristiansen & Svensson 2003).

En fråga som infinner sig är vilken funktion kontaktmannaskapet kan och bör fylla när klienten lämnat LVM-institutionen. I kontaktmannaskapet ingår att hålla kontakt med klienten under tiden i § 27-vård och att kunna "rycka in" om något inträffar. Ofta formuleras en miniminivå för kontakten, exempelvis att klienten skall höra av sig en gång per vecka per telefon. Det förekommer också organiserade uppföljningsträffar/behandlingskonferenser tillsammans med socialtjänsten vid olika tidpunkter i processen. Många klienter hör dessutom ofta spontant av sig till kontaktpersonen i olika situationer. Kontakten är oftast mer intensiv om § 27-vården sker i form av öppenvård på hemmaplan än om klienten fortsätter till behandlingshem.

När det gäller eftervården framkommer stora skillnader i intervjuerna som speglar institutionernas särskilda förutsättningar och sätt att organisera vården. På Fortunagården har man utvecklat eftervård som ett led i nätverksarbetet. Kontaktpersonen följer klienten under processen. Som samordnande bas för eftervårdsinsatserna fungerar nätverksmötena på hemmaplan, där olika konstellationer av personer från det privata och det professionella nätverket ingår. Syftet är att successivt länka över klienten i fungerande relationer på hemmaplan. Man erbjuder också en "återfallsgaranti", bland annat i form av en kortare SoL-placering på den öppna avdelningen (med ny vårdplanering) om inte öppenvårdsinsatserna håller för drogfrihet. Tidigare har man haft ett utvecklingsprojekt där eftervården ingick i vården, i dag sker det på basis av att kommunen köper dessa tjänster i vissa fall.

Rällsögården bedriver individuellt anpassad eftervård på själva institutionen. Klienten har möjlighet att komma tillbaka till institutionen för en kortare tid och delta i ett program som skraddarsys för honom eller henne eller komma till institutionen exempelvis 1 gång/månad. Här gäller samma sak som på Fortunagården, att socialtjänsten köper dessa tjänster i vissa fall. Sex månader efter utskrivning genomförs en uppföljning av alla klienter via MAPS där långtidsverkan av vård synliggörs.

Med den uppläggning och inriktning som i dag finns på Gudhemsgården anser man sig inte ha resurser för eftervård, utöver den spontana kontakt som äger rum på klientens eget initiativ.

Kontaktpersonernas direkta engagemang i eftervård gäller naturligtvis inte alla klienter. En faktor är vad socialtjänsten efterfrågar och är beredd att betala för. En annan faktor hänger samman med vad klienten önskar och vilken relation och arbetsallians som utvecklats under LVM-tiden samt vilka övriga resurser som finns runt klienten i form av professionellt och privat stöd. Däremot framhåller man på samtliga institutioner vikten av att göra en god och värdig avslutning på kontakten så att den inte bara rinner ut i sanden när vården upphör. Ett dilemma när uppdraget utökas till att gälla även tiden efter LVM-vården är att kontaktpersonerna på sikt riskerar att få alltför många klienter att ta hand om, eftersom det ju hela tiden kommer nya klienter. Om eftervården utvecklas kräver detta naturligtvis på sikt större personalresurser om inte kvaliteten på arbetet med de klienter som finns på institutionen skall bli lidande.

Däremot framhåller man entydigt *behovet* av eftervård och uppföljning efter LVM-tiden, men att det är kommunerna som måste ha huvudansvaret för att klienten garanteras det stöd och den tillgång till de samhälleliga grundresurser som han eller hon behöver för en drogfri tillvaro på lång sikt.

