SiS följer upp och utvecklar

3/03

Unga kvinnors möte med vården inom SiS

Det finns inga hopplösa fall, eller ...?

Mai-Louise Björk
Inger J:son Knodt

Statens institutions styrelse SiS

Det finns inga hopplösa fall, eller…?

Unga kvinnors möte med vården inom SiS

Mai-Louise Björk *Inger J:son Knodt*

Författarpresentation

Mai-Louise Björk är socionom med fortbildning och handledarutbildning i psykosocialt behandlingsarbete. Hon arbetar på Ungdomshemmet Lunden som utredningssekreterare.

Inger J:son Knodt är socionom och arbetar som behandlingsassistent på Behandlingshemmet Runnagården. Inger är med i Krisstödsgruppen och kvinnoperpektivgruppen på Runnagården samt har tidigare varit med i nätverket för kvinnoinstitutionerna.

Båda har lång erfarenhet av socialt behandlingsarbete inom socialtjänsten, missbrukarvården och ungdomsvården. Under projekttiden har de varit tjänstlediga 50 procent från sina respektive tjänster.

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Rapport 3/03
ISSN 1403-1558

EKBLADS AB C O Ekblad & Co, Västervik 2003

Förord

Två SiS-institutioner, Ljungaskog, ett särskilt ungdomshem för flickor och Runnagården, ett LVM-hem för missbrukande kvinnor har under två års tid bedrivit ett gemensamt utvecklingsprojekt under namnet *Det finns inga hopplösa fall*. Syftet med projektet har varit att utveckla vården för flickor och kvinnor på basis av erfarenheter från såväl ungdoms- som den vuxna missbrukarvården inom SiS. Denna rapport, skriven av Mai-Louise Björk och Inger J:son Knodt, är en slutredovisning av projektet. En delrapport med titeln *Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM* av Anette Kindstrand och Tomas Theorin gavs ut år 2002, nr 3, i denna serie.

Utgångspunkten för projektet var funderingar kring en del flickor som relativt snart efter utskrivning från LVU-vården blev föremål för en LVM-placering. Delrapporten visade att det som skilde en grupp flickor som endast förekom inom LVU från en grupp som förekom inom LVU och LVM relativt nära i tiden var hur väl strukturerad behandlingen av dem var inom SiS. Denna kunskap har legat till grund för den metodutveckling som ägt rum under projektets senare del. I det konkreta projektarbetet har avdelning Nyhaga på Ljungaskog och avdelning 3 på Runnagården medverkat.

En manual som stöd för behandlingsplanering har utvecklats och använts på de båda avdelningarna. Arbetet har en teoretisk förankring i fyra hörnstenar, nämligen det individuella samtalet, symtomtolerans, väninnerelationer och eftervården. Den teoretiska förståelseramen har utvecklats av Karin Trulsson, Kvinnoforum i Stockholm, som handlett arbetet med de båda rapporterna som projektet utmynnat i.

Projektet, som är av pilotkaraktär, ger exempel på vad som kan åstadkommas i ett utvecklingsprojekt med strukturerat samarbete mellan ungdoms- och vuxenvård.

Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord 3

1 Inledning 6

2 Bakgrund 8
2.1 Upptakten till projektet – projektbeskrivning 8
2.2 Sammanfattning av rapporten "Barfotabarn" 9
Bakomliggande problematik 9
Psykiatrisk problematik 10
Sammansättningen av nätverken 10
Utagerande beteende 10
Behandlingens utformning 10
Eftervård 11
2.3 De fyra hörnstenarna 11
2.4 Presentation av institutionerna och avdelningarna 13
Runnagården 13
Avdelning 3 på Runnagården 14
Ljungaskog 14
Avdelning Nyhaga på Ljungaskog 15

3 Tillvägagångssätt 16
3.1 Manualen med kommentar 16
Inledning 17
Utredning 17
Bedömning 19
Behandling 20
Eftervård 21

4 Från tanke till handling – om utvecklingsprocessen 23
4.1 Förankring av projektet 23
Runnagården 23
Ljungaskog 23
4.2 Utveckling av projektet 24
Runnagården 24
Ljungaskog 26

5 Synen på nuvarande verksamhet **30**
5.1 Personalens funderingar kring deltagandet i projektet 30
Runnagården 30
Ljungaskog 31
5.2 Intryck och reflektioner från studiebesöken 31
5.3 Slutkommentarer från personalgrupperna 33
Runnagården 33
Ljungaskog 34
5.4 Flickornas/kvinnornas syn på behandlingen 34
Runnagården 34
Ljungaskog 36

6 Tankar om utveckling **39**
6.1 Manualen 39
6.2 Personal 40
6.3 De unga kvinnorna 40
6.4 Samverkan 41

7 Slutord (av institutionscheferna) **44**

Referenser **46**

Bilaga 1: Projektmanual, framsida 47
Bilaga 2: Projektmanual, baksida 48
Bilaga 3: Resursintervju 50
Bilaga 4: Enkät till personal – projektet "Det finns inga hopplösa fall" 52
Bilaga 5: Frågor till behandlingsassistenter och avdelningsföreståndare i samband med ömsesidiga studiebesök på Runnagården–Ljungaskog 54
Bilaga 6: Frågor till flickorna/kvinnorna på Runnagården och Ljungaskog 55
Bilaga 7: Slutkommentar från personalen på avd 3 på Runnagården och avd Nyhaga på Ljungaskog. 56

I Inledning

Denna rapport redovisar samarbetsprojektet *Det finns inga hopplösa fall* mellan Ljungaskog, ett särskilt ungdomshem för flickor, och Behandlingshemmet Runnagården, ett LVM-hem för kvinnor. Utgångspunkten för projektet var funderingar kring varför en del flickor relativt snart efter utskrivningen från LVU-vården blev föremål för en LVM-placering. Projektets syfte har varit att försöka stoppa flickors/kvinnors rundgång inom vården och utveckla vården för flickor och kvinnor inom ungdoms- och vuxenvården inom SiS.

Projektet är indelat i två delar, den första delen redovisades i rapporten *Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM* (Kindstrand & Theorin, 2002) och berör ett antal faktorer som har betydelse för unga kvinnors rundgång inom vården. Rapporten redovisar en studie av två grupper flickor, en grupp som endast förekommer inom LVU-vården och en grupp som förekommer inom både LVU- och LVM-vården relativt nära i tiden. Grupperna hade liknande bakomliggande problematik och ett aktivt missbruk när de aktualiserades inom den särskilda ungdomsvården. Rapporten visar tydliga skillnader i behandlingen av dessa två grupper av flickor inom LVU-vården.

> De faktorer, som verkar ha en avgörande betydelse för om flickorna blir föremål för fortsatt tvångsvård eller inte är om det funnits en utredning till grund för behandlingsplaneringen, om planeringen för flickan gjorts och följts upp i samarbete mellan institutionen och socialtjänsten, hur samarbetet och rollfördelningen mellan dessa parter sett ut samt om behandlingsstrukturen varit klar och tydlig. Vidare har det visat sig, att ett aktivt nätverksarbete med familj och andra för flickan viktiga personer utanför institutionen varit viktigt, bland annat för att flickan skall få tillgång till sin egen historia och för att bibehålla kontakten med världen utanför institutionen. Andra betydelsefulla delar är flickans socialiseringsprocess, hur de vuxna reagerat på och bemött flickans olika symtom, beteenden och hur eftervården varit upplagd. Rapportens resultat visar inte bara på faktorer som kan bidra till att förbättra behandlingen av flickor/unga kvinnor, utan också på möjligheten att föra in ett medvetet kvinnoperspektiv i vården av flickorna/de unga kvinnorna som finns inom LVU- och LVM-vården i SiS regi.

Vårt uppdrag i projektets andra del har varit att förankra tankar och idéer utifrån resultaten av projektets första del och försöka föra in ett kvinnoperspektiv i vården av flickor/unga kvinnor med missbruksproblem inom SiS.

Målet har varit att hitta en metod där

- flickans/kvinnans behov sätts i centrum
- rundgången mellan olika institutioner och vårdformer förhindras

- flickan/kvinnan får adekvat vård för sina missbruksproblem
- de bakomliggande problemen synliggörs och beaktas i behandlingen
- flickans/kvinnans relationer berikas
- kvinnorollen stärks
- ett gemensamt ansvar och respektfullt samarbete mellan socialtjänsten och institutionerna utgör grunden för samhällets gemensamma ansvar för de unga kvinnorna.

