

När utredning skapar möjligheter

Överlämning av psykologutredningar till socialsekreterare, klienter och personal vid två LVM-institutioner



Mats Fridell
Robert Holmberg
Ylva Benderix

FORSKNINGSRAPPORT

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanfattningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer.

SiS forskningsprojekt finansieras genom årlig utlysning av forskningsmedel. Beslut om finansiering av externa forskningsprojekt tas av SiS generaldirektör efter bedömning av SiS vetenskapliga råd och extern sakkunnig granskning. Publicering sker efter beredning i publikationsseriens redaktionsråd och vetenskaplig granskning av SiS forskningsledare med stöd av externa sakkunniga (peer-review).

Redaktionsrådet för Institutionsvård i fokus består av företrädare för SiS forsknings- och utvecklingsenhet, vård- och behandlingsenhet samt kommunikationsavdelning. Ordförande är utvecklingsdirektör Nils Åkesson.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är generaldirektör Kent Ehliasson.

SiS vetenskapliga råd

Ordförande:

Kent Ehliasson, generaldirektör SiS

Forskare:

Henrik Andershed, professor, Örebro universitet

Björn Blom, professor, Umeå universitet

Johan Franck, professor, Karolinska institutet

Niklas Långström, professor, Karolinska institutet

Titti Mattsson, professor, Lunds universitet

Tove Pettersson, docent, Stockholms universitet

Mats Ramstedt, docent, CAN

Kerstin Stenius, docent, Helsingfors universitet

Verksamhetsföreträdare:

Per Blomkvist, institutionschef, SiS ungdomshem Bärby

Kerstin Lidman, socialchef, Sollentuna kommun

Paula Liljeberg, divisionschef, BUP Stockholm

Helena Müller, institutionschef, SiS LVM-hem Gudhemsgården

ISBN 978-91-87053-32-0

Tvångsvård ur ett juridiskt perspektiv

Nummer 2 år 2015 i rapportserien Institutionsvård i fokus.

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 30224
104 25 Stockholm

Engelsk titel:

Institutional Care in Focus

När utredning skapar möjligheter

Överlämning av psykologutredningar till socialsekreterare,
klienter och personal vid två LVM-institutioner

Mats Fridell
Robert Holmberg
Ylva Benderix

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	7
English summary	10
Inledning	13
Tvångsvård vid missbruk	13
Syfte	16
Utredningsverksamheten	17
Riktlinjer för utredning inom LVM	20
Utredningen på Hornö och Lundens LVM-hem	21
Psykiska störningar vid missbruk/beroende	23
Samsjuklighet och substansberoende	24
Psykologutredning i ett kvalitetsperspektiv	29
Generella kvalitetsfaktorer	29
Kvalitet i instrument och metoder	31
Bemötande, kontakt och upplevelsen av kvalitet	32
Klientens upplevelse av meningen med tvånget	33
Organisationsperspektivet – legitimiteten i utredningsförfarandet	34
Metod och genomförande	35
Forskarrollen	35
Urval	36
Typer av bortfall	37
Analys av överlämningssamtal och intervjuer	38
Etik	39

Resultat	40
Överlämningsmötet	40
Mötesformer	40
Samspelet mellan klient och mötesdeltagare under mötet	41
Presentationen av utredningen	43
Struktur på mötet och mötesordningen	45
Socialsekreterarna om utredningen och överlämningsmötet	47
Socialsekreterarnas reflektioner kring betydelsen av utredning.....	48
Socialsekreteraren fick en ökad förståelse för samsjuklighet vid missbruk.....	50
Kritiska synpunkter på utredning och överlämningsmöten	51
Användbarheten för utredningen	52
Klienterna om utredningen och överlämningsmötet.....	53
Delaktighet i utredningsprocess och överlämningsmöte	54
Utredningen gav svar men väckte också nya frågor.....	56
Utredningsarbetet som en alliansskapande process	57
Klienternas syn på personalen och institutionens sätt att fungera	59
Rekommenderar klienten utredningsmodellen till andra klienter?	61
Diskussion	62
Hur fungerade överlämningsmötena?.....	63
Utredningen.....	63
Kritiska synpunkter	64
Strukturv	65
Kvinnligt och manligt i behandlingssituationen	65
Klienternas uppfattning om utredningsarbetet	67
Att översätta och förstå vad en psykisk störning innebär.....	67
Utredning och åtgärd.....	69
Forskning som en spin-off-effekt.....	69
Styrkor och svagheter	69
Några rekommendationer	71

Referenser	74
Bilaga 1. Förteckning över bilagor	85
Bilaga 2. Introduktionsbrev och medgivande för klienterna vid Hornö och Lunden	87
Bilaga 3. Introduktionsbrev och medgivande för socialsekreterarna till klienterna	88
Bilaga 4. Kodningsmanual för överlämningsmötena	89
Bilaga 5. Intervjuguide till klient och socialsekreterare, personal	90
Bilaga 6: Kodning av intervju med klient och med socialsekreterare	91

FÖRORD

Det aktuella projektet, med arbetsnamnet "Utredning som en kvalitetsintervention" växte fram i ett samarbete med SiS. Tidigare projekt om en systematisk utredning har effekt på klientens livssituation, tillika med kartläggningar av psykiska störningar, väckte frågan om hur en omfattande psykologutredning i sig uppfattades av klienterna. I nästa led väckte den också frågan hur den komplexa informationen till socialtjänsten förmedlades. Uppföljningar av definierade kohorter av klienter med substansberoende visade att de psykiska problem som fanns med vid inskrivningen ofta följt klienten under många år men sällan ägnades någon fortsatt uppmärksamhet efter avslutad LVM-vård. De institutioner där vi valt att studera överlämningar av psykologutredning utmärktes av vana och systematik vid datainsamling samt att rutiner och positiva erfarenheter av utredningsverksamhet var etablerade.

Frågan i den här undersökningen var hur psykologisk kunskap används och tillämpas i samarbetet mellan SiS och socialtjänsten. Finns det en klar nytta med ett genomarbetat utredningsförfarande och kan utredningen användas för att välja mer relevanta och verksamma behandlingsmetoder? Då handlar det inte bara om de metoder som föreslås "ha evidens". Den beteckningen förutsätter att valet av lämpliga metoder vägs mot typen av psykisk störning, mognad hos klienten, eventuella kontraindikationer, behandlingsallians och tid som behövs för att åstadkomma förändring. Det är denna komplexitet som socialtjänsten och behandlingspersonal på alla nivåer inom SiS ställs inför och som skapar svårigheter att hitta rätt bemötande och rätt insatser för klienterna.

Klienternas ofta allvarliga beroendeproblematik, med droger eller alkohol, komplicerar både bedömning och insats. Kunskaper om samsjuklighet är nödvändiga för att fatta beslut om insatser och bedöma hur effektiva dessa insatser kan vara. Och sist men inte minst är det viktigt att personalen som arbetar med de här grupperna av klienter kan bemöta, stötta, konfrontera och ibland trösta, utan att ha enkla knep att ta till. Där behövs kunskap som hjälp för att utveckla kort- och långsiktiga strategier.

Tvångsvård i allmänhet och SiS tvångsvård i synnerhet har ofta kritiserats för de negativa aspekter som förlusten av frihet och självbestämmande medför. Men detta kan i den aktuella klientgruppen vara en tillgång. Den viktigaste anledningen till att relativt få klienter av SiS klienter tidigare har utretts eller diagnosticerats i beroendevård eller i psykiatrisk öppenvård var att de inte kunnat förbli drogfria i öppna frivilliga vårdformer. Detta förde med sig att det inte heller blev möjligt att säkerställa slutsatser i testningar och bedömningar som gjorts. De argument som ofta används mot SiS, att klienten vårdas under tvång och under flera månader, blev i detta läge snarast en fördel. Stannade klienten tillräckligt länge för att hinna genomföra en fullständig utredning,

och dessutom kunde avhålla sig från narkotika och alkohol under utredningstiden, så blev situationen mer gynnsam. Hade institutionen dessutom god personalstabilitet så skapades förutsättningar att med ökad förståelse för problemen möjliggöra förändring och utveckling. Många av klienterna vi intervjuade betonade att tvångsvård blev en fördel och att utredningen hjälpt dem att upptäcka möjligheter som de aldrig sett tidigare.

Lund den 30 mars 2015

Mats Fridell, Robert Holmberg och Ylva Benderix

Författarnas bidrag: Mats Fridell och Robert Holmberg utformade designen av studien och datainsamlingsproceduren samt genomförde intervjuerna på både Hornö och Lunden. Ylva Benderix bidrog med sin erfarenhet i de kvalitativa analyserna av överlämningsmötena. Samtliga tre medverkade i skrivandet av rapporten.

Tillkännagivanden: Vi vill tacka alla klienter som ställt upp och tillåtit oss att delta i överlämningsmöten och efterföljande intervjuer. Vi vill också tacka psykologerna på Hornö: Berit Bihlar Muld, Agneta Wikström och Jaana Sawires, och på Lunden: Iréne Jansson, Gunilla Nötesjö, Liselott Kempe, Therese Andersson, Malin Larsson och Christoffer Ahnstedt. Också varmt tack till föreståndarna: Anders Hågeby och Rickard Amylon. Johan Billsten har bistått med teknikstöd. Sist men inte minst ett varmt tack till personalen vid institutionerna för hjälp och stöd i arbetet samt engagerad medverkan i möten och intervjuer.

Anslag: Studien har finansierats genom anslag från SiS (dnr 2007/0019). Därutöver beviljades medel för att täcka ökade omkostnader för resor och utskrifter från Länsstyrelsen i Skåne i samarbete med Staffanstorps kommun.

SAMMANFATTNING

Syftet med undersökningen var att beskriva och försöka förstå processen kring psykologutredningarna av klienter i LVM-vård vid Hornö och Lundens LVM-hem. Utredningen var under den period undersökningen pågick (2008–2011) mer omfattande än det som vid den tidpunkten benämndes SiS-utredningen och fokuserade huvudsakligen på klientens psykologiskt/psykiatriska problematik. Socialförvaltningarna i klienternas hemkommuner var beställare. En vanlig frågeställning var och är alltså om klienten har ADHD eller annan typ av samsjuklighet. På överlämningsmötena där materialet presenterades deltog klient, socialsekreterare, kontaktpersoner och psykolog. Mötena följdes på plats vid Hornö LVM-hem utanför Enköping och Lundens LVM-hem för kvinnor i Lund. Forskarna skulle göra observationer av själva överlämningen och intervjua samtliga parter om utredningen, som sedan kunde återföras till SiS och de medarbetare som bedrev utredningsarbete och behandlingsplanering. Hur information förmedlades och vilka problem som förekom i överlämningsamtalen var viktiga frågor, liksom styrkor och svagheter i utredningsprocessen.

Urvalet var ett konsekutivt urval av klienter som från juli 2008 till och med 2011 deltog i så kallade överlämningsmöten. Av 40 planerade överlämningsmöten vid de två institutionerna genomfördes 27. Klienternas medverkan var frivillig och forskaren fick tillgång till klientens namn först när denne hade gett skriftligt tillstånd till att forskaren skulle få närvara. Totalt spelades 16 intervjuer in på Hornö och 11 på Lunden. Antalet överlämningsamtal där både klient och socialsekreterare hade intervjuats efteråt var 25.

Metoden i studien kombinerade observation vid överlämningsmötena med individuella semistrukturerade intervjuer med de medverkande parterna. Överlämningsmötena och efterföljande individuella intervjuer spelades in på Minidisc och skrevs sedan ut ordagrant i avidentifierat skick.

Vid intervjuerna fick klienten uttrycka sig fritt medan forskarna använde en manual med förutbestämda frågeområden som täckte gemensamma områden för klient, socialsekreterare, kontaktperson och psykolog. I analysen av materialet avlyssnades det inspelade materialet parallellt med transkriptionen. Det inspelade materialet analyserades och kodades i enlighet med frågeställningarna. Jämförbarheten i utsagor och utskrivet material kontrollerades i flera steg, där forskarna två och två jämförde den inbördes överensstämmelsen i tolkningen av utsagorna (reliabiliteten).

Resultat: Utredningarna vi studerade genomfördes på ett omsorgsfullt sätt på bägge institutionerna, med lite olika utformning och omfattning på Hornö respektive Lun-

den. Organisatoriskt skiljde sig inramningen åt så att man på Hornö gjorde utredningar och avrapportering i en separat byggnad medan Lundens psykologer utredde och avrapporterade inne på själva institutionen. Hur utredningen och överlämningen gjordes kunde vara viktigt för att nå ut med kunskap om utredningarna till personalgruppen på institutionen, men det går inte att dra slutsatsen att något av de två sätten att organisera utredningarna var överlägset det andra vad gäller utredningsarbetet eller avrapporteringen.

Av klienterna i gruppen var fyra femtedelar mycket positiva medan resten var indifferent eller negativa. Klienterna menade att utredningen gav dem helt nya möjligheter att förstå sin egen problematik och tillika blev ett meningsfullt inslag i LVM-vården. De fick genom utredningen tillgång till en professionell samtalskontakt på ett sätt de sällan varit med om tidigare. Kvinnorna var överlag mer positiva till utredningarna än männen. Det är intressant att kvinnorna i högre grad än männen kunde skilja mellan att ha en ibland kritisk hållning mot institutionen och samtidigt ha en positiv upplevelse av utredningen. De män som var negativa eller indifferent till utredningen präglades mer av att de också ogillade tvångssituationen i sig. Relationen med den utredande psykologen kommenterades alltid på ett mycket uppskattande sätt av samtliga klienter.

Många av klienterna var positiva till LVM-vården i sig och kommenterade institutionens organisation och personal på ett uppskattande sätt. Ett par av klienterna betecknade den aktuella och tidigare institutionsvården som de bästa perioderna i sina liv. En tredjedel av männen såg tvånget som meningslöst men ansåg att utredningen gjort vistelsen mer meningsfull.

Majoriteten av socialsekreterarna var positiva till utredningsförfarandet och utredningen och underströk att de behövde den typen av kunskaper. De ansåg att utredningen var utförlig och välskriven. Vidare ansåg de att utredningen gav ett bättre underlag för att hävda behovet av insatser i eftervårdsarbetet. Socialsekreterarna kunde också förstå sin klient bättre och hur dennes problem borde angripas. Ofta var det första gången som socialsekreterarna genom psykologutredningen och i SiS-utredningen fick en överblick över klientens hela situation och bakgrund. Utredningen tillförde ny kunskap även för de socialsekreterare som kände sin klient väl sedan tidigare. Samarbetet med de utredande psykologerna och personalen fick uppskattande omdömen med ett par undantag. Mest positiva var omdömena där kontakten hade varit kontinuerlig under hela utredningstiden.

Kritik riktades främst mot användningen av facktermer under överlämningsmötet som man ansåg var svåra att förstå. Också svårigheten att fullt ut översätta innehållet i utredningen till diskussionen i överlämningsamtalen påtalades. En skillnad här var att klienten hade fått en ordentlig genomgång före överlämningen av den utredande psykologen medan socialsekreterarna inte fått samma förberedande genomgång. De socialsekreterare som upplevde innehållet i utredningen som mer svårtillgängligt,

kommenterade att problemen med förståelsen blev större när psykologen var återhållsam med information och förklaringar. Behovet av styrning i överlämningsamtalen påtalades och forskarnas egen bedömning var att när strukturen i mötet var oklar så påverkade detta socialsekreterarnas uppfattning negativt.

Kontaktpersonerna upplevde att utredningar gav information som gjorde klienternas problem och beteenden mer begripliga. Deras roll var att bygga upp en fungerande relation under institutionsvistelsen och att förmedla beteendeobservationer till såväl utredningssekreterare som till utredande psykolog. Ofta blev deras roll att stötta och uppmuntra i det praktiska arbetet och att stötta och uppmuntra inför överlämningsamtalen. När det blev problem under vårdtillfället på institutionen var det ofta kontaktpersonerna som hade hanterat och löst problemen. Deras roll stärktes och blev mer meningsfull genom involveringen i utredningsarbetet.

Psykologerna använde test och diagnosmetoder som var standardiserade och validerade, och sammanfattade – med några undantag – utredningen mycket detaljerat. Samtidigt gjorde psykologen alltid en bedömning i överlämningsituationen av hur mycket man skulle rapportera och vad man trodde klienten mäktade höra. Ibland minskade denna försiktighet tydligheten i informationen under samtalet.

ENGLISH SUMMARY

The setting of the study is two residential compulsory care units: Lunden for women and Hornö for men. All clients were committed according to the Care for Substance Abusers (Special Provisions) Act (LVM). The focus of the research study was to observe and evaluate a series of meetings where extensive psychological/psychiatric assessments of the clients were reported back from the psychologist to the clients, to the social workers from the client's home municipality and to staff members at the compulsory care unit.

The aim of the study was to evaluate in what ways the extensive diagnostic procedure could be utilized in understanding the specific problems of the clients and how the findings could be utilized in the treatment process. The scope of the assessments performed in this study was at the time (2008–2011) broader than the regular "SiS-evaluation" based on the standardized DOK interview. The assessments consequently focused on the client's psychological and psychiatric problems to a larger extent than did the standard evaluation. Assessments were requested by the social welfare services in the clients' home communities. The most common question was, and still is, whether the client has a developmental disorder, such as ADHD, or other types of psychiatric comorbidity to substance dependence. At the handover meetings the client, the social worker, the contact person and the psychologist participated and the conclusions in the assessment were discussed. The meetings took place on location at Hornö outside Enköping versus Lunden in Lund. The researchers participated in the meetings, making observations and recording the actual handover process where information from the assessment was shared with the client and the staff. The focus of the analysis was on how information was conveyed and how well it was understood, problems and assets in this procedure, as well as the strengths and weaknesses of the assessment reporting procedure itself.

All clients consecutively admitted to the two institutions during a three year period who received a thorough assessment were invited to participate in the study. Participation was voluntary and all clients provided a written consent for participation and were informed about the study and its basic aims. Originally, the aim was to follow 40 clients and handover meetings at the two institutions. The study ended up with a total of 27 meetings, including interviews with all participants in addition to the handover process 16 from Hornö and 11 from Lunden. To emphasize the main research focus on the handover process, the researchers only recorded the clients' first names and individual code and not the diagnostic data as such. All meetings and subsequent individual interviews were recorded on Minidisc and included in the analyses. The recordings were transcribed verbatim to written reports.

A manual for coding pre-defined subject areas was used. In the analysis of the interviews, the content was coded and analyzed in accordance with the questions in the manual. The first part of the evaluation process included pairwise ratings by two of the researchers in order to control for the consistency of interpretation of the themes in the individual interviews. The second part was a content analysis of the handover meetings where two of the researchers also made independent ratings. The final conclusions were based on consensus between the researchers.

Results: Four out of five clients were positive to the diagnostic procedure and found it provided an unprecedented opportunity to increased insight and understanding of their own problems. This way, the clients were offered a professional contact with a psychologist that had rarely taken place previously. Women were generally more positive to the evaluations than men. It is interesting that women to a larger extent than men distinguished between having a sometimes critical stance against the compulsory care unit while having a positive attitude to the assessment itself. Men who were negative or indifferent to the diagnostic procedure in contrast, seemed to be more influenced by their dislike of coercion in general. The contact with the psychologist was always appreciated regardless of the client's attitude to compulsive care.

Many of the clients commented on the LVM care specifically, the organization and its staff, in a positive way. A few of the clients even described the current and previous care episodes as the best periods in their lives. A third of the clients, however, experienced the LVM placement negatively but the diagnostic assessment and findings made the stay more meaningful.

The majority of the social workers was positive to the diagnostic findings and had previously missed that kind of information in their everyday work. The assessment provided a better support for treatment planning than did previous evaluations. Many of the social workers felt they had gained a better understanding for how to deal with their client's problems. They often expressed a genuine interest for the client as a person but also admitted the lack of tools to grasp his/her problems. With a few exceptions the cooperation with the investigating psychologists and staff was viewed positively. Reviews were more positive when the contact had been continuous during the entire placement.

Criticism mainly concerned the use of technical terms which were sometimes difficult to understand during the handover meeting. Others found it difficult to fully apply the content of the evaluation to the general treatment plan. While the client had received a proper briefing before the handover meeting some of the social workers had not been given the same opportunity. A sometimes restrictive way of presenting the assessment material during the handover meeting evoked critical reactions in some social workers when they felt important findings were obscured. Often this was due to an intention by the psychologist to protect the client from having his/her problems overexposed at

the meeting. The researchers therefore emphasize the importance of a firm structure at the handover meetings and the constant need for clarification of technical terms in the feedback process.

The client's special contact person at the unit often found that the assessments provided information that made the client's problems and behavior more understandable. Their role was to build a working relationship during the placement and to pass on behavioral observations to the social worker and other members of staff. Often their role was to support and encourage the client in the ongoing process. Their competence was strengthened by the input from the assessment, which also added to their involvement in the evaluation process.

The psychological test and assessment procedures were standardized and validated and the findings summarized in great detail by the psychologists. The evaluation protocols were experienced as clear and well written material by the clients and by the social workers that provided helpful and important information to their understanding of the client.

INLEDNING

Den här studien handlar om psykologiska utredningar som bedrivits inom LVM-vården under senare delen av 90- och 00-talet, närmare bestämt utredningsverksamheten 2008 till 2011 vid två institutioner. Utredningarna genomfördes av legitimerade psykologer med specialistkompetens.

Fokus för studien var överlämningen och diskussionen av utredningens resultat vid möten där socialsekreterare, klient, psykolog och kontaktperson deltog. Det empiriska material som studien bygger på är ljudinspelningar av dels överlämningsmöten, dels de efterföljande individuella intervjuerna med klient, socialsekreterare, kontaktperson och psykolog. Det övergripande syftet med studien var att belysa hur väl utredningen och överlämningsmötet motsvarade de olika parternas förväntningar och behov samt att identifiera utvecklingsmöjligheter i utredningsarbetet och genomförandet av överlämningsmötena.

Tvångsvård vid missbruk

En lag om tvångsvård vid missbruk har funnits sedan 1913, lagen (1913:102) om behandling av alkoholister. Lagen implementerades tre år senare då en institution som kunde ta emot alkoholister för tvångsvård tillskapades. Lagen reviderades 1931 och ersattes 1954 med nykterhetsvårdslagen (1954:579). Ett tvångsomhändertagande omfattade då två månader men kunde förlängas med ytterligare två månader.

I början av 1980-talet ersattes de tidigare lagarna inom nykterhetsvård, socialvård och barn- och ungdomsvård med socialtjänstlagen (SoL). Den kommunala socialtjänsten fick ett övergripande ansvar för missbruksvården och principiellt skulle insatserna baseras på frivillighet. I de fall då detta inte ansågs möjligt kunde socialnämnden ansöka om tvångsvård enligt den nya lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

I den första LVM-lagen, som var den första lag som även omfattade personer med narkotikamissbruk, stadgades att vården skulle inledas på sjukhus, vanligen då inom hälso- och sjukvården eller annan missbruksvård. Inledningsvis bedrevs LVM-vård ibland i psykiatrisk (landsting) eller kommunal regi. I lagen fanns inga rekvisit för tvångsngripande på grund av psykisk störning eller psykisk sjukdom. Den typen av indikationer förblev sjukvårdens ansvarsområde inom ramen för lagen (1982:763) om psykiatrisk tvångsvård. Den första LVM-lagen ersattes av nu gällande lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall som trädde i kraft den första januari 1989.

En viktig förändring var att socialnämnden ålades en *skyldighet* att ingripa med tvång om en anmäld person bedömdes uppfylla lagens rekvisit. I den nya lagen ut-

ökades dessutom tiden för ett omhändertagande till högst sex månader, varefter socialnämnden blev skyldig att erbjuda klienten vård i öppnare former utanför institutionen (vård i annan form enligt 27 § LVM). Det övergripande syftet var fortsatt att "motivera missbrukaren så att denne kunde medverka frivilligt till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ur sitt missbruk". Genom en förlängd vårdtid som också inkluderade vård utanför institutionen hoppades man lättare uppnå denna ambition. Tvångsvården skulle under alla omständigheter upphöra senast efter sex månader, eller så snart syftet med vården hade uppnåtts.

Lagen reviderades 1993, i samband med att Statens institutionsstyrelse tillkom och tog över huvudmannskapet för LVM-vården, tillika ansvaret för särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. År 2005 reviderades LVM-lagen igen och en för denna studie viktig förändring var att lydelsen i 3 § ändrades från "tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling" till "tvångsvården skall syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling". Tillägget "behövliga insatser" innebar en öppning för behandlande inslag i LVM-vården.

Samsjuklighet i form av missbruk och psykisk sjukdom/störning är vanligt förekommande. Ibland överlappar vårdbehoven hos dem som vårdas enligt LVM dem som vårdas enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Inom psykiatrin uppfylls indikation för tvångsvård om patienten har en allvarlig psykisk störning och patientens behov av psykiatrisk vård inte enbart kan tillgodoses på annat sätt. Psykos är till exempel i sig ingen självklar indikation för LPT, utan funktionsnivån och faran för eget eller annans liv avgör om ett beslut om psykiatrisk tvångsvård ska fattas. Således har psykiatrisk tvångsvård tillämpats i relativt begränsad omfattning för missbrukare med samsjuklighetsproblematik. Sjukvårdens och psykiatrins roll i behandling av missbrukare diskuterades ofta i pressen och i riksdagen när missbruket ökade under 1970- och 1980-talen. En kohortstudie av alla patienter vårdade vid narkomanvårdsavdelningen vid S:t Lars från 1970 fram till 1995 (n=1409) visade att bara cirka 14 procent av narkotikamissbrukarna vid kliniken någon gång hade vårdats enligt psykiatrisk tvångslag, oftast då på psykosindikation (Fridell, Hesse & Nyhlén, 2015). Ett specialfall var de som genomgick rättspsykiatrisk prövning och dömdes till slutet psykiatrisk vård, cirka 6 procent av dem som vårdades inom psykiatri-/beroendevård. Andelen klienter inom SiS som hade haft psykiatrisk tvångsvård var 24 procent (Statens institutionsstyrelse, 2013a). Inom SiS hade cirka 35 procent av klienterna vårdats i psykiatrisk öppenvård/dagvård, också det en relativt låg andel om vi ser till svårighetsgraden i problemen. Andelen klienter/patienter som vårdas enligt psykiatrisk tvångslagstiftning är således en viktig indikator på att det rör sig om en delvis annan population och andra rekryteringsvägar än för de så kallade dubbeldiagnospatienterna. De senare vårdas vanligtvis inom psykiatrin och i låg omfattning inom SiS.

För SiS vidkommande gäller att även om kronisk psykosjukdom är mindre vanlig, så är andra typer av svår psykisk störning desto vanligare (Fridell, Billsten, Jansson & Amylon, 2009; Gerdner, 2004a). Dessa behöver bedömas och specificeras med bedöm-

ningsmetoder som inte finns inom socialtjänsten. Gemensamt är att populationerna inom LVM-vården, beroendevården och Kriminalvården har stora likheter inbördes, och gemensamt är att typen och graden av psykiska störningar skiljer dem från psykiatriens tvångsvårdspatienter i viktiga avseenden. En annan viktig skillnad är den höga nivån av kriminellt beteende, anhållanden, häktningar och domar. Inom SiS har 66 procent av kvinnorna och 82 procent av männen dömts för åtminstone något brott (Statens institutionsstyrelse, 2013). Också här liknar nivåerna dem bland narkotikaberoende klienter inom beroendevården (Fridell, Hesse, Jaeger-Meier & Kühlnhorn, 2008; Fridell et al., 2015). Diagnostiskt finns stora likheter mellan narkotikamissbrukande populationer i SiS-vård, i beroendevård och i kriminalvård.