Det förefaller svårt att finna någon generell modell för hur kontaktmannaskapet inom LVM-vården bör utökas för att omfatta även tiden efter LVM. Institutionerna tycks generellt ha olika möjligheter och resurser och den totala situationen runt klienten kan se olika ut. En realistisk möjlighet skulle kunna vara att LVM-institutionerna, bland annat via en förlängning av kontaktmannaskapet, engagerar sig i planeringen av eftervården och eventuellt ansvarar för en övergripande uppföljning. Detta motsäger inte en individualiserad och flexibel modell där kontaktmannaskapet så att säga följer med ut i eftervård där detta är den bästa lösningen och vad klienten önskar. Det framstår också som viktigt att ta vara på erfarenheterna ifrån och skapa förutsättningar för vidareutveckling av det arbete som redan sker på institutionerna i denna riktning.

## Avslutande ord

Kontaktmannaskapets komplexa karaktär framgår tydligt redan av denna översiktliga och preliminära kartläggning. Kontaktmannaskapet utgör en grundläggande princip för vårdens organisering på LVM-hemmen, även om innehåll och funktion kan variera beroende på en rad faktorer som exempelvis den omgivande organisatoriska och behandlingsmässiga kontexten, kontaktpersonernas professionella kompetens och sociala skicklighet att utveckla relationen och klienternas förväntningar. Det faktum att motivations- och behandlingsarbetet sker inom ramen för ett formellt tvång innebär naturligtvis en komplikation som påverkar arbetet.

Det finns, som redovisats ovan, en rad studier som ger initierade bilder av tvångsvården ur olika aspekter. Även mötet mellan kontaktperson och klient har berörts, utan att utgöra tyngdpunkten i flera av dessa studier. Forskning som direkt fokuserar kontaktmannaskapet är däremot sparsamt förekommande. Med tanke på den centrala roll som systemet med kontaktmannaskap intar såväl inom LVM-vården som inom psykiatrin och kriminalvården torde det finnas behov av fördjupad kunskap utifrån olika utgångspunkter.

Att det är många olika omständigheter, villkor och ramar som påverkar kontaktmannaskapets utövande vet vi, men frågan är HUR? Samspelet mellan kontaktperson och klient ur ett interaktionistiskt perspektiv, tvångets och den organisatoriska kontextens betydelse, kontaktmannaskapets betydelse i förhållande till övrigt behandlingsinnehåll, möjligheten att förena stödjande och kontrollerande arbete är några områden som framstår som angelägna för fortsatt forskning, liksom att anlägga ett genusperspektiv på det som undersöks.

## Referenser

- Aamodt, Laila Granli (1997) *Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (1999) "Behandlingsmotivation och tvångsvård." *Socialvetenskaplig tidskrift* 3, s. 195–211.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (2001) *Teori för psykosocialt arbete*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth & Skårner, Anette (1993) *Behandlingens villkor. Om relationen och förväntningarna i det sociala arbetet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Billinger, Kajsa (2000) *Få dem att välja – motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. (Akademisk avhandling).
- Billquist, Leila (1999) *Rummet, mötet och ritualerna. En studie av socialbyrån, klientarbetet och klientskapet*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. (Akademisk avhandling).
- Blomqvist, Jan (2002) *Att sluta med narkotika med och utan behandling*. FoU-rapport 2002:2, Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, FoU-enheten.
- Borg, Marit (2002) *Verksamma relationer. Vad innebär det sett ur psykiatriska patienters synvinkel?* Stockholm: Norra Stockholms psykiatri, FoU-enheten.
- Brill, Leon (1972) *The De-Addiction Process*. Springfield Illinois: Charles C Thomas.
- Brottsförebyggande rådet (2003) *Vård av missbrukare i anstalt. En utvärdering av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning*. Stockholm: BRÅ.
- Börjeson Bengt (1990) "Frivillighet och tvång inom missbrukarvården" i *Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården*. En rapport från LVM-gruppen. Stockholm: Delegationen för social forskning.
- Crafoord Clarence (1995) *Utvecklande förtrolighet. Tankar om kontaktmannskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ekendahl, Mats (2001) *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. (Akademisk avhandling).