Vidare skall projektet också försöka visa samverkansmöjligheterna mellan LVU- och LVM-vården och verka för att öka personalens kompetens för att medvetet arbeta med missbruk inom både LVU- och LVM-vården.

Eftersom denna rapport skall ses som en slutrapport för hela projektet *Det finns inga hopplösa fall* redovisar vi kort delrapporten *Barfotabarn* med speciell tonvikt på den behandlingsmodell som presenteras.

LVM-hemmet Runnagården och det särskilda ungdomshemmet Ljungaskog, som är de institutioner som hela tiden varit aktiva i projektet, presenteras kort. Det gäller också de två avdelningar som varit aktuella i det förankringsarbete som ligger till grund för projektets andra del. I det konkreta arbetet med metodutvecklingen har avdelning Nyhaga på Ljungaskog och avdelning 3 på Runnagården deltagit.

De viktigaste samarbetspartners vi haft under projektets andra del har varit personalen på våra "projektavdelningar". Deras förväntningar på att delta i projektet framgår av den enkät de besvarat. Intrycket av varandras verksamheter som kom till stånd genom ömsesidiga studiebesök och en gemensam temadag kring detta beskrivs. Även personalens slutkommentar till projektet redovisas. Andra självklara samarbetspartners har varit flickorna/de unga kvinnorna vars bilder av de aktuella avdelningarna är viktiga. De fick besvara samma frågor som personalen fick inför sina studiebesök.

För att ha en grund i vårt utvecklingsarbete utarbetade vi en projektmanual, som bygger teoretiskt på resultatet av första delrapporten och som utgjort en arbetsmall för avdelningarna. Denna kommenterar vi grundligt eftersom den visar ett sätt att förankra teorin i det vardagliga praktiska arbetet på avdelningarna. Vi såg ett behov av en intervju som visade på flickornas/kvinnornas resurser, en resursintervju, som ett komplement till ADAD/DOK-intervjuerna, vilket redovisas.

Vi beskriver även hur projektet har utvecklats, förändrats över tid och hur vi gått till väga för att försöka förankra våra tankar på avdelningarna och den process som detta medfört. Projektmötesprotokoll och våra egna dagboksanteckningar utgör grundmaterialet för denna beskrivning.

Till slut reflekterar vi kring om och hur det är möjligt att utveckla verksamheterna för att kunna leva upp till målen i detta projekt.

Rapporten avslutas med ett slutord av institutionscheferna.

2 Bakgrund

2.1 Upptakten till projektet – projektbeskrivning

Syftet med projektets första del var att göra en kartläggning av de faktorer som har betydelse i behandlingen av de flickor som är intagna på LVU-hem i SiS regi. Under år 2000, projektets första år, bestod projektgruppen av institutionscheferna Stig Bengtsson, Ljungaskog och Tomas Ring, Runnagården, projektledarna Anette Kindstrand, Ljungaskog och Tomas Theorin, Runnagården samt vetenskaplig handledare Karin Trulsson, Kvinnoforum i Stockholm. I januari 2001 slutade projektledaren på Ljungaskog och en ny tillsattes.

Tiden januari 2001 till mitten av mars 2001 präglades av en bearbetning av projektets första delrapport *Barfotabarn*. Därefter tog projektets andra del vid. Vi ställde oss frågan om slutsatserna i delrapporten kunde användas för att förbättra och utveckla vården för unga kvinnor med missbruksproblem inom tvångsvården? Denna frågeställning var utgångspunkten för projektets andra del – att förankra slutsatserna i det dagliga arbetet på våra institutioner.

Tanken var från början att slutsatserna i *Barfotabarn* skulle prövas i arbetet med ett antal pilotfall. Angående pilotfallen skulle någon eller några kontaktpersoner utses på respektive institution, och arbetsgrupper tillsammans med projektledarna skulle kunna vara en arbetsform för att genomföra metodutvecklingen. Rapporten skulle vara styrande för denna.

Eftersom det var tveksamt om Runnagården och Ljungaskog hade tillräckligt många pilotfall skulle Lundens LVM-hem och det särskilda ungdomshemmet Bergsmansgården tillfrågas om de hade något ärende.

I april månad slutade projektledaren på Runnagården och det blev ett tydligt avbrott i projektarbetet.

På ett projektmöte i Malmö i maj 2001 beslutades i samråd med Vera Segraeus, SiS FoU, att projektet endast skulle omfatta institutionerna Ljungaskog och Runnagården. Slutsatserna från *Barfotabarn* skulle vara vägledande för behandlingen av två pilotfall per institution. Möjligheter, svårigheter, samarbetsvägar och eventuellt andra faktorer skulle jämföras och målet vara att se detta projekt också ur ett samverkansperspektiv.

I augusti tillträdde nuvarande projektledaren på Runnagården. Hon var dock med på mötet redan i maj månad. Nya förhoppningar väcktes i projektet.

Vårt arbete som projektledare skulle vara informativt och vägledande, medan det praktiska arbetet skulle skötas av avdelningspersonalen. Vi trodde inte att det skulle vara något problem att hitta pilotfall, utifrån de uppsatta kriterierna:

– Ålder, födelseår 1979–1983, eventuellt någon född 1984–1985, alltså nära 18 år.

– Omplacerad fler än 3 gånger, företrädesvis inom SiS.
– Inskrivningsdatum så nära i tiden som möjligt för de båda institutionerna.
– Närhetsprincipen med tanke på socialtjänstens tillgänglighet.

Det visade sig mer än svårt, plötsligt var denna grupp "försvunnen" från våra institutioner. Av de flickor/kvinnor som uppfyllde kriterierna, fick någon sitt LVM avskrivet, någon överflyttades till annan institution, någon avvek o s v. Vi beslöt därför att låta samtliga flickor/kvinnor på avdelning 3 och avdelning Nyhaga delta i projektet. Närheten till socialtjänsten beaktades inte eftersom inga enskilda pilotfall utsågs.

Projektgruppen, institutionscheferna och projektledarna, har mötts ungefär varannan månad. Vid några tillfällen har vetenskaplig handledare bjudits in till dessa möten. Projektledarna och vetenskaplig handledare har haft regelbundna möten. Arbetet i båda grupperna har protokollförts.

2.2 Sammanfattning av rapporten *Barfotabarn*

Rapporten har sin grund i en intention att förstå vilka faktorer som bidrar till att utveckla behandlingen av flickorna inom LVU- och LVM-vården. Hur gestaltar sig behandlingstiden inom ungdomsvården, hur utformas samarbetet mellan de olika parterna, flickan, hennes nätverk, socialtjänsten och behandlingshemmet. De svar och möjliga slutsatser som dragits skulle kunna bidra till att utveckla metodiken inom ungdomsvården för flickor och skapa en gynnsam utveckling för dem som grupp.

Undersökningen i rapporten är upplagd som en fallstudie avseende 16 flickor födda mellan 1974 och 1980. Flickorna hade varit omhändertagna enligt LVU, placerade inom SiS och hade företrädesvis flera placeringar under en längre tid. Alla flickorna hade ett dokumenterat missbruk och hälften av dem hade erhållit LVM-vård i nära anslutning till LVU-vården. Det empiriska materialet bestod av journaluppgifter avseende samtliga flickor samt intervjuer med två flickor ur vardera av följande grupper:

Grupp 1, är de som har varit placerade inom ungdomsvården enligt LVU och därefter klarat av sitt liv utan att ha blivit föremål för LVM-vård.
Grupp 2, har ganska snart efter det att vården enligt LVU upphört blivit aktuella för en placering inom LVM-vården.

Bakomliggande problematik

När det gällde flickornas bakomliggande problematik skilde sig grupperna obetydligt. Förekomsten av missbruk i ursprungsfamiljerna var lika för båda grupperna, medan *sexuella övergrepp* eller misstankar härom förekom för tio av de 16 flickorna, fyra i *grupp 1* och sex i *grupp 2*. Avseende *prostitution* var skillnaderna inte stora, det förekom hos nio flickor, fyra i *grupp 1* och fem i *grupp 2*, som ett sätt att finansiera

missbruket. *Kriminalitet* förkom hos elva flickor, fem i *grupp 1* och sex i *grupp 2*, varav en flicka även hade kriminalitet som inte var missbruksrelaterad.