SYFTE

Syftet med studien är att öka kunskapen om psykologutredningar inom LVM-vården, hur dessa används och förmedlas samt hur klienter och socialsekreterare uppfattar utredningen.

Mer specifikt ska teman belysas som rör hur överlämningsmötet fungerar ur de olika parternas perspektiv samt hur klienter och socialsekreterare uppfattar nyttan av utredningen och överlämningsmötet.

UTREDNINGSG- VERKSAMHETEN

Psykologiska utredningar och diagnostiska bedömningar har gjorts systematiskt inom SiS ungdomsvård (LVU-vården) sedan många år och har varit ett mycket uppskattat inslag av placerande socialsekreterare (se till exempel Enell & Denvall, 2013; Åkesson & Dovik, 1998). Tvångsvård av vuxna enligt LVM, däremot, betonade inte från starten utredning eller behandling på samma sätt. Dels uppfattades föreskrifter för LVM-vården före 2000 som att LVM-vården inte skulle göra diagnostiska bedömningar och dels att man heller inte fick bedriva behandling. Uppgiften var i stället att motivera den som omhändertagits till fortsatt vård i öppnare vårdformer. Den här positionen ändrades med LVM-utredningen 2004 och revideringen av lagen 2005 (se ovan). SiS ledning gjorde under många år ansträngningar för att utveckla utredningsverksamheten, i vilket denna studie är en del.

Arbetet med att skapa enhetliga kartläggningsinstrument, ADAD inom ungdomsvården och DOK inom LVM-vården, markerade redan från starten av SiS en intention att använda standardiserade bedömningar. Denna utveckling pågick parallellt med Socialstyrelsens ambition att implementera Addiction Severity Index (ASI) inom socialtjänsten (Andreasson et al., 1996; Armelius & Armelius, 2011; Armelius, Bihlar, Fahlke, Fridell, Katz, Reitan, 2010). Vid Växjö högskola skapades en särskild enhet för att utveckla och sprida arbetet inom institutioner inom och utanför SiS, det så kallade IKM-DOK, (Anderberg & Dahlberg, 2009; Jenner & Segraeus, 1996). I Göteborg tillkom en särskild enhet för metodutbildning riktad också till psykiatri och socialtjänst.

Systematisk träning av personal inom SiS i användning av DOK och ADAD lade grunden för ett mer fullständigt utredningsförfarande. Ett komplement var DSM-III-systemet (1980) som, med den omfattande revisionen 1987, gav mer precisa och kommunicerbara diagnoser än tidigare system (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1995, 1997). Inledningsvis diskuterades därför DSM-III-R och det för DSM-IV avpassade databaserade instrumentet CIDI, som då användes vid ett par kliniker i Norge. Den modellen bedömdes dock vara alltför kostnadskrävande och ambitiös i relation till SiS behov. Senare erfarenheter i Norge visade att systemet var alltför komplicerat för att användas utanför forskning. Det är viktigt att erinra om att det fortfarande är det internationella diagnossystemet ICD-10 som används i sjukvård i Sverige. Inom ramen för SiS vetenskapliga råd inleddes en diskussion kring andra metoder för utredning av psykiska problem hos klienterna.

Avgränsningen av en stringent men också rimligt omfattande och kostnadseffektiv modell diskuterades. SiS hade inte de personalresurser som krävdes för att göra omfat-

tande diagnostiska bedömningar av klienterna utom vid några få institutioner. Fyra av dessa började under 1990-talet göra mer omfattande utredningar: Hornö, Lunden och Runnagården, samt Frösön. Någon enhetlig policy kring val av instrument eller utredningsmodell fanns dock inte vid denna tidpunkt utan det var upp till psykologerna eller behandlingspersonalen att använda sina kunskaper och erfarenheter i utformningen.

Med förstatligandet av LVM-vården 1994, blev SiS en stor statlig myndighet med nära 3 000 anställda och diskussionen om behandling inom ramen för SiS institutioner aktualiserades. Under den senare delen av 1990-talet intensifierades diskussionen om "evidensbaserad" behandling. Med publiceringen av den första översikten från SBU (Berglund, Jonsson & Thelander, 2003; SBU, 2001) intensifierades debatten. Parallellt inleddes behandlingsförsök inom Kriminalvården som med stöd från ett vetenskapligt råd införde ett ackrediteringsförfarande vid implementeringen av manualbaserade, mestadels kognitiva, behandlingsmetoder. Med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (2007) följde anvisningar som avsågs kunna användas inom beroendevården, SiS, Kriminalvården och socialtjänsten.

SiS FoU-enhet arrangerade under de första åren på 2000-talet ett par stora konferenser där socialtjänst och sjukvård medverkade. Ett första internt utkast till en utredningsmodell för SiS presenterades 2006, (Segraeus et al., 2009; Statens institutionsstyrelse, 2006). En kritisk diskussion kring nya neuropsykologiska forskningsresultat och ADHD utmynnade i en välbesökt konferens i Stockholm 2002, om ungdomar och unga vuxna med tung social problematik (Söderholm Carpelan & Runquist, 2002). Vid konferensen gavs stort utrymme åt frågor kring ADHD och andra utvecklingspsykologiska funktionshinder som då var nya begrepp för många. Kritiken mot de så kallade bokstavsdiagnoserna gavs stort utrymme.

LVM-utredningen aktualiserade också frågorna om utökad behandling, såväl som en del i LVM-vården som i öppenvården, för att ge klienter med långvarigt missbruk en effektivare vård (SOU 2004:3). Utredningen innehöll översikter av kunskapsläget om de problem som SiS hanterade men också krav på behandlingsinsatser (Berglund et al., 2003). Lagen reviderades 2005, då skrivningen "genom behövliga insatser" lades till i paragrafen som anger syftet med vården (3 § LVM). Samtidigt sjuösattes flera stora projekt som syftade till att förbättra kontinuitet och kvalitet i vården. Det så kallade Vårdkedjeprojektet var avgränsat till några kommuner/stadsdelar och ett fåtal LVM-institutioner. I projektet ingick en gemensam utbildning i Community Reinforcement Approach (CRA) och rekrytering av särskilda samordnare. Direkt på detta följde *Ett kontrakt för livet*, som omfattade alla kommuner och hela LVM-vården. Avsikten var att stimulera kommunerna att mer aktivt engagera sig i vårdplaneringen. Ett riktat statsbidrag användes för att ge kommunerna rabatt på den delen av LVM-vården som utgjordes av vård enligt 27 § LVM (vård i annan form) – om vissa särskilda villkor för vårdplaneringen var uppfyllda (Hajighasemi, 2008).

Hand i hand med projekt för att öka socialtjänstens vårdutnyttjande och öka kontinuiteten i vården, överlämnades 2006 ett förslag till modell för utredning inom SiS LVM-vård. Den föreslagna utredningsmodellen bestod av en trestegsmodell där perso-

nalen vid institutionerna skulle involveras i olika grad i själva bedömningsförfarandet (Segraeus et al., 2009). Klienterna skulle enligt förslaget erbjudas en utredning där DOK och ADAD ingick. I ett första steg användes självskattningsformulär som komplement till DOK och ADAD, där personal kunde samla in data. Till detta första steg utvecklade SiS, i samarbete med forskare, instrument med datorrättning. Hit hörde en symtombedömning: SCL-90, (Cesarec, Fridell, Johansson & Malling Thorsen, 2002) och ett par kortare personlighetsformulär som utvecklats i samarbete med SiS: Lärstilsformuläret LSI-II; (Marke & Cesarec, 2007), BCT (Cesarec & Fridell, 2012), ett formulär om socialt nätverk (ISSI), och KASAM som skattar känsla av sammanhang. Datoriserade rättningssystem förkortade processen och tillhandahölls fritt till SiS personal. Rättningen tog då bara ett par minuter per formulär och risken för rättningsfel minimerades.

I steg två krävdes diagnostisk kunskap och instrument, som kunde användas av till exempel sjuksköterska eller psykolog, med SCID-II för personlighetsbedömning, symtomskattningar och funktionsbedömning.

Steg tre, slutligen, var en formell psykiatrisk diagnostik, med medverkan av psykiater i samarbete med till exempel specialistutredningar av neuropsykolog om eventuell hjärnskada, ADHD och personlighetsstörning jämte bedömning av eventuellt behov av psykiatrisk behandling. I de mer omfattande utredningarna fanns som regel en begåvningsundersökning, personlighetstestning, diagnostik av psykisk sjukdom och personlighetsstörning, SCID-II; (First et al., 1995, 1997). Utredningarna liknade dem inom specialistpsykiatri, men SiS utredningar var ofta mer omfattande än dessa. Den tradition av utredningsverksamhet som sedan länge bedrivits inom ungdomsvården kunde nu också appliceras på LVM-vården.

En viktig principiell diskussion som fördes i arbetsgruppen var att involvera personal i delar av utredningsprocessen och samtidigt öka intresset för – och kunskaperna om – exempelvis samsjuklighet, bemötande och behandling. De flesta institutioner hade inte anställt psykolog eller psykiatriker utan dessa anlätades vanligen på konsultbasis, utom vid Lunden, Hornö och Frösön som hade psykolog anställd. Problemet var att konsulterna inte alltid var kunniga om särdragen i SiS klientpopulation eller de test och bedömningsinstrument som var lämpade att använda. Vissa diagnoser kunde dessutom bara ställas av en specialist i psykiatri och sådana var svåra att engagera.

Parallellt med arbetet inom SiS anvisades från regeringen anslag till utbyggnad av behandlingsverksamhet och bedömningsverksamhet i landets kommuner och landsting. Parallellt med SiS utvecklingsarbete av DOK och ADAD implementerade Socialstyrelsen sedan början av 2000-talet Addiction Severity Index (ASI) i landet. Med utvecklingsarbetet *Kunskap till Praktik*, som startade nationellt under 2008–2009 (SKL 2009), inleddes en nationell satsning på att förbereda kommuner och landsting för en ökad professionalisering av beroendevården (Fridell, Holmberg, Billsten & Benderix, 2012, 2015). Utvecklingsarbetet har fortsatt efter 2012, delvis i nya former. SiS involverades inte i utvecklingsarbetet av för forskarna okända orsaker, trots viktiga erfarenheter som gjorts under flera år.

Ett annat parallellt projekt, den så kallade *Missbruksutredningen* som pågick under åren 2009–2011 med Gerhard Larsson som särskild utredare, resulterade i en forsk-

ningsbilaga (SoU, 2011:06) och två delrapporter (SOU 2011:35, I och II). I forskningsbilagan fanns många viktiga avsnitt men SiS roll och möjligheter lyftes inte fram, sannolikt på grund av dominansen av kliniska forskare huvudsakligen från det medicinska området. Avsnittet om samsjuklighet gav ingen vägledning för den stora gruppen personer som vårdas inom SiS, inom missbruks- och beroendevården eller inom Kriminalvården (Fridell et al., 2015). Det förslag som väckte mest debatt var att socialtjänstens huvudansvar för tvångsvård av missbrukspatienter skulle överföras till hälso- och sjukvården. I stället skulle vården motsvarande LVM bedrivas inom psykiatrin, enligt det som nu är lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Motivet var enligt utredningen att kunna erbjuda en mer "jämlig och kunskapsbaserad vård", vilket man menade saknades i nuläget.

Läkarförbundet och medicinskt inriktade forskare ställde sig bakom förslaget, medan SKL, SiS och de flesta andra remissinstanser reserverade sig. Inte heller beroendevården var genomgående positiv. Remissvaren från SiS, SKL och socialtjänsten i landet var direkt negativa. Den utdragna diskussionen om tvångsvårdens framtid skapade en del problem. Oklarheter fanns om SiS skulle finnas kvar i sin dåvarande form eller inte alls. Vår bedömning är att debatten om inflytandet över beroendevården utgick ifrån en överförenklad och delvis felaktig bild av SiS klienter och samsjuklighetsproblematiken, särskilt av dem med ett primärt narkotikaberoende.

En växande insikt om att de klienter som behandlas inom SiS ofta har en hög nivå av samsjuklighet, med framför allt personlighetsstörningar, depressioner och ångest samt ADHD, motiverade behovet av intensifierade utredningsinsatser. Klienterna liknar således inte den i SOU 2011:6 allmänt beskrivna samsjuklighetsprofilen av typen "dubbel-diagnoser" som det hänvisades till i utredningen. SiS klientgrupp har mer komplexa psykiska störningar med samtidig kriminalitet och en annan psykiatrisk tyngdpunkt (Bihlar Muld et al., 2013; Fridell et al., 2015; Jansson 2010).

Våren 2013 lade regeringen fram en proposition där socialtjänstens huvudansvar för tvångsvård vid missbruk föreslogs kvarstå. Arbetet med en ökad professionalisering inom SiS fortsatte och myndigheten fick uppdraget att utveckla samordnad vårdplanering i linje med riktlinjerna för beroendevården i allmänhet (S 2014/2927/FS). I skrivelsen till Socialdepartementet framförde SiS önskemål om åtgärder som kunde öka samarbetet med hälso- och sjukvården. Vidare påtalades behovet av utökad psykologisk kompetens och större läkarresurser. Dessa förslag låg i linje med de nya lagarna om samverkan mellan huvudmännen.

Riktlinjer för utredning inom LVM

I linje med de tankar som kom till uttryck i den så kallade LVM-utredningen 2004 och förändringen av LVM-lagen 2005, inleddes arbetet med att utveckla riktlinjer för utredningsverksamheten inom LVM-vården. Det förslag till modell som överlämnades 2006 (se ovan) utgjorde en viktig utgångspunkt. SiS första riktlinjer för utredning av LVM fastställdes under år 2006. Dessa riktlinjer reviderades 2012 (Statens institutionssty-

relse, 2012). Liksom tidigare ska alla klienter erbjudas en utredning men i riktlinjerna till den nya SiS-utredningen formaliserades utredningsförfarandet ytterligare. Utredningen ska innehålla följande delutlåtanden:

- Utlåtande avseende missbruk och beroende
- Psykologutlåtande
- Medicinskt utlåtande utfärdat av läkare, alternativt hälsodeklaration utfärdad av sjuksköterska
- Utlåtande avseende social situation
- Beteendeobservationer i institutionsmiljö

Följande delutlåtanden *kan* dessutom ingå:

- Utlåtande avseende kriminalitet
- Övriga utlåtanden

På varje SiS-institution ska finnas en ansvarig person för utredningsförfarandet som samordnar informationen och förmedlar den till andra huvudmän som man samarbetar med. Klientens delaktighet betonas liksom en kontinuerlig samverkan med socialtjänsten. Utredningen ska också sammanfatta information från såväl socialtjänst och sjukvård som SiS. Rutiner för hur detta ska hanteras juridiskt har utarbetats. De flesta rutinerna förutsätter medverkan och medgivande från klienten.

Det finns också klart beskrivna rutiner för hur överlämningen ska gå till, och modellen som föreslås är ett gemensamt möte mellan socialtjänst, SiS personal och eventuellt hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare ska utredningen dokumenteras i det klient- och institutions-administrativa systemet (KIA) och hälso- och sjukvårdsjournalerna. Man har således lagt till rutiner för att, på ett bättre sätt än tidigare, använda utredningen i samarbete med andra huvudmän utanför SiS.

Utredningen förväntas ta ungefär åtta veckor och den ska vara klar innan utskrivningen. När materialet till den här aktuella studien samlades in fanns i varje enskilt fall en begäran om utredning från socialtjänsten. Upplägget föregrep också det som i dag benämns samordnad individuell vårdplan för samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård (Socialdepartementet, 2014; Statens institutionsstyrelse, 2013).

På de flesta punkter har de överlämningsmöten och utredningar som vi kunnat följa redan före 2013 gjorts på ett sätt som överensstämmer med SiS-utredningen som den nu beslutats, och bör därmed vara relevanta för den fortsatta diskussionen och verksamheten.

Utredningen på Hornö och Lundens LVM-hem

Hornö LVM-hem hade en reguljär utredningsverksamhet med tre anställda psykologer som sedan 1994 fram till starten av studien 2009 hade genomfört över 500 utredningar. På Hornö arbetade tre psykologer parallellt under de år som studien genomfördes. Lundens utredningsverksamhet inleddes 1997 och där hade totalt ungefär 400 utredningar gjorts inom både LVM- och LVU-vården fram till 2009 (uppgifter från psyko-

logerna vid institutionerna). Det fanns en heltidsanställd psykolog under cirka tio år vid Lunden, som förstärktes med ytterligare ett par psykologer fram till 2010. För både Hornö och Lunden innebar det 30–40 fullständiga utredningar med återrapportering vardera, per år.

Både Lunden och Hornö har varit "testbänk" för SiS utvecklingsarbete med att utforma bedömningar av psykiska störningar. Gemensamt var att kompetensen hos psykologerna var hög men att man också hade en god stabilitet där samma arbetstagare som arbetat fram modellen också deltog i projektet.

Implementering av utredningsmodellen blev därmed inte enbart en fråga om att utredning var viktigt, eller vilka testmetoder eller diagnosmetoder som var "bra". Det blev också en fråga om att man samtidigt utvecklade traditioner och ideologiska hållningar kring diagnostik, utredning och behandling som förankrades i verksamheten. Detta medgav att utredningarna skulle kunna sättas in i ett sammanhang där både beställarna (främst socialtjänsten) och personalen vid institutionerna samarbetar.

En strukturell skillnad mellan Lunden och Hornö var att Lunden hade sina överlämningsmöten inom en och samma institutionsbyggnad och att avdelningspersonal alternerade med att delta, vilket gjorde att aktiviteten var allmänt känd bland personalen i stort. Utredningarna på Hornö gjordes i ett avskilt hus på institutionsområdet, och kontaktpersonerna som samarbetade kring utredningen var i regel samma personer som också arbetade med klienten inne på utredningsenheten. Man var som kontaktperson på så vis mer insatt i själva utredningsmodellen och resultaten än vad som då gällde för personalen på Lunden. Man fick också ett större lugn i hela processen på Hornö. På Lunden var utredningsprocessen å andra sidan en integrerad del i det löpande kontaktmannaarbetet. Det var olika personalmedlemmar medverkande vid de olika överlämningsamtalen och utredningsförfarandet var känt bland personalen i sin helhet.

En annan skillnad var att Hornös psykologer i förväg brukade diskutera med socialtjänstens personal om vilka observationer och frågeställningar som borde ligga till grund för en viss frågeställning. Enligt de senaste riktlinjerna för SiS utredning LVM görs detta numera på bägge institutionerna. På Lunden hade man en särskilt utsedd behandlingsassistent som kallade och koordinerade samtliga parter i utredningen till gemensamma möten. På Hornö sköttes detta av psykologerna tillsammans med utredningssekreteraren vid institutionen.

Som en rutin går personalteamet kring klienten samt psykologen och utredningssekreteraren vid institutionen igenom SiS-utredningen, som innehåller mer information om bakgrund och social situation. Teamet inklusive kontaktpersonen involveras i diskussionen. Beteendeobservationer är en viktig del, och information om hur klienten fungerar socialt kompletterar utredningens övriga delar. Se bilaga 1.

PSYKISKA STÖRNINGAR VID MISSBRUK/BEROENDE

Utredningsverksamhet har sedan länge ingått i rutinerna inom SiS ungdomsvård och utgör en integrerad del av verksamheten. Enligt återkommande enkätstudier till placerande socialsekreterare är utredningsverksamheten ett av de områden som flest socialsekreterare uttryckte tillfredsställelse med. Lika många kunde tänka sig en ny placering på samma vårdavdelning vid eventuell förnyad dom. Föräldrarna (som kanske i mindre grad kunnat få del av utredningarna) har i några undersökningar varit mer missnöjda med vårdinsatserna än socialsekreterarna som fått ta del av utredningarna (Gerdner, 2000, 2004a, 2004b; Gerdner & Sundin, 1998; Åkesson & Dovik, 1998). Vid SiS-utredning inom LVM involveras föräldrar enbart som sagespersoner för perioder i klientens liv som inte kan täckas av information från register eller myndighetspersoner. Enells och Denvalls (2013) studie av utredningsverksamheten vid de särskilda ungdomshemmen inom SiS bekräftade tidigare resultat, att socialtjänsten sätter stort värde på psykologutredningarna. Dessutom att man i den senare rapporten följde utredningens rekommendationer.

Viktigt för kvaliteten i diagnostiken i utredningsverksamheten är frågan om "rätt" psykiska störningar bedöms: det vill säga de som är vanligast inom SiS klientpopulation i stort. Frågan om *vilka* klienter som tas emot inom SiS blir här central och har direkt relevans för valet av test och diagnostiska instrument. Den första delen i ett utredningsbeslut handlar om karaktären på de ofta komplexa problem som utredningsarbetet fokuserar på. Den andra delen handlar om mätgenskaperna hos olika psykologiska test och testens validitet, gruppdata som systematiskt insamlade kan skatta prevalensen av olika störningar i SiS-materialet. Dessutom kompletterar diagnostiska data områden som inte täcks i DOK-intervjun (eller i ASI-intervjun). Detta tar tid och det kräver personalresurser med specialistkompetens. Nyckelordet här är *systematik*. Instrumenten som nämns i texten ovan beskrivs närmare i Armelius et al. (2010).

Sammanlagt har Lunden och Hornö tillsammans gjort minst 1 000 utredningar, så det finns bra underlag för kohortstudier med en klar definition av urvalsprocess och diagnostiska metoder samt en tillräcklig storlek för att data ska vara stabila över tid. För SiS klienter saknas ofta relevanta registerstudier eller epidemiologiska studier, särskilt vad gäller kliniska data. Inte ens registeruppgifter från beroendevården som funnits sedan 1960-talet ger någon säker information om prevalenstal. Enligt registerdata från 2004 var det bara cirka 4 procent av alla personer med narkotikaberoende som fick en personlighetsstörningsdiagnos i Socialstyrelsens sjukvårdsregister, när den kända prevalensen i kliniska material ska vara mellan 65 procent och 85 procent (Fridell, 1991;

Fridell et al., 2015). Den här diskrepansen beror på att diagnoser enbart ställs för den sjukdom som behandlas, det vill säga beroendetillståndet, och inte för annan samsjuklighet.

I den här rapporten är det utredningen ur det individuella perspektivet som vi fokuserar på, men ur ett SiS-perspektiv utgör det insamlade materialet vid Hornö och Lunden en möjlighet att också bestämma prevalensen av olika störningar inom SiS och därmed förbättra kvalitetsstyrningen i vården. Alltså, vad utmärker de LVM-klienter som man behandlar och hur kan den kunskapen integreras i behandlingsplaneringen och bemötandet? På både Hornö och Lunden har man sedan tio år konsekvent bitt klienterna om skriftligt tillstånd för att kunna använda det diagnostiska materialet i forskningssyfte – i sig en viktig förberedelse inför kommande utvecklingsarbete och forskning. Diagnostiken blir också en viktig organisationsintervention som avses påverka behandlingsmiljön (Fridell, 1990, 1996).

Samsjuklighet och substansberoende

Utredningar inom SiS-vård, beroendevård och kriminalvård utmärks av en komplex problembild. Förståelsen av vad som är orsak och verkan vid en psykisk störning kompliceras av missbruket/beroendet i sig men också av klienternas kriminella belastning och ofta problematiska uppväxtförhållanden, en somatiskt hög sjuklighet och ett svagt socialt nätverk (Jansson & Fridell, 2003; Skårner & Regner, 2003). En primärt viktig uppgift var att kunna skilja ut personer med primär psykosjukdom från störningar där annan samsjuklighet dominerar. Klienterna inom såväl SiS som psykiatriens beroendevård visar en profil för narkotikaberoende klienter med samsjuklighet som skiljer dem från andra grupper med beroendeproblem. Den stora amerikanska epidemiologiska NESARC-studien, med 43 100 personer ur normalbefolkningen i USA intervjuade med standardiserade metoder, visade att personer med narkotikamissbruk (drug use disorder) i högre grad än personer med alkoholmissbruk (alcohol use disorder) hade en samsjuklighet med personlighetsstörning: 48 procent jämfört med 16 procent (Grant et al., 2004, 2004a). Diagnostiken gjordes konsekvent enligt DSM-IV (Grant et al., 2003; First et al., 1995, 1997). Den höga förekomsten av samsjuklighet även i ett normalmaterial understryker vikten av att diagnostisera personlighetsstörningar hos institutionsplacerade klienter där prevalensen är ännu högre.

För SiS är det givetvis viktigt att veta på vilket sätt LVM-vårdade klienter liknar eller skiljer sig från andra grupper av missbrukande personer. Såväl i missbrukspopulationen i beroendevård som i kriminalvård och inom SiS bekräftas den höga förekomsten av psykiska störningar (Fridell et al., 2009; Gerdner, 2004a; Jansson, 2010; Sallmén, 1999). Typ och fördelning av psykiska störningar är närmast identisk med den för narkotikaberoende personer utanför tvångsvården. Psykosjukdom är relativt ovanlig (cirka 8 procent) i linje med flera oberoende kliniska studier (Dalmau, Bergman, & Brismar, 1999; Fridell, 1990, 1991; Fridell, 1996a och översikter av Nilson, Fridell, & Griffiths, 2006; Sörensen, Jepsen, Hastrup & Juel 2005; Verheul, 2001; Uchtenhagen & Sieglgänsberger,

2000). I en uppdaterad kohortstudie med 1 409 narkomaner vid St Lars i Lund var 12-månadersprevalensen 15 procent för psykos, varav 8 procent orsakades av en psykisk sjukdom medan substansutlöst psykos utgjorde cirka 7 procent i akutläget och 5 procent bekräftades efter 12 månader. Personlighetsstörning dominerade och förekom hos 77 procent av patienterna (Fridell et al., 2015). Överdödligheten i relation till ålders- och könsmatchade personer var mycket högre bland narkotikamissbrukare jämfört med personer som främst använder alkohol (Fridell & Hesse, 2006a). Utvecklingen över tid visar en hög överdödlighet för narkomaner, där främst opiatmissbrukare dör före 40 års ålder och då en drogrelaterad död, medan personer med alkoholberoende dör av ungefär samma sjukdomar som befolkningen i stort men senare än narkotikamissbrukarna (Nyhlén, Fridell, Hesse, Krantz, 2011; Tønnesen, 2011). Självmordsförsök var och är vanliga bland narkotikaberoende personer (Johnsson, 2002; Johnsson & Fridell, 1997, 1999).

De höga nivåerna av kriminellt beteende och påföljder speglades i narkomanmaterialet i den höga nivån av antisocial personlighetsstörning. I en femårsuppföljning av ett konsekutivt urval av narkotikamissbrukare var antisocial personlighetsstörning den signifikant vanligaste personlighetsstörningen (28 procent), och patienter med antisocial störning hade en högre nivå av återfall, färre perioder med drogfrihet, mer socialhjälp, samt färre perioder av reguljärt arbete över ett långtidsförlopp än gruppen inom samma kohort utan antisocial personlighetsstörning (Fridell, Hesse & Johnsson, 2006). I en kohortstudie med 1 052 patienter följda över 17–35 år var antisocial personlighetsstörning den signifikant starkaste prediktorn för fortsatt missbruk av flera olika droger och flera typer av brott i påföljdsregistret, dock i mindre omfattning rena våldsbrott (Fridell et al., 2008). En uppdatering av materialet med analys av den longitudinella inverkan av antisocial personlighetsstörning kombinerad med a) ingen psykiatrisk diagnos, b) psykossjukdom, c) förgiftningspsykos respektive depressions-/ångestsjukdom visar att oberoende av kombination så är nivån av brott i påföljdsregistret 2–3 gånger högre i långtidsuppföljning för dem med antisocial störning än för dem utan antisocial störning (Fridell et al., 2015). Antisocial personlighetsstörning har således en stabil negativ inverkan på utfallet över tid. Detta gäller också bland kvinnor vårdade enligt LVM (Jansson, Hesse & Fridell, 2008, 2008a, 2009).