- Fridell, Mats (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gerdner, Arne (2000) *Utfall och kvalitet inom LVM-vården*. SiS följer upp och utvecklar 3/2000. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Goffman, Erwin (1983) *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets dramatik*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Helgesson, Anita (2003) *Kontaktmannaskap. Emotionella upplevelser hos behandlingsassistenter inom LVM-vården*. SiS följer upp och utvecklar 4/2003. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Helsing, Bo (2001) *Relationernas möjligheter – En pilotstudie av Fortunagårdens nätverksarbete*. Allmän SiS-rapport nr 9. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Holm, Ulla (2001) *Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården*. Forskningsrapport nr 3/2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Jenneau, Madeleine (2002) *Arbetsmiljö och behandlingskultur. Jämförelse mellan SiS-institutioner och andra vårdmiljöer*. Forskningsrapport nr 2/2002. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Johansson, Göran (2000) *Tvång och tillit*. Forskningsrapport nr 1/2000. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Kesthely, Martha (1999) *Med familjen för förändring. Föräldraprojekt på särskilda ungdomshem och LVM-hem 1995–1998*. SiS följer upp och utvecklar 2/1999. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2002) *Kontaktmannaskap. En beskrivning av utvecklingen av kontaktmannaskap inom kriminalvården 1994–1999*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Kristiansen, Arne (1999) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Rapport nr 28. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet. (Akademisk avhandling).
- Kristiansen, Arne & Svensson, Bengt (2003) *“Byråkrati och narkomani går inte ihop...” Livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lyly, Cajsa & Skoglund, Maria (2002) *Behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS. En kvalitativ studie på Rällsögården*. Allmän SiS-rapport nr 6. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Melin, Ann-Gerd & Näsholm, Christina (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.



- Moxnes, Paul (1981) *Ångest och arbetsmiljö*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Månsson, Sven-Axel & Hedin, Ulla-Carin & Kousmanen, Jari & Lindholm, Ann (2002) *Överlevnad och förändring. Vardagsliv och behandling av sexualbrottsdömda på Skogomeanstalten*. Kriminalvårdens forskningskommitté. Rapport 5. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen, Förlaget.
- Prochaska, James O & DiClemente, Carlo C (1984) *The Trans-theoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries for Change*. Homewood: Dorsey Press.
- Riksrevisionsverket (2003) *Kriminalvårdens personal – uppföljning av Riksrevisionsverkets granskning av personalfrågor år 1998/1999 – ett regeringsuppdrag*. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- Sahlin, Ingrid & Löfstrand, Cecilia (2001) "Utanför bostadsmarknaden – myndigheter som motståndare och Medspelare". I: SOU 2001:95 *Att motverka hemlöshet. En sammanhållen strategi för samhället*. Expert- och forskningsrapporter. Bilagedel. Slutbetänkande av Kommittén för hemlösa.
- Scheff, Thomas (1997) *Emotions, the Social Bonds and Human Reality. Part Whole Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Segraeus, Vera (1993) *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån dialogen forskare – praktiker*. Rapport i socialt arbete nr 65, Stockholm: Stockholms universitet, Socialhögskolan.
- Skårner Anette (2001) *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. (Akademisk avhandling).
- Skårner, Anette & Regné, Margareta (2003) "Det är dom här jag har och inte har" *Om LVM-vårdades sociala nätverk*. Forskningsrapport nr 1/2003. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SOU 1987:22. *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av socialberedningen.
- Statens institutionsstyrelse (2001). *Årsrapport DOK 00*. SiS följer upp och utvecklar 3/01. Stockholm: Statens institutionsstyrelse
- Svensson, Bengt (2001) *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1:2000. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Svensson, Bengt (2003) *Knarkare och plitar. Om tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlsson bokförlag.

Topor, Alain (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*.

Stockholm: Natur och Kultur.

Yalom, Irvin (1990) *Kärlekens bödel. En psykoterapeuts bekännelser*.

Stockholm: Bonniers.