Psykiatrisk problematik

Det var heller ingen större skillnad mellan de båda gruppernas *psykiatriska problematik*. Åtta flickor, fyra *i varje grupp* hade varit utsatta för *fysisk och eller psykisk misshandel*. I både *grupp 1 och 2* hade tre av flickorna vårdats med stöd av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning. Hälften av flickorna i båda grupperna visade tecken på att allvarligt kunna skada sig själva. Vad som dock skiljer grupperna åt var att fyra av flickorna i *grupp 1* bedömdes ha eller ha haft *psykiska problem i form av psykoser* men ingen i *grupp 2*. En flicka i *grupp 1* och tre av flickorna i *grupp 2* bar på *obearbetade trauman*. I *grupp 1* uppvisade fem flickor tecken på någon form av *ätstörning*. Fyra av dem hade en uttalad anorexiproblematik och för den femte flickan misstänkte man problem. I *grupp 2* hade tre flickor anteckningar om ätstörningsproblem. För två av flickorna ansågs det vara ett trotsbeteende av övergående karaktär. En flicka i gruppen hade anorexiproblematik.

Sammansättningen av nätverken

Sammansättningen av nätverken skiljer sig åt. I *grupp 1* fanns föräldrapar, syskon och släktingar bland de anhöriga, en flicka hade endast sin moder i nätverket. Inom *grupp 2* bestod nästan samtliga anhöriga av enstaka personer och för tre av flickorna var det mödrarna som förekom mer eller mindre sporadiskt.

Utagerande beteende

Utagerande beteende med våldsinslag skilde inte mycket mellan grupperna. Anteckningarna beskriver överfall på personal, ofta planerade, anlagda bränder och även överfall på andra flickor på institutionerna. Hälften av flickorna i *grupp 1* hade utagerande beteende och sex flickor i *grupp 2*. För fyra av dessa var det ett bestående beteende under vårdtiden.

Behandlingens utformning

Den stora skillnaden för flickorna verkar ha varit hur behandlingen utformats, dess innehåll och genomförande, vilket är värt att ta fasta på när metodutvecklingsinsatser övervägs. Samtliga flickor i *grupp 1* hade en *utredning* med behandlingsrekommendation som grund för det fortsatta behandlingsarbetet men endast hälften av flickorna i *grupp 2*. För denna grupp fullföljdes inte socialtjänstens utredningsuppdrag. Utredningarnas bristfällighet motiverades med flickans beteende, vägran att medverka, ofta med avvikningar som bidragande orsak.

I *grupp 1* fanns som regel ett *gott samarbete* mellan socialtjänsten och institutionerna. För flickorna i *grupp 2* däremot redovisas *bristande samarbete eller en formell kontakt* för de flesta flickorna. *Behandlingsstrukturen* är hög för flickorna i

grupp 1. Vuxenansvaret är framträdande och flickorna känner trygghet i form av kontinuitet. Det finns en konsekvent linje i behandlingen, man är engagerad och arbetar långsiktigt. Flickorna får viktiga relationer, oftast till kontaktpersoner. För *grupp 2* är behandlingsstrukturen låg. Planeringarna är bristfälliga, ändras, avbryts ofta och "flickorna styr behandlingen". Kontakt och relationsuppbyggnad förefaller bristfällig. Någon form av *nätverksarbete* förekommer för samtliga flickor i *grupp 1* till skillnad från *grupp 2* där sådant saknas.

I *grupp1* var en flicka *omplacerad* minst 3 gånger och två av flickorna omplacerades vid något enstaka tillfälle, en av dem akutplacerades på annan institution i avvaktan på plats vid en tilltänkt institution. I *grupp 2* blev fem flickor omplacerade tre eller fler gånger och tre av flickorna omplacerades vid två tillfällen. Gruppen präglas av omflyttningar och brist på kontinuitet.

Eftervård

I *grupp 1* erhöll samtliga flickor en strukturerad eftervård. I *grupp 2* gjordes försök till eftervård för fyra av flickorna. För två var det fråga om eget boende och två flickor hade eftervårdsavtal, som dock inte fullföljdes. För övriga fyra flickor saknades eftervård.

Rapporten *Barfotabarn* berör ovanstående utifrån den teoretiska kunskap som finns om flickors utveckling och socialiseringsprocess, identitetsutveckling med ett genusperspektiv.

2.3 De fyra hörnstenarna

Undersökningen som presenteras i *Barfotabarn* pekar på att unga kvinnors behov av behandling liknar det som framkommit vid behandling av vuxna kvinnliga missbrukare. Därför valdes en förståelseram *De fyra hörnstenarna*. Det har i missbruksbehandling av kvinnor utvecklats ur de kunskaper som finns kring kvinnors socialisationsprocess och position i samhället. Karin Trulsson (2000) har redovisat framväxten av behandlingen vid Sofia behandlingshem för missbrukande kvinnor i Malmö. Den har också varit föremål för annan forskning (Fridell, 2002; Laanemets, 2002). Eftersom hela projektet grundar sig på samma förståelseram, väljer vi att presentera denna på samma sätt som i *Barfotabarn*.

Trulsson redogör för bakgrunden till de fyra hörnstenarna; *det individuella samtalet, symtomtolerans, väninnerelationer samt eftervården*. Dessa fyra hörnstenar har visat sig betydelsefulla i behandlingen av kvinnor med missbruksproblem och grundar sig på vad kvinnorna själva i intervjuer lyfter fram som de viktigaste inslagen i behandlingen (Trulsson, a.a.). Denna förståelseram är förankrad i såväl teori som praktik. Erfarenheterna har visat att kvinnorna genom dessa hörnstenar i behandlingen får en ny möjlighet att ta igen brister i sin socialisation och att utveckla den egna kvinnliga identiteten.

Inom ramen för förebilden "den goda familjen" eftersträvas ett möte med förstå-

else, stöd och hjälp att värna om de egna gränserna. Redskapet är bland annat de *individuella samtalen* med behandlarna, som skapar en möjlighet för kvinnan att bli sedd, bekräftad och att få tillgång till den egna livshistorian. De skuld- och skamkänslor som kvinnorna bär med sig får de en möjlighet att sätta ord på i en nära relation till en annan kvinna. De missbrukande kvinnornas självkänsla kan stärkas. De kan genom en bärande relation till en annan kvinna utveckla sin relationella förmåga och självständighet, för att forma en kvinnlig identitet som innehåller en förmåga till både närhet och distans. Detta möte blir centralt för de andra stegen. En nära relation till en annan kvinna ger möjlighet att skapa de band som ofta inte knöts till den egna modern under barndomen samt möjlighet till identifikation.

Under behandlingstiden får kvinnor som är mödrar stöd i sin relation till de egna barnen. Därigenom underlättas möjligheten att se barnen som självständiga individer och inte som kvinnornas "raison d'être" (existensberättigande). Utifrån kunskapen kring kvinnors relationella jag, har man tagit fasta på att kvinnornas identitet är förknippad med såväl relationen till barnen som till mannen för att successivt hjälpa kvinnorna att finna en självständighet i förhållande till andra, utan att behöva avstå från kontakten under behandlingstiden.

Väninnerelationer ger möjlighet för kvinnorna att i samspel med andra kvinnor vidareutveckla sin relationella förmåga. Deras relationer till andra kvinnor i missbrukarvärlden har ofta varit fyllda av konkurrens och rivalitet. De kan genom dessa relationer få en ny syn på sig själva och andra kvinnor. För många kvinnor knyts band som finns kvar efter behandlingstidens slut. De behov av närhet och intimitet som många kvinnor tidigare sökte i symbiotiska relationer till män, kan de få genom sina väninnor och kan på så vis skapa nya relationsmönster även i förhållande till män.

Symtomtoleransens funktion är att visa kvinnorna att man i "den goda familjen" inte stöter ut medlemmar som uppvisar symtom, som till exempel återfall i missbruk. Dessa kan ses som ett uttryck för att hantera smärta och påfrestande situationer. De kan även vara ett sätt att se om omgivningen orkar stå kvar och rymmer ytterst frågor om det egna värdet. Är jag värd att älskas? Finns ni kvar?

Eftervården, som vanligtvis omfattar ett år, utgår från principen att "den goda familjen" finns kvar. Familjemedlemmar överges inte utan får fortsatt stöd, när de ger sig ut i världen. Stödet i form av kontaktpersonen och kvinnokollektivet gör det möjligt för kvinnorna att undvika att hamna i känslor av övergivenhet och att i en sådan situation falla tillbaka i gamla handlingsmönster, kanske återfalla i missbruk och i destruktivt beroende till missbrukande män.

Frigörelseprocessen från "familjen" ger kvinnan, genom den långa eftervårdstiden, en möjlighet att "landa" i världen och få vända tillbaka för stöd av behandlingshemmet. Många har saknat sådant stöd tidigare i sitt liv. Dessa hörnstenar i behandlingen samt att kvinnornas stödjande nätverk stärks och utvecklas under behandlingstiden har visat sig vara verksamma faktorer i behandlingen av missbrukande kvinnor.