Ett viktigt nytt bidrag är forskning från Hornö om betydelsen av ADHD (Bihlar Muld et al., 2013, 2014) där 60 män med ADHD och comorbid substance use disorder diagnosticerats noga och jämförts med en grupp patienter med SUD men utan ADHD, baserat på DOK-data. Gruppen med ADHD hade en högre belastning i uppväxten, lägre arbetslivserfarenhet, högre nivå av amfetaminmissbruk, en lägre fullskala-IQ, lägre processhastighet, men inte lägre arbetsminnesfunktion. Gruppen med samsjuklighet med ADHD hade signifikant högre nivå av tidigare tvångsomhändertaganden än gruppen utan. Trettio av patienterna som behandlats farmakologiskt för ADHD jämfördes med 30 som inte fått eller velat ha farmakabehandling (Bihlar Muld et al., 2014). Det fanns små skillnader mellan de två grupperna i bakgrundsvariabler. Däremot hade, vid uppföljning, gruppen som fått medicinsk behandling haft färre återfall i droger, fått mer frivillig behandling i linje med behandlingsplan, haft mindre tvångs-

vårdsingripanden, en bättre boendesituation, och högre sysselsättningsnivå än gruppen som inte behandlades farmakologiskt. Detta indikerar att ordentliga utredningar och behandling kan höja utfallsnivån i form av drogfrihet.

Det ska noteras att den kliniska bilden blir oprecis om man samtidigt blandar urval av primärt alkoholberoende personer med hög funktionsnivå med personer med narkotikaberoende som ofta har en lägre funktionsnivå och en högre nivå av kriminalitet. Exempel på blandade material är de i bland annat Bakken, Landheim & Vaglum (2003), Landheim, Vaglum & Bakken (2002) samt Öjehagen (2011). Det sistnämnda kapitlet i Missbruksutredningen om samsjuklighet inom missbruksområdet ger av den anledningen en kliniskt begränsad kunskap för klienter som vårdas inom SiS, inom beroendevård med narkotikamissbrukare eller inom kriminalvård. Populationer, urval och bedömningsmetoder specificerades inte i tillräcklig grad. Det ska noteras att amfetaminmissbruk var vanligare både i de aktuella studierna från Hornö och de från Lunden. Typen av missbrukspreparat förefaller vara en viktigare indikator på samsjuklighet än vad vi uppfattat tidigare.

Som framgår ovan, så skiljer sig samsjukligheten hos narkotikamissbrukarna från den hos de så kallade dubbeldiagnospatienterna där personer med psykosjukdom utgör den största andelen (Schaar & Öjehagen, 2001). Psykosjukdomar är mindre vanliga inom SiS och beroendevården men vanliga i psykiatrisk vård vilket gör att specialiserade enheter för just "dubbeldiagnoser" utvecklats, ofta så kallade ACT-team, en variant av Case management (Wirbing & Borg, 2011). Men förhållandet att SiS-klienterna sällan är så kallade dubbeldiagnospatienter gör Case management som intervention svårare att tillämpa för SiS klienter i stort. Till exempel visade en Cochraneanalys av behandling av substansmissbruk att Case management-behandling gav effekter på att organisera vårdförloppet men däremot inte hade effekt på missbruket (Hesse, Vanderplaschen, Rapp, Broekaert & Fridell, 2007).

Hos både män och kvinnor inom LVM-vården är kriminaliteten en stark komplicerande faktor till skillnad mot situationen för personer med kroniska psykiska sjukdomar som schizofreni, bipolär sjukdom, melankoli med mera (Fazel, Långström, Hjern, Grann & Lichtenstein, 2009; Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin & Långström, 2012). Av särskilt intresse blir diagnos och behandling av ADHD i detta perspektiv. En epidemiologisk studie av 16 087 män och 9 509 kvinnor med ADHD, visade att brottslighet i påföljdsregistret minskade i högre grad i en grupp av klienter, 689 män och 368 kvinnor, som fått farmakologisk ADHD-behandling och fortsatt sin medicinering under fyra år jämfört med klienter som fått behandling men avbrutit. Kohorten undersöktes under fyra år (Lichtenstein, Halldner, Zetterqvist, Sjölander, Serlachius, Fazel & Långström, 2013). Resultaten liknar de från studien vid Hornö LVM-hem (Bihlar, 2009; Bihlar Muld et al., 2013, 2014) där klienterna kunnat diagnostiseras mer omsorgsfullt. Patienter med ADHD-diagnos som behandlades farmakologiskt hade vid uppföljning lägre nivå av återfall i missbruk och kriminalitet än de med ADHD som inte medicinerades. En studie av tvångsvårdade kvinnor inom LVM- och LVU-vården vid Lunden visade att kvinnorna, i likhet med män i LVM-vård, hade en hög nivå av samsjuklighet. Bland kvinnorna hade totalt 62 procent minst en psykiatrisk diagnos förutom personlighets-

störning och 70 procent hade dessutom minst en personlighetsstörningsdiagnos. I linje med vad som beskrevs ovan hade mindre än 5 procent en psykosjukdom, medan neuropsykologiska störningar och begåvningshandikapp var vanliga (Kullman, 2007; Olsson & Vilhelmsson, 2006). Resultaten har replikerats i andra studier som använt testmetoder systematiskt (Bihlar, 2009; Jansson, 2010). Bland kvinnorna på Lunden hade cirka 30 procent en samsjuklighet med ADHD och missbruk/beroende (Jansson, 2010), medan ADHD-diagnos bekräftades för 67 procent i studien av LVM-vårdade män vid Hornö, där frågeställningen från socialtjänsten var om det fanns en ADHD (Bihlar Muld et al., 2013). Lika stor andel hade dessutom en samsjuklighet med personlighetsstörning. Detta kan indikera en högre prevalens av ADHD bland LVM-vårdade män än i gruppen narkotikaberoende personer i "vanlig beroendevård" där man räknar med att cirka 20 procent hade en ADHD-diagnos (Socialstyrelsen, 2007).

Kvinnorna vid Lunden liksom männen vid Hornö LVM-hem hade omfattande psykiska och sociala problem av långvarig natur, med samma typ av samsjuklighet som vi finner hos andra narkotikamissbrukare och i något mindre utsträckning hos alkoholmissbrukare med svåra sociala problem. Unikt var att så få av kvinnorna i Lundenstudien (5 procent) hade en primär alkoholproblematik trots att två tredjedelar hade amfetamin som huvuddrog (Jansson, 2010). Amfetamin var den drog som också dominerade i gruppen på Hornö. Amfetamin är dessutom den drog som är vanligast vid substansutlöst psykos (Fridell et al., 2015). Alkoholberoende var vanligare i gruppen män.

Den höga förekomsten av personlighetsstörning hos SiS-klienterna påverkar direkt samspelet med andra klienter och med personalen (Fridell, 1989). Relationen mellan klienter och personal påverkas negativt av personlighetsstörning hos klienten så att klienten inte kan ta emot den hjälp han/hon behöver. Antisocial störning, liksom flera andra personlighetsstörningar, minskar förmågan hos patienten att skapa en "allians" med behandlarna (Fridell & Hesse, 2006b; Gerstley et al., 1989). Dessutom "smittar" beteenden och affekter av sig på det känslomässiga klimatet (Karterud, Wilberg & Urnes, 2014). En viktig observation är att våld i institutionsmiljö minskar där personalen kan hitta gemensamma och tydliga sätt att bemöta klienterna (Palmstierna, 2004). Här är den höga nivån av antisocial störning och kriminellt beteende en komplicerande faktor (Fridell, Hesse & Billsten, 2007).

Behövs ett utredningsförfarande av de slag vi beskriver inom LVM-vården? Svaret är att alternativ saknas. Klienternas eventuella psykiska problem kan inte bedömas adekvat på annat sätt. Det är svårt för en lekman att bedöma vad som är särskilt utmärkande för en klinisk bild, och även för professionellt utbildad personal krävs det lång erfarenhet och kunskap för att göra sådana bedömningar. Kompletterande test och provsvar behövs och drogfrihet är en förutsättning för en korrekt bedömning. Men det är svårt även för professionellt skolad personal att göra korrekta bedömningar. I en studie av behandlingspersonal på behandlingshem kunde erfaren och tränad personal bara identifiera några få personlighetsstörningar enbart utifrån observation: antisocial, borderline och schizotypal personlighetsstörning¹ (Hesse, 2005). Socialsekreterarnas skattning

¹ Schizoid personlighetsstörningsdiagnos som innebär att personen är skygg, tillbakadragen, ibland med ett mycket udda sätt att tänka och uttrycka sig, begränsad affekt, ibland gränsande till psykotiskt tänkande.

av psykos hos klienterna innebar en överskattning av andelen personer med psykos-sjukdom jämfört med kliniska diagnoser för samma patienter ställda inom psykiatrin (Heilig et al., 2002). I Bihlars studie (2009) var träffsäkerheten vid bedömning av ADHD högre, och för två tredjedelar av klienterna bekräftades diagnosen vid noggrann utredning. Kanske indikerar den högre "träffsäkerheten" att personal inom socialtjänsten har lärt sig mer om den typen av problem i och med att ADHD blivit ett mer välkänt begrepp jämfört med situationen tidigare (Söderholm Carpelan & Runquist, 2002). Personlighetsstörning som diagnos är fortfarande svår att bedöma korrekt utan lämpligt instrument.

PSYKOLOGUTREDNING I ETT KVALITETSPERSPEKTIV

I detta avsnitt försöker vi skapa en bild av hur utredningsförfarandet kan jämföras med begrepp och definitioner inom kvalitetsforskning generellt. Testningar och bedömningar är visserligen bra metoder för att belysa samsjuklighet men både klienten och organisationen måste uppleva nyttan av resultatet och meningen i det som görs. Och då kommer vi direkt över i frågan om kvalitet.

Kvalitet i utredningsverksamhet kan diskuteras från två aspekter. Dels utifrån sådant som berör den innehållsliga aspekten dels utifrån olika tekniska aspekter: ramfaktorer och bedömarks-kvalitet. Dessutom kan kvalitet diskuteras utifrån hur utredningar och överlämningar uppfattas, överlämnas och används. Kvalitet kan enkelt definieras som att mottagaren av en "tjänst" bedömer kvaliteten utifrån hur han/hon upplever det han/hon får i relation till vad som hade förväntats (Edvardsson, 1996). Mottagaren och olika parter i överlämningssamtalen uppfattar således kvalitet utifrån förväntan och nytta. Överlämningen av utredningar blir en "kritisk situation" där såväl samsyn som olikheter kan diskuteras.

Utredningsverksamheten i samband med LVM skiljer sig på flera sätt från utredningar i andra verksamheter. Dels handlar det om skillnader i traditioner, dels – och mest påfallande – handlar det om hur inslaget av tvång påverkar klientens upplevelse av delaktighet och konstruktivt samarbete. Den blir en del av dennes kvalitetsupplevande. Även om utredningen alltid görs med klientens medgivande så finns en risk att klientens reaktion på tvång färgar upplevelsen av vårdinnehållet negativt.

En annan och specifik kvalitetsaspekt vid utredningar och testningar inom LVM-vården (eller kriminalvård) är att de genomförs *när personen är opåverkad av droger eller alkohol*. Det går helt enkelt inte att göra valida bedömningar av psykiatriska eller neuropsykiatriska syndrom om klienten samtidigt är påverkad av droger eller alkohol. Avsaknaden av en "skyddande struktur" i stora delar av beroendevården är en anledning till att de flesta av patienterna i beroendevård eller psykiatri sällan erbjuds och nästan aldrig lyckas genomföra den omfattande utredning som vi kunnat följa här.

Generella kvalitetsfaktorer

Resonemangen om kvalitet i utredning känns igen i den mer generella diskursen om kvalitet i tjänsteproduktion. Kvalitet kan i motsats till produktivitet och effektivitet inte enbart beskrivas i termer av absoluta kriterier utan mer i hur mottagaren upplever det

som tillhandahålls. En tvångsvårdad klient kan uppleva en låg kvalitet i vården på grund av tvånget även när indikationerna för LVM-vård "objektivt sett" är uppfyllda och även där institutionen håller en god standard (*producentkvalitet eller teknisk kvalitet*).

Kvaliteten i en insats bedöms också olika i olika delar av vårdorganisationen och dess omgivning, från personalen såväl som från klienterna/"prosumenterna" eller från beställarna (socialtjänsten). Se Gerdner (1998). Enligt Dertell (1996) är det meningsfullt att skilja på teknisk eller professionell kvalitet som handlar om det som erbjuds. Utredning kan ur denna utgångspunkt betraktas som en kvalitetsfaktor (producentkvalitet), medan kundens/mottagarens upplevelse av kvalitet kan benämnas mottagarkvalitet. Viktigt är att dessa två perspektiv kan ge mycket olika slutsatser.

En aspekt som blivit tydlig i uppföljningsstudier, som har gjorts av bland annat denna forskargrupp, är att kvalitet ur klientens synpunkt inte är ett statistiskt fenomen. Kvalitetsupplevelsen förändras över tid och påverkas ofta av hur det gått för klienten. De flesta klienter i våra studier, liksom i Runquists avhandling (2012), var extremt kritiska till tvångsomhändertagandet under den inledande vården, men när klienterna följts upp i olika långtidsuppföljningar blev de som var kritiska till LVM-vården mer positiva. Jansson redovisar på samma sätt reflektioner från de kvinnliga klienterna som anförde att "hade man inte tvångsomhändertagit mig så hade jag inte levt idag" (Jansson, 2010, s. 88). Samma reflektion har vi fått från både narkotikaberoende män och kvinnor i en tidigare studie (Fridell, 1998).

Runquist (2012), som intervjuat både klienter och socialsekreterare under slutfasen av ett LVM-vårdtillfälle och sex månader efter avslutad LVM-vård, menade att ungefär tre fjärdelar av klienterna *inte* ansåg LVM:et vara befogat vid tidpunkten för omhändertagandet. Vid uppföljningsintervjuer var det dock bara en femtedel som fortfarande ansåg att tvångsvården varit obefogad. Runquist tillfogar att den bristen på samordning mellan myndigheter och inom socialtjänsten motverkar ett bra utfall när det gäller åtgärder som främjar behandlingsinsatser. Paradoxen är att samordning skapas och upprätthålls i kontroll- och sanktionssyfte snarare än med behandlingen som ledstjärna. "Däriigenom fanns det i vissa fall en påtaglig obalans mellan insatser för stöd respektive insatser för kontroll/sanktion, och en tydlig begränsning av socialsekreterarnas handlingsutrymme för stöd, vilken delvis var självvald, delvis framtvingad av den egna organisationen" (Runquist, 2012, s. 338). Runquists slutsatser berör något viktigt eftersom klienten, även om han/hon upplever en utredning positivt, mycket väl kan ha svårt att se hur utredningen och andra samhällsinsatser påverkar varandra. Rationaliteten bakom olika beslut förblir oklar och sammanhanget går förlorat. Kanske saknas alltför ofta upplevelsen av ett sammanhang, såväl för dem som utreds som för dem som beställer utredningen.

Två illustrationer av skillnaden mellan olika kvalitetsperspektiv framträdde redan i de första av psykiatrins kvalitetsmätningar från Statens Personal- och Rationaliseringsinstitut (SPRI), som gjorde kvalitetsstudier inom somatisk och psykiatrisk vård under 1980- och 1990-talen. Där var cirka 85 procent av patienterna nöjda med kvaliteten på *bemötande och omhändertagande*, samtidigt som bara ungefär hälften menade sig ha fått hjälp med sina problem (Hansson, Björkman & Berglund, 1993). I två av projekten inom

ramen för psykiatriutredningen studerades "brukarkvalitet" i psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Vid uppföljning ett eller två år efter intagning i rättspsykiatrisk vård var patienterna också här mycket nöjda med bemötandet från vårdorganisationerna, trots att man vårdades på tvång och ibland med rigorösa säkerhetsföreskrifter (Ardengård & Christensson-Ringby, 2007). Den höga tillgängligheten till personal och läkare, stöd och personlig kontakt skattades högst. Men faktorer som allians och behandlingsmetodik skattades lägre, liksom känslan av att ha fått hjälp. Den typen av fenomen är helt enkelt mer komplexa att beskriva.

Till detta ska fogas att *effekter av behandling*, det begrepp som vanligen sätts ekvivalent med evidens, inte behöver sammanfalla med individens eller vårdgivarnas upplevelse av vad som är effektiv behandling. Det var ovanligt att klienterna i våra uppföljningar pekade ut en specifik behandling eller terapi som det som hjälpt dem (Fridell, 1998; Fridell et al., 2006; Jansson, 2010). Däremot betonades alltid vänligt och professionellt bemötande från personal.

Kvalitet i instrument och metoder

För utredningen är frågan om det är de typer av psykiska störningar som är vanligast i SiS-vård som faktiskt bedöms. Det vill säga, använder man till exempel kunskaper kring prevalens av olika störningar när man lägger upp utredningsmodellen? Är det rimliga bedömningar man gör? Begreppet *bedömarkvalitet* är tillämpligt.

I första hand är det psykiska sjukdomar som bipolär sjukdom, depression eller ångest, personlighetsstörning, neuropsykologiska funktionshinder och samtidig förekomst av psykos (vilket är mycket ovanligt) som man måste bedöma, eftersom dessa ofta kräver omfattande och långvariga insatser. I nästa steg måste individuella särdrag styra vad som behöver fördjupas. *Individens funktionsnivå* är här extremt viktig att bedöma som komplement till diagnosen. Det förekommer att klienter har haft fasta anställningar och har arbetat under många år, vilket indikerar en relativt hög funktionsnivå även om missbruket eller den psykiska störningen har medfört en sänkt funktionsnivå. Här är också diagnostiken av ADHD-problematik extremt viktig eftersom uppmärksamhetsstörning och allvarliga koncentrationsproblem – även utan hyperaktivitet – kan medföra en låg funktionsnivå, så att personen inte kan följa undervisningen i skolan, eller upprätthålla vissa typer av arbeten. Arbetsuppgifter där man tar hänsyn till problemen på ett relevant sätt kan däremot möjliggöra en bättre anpassning. En tillförlitlig funktionsnivåbedömning kan som regel göras först när klienten är fri från droger och alkohol.

Vanligtvis är den centrala frågan kring psykologisk utredningsverksamhet om testen mäter rätt problem (validitet) och om testen mäter på ett tillförlitligt sätt (reliabilitet). Men detta är likväl bara en aspekt av bedömningen. Oavsett om testen "mäter rätt" så påverkas såväl socialtjänstens som personalens och klientens uppfattning av olika kontextfaktorer. En sådan kontextfaktor är om klienten upplever utredningsinsatsens som "*meningsfull*". Kan upplevelsen av meningsfullhet kompensera frihetsberövande?

Vidare blir upplevelsen av nytta viktig, eftersom klienter ofta kommenterade att mängden frågor under själva testningen var tröttnande. Här blir den utredande psykologens och avdelningspersonalens förmåga att fortlöpande motivera och uppmuntra klienten att genomföra utredningen avgörande.

Ytterligare en aspekt av bedömarks kvaliteten i utredningsverksamhet inom LVM-vården är att den enskilde klientens problem kartläggs på ett *strukturerat sätt*. Användningen av DOK är ett sådant viktigt inslag. Det psykologiska utredningsförfarandet och valet av instrument varierade visserligen mellan de två institutionerna i studien. Men detta kan ur ett utvärderingsperspektiv vara en fördel, eftersom samma "produkt" (utredningen) kan ha utformats på något olika sätt men ändå ha en jämförbar kvalitet (Edvardsson, 1996; Gerdner, 1998). Hit hör frågor som vilket test, vilken skala etc som används, instrumentens relevans och psykometriska egenskaper. Det som definierar kvaliteten på test och mätinstrument är främst den medicinska och psykologiska kunskapen bakom valet (att psykologerna vet vad man söker efter) och att tester och mätinstrument som används *är utprovade för de grupper som undersöks* så att *reliabilitet och validitet hos instrumenten är säkra* (Armeliuss et al., 2010). Här är i första hand begrepp som standardisering och validering intressanta och inte det uttjatade begreppet "evidens", som här används felaktigt. För stora grupper av klienter där enbart DOK (eller ASI) samlas in så blir informationen begränsad, eftersom kompletterande klinisk information med tillräcklig specificitet saknas. Bilaga 1 innehåller en kort beskrivning av instrumenten som användes vid respektive institution.

Den unika situationen med delvis olika utredningsmodeller vid de två institutionerna möjliggjorde en jämförelse av vad som är bärande och vitala gemensamma inslag i själva överlämningen, oberoende av om det var exakt samma mätmetoder som användes. Vissa resultat kan därmed också ses som i viss mån "generiska" och användbara på institutioner som kanske använder helt andra instrument.

Utredningar kan och bör användas som feedbackprocesser i organisationen. Detta ökar enligt Ward (2008) värdet av utredningsinsatserna. I Wards genomgång var feedback på psykologiska utredningar det kanske viktigaste elementet för att den som testades skulle ta till sig resultaten. Feedback från utredningar gav enligt Ward klienterna möjlighet att skifta perspektiv: från en upptagenhet med självanklagelser och låg självkänsla till att identifiera nya tydliga handlingsalternativ så att dessa blir mer begripbara, nåbara och hanterbara. Det är viktigt att den som utretts ges en bra återkoppling. Bedömningssituationen blir då också ett pedagogiskt inslag.

Bemötande, kontakt och upplevelse av kvalitet

I den femårsuppföljning av drogberoende klienter som gjordes av Fridell med flera (Fridell, 1998) framhöll de tidigare klienterna sällan behandlingsmetoder eller formella strukturer som orsak till "förbättring" utan oftare att någon person, professionell eller privat, hade "brytt sig om dem" och hade orkat "finnas kvar". Denna diskrepans återkommer i många undersökningar. Särskilt betydelsefull är *kontinuiteten i kontakten*.

Klientens upplevelse av meningen med tvånget

Inom ämnet socialt arbete finns det flera exempel på intervjuundersökningar med både klienter och socialsekreterare där LVM stått i fokus (Johnsson, 2006; Runquist 2012; Svensson, 2005). Studierna understryker att LVM innebär en paradox för den omhändertagne. "Trots förlusten av självbestämmande ska den tvångsomhändertagne missbrukaren fatta centrala beslut om sitt liv, en plan för den fortsatta vården ska läggas upp och i denna förväntas personen agera" (Svensson, 2005, s. 7).

I en intervjustudie med socialsekreterare och deras klienter fann Johnsson (2006) tre mönster i hur aktörerna gav mening åt skeendet i samband med beslutet om LVM. Gemensamt för de intervjuade var att beslutet medförde en form av brott eller sammanbrott i en kontinuitet även om man hade olika sätt att skapa mening i detta. Johnsson (ibid.) identifierade tre positioner:

Den goda relationspositionen. Socialsekreteraren och klienten går samman. Talar om varandra utifrån personliga egenskaper, ej den professionella rollen. Hög närhet och samstämmighet.

Den livräddande positionen. Ej överens om relationens betydelse. Men överens om att tvånget var nödvändigt för att rädda liv och tvånget får på så sätt mening.

Den regelstyrda positionen. Avstånd och ibland misstänksamhet mellan socialsekreterare och klient. Olika maktpositioner. Inte så mycket tal om relation. Socialsekreteraren förhåller sig till regelverket.

Svensson (2005) fann i intervjuer med socialsekreterare och klienter en samsyn mellan parterna om att tvånget var motiverat och livräddande. Klienterna skiljde på relationen till den enskilde socialsekreteraren, som ofta beskrevs positivt (ibland mycket positivt), och det mer komplicerade mötet med myndigheten där makt och myndighetsutövning stod i centrum. En faktor som aldrig kan negligeras är de ekonomiska och administrativa förutsättningarna för socialtjänstens uppdrag, i form av avtal med vårdgivare, budgetmål, samt bristande tillgång till riktlinjer för att prioritera behandlingsalternativ. Dessa minskar handlingsfriheten och ibland också möjligheterna till samarbete. Ibland är upphandlade behandlingsverksamheter visserligen "billiga" men dåliga och då blir resultatet därefter.

Det som karakteriserar den här beskrivna utredningsverksamheten inom SiS är att psykologerna inte bara testar och återför sina resultat, utan hela tiden måste avväga vilka resultat som är relevanta och veta hur man tolkar resultaten i relation till problembilden hos klienten samt de frågeställningar som socialtjänsten har. Vi uppfattar att kunskaper om bemötande och att relationen hanteras på ett professionellt skickligt sätt alltid bidrar till att öka klientens upplevelse av mening i sitt LVM.

Organisationsperspektivet – legitimiteten i utredningsförfarandet

En viktig fråga är psykologutredningens legitimitet inom organisationen. Till detta hör också vilken ställning och legitimitet som psykologer som yrkesgrupp har inom SiS och i relation till socialtjänsten. En formellt viktig skillnad mellan yrkesgrupper som socionom, behandlingsassistent inom socialtjänst och LVM-vård kontra vårdgivare inom landstingsdriven verksamhet är att utredning och behandling i den senare görs av personal med legitimation, vilket medför ett personligt juridiskt ansvar. De utredande psykologerna som ingår i denna studie tillhör gruppen legitimerad personal. Men i en organisation där legitimation är ovanlig är den distinktionen inte självklar för andra personalgrupper och då behöver legitimationen i sig inte uppfattas som enbart en styrka. Det kan också uppfattas som att en viss yrkesgrupp utför specialistuppgifter som inte är viktiga eller relevanta för verksamheten.

För att bli meningsfull i ett organisationsperspektiv krävs att diagnostiken blir en del av vårdorganisationens totala kunskap, vilket inte är samma sak som att diagnosen ges ett överdrivet förklaringsvärde. Diagnoser förklarar bara en del av problemet. Men anledningen till att det har dröjt länge att introducera psykologer i SiS kan både vara motstånd från en del personalgrupper eller enskilda föreståndare och att man inte ser nyttan med en psykolog. Psykologrollen med utredning och behandling har inte alltid uppfattats som viktig eller ens legitim. För att bli rätt använd måste information både kring det som görs och resultaten kommuniceras både till *personal inom organisationen*, till klienten *själv* som tanke- och motivationsskapande feedback, och till *beställaren: socialtjänsten*. Att översätta kliniska begrepp till en för alla parter hanterbar och meningsfull information blir en viktig pedagogisk uppgift.

En utredning kan optimalt fungera som ett sätt att undanröja missförstånd och förbättra *bemötande* av klienterna och inte enbart som en diagnostisk process. Vårt antagande är att korta interventioner (som utredning) också kan tänkas potentiera effekten av både sociala och medicinska insatser när de förmedlar information i en genomtänkt strategi. Utredningen kan också bidra till en ökad tydlighet och struktur, något som är extremt viktigt med just den här gruppen klienter. Enkelt uttryckt utmärks en utredningsmodell med hög kvalitet av att samtliga ovanstående aspekter har beaktats och integrerats i den färdiga utredningen.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Forskarrollen

En av författarna till denna rapport, Mats Fridell, har genomfört ett flertal studier inom SiS och har haft ett samarbete med Lunden där han också var handledare för en avhandling (Jansson, 2010), en femårsuppföljning av klienter som utretts där. Ur objektivitetssynpunkt kan det uppfattas som ett problem att Mats Fridell arbetat inom narkomanvård under många år samt haft organisations- och samsjuklighetsproblem som ett viktigt fokus i forskning och i kliniskt arbete. Också utredningsfrågan har engagerat Mats Fridell under många år, och där har det funnits samarbete med SiS. Det finns därmed en möjlig bias hos Mats Fridell som kan tänkas ge en "överdrivet positiv" tolkning. Fördelen är erfarenhet och en förtrogenhet med klienternas problematik. Men det ska understrykas att uppgiften här inte var att granska diagnostiken och innehållet utan att betrakta varje intervju som ett unikt möte med sin egen dynamik, likaså att ingen av forskarna därvid hade några personliga kontakter med klienter eller personal utöver de studerade mötena. Intervjuguiden fokuserade uppgiften till givna teman.