## Sammanfattning av ärenden från LVM-domar, sociala utredningar och aktmaterial

### Nio personer vars LVM-anmälning skrevs av direkt eller efter utredning

#### 1. Född på 1940-talet

Man med mångårigt alkoholmissbruk. Bibehållen social situation med familj och bostad. Anhöriga gör LVM-anmälan då han dricker mycket och uppträder konstigt. Tidigare arbetat men försörjer sig numera via a-kassa. Har varit frivilligt på behandlingshem en gång. Socialtjänst erbjuder en ny liknande vistelse, inte minst för att utreda om det föreligger hjärnskada. Anhöriga besvikna över att socialtjänsten inte gör något. Socialtjänsten bedömer i sin tur att missbruket ej är "LVM-mässigt" och väntar därför med insatser tills mannen vill själv. Ärendet avslutas och han utreds vidare av annan sektion inom socialtjänsten.

#### 2. Född på 1950-talet

Man som missbrukat alkohol och narkotika i många år. Bostadslös och håller till i parker. Psykiska svårigheter och somatisk sjukdom. Upplevs av socialsekreterare som socialt och intellektuellt kapabel. Har gått igenom ett flertal frivilliga och påtvingade vistelser på behandlingshem. Ingen resulterar dock i varaktig förbättring. "Rycker upp" sig i samband med LVM-anmälan och tar emot ett stödboende. Ny LVM-utredning några månader senare. Denna gång blir det dock ansökan och bifall i länsrätt. Bedöms ha nått större insikt i missbruksproblematiken i samband med den tvångsvård som sedermera kommer till stånd efter nya anmälningar.

#### 3. Född på 1950-talet

Man med mångårigt alkoholmissbruk. Bostadslös men har pension. Han flyttar återkommande mellan kommun X och Stockholm. Vill ha en vårdplacering som socialtjänsten nekar honom och avböjer de insatser som erbjuds. Tidigare vårdad jämlikt LVM och väldigt

negativt inställd till tvångsåtgärder. Under LVM-utredning väljer mannen att gå in frivilligt på institution för omvårdnad. Skriver ut sig efter någon månad och hörs inte av förrän ett halvår senare. Efteråt, nya LVM-anmälningar och förvärrad psykisk/fysisk problematik. Insatserna mest präglade av livräddning.

#### *4. Född på 1940-talet*

Bostads- och arbetslös man med mångårigt alkoholmissbruk. Tidigare arbetat men står sedan några år utanför arbetsmarknaden. Boende på olika inackorderingshem och natthärbärgen. Super hejdlöst i perioder, särskilt vid socialbidragsutbetalningar. Tar sig emellanåt in på beroendeklinik för att få hjälp med avgiftning. Blir återkommande LVM-anmäld av läkare. Rycker dock alltid upp sig, blir nykter och tar sig tillbaka till den aktuella boendeformen. LVM-anmälningar avskrivs. Mannen vill inte ha behandling för missbruket och "slipper" det med socialtjänstens goda minne.

#### *5. Född på 1940-talet*

Man med lång missbrukshistoria som startade med amfetamin. Idag bostadslös och huvudsakligen alkoholmissbruk. Bott på åtskilliga inackorderingshem. Har pension men får socialbidrag för egenavgift på olika institutioner och boenden. Periodvis nykter, men blir LVM-anmäld i samband med avgiftningar på beroendeklinik. Söker sig själv till olika behandlings- och arbetskollektiv. Motiverad att hantera och förbättra situationen. Dock ständiga återfall i missbruk vilka raserar det som uppnåtts. Varken "LVM-mässigt" missbruk eller fysiskt/psykiskt hälsotillstånd enligt socialsekreterares bedömning.

#### *6. Född på 1950-talet*

Kvinna med långvarigt periodiskt alkoholmissbruk. Hjärnskada sannolikt till följd av missbruket. Återkommande LVM-utredningar/-omhändertaganden. Bor i egen lägenhet men har hemstöd. Flera tidigare avgiftningar på beroendeklinik. Enligt socialsekreterare svårt att nå kvinnan i djupare samtal och motivera till behandling. Har erbjudits all tänkbar missbrukarvård men avböjer allt

utom hemstöd. En tidigare påtvingad vistelse på LVM-hem. Enligt personal var kvinnan då helt okontaktbar eftersom hon bara ville hem. Någorlunda intakt socialt skyddsnät och brukar "staga upp sig tillfälligt" i samband med LVM-anmälningar. Detta var vad som skedde under 2001.