Diskussionerna i *Barfotabarn* utgår från denna förståelseram och rapporten avslutas med en summering av vad som skulle kunna vara en möjlig väg för att vidareutveckla vården för de tvångsomhändertagna flickorna/unga kvinnorna. Det poängteras att det inte finns några hopplösa fall, utan det handlar mycket om hur behandlingen av den unga kvinnan/flickan organiseras.

För att möta de flickor/unga kvinnor som har behov av större insatser kan man, kortsiktigt och med nuvarande organisationsformer, utnyttja de befintliga resurserna i flera funktioner där flickans/kvinnans behov av insatser sätts i förgrunden. De som utifrån sin livshistoria har behov av mycket trygghet och vuxenstöd bör få behoven tillgodosedda inom vården. Detta är ett gemensamt ansvar för institutionen och socialtjänsten. Har behoven inte blivit tillgodosedda i ungdomsvården och klienten hamnar inom LVM-vården är det naturligtvis extra viktigt att här försöka tillgodose dessa.

Kunskaperna kring flickors socialisationsprocess samt formandet av den kvinnliga identiteten skulle kunna inlemmas i de metoder som tillämpas inom vården. En möjlig väg är att utifrån de fyra hörnstenarna, *individuella samtal, väninnerelationer, symtomtolerans och eftervård*, bygga en behandlingsstruktur med detta innehåll.

De båda vårdformerna LVU och LVM kan genom sina olika kunskapsbaser berika varandra i enlighet med projektets intentioner. LVU kan bidra med en helhetssyn och en utvecklad metodik för nätverksarbete, LVM-vården med sina kunskaper om missbruk. De båda vårdformerna blir på så sätt komplement till varandra genom ett ömsesidigt utbyte av kunskaper till gagn för flickor och kvinnor inom vården.

Sammanfattningsvis kan sägas att rapportens slutsatser skulle kunna bidra till att förbättra behandlingen och föra in ett medvetet kvinnoperspektiv i vården av de unga kvinnorna med missbruksproblem som finns inom LVU- och LVM-vården i SiS regi.

2.4 Presentation av institutionerna och avdelningarna

Samarbetsprojektet omfattade det särskilda ungdomshemmet Ljungaskog och LVM-hemmet Runnagården. Vi ville ha en klar avgränsning och ett hanterbart underlag för att kunna arbeta med den utvecklingsprocess, som det innebär att förankra nya idéer, förtydliga befintligt vårdarbete och göra detta i nära samarbete med både avdelningsledning, behandlingspersonal och institutionsledning. De avdelningar som valdes ut av respektive institutionsledning var den låsbara avdelning Nyhaga på Ljungaskog och avdelning 3, en låst avdelning på Runnagården.

Runnagården

Runnagården är ett LVM-hem för kvinnor med såväl gravt alkohol- eller drogberoende som psykisk sjukdom/störning, så kallad dubbeldiagnos. Institutionen är belägen i Örebro och har 38 platser. Minnesotamodellen och kognitivt förhållningssätt utgör grunden för behandlingsideologin. Arbetet utgår ifrån en biopsykosocial behandlingsmodell, som ger möjlighet att arbeta med såväl beroendet som med den psykiatriska problematiken. Personalen består av sjukvårdspersonal, behandlingsas-

sistenter och alkohol- och drogterapeuter/rådgivare. Dessutom finns extern somatisk och psykiatrisk kompetens knuten till institutionen. Personalen erhåller extern handledning kontinuerligt.

Målsättningen för verksamheten är att kunna motivera kvinnorna till fortsatt vård i frivillig form. All behandling sker utifrån ett kvinnligt perspektiv och utifrån varje enskild kvinnas situation. Förutom beroendet och den psykiska ohälsan får kvinnan hjälp med sin fysiska hälsa, sin sociala situation och även med sin personliga utveckling. Institutionen har 5 avdelningar:

Avd 1: Intagnings- och motivationsavdelning, dit klienten kommer i inledningsskedet för eventuell avgiftning och utredning. Avdelningen har 8 platser.

Avd 2: Behandlingsavdelning med 8 platser för patienter med uttalad psykisk sjukdom eller störning.

Avd 3: Behandlingsavdelning för patienter med såväl beroende- som psykisk problematik. Avdelningen har 6 platser.

Avd 4: Motivations- och behandlingsavdelning med 6 platser för extra resurskrävande klienter med multipla diagnoser.

Avd 5: Den enda öppna avdelningen har 10 platser och endast kvinnlig personal.

Avdelning 3 på Runnagården

Med tanke på de kriterier som sattes upp för projektets pilotfall bedömdes avdelning 3 vara mest lämplig som projektavdelning. Avdelning 4 var stängd för ombyggnad när projektet startade, men hade troligtvis varit den mest adekvata avdelningen, eftersom vårdtiderna där i regel är längre än på avdelning 3. Avdelning 3 arbetar med gruppverksamhet, enskilda samtal och föreläsningar. Dessutom har man dagligen morgon- och kvällssamling. Klienterna har möjlighet att delta i arbetsterapi, musikverksamhet och fysiska aktiviteter. Personalen består av avdelningsföreståndaren som arbetar dagtid, 8 behandlingsassistenter, varav 1 även fungerar som biträdande avdelningsföreståndare, dessa arbetar alla enligt schema samt 4 behandlingsassistenter med ständig nattjänstgöring. Dessutom är en kurator och en alkohol- och drogterapeut/rådgivare knutna till avdelningen. Hälso- och sjukvårdspersonal finns att tillgå vid behov. Behandlingstiden på avdelningen varierar från några dagar upp till en månad. Klienterna fortsätter sedan sin behandling på avdelning 5 eller på annat behandlingsalternativ.

Ljungaskog

Ljungaskog är ett särskilt ungdomshem med totalt 24 platser för flickor i åldern 15–20 år med tung psykosocial problematik och pågående kriminalitet och missbruk. Huvudinstitutionen finns i Örkelljunga och i Falkenberg ligger utredningsavdelningen Solgården. Behandlingen är process- och målinriktad och bygger på en helhetssyn som utgår från varje flickas särskilda behov och förutsättningar. Behandlingens mål är att flickans egenansvar skall öka och stabiliseras. Verksamheten

omfattar ett systemteoretiskt förhållningssätt där nätverksarbetet ses som ett viktigt komplement till relationsbearbetning och familjestöd. Förutom behandlingsassistenter och avdelningsledning finns lärare som ansvarar för undervisningen. Institutionen har tillgång till konsulterande psykiatriker och en anställd sjuksköterska. Personalen erhåller handledning kontinuerligt.

Institutionen har fyra avdelningar: *Solgården*, en akut- och utredningsavdelning i Årsta, Falkenberg, med 7 platser. *Nyhaga*, en låsbar behandlingsavdelning med 7 platser och dess systeravdelning *Ekhaga*, också en låsbar behandlingsavdelning med 7 platser. Vidare finns *Träningsboendet*, en avdelning med tre platser för träningsboende och där kontaktpersonerna från den "gamla" avdelningen finns med i den fortsatta vården tillsammans med personalen på Träningsboendet.

Avdelning Nyhaga på Ljungaskog

Nyhaga är en behandlingsavdelning för sju flickor. Den dagliga verksamheten är uppbyggd kring flickornas skolgång, riktad gruppverksamhet och fritidsaktiviteter, enskilt och i grupp. En självklar del i arbetet är de individuella samtalen mellan flickan och hennes kontaktpersoner samt kontakten med flickornas familjer och övriga nätverk. Vårdtiden för flickorna varierar ungefär mellan 6 och 18 månader. Avdelningsföreståndaren och biträdande avdelningsföreståndaren arbetar dagtid medan 10 behandlingsassistenter arbetar på schemalagd arbetstid med dag-, kvälls- och nattpass. Vid behov finns en sjuksköterska att tillgå och några timmar per månad även en psykolog.

3 Tillvägagångssätt

Under projektarbetets gång har vi fört löpande dagboksanteckningar från avdelningsmöten, behandlingskonferenser, besök på avdelningarna m m. Möten med projektgruppen och träffar med vetenskaplig handledare har protokollförts.

För att få personalens bild av sitt arbete och deras tankar kring att delta i projektet valde vi inledningsvis att dela ut en enkät (bilaga 4). Enkäten innehöll frågor rörande arbetets möjligheter/svårigheter samt förväntningar på projektet. Tretton enkäter delades ut på Runnagården och tolv på Ljungaskog. På båda institutionerna var det svårt att få in svaren, slutresultatet blev fyra svar från Runnagården och sju från Ljungaskog.