Lyssningssituationen innebar att vi, efter ett omfattande logistiskt förarbete inför varje överlämningsamtal, satt med under hela överlämningen. Inför varje överlämningsamtal presenterade vi oss och vilken vår uppgift var, även om detta bekantgjorts i informationsbrev flera veckor före mötet. En manual användes, med en i förväg uppställd lista av områden som vi skulle observera och kommentera vid varje överlämningsamtal och en separat lista för de individuella intervjuerna med ungefär samma områden för klienter, socialsekreterare och personal. Olika teman kodades utifrån i förväg uppgjorda koder.

Allra viktigast för oss var att "intranget" i överlämningsmötet inte uppfattades negativt eller hotande av klienterna. Vi försökte under varje möte göra enstaka kommentarer eller ställa någon fråga som visade för klienten att vi lyssnande aktivt. I flera individuella intervjuer efter mötet ställde deltagarna frågor till oss, och här bestämde vi oss före studien om en gemensam hållning. Vi svarade alltid på frågor: nekande om vi inte visste och med svar i sak där detta efterfrågades. I en del fall rörde det frågor av typen "vad betyder dependent personlighetsstörning?". Vi bedömer att det hade varit oprofessionellt att avvisa en fråga där vi kunde svara. Svaret var alltid kortfattat. Fler socialsekreterare än klienter efterfrågade just den typen av klarlägganden i de individuella intervjuerna.

Gällde frågorna innehållet i utredningen eller valet av test eller diagnoser så kommenterade vi *aldrig* detta eftersom expertisen i utredningen låg hos institutionens psykologer och personal. Det som klienten själv tog upp var det som kommenterades. Klienten uppmuntrades också till att i nästa steg ta upp oklarheter med sin psykolog eller kontaktperson. Vi ställde frågor när vi inte förstod. Inga kritiska kommentarer gjordes utan det var alltid klientens bild som var utgångspunkten. Flera intervjuer blev långa för både Robert Holmberg och Mats Fridell medan andra var korta och ibland prosaiska. Detta styrde klienterna själva.

Forskarna samlade *inte* in uppgifter om klienterna utöver de som kom fram under överlämningsamtalen och hade alltså inte tillgång till diagnostisk information eller personuppgifter. Klienten fick en kod och ett fingerat kort arbetsnamn. Datum och plats för intervjun angavs.

Urval

I samarbete med SiS valdes två institutioner: Hornö och Lunden. Valet motiverades av att vi forskare hade haft kontakt med de två LVM-hemmen tidigare och att personalen hade erfarenhet av att arbeta tillsammans med psykologer. Vidare var bägge institutionerna personellt stabila och systematiska i arbetet med utredningsfrågor. Hornö hade en lång tradition av arbete med män med en tung multiproblembild och ett väl etablerat utredningsförfarande med tre erfarna psykologer, som alla arbetat med en mycket omfattande testarsenal sedan flera år. Lunden hade en lång tradition av ett standardiserat utredningsförfarande och en bedömningsmodell som liknade det som senare kallades *SiS utredning LVM* (Fridell et al., 2009; Jansson & Fridell, 2003; Jansson, 2010; Jansson, Hesse & Fridell, 2008, 2008a, 2009).

Både Hornö och Lunden hade etablerat en forskningsorienterad hållning som gjorde att stödet för forskning alltid var självklart från ledning till personal "på golvet". Flera av Lundens kvinnor hade medverkat i en femårsuppföljning och i andra projekt (Fridell et al., 2009; Jansson, 2003, 2010). Utredningsverksamheten vid Hornö publicerades med särskilt fokus på uppföljning av klienter med ADHD (Bihlar, 2009).

Ett konsekutivt urval² av 20 behandlingskonferenser vid Lunden och 20 vid Hornö planerades, där utredningsmaterialet skulle överrapporteras från institutionen till socialtjänst och klient. Konsekutivt urvalsförfarande innebär att klienter tillfrågas i den turordning som de kommer till respektive institution. Som regel ger detta urval en god representativitet för de verksamheter som studeras, med det förbehållet att det är klienter som bedömts behöva en utredning som ingår, alltså *inte* hela klientgruppen vid institutionen i fråga.

Överlämningsmötena följdes upp genom att forskaren efter avslutat överlämningsmöte intervjuade de olika aktörerna individuellt om hur de uppfattat utredningen och dess användbarhet, samt vilka förståelseproblem som fanns (se bilaga 4 och 5).

2 Det vill säga att alla klienter som uppfyllde kriterierna för att vara med i studien under den aktuella tidsperioden inkluderades.

- Forskarna strävade efter att genomföra de efterföljande intervjuerna i följande ordning:
1. Socialsekreterare (som ofta kom resande från annat håll i Sverige)
 2. Klient
 3. Kontaktperson
 4. Psykolog

Typer av bortfall

Inför undersökningen tillfrågade psykologerna initialt 44 klienter om att delta i studien. Nio av dessa inkluderades inte; några ville inte medverka eller ändrade sig och tre klienter som svarat positivt förflyttades hastigt efter incidenter på institutionen.

TABELL 1:
Bortfall och typer av bortfall

Urval	Tillfrågade initialt	Planerat antal	Accepterad	Ej genomförd	Överlämningsmöten som ingår
Lunden	20	20 kvinnor	15	3	11
Hornö	24	20 män	20	3	16
Totalt	44	40 klienter	35	6	27

Av de 35 klienter som accepterade att medverka genomfördes inte överlämningsamtalen i tre fall vid Lunden och i tre fall vid Hornö. Skälen var främst logistiska: det gick inte att hitta gemensamt datum för samtliga involverade parter. Av de 29 möten dit forskarna kom, dök socialsekreteraren inte upp vid ett av mötena, och vid tre möten hann socialsekreteraren inte stanna för intervju efter överlämningssamtalet på grund av tågtider och liknande. Det ska betonas att ingen av klienterna som tillfrågats vid denna tidpunkt avböjde att delta. Återstår totalt 27 klientintervjuer efter överlämningsamtal som genomfördes. Totalt intervjuades 25 socialsekreterare. Femton av kontaktpersonerna³ intervjuades och psykologerna intervjuades vid 27 tillfällen. Vi har analyserat de 25 samtal där det fanns intervjuer från både klient och socialsekreterare. Vi betraktar bortfallet som osystematiskt och inte möjligt att påverka av forskarna eller psykologerna vid institutionen.

Mer systematiskt bortfall i genomförandet noterades för Lunden där den omorganisation av vårdinnehållet som gjordes 2009–2010 skapade svårigheter. När ordinarie personal inte fanns på plats var det svårt att få vikarier som kunde planera möten på ett för forskarna och personalen genomförbart sätt. Lunden präglades också under en tid av ett kaos inför diskussionen om nedläggningen av LVU-hemmet/omstrukturering av verksamheten.

Ett viktigt inslag vid de efterföljande intervjuerna var att även identifiera hur material från utredningar användes i planeringen vid intervjutillfället och hur intervjuerpersonerna uppfattade detta.

³ Kontaktpersonen eller kontaktpersonerna är den/de som har utsetts av ledningen att ansvara mer specifikt för en enskild klient. Se Billquist och Skärner (2009) för mer om kontaktmannaskapet inom LVM-vården.

Socialekreterarnas syn på användningen var mycket viktig. Av särskild vikt var att försöka identifiera *kritiska händelser* under samtalen med exempel på hur utredningarna uppfattades: om de gav stöd åt olika resonemang, om de alls fyllde någon funktion eller om de till och med var hindrande.

Analys av överlämningsamtal och intervjuer

Totalt kom utskriften av överlämningsmöten och individuella intervjuer att omfatta över 2 300 A4-sidor. Varje överlämningsamtal tog cirka 1,5 timmar plus ytterligare mellan 8 minuter och 50 minuter vardera för de individuella intervjuerna. Varje klient fick en kod (fingerat förnamn), datum för inspelningen och namnet på institutionen.

Kodningsmanualen belyste de olika områdena från de individuella intervjuerna med klienten, med socialekreteraren, med psykologen och med kontaktpersonen. I ett första steg läste och kodade två av forskarna (Ylva Benderix och Mats Fridell), oberoende av varandra, 14 av utskriften av klientintervjuerna för att bedöma överensstämmelsen i utsagorna. Intervjuerna gick sedan igenom i sin helhet och kommentarer som belyste viktiga delar av processen markerades med överstrykningspenna. Samtidigt skattades överensstämmelsen mellan de två bedömarna. Samma teknik användes för intervjuerna med socialekreterarna (Ylva Benderix och Robert Holmberg).

För analysen av överlämningsmötena användes en kodningsmanual som utformats specifikt i syfte att täcka de olika områdena i ett överlämningsamtal. I ett första steg läste två av bedömarna (Ylva Benderix och Robert Holmberg) oberoende varandra 20 utskriften av överlämningsmöten från både Lunden och Hornö (bilaga 4). Dessa gick sedan igenom i sin helhet och kommentarer som belyste viktiga delar av processen markerades med överstrykningspenna: vad mötet handlade om, samt hur innehållet i utsagorna kan förstås.

Inspelningar från överlämningsmötena genomgicks i nästa steg och samtidigt kontrollerades i de ordagrant utskrivna texterna sådana citat som hade särskild relevans för våra frågeställningar. Robert Holmberg och Mats Fridell genomförde intervjuerna på ett mycket likartat sätt. Robert Holmberg var något mer neutral i sitt sätt att göra följdfrågor i en del ärenden, medan Mats Fridell ibland frågade mer kring en del problem som klienten själv tog upp. Den sammantagna bilden för intervjuerna skiljer sig inte mellan forskarna. Klienterna var med få undantag mycket öppna och kommunikativa.

Citaten i texten har valts utifrån hur väl de belyser de olika frågeställningarna och fokuserar på det som uppfattats som mest typiskt för att fånga händelser eller skeenden som varit viktiga. Citaten har ibland kortats för att minska oklarheter. I slutbearbetningen gick Mats Fridell och Robert Holmberg igenom den utskrivna texten parallellt med ljudinspelningarna. För värdering av kvalitativ innehållsanalys tog vi fasta på begreppen *trovärdighet* och *överförbarhet* enligt Krippendorf (2004). I linje med detta redovisade författarna hur kategoriseringen gjorts med exempel, och vi valde att försöka ta fram lagom stora meningsbärande enheter, och att sammanhanget som citaten hänvisade till klargjordes.

ETIK

Etiktillstånd för studien beviljades av Regionala etikprövningsnämnden vid Lunds universitet (dnr 17: 2006). Alla potentiella deltagare tillfrågades först av institutionens psykologer, aldrig av forskarna själva. Först när klienterna meddelat psykologen att de ville medverka så skickade forskarna ett formulär med skriftligt medgivande via den utredande psykologen. Först när det underskrivna medgivandet återsändes fick vi veta klientens namn. Tillsammans med klientens medgivande sändes därefter ett likalydande formulär till socialtjänstens personal. Medgivandena fanns som regel registrerade cirka 3–4 veckor före varje överlämningssamtal. Vid överlämningssmötet frågade forskarna om deltagarna gav sitt tillstånd till att intervjuerna spelades in. Parterna informerades också om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien (se bilagorna 2 och 3).

Klienten fick en kod och ett fingerat kort arbetsnamn. Datum och plats för intervjun angavs. Enbart forskarna inbördes diskuterade vad klienten talat om i den individuella intervjun. Det vi diskuterade med psykologen var hur denna själv såg på överlämningssamtalet och den diagnostiska processen. Vidare har enbart Mats Fridell och Robert Holmberg lyssnat av inspelat material. Reliabilitetskontrollen som gjordes tillsammans med Ylva Benderix använde enbart utskrivet och kodat material. Sekretessen i intervjumaterialet har således varit strikt.

Forskarna tog inte del av det skriftliga utredningsmaterialet som klient och socialsekreterare läste inför mötet. Detta för att inför parterna markera att vårt syfte med studien *inte* var att granska diagnostiken.

RESULTAT

Resultatredovisningen har organiserats i tre huvudsakliga delar: Inledningsvis redovisas hur överlämningsmötena gick till (struktur) och reaktioner från parterna under dessa. Därefter presenteras under separata rubriker resultat från intervjuerna med socialsekreterarna, med ett urval av deras kommentarer, och slutligen intervjuerna med klienterna.

Överlämningsmötet

Fyra olika parter deltog i överlämningsmötena: utredande psykolog, socialsekreterare, klient, och kontaktperson(er). I nedanstående redovisning fokuseras fyra huvudsakliga områden:

- Mötesformer
- Samspelet mellan klienten och mötesdeltagarna, i vad mån klienten kommer till tals och blir aktivt deltagande i mötet (klientcentrering)
- Psykologens presentation av utredningen
- Struktur på mötena samt mötesordningen

Mötesformer

Vid överlämningsmötena var klienten, den utredande psykologen, kontaktpersonen vid SiS-institutionen samt klientens socialsekreterare närvarande. Vid den ena institutionen medverkade också LVM-hemmets utredningssekreterare. I samtliga fall hade klienten haft möjlighet att ta del av utredningens resultat tidigare och hade då även kunnat diskutera innehållet med psykologen. Med något undantag hade också socialsekreteraren hunnit ta del av och läsa psykologens utlåtande inför överlämningsmötet. I en övervägande majoritet av mötena kände klienten och socialsekreterarna varandra sedan tidigare, och det var oftast den socialsekreterare som hade varit involverad i beslutet om LVM-placeringen som deltog i mötet. Vid fyra möten var det en ny socialsekreterare som deltog. I några fall hade hon inte träffat klienten tidigare. Mötet var som regel ett led i ett antal pågående samtal och relationer som var centrerade kring LVM och behandlingsplanering.

Under mötena framträdde ett mönster där klienten diskuterade tre olika relationer: med kontaktpersonen, med den utredande psykologen och med socialsekreteraren. På ett organisatoriskt plan var mötet även ett möte mellan representanter för två myndighetsaktörer (SiS-institutionen och socialtjänsten). Detta innebar i sig en förväntan från socialtjänsten att få svar på de frågor man ställt inför utredningen, där ett uttalat syfte

var att öka samverkan i behandlingsplaneringen. Mötena föregicks ofta av ett ibland informellt förmöte där personalen hälsade på varandra, stämde av de kontakter man hade haft innan mötet och ofta sade något om förväntningar på mötet.

Analysen bygger vidare på fullständigt inspelade och utskrivna möten med intervjuer med socialsekreterare, klienter, psykologer och kontaktpersoner. I resultatdelen presenterar vi en övergripande analys av tre aspekter på mötena: a) hur psykolog och annan personal interagerade med klienten i samband med att utredningens innehåll, innebörd och hur utredningen tänktes användas för behandlingsplaneringen, b) vilka områden som psykologen berörde i samband med att man presenterade utredningen, c) hur mötet var organiserat och vilka moment det innehöll.

Samspelet mellan klient och mötesdeltagare under mötet

En vanlig kritik mot diagnostiska utredningar brukar vara att klienten inte görs delaktig och att resultaten presenteras "över huvudet" på den som genomgår en bedömning. Av den anledningen var just detta förhållande något som vi försökte uppmärksamma.

Överlämningsmötena analyserades först med avseende på hur personalen tilltalade och kommunicerade med klienterna. I 17 av 25 möten (68 procent) talade psykolog och socialsekreterare i huvudsak direkt med klienten under diskussionerna och talade inte om klienten i tredje person. Vid fyra möten var klienten relativt passiv på ett sätt som begränsade möjligheterna för återkoppling och medverkan. De olika psykologerna hade delvis olika sätt att interagera med klienten och det var vanligt att psykologen refererade till samtal man hade haft tidigare med klienten eller situationer i samband med testningar där vissa frågor hade berörts. I följande exempel illustreras hur psykologerna presenterade utredningsresultat genom att knyta samman de olika testresultaten med beteendet på institutionen och andra uppgifter som framkommit.

Psykolog: "... och då gjorde vi ju en utredning där vi kom fram till att du förmodligen hade ADHD. Och där fokuserar vi rätt mycket på personlighetsfaktorer eller kriterier (*för ADHD*) och kom fram till – nu har du ju redan nämnt det (*riktar sig till en av socialsekreterarna*) – att NN har en bra social förmåga, anknytningsförmåga, förmåga till empati."

Till klienten igen: "... att du lika gärna själv vill ta hand om människor som att du själv vill bli omhändertagen när du har behov, alltså. Så att, det är ett givande och ett tagande och det har vi märkt nu också (*i grupperna på avdelningen*)."

I exemplet ovan förekom det diagnostiska begreppet ADHD, och i vissa fall där just detta var huvudfrågan för själva utredningen var det vanligt att klienten hade blivit förtrogen med innebörden av diagnosen och de olika kriterier som psykologen beaktat i samband med utredningen. Trots att presentationen av utredningarna ofta berörde flera olika psykiatriska diagnoser, psykologiska begrepp och ett stort antal intervjuer/test (SCID, MMPI) präglades de flesta mötena (18 av 25 möten) av ett vardagligt språk utan svåra facktermer. Betoningen låg på innebörden av utredningen och vilka praktiska konsekvenser den kunde ha för klienten:

Psykolog: "... så är ju det mest dominerande är ju det här med känslorna: ... hur svårt du har att känna ... att på nåt sätt låta känslorna ta plats i ditt inre liv. Och visa dom utåt också, och använda dig av känslorna när du ska fatta ett beslut och relatera till andra människor. Där har du ju kunnat ge bra beskrivningar av hur jättesvårt det här är för dig ..."

Personalen betonade oftast klientens resurser och styrkor snarare än problem och psykiska störningar (20 av 25 möten). Ibland kom detta till uttryck i form av direkt återkoppling på styrkor hos klienten:

Psykolog: "... det tycker jag att du verkligen har ... resurser för och du visar en vilja att ... det är väldigt skönt, den här styrkan du har, orkat stanna upp och prata och det är, att du är så öppen ... hur känns allt det här, när jag berättar det?"

I flera fall bidrog kontaktpersonerna med observationer från avdelningen som pekade på förmåga till problemlösning eller konflikthantering hos klienten med konkreta exempel. Detta blev särskilt tydligt i några möten där både psykolog och socialsekreterare pekade på utredningens betydelse för den fortsatta behandlingen och då direkt riktade sig till klienten:

Kontaktperson: "Jag skulle jättegärna vilja att du funderar på det här med hur ser din motivation ut och hur skulle du ... vilken väg vill du välja i livet och så där ... Ja, och fundera utifrån på det sättet då."

Socialsekreterare: "Jag tror inte riktigt på det där att 'ok, jag gör de där 6 veckorna' bra för att få lättare att åka hem. Visst kan det vara så när du är där på (*behandlingshemmet*) att du upptäcker att 'gud va bra grejer', och nu vill jag 'jobba med det här', det kan ju ha en bra skjuts också. Men samtidigt så tror jag mer på inställningen hos dig själv ... att om det är så att du kan vända det till nåt positivt och skapa någon slags ny chans. Det är du som får den här chansen att göra de här sakerna ... Ibland känns det som att man bara pratar floskler men jag vill verkligen att du ska bestämma över ditt liv ..."

Tio möten inleddes av en klient som var skeptisk till socialtjänstens och socialsekreterarens vilja att ta till sig klientens egen uppfattning om den fortsatta planeringen. Under samtalets gång ändrades klientens attityd i cirka hälften av dessa möten så att man till slut kunde enas om en strategi för eftervården. Även om mötet i sig endast utgör ett begränsat inslag i något som kan ses som en vårdkedja eller ett potentiellt långsiktigt motivations- och behandlingsarbete, tycks det likväl som att kvaliteten i interaktionen mellan de medverkande parterna var ett viktigt bidrag till en konstruktiv utveckling.

En hypotes är att den typ av återkoppling och inkluderande ansats som vi såg i flera av mötena bidrog till detta. Psykologen försökte göra pedagogiska översättningar genom att illustrera facktermer med konkreta exempel och dessutom visa på betydelsen av detta för behandlingsplaneringen. Responserna var ofta att utredningens "användbarhet betonades" av både klient och socialsekreterare.

Inslaget av avspänt samtal med ibland ganska förtrolig prägel mellan klient och behandlare, tillsammans med de omfattande utredningssamtalen och den kontakt som där etablerats, präglade också överlämningsmötet. Denna förberedande diskussion fick ibland ett relativt stort utrymme, men ledde också in på den mer formella diskussionen där diagnostik, rekommendationer, krav och val av behandlingsformer med mera stod i fokus.

Klienten befinner sig i en situation där olika intressen möts och där olika former av kunskap och begreppsapparater åberopas som stöd åt ibland helt olika uppfattningar. Den under LVM-tiden etablerade relationen med kontaktpersonen stimulerade många frågor som ledde diskussionen in mot det praktiska förberedelsearbetet. Sådana områden handlade om kontakter med och besök på behandlingshem. Samtalen med psykologen hade inneburit en form av förtroligt samtal som för vissa klienter framstätt som något unikt och meningsfullt. Flera klienter betonade det unika i utredningssituationen som ibland också fick inslag av behandling och stöd.

Klient: "Det var första gången någonsin som jag fick möjlighet att samtala med en psykolog."

Relationen till socialsekreteraren präglades för många klienter av ambivalens utifrån tidigare erfarenheter av myndighetsutövning, där tvånget och LVM-beslutet format kontakten. Det var en stor variation i vilken typ av kontakt eller relation klienterna hade till sina socialsekreterare och överlämningsmötet tydliggjorde ofta motstridiga förväntningar på möjliga behandlingsalternativ.

Ett par av de kvinnliga klienterna underströk det livräddande i LVM-omhändertagandet. En klient med långvarig och god relation till sin socialsekreterare beskrev hur hon självmant hade bett om att bli LVM-omhändertagen inför det aktuella vårdtillfället:

Intervjuare: "Det verkar som om socialsekreteraren och du har en fin relation?"

Klient: "Ja, det har vi, mycket fin relation och vi känner varandra sen länge. I missbruket ser man inte på sig själv på samma vis, och hon visade en styrka som jag har haft nytta av. Det skrämde aldrig mig när hon sa att jag skulle åka till LVM, utan jag sa 'snälla, gör det' (att socialsekreteraren skulle göra en LVM-anmälan).

Presentationen av utredningen

Den andra aspekten av mötena som vi analyserat här, är hur psykologens presentation strukturerades och vi lyfter här fram några huvuddrag. I mindre än hälften av mötena presenterades det direkta syftet med utredningen eller vilken frågeställning som varit vägledande inför utredningen (11 av 25 möten). Omständigheterna kring LVM-ingripandet var som regel kända av både socialsekreterare och klient, och bägge parter hade vanligen tagit del av utredningen innan mötet.

Å andra sidan blev den typen av formalisering och sammanhangsmarkeringar ett stöd för alla medverkande till att aktualisera syftet med utredningen och därmed också överlämningsmötet samt hur var och en förväntades bidra. En psykolog presenterade inledningsvis syftet genom att växelvis tala till socialsekreteraren och klienten:

Psykolog: "... alltså, (till socialsekreteraren) du hade ju en frågeställning om ADHD, men när du berättade om det, då tänkte jag att det möjligtvis fanns någon annan neuropsykiatrisk problematik. Det är väldigt vanligt när man missbrukar att man har det i botten. Men Thomas (fingerat) ger absolut inget intryck av att ha hyperaktivitet utan vi tänker kanske lite mer ... attention, deficit disorder, uppmärksamhetsstörning (ADD). Vår egen utredning visade att du (till klienten) har stora problem med arbetsminnet ..."

Vanligast var att mötena presenterade utredningsresultatens betydelse för specifika behandlingsalternativ och behandlingsplanering (20 av 25 möten). Kvaliteten i denna planering byggde till en del på hur utredningen förklarades och vilken kontakt det fanns mellan klienten och de övriga medverkande i mötet. I utdraget nedan exemplifieras de olika val i planeringen som kunde vara aktuella och hur dessa förhöll sig till klientens behov, specifika styrkor och svagheter.

Socialsekreterare: "Sen tycker jag att vi ska komma in på nåt annat också som är väldigt viktigt: Vilken typ av familj är det du ska ha? Du vill ju till familjehem. Du upplever en slags brist på att du aldrig levat i en vanlig familj."

Klient: "Ja, det hjälper ju inte att sitta och älta när jag bara tjarar om droger hela dagarna med ... nån som tror att han kan få mig att sluta (avser grupper på behandlingshem). Det finns ju ingen som kan göra det utom jag. Eller hur?"

Psykolog: "Nej. Om man tänker att du ska ha missbruksbehandling så kan man få hjälp och vara beredd på fallgropar som man ska undvika och så där. Det ... eh, jag har ju också tänkt lite grand på det här med det som är ditt handikapp lite grand: är att du har svårt att lyssna, och att du tappar uppmärksamheten."

Klient: "Då blir det ju svårt med den typen av behandling (kognitiv terapi som diskuterades i överlämningsmötet) ... jag vet inte hur ... när man får den. Då kanske man mår bra."

Socialsekreterare: "Ja precis, det är lite svårt att ha nån bestämd uppfattning. Jag tror inte du skulle passa att sitta i grupp. Du har ju svårt att lyssna på en person ända till dess mening är avslutad ibland".

Klient: "Ja, jag orkade ju inte ens lyssna på henne (en inbjuden föreläsare) när hon hade sin föreläsning där uppe (på avdelningen)."

Exemplet visar också en av de vanligaste frågeställningarna som var uppe i diskussionen om behandlingsplanering, behandlingshem eller familjehem, lämplig sysselsättning (arbete, utbildning), behandling i grupp eller inte, behov av psykoterapi, möjlighet till substitutionsbehandling.

Struktur på mötet och mötesordningen

I 8 av 25 möten (35 procent) fanns det en tydlig förutbestämd ledare eller ordförande för mötet. Ofta var det psykologen och i några fall kontaktpersonen som gjort upp om ledarskapet. På Lunden hade man under studiens sista år en särskild utredningssekreterare som tog ett aktivt ledarskap.

Överlämningsmötena hade en likartad struktur där psykologen oftast efter en kort inledning presenterade utredningen. Därefter tillkom kompletteringar och frågor där kontaktpersonen bidrog med hur vistelsen hade fungerat. I slutet av mötet blev det ofta en allt mer konkret diskussion om planering av fortsatt behandling. För personalen på SiS-institutionerna var mötesformerna väl kända, en del i arbetsrutinen, men för många socialsekreterare var situationen ny. För klienterna var det mest situationen och sammansättningen av personer som var helt ny. Förutsättningarna för mötets deltagare var också fundamentalt olikartade, då institutionspersonalen och socialsekreterarna medverkade i sina yrkesroller medan klienten var tvångsvårdad.

För klienten kunde mötet innebära att han/hon förväntades anpassa sig till institutionen och tvångsvårdens ramar, samtidigt som den behandlingsplanering som mötet syftade till i sig ställde vissa krav på inre motivation och självständighet. Det är denna bakgrund av olika förutsättningar och ambivalens som präglade en del klienters agerande i mötet. Därför blev mötets struktur särskilt viktig för att underlätta kontakten och planeringen.