#### *7. Född på 1930-talet*

Kvinna med ordnad social situation. LVM-anmäls av anhörig och det visar sig att hon dricker kopiösa mängder alkohol och stänger in sig i bostaden. Aldrig tidigare aktuell inom socialtjänsten. Förnekar missbruksproblem och vill ta hand om sig själv. Hemtjänst kopplas in som sedermera ser till att kvinnan ges läkarvård för fysiska symptom och alkoholmissbruk. Repar sig men LVM-utredning öppnas. Erbjuds frivillig vistelse på behandlingshem men avböjer. Vill ej ha med socialtjänsten att göra och LVM-utredning avslutas därför att någon fara för livet ej längre föreligger. Nya liknande problem ett år senare. Då dör kvinnan i samband med vård på sjukhus.

#### *8. Född på 1970-talet*

Kvinna med ordnad social situation som dock förlorat arbetet till följd av långt gånget blandmissbruk. Avgiftningar på beroendeklinik och avbrutna behandlingar inom öppenvård. Blir LVM-anmäld av läkare samt anhörig. Har god utbildning och social förmåga enligt handläggare. Dock mycket allvarligt missbruk, tillsammans med psykiatriska problem. LVM-utredning öppnas och kvinnan fortsätter att missbruka under tiden. Vill själv ha frivillig institutionsvård men det drar ut på tiden på grund av platsbrist. Går ned sig rejält innan hon till slut är avgiftad och får plats på behandlingshem. Behandlingen bedöms vara lyckosam.

#### *9. Född på 1970-talet*

Kvinna som missbrukat narkotika i många år. Försörjer sig genom kriminalitet och pension. Var tidigare aktuell i annan kommun där försök gjordes med frivillig vård. Anhörig LVM-anmäler kvinnan som på så sätt kommer till socialtjänstens kännedom. Ingen myn-

dighet eller socialarbetare i Stockholm känner till kvinnan och det dröjer flera månader innan hon själv tar kontakt med socialtjänsten. LVM-anmälan skrivs sedermera av därför att kvinnan säger sig vilja ha hjälp med missbruket. Kan tänka sig frivillig institutionsvård, men vill ej vara i behandling utan sambon vilket föreslås av socialtjänsten. Avgiftas men skriver ut sig och avstår från institutionsvård. Vill sedan endast ha Subutexbehandling vilket det också köas för.

### **Tio personer vars LVM-anmälning fullföljdes med ansökan om tvångsvård i länsrätt (nio bifall och ett avslag)**

#### *10. Född på 1970-talet*

Man som har bostad. Försörjning genom tillfälliga arbeten och socialbidrag. Alkohol och cannabis sedan tidiga tonår. Prövat andra droger efterhand. Påverkad vid besök hos handläggare. Däremot medges inga andra drogproblem. Under utredningstiden fanns plats på träningsboende men mannen var sällan där. Vårdbehovet skulle utredas och urinprov lämnas. Avböjer avgiftning och vill ej ha behandling. Heroinöverdos resulterar i omedelbart omhändertagande (13 § LVM). Läkarityg stadgar att mannen dricker skadliga mängder alkohol och att det sporadiska drogbruket skapar psykiska problem. Anser själv att öppenvård är tillräcklig, men har insett allvaret i situationen. Socialtjänsten hävdar att behandlingsplaneringen ej leder framåt. Riskerar att slås ut från arbets- och bostadsmarknaden samt bli utan social tillhörighet och utbildning. Enligt länsrätten visar mannen viss insikt i missbruksproblem, dock ej tillräcklig för att bryta missbruk och ordna situationen på frivillig väg.