Under projektets gång dök tanken upp att det vore intressant med ömsesidiga studiebesök på respektive avdelning i syfte att få inblick i varandras verksamheter (bilaga 5). Det bestämdes att två ur personalgruppen från respektive institution skulle genomföra besöken. Dessa dokumenterades i form av ett frågeformulär angående hur personalen uppfattade den avdelning man besökte. Avdelningsföreståndarna träffades också för att utbyta erfarenheter. I nära anslutning till de genomförda studiebesöken hade vi en gemensam träff mellan projektgruppen och den aktuella personalen för att utvärdera besöken.

Vi såg det som självklart att inhämta synpunkter på vården från våra klienter/ungdomar (bilaga 6), varför även de fick samma frågeformulär som personalen vid de ovannämnda besöken. Skillnaden var att personalrepresentanterna dokumenterade varandras institutioner och klienterna/ungdomarna besvarade frågorna avseende den egna institutionen.

Det var angeläget för oss att få veta om och hur projektet påverkat personalens arbete. Vid projekttidens slut fick personalen möjlighet att genom ett frågeformulär ge slutkommentarer om projektarbetet samt tankar om hur projektets intentioner skulle kunna användas i det fortsatta arbetet på respektive avdelning (bilaga 7).

Slutligen har projektet som helhet dokumenterats i denna andra delrapport.

3.1 Manualen med kommentar

Vi utarbetade en projektmanual, som beaktar de faktorer som har betydelse för utformandet av vården för flickor/kvinnor med missbruksproblem (bilaga 1 och 2). Ett förslag till en arbetsmall som påminner oss om vad vi kan beakta i vården. Vår kunskap om den unga kvinnans hjälpbehov och egna önskemål om behandlingen bör framträda tidigt under placeringen, helst på avdelningsnivå. Kanske kan en sådan beredskap förhindra att en eventuellt utagerande flicka eller ung kvinna behöver flyttas till annan avdelning eller ännu värre, till en annan institution. Tanken med manualen är också att om den följs visar vi respekt för de unga kvinnornas tid på våra insti-

tutioner. Tiden blir värdefull för dem, ingen tom förvaringstid i väntan på något annat.

Teoretiskt bygger manualen på det material som finns i rapporten *Barfotabarn*, där kunskaperna kring unga kvinnors socialiseringsprocess och formandet av den egna identiteten framstår som viktiga komponenter i vården.

Om vi inom institutionerna använde oss mera av aktuell lagstiftning och SiS egna Råd & Riktlinjer för vården vid LVU- och LVM-institutionerna, skulle det kanske inte föreligga några större grundläggande skillnader i hur de unga kvinnornas problematik blir synlig och bemött i behandlingen, oavsett på vilken institution de befinner sig. Som framkommit i rapporten *Barfotabarn* föreligger det emellertid skillnader.

Manualen har under projekttiden använts som arbetsmaterial på respektive avdelning. Här nedan följer kommentarer till de olika punkterna.

Inledning

Gemensamt ansvar socialtjänst–institution: Samarbetsklimat – försök tillvarata olikheterna i kompetens – ställ klienten i fokus. Kartlägg och boka in ett första möte med socialtjänsten och andra viktiga instanser, exempelvis tidigare placeringar, psykiatri etc samt boka in fortsatta träffar under placeringstiden.

Kommentar

Lagstiftningen anger att socialnämnden och dess företrädare har ett vårdansvar samt att SiS är huvudman för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen där vården bedrivs. Vikten av kontinuitet återfinns i lagtexten. De olika samhällsfunktionerna, socialtjänsten och institutionerna, har ett gemensamt ansvar som bör utgöra grunden för ett samarbete, där insatserna anpassas efter flickornas/de unga kvinnornas och deras familjers och nätverks resurser och behov.

En ny placering bör inledas med en kunskapsöverföring från socialtjänsten, tidigare behandlingsinstanser, utredningshem och liknande. Möten i början av placeringstiden bör om möjligt även innefatta kvinnans/flickans familj och andra viktiga personer i nätverket. De olika bilder som finns kan nu jämföras och möjlighet finns att skapa en anda av öppenhet och samarbete. Detta kan bidra till att kontinuiteten och kunskapen om den unga kvinnan bibehålls.

Utredning

Vid det första mötet med socialtjänsten bör uppdraget specificeras och en preliminär behandlingsplan upprättas. Sök efter befintliga utredningar och bedöm vilka kompletteringar som behövs. Gör en sammanställning, förmedla den till kollegor, kontaktpersoner och socialtjänst. Har vi en gemensam bild? Skapa ett underlag för vad som behöver kompletteras. Härmed görs en kunskapsöverföring till berörd personalgrupp.

- Eventuella kompletteringar av utredningsmaterialet, vem gör vad och när?
- ADAD-/DOK-intervjuer, finns sådana – rekvirera – annars, gör en ny – använd textsammanfattningarna som underlag till behandlingsplanen.
- Resursintervju, kan göras med den unga kvinnan. Kontaktpersonen gör denna med bland annat syftet att få den unga kvinnans egen bild av sin situation, hennes tankar framåt och vad hon vill få ut av tiden på institutionen.
- Missbruksutredning, finns en sådan, är den aktuell, vem gör den och när? Framgår det vilken/vilka droger som är huvuddrog, negativa konsekvenser, vilka positiva upplevelser kvinnan har av missbruket och vilka strategier hon skulle kunna arbeta med för att hitta drogfria kompenserande positiva upplevelser.
- Upprätta en nätverkskarta. Förbered för eventuellt nätverksmöte/familjemöte.

Kommentar

När vi såg, att de mest frekventa intervjumaterialen inom SiS var negativt problemorienterade tyckte vi att det vore värt att prova ett frågeformulär som fokuserar på den unga kvinnans resurser och som kan hjälpa henne att se sina positiva egenskaper och färdigheter, en resursintervju (bilaga 3). Resursintervjun kan vara en bra hjälp för att etablera en första kontakt mellan klient och kontaktperson och utgör då också en grund, en inledning till de individuella samtalen.

Det är viktigt att vi inhämtar kunskaper om kvinnan/flickan, kunskaper som sedan ligger till grund för behandlingsplaneringen. Dessa kunskaper går att få genom tidigare utredningar, ADAD- och DOK-intervjuerna och en resursintervju, genom att rita en nätverkskarta eller andra instrument i syfte att öka kunskapen och skapa en grund för samarbete med flickan/kvinnan.

I vidareutvecklingen av metodiken är det viktigt att se varje klients resurser och möjligheter. Oavsett vilket "bagage" flickan/den unga kvinnan har finns det alltid något att börja med och bygga vidare på. Vi ser det som personalens uppgift att hjälpa varje flicka/kvinna att se de egna resurserna.

De individuella samtalen har, förutom en stödjande och bearbetande karaktär, som syfte att utveckla en relation som "bär" och som kan utgöra ett komplement till det egna nätverket.

Missbruket utreds och sätts in i ett helhetsperspektiv i utformandet av behandlingen och förankras i de mål som sätts upp i behandlingsplanen. ADAD- och DOK-intervjuerna ger oss kunskaper kring debutålder med olika preparat och nyttjandefrekvensen av dessa, samt om de har negativa upplevelser förknippade med drogerna. Men det saknas frågor om positiva upplevelser av olika droger och vad de har haft för funktion för den unga kvinnan.

Familjen och nätverket är resurser som kan kartläggas och om möjligt bibehållas och stärkas under behandlingstiden. Tankarna är inte nya inom SiS utan har varit centrala under de senaste åren. Vår uppgift bör vara att möta den unga kvinnan och hennes nätverk där de är och försöka avpassa insatser och resurser efter de behov

som uppenbarar sig. Den unga kvinnans familje- och nätverkstillhörighet har stor betydelse för hennes möjligheter att få tillgång till *den egna livshistorian*, som kan hjälpa henne att få en förståelse av sig själv och det egna ursprunget.

Det är betydelsefullt att inte glömma bort familjens och nätverkets behov av att bearbeta att en familjemedlem flyttas ur familjesystemet. Rollfördelningen mellan socialtjänst och behandlingshem bör vara klar och tydlig. Detta är speciellt viktigt när det gäller flickor/kvinnor med barn. Både barn och vuxna måste ges en möjlighet att förstå och bearbeta den separation som följer av ett omhändertagande.