Vanligen var ledarrollen relativt outtalad och det var psykologen som förväntades ta initiativet, vanligen på ett informellt sätt. Samma informalitet präglade även mötets övergripande struktur, då endast 7 av 25 (28 procent) av mötena inleddes med en mer strukturerad introduktion om mötets uppläggning och syfte. Denna informella struktur kan avspegla att det var relativt rutinartade möten för främst institutionspersonalen, likaså att de visste vad som skulle tas upp och ungefär på vilket sätt. Mötets informella struktur och det inkluderande tilltal som bland annat psykologerna bidrog med, skapade i flera fall vad vi uppfattade som en positiv stämning.

Klimatet varierade dock mellan olika möten, delvis beroende på klienternas sätt att kunna och vilja medverka, delvis på övriga medverkandes förväntningar. Det har varit tydligt att där klienterna var motiverade att följa de rekommendationer som socialtjänsten föreslagit och där detta stämde med deras egen bild, så fungerade mötena bra. I de flesta mötena ägnade man relativt mycket tid till att diskutera behandlingsrekommendationer och planering, och i cirka en tredjedel av mötena ifrågasatte klienten på olika grunder de framlagda förslagen.

Två exempel på situationer som påverkade klimatet under mötena, och som på olika sätt innebar utmaningar för mötesdeltagarna, var de tillfällen där klient och socialsekreterare av olika anledningar stod långt ifrån varandra när det gällde synen på lämpliga behandlingsoptioner samt när klienten uttryckte kritik mot förhållanden på institutionen.

Ett exempel på ett överlämningsmöte som nästan kollapsade var ett möte där tre socialsekreterare från samma hemkommun från start kraftfullt markerade att det var ett enstaka behandlingsoptioner som kunde komma i fråga i deras kommun. Man definierade vad som var "evidensbaserad behandling" och vilka sådana metoder som hade

upphandlats i kommunen. Mötesdeltagarna drogs med i den lite hektiska diskussionen och klienten tystnade i mängden av information. Syftet med mötet, att rapportera över utredningen, drunknade i diskussionen om fortsatt behandling och kunde endast med en hård styrning från psykolog och personal ventileras. Ett besök på ett behandlingskollektiv planerades hastigt in till i slutet av samma vecka. Allt skulle gå oerhört fort, så fort att klienten synbarligt inte hängde med. Fortsatt behandling diskuterades i det här fallet inte alls i ljuset av den information som utredningen tagit fram.

Klienten kommenterade efteråt att "det här mötet var fullständigt onödigt, vi kunde lika gärna ha talats vid per videolänk med varandra. Allt hade ju bestämts i förväg".

I fem möten lyfte klienter upp förhållanden eller händelser på LVM-hemmet som man var kritisk mot: att droger förts in, att det var för mycket passivitet eller att det fanns oklarheter som gjorde hela LVM-placeringen och därmed vistelsen i stort sett meningslös. Mötet blev i dessa fall ett forum för att ventileras kritiken och att diskutera alternativ. Men det var också lätt att den här typen av kritik gjorde att huvudfrågan, vitsen med överlämningen av en utredning, kom i skymundan. Ett exempel är en klient som aktivt ifrågasätter socialsekreterarens arbete och dennas rätt att besluta över hans liv, och föreslagna behandlingsalternativ.

Klient: "Vem är det som bestämmer? Om jag har ett LVM och sitter här, vem är det som bestämmer då?"

Socialsekreterare: "Ja, alltså om du sitter på LVM-hemmet och genomgår den här behandlingen, menar du? Du undrar om du får åka hem direkt efter den?"

Klient: (*Avbryter socialsekreteraren.*) "Men vem är det som bestämmer om jag får åka hem?"

Socialsekreterare: "Ja, det är väl vi."

Klient: "I samråd med nån?"

Socialsekreterare: (*Förklarar utförligt socialtjänstens ansvar.*) "Jag kan inte lova. Det vore dumt som om jag sa: 'gå igenom det här så får du komma hem sen, du får en påse godis'. Nej, det viktigaste är ju att du går igenom en behandling för att du själv vill göra det, inte för om du ska åka hem."

Klient: "Hmm."

Den utredningssekreterare som ledde mötet försökte hantera den här typen av situation genom att balansera beskrivningen av LVM-tiden och av olika behandlingsalternativ. Det skedde genom att lyfta fram styrkor hos klienten under vistelsen/utredningen eller att fråga på att sådant sätt att klienten kunde hitta alternativ.

Socialsekreterare: "Kan du se nånting som varit bra med LVM-et ...?"

Klient: "Nåt positivt med ett få ett LVM; det var väldigt svårt. Visst får man bra hjälp härifrån men man är ändå under tvång ... och det känns djävligt fel."

Socialsekreterare: "Men om vi tar bort det här med tvång då, du har ändå fått hjälp tycker du och en längre tids nykterhet, är inte det något bra?"

Klient: "Ja, det är väl ungefär det det är."

Psykolog: "Det första syftet med LVM:et är att man ska nyktra till så pass mycket att man blir klar i huvudet och kan tänka framåt."

Klient: "Ja, litet framåt i alla fall."

Psykolog: "Sen, tycker jag väl att man kunnat se att du ändå har trivts ganska bra, att du mått bättre under den här tiden. I början när vi träffades så var du mer avvaktande, sen tycker jag att det verkar som du har blivit gladare."

Kontaktperson: "Du har öppnat dig i våra aktivitetsgrupper och tar ofta initiativet."

Även om majoriteten av mötena fungerade på ett i huvudsak samarbetsorienterat sätt, kunde det komma upp olika frågor av den typ som beskrivits här. Dessa ställde en del krav på personalens sätt att samspela och komma tillbaka till en dagordning som var i linje med mötets syfte.

Socialsekreterarna om utredningen och överlämningsmötet

Efter överlämningsmötet var planen att intervjua socialsekreterare, klient, psykolog och kontaktperson, enskilt i den ordningen. Det var i en del fall inte möjligt att genomföra intervjuer med samtliga mötesdeltagare. Intervjuer genomfördes med 25 socialsekreterare som kom till överlämningsmötet och som hade möjlighet att stanna kvar och närvara vid de individuella intervjuerna. Intervjuerna behandlade fyra frågeområden som berörde upplevelsen av mötet, hur man förstod innehållet i utredningen, hur man såg på utredningsprocessen och vilken betydelse utredningen skulle ha för behandlingsplaneringen (bilaga 4).

Samtliga socialsekreterare hade framfört önskemål om placering vid just Hornö eller Lunden utifrån att just de institutionerna bedrev mer avancerad utredningsverksamhet och att man många gånger kunnat motivera klienterna inför placeringen just med hänvisning till utredningsverksamheten. De teman som framträtt i intervjumaterialet från de socialsekreterare som hade möjligheten att delta vid överlämningskonferensen

och den därpå följande individuella intervjun var följande. (Frågorna finns i sin helhet i bilaga 4.)

- **Nöjdhet** med att en psykologutredning genomförts.
- **Besvikelse** över att utredningen inte användes för fortsatt vårdplanering.
- **Avsaknad** av delaktighet, trots ansökan om utredningens genomförande.
- **Socialsekreterarens upplevelse** av hur klienten bemöttes, vid överlämningsmötet.

Två tredjedelar av de intervjuade socialsekreterarna uttryckte att de var nöjda med den genomförda utredningen. Vad de främst lyfte fram var att de var mycket nöjda med att en utredning genomförts över huvud taget, eftersom en sådan inte gått att få till stånd inom ramen för befintlig beroendevård. Dessutom var socialsekreterarna nöjda med att ha fått sina önskemål tillgodosedda, och att utredningen presenterats för klient och socialsekreterare gemensamt. Socialsekreterarna markerade också att utredningen var ett viktigt komplement till annan information:

Socialsekreterare: "... det är det här som vi inte kan (*om den psykologiska utredningen*) och som vi behöver få förklarat. Den rent sociala utredningen kan vi ju göra själva."

Flera socialsekreterare underströk hur viktigt det var för dem att ha utredningen som ett underlag i diskussionen med socialnämnden. Likaså uppfattade de det som positivt att klienten deltog i överlämningsmötet. Majoriteten av socialsekreterarna var således nöjda med utredningsförfarandet, att det fanns, och att de fick chans att diskutera såväl inför utredningen som under utredningsarbetet. Likaså ansåg socialsekreterarna att de fick en bra belysning av klientens problematik.

De som hade följt sina klienter under lång tid före utredningen och kände dem väl hade som regel mer preciserade frågeställningar med sig och var mer nöjda med överlämningen än de som kastats in i utredningen i ett sent skede. En långvarig eller samarbetsorienterad relation mellan klient och socialsekreterare märktes i rummet. Ofta tog bägge parter initiativet till diskussioner i mötet. Man hänvisade även oftare till tidigare gemensamma erfarenheter och stötestenar i hur man kunde förstå utredningsresultatet.

Socialsekreterarnas reflektioner kring betydelsen av utredning

Socialsekreterarna uttryckte att utredningen gav ökad förståelse för djupet och varaktigheten i klientens problematik. De fick till viss del bekräftelse på det de kände till sedan tidigare, om svårigheter och utsatthet redan i barndomen, skolproblem och kamratproblem. Men diskussionen kring hur neuropsykiatriska symtom yttrade sig och inverkade på individens funktionsnivå var för många något nytt. Ordet ADHD hade man hört men innebörden i begreppet var det viktigt att få bättre kunskap om.

Svårigheter att hålla koncentration och uthållighet i sysslor och i relationer var ibland väl kända. Men först i samband med presentationen av utredningen blev det förstaeligt att vissa av klientens bekymmer och beteendeproblem snarast kunde ses som en funktionsnedsättning som funnits med sedan barndomen. Den historiska bakgrunden om klienten som person var okänd för många.

Ett annat problem som ibland uppdagades under överlämningsmötet var att anamnestiskt material som socialtjänsten förfogade över ofta inte hade beaktat hur faktorer som moderns alkoholmissbruk under graviditeten, tidiga infektioner, läs- och skrivsvårigheter, skolproblem och kamratrelationer kunde ha inverkat på problembilden. Flera socialsekreterare menade sig genom utredningen ha fått en ökad förståelse för klientens svårigheter, och vad som blir särskilt viktigt att förstå i bemötande av personer med funktionsnedsättning. Frågor som man inte ställt inom socialtjänsten rörde till exempel om klienten hade drabbats av förlösningsskador, liksom om det funnits andra riskfaktorer som kommit fram i psykologernas barndomsanamneser och kontakter med anhöriga. Psykologutredningen lyfte ofta fram möjliga orsakssamband av det här slaget och det var en typ av information som socialsekreteraren själv sällan hade kunnat värdera.

De flesta socialsekreterare hade fått utlåtandet veckan före överlämningen och hade då förberett sig inför överlämningsmötet. Men ett par socialsekreterare hade inte fått utredningen i tid. I ytterligare ett par fall var det för socialsekreterarna en helt ny klient som man inte kände och utredningen sade dem därför inte så mycket. För socialtjänstens representanter blev därför möjligheten till förberedelse och förankring en viktig förutsättning för att mötet skulle motsvara förväntningarna. Men det var inte alltid man hade kunnat förbereda klienten på optimalt sätt:

Ett överlämningsmöte där klienten hade haft stora svårigheter att acceptera LVM-omhändertagandet och där det förväntades kunna uppstå motsättningar hanterades genom att personalen träffades enskilt en halvtimme före mötet. Men den rutinen användes bara inför ett av de möten vi närvarade vid. Socialsekreteraren som medverkade upplevde dock informationen som väldigt viktig.

Socialsekreterare: "Bra att vi gick igenom utredningen, bra att vi träffades innan han kom in ... men det hade varit bra om de (*psykologerna*) förberett honom lite innan på att hans önskan om metadonbehandling hade avslagits. Nu hade han så stora förväntningar, när hans behov beskrivits, så han kan ju ha blivit väldigt besviken när han får veta att han inte får komma tillbaka till metadonprogrammet ... eller det där med västkustfamiljen."

"Det gick ju bra i alla fall och vi kan fortsätta att arbeta med planeringen tillsammans med honom och med institutionen."

Socialsekreterarna uttryckte även att utredningsresultaten var en intressant och givande beskrivning. Att det var en väl formulerad utredning som man fick levererad och att den ökade förståelsen för klientens svårigheter. Ibland resulterade den i att man planerade ett uppföljande planeringssamtal tillsammans med klienten, kontaktpersonen

och/eller utredningssekreteraren och ibland psykologen, som byggde på resultaten av utredningen. Flera socialsekreterare uppfattade också att klienterna upplevt det meningsfullt att genomföra en utredning.

Det starkaste önskemålet var att utredningsresultatet skulle leda till ökad kunskap och ge ett konkret beslutsunderlag som sedan kunde styra valet av stöd och behandlingsinsatser direkt i anslutning till utskrivningen från institutionen. Möjligheterna att få stöd för förslagen i socialnämnden genom utredningsresultaten betonades av flera socialsekreterare som ett viktigt incitament.

Socialsekreteraren fick en ökad förståelse för samsjuklighet vid missbruk

Utredningen gav ökad kunskap om bakgrunden till symtom som koncentrationsproblem, överaktivitet och impulsivitet samt att dessa kunde vara orsakade av ADHD. För några socialsekreterare var detta relativt nytt, och man kunde uppleva att klarlägganden i samband med presentationen av utredningen gav möjligheter att diskutera och ställa frågor. På samma sätt diskuterades alltid om det fanns någon typ av personlighetsstörning, vilket för många socialsekreterare var ny kunskap. Svåra avgöranden för socialsekreterarna, och ibland också för utredande psykolog, var vilka psykotiska symtom som kunde bero på en sjukdom hos klienten respektive vilka som var orsakade av missbruket. Många gav uttryck för att det var mycket positivt att utredning genomfördes, att äntligen få svar på den typen av frågor samt frågor om eventuella neuropsykiatriska funktionshinder, som ADHD, eller psykosmisstanke. Att inte veta vad som var vad i mötet med klienten hade påverkat relationen negativt och skapade osäkerhet. Särskilt tydligt blev detta när det fanns en långvarig relation med klienten och utredningen, där man under lång tid kände att man likväl inte kunnat bedöma hur olika insatser från socialtjänstens sida togs emot av klienten.

Socialsekreterare: "Jag tycker att det varit ett bra överlämningssamtal för att alla blev delaktiga och även klienten. Det blev inte bara en rapportering utan en diskussion och den var bra!"

"Det har ju varit problem där (*i tidigare behandling*) runt hans nojor, och man har ju hållit på att medicinera med antipsykotisk medicin, ibland har man tagit bort (*medicinen*) och nån gång har man satt in det igen ... det har liksom varit ett enda virrvarr det där. Och då har man ju funderat, vad då då, hur ska vi kunna hjälpa honom med de här sakerna? Men nu känner jag mig lite tryggare i det avseendet."

En annan socialsekreterare framhåller också att det kan vara frågor om styrkor och svagheter hos klienterna som bägge parter nu fått möjlighet att gå på djupet med.

Socialsekreterare: "Jag känner klienten mycket väl, och anledningen till att jag sökt placering just här på Lunden för henne är att få till den här psykologutredningen."

"Vi har tidigare aldrig fått någon information att bygga vidare på. Både hon, (*klienten*) och jag själv har länge haft funderingar på om det finns nåt neuropsykiatriskt problem. Sen

ville jag ha reda på styrkor och svagheter som kan vara viktiga att tänka på inför en ny placering och en behandlingsrekommendation.”

I några fall var man nöjd med både utredning och överlämningsmöte men efterlyste klarare rekommendationer och konkretion i vad utredningen kunde betyda för sysselsättning, boende och behandling:

Socialsekreterare: "... men när psykologen satt och berättade om testresultaten, så skulle jag hellre velat ha det utifrån konkreta exempel, till exempel det där med koncentrationen och jobb och sånt. Nu blev det ju lite av att 'lägga pussel': Men vad ska man jobba med? Vad behöver hon för hjälp med de här problemen? Vad är bra?"

Någon socialsekreterare efterlyste direkta råd för hur hon skulle bemöta klienten:

Socialsekreterare: "Ja, det där alltså hur han funkar ... där känner jag mig osäker, har inte fått svar på, är inte bra på människor med ADD och på gränsen till det här med lågbegåvning, eller så jag blir osäker, är det ett utvecklingsstadium eller vad kallar man det, är han svagbegåvad? Ja, du vet, så jag inte gör eller säger fel ..."

Kritiska synpunkter på utredning och överlämningsmöten

Av de socialsekreterare som inte var nöjda menade några att den information de fått, i form av presentationen av utredningsresultaten, beskrevs med en terminologi (psykologiska termer) som inte var begriplig vare sig för dem själva eller för klienten. De socialsekreterare som inte fått utredningen i tillräckligt god tid före överlämningsmötet var missnöjda med att man därigenom inte hade fått tid att förbereda frågor.

Men även de som inte var nöjda uttryckte att det var angeläget att utredningar gjordes, och att det gemensamma mötet gav möjlighet att ventilera en del av frågorna. Samtidigt menade de att utredningen inte gav det tillskott till deras tidigare kunskaper om klienten som behövdes för att planera eftervården bättre.

Socialsekreterare: "Jag kände mig osäker på vad det här mötet skulle vara, syfta till. Kändes oklart för mig ... jag hade en tanke om att det skulle vara en presentation av utredningen, men jag kände att jag fick fråga så mycket. Skulle önska en tydligare struktur kring det! Mötet ska ju lyfta fram utredningen!"

Socialsekreteraren fortsätter: "Jag hade önskat att utredningen skulle stå mer i fokus, att få en sammanfattning. Nämna det som står i utredningen. Ja, både kontaktperson och psykolog, att de skulle lyfta fram de viktigaste bitarna och prata om det de har sett lite tydligare. Det skulle jag önskat."

Intervjuerna med socialsekreterarna visade också att en hel del tekniska begrepp som vad de olika akronymer och benämningar på de använda testen står för: MMPI, BAI, BDI, och så vidare behövde förklaras mer ingående. Ett par socialsekreterare reagerade

negativt på att testen nämndes vid namn (eller kanske att de inte förklarades) och uttryckte att de tolkade detta som att klienten inte blev bemött på ett respektfullt sätt.

Socialekreteraren: "Man kan ju fundera lite på vilka ord man använder ... jag själv kan inte alla de här testgrejorna, som hon rabblar upp, och jag har ändå ett mycket bättre utgångsläge än klienten, man måste nog hitta enklare ord ibland. Bara ordet "abstrakt" – vet E (*klienten*) vad det ordet betyder?"

I ett par fall reagerade också socialekreterarna på psykologernas sätt att förklara och beskriva klientens svårigheter och symtom. Och i exemplet nedan var det termen anti-social som väckte frågor:

Socialekreterare: "... det var ett negativt bemötande mot klienten ... Psykologen sa nåt om 'antisocial' personlighetsstörning som R inte förstod. Men det var bra att R frågade för jag förstod inte heller, men bra att han fick svar att det inte hade med att han inte var social att göra. Tvärtom menade han ju att folk brukar uppleva honom som social. Så slutsatsen var obegriplig för honom allra först."

I samband med ett par möten efterlyste socialekreteraren också en tydligare struktur:

Socialekreterare: "... mötet var ostrukturerat, tappade fokus ... Jag uppfattade det som att psykologen sa en sak och kontaktpersonen nåt helt annat, det lät inte riktigt färdigtänkt eller samspelt. De skulle kanske ha jobbat vidare på tanken lite till."

Användbarheten för utredningen

Socialekreterarnas största invändning mot sättet att presentera utredningsresultatet grundades i detta: att man i många fall hade efterfrågat en utredning som skulle ligga till grund för inriktningen på behandlingen som skulle erbjudas i samband med utskrivning från LVM-institutionen.

Där institutionen hade en annan uppfattning, så uttryckte socialekreteraren att hon inte känt det stöd i valet av behandlingsalternativ som man hoppats på. En socialekreterare uppfattade att psykologen bagatelliserade hennes klients svårigheter och behov, utifrån att man funnit att klienten inte var funktionsnedsatt på det sätt som socialtjänsten uppfattat henne i tidigare kontakter.

Socialekreteraren var djupt oroad av klientens riskfyllda livsföring och uppfattade att utredningen bagatelliserade riskerna vid en utskrivning. Klienten hade bland annat haft flera allvarliga återfall med överdos innan LVM-beslutet genomfördes. Socialekreteraren var således djupt orolig över riskerna vid en utskrivning. Den här typen av olika perspektiv ledde i det här fallet till att diskussionen blev oklar och inte ledde fram till ett klart beslut om fortsatt planering för klientens del. Där fanns en klar skillnad i perspektiv.

Socialekreteraren: "Jag tvivlar på psykologens bedömning av hennes resurser. Det blir ju liksom så onyanserad information. Dom ger en väldigt positiv bild trots det kraftiga

återfallet ... hon är ju faktiskt på LVM, och hon har ett barn som är omhändertaget, och då blir jag skraj, jag hoppas att dom (*psykologerna*) har rätt.”

Klienterna om utredningen och överlämningsmötet

I följande avsnitt redovisar vi klienternas svar på frågor om hur de uppfattade utredningen och överlämningsmötet. Samtliga tillfrågade klienter genomförde intervjuer efter överlämningsmötet och forskarna genomförde *alltid* klientintervjuerna även om någon annan part i överlämningsmötet inte kunnat intervjuas (se avsnitt 4).

Intervjuerna genomfördes alltid med samma struktur som vid intervjuerna med socialsekreterarna: 1) upplevelsen av mötet, 2) om klienten förstod innehållet, 3) relation till psykologer, kontaktmän och personal samt socialsekreterare, 4) utredningsprocessen och om klienterna tyckte att utredningsförfarandet var värdefullt för dem själva och andra. Vi gjorde först en översiktlig frekvensanalys av intervju svaren och den analysen ligger till grund för vad som prioriterats i redovisningen. Inledningsvis presenteras huvudresultaten från intervjuerna vid bägge institutionerna sammantaget, och går därefter in på några specifika framträdande teman med markering av vad som är svar från män respektive kvinnor.

Med ett par undantag uppfattade klienterna att utredningen varit en positiv erfarenhet som de känt sig hjälpta av, och utredningen var även något som en majoritet ville rekommendera till andra i samma situation. Tre av intervju personerna hade svårt att förstå utredningens slutsatser och upplevde sig inte ha någon nytta av den för den fortsatta planeringen. Oavsett hur de uppfattade resultatet så ansåg samtliga klienter att de haft en bra relation med den utredande psykologen. De flesta klienterna kom spontant in på betydelsen av samtalen där de haft möjligheten att ställa frågor och få svar på saker de undrat över under många år. Även där det funnits en stor skepsis eller rädsla och man inte ”tyckte om psykologer”, som ett par klienter uttryckte det, så var den nya erfarenheten mycket positiv. Klienterna uttryckte ofta en översvallande uppskattning av psykologerna som gjorde utredningen, likaså för stödet från personalen och ibland också från socialsekreterarna.

Uppfattningarna om överlämningsmötet var överlag positiva. Samtliga kvinnor hade en mycket positiv bild av utredningsarbetet. Undantaget var sex av de manliga klienterna på Hornö som var kritiska till mötet och utredningen och resultatet. Ofta var reaktionen också kopplad till att man inte fått igenom vård i annan form enligt 27 § LVM.

Klient 1: ”Det blev precis som det sämsta jag väntat mig ... det blev ’fullt krig’ under mötet.” *De förslag han fick om behandlingshem kommenterar han med att:* ”det finns mer knark, folk super på behandlingshemmen och det uppstår mer parrelationer än det gör utanför”. ”Utredningen var bra och det känns bra att ha fått mer svar om vad det är för problem.”

Klient 1/man: ”... det här (*mötet*) kunde man avhandlat per telefon”.

Intervjuaren: "Har du läst utredningen?"

Klient 1: "Nej", och tillägger att: "det kan väl dom (socialsekreterarna) göra".

Klient 2/kvinna: "Jo, det var väl ganska bra möte. Jag tycker vi alla är överens om, och även vad jag behöver jobba med. Och det är liksom bitar som börjat falla på plats, alltså faktiskt nu, här. Liksom jag har ju tänkt rätt mycket själv men det blev ju ännu bättre så här. De satte ord på alla saker som jag behöver jobba med, som jag inte kunnat se själv. Så jag tyckte mötet var ganska bra, förutom att vi inte hade nåt ställe (*fortsatt behandling*) och så ... liksom ännu."

En kvinna berättar att hon själv hade begärt att bli LVM-omhändertagen och utredd. Hon berättar också att hon var nöjd med de förklaringar som hon fått, och kände att hon fått svar på det mesta hon funderade över. Men trots detta var överlämningsituationen dagen därpå ångestskapande och hon berättar för intervjuaren att hon skar sig i armarna natten före mötet.

Intervjuare: "Vad hände?"

Klient 3/kvinna: "... jag skar mig i armarna ... var väl ..." (*paus*).

Intervjuare: "Berätta."

Klient 3/kvinna: "Men jag tror att jag vet svaret. Jag kände att jag hade svårt att berätta för personalen hur stark min ångest var, att det skulle vara svårt för dom att förstå och då var den enda hjälpande utvägen att skära sig och liksom kunna släppa ångesten."

Intervjuare: "Du tog över behandlingen själv, kan man säga?"

Klient 3/kvinna: "Ja, men det hjälper ju bara för stunden, att skära sig."

Intervjuare: "Du kanske kan fundera på varför du inte kunde berättat om detta på mötet?"

Delaktighet i utredningsprocess och överlämningsmöte

Det som var positivt med mötet var dels att det innebar en möjlighet att få vara delaktig och att få komma till tals, dels att mötet var ett tillfälle där man faktiskt arbetade med en planering och ibland ändrade uppfattning eller kom fram till någon form av beslut eller åtagande som uppfattades som viktigt.

Flera av klienterna betonade att utredningstiden hade gett legitimitet åt klienternas egna behov av kontakt med psykologen, att söka klarhet, få svar och synpunkter på sitt sätt att fungera. Få hade haft några längre kontakter med psykologer eller professionella inom dessa områden tidigare.

Några klienter pekade på betydelsen av att få vara med i processen och att få ge sin bild av sig själv och sin situation. Att detta i sig var en väsentlig kvalitet också i överlämningsmötet.

Klient 4/man: "Det tycker jag var bra, att man får prata mycket och man får säga sina åsikter om vad man tycker och tänker och att det blev en bra lösning för mig."

Klient 5/man: "Jag tyckte (*överlämningen*) var konstruktiv och jag tycker att psykologen lyssnade på vad jag vill och det var så jag önskade att det skulle vara och det kändes jättebra och socialsekreteraren tyckte jag var lyhörd också, verkade det som. Det vet man inte förrän efteråt, men ändå ... men jag tycker det gick jättebra."

Delaktigheten kunde också handla om en form av ömsesidighet, där man var nöjd med att mötet bidragit till att flera parter fått en mer gemensam bild som i exemplet nedan:

Klient 6/man: "Alltså det har varit ett väldigt givande möte, vi kom överens om nåt i alla fall. Jag var ju väldigt tydlig med vad jag ville också, och det gick ju fram i alla fall och det är väldigt viktigt att det gör ... så att man kan få en så bra planering som möjligt. Det är väldigt viktigt att alla kommer överens på nåt sätt, liksom. Så att inte den ena och den andra går och undrar på nåt, man drar liksom åt olika håll och så där."