#### *11. Född på 1960-talet*

Man som missbrukat droger i många år, heroin och bensodiazepiner nästan hela tiden. Började med cannabis i tidiga tonår. Arbets- och bostadslös med periodvist socialbidrag. Återkommande avvikningar från frivilliga institutionsplaceringar. Flera fängelsestraff för narkotikabrott och stöld. Accepterade tidigare att påbörja en metadonbehandling men lyckades inte komma igång. Ett flertal vistelser på akutmottagning för missbrukare de senaste tio åren. Riskerar

enligt läkarutlåtande allvarliga infektioner och dödliga överdoser på grund av drogmissbruket. Bedöms vara i behov av inneliggande och gärna påtvingad avgiftning. I frivilliga vårdssammanhang blir mannen påverkad av andra patienters brist på motivation och avviker. LVM anses vara sista chansen att bli kvitt drogmissbruket och han önskar själv bli tvingad att genomföra en avgiftning.

#### *12. Född på 1960-talet*

Man med mångårigt blandmissbruk som accelererat under senaste tiden. Psykisk ohälsa som enligt socialtjänstens bedömning behöver diagnostiseras. Saknar arbete och försörjer sig genom socialbidrag. Enstaka försök till frivillig missbrukarvård har följts av avvikningar och återfall i missbruk. Isolerar sig och är aggressiv. Ytterligare SoL-vård kan ej planeras då mannen inte håller kontakt eller infinner sig på möten. Läkarintyg visar att den somatiska statusen indikerar allvarligt missbruk. Minnesstörningar, LoB och förnekande av missbruk trots hög blodalkoholhalt. SoL ej tillämplig då mannen undandrar sig. Avslag i länsrätt därför att möjligheten till frivilliga insatser ej anses uttömda.

#### *13. Född på 1940-talet*

Man med alkoholmissbruk sedan många år. Psykiskt och fysiskt sjuk. Förnekar problem med alkohol men önskar hjälp med bostad. Aldrig nykter länge nog för att kunna söka lägenhet. Hög pension. Yrkesverksam för länge sedan. Försvinner tidvis från kontakt med socialtjänst vilket följs av LVM-anmälningar från läkare. Flera avskrivna LVM-anmälningar på grund av att mannen försvinner eller tar del av omvårdande institutionsvård. Stannar på sådan under hot om LVM. Mycket dålig hälsa och blir därför vårdad enligt 4 § LVM i stället för frivilligt som brukligt är. Avlider strax före det att LVM-domen skulle upphävas.

#### *14. Född på 1970-talet*

Man med mångårigt blandmissbruk och psykiska problem. Erfarenhet av psykiatrisk vård. Bostadslös sedan drygt ett år tillbaka. Upplevs av socialtjänsten som våldsam. Ett par frivilliga och i förtid

avbrutna SoL-placeringar i institutionsvård för missbruk. Undandrar sig kontakt med socialtjänst och psykiatri i samband med LVM-utredning. Frivillig vård kan ej planeras och därför ansöks om LVM som också bifalls. De psykiska problemen behöver enligt socialtjänstens bedömning utredas vidare.

#### *15. Född på 1970-talet*

Ensamstående, bostads-/arbetslös man som huvudsakligen lever på socialbidrag. Narkotikamissbruk sedan cirka tio år, de senaste åren heroin. Flera tidigare vårdtillfällen jämlikt LVM plus ett antal avbrutna och misslyckade frivilliga behandlingsförsök. Mannen önskar familjehemsvård med Subutexförskrivning men lyckas ej fullfölja avgiftning. Avgiftningsförsök på beroendeklinik samma år som LVM-anmälan, vilken görs av anhörig. Kommer på besökstider till socialtjänsten och vill ha hjälp i form av behandling. Kan dock enligt socialtjänstens LVM-utredning inte "omsätta viljan i handling". Tyckte att LVM kunde vara en bra hjälp för att bli drogfri och kunna fullfölja upprättade vårdplaner. Motsäger sig inte ansökan enligt 4 §.