Bedömning

Sammanställning av bedömningsunderlaget kan nu göras. Viktigt att beakta är:

- symtombilden, vilka möjligheter och hinder kan vi se för flickan/den unga kvinnan?
- nätverket, vilka möjligheter och hinder finns för att involvera det i den unga kvinnans behandling?
- social situation, vilka möjligheter och hinder finns vad gäller den sociala situationen?
- vad kan vi se i befintligt material av de möjligheter och hinder/symtom som den unga kvinnans omgivning har?

Kommentar

När vi skriver om *symtomtolerans* menar vi tolerans när det gäller olika symtom, exempelvis självdestruktivt beteende, utagerande eller annat, som den unga kvinnan kan ha i syfte att t ex protestera mot eller störa behandlingsstrukturen på avdelningen. Vi utgår från ett helhetsperspektiv i syfte att skapa förståelse för den unga kvinnans signaler. Personalen måste ha stöd i att orka stå kvar och inte "överge" henne när hon agerar ut sin problematik utan arbeta på att bibehålla behandlingsstrukturen och lotsa den unga kvinnan vidare i en ökad självförståelse. Vilken tolerans skall vi ha och hur kan vi förbereda oss på att möta dessa symtom, både som enskild personal och som personalgrupp? Hur kan vi möta olika typer av agerande som kanske får återverkningar både i klient- och personalgruppen, exempelvis hot, hot om våld, ätstörning, suicidförsök och liknande?

Avdelnings-/arbetsledningen bör vara involverad i bedömningsfasen för att kunna beakta helheten på avdelningen och kunna tillstyrka eventuella personalförändringar som kan komma att behövas för att möta de unga kvinnor som har behov av större insatser. Ambitionen måste vara att de unga kvinnor som utifrån sin livshistoria har behov av mycket trygghet och vuxenstöd kan få det tillgodosett inom LVU- och LVM-vården.

Ovanstående kan sedan ligga till grund för behandlingsplaneringen med de behandlingsmål som sätts upp. Rollfunktionen mellan socialtjänsten och behandlingshemmet bör vara tydliggjord och det skall vara klart vem som har ansvar för vad.

Behandling

- Upprätta en behandlingsplan med behandlingsmål, kortsiktiga och långsiktiga, när du har tillgång till allt bakgrundsmaterial plus avdelningsobservationer under kanske ett par veckors tid. Forum för uppföljning av behandlingsplanen planeras. Socialtjänsten, den unga kvinnan och kontaktperson är självklara aktörer på dessa möten, liksom nätverket kan komma att bli.
- Planeringen fortsätter med ömsesidig och kontinuerlig kunskapsöverföring från kontaktperson/kurator till socialtjänst och övrig personalgrupp. Detta för att bibehålla kunskaperna om symtomtoleransen och för att kunna följa behandlingsplanen i varje enskilt ärende.
- Vem ansvarar för de individuella samtalen med den unga kvinnan? Hur fungerar dessa?
- Vilken bild har vi fått av flickans/den unga kvinnans missbruk?

Kommentar

Det är viktigt att våga prata med den unga kvinnan om det positiva med drogerna för hennes del. Kanske kan vi få mera kunskap om vad drogen ger flickan/den unga kvinnan som behandlingen skall ersätta/komplettera. Det kan vara bra att försöka se i vilken missbruksfas hon befinner sig i. Är det i en experimentfas? Finns ett psykosocialt beroende? Hur skadligt är hennes missbruk och finns det ett djupgående beroende? Vi tror att det viktiga är att missbruksbehandlingen har en tydlig struktur som hålls under hela vårdperioden.

Om det finns två kontaktpersoner är det lämpligt att en av dem är kvinna och kan erbjuda "egna" samtal med den unga. Personalen kan bli rollmodeller i flickornas/kvinnornas socialiseringsprocess – att träna sig i samspel – få spegling på sitt eget handlande. Den unga kvinnans socialiseringsprocess, utifrån ett genusperspektiv, tillvaratas och stimuleras i de individuella samtalen som finns fortlöpande i behandlingsarbetet.

De individuella samtalen är ett möte där den unga kvinnans relationella förmåga och formandet av den kvinnliga identiteten vidareutvecklas. Dessa samtal mellan kvinnan/flickan och kontaktpersonen blir grunden i behandlingsarbetet och en möjlighet att stärka självkänslan och övervinna den misstro och besvikelse flickorna ofta känner inför vuxenvärlden. Det blir en förutsättning för den unga kvinnan att utifrån en trygg bas utveckla en vuxen kvinnlig identitet. De individuella samtalen ger också tillfälle till att bearbeta både missbruksproblem och annan bakomliggande problematik. De kan ge den unga kvinnan en möjlighet att reflektera beträffande relationer till närstående och hur väninnerelationerna ser ut på avdelningen och utanför institutionen.

Väninnerelationerna är en möjlighet för den unga kvinnan att fortsätta träna sin relationella förmåga. Det kan nu vara bra att tänka på att när det gäller flickors/unga kvinnors utvecklingsprocess och förändringsvilja har relationer stor betydelse. Ton-

årstiden är ofta det led i flickornas utvecklings- och socialiseringsprocess som går förlorad i och med missbruket. Genom att de i vården bereds möjlighet till "tjejsnack", både strukturerat och spontant, får de en möjlighet att spegla sig i andra flickors/kvinnors sätt att vara.

De vuxna, personalen, är rollmodeller som i samtal, individuellt och i grupp, kan skapa alternativa synsätt och lösningar på de frågor som uppstår i vardagen. Miljöterapin och de aktiviteter som den innehåller blir ramen för att ta till vara vardagslivets situationer i behandlingsarbetet. Olika aktiviteter, oavsett syfte, är också relationsskapande. Om de vuxna, personalen, är delaktiga i de unga kvinnornas vardagsliv kan de genom sin delaktighet utveckla bärande relationer som kan förhindra uppkomsten av en subkultur i klientgruppen.

När det gäller olika aktiviteter med flickorna/kvinnorna är det bra att tänka på vilket syfte de har. Deltagande i vardagligt arbete på institutionen eller skola kan ses som arbetsträning, att lära sig samarbeta och inte minst ett sätt att vänja sig vid en normal dygnsrytm. Kreativa sysselsättningar kan ge den unga kvinnan en möjlighet att bli medveten om olika typer av skapande, hitta egna resurser och också vidareutveckla dessa. Fysiska aktiviteter ger tillfällen att lära känna och uppskatta den egna kroppen, vilket nästan alltid stärker kroppsuppfattningen, och därmed självkänslan.

Utifrån nätverkskartan kan den unga kvinnan och kontaktperson utveckla ett kontinuerligt kontaktnät med "världen utanför". Vilka kontakter är möjliga att upprätthålla? Hur kan dessa föra den unga kvinnan framåt och vad tillför relationen för information till flickan/kvinnan om hennes egen historia? Kan nätverksmöten ge stöd i det fortsatta behandlingsarbetet, kan nätverksmöten underlätta planering av behandlingen efter utskrivning och i så fall hur?

Grunden kan nu läggas för kommande eftervård. Det handlar om en eftervård som baseras på en kontakt mellan den unga kvinnan och en för henne känd personal för att skapa trygghet i "världen där ute" och långsiktighet i behandlingen.

Eftervård

En behandlingsplan för eftervården med kortsiktiga och långsiktiga behandlingsmål bör nu ha upprättats. Försök att ta till vara de erfarenheter som finns från placeringstiden. Forum för uppföljning av eftervården planeras in. Samma deltagare som tidigare under behandlingstiden är att eftersträva. Den unga kvinnans socialiseringsprocess tillvaratas och stimuleras fortlöpande i behandlingsarbetet även under tiden för eftervård. Likaså fortsätter det medvetna arbetet med flickans/den unga kvinnans drogfrihet.

Kommentar

Eftervårdens syfte är att bibehålla kontinuiteten för den unga kvinnan, helst med tidigare kontaktperson, för att kunna skapa fortsatt trygghet i världen utanför institutionen. Denna kontakt kan bli en bro ut till dem som framöver skall ge stöd och en

resurs för den unga kvinnan i det vardagsliv som väntar henne. En bestående kontakt med institutionen kan vara en förutsättning för att skapa långsiktighet i behandlingen.

Sammanfattningsvis vill vi framhålla att det här sättet att arbeta inte är något nytt. På de flesta avdelningarna inom SiS arbetar man med delar av manualen, men för att få ett så bra resultat som möjligt tror vi att alla delar bör ingå. Det som vi många gånger saknar är en medveten struktur kring vad vi gör och varför vi gör det. Manualen kan vara ett sätt att få in en helhetssyn på kvinnoperspektivet i missbruksbehandlingen. Sedan kan metoderna vara olika, eftersom manualen endast är att betrakta som en vägvisare för det mest elementära som kan ingå i en behandling i syfte att underlätta den unga kvinnans möjligheter att uppnå målen med sin behandling.