En annan aspekt av mötet var att det under detta hänt något som klienten beskrev som särskilt viktigt. En klient beskrev det som att personalen som deltog i mötet var till hjälp och att mötet fick saker att falla på plats: "att få hjälp att sätta ord på" det man upplevde och vändades över var viktigt.

Klient 7/kvinna: "Liksom jag har ju tänkt rätt mycket själv men det blev ju ännu bättre så här. Dom satte ord på alla saker som jag behöver jobba med, som jag inte kunnat se själv. Så jag tyckte mötet var ganska bra, förutom att vi inte hade nåt ställe (*fortsatt behandling*) och så liksom ännu."

Betydelsen av det som kunde ske under mötet exemplifieras av klienter som hoppades att den bild som utredningen förmedlade av honom/henne skulle öppna nya möjligheter för att bli bemött på mer förstående sätt av socialtjänstens representanter framöver. I detta exempel uttryckte klienten att det var positivt att utredningen visade att hon hade mer resurser än vad hennes socialsekreterare trott henne om.

Klient 8/kvinna: "Dom ville ju ha svar på mycket omfattande frågor, om jag hade tagit skada av min sprutnarkomani och så här, och det har dom ju också fått reda på att jag inte har, och så här. Så dom har fått en trygghet också, samtidigt. Att det går att rädda. Ja. Och så kanske hon vet det också att hon ska lyssna mycket på mina önskemål också. En sån enkel grej skapar mindre problem."

Intervjuare: "Och ni kan samarbeta nu?"

Klient 8/kvinna: "Ja, exakt. Samarbetet blir mycket bättre. Ge och ta."

Överlämningsmötet gav en möjlighet för klienterna att presentera sig på ett annat sätt än tidigare, med en klarare bild av både styrkor och svagheter. För några var detta förenat med en form av hopp: "... det går att rädda situationen". På så vis erbjöd mötet ibland en öppning för förändring. Ett exempel på det var den manlige klienten som på ett plan var besviken över att inte få åka hem som han hade hoppats, men beskrev hur han själv ändrade inställning under mötet:

Intervjuare: "Vad var det som fick dig att ändra dig?"

Klient 9/man: "Ja ... när dom sa att eh ... (*tystnad*). Att kanske ... om eh ... 'Om du inte gör det ordentligt nu så kanske du kommer på behandlingshem sen igen' ... så då tänkte jag att ja ... då ... ja, det är kanske rätt att jag gör det ordentligt nu när jag ändå är här."

Utredningen gav svar men väckte också nya frågor

Klienternas syn på utredningen var med något undantag mycket positiv. Även om man i flera fall var kritisk till LVM:et och till utfallet av behandlingsplaneringen så satte man värde på att ha fått ta del av utredningens resultat, själva processen med utredningen och arbetet med psykologerna. För några klienter gav utredningen svar på frågor som de ibland burit med sig under hela livet. Men utredningen och diskussionerna gav också en möjlighet att granska sig själv och sin situation tillsammans med en professionell person, där man var drogfri och hade relativt gott om tid.

För några av klienterna var det väsentligt att få svar på frågor som rörde koncentrationssvårigheter. Några klienter var lättade över att fått en ADHD- eller en ADD-diagnos som förklaring till sina koncentrationsproblem. Andra var lättade över att inte ha fått en diagnos utan i stället kanske ha fått en bekräftelse av vissa styrkor och svagheter, till exempel när det gällde begåvning.

Klient 10/kvinna: "... det är skönt att jag fått lite mer klarhet i hur jag funkar med att jag är rätt så avstängd ... Alltså att man får testa hjärnan lite för jag har varit lite orolig för att ... med alla överdoser och syrebrister och så här. Så det har varit ganska skönt att det inte verkar som det är nåt allvarligt ..."

Klient 11/man: "... det känns ju skönt att veta att det inte var jag som var dum i huvudet utan att det var ADHD:n ... för det var, då kanske det kan ... Jag har haft såna här depressioner hela livet, sen jag var tonåring, en gång om året nästan, jag blev så trött, så jag orkade inte mera ... det kan ju ha med detta att göra ... hoppas jag, med ADHD:n, att jag blev utmattad, helt enkelt, och nu känner jag att det har gett resultat redan nu, med (*medicin*), att jag är lite lugnare, lite jämnare i humöret och just att jag klarar faktiskt (*att koncentrera mig*) nästan en hel dag nu."

Utredningen gav i dessa fall tydliga svar på för dem viktiga frågor. Det var också påfallande att utredningen hade en personlig relevans utöver diagnoserna och den konkreta behandlingsplaneringen. Denna typ av grundliga frågor om personlighet, begåvning, diagnostik och missbruk var något nytt för en majoritet av klienterna. Men några framhöll också att utredningen gav en större allmän förståelse och insikt som hade varit värdefull. En klient beskrev hur han förändrats under tiden på institutionen och vad utredningen betytt:

Klient 12/man: "... i början ville jag inte ens ha någon behandling men med tiden blev det så att jag fick mer tankar och att jag kanske skulle kunna satsa på det stället och kanske komma dit. För i början ville jag inte ... då sa jag nej och var emot allt. Men nu har det blivit, vad ska man säga, mer vuxnare på ett sätt. Man känner att man måste ta mer ansvar, så det känns bra. Utredningen var mitt första möte med en riktig psykolog. Psykologen, henne diggar jag. Utredningen var inte nåt nöje men den kändes viktig att göra."

Intervjuare: "Var det saker som du känner igen?"

Klient 12/man: "Ja, saker jag inte tänkt på tidigare. Lite förklaringar på varför man betar sig som man gör. Man lär sig mer om sig själv. Det var nytt att prata om sig själv på det där sättet ..."

En annan klient, som tidigare i livet hade blivit bedömd på barnpsykiatrisk klinik och fått diagnosen DAMP (en neuropsykologisk funktionsstörning) men aldrig fått någon förklaring av vad diagnosen innebar, hade de här frågorna med sig in i utredningen:

Klient 13/man: "Och så har jag hela livet undrat över om jag har DAMP. Alla har talat om det under min uppväxt och min skoltid, men det är först nu som jag har blivit undersökt."

Intervjuare: "Du sade att du fick reda på en massa saker (*under utredningen*) om vad du haft för problem som du inte visste innan utredningen? Att vissa problem funnits länge och att du fick veta vad de innebar."

Klient 13/man: "Psykologen har förklarat väldigt bra för mig. Jag känner att dom är på min sida, psykologerna, personalen och mina terapeuter. Jag har sagt att jag lägger alla korten på bordet och inte hållit inne med eller ljugit om något. Viktigt att det finns på papper nu också."

Utredningsarbetet som en alliansskapande process

Själva utredningsprocessen innebar en ny form av kontakt, där man blev speglad och bekräftad men också utmanad på ett sätt som väckte nya tankar. Detta startade processer och väckte reflektion på ett sätt som kunde vara både provocerande och lärorikt. Nästan alltid kommenterades kontakten med utredaren/utredarna. Utredningsprocessen innebar också något "mer" än att genomgå tester och få svar på frågor i ett utlå-

tande. Det var det här "mervärdet" som kom fram i samtalen med många av klienterna, som när en klient nedan beskrev samtalen som närmast terapeutiska:

Klient 14/kvinna: "Psykologen är mänsklig, alltså, hon är rätt jordnära och det måste man vara som psykolog. Jag gillar henne och jag är, ... det har varit bra, ... Så har jag börjat lyssna mer på vad hon säger, så det har varit det bästa: att jag har börjat lyssna och ta till mig. Det har varit det bästa med utredningen och att vi har pratat och att det är, alltså, och att hon har satt ord på ... , jag har fått ord på mycket som jag själv har tyckt fast jag har inte kunnat sätta ord på det, jag har bara sagt; jag pallar inte i stället för att säga att jag är okoncentrerad och tycker det är tråkigt. Det har varit det bästa."

En annan klient formulerade samma sak som följer:

Klient 15/man: "Viktigt det här att ha nån att snacka med. Att prata med nån professionell. Hon frågade mycket som fick mig att tänka."

Intervjuare: "... mer tankeverksamhet?"

Klient 15/man: "... ja. Jag lärde mig att jag måste granska mina värderingar för att få ett nytt perspektiv."

I slutet av intervjun svarar klienten på frågan vad han nu ser som viktigast för att han ska kunna ändra sitt liv och sitt beteende.

Klient 15/man: "Vad som är viktigast? Att man får en insikt – en djävla stor insikt."

Diskussioner och frågor som aktualiserades under samtalen kring utredningen skapade nya frågor och nya reflektioner kring livet som man levte:

Klient 16/man: "Hon (*psykologen*) har pratat mycket om hur man mår och hur man känner och det startar mycket processer i hjärnan som blir ... Hm, man funderar på det mellan gångerna, ja, det är jobbigt. Man funderar mycket på det sen efteråt och aha. På nätterna ... och så."

Men utredningsprocessen innebar också möjligheter till att känna sig bekräftad och stöttad förutom att få svar på viktiga frågor, som svaren i intervjuerna med två klienter visar:

Klient 17/kvinna: "... man tänker ju mycket på sig själv och jobbar ju mycket med sig själv, det gör man ju. Så är det så att man upptäcker nånting som man inte har upptäckt tidigare, så är det ju det. Ehhh, eller så stärker man bara sitt självförtroende på grund av att man är så nöjd med den man är, liksom. Så man får bara bekräftelse på det, och blir starkare, liksom."

Klient 18/man: "Jag får berätta lite om mig själv och vad som hände och ... lite sånt där. Så det har känts bra efteråt, jag har berättat ... det har känts väldigt bra, lite lättad efteråt. Så, ja, på nåt sätt terapeutiskt."

Klienternas syn på personalen och institutionens sätt att fungera

I flera av intervjuerna framhåller klienterna att institutionerna varit bra för dem, och ett par klienter på Lunden pekar särskilt på att tiden där erbjudit andrum från ett hårt och riskfyllt liv. Både personalen och institutionens struktur var därför viktig för klienterna, och de förväntade sig också att miljön skulle erbjuda en trygghet, att tydlighet och struktur var viktigt. Institutionens kapacitet att fungera som en "container" för besvikelser och oförrätter var viktig för att motivera klienterna: Att institutionen möjliggjorde en förutsägbarhet för både klienterna och personalen var en av de viktigaste komponenterna.

Flera av både männen och kvinnorna betonade vikten av att det måste få ta tid att komma in i verksamheten, att man lät klienten vila upp sig i början och att personalen fanns till hands. Men även om man var nöjd med utredningsarbetet så tyckte ungefär en fjärdedel av klienterna att delar av det tog för lång tid och kunde skyndats på. "Det skulle varit mer koncentrerat."

En skillnad mellan män och kvinnor och deras syn på överlämningsamtalen var att fler kvinnor kommenterade ramen och strukturen på institutionen, och att deras kritik snarast rörde otydligheter och problem i detta avseende. När männen kommenterade institutionsvistelsen i uppföljningsintervjuerna var intrycket att man i några fall hade en väldigt negativ upplevelse eller att man hade en väldigt positiv, som nedan:

En man med många år av fängelser och missbruk bakom sig beskrev att de bästa stunderna i hans liv hade varit när han var på institution. Deltagarna nedan får illustrera den relativt lilla gruppen där institutionsvistelsen i sig var av större betydelse än utredning och överlämning.

Klient 19/man: "Det har alltid varit bäst för mig när jag varit i fängelse eller i annan tvångsvård. Då har det gått bra för mig. Jag tänker på när jag var på Råby (*särskilt ungdomshem*) mellan 12-16 års ålder flera gånger. Sammanlagt var jag där över sex år och det var min bästa tid. Jag kom bra överens med alla där. Så LVM:et var en ny chans för mig. Men jag har ingen lust att sitta i fängelse mer. Detta är bättre."

Två andra klienter framförde liknande uppfattningar:

Klient 20/man: "...jaaahh! Ja, Hornö som institution är bra. Så att ... jag stortrivs här i alla fall."

Klient 21/man: "Det har alltid fungerat bra för mig på institution. Bra organisation och så, det är inga problem, man åker iväg och gör aktiviteter, *fys(isk träning)* och sjön ligger här, de har båt och grejor, så vi har inga problem, men det är svårt att säga om jag kommit hit frivilligt och inte åkt hit på tvång och, ... om man säger så."

För utomstående kan utredningen framstå som en insats bland alla andra. Men klienterna själva betonade återkommande betydelsen av att utredningen genomfördes i ett bestämt sammanhang. Att utredningen satte LVM:et och institutionsvistelsen i ett sammanhang: Varför var man där? Vad kunde man göra med situationen och hur kunde den förbättra framtidsutsikterna? Men det blev tydligt att klienterna ser och förstår mer i hur organisationen fungerar än vad personalen alltid uppfattar utifrån klientens beteende. Klienterna befinner sig hela dygnet på institutionen, medan personal kommer och går, och såväl ser som hör och tolkar institutionsfenomen. En kvinna, som i övrigt var mycket nöjd med både utredning och överlämning, kommenterade situationen kritiskt vid LVM-hemmet som följer:

Klient 22/kvinna som varit på samma behandlingshem tidigare:

”Grejen är, jag tycker ju hela stället har tappat det (*strukturen*), sen jag var här sist. Det var en jättebesvikelse, att komma tillbaka. Så jag har varit sur och rastlös: ’Åhh, ska jag inte upp till (*psykologen*) idag, så jag får göra nånting?’ (*Hon föreslog en utflykt men så hängde utflykten upp sig och då blev det snarast en maktkamp.*)”

”Så det har varit det där ... alltså personalen säger att ’det får man göra’ och ’det får man inte göra’, alltså, det blir helt dödstrist. I stället för att ta konflikt, så säger dom nej eller drar ursäkter. Vissa personal alltså. Och jag blir vansinnig, blir jag, för det ... om dom sitter och ljuger för mig ... då blir jag ... så jag har tappat förtroendet ...”

Följande klient ger en ganska utförlig beskrivning av vad som kan betecknas som en ökande byråkratisering. I klientens ögon var det särskilt oerfaren personal som upplevde att det blivit farligt att ”göra fel”.

Klient 23/kvinna: ”Mmm. Nu har dom satt förbud på allting i stället för att ... , som rakhyvlar och sånt, ja visst, jag förstår att det kan vara ett problem, men då får det vara upp till personalen att, går man in i duschen, så hämtar man ut en rakhyvel, sen ska den in igen. I stället så säger dom ’nej, nej, nej’. Det är mer förbud än vad som är rimligt alltså. Och sen att man drar alla över samma ... Jag förstår att det finns regler och regler, men om jag sköter mig bra, så ska jag få nånting för det också. För det är inte så vi missbrukare fungerar, vi behöver en klapp häruppe, så, ’duktig Tjabo’, eller, liksom ...”

Intervjuare: ”Du ville i stället ha lite uppmuntran ...?”

Klient 23/kvinna: ”Ja, och gör jag fel så ska jag få en konsekvens, men inte ... Den här gången känns det bara som förvaring, hade det inte varit för utredningen, för det var ju den jag ville göra, så hade jag ju tappat ... för jag har ändå ... håller ju tillbaka, ändå ... Så det ... det är synd. Mycket nya personal, dom är helt förvirrade. Och ... då blir vi (*klienter*) också uppstressade och förvirrade.”

Rekommenderar klienten utredningsmodellen till andra klienter?

På frågan om utredningsmodellen är något som klienterna skulle rekommendera andra klienter så svarade tre av männen som inte kunde se poängen med en utredning att vare sig LVM eller utredning var något man hade nytta av, eller som någon lite lakoniskt anförde: "vill de så får de väl bestämma det själva". Samtliga kvinnor svarade ja, även de som var kritiska till aspekter av LVM-situationen, och alla övriga män som intervjuades rekommenderade att man uppmuntrade alla LVM-klienter att gå igenom en utredning:

Intervjuare: "Vad tycker du om såna här utredningar? Ska man göra dom så här?"

Klient 24/man: "Ja, det skulle jag göra, det var inget negativt, det var det inte. Det fick jag rekommenderat själv också av några, att det var inget negativt, verkligen inte, bara positivt."

Klient 25/kvinna: "Ja, det (*utredningen*) gick bra, och man får ju fram lite fakta, man ser vad som behövs göras åt saker, det ... så att ... man kan väl gå in hos den personen och se problemen och hitta lösningar. Alla borde få möjlighet att göra en sån här utredning."

Intervjuare: "Men några tankar ... , om du tycker att man skulle ge råd till dom som jobbar här, vad skulle man göra på ett annat sätt? För att underlätta utredningen och processen?"

Klient 25/kvinna: "Ja, rakare linjer och rakare besked, liksom?"

DISKUSSION

LVM-vården hanterar en grupp klienter där de flesta har beroendetillstånd och samsjuklighet med ofta svåra psykiska problem (Bihlar, 2009, 2013; Fridell et al., 2015; Gerdner 2004; Jansson 2003, 2010). Samtidigt bedrivs LVM-vård i en organisation som lyder under sociallagstiftning. Personalgruppen på LVM-hemmen består av socionom, behandlingsassistent, mentalskötare, i begränsad omfattning sjuksköterska och ibland utbildade vikarier som arbetar inom fältet. Det är personalgrupper där kunskaper om psykiatri, psykologi, beroendelära och samsjuklighet inte självklart ingår i grundutbildningen, även om SiS i sina internutbildningar har lagt in sådana kursmoment. De två LVM-hemmen som ingår i den aktuella studien hade personal med stor vana av att hantera samsjuklighetsproblem, medan beställarna från socialtjänsten ibland hade mer begränsad kunskap om den delen av klienternas problem. Detta skapade i sig ett spänningsfält. Att samsjukligheten förvärrar problemen i behandlingsarbetet är välkänt men hur problemen yttrar sig är ofta något som man som personal inte hunnit sätta sig in i och som ibland kan vara svårt att förstå. Institutionsvård i sig blir en pedagogisk utmaning med dagliga möten med problem som nödvändiggör att personalen lär sig att hantera olika problemsituationer. Samtliga parter, inklusive klienterna, har behov av kunskap.

Psykologutredningarna som studerats i den här studien har varit ett sätt att få en mer ingående kunskap om klienternas problem. Överlämningen av utredningen skapade en möjlighet att diskutera problem utan att makt och myndighetsutövning dominerar diskussionen.

Utredningsförfarandet som vi beskriver väcker givetvis frågeställningar, som om bedömningar inte kan göras på ett enklare och billigare sätt. I avsaknad av mer handfast kunskap hanteras många problem intuitivt utifrån observatörens egen erfarenhet. Och ibland fungerar detta bra. Men "tacit knowledge" skapar också begränsningar – att man därmed också ofta tolkar situationer och beteenden utifrån en gemensam referensram som kanske inte alltid är optimal eller ens korrekt. För att bemöta problem mer flexibelt krävs att både empirisk kunskap om problemen och kunskap om vad som är bra tas tillvara, likaså etiska bemötandestrategier. Enbart intuition räcker inte. Man "ser" helt enkelt inte vissa problem om man inte vet vad man ska observera (Chalmers, 2003).

Ett exempel är ADHD, en diagnos som har funnits ett par årtionden. Men fram till relativt nyligen saknade praktikerna orden och begreppen för det man observerade, och först under de senaste tio åren har diskussionen blivit mer allmän så att kunskaper om ADHD kan tillämpas praktiskt på ett genomtänkt sätt. De psykiska störningarna hos klienterna blir också mindre provocerande om observatören har en lång och professionell erfarenhet: att symtom kan vara viktig kommunikation i stället för enbart

”problem”. Avsaknad av noggrann utredning resulterar ibland i försök att ”gissa” vad klienten har för psykiska problem och detta leder till felaktiga slutsatser (Heilig et al., 2003; Hesse, 2005). Utan specialkompetens blir observationerna helt enkelt mindre korrekta. Psykologutredningar som i den här studien är visserligen dyra men felaktiga uppfattningar eller bedömningar är sannolikt ännu dyrare, eftersom indikerade åtgärder sällan provas eller tillämpas på ett korrekt sätt. Här skapar möjligheten att göra en utredningsinsats, till exempel tiden på institutionen och innehållet i utredningen, nya och rent av nödvändiga förutsättningar.

I många fall var LVM-vården, med sina bättre möjligheter till drogfri miljö, första gången som en diagnostisk bedömning kunde genomföras med klienten i opåverkat tillstånd. Socialsekreterarna betonade detta ofta. Flera påpekade dessutom att de inte sett sin klient i så gott skick någonsin tidigare, likaså att de fick en delvis ny och mer nyanserad bild av personen bakom missbruket.

Hur fungerade överlämningsmötena?

Sammanfattningsvis präglades flertalet möten av ett konstruktivt och klientcentrerat bemötande. Klienterna å sin sida gjorde sitt bästa för att dela med sig av sina erfarenheter. Under mötet diskuterades utredningen, behandlingsrekommendationer och planering. Inga klienter vi träffade ifrågasatte utredningen eller dess resultat. Där meningsskiljaktigheter uppkom handlade det mer om hur fortsättningen på LVM:et skulle utformas, ibland med motstridiga önskemål hos klienten respektive socialtjänsten.

Mest odramatiska var de överlämningsmöten där personal och klient hade byggt upp en fungerande allians under vistelsetiden och hunnit arbeta igenom motsättningar. Svårigheterna accentuerades när det fanns inslag av psykos i den kliniska bilden eller klienten hade beteenden som tedde sig svårförståeliga av annan anledning. För socialsekreteraren hade detta redan tidigare skapat stor osäkerhet och en önskan att få veta: ”Hur ska man göra?”. Vid ett par tillfällen förbereddes överlämningsmötena med den här gruppen av klienter i särskilda ”förmöten” för att förebygga onödiga motsättningar eller oklarheter. För socialsekreterarna var sådana förmöten viktiga och informativa.

Vanligen tog man ordentligt med tid för att mot slutet av ett överlämningsmöte hinna diskutera behandlingsrekommendationer och planering. I cirka en tredjedel av mötena ifrågasatte klienten alternativen som diskuterades och var initialt skeptisk eller kritisk till förslagen. Som regel blev resultatet ett konsensusbeslut. Där det blev direkta motsättningar var när klienten själv ville skrivas ut omedelbart från LVM-hemmet utan någon efterbehandling, medan socialsekreterare och institutionspersonal ville ha en mer genomarbetad planering.

Utredningen

Utredningarna på de två institutionerna lades upp efter en relativt identisk modell. Alla testningar och utredningar gjordes med standardiserade och validerade test och diagnosinstrument. Bedömningarna gjordes av legitimerade och specialutbildade psykologer i samarbete med utredningssekreteraren vid institutionen och ibland i nära

samarbete med den utredande socialsekreteraren. Den vanligaste frågan från socialtjänsten var om klienten hade en ADHD-diagnos. Den frågan utreddes alltid och bekräftades i två tredjedelar av de fall som remitterats för ADHD-utredning (Bihlar Muld, 2013). Den instrumentella kvaliteten, liksom kvaliteten på genomförandet och avrapporteringen, var hög. Socialsekreterarna bedömde utlåtandena som välskrivna.

Som regel fick beställaren svar på de frågor man ställt men några socialsekreterare saknade instruktioner som skulle gjort det möjligt att direkt överföra resultaten från testningarna till en konkret behandlingsplan. Särskilt osäkra kände sig de socialsekreterare som inte hade medverkat i beslutet om LVM-omhändertagande eller inte alls hade träffat klienten tidigare. Omvänt kände sig klienterna besvikna när de inte hade haft någon kontakt med socialsekreteraren tidigare. Klienterna betonade, med få undantag, att utredningen gav ny och viktig kunskap och svar på frågor som man burit på under många år men aldrig tidigare kunnat ställa. Få av klienterna hade till exempel träffat eller samtalat med en psykolog tidigare trots mångåriga och allvarliga problem.

Som framkom i intervjuerna var det för klienterna inte i första hand diagnoserna i sig som var viktigast utan möjligheten att genom utredningen samtala med professionell personal: psykolog/psykiater eller annan specialutbildad personal, att få olika problem förklarade och vad de betyder. Men likafullt, hur utredningarna gjordes (den tekniska kvaliteten) och hur utredningarna förmedlades (*producentkvaliteten*) hade ett stort inflytande på patientens upplevelse av vad LVM-vistelsen hade gett (*konsumentkvaliteten*) och en möjlighet att tänka kring hur kunskaperna ska tillämpas i framtiden. Vårt intryck var att utredningarna, med få undantag, också involverade övrig personal vid institutionen och upplevdes vara en viktig del av arbetet. Utredningen fördjupade dessutom kontakten mellan klient och kontaktperson enligt deras egen uppfattning. Wards betoning av feedback i utredningsarbete bekräftades ofta, liksom att en i sak "instrumentell" insats som diagnostisk bedömning kan inrymma många viktiga kvalitetsaspekter (Ward, 2008). Inte minst gav de nyvunna kunskaperna "mening" åt den egna livssituationen och problemen.

Kritiska synpunkter

En återkommande kritik i överlämningssamtal och intervjuer var att socialsekreterarna kände sig obehäva med de diagnostiska termerna. De och flera klienter menade att termer och professionella begrepp skulle behövt förtydligas och förklaras i utredningstexten och i överlämningssamtalet. Här finns stora kulturskillnader som behöver överbryggas och det är viktigt att utredningen hjälper till att bygga en gemensam förståelsebas. Hit hör också att avdramatisera diagnoserna. Men som psykologerna kommenterade i de efterföljande intervjuerna: "det går inte att vattna ur begreppen hur långt som helst". Neuropsykologiska störningar, särskilt ADHD, var en återkommande term och frågeställning i uppdragen från socialtjänsten. Parterna uppfattade att neuropsykologiska problem och manifestationer beskrevs på ett bra sätt som var begripligt både för personal och klienter. I några fall blev symtom som uppmärksamhetsstörning (ADD) synliga i överlämningssituationen och illustrerade klientens problem med koncentration och uppmärksamhet. Men de mer komplicerade personlighetsutredningarna, och

vad dessa eller psykiska sjukdomar innebar, kunde inte illustreras lika enkelt. Sjukdomskategorier är komplicerade även för fackmännen. En socialsekreterare uppfattade användningen av diagnostiska termer som en brist och i sig kränkande mot klienten.

En observation var att under de nära tre år som intervjuarbetet för rapporten pågick fanns sällan sjukvårdspersonal och aldrig någon psykiatriker närvarande, inte ens på Lunden som hade fast anställd läkare. Detta förtjänar att påpekas eftersom ett sådant "hål i strukturen" kan minska tyngden i och transparensen i rutinen med överlämningsmöten. Vi uppfattar också att detta inte stämde med ambitionen att försöka nå ut till all personal, självklart också till medicinalpersonal, när detta är möjligt. Hyrläkar-system harmonierar till exempel illa med den här pedagogiska modellen. Socialsekreterarna som deltog framhöll att man hade stor nytta av kontakter med institutionen och utredande psykolog *mellan inskrivningstillfället och överlämningen* och att man önskade mer av den typen av kontakt. *Behovet av feedback* var mycket stort.

Struktur

En annan relativt vanlig kritik från socialsekreterarna var att det saknades en klar mötesordning i en del möten. Det var stor variation i hur de olika mötena strukturerades eller leddes. När klienterna redan var motiverade så fungerade mötena bra med denna informella struktur, men när det inte fanns en tydlig ömsesidig motivation eller parterna hade olika uppfattningar om den fortsatta planeringen så skapade avsaknaden av en bärande struktur andra oklarheter.