#### *16. Född på 1950-talet*

Ensamstående, bostadslös och förtidspensionerad man. Narkotikamissbruk sedan tidiga tonår, men nu huvudsakligen kraftig alkoholkonsumtion. Otaliga vårdtillfällen jämlikt LVM plus ett antal frivilliga behandlingsinsatser sedan aktualiserad inom socialtjänsten. SoL-vård på institution ledde för några år sedan till lägenhet och ordnat liv. Dock följdes detta så småningom av återfall i missbruk och återupptagen självdestruktivitet. Helt ointresserad av förändring sedan det tidigare nyktra livet stupat. Efter det flera avbrutna avgiftningar. Ordnat boende har erbjudits av socialtjänsten men mannen missköter kontakten och fortsätter missbruket. Läkarintyg visar att alkoholkonsumtionen är mycket skadlig. Tillbringat mycket tid på tillnyktringsenhet och bedöms ej klara nykterhet på egen hand. Blir LVM-anmäld vid ett flertal tillfällen av både läkare och polis. Vill endast ha frivillig vård som enligt mannen själv tidigare varit lyckosam. SoL-vård bedöms inte vara tillfyllest utan mannen blir på nytt föremål för vård enligt 4 § LVM.



*17. Född på 1960-talet*

Man som experimenterat med droger sedan tonåren. Injicerat heroin senaste åren. Ofullbordade frivilliga avgiftningar på sjukhus. Flera överdoser. Nyligen vårdad enligt 4 § LVM. Överförd till "vård i annan form" utanför LVM-hemmet (§ 27 LVM). Efter avslutad LVM-vistelse återfaller mannen i missbruk. Avböjt frivilliga insatser och i stället placerats på kriminalvårdsanstalt. Erbjuden frivillig HVB-placering men ej intresserad. Avbryter en avgiftning kort därefter. Enligt anhöriga mycket nedbruten av missbruket samt ambivalent till behandling. Är hjälpsökande men lyckas aldrig fullfölja vårdplaner. Metadon enda alternativet enligt mannen själv. Samtycket till frivillig vård bedöms inte som trovärdigt. Vårdbehov kan ej tillgodoses jämlikt SoL, vilket mannen håller med om. Misslyckats bryta missbruket såväl med hjälp av frivilliga insatser som LVM. Fysiskt och psykiskt medtagen.

*18. Född på 1950-talet*

Man med missbruk sedan 10-årsåldern. Bostadslös. Heroin sedan många år tillbaka. Ingen frivillig missbrukarvård har genomförts. Däremot flera tidigare LVM-vårdtillfällen. Klarar ej av att avgifta sig och blir mycket nedgången i väntan på metadon. Har tidigare klarat av att "knarka snyggt" men är vid tiden för LVM-utredningen mycket nedgången. Tar överdoser och blandar heroin med alkohol och tabletter. Accelererande missbruk vilket socialtjänsten inte känner igen. LVM tillämpas för att möjliggöra avgiftning och metadoninställning.

*19. Född på 1970-talet*

Kvinna med alkoholmissbruk sedan tidiga tonår. Heroin under senare år. Bostadslös. Ägnar sig åt prostitution. Ett flertal öppenvårdsbehandlingar, frivilliga institutionsplaceringar samt LVM innan den aktuella anmälan. Försökt avgiftning men ej kunnat fullfölja. Överdoser. Beviljad att påbörja metadonbehandling. Mycket påverkad och i fysiskt dålig kondition vid informationsmöte på metadon-teamet. Får påbörja den behandlingen så snart ett rent urinprov har uppvisats. Accelererande missbruk och frivillig inläggning för avgiftning. Vill avbryta avgiftning men döms till omedelbart omhändert-

tagande jämlikt LVM. Läkarintyg visar på skador på hälsa samt mycket kraftigt drogmissbruk. Kan ej sluta missbruka utan hjälp från metadonprogram. Länsrätt gör samma bedömning. Kvinnan vidgår missbruk och vårdbehov. Samtycker till vårdplan och bestri-der ej länsrättens slutsats kring att tvångsvård behövs för att kunna påbörja metadonbehandling.