4 Från tanke till handling – om utvecklingsprocessen

4.1 Förankring av projektet

Runnagården

Projektstart för avdelning 3 var den 1 augusti 2001 men redan i juni fick avdelningen vid ett möte med institutionschefen och projektledaren information om det planerade projektet. Vid projektets start träffades enhetschef, avdelningsföreståndare och projektledare för information och diskussion om hur informationen till övrig personal på avdelningen bäst skulle läggas upp. Dessutom informerades kuratorer samt alkohol- och drogterapeut/rådgivare. Nästan hela personalgruppen samlades en halvdag för information och genomgång av projektets intentioner. Vid det mötet deltog även projektets vetenskapliga handledare Karin Trulsson.

En del av personalen deltog också i ett möte med personal från LVM-hemmet Fortunagården som berättade om sitt nätverksarbete och om projektet *Relationernas möjligheter* (Helsing, 2001). Inger J:son Knodt har som projektledare varje vecka träffat avdelningspersonalen vid avdelningsmöten, behandlingskonferenser samt i övrigt vid besök på avdelningen. Från början var planerna att varje vecka träffa kontaktpersonerna enskilt för genomgång av hur arbetet enligt projektmanualen fortskred samt planering av fortsatt arbete. Detta visade sig omöjligt att genomföra p g a personal- och tidsbrist.

Ljungaskog

Under våren 2001 deltog Mai-Louise Björk i ett ledningsgruppsmöte på Ljungaskog för att förankra tankarna med projektet. I april månad fattades beslut av ledningsgruppen på Ljungaskog att pilotfallen skulle vara knutna till avdelning Nyhaga. Detta första möte följdes upp av information till all personal på Ljungaskog den 16 maj 2001. Informationsmaterial till detta möte togs fram ur befintligt rapportmaterial. Tider bokades in för att delta i Nyhagas elev- och avdelningskonferenser, träffa avdelningsledningen, övrig personal och flickorna. Två personal var närvarande vid nätverksträffen för flick- och kvinnoinstitutionerna inom SiS den 20 september på Ljungaskog.

På en planeringsdag i oktober månad presenterar projektledaren tankarna till en manual för ungdomsarbetet som är projektrelaterat, den tanken föll i god jord. Nästa planeringsdag är i december och då diskuteras manualen. Viljan att arbeta med manualen finns. Frågan är bara hur den ska bli en självklar del i det vardagliga arbetet.

Från maj månad 2001 fram till i början av juni 2002 har projektledaren regelbun-

det varit på Nyhaga, mött personal och ungdomar, regelbundet haft möten med avdelningsledningen och deltagit i elev- och avdelningsmöten samt planeringsdagar. Vid projektledarens sista möte med hela personalgruppen i början av juni månad framkom en förhoppning om att manualen skulle finnas kvar som en del av arbetet på avdelningen, kanske lite annorlunda disponerad och med mer skrivutrymme. De flesta ville fortsätta att arbeta med ett medvetet kvinnoperspektiv på avdelningen.

4.2 Utveckling av projektet

Runnagården

Inledningsvis delades en enkät ut till personalen med frågor om förväntningarna inför projektet. Denna enkät besvarades efter diverse påstötningar av fyra i personalen. Avdelningen var hårt drabbad av sjukdom under hösten och en del ändringar gjordes i personalgruppen, vilket kan vara en förklaring till att inte fler besvarat enkäten. Några har också uttryckt att det varit svårt att besvara frågorna.

Frågor till resursintervjun delades ut. Frågorna är fokuserade på flickornas/kvinnornas intressen, resurser och möjligheter. Våra tankar var att intervjun skulle utföras med hjälp av bandspelare, dels när flickan/kvinnan kom till avdelningen och strax innan hon lämnade avdelningen. Syftet var att se om något förändrats mellan intervjutillfällena. De inspelade banden skulle flickan/kvinnan få med sig när hon flyttade från avdelningen. Eftersom tiden på avdelning 3 är kort, från några dagar upp till ungefär en månad, blev det omöjligt att hinna med två intervjuer. Flickorna/kvinnorna var inte heller så intresserade av bandade intervjuer varför även denna tanke skrinlades. Intervjuer har dock genomförts med hjälp av frågeformuläret. Två av intervjuerna har sammanfattats skriftligt av respektive kontaktperson, medan övriga kontaktpersoner enbart tagit till sig den information de fått muntligt av flickorna.

Manual och nätverkskarta har delats ut till personalen som hjälp och stöd under projekttiden.

Nätverkskartan har använts som hjälp för flickan/kvinnan att "hitta" sitt nätverk och personer som kunnat vara till hjälp och stöd under och efter behandlingen. Kartan har fyllts i tillsammans med kontaktpersonen. Det har dock inte varit möjligt att arbeta med nätverksträffar p g a den korta tid klienten är på avdelning 3.

Utredningar och kontakt med socialtjänsten sköts i första hand av kuratorn, varför det blir ett delat ansvar för behandlingen av flickan/kvinnan mellan kurator och kontaktperson. DOK-intervjun görs på avdelning 1.

De individuella samtalen sköts av kontaktpersonerna, en manlig och en kvinnlig. Samtalen har hittills inte skett i så strukturerade former som var tänkt från början. Tanken var att varje kontaktperson skulle ha 30 minuters samtal i veckan med "sin" klient. Detta skulle ge möjlighet till samtal med både manligt och kvinnligt förtecken. Dessutom skulle samtalen fördelas under veckan så att flickan/kvinnan aldrig skulle ha långt till sitt nästa samtal. Tidsbrist samt det faktum att ordinarie personal

ofta arbetat ensam med vikarier, har gjort detta upplägg omöjligt. Det har varit svårt att lämna avdelningen för att i lugn och ro sätta sig med klienten. Dock har man "passat på" att samtala när tillfälle givits.

Kommentar

Avdelning 3 har haft en hel del problem att brottas med under projekttiden. Hög sjukfrånvaro är ett problem och periodvis har, förutom avdelningsföreståndaren, endast en ordinarie personal varit i tjänst. Under större delen av projekttiden har fyra av åtta behandlingsassistenter varit vikarier. För vikarierna har det primära varit att komma in i avdelningens rutiner och projektarbetet har fått komma i andra hand.

Kuratorerna som varit knutna till avdelningen har tidvis också varit sjukskrivna, vilket inverkat på avdelningens arbete. Under våren har kuratorsfunktionen omorganiserats och numera är samma kurator ansvarig för samtliga patienter på avdelningen. Denna kurator är dock nyanställd och behöver självfallet tid på sig att komma in i arbetet. Hon har informerats om projektet och är inställd på att så småningom arbeta enligt projektets intentioner.

Avdelningen är under sommaren 2002 tillfälligt omgjord till öppen avdelning och personalen arbetar under denna period på institutionens övriga avdelningar. Denna omorganisation har naturligtvis upptagit personalen, varför engagemanget för projektet den senaste tiden kommit i skymundan.

Personalen har ambitionen att arbeta enligt projektets intentioner, men framhåller att det varit svårt att hinna med att arbeta projektinriktat. Det dagliga arbetet för att få verksamheten att flyta, med tanke på de svårigheter som tidigare nämnts, har lagt hinder i vägen. Hösten 2002 kommer dock ett nytt arbetsschema vilket bland annat innebär att viss del av arbetstiden inte kommer att vara schemabunden. Det blir enklare att exempelvis lägga in individuella samtal och dylikt under den tiden. Dock kvarstår det faktum att klienterna endast tillbringar en kort period på avdelning 3.

Under projekttiden, augusti 2001–maj 2002, har 52 flickor/kvinnor varit på avdelningen. Antal ärenden har uppgått till 122 (en person kan ha flera ärenden). Dessa siffror skall jämföras med de 6–12 flickor som avdelning Nyhaga haft under samma period. Detta visar ett stort dilemma. Det är inte lätt att bygga upp stabila relationer på några veckor.

Övergripande insatser – Kvinnoperspektiv på Runnagården

I samband med projektet har arbetet med kvinnospecifika frågor intensifierats på Runnagården. En genderplan har utarbetats och en referensgrupp för utvecklandet av kvinnoperspektiv i behandlingen, Kvinnoperspektivgruppen, har bildats. I gruppen ingår företrädare för samtliga personalgrupper samt institutionschefen.