De yttre organisatoriska ramarna mellan Hornö och Lunden skiljde sig åt på flera sätt. På Hornö hade man ett väl inarbetat arbetslag som sedan 20 år byggt upp utredningsprocessen. På Lunden hade man också lång erfarenhet av utredningsarbetet men försökte involvera klientens kontaktpersoner och fler i personalgruppen i överlämningsmötet. Vilken modell som var mest effektiv går inte att direkt säga, men kontinuitet i arbetet tycktes underlätta att vetenskapliga och kliniska överväganden ventilerades fortlöpande inom teamen liksom i de efterföljande intervjuerna med forskarna. Oavsett modell, så ser vi detta som ett möjligt förbättringsområde.

Kvinnligt och manligt i behandlingssituationen

Rekryteringen av klienter skiljde sig mellan Hornö och Lunden. Hornö tog emot tungt belastade män, där gränssättning och tydlighet i ramar och hållning var nödvändigt för säkerheten på institutionen. Det var fler incidenter på Hornö än på Lunden och händelserna där påverkade i någon mån rekryteringen till undersökningen men däremot ägde inga incidenter rum i anslutning till våra besök. På Lunden var det under forskningsarbetet få incidenter eller hot. Däremot invercade diskussionen kring nedläggningen av LVU-hemmet på Lunden (2010) på både klienter och personal. Flera vana personalmedlemmar och kontaktpersoner slutade och andelen vikarier ökade. Oklarheter och spänningar i personalgruppen invercade på klienternas känsla av trygghet och struktur vilket kommenterades öppet av flera av dem. Det blev också svårare att avtala tider för möten mellan forskarna och personalen på Lunden. Vi tolkar det högre bortfallet bland kvinnorna på Lunden som delvis orsakat av organisationsproblemen.

En diskussion som pågick i anslutning till förändringarna på Lunden var om det gick att behandla män och kvinnor tillsammans inom samma institution. Det framkom två olika uppfattningar om detta. En slutsats i en av rapporterna från Missbruksutredningen var att det går bra att samvårda män och kvinnor med alkoholproblem och utan tyngre samsjuklighet (Scheffel Birath & Borg, 2011). Däremot sammanfattade Trulsson och Segraeus att kvinnor som traumatiserats och utsatts för övergrepp bör få enkönad behandling (Trulsson & Segraeus, 2011). Kvinnorna vid Lunden berättade öppet om ett mycket stort behov av att få individualiserad behandling av psykologen genom bland annat utredningssamtalen. Det stämmer bra med slutsatserna från Trulssons tidigare arbete (1993) och med Segraeus och Trulssons gemensamma inlägga i *Missbruksutredningen* (2011).

Trots att Hornö och Lunden vårdade enbart män respektive kvinnor, framkom en del tydliga könsrelaterade skillnader. En skillnad mellan männens och kvinnornas reaktioner var att kvinnornas positiva och ibland entusiastiska kommentarer kring kontakten med psykologen och personalen sällan färgades negativt av att man i några fall var missnöjd med vårdsituationen. Männerna som var negativa till placeringen däremot var negativa också till utredningen.

Hur kan vi förstå den här skillnaden mellan män och kvinnor? Vår tolkning är att detta speglar en starkare relationsorientering hos kvinnorna än hos männen (Karterud et al., 2014). Det finns, som Karin Trulsson anförde, "en hunger" efter en bra personlig kontakt hos kvinnor i behandling (Fridell, 2002; Trulsson, 1993). Flera av våra tidigare intervjustudier och uppföljningar visade ganska konsistent att kvinnorna hade haft en minst lika belastad bakgrund/uppväxt och lika svåra psykologiska problem och diagnoser som männen men att de likväl klarade sig bättre. Betydelsen av en bra relation med personalen var därför ett viktigt kännetecken på en fungerande allians (Fridell, 1996; 1998; Fridell & Hesse 2006a; Fridell, Hesse & Johnsson, 2006). En tolkning är att vårdsituationen kan bli mer gynnsam för kvinnor än för män därför att kvinnor har potentialen att bättre ta tillvara de psykologiska aspekterna av institutionsvistelsen. Männerna å sin sida verkade, när konflikter uppstod, oftare hamna i prestigekamp med institutionen och dess personal och med socialtjänsten. Intrycket i den aktuella studien var att personalen vanligtvis var skickliga på att hantera den här typen av läsningar så att lösningar blev möjliga, men ibland var positionerna låsta. Det pekar på behovet av ett medvetet bemötande av klienterna.

En viktig fråga är alltid: Hur kan man värna om en mänsklig miljö och humanistiska attityder även där tvång och motstånd blir en oundviklig komplikation i behandlingsplaneringen? Att vinnlägga sig om ett intresserat och tydligt bemötande är sannolikt ett av svaren på den frågan. Relationen och den terapeutiska alliansen betonades av både männen och kvinnorna, och flera klienter beskrev hur man ändrat en initialt negativ syn på sin vistelse i positiv riktning genom utredningen och den fördjupade kontakten. Relationen blev något av en katalysator. Och några klienter uttryckte det så att "utredningen legitimerade" deras önskan om en samtalskontakt.

Klienternas uppfattning om utredningsarbetet

De flesta klienter beskrev att utredning och testning initialt kunde kännas tråkig och tidsödande. Men personalens förmåga att stötta och motivera övervann deras ångest, drogsug och motstånd mot att stanna kvar. Kontakten var således viktig för klienternas följsamhet (compliance).

Klienterna betonade tre aspekter på utredningsarbetet: 1) att personalen måste ge klienterna utrymme för vila och återhämtning under de första veckorna, 2) att utredningsarbetet när det väl kom i gång borde göras i "små paket" med tät återkoppling och möjligheter att ställa frågor. Slutligen också: 3) att utredningsarbetet borde komma i gång redan efter de första veckornas vila och att det kunde motverka den känsla av passivitet och inaktivitet som annars präglade vårdtiden. För några klienter kvarstod problemet att man inte till fullo förstod förklaringar man fått kring sina problem och inte heller hade vågat fråga igen när man inte förstod. Ingen av dem som vi intervjuade hade dock avbrutit en utredning.

Betydelsen av en positiv relation betonades av alla intervjuade i likhet med andra forskares resultat (Johansson, 2006; Svensson, 2005). Relationen med socialsekreteraren, med psykologen och behandlingspersonalen föreföll spela en avgörande roll för hur klienten tolkade tvångsvårdssituationen. Kontakten med socialsekreteraren redan före LVM-placeringen var en viktig bärande faktor (Svensson, 2005), och känslan av att socialsekreteraren brytt sig om klienten dök upp i många av intervjuerna och föreföll underlätta överlämningsamtalen. Utredningen blev på många sätt en katalysator för att bättre ta tillvara hela vistelsen.

Vikten av att medarbetarna på LVM-hemmet involveras och lär sig förstå vad de iakttar och möter i kontakten med klienterna kan inte nog betonas. Att väcka nyfikenhet hos både behandlaren och klienten är en del av kunskapsprocessen och motverkar utbrändhetsreaktioner (Fridell, 1990). Psykiska störningar är lättare att känna igen och förstå i en klinisk situation, men det krävs kontinuerliga möjligheter till diskussion och integration av iakttagelser och erfarenheter. Man skulle vilja se att dialogen vid överlämningsmötena fortsatte att avspelas i den fortlöpande dialogen i arbetsgruppen, att träna personalen i att iaktta, reagera på och dra slutsatser som sedan kan diskuteras och vägas, eller korrigeras.

Att översätta och förstå vad en psykisk störning innebär

Ovan kommenterades problemet med att vissa begrepp eller diagnostiska termer var svåra att förstå. Vi uppfattade att psykologen ibland försökte hantera dilemmat genom att undvika diagnostiska termer, men å andra sidan blev då mottagaren/socialsekreteraren frustrerad av att inte få konkret information. Ett grepp hade i våra ögon varit att varit att "översätta" hur de olika personlighetsstörningarna yttrar sig på beteendenivå. Till exempel kan impulsivitet och antisociala mönster beskrivas i termer av att klienten "inte kan låta bli" (att reagera impulsivt eller ställa till det för sig själv), eller borderlinemönster i termer av att personen har svårt att tåla nära relationer och har svårt att klara separationer, eller att den paranoide blir alltför upptagen eller fixerad vid andra människor (affekten intresse) och kan fascineras av andra personer till den grad att

dessas till slut upplevs hotande. Forskarnas erfarenhet är att det här sättet att "översätta" är lättare att ta till sig för såväl klienter som socialtjänst och medarbetare än enbart de diagnostiska termerna. Vi tror att ett sådant "översättningsarbete" är nödvändigt i relationen till klienterna, socialsekreterarna och för personalen vid institutionen. Det är viktigt också för att behandlingspersonal och socialsekreterare ska känna igen sig själva och sina egna reaktioner på klienten.

Missbruk/beroende är ett sammansatt problem i dessa klient-/patientgrupper. Diagnoser i sig själv ger sällan en möjlighet att predicera rätt insats med en bestämd effekt, utan blir mer ett stöd för hur personalen kan hantera relationen för att *undvika att göra fel* som motverkar klientens utveckling. Hit hör till exempel överdrivna föreställningar om vad en klient faktiskt kan förändra på kort sikt, eller att man inte är medveten om att klientens problematik stimulerar starka antiterapeutiska reaktioner hos en själv (Fridell, 1989, 1990; Imhof et al., 1983; Karterud et al., 2014; Kernberg, 1974). Eller tror man att man bara kan arbeta med "motiverade" klienter (Jenner, 1987). En korrekt diagnos ökar i bästa fall möjligheten att välja rätt fortsatt behandling för klienterna liksom att kunna bemöta klienterna på ett bra sätt. Men den är ett lika viktigt redskap för att *undvika att göra fel* i relationen eller att överreagera som att hitta "rätt" behandling. Personlighetsstörning och ADHD-symtom är potenta "triggers" som stimulerar negativa reaktioner hos personalen om man inte förstår vad man ser eller vad man reagerar på. Just därför gav överlämningsituationen och den diskussion som stimulerades viktig kompletterande kunskap.

Förutom att ge ett underlag till verksamma behandlingsinsatser och fungerande eftervård har kunskaper om psykiska störningar/sjukdomar, och då särskilt personlighetsstörningarnas dynamik och betydelse, varit eftersatta (Karterud et al., 2014). Personlighetsstörningen skapar mer problem för omgivningen än de flesta andra psykiska störningar. Det är således viktigt att personalen lär sig se och hantera *problem i samspelet med missbrukarna*. I behandlingssituationen ingår att arbeta med ständiga provokationer, testningar och affektstormar som ett vardagligt tema. Detta är alltid provocerande för personalen och skapar uttröttning och utbrändhet som sämsta utfall. Brister i kunskaper och förståelse skapar eller permanentar felaktiga förhållningssätt som i sin tur kan provocera intagna till utagerande beteende, rymningar och negativa återkopplingsprocesser. Personalens reaktioner blir därför den andra sidan av myntet på klientens psykiska störning i arbetet på en institution. Utbrändhetsreaktioner kan tänkas uppstå när behandlaren inte kan greppa eller förstå sammanhanget man arbetar i. "Symtomen" kan vara likgiltighet, uttröttning, stress eller i motsatsen: ett behov av att överkontrollera klienterna (Fridell, 1989). En bra arbetsmiljö och stabilitet/struktur i organisationen har därför ett egenvärde för alla involverade (Fridell, 1996).

Ett område där behovet av den här typen av kunskap accentueras är våld. Palmstierna menade att personalens sätt att bemöta aggressivt beteende och att skapa en bra allians skiljde välfungerande institutioner från mindre välfungerande (Palmstierna, 2004). De kunskaper som kommer fram i utredningarna borde därför bli ett redskap för att motverka problem under institutionsvistelsen så att reaktioner som undergräver behandlingsalliansen kan hanteras och begripliggöras (Fridell, 1989; Imhof et al., 1985).

Också destruktiva beteenden kan ge meningsfull information om klienternas problematik.

Utredning och åtgärd

De omfattande utredningar som gjordes på Hornö och Lunden under denna period var då ovanliga inom LVM-vården, men de var viktiga för utvecklingen av utredningsverksamheten inom missbruksvården i stort. Socialsekreterarna hade vanligen redan tidigare sökt stöd och råd från psykiatrin och beroendevården kring psykiatriska och psykologiska problem utan att få någon hjälp eller klarhet. Tidigare undersökningar visade att utredningar alltid varit ett uppskattat inslag bland klienter eller ungdomar (Fridell et al., 2009; Jansson, 2010; Åkesson & Dovik, 1998). Bihlars studie (2009) av klienter med ADHD, Janssons (2010) avhandling eller Gerdners studie av kvalitet i LVM-vård visar att en utredning har direkt relevans för behandling, bemötande och resultat redan under vårdtillfället.

Forskning som en spin-off-effekt

Kunskaper om allians och bemötande fanns som en viktig del i den forskning som bedrevs vid Lunden från tidigt 1990-tal och resulterade bland annat i en avhandling av psykolog Iréne Jansson (2010). Från Hornö kommer nu studier av ADHD som visar möjligheten att använda LVM-vårdtillfället som en startpunkt för behandling (Bihlar Muld et al., 2009, 2014). Bihlar Mulds studie (2014) har en parallell i en svensk epidemiologisk studie som visar att också i ett befolkningsmaterial så finns en högre nivå av förbättring för kriminella personer som efter en ADHD-diagnos med 12-månaders prevalens genomgått en längre behandling med farmaka, jämfört med en grupp som visserligen inlett behandling men avbrutit (Lichtenstein et al., 2013). Vi tolkar detta som att behandlingen av ADHD-symtomen i samsjukligheten kan minska både kriminalitet och missbruk. Dessutom hade behandlingen aldrig kunnat prövas utan en professionell utredning.

Vi tror att den mycket systematiska utredningsprocessen på bägge institutionerna bereder väg för den här typen av klinisk forskning och kvalitetsutvärdering, och samtidigt har gett en spin-off-effekt på personalens attityder till kunskap och forskning. Utöver diagnoser och behandlingsplanering skapar själva *systematiken* i datainsamlingen ett underlag för fortsatt utvärdering och forskning.

Styrkor och svagheter

De klienter som medverkade var de där det förelåg ett särskilt behov av utredning/bedömning, vilket indikerar att problemnivån hos klienterna var hög vid bägge institutionerna och då framför allt hos de utredda klienterna. På Lunden har tidigare undersökningar jämfört samtliga kvinnor i en grupp av 230 som utreddes (n=132) med dem som inte utreddes (n=98) och fann då få och mycket små skillnader mellan grupperna i bakgrund. Bortfallet i tidigare studier var då mycket ringa. I den här studien var bortfallet större på Lunden än vi hade förväntat och det gick bara att rekrytera något över hälften av det planerade samplet. Som vi kunnat bedöma var huvudanledningen de

problem som organisatoriska förändringar skapade. Om detta medfört en snedrekrytering eller ej går inte att bevisa, men det visar hur kliniska studier av det här slaget är mycket känsliga för omgivningsfaktorer. Rekryteringen till studien återspeglar en minskad utredningsverksamhet på Lunden under den aktuella perioden.

För klienterna på Hornö var rekryteringsgraden högre och nästan alla som tillfrågades av psykologerna kunde inkluderas. Intrycket är således att bortfallet inte har berott på att klienterna avböjt att delta i vare sig i utredningsverksamheten eller i undersökningen. Det är den relevanta gruppen klienter som kunnat studeras. Forskarna har visserligen inte kunnat påverka urvalet på någon av institutionerna men erfarenheterna från tidigare studier är att konsekutivitet som urvalsmetod i en grupp av relativt "lika" individer ger en god generaliserbarhet av resultaten för dem som undersökningen fokuserat på: klienter med missbruk och samsjuklighet.

Generaliserbarhet i den aktuella studien handlar inte om behandlingsmetod eller effekter av behandling, utan om hur systematisk utredningsverksamhet kan bidra till att höja kvaliteten och resultaten i LVM-vården. Det vill säga kvaliteter i utredning, i överlämnandet och i kommunikationen av slutsatser, inte i effekterna av utredningen. Ett sätt att definiera ett kvalitativt material är graden av "mättnad", det vill säga att fler intervjuer och analyser inte tillför en ökad variation i informationen. Vi har intrycket att flera intervjuer inte hade tillfört fler nya observationer eller slutsatser.

En styrka med studien är att den här typen av underlag som vi tagit fram inte hade kunnat skapas med en alternativ metodik, som enkäter eller enbart intervju. Det är alltför många nyanser som skulle ha gått förlorade och som inte hade kunnat förutses i ett förbestämt frågeschema. Storleken på urvalet hade också behövt vara många gånger större för att dynamiken i samspelet i den här studien skulle ha kunnat beskrivas med statistisk metodik.

En styrka med valet av metod är att vi kunnat fokusera på en avgränsad aspekt av de bägge LVM-hemmens arbete: den psykologiska utredningen. Vi kan inte uttala oss om andra aspekter av verksamheterna än detta, men vi tror att det kan och bör vara en viktig del i den framtida verksamheten inom SiS. Klienternas positiva respons är en indikator. Tidigare erfarenheter av omsorgsfull utredningsverksamhet visar att arbetet ger spin-off-effekter på övriga delar av verksamheten.

Till svagheter i studien hör det stora bortfallet bland kvinnorna. Den mycket positiva uppfattningen om utredningen hos kvinnorna kan möjligen bero på snedhet i urvalet. Vi kan inte kontrollera för detta eftersom vi avsiktligt valde att inte samla in persondata för klienterna. Vi förlorade jämförbarhet men tror att det var viktigt att ha en tydlig hållning i den frågan såväl gentemot klienter som mot socialsekreterare och behandlingspersonal.

Forskarna har fått all hjälp av personalen och av psykologerna vid de två institutionerna som vi bett om och villigheten att medverka har varit en stor tillgång för studien. Det har varit ett professionellt och vänligt bemötande i alla avseenden. Vi hoppas att en del av våra iakttagelser och slutsatser är relevant feedback till personalen och kan användas i fortsatt utvecklingsarbete, eller stimulera en ännu högre grad av utredningsverksamhet inom LVM-vården.

NÅGRA REKOMMENDATIONER

Med risk för att slå in "öppna dörrar" har vi formulerat några för många redan självklara synpunkter. Flera av dessa fanns med oss sedan många år, men den aktuella studien har satt en del fenomen under "luppen" som vi annars inte hade uppmärksammat.

1. *Var noga med ramarna.* Planera var och hur ni ska sitta och vilka i personalen som ska vara med. Tänk på att klienten ofta är spänd och nervös inför mötet. Inför mötet, säg till övrig personal att ni sitter upptagna så att annan personal inte stör mötet. Det är viktigt att visa respekt för klienten och utifrån kommande personal.
2. Det är också viktigt att medarbetarna vet vilka ramar som gäller och varför klienten ska vara med. Om man som personal går in i ett överlämningssamtal så sitter man kvar tills det är slut eller meddelar i inledningen om man måste avvika. Stäng av mobiltelefonerna.
3. Utredningen ska fånga upp *både drogberoendet och vilka psykiska problem* som är mest dominerande. En noggrann utredning ska komma åt kärnproblemen hos klienten. Det finns också problem som man bör belysa oavsett om de efterfrågats av den remitterande instansen (till exempel personlighet) eller ej. Där kommer den enskilde psykologens eller psykiatrikerens professionella kunskap/intuition in. Därutöver måste den utredande psykologen också skapa sig en egen bild av vad det kan finnas för andra problem och vad som kanske är väldigt unikt för just den här personen.
4. Vid överlämningssamtalet är vårt förslag att *någon i teamet* på institutionen tar ledningen för mötet och att detta har bestämts före mötet. Det behöver inte vara psykologen, men det är viktigt att fokus ligger på psykologutredningen. Vidare att deltagarna informeras om frågeställningarna bakom utredningen, vilka mål som satts upp och hur man resonerat kring de olika delarna i problembilden.
5. Att man kort informerar vid mötet om *vad för typer av test* man gjort och varför man valt som man gjort. Kanske kan man dela ut ett blad där de olika testen och skalorna beskrivs kortfattat. Beskrivningar av hur vissa psykiska störningar yttrar sig och vad man sett under institutionsvistelsen kan öka personalens uppmärksamhet.
6. Den som leder mötet kan lämpligen *stanna upp efter varje avsnitt* och kolla hur åhörarna tänker samt stimulera frågor både från klienten och övriga deltagare: "något ni undrar över?"

7. Förklara i *vardagliga termer* hur de symtom eller klientens psykiska sjukdom yttrar sig och vad man bör tänka på som personal vid institutionen. Ett sätt att informera om vad en personlighetsstörning är, är att diskutera hur den yttrar sig snarare än den diagnostiska termen: Exempelvis kan man säga att en person som har en anti-social störning utmärks av att han/hon har "väldigt svårt att stå emot de tankar och impulser som dyker upp i stunden". Dra gärna in klienten, ibland vill de själva exemplifiera: "Känner du igen det, Dan?". Man kan prata om ganska stora bekymmer på ett avspänt sätt utan att kränka, dramatisera eller bagatellisera.
8. Undvik att kritisera anhöriga eller partner eller att diskutera förhållanden som är dåligt belagda (*till exempel incest*). Ofta lägger klienten kritiken mot de anhöriga på sig själv så att han/hon riskerar att tappa förtroendet för personalen.
9. Ibland kan man mildra alltför bombastiska utsagor som att: "man vet att orsaken till schizofreni är att mamman är överbeskyddande" eller "man vet att haschrökning orsakar schizofreni" med mer kunskapsbaserad information.
10. Gå inte som katten kring "het gröt" utan var *rak i kommunikationen*. Med de klienter som har en psykosjukdom kan ibland en annan hållning vara påkallad men informationen måste vara tydlig.
11. Att slutsatserna i utredningen diskuteras utifrån *vad klienten behöver* och vad som behövs för den fortsatta planeringen. Att ge utrymme för till exempel socialsekreteraren att fråga och undra. Det ju han/hon som ansvarar för den fortsatta vården. Ska man rekommendera en läkarkontakt för medicinering med neuroleptika, AD-HD-medicinering eller några andra farmaka? Varför, och vad kan man vinna?
12. Funktionsnivån hos klienten – vad kan han/hon klara av? Poängtera framför allt *kompetens och styrkor* hos personen. Att en hög allmänintelligens visserligen kan underlätta anpassningen (till exempel studier) men att till exempel känsligheten för yttre störningar fortsätter att finnas kvar (som till exempel svårigheter att sitta i stora grupper). Här kan personlighetstestet vara ett bättre verktyg än den kliniska diagnosen. Givetvis är klientens historia viktig – hur har det sett ut under olika delar av uppväxten?
13. I vilket *sammanhang* ska man förstå problemen? Är de betingade av utvecklingsstörningar (som ADHD) eller är det drogen? Vad kan klienten göra för att en förbättring, exempelvis i anslutning till placeringen i LVM-vården, ska kunna fortsätta efter avslutat vårdtillfälle?
14. Organisationen och strukturen: Hur förmedlas kunskaperna till medarbetarna i personalen? Vad innebär olika nivåer på sekretess? Vad innebär de olika ansvarsnivåerna och vilka personer finns på dessa nivåer? Vem har rätt att fatta beslut på

de olika nivåerna och om vad? Att personalen kan skilja på kunskaper som kan vara "privata" för den enskilde klienten respektive observationer och kunskaper som alla måste känna till. Resultaten från ett överlämningsmöte bör vara en viktig del av vårdplaneringen.

15. Vad måste personalen vid institutionen veta om klientens problem för att kunna bemöta denne bättre och vad måste man känna till av klientens problem för att kunna samarbeta med andra huvudmän? Att lära personalen att ta vara på egna observationer av beteenden som är viktiga för att förstå klienternas problem. Att kunna bemöta klienter med Aspberger, ADHD, psykos respektive personlighetsstörningar på det sätt som är möjligt och lämpligt. Betydelsen av ramar och tydlig struktur kan inte nog poängteras. Det är i sig en viktig faktor bakom inläringen på en institution.

REFERENSER

Andreasson, S., Lindström, U., Armelius, B.-Å., Larsson, H., Berglund, M., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1996). *ASI – ett sätt att intervjua klienter i missbrukarvården*. CUS-skrift 1996:1. Stockholm: Socialstyrelsen.

Anderberg, M., & Dahlberg, M. (2009). *Strukturerade intervjuer inom missbruksvården – som en grund för kunskapsutveckling*. Avhandling. Växjö universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Armelius, B.-Å., & Armelius, K. (2011). En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index. I *Missbruket, Kunskapen, Vården*. SOU 2011:6, 97–167. Stockholm: Socialdepartementet.

Armelius, B.-Å., Bihlar, B., Fahlke, C., Fridell, M., Hillarp Katz, L., & Reitan, T. (2010). *BIB 2010: Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård*. Statens institutionsstyrelse.

Ardengård, T., & Christensson-Ringby, T. (2007). *Vårdkvalitet inom rättspsykiatri – rättspsykiatriska patienters upplevelse av vård och rehabilitering i Helsingborgs stad*. Psykolog-examensuppsats, Vol IX (2007): 22. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Bakken, K., Landheim, S., & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*, 38, 54–59.

Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence Based Review*. New York: Wiley & Sons.

Bihlar, B. (2009). *Uppföljning av LVM-klienter som bedömts ha ADHD*. Allmän SiS-rapport, 2009:8. Statens institutionsstyrelse.

Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2012). Attention Deficit/Hyperactivity Disorders with Co-Existing Substance Use Disorder is Characterized by Early Antisocial Behaviour and Poor Cognitive Skills. *BMC Psychiatry*, 13, 366.

Bihlar Muld, B., Jokinen J., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2014). Long-term outcomes of pharmacologically treated versus non-treated adults with ADHD and substance use disorder: A naturalistic study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 82–90.

Billqvist, L., & Skårner, A. (2009). *En påtvingad relation? Kontaktmannskapets utövande och villkor i LVM-vården*. Forskningsrapport, nr 4. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Cesarec, Z., Fridell, M., Johansson, M. & Malling-Thorsen, S. (2002). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90*. SiS följer upp och utvecklar, nr 4. Statens institutionsstyrelse.

Cesarec, Z., & Fridell, M. (2012): *Grundläggande karaktärsdrag – Basic Character Trait test – BCT*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Chalmers, A.F. (2003). *Vad är vetenskap egentligen?* Riga: Bokförlaget Nya Doxa.

Dalmau, A., Bergman, B., & Brismar, B. (1999). Psychotic Disorders among Inpatients with Abuse of Cannabis, Amphetamine and Opiates. Do Dopaminergic Stimulants Facilitate Psychiatric Illness? *European Psychiatry*, 14(7), 366–71.

Dertell, H. (1996). Att mäta kvalitet i privata och offentliga tjänsteföretag. I H. Dertell (Red.), *Kvalitet och tjänstutveckling*, 144–164. Stockholm: Natur och Kultur.

Edvardsson, B. (1996). *Kvalitet och tjänstutveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Enell, S., & Denvall, V. (2013). *Vägen från utredning till åtgärd: Utredningsplaceringar vid särskilda utredningshem*. Institutionsvård i fokus, nr 3. Statens institutionsstyrelse.

Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse and Violent Crime. *Journal of the American Medical Association*, 302(11), 1168.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G., & Långström, N. (2012). Bipolar disorder and Violent Crime. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931–938.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1995). Structured Clinical Interview for DSM III-R Personality disorders (SCID II). Part I: Description. *Journal of Personal Disorder*, 9, 83–91.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM IV – Axis I Disorders (SCID I). Clinical version*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Fridell, M. (1989). Överförings- och motöverföringsreaktioner. Betydelsen för personaluttrötning och utbrändhet i narkomanvård. I H. Jenner & V. Segraeus (Red.), *Att hålla lågan levande. Om bemästrande av utbrändhet*, 76–102. Lund: Studentlitteratur.