## Checklistor för kontaktperson:

### Fortunagården

- Upprätta klientpärm
- Muntlig information till klient om regler
- Ev muntlig information till klient om LVM-förfarande
- Strukturerat samtal med genomgång av intagningsamtalet (dokumenteras i KIA)
- DOK-intervju (helst inom 2 vv från intagningen) kortversion om klienten inte medverkar
- Nätverkskarta/livslinje
- Tester som kontaktperson/psykolog gör
- BK inom en månad (dokumenteras i KIA)
- Behandlingsplan (dokumentation i KIA)
- Veckoplanering med klienten
- Strukturerade samtal utifrån kartläggningsmodell (dokumenteras i KIA)
- DOK-intervju vid § 27-placering eller överflyttning till annat LVM-hem
- DOK-intervju vid LVM-tidens slut

### Rällsögården

Samtliga klienter på Rällsögården tilldelas tre kontaktmän, en ansvarig sjuksköterska, en behandlingsansvarig alt avdelningsföreståndare samt en behandlingsassistent. Följande syfte och arbetsuppgifter ligger till grund för kontaktmannaskapet på Rällsögården.

#### Syfte

- Skapa kontinuitet i behandlingen genom att kontaktmännen har en helhetsbild och följer den löpande behandlingen över tid.
- Skapa en fördjupad relation med ett fåtal personer då relationen har ett betydande värde i behandlingen.
- Skapa trygghet genom att klienten vet vem han ska vända sig till.

- Skapa trygghet då klienten vet att kontaktmannen "vet vem han är".
- Garantera klienten kontinuerliga samtal som följs upp från gång till gång.

### Kontaktmannens uppgift

- Presentera sig för klienten så snart det är möjligt och berätta vilka uppgifter en kontaktman har. Detta dokument får gärna visas för att ge en tydlig bild av vad klienten kan förvänta sig av sin kontaktman.
- Söka upp de klienter denne är kontaktman till vid varje arbets- skift för att höra hur de mår och om det är något specifikt de önskar vidare hjälp med.
- Ha kontinuerliga strukturerade samtal med ett kognitivt förhållningssätt med upplägg enligt "agendan". Samtalen följs sedan upp från gång till gång genom hemuppgifter. Klienten skall garanteras minst ett strukturerat behandlingssamtal i veckan med sin kontaktman.
- Följa klientens behandling via journalanteckningar, behandlingskollegiebeslut samt resultat av de utredningar som tidigare genomförts inkl ASI/MAPS. För att få ökad kunskap om sin klient ska kontaktmannen vid kontaktmannaskapets början ta del av LVM-utredning och annan dokumentation.
- Arbeta med klienten enligt den strukturerade behandlingsplan som upprättats enligt ASI och MAPS. Det är viktigt att hålla behandlingsplanen levande som en del i behandlingsarbetet. Motivera och stötta klienten i arbetet med de områden denne bedömt som viktiga i behandlingsplanen.
- Hjälpa klienten med de myndighetskontakter som behöver ordnas och finnas som stöd i vardagen.
- Arbeta för att frigöra klientens egna resurser istället för att bli en fixare.
- Respektera klienten för de beslut denne fattar. Ge klienten möjlighet att växa och få en ökad självkänedom.
- Dokumentera den löpande behandlingsprocessen samt beslut som fattas.
- För att klientens behov skall tillgodoses skall samarbete ske mellan samtliga yrkeskategorier och mellan de olika avdelning- arna på Rällsögården.

Kontaktmannskapet skall bygga på ett professionellt förhållnings-sätt och ett värdigt bemötande med respekt, intresse och lyhör-dhet. Kontaktmannen skall i sitt förhållningssätt skapa förutsätt-ningar för tillit, trygghet och förtroende mellan klient och kon-taktman,