Fridell, M. (1990). *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård – effekter på personal och på patienter*. Stockholm/Lund: Acta Psychologica et Paedagogica Serias Altera XCVII.

Fridell, M. (1991). *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt*. Stockholm: CAN.

Fridell, M. (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – Organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fridell, M. (1996a). Psykisk störning och narkotikamissbruk. I *Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport*, 1996:14, 34–56. Stockholm: Socialstyrelsen.

Fridell, M. (1998). Femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare med psykiska problem. I A. Gerdner & Ö. Sundin (Red.), *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, 117–148. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I., & Amylon, R. (2009). *Femårsuppföljningen. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. Forskningsrapport, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling-Thorsen, S. (2002). *Normering, standardisering och validering av symtomskattningsinstrumentet SCL-90*. SiS följer upp och utvecklar, nr 4. Statens institutionsstyrelse.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006a). Psychiatric Severity and Mortality in Substance Abusers – A 15-Year Follow-Up of Drug Users. *Addictive Behaviors*, 31, 559–565.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006b). Personality Disorders in Substance Abusers. I M.U. Pedersen, V. Segraeus, & M. Hellman (Red.), *Evidence Based Practice*, 171–186. NAD-publikation 47. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning.

Fridell, M., & Hesse, M., & Billsten, J. (2007). Criminal Behavior in Antisocial Substance Abusers between Five and Fifteen Years Follow-up. *American Journal on Addictions*, 16, 1–5.

Fridell, M., Hesse, M., & Johnsson, E. (2006). High Prognostic Specificity of Antisocial Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a Five-Year Follow-up. *The American Journal on Addictions, 15*, 227–232.

Fridell, M., Hesse, M., Meier Jaeger, M., & Kuhlhorn, E. (2008). Antisocial Personality Disorder as a Predictor of Criminal Behaviour in a Longitudinal Study of a Cohort of Abusers of Several Classes of Drugs. Relation to Type of Substance and Type of Crime. *Addictive Behaviors, 33*, 799–811.

Fridell, M., & Hesse, M., & Nyhlén, A. (2015). *Psykisk sjuklighet och drogberoende – En kohortstudie: Klinisk prevalens av psykisk sjukdom och personlighetsstörning bland narkomaner. Longitudinellt förlopp vid olika grad och typ av psykisk sjuklighet på förloppet i missbruk, brottslighet, sjukvårdskonsumtion och överdödlighet*. Norrköping: Kriminalvården, Projekt 2007 (9).

Fridell, M., Holmberg, R., Billsten, R., & Benderix, Y. (2012). *Utvärdering av Kunskap till praktik. Ett nationellt stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2008–2011*. Linnéuniversitetet, Växjö: Institutionen för psykologi.

Fridell, M., Holmberg, R., Billsten, R., & Benderix, Y. (2015). *Utvärdering av Kunskap till Praktik. Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården i ett nationellt perspektiv. Slutrapport 2015*. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Gerdner, A. (1998). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. Forskningsrapport, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Gerdner, A. (2000). *Utfall och kvalitet inom LVM-vården – uppföljning av Lunden och Älvgården*. SiS följer upp och utvecklar nr 3. Statens institutionsstyrelse.

Gerdner, A. (2004a). *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier. Bilaga till LVM-utredningen. SOU 2004:3*. Stockholm: Socialdepartementet.

Gerdner, A. (2004b). *LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland. Bilaga till LVM-utredningen. SOU 2004:3*. Stockholm: Socialdepartementet.

Gerdner, A., & Sundin, Ö (Red.) (1998). *Dubbel trubbel. Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.

Gerstley, L.J., McLellan, A.T., Alterman, A.I., Woody, G.E., Luborsky, L., & Prout, M. (1989). Ability to Form an Alliance with the Therapist. A Possible Marker of Prognosis for Patients with Antisocial Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(3), 508–512.

Grant, B., Dawson, D., Stinson, F., Chou, P.S., Kay, W., Pickering, R. (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): Reliability of Alcohol Consumption, Tobacco Use, Family History of Depression and Psychiatric Diagnostic Modules in a General Population Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 7–16.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004). Co-Occurrence of 12 Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 362–368.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004a). Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807–816.

Hajighasemi, A. (2008). *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. SiS följer upp och utvecklar, nr 3. Statens institutionsstyrelse.

Hansson, L., Björkman, T., & Berglund, I. (1993). What is Important in Psychiatric Inpatient care? Quality of Care from the Patient's Perspective. *Quality Assurance in Mental Health Care*, 5(1), 41–47.

Heilig, M., Forslund, K., Åsberg, M., & Rydberg, U. (2002). The Dual-Diagnosis Concept used by Swedish Social Workers: Limited Validity upon Examination using a Structured Diagnostic Approach. *European Psychiatry*, 17, 363–365.

Hesse, M. (2005). Social workers' ratings of comorbid personality disorders in substance abusers. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1241–1246.

Hesse, M., Vanderplaschen, W., Rapp, Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). *Case management for persons with substance use disorders (Review)*. The Cochrane Collaboration, Cochrane Library, Issue 4.

Hälso- och sjukvårdslag. (1982:763).

Imhof, J., Hirsch, R., & Terenzi, R.E. (1983). Countertransferential and Attitudinal Considerations in the Treatment of Drug Abuse and Addiction. *International Journal of the Addictions, 18*, 491–510.

Jansson, I. (2010). *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor. Inverkan av psykiska problem på utfallet*. Avhandling. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Jansson, I., & Fridell, M. (2003). *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*. Forskningsrapport, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Personality Disorder Features as Predictors of Symptoms Five Years Post-Treatment. *American Journal on Addictions, 17*(3), 172–175.

Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008a). Validity of self-reported criminal justice system involvement in substance abusing women at five-year follow-up. *BMC Psychiatry, 8*, 2.

Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2009). Influence of Personality Disorder Features on Social Functioning in Substance-Abusing Women Five Years after Compulsive Residential Treatment. *European Addiction Research, 15*, 25–31.

Jenner, H. (1987). *Motivation hos missbrukare och behandlare*. Lund: Studentlitteratur.

Jenner, H., & Segraeus, V. (1996). Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation. Beskrivning av DOK-projektet. *Nordisk alkoholtidskrift, 13*(3), 150–159.

Johnsson, E. (2002). *Självordsförsök bland narkotikamissbrukare*. Avhandling. Lund: Socialhögskolan.

Johnsson, E. (2006). *Tvångsvård enligt LVM. En studie om socialsekreterares och klienters erfarenheter och upplevelser av LVM-situationen*. Rapportserie i socialt arbete, nr 1. Växjö universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Johnsson, E., & Fridell, M. (1997). Suicide Attempts in a Cohort of Drug Abusers. A Five Year Follow Up Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 362–366.

Johnsson, E., & Fridell, M. (1999). *”Plötsligt får man lust att leva”*. En grupp narkomaners berättelser om sina självordsförsök. Forskningsrapport, nr 2. Statens institutionsstyrelse.

Karterud, S., Wilberg, T., & Urné, Ö. (2014). *Personlighetspsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Kernberg, O. (1974). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

Kullman, A (2007). *Begåvningsnivå och psykiska problem – en undersökning av en kohort tvångsvårdade kvinnor*. Psykologexamensuppsats, VOL IX (2007): 14. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammansatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser bland rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309–318.

Larsson, J., & Segraeus, V. (2005). *Från tvång till frihet. Uppföljning av SiS missbrukarvård*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Lag (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Lag (1982:763) om psykiatrisk tvångsvård (LSPV).

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, Z., & Långström, N. (2013). Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal of Medicine*, 2012(367), 2006–2014.

Marke, S., & Cesarec, Z. (2007). *Erfarenhetsinläring och lärstilar. Analys och standardisering av Kolb's Learning Style Inventory i svensk version*. Forskningsrapport 1/2007. Statens institutionsstyrelse.

Nilson, M., Fridell, M., & Griffiths, P. (2006). *Comorbidity – Developing European Perspectives*. ECCAS Monograph Series no 4: *Comorbidity in Europe*. Lissabon: EMDDA, 351–363.

Nyhlén A., Fridell, M., Hesse, M., & Krantz, P. (2011). Causes of Premature Mortality in Swedish Drug Abusers: A Prospective Longitudinal Study 1970–2006. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(2), 66–72.

Olsson, A., & Vilhelmsson, J. (2006). *En grupp ungdomar i tvångsvård – bakgrund, begåvning och självbild*. Psykologexamenssuppsats, Vol VIII. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Palmstierna, T. (2004). *Kvinnliga LVM-klienters våld på institution*. En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården. SiS följer upp och utvecklar, nr 3. Statens institutionsstyrelse.

Socialdepartementet. (2014). Uppdrag att stödja arbetet med samordnad individuell vårdplanering. Regeringsbeslut S 2014/2927/FS.

Runquist, W. (2012). *Legitimering av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Malmö: Egalité.

Sallmén, B. (1999). *Compulsory Treatment of Alcoholics. Psychiatric Comorbidity, Psychological Characteristics, Coercive Experiences and Outcome*. Avhandling. Lunds universitet: Institutionen för psykologi och klinisk alkoholforskning.

SBU. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad översikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Schaar, I., & Öjehagen, A. (2001). Severely Mentally Ill Substance Abusers: An 18-month Follow-Up Study. *Journal of Social Psychiatry & Epidemiology*, 36, 70–78.

Scheffel-Birath, K., & Borg, S. (2011). Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika eller olika. I *Missbruket, kunskapen och vården*. SOU 2011(6): 527–555. Stockholm: Socialdepartementet.

Segraeus, V., & Trulsson, K. (2011). Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården. I *Missbruket, kunskapen och vården*. SOU 2011(6): 493–522. Stockholm: Socialdepartementet.

Segraeus, V., Åkesson, N., Fridell, M., Wiklund, A., & Rehn, A.-C. (2009). *SiS utredningsmodell*. Arbetsdokument. Statens institutionsstyrelse.

Skårner, A., & Regnér, M. (2003). *”Det är dom här jag har och inte har” – Om LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk*. Forskningsrapport, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Socialtjänstlag. (2001: 453).

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SKL. (2009). *Kunskap till Praktik i praktiken. Uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för personal inom missbruks- och beroendevården*. Delrapport 2009-0925. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

SOU 2004:3. *Tvång och förändring – rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2011:6. *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individiden, kunskapen och ansvaret. Missbruksutredningens analys. VOL I*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individiden, kunskapen och ansvaret. Missbruksutredningens förslag. VOL II*. Stockholm: Fritzes förlag.

Statens institutionsstyrelse. (2006). *Råd och anvisningar för SiS utredningar inom LVM-vården*, dnr 10-486-2006.

Statens institutionsstyrelse. (2012). *Reviderade riktlinjer 2012 för utredningsverksamheten vid SiS LVM hem*, dnr 11-463-2012.

Statens institutionsstyrelse. (2013). *Behov av gemensam individuell vårdplan hos unga och vuxna inom SiS*, dnr 1.1.4-544-2013.

Statens institutionsstyrelse (2013a). *Personer intagna på SiS LVM-hem 2012. Institutionsvård i fokus*, nr 5. Statens institutionsstyrelse.

Svensson, K. (2005). *Relationer och meningsskapande mekanismer i socialtjänstens arbete med LVM*. Working paper-serien 2005:3. Lunds universitet: Socialhögskolan.

Söderholm Carpelan, K., & Runquist, W. (Red.) (2002). *Ung med tung social problematik – Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Västervik: Gothia förlag.

Sörensen, H.J., Jepsen, P.W., Haastруп, S., & Juel, K. (2005). Drug-Use Pattern, Comorbid Psychosis and Mortality in People with a History of Opioid Addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 244–249.

Trulsson, K. (1993). *Kvinnorummet – vision, verklighet, vardag: Rapport från ett behandlingshem för kvinnor*. Stockholm: Kvinnoforum.

Trulsson, K., & Segraeus, V. (2011). Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården. I *Missbruket, kunskapen och vården*. SOU 2011:6, 493–526.

Tönnesen, H. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. I *Missbruket, kunskapen, vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:35, 237–279.

Uchtenhagen, U., & Zieglänsberger, W. (2000). *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und Therapeutisches Management*. München: Urban & Fischer Verlag.

Ward, R.M. (2008). Assessment and Assessor Experiences of Significant Events in Psychological Assessment Feedback. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 307–322.

Verheul, R. (2001). Co-Morbidity of Personality Disorders in Individuals with Substance Use Disorders. *European Psychiatry*, 16, 274–282.

Wirbing, P., & Borg, S. (2011). *Integrerad behandling av dubbeldiagnoser*. Lund: Studentlitteratur.

Åkesson, N., & Dovik, N. (1998). *Socialsekreterarnas uppfattning om kvalitet i LVU-vården*. Psykoterapiexamensuppsats. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

Öjehagen, A. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. I *Missbruket, kunskapen och vården*. SOU 2011(6): 223–237. Stockholm: Socialdepartementet.

Förteckning över bilagor

Bilaga 1. Skillnader och likheter i utredningsförfarandet mellan Hornö och Lunden.

Bilaga 2. Introduktionsbrev och medgivande för klienterna vid Hornö och Lunden.

Bilaga 3. Introduktionsbrev och medgivande för socialsekreterarna till klienterna.

Bilaga 4. Kodningsmanual för överlämningsmötena.

Bilaga 5. Intervjuguide till klient, socialsekreterare och personal.

Bilaga 6. Kodningsmanual för intervjuer med klienter och socialsekreterare efter överlämningsmötet



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Mats Fridell, docent, universitetslektor

BILAGA 2: Medgivande för patienter

HEJ,

Du har just genomfört en psykologisk utredning tillsammans med LVM-hemmet psykolog och psykiater. Jag och en kollega vill nu veta hur du ser på utredningen och hur Du tycker att avrapporteringen till din socialsekreterare görs. Det är personer vid två LVM-hem som vi frågar: Lundens och Hornö.

Jag ber Dig således som tillstånd att få sitta med vid den behandlingskonferens där din utredning diskuteras och efter detta att få göra en intervju med Dig personligen för att höra hur Du uppfattat utredningen och om Du tycker att Du har nytta av vad man har kommit fram till. Jag vill vidare få Ditt tillstånd att läsa den slutliga utredningen och därmed av sekretesskyddat material och behöver Ditt personliga medgivande för att kunna göra det.

Din medverkan är givetvis helt frivillig och Du kan även, om Du låter Dig intervjuas, avstå att svara på enskilda frågor. Du kan när som helst avbryta Din medverkan i studien utan att motivera Ditt beslut. Ett sådant beslut kommer inte att påverka din situation eller ev. framtida vård.

Det vi kommer fram till är underkastat forskningssekretess och får endast användas av forskarna. Vi som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Varken institutionerna eller andra utanför projektet har rätt att se dina svar. När undersökningen är slutförd kommer data att avidentifieras. Du själv och de institutioner som medverkar får i sinom tid en rapport som sammanfattar resultaten, men utan att någon enskild persons identitet avslöjas.

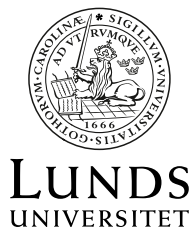
Du kan kontakta mig Frankerat svarskuvert medföljer.

Med vänliga hälsningar

Kontakta mig personligen på adressen Mats Fridell, institutionen för psykologi, Lunds Universitet, BOX 213, 221 00 LUND.

Mats Fridell, Docent, universitetslektor
Leg psykolog/leg psykoterapeut
Specialist, klinisk psykologi & organisationspsykologi

Postadress Box 213, 221 00 LUND *Besöksadress* Paradisgatan 5 Ing. O *Telefon dir* 046-222 33 21,
växel 046-222 00 00 *Telefax* 046-222 91 12 *E-post* mats.fridell@psychology.lu.se
Internet <http://www.ip.lu.se>



2008-
Skriftligt medgivande från
Socialsekreterare till att
forskaren sitter med i
behandlingskonferens och
till kort efterföljande
intervju

Version 2008.08.03

Institutionen för

Kvalitetsstudie av utredningsverksamheten i LVM-vården;

Utredningar av klienternas psykiska och somatiska hälsa beställs i ökande omfattning från LVM-vården. Vi är två forskare som genomför en undersökning där vi studerar kvaliteten i hur informationen i utredningarna avrapporteras dels till Dig som socialsekreterare, dels till klienten och till kontaktpersonen vid LVM-hemmet. Tre LVM-hem ingår undersökningen: Lunden i Lund, Hornö i Stockholm samt Frösö LVM-hem i Östersund.

Jag ber om tillstånd att få sitta med vid den behandlingskonferens där din klients utredning diskuteras och att i anslutning till denna få göra en intervju med Dig om ca 20 minuter för att höra hur Du ser på utredningen och om Du tycker att Du har nytta av den för din kommande planering. Klienten har gått med på att vi sitter med och att vi får ta del av den slutliga utredningen som är känsligt och sekretesskyddat material. Vi behöver också Ditt personliga medgivande för att få sitta med.

Din medverkan liksom klientens är helt frivillig och Du kan även, om Du låter Dig intervjuas, avstå att svara på enskilda frågor. Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande i studien utan att behöva ange skäl därtill, och ditt beslut kommer inte att påverka din klients situation eller ev. framtida vård. Vi som arbetar med undersökningen är underkastade forskningssekretess. Varken institutionerna eller andra utanför projektet har rätt att ta del av intervjumaterialet. När undersökningen är slutförd kommer data att avidentifieras. Resultaten kommer att offentliggöras i en publikation från Statens Institutionsstyrelse om något år.

Du kan kontakta mig personligen på adressen Mats Fridell, institutionen för psykologi, Lunds Universitet, BOX 213, 221 00 LUND. Frankerat svarskuvert medföljer. Tacksam för svar omgående.

Med vänliga hälsningar

Mats Fridell, docent, universitetslektor
Leg psykolog/leg psykoterapeut
Specialist i klinisk psykologi och i organisationspsykologi

Postadress Box 213, 221 00 LUND *Besöksadress* Paradisgatan 5 Ing. O *Telefon dir* 046-222 33 21,
växel 046-222 00 00 *Telefax* 046-222 91 12 *E-post* mats.fridell@psychology.lu.se
Internet <http://www.ip.lu.se>

BILAGA 4: BEDÖMNING AV ÖVERLÄMNINGSSAMTAL

Ange om följande punkter förekommer i mötet, markera i texten och markera exempel och citat.

A. Klientcentrering
Försök bedöma de olika personernas sätt att tala med klienten enligt punkt 1-6
1. Talar med klienten (ej om), ange + eller -
2. Förståeligt språk (t ex översätter diagnostermer till vardagsspråk, förklarar vad ett resultat betyder i praktiken)
3. Beskrivning av behov och tillgångar snarare än brister och patologi
4. Frågar klienten (öppna frågor, hur, var när snarare än slutna)
5. Svarar på klientens frågor
6. Visa intresse för klientens önskemål
B. Psykologens presentation
1 Vad var uppdraget? (Ange hur det beskrivs)
2. Pedagogiskt upplägg (hur strukturerar man mötet) utgå från punkt 1-6 från klientcentrering
3. Historiskt/anamnestiskt sammanhang/bakgrund
4. Försäkra sig om feedback från klient och socialsekreterare
5. Behandling, konsekvenser för behandlingsplanering
6. Beskrivning av metoder/test, grad av säkerhet
7. Beteende i testsituation och under utredning
C. Kontaktperson
8. Beteende på avdelningen
D. Mötesordning
1. Ledarskap/ordförandeskap
2. Inledning, tydliggör syftet med överlämningen
3. Utredningsresultat och rekommendationer
4. Planering
5. Avslut

BILAGA 5. INTERVJUFRÅGOR

Intervjuer med Klient, socialsekreterare, personal

Allmänt

Inled, presentera oss, syftet med intervjun, betona att vi tycker att det bra att de vill vara med samt att det är viktigt, stäm av vem som gjort utredningen, hur länge här, var man kommer från?

1. Vad tyckte du om mötet?
2. När du fått höra om utredningen tycker du då att de som gjort den har förklarat på ett bra sätt?
3. Vad av det som togs upp i utredning och under mötet tycker du skulle kunna förklaras bättre.
4. Vad skulle du vilja veta mer om, få bättre information om? (Om du fick veta detta, vad skulle det betyda för dig?)
5. Om du tittar tillbaks på hela den här utredningen (det jobb ni gjort när du träffat x) är det något särskilt du tyckte var viktigt?
6. Berätta om något som du tyckte var bra. (följ upp, vad gjorde x då, vad tänkte du om det, vad kan det betyda i framtiden?)
7. Vad tycker du man skulle kunna göra bättre eller på ett annat sätt?
8. Mötet idag: vad ledde det till som du ser det?
9. Vad tror du utredningen kommer att betyda för framtiden, behandling, din kontakt med soc (namn)?

Strukturerade kvalitetsfrågor om (skalor)

- a. utredningen i sin helhet
 - b. överlämningen
10. Känns det bra att få sitta och diskutera personliga problem på det sättet Du gjort med en erfaren psykolog? Är det ett bra sätt att samtala för Dig ?
 11. Om du skulle ge ett råd till någon som är i samma situation som du och skall vara med om en utredning, vad skulle du vilja ge för något råd?

Avslutning

Tacka, betona att det är viktigt, knyt an till det vi tagit upp i brevet och medgivandet.

BILAGA 6: Kodning av intervju med klient och med socialsekreterare

Fingerat namn på klienten _____ Nummer _____

Den andra delen av intervjun handlar om två intressenter. Patienten respektive socialsekreteraren. Vi sade att Mats och Robert skattar patientens utsagor var för sig och sedan tillsammans. medan Mats och Ylva skattar socialsekreterarnas syn och reaktioner på samma sätt.

FÖRSLAG: Bedömningarna görs för varje kategori som 1=JA, 0= nej och - som ej bedömt. Som kriterium för poäng räknas att patienten minst en gång uttalat att man är nöjd respektive missnöjd med något, eller att patienten svarar på direkt fråga, eller att en längre diskussion kring ett givet ämne bedöms och poängsätts. Ibland behövs delar av ett längre resonemang där patienten beskriver (text 1.5. nedan). **Vi använder således kodning på teckennivå.**

(1) Upplevelsen av mötet: minst ett uttalande, en beskrivning eller ett svar på fråga

- 1.1. Om mötet uppfattades som bra i vid mening? *uttalande*
- 1.2. Om mötet kändes konstruktivt - *patienten beskriver på vilket sätt*
- 1.3. Om man kände sig stöttad av personalen vid mötet – *uttalande*
- 1.4. Om man kände sig ha stöd från sin socialsekreterare – *uttalande eller sätt*
- 1.5. Om man tyckte att mötesdeltagarna ”förstod” klienten – *krävs att patienten beskriver*
- 1.6. Om man kände sig kritiskt behandlad eller oförstådd – *vägs mot ovanstående*

SKRIV ETT CITAT: _____

(2) Förståelsen av innehållet – måste framgå att patienten ser variabeln på ett visst sätt

- 2.1. Om klienten kände att de förstod det som gått igenom i testen – *ett bekräftande*
- 2.2. Om det fanns oklarheter kvar i fråga om vad olika saker betyder – *uttalande, fråga, svar*
- 2.3. Om klienten kände att det var viktigt att få kunskap om problemen – *uttalande*
- 2.4. Om klienten tyckte att man haft hjälp av bedömningarna: *-uttalande, bekräftande på fråga*
- 2.5. Om klienten upplevde att bedömningen var till hjälp vid planeringen – *uttalande, svar*
- 2.6. Var det saker som togs upp utan att ha diskuterats vidare. - *konstaterande, svar på fråga.*

SKRIV ETT CITAT: _____

(3) Betydelsen av utredningen i behandlingsplaneringen

- 3.1. Om klienten tyckte att utredningen verkade ha relevans för planeringen – *uttalande, svar*
- 3.2. Om klienten tyckte att den fortsatta behandlingen stämde med hans egna önskningar – *uttalande, svar, eller tyckte att slutsatsen kring planeringen vid mötet var okay.*
- 3.3. Om klienten var nöjd eller missnöjd med kontakten med psykologen – *uttalande, svar*
- 3.4. Om klienten var nöjd eller missnöjd med socialsekreteraren – *uttalande, svar, "soc"*
- 3.5. Om klienten var nöjd eller missnöjd med kontakt- och behandlingspers., *uttalande, svar*

SKRIV ETT CITAT: _____

(4) Upplevelsen av utredningsprocessen – uttalande, svar eller beskrivning

- 4.1. Om klienten var nöjd med kontakten med psykologerna – *uttalande, svar, beskrivning*
- 4.2. Om klienten känd sig hjälpt av själva utredningsresultaten – *uttalande, svar beskrivning*
- 4.3. Om klienten kände att samtalen kring orsaker och problem med psykologen var till hjälp
- 4.3. Om man skulle rekommendera ngn annan samma utredningsförfarande. *Svar på fråga*

(5) Utredning kontra andra aktiviteter – bedöm hur patienten beskriver

- 5.1. Om hela vistelsen på LVM-hemmet består av en 5-gradig skala hur viktig var just utredningsdelen.
- 5.2. Är klienten nöjd med LVM-vistelsen i sig.
- 5.3. Allmän beskrivning av vistelsen i LVM-hemmet generellt:

Skriv ett statement: _____

**INTERVJUER MED UTREDANDE PSYKOLOG OCH KONTAKTPERSON
GJORDES ENLIGT UNGEFÄR SAMMA MALL.**

Författarpresentationer



Mats Fridell är psykolog, psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi och organisationspsykologi och är verksam som professor i psykologi vid Lunds universitet. Han har lång erfarenhet av klinisk forskning inom missbruksvård och tvångsvård.

Läs mer:

<http://www.lu.se/lucat/user/2d33a589a803d9ff1ea3c6f63f6caadc>



Robert Holmberg är psykolog och universitetslektor vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Robert Holmbergs forskning berör förändringsprocesser och implementering inom offentlig verksamhet men även ledarskap, ledarutveckling och HR-frågor.

Läs mer:

<http://www.lu.se/lucat/user/b7ac95f064dce3d38213ac13b7008f2a>



Ylva Benderix sjuksköterska, psykoterapeut och doktor i vårdvetenskap är lektor vid Institutionen för psykologi på Linnéuniversitetet i Växjö. Ylva Benderix disputerade 2007 på en avhandling om familjers och personals erfarenheter av personer med autism.

Läs mer:

<http://lnu.se/sok?q=yuva+benderix>

Det övergripande syftet med tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall är att motivera individen till fortsatt vård, i frivilliga former. Hur denna uppgift ska lösas är ingen enkel fråga, men den så kallade LVM-utredningen 2004 pekade på stora behov av att utveckla vårdens innehåll och kvalitet i enlighet med ny kunskap på fältet. År 2005 gjordes ett förtydligande i lagstiftningen som innebar att tvångsvårdens uppdrag skulle genomföras med hjälp av behövliga insatser. För att kunna bestämma vilka insatser som är behövliga är det avgörande att en ordentlig utredning görs, det vill säga en systematisk kartläggning och bedömning av individens problem såväl som resurser. För att en utredning ska få genomslag i behandlingsarbetet och vårdplaneringen är dock förmedlingen av stor betydelse; hur uppfattas utredningen av mottagarna och hur användbar är den? I rapporten redovisas resultat från en studie som genomfördes på två institutioner som varit förefångare när det gäller utredningsverksamheten inom LVM-vården. Genom deltagande observation på överlämningsmöten samt uppföljande intervjuer med klienter, socialsekreterare och institutionspersonal analyserar forskarna hur en psykologutredning delges och tolkas. När alla klienter numera erbjuds en strukturerad utredning under placeringen bidrar rapporten till att belysa utredningarnas potentiella betydelse i LVM-vården.

ISBN 978-91-87053-32-0