Det övergripande syftet när det gäller arbetet med kvinnoperspektiv är att all personal blir medveten och får kunskap om kvinnoperspektivets betydelse i behandlingen och att all verksamhet på Runnagården utgår från ett genderperspektiv. Det

innebär att i allt vi gör tar vi hänsyn till att vi är en kvinnoinstitution. Behandling, personal, aktiviteter, kök o s v genomsyras av detta. I målsättningen för behandlingen finns två nyckelord: drogfrihet och ändrad livsstil. För att nå dessa mål krävs att grundförutsättningarna, bra vårdklimat, kompetent personal och bra behandlingsprogram, är uppfyllda.

- Bra vårdklimat innebär allt runt omkring oss, lokaler, möbler, färger, kost, relationer mellan personal och relationer mellan personal och klienter. Detta har speciellt stor betydelse för kvinnor med svåra psykiska störningar.

- Kompetent personal betyder bl a personal med utbildning och erfarenhet och professionell hållning i arbetet, som kan se helheten i behandlingen och har kunskaper om t ex kvinnors socialisationsprocess, relationers betydelse för kvinnor, fackkunskaper på olika sakområden som missbruk, nätverksarbete, dubbeldiagnos, tolvsteg, friskvård med mera.

- Bra behandlingsprogram fokuserar på kvinnans resurser, missbruk och andra störningar samt hjälper redan under behandlingstiden till att upptäcka och börja träna en ny livsstil. Det har en helhetssyn som också omfattar kvinnans relationer till barn och närstående och att kvinnans tankar framåt och egna resurser tas tillvara. För att nå den nuvarande målgruppen behövs inslag som aktiverar alla sinnen.

Arbetet sker utifrån ett brett perspektiv på grundläggande nivå med konkreta uppgifter. Metoder för att uppnå målen kan vara utbildning, handledning, att göra konkreta förändringar som sedan vidmakthålls och utvecklas samt att se över rekryteringen. För att uppnå vetenskaplighet och beprövad erfarenhet av kvinnobehandling har gruppen anlitat Karin Trulssson som handledare. Medlemmarna i gruppen har ansvar för olika områden inom verksamheten. Arbetet följs upp med personal- och klientenkäter.

Nätverk för SiS-institutioner

Runnagården deltar i det nätverk som finns för de SiS-institutioner som har kvinnor som målgrupp. Detta nätverk arbetar övergripande med kvinnospecifika frågor på uppdrag av huvudkontoret.

Ljungaskog

Ledningen på Ljungaskog beslöt att pilotfallen skulle vara knutna till avdelning Nyhaga. Projektledaren, som har sin grundtjänst på en annan SiS-institution, besökte avdelningen i början av maj 2001 för att informera om projektet och för att möta avdelningsföreståndaren och personalgruppen i övrigt.

Besöket kom i direkt anslutning till en tillsynsrapport, baserad på SiS intern-

granskning tidigare under året. En del kritik fanns riktad mot Ljungaskog och några i personalgruppen upplevde det som att avdelningen valts till projektet just av det skälet. Det visade sig senare att kritiken inte i huvudsak var riktad mot Nyhaga. En viss försiktighet fanns i personalens bemötande men blev förståelig med denna information.

Detta blir inledningen till kontakten mellan projektledaren och avdelning Nyhaga, som inneburit ett deltagande i elev- och avdelningskonferenser, regelbundna möten med avdelningsledningen och övrig personal samt deltagande i vissa planerings- och utbildningsdagar.

Tidigt på sommaren inträffar en mordbrand på avdelning Ekhaga. Detta får konsekvenser även för Nyhaga i arbetet att bereda plats för de intagna flickorna vars avdelning brunnit ned, ta hand om reaktionerna efter branden hos personal och ungdomar samt omdisponera befintlig personal på bästa sätt. Några veckor efter branden är det svårt att kunna samtala med personalen på Nyhaga om projektet. Nu präglas besöken på Nyhaga av sviterna efter branden.

I början av juli har en flicka tagit sitt liv på avdelningen. Det är flera vikarier i tjänst och ordinarie arbetsledaren blir sjukskriven. Ingen förmår engagera sig i projektet, alla kämpar med att vara kvar i situationen på sitt jobb. Projektledarens roll blir att finnas på Nyhaga och att utnyttjas vid behov för råd och samtal. Ingen är opåverkad av händelsen och konsekvenserna blir flera.

I mitten av augusti ber institutionschefen projektledaren att vara behjälplig med krissamtal riktade till personalen på Nyhaga, vilket orsakades av ytterligare ett dödsfall bland flickorna och konsekvenserna av branden.

Enkäten delas ut. Två personal närvarar vid nätverksmötet för flickinstitutioner inom SiS den 20 september 2001, när projektets första del, *Barfotabarn*, skall redovisas. Diskussionen är nu mera öppen om projektet på Nyhaga.

I oktober presenteras tankarna kring att ha en manual för ungdomsarbetet som är projektrelaterat, det blir då tydligt att avdelningspersonal och ledning vill ha stöd för tydligare struktur på avdelningsarbetet.

Projektledaren går igenom manualen och resursintervjun med den personal som kommer att ingå i projektet. Reaktionen är positiv, resursintervjun börjar användas genast.

Manualen får efter hand fäste på avdelningen under hösten. Resursintervjun görs, både med nya och "gamla" inskrivna ungdomar. Att sedan använda denna information i de individuella samtalen blir inte lika självklart. Arbetsledningen arbetar ihärdigt på avdelningskonferenserna med att få kontaktpersonerna motiverade till de strukturerade individuella samtalen med flickorna.

I januari informeras avdelningen om att projektet inte kan vänta på att få något mer pilotfall, så framöver får vi arbeta generellt med hela avdelningarna.

Tankarna kring ömsesidiga studiebesök Ljungaskog/Runnagården delges, ger positiva reaktioner, och arbetsledningen väljer ut de två behandlingsassistenter som

skall åka till Runnagården och som också skall ansvara för sina kollegor från Runnagården. De som skall åka får frågeformulär som skall besvaras i samband med studiebesöket.

Avdelningskonferenserna handlar nu mycket om att strukturera arbetet kring behandlingsplaner och skriftliga månadssammanfattningar, som skall visa på flickornas framsteg, hur behandlingsplaneringarna följs, innehåll i de individuella samtalen m m. Det skall vara möjligt att följa flickans utvecklingsprocess.

Det finns problem med att ta till sig utredningsmaterial. Detta beror på tidsbrist men också på motstånd från personalen. De kan behöva ledtrådar i hur man snabbt finner viss information i befintliga utredningar samt vart man kan vända sig för att få visst innehåll klarlagt, exempelvis psykologutlåtande. Alla har inte samma kompetens.

Nätverksarbete förekommer men det skulle kunna struktureras mera. Familjearbete, kontakt med föräldrar och nära familjemedlemmar ses som en självklarhet på Nyhaga. Det är för personalen ett medvetet arbetssätt.

Det vardagliga samarbetet med socialtjänsten fungerar bra, men viss svårighet finns att få uppdragen specificerade från socialtjänsten vid nya placeringar. Personalen möter tidvis motstånd, när man ber socialtjänsten komma på regelbundna träffar med flickan. Det är inte alltid lätt att hitta samarbetsvägar i familjearbetet och göra planeringar för den omhändertagna flickan. Socialtjänsten har ibland en tendens att lämna över "allt ansvar" för den unga under placeringstiden till avdelningen, "se bara till att hon inte avviker". Det är kontaktpersonerna som oftast har den direkta kontakten med socialtjänsten.

I slutet av maj får biträdande avdelningsföreståndare frågeformulären som avser flickornas bild av Nyhaga. Hon delar ut formulären till flickorna i samband med en gruppträff.

Vid sista mötet med hela personalgruppen i juni fyller alla närvarande i slutkommentaren i en situation där de flesta var pressade av en orolig situation på avdelningen.

Kommentar

Nyhaga har tillsammans med systeravdelningen Ekhaga strukturerad gruppverksamhet med flickorna två gånger per vecka. Gruppverksamheten har ett tydligt kvinnoperspektiv och arbetar med teman kring socialiseringsprocessen, missbruk, samhällsinformation och framtidsvisioner. Under våren ändras verksamheten så att avdelningarna har en gemensam gruppträff per vecka och den andra träffen är på respektive avdelning.

Mycket vilja och ambition finns hos personalen för projektet, men också tveksamhet och rädsla för om "mina uppgifter och min roll" skall förändras "vill jag det eller inte?". Positiva reaktioner har framkommit på resursintervjun, men det är oklart hur den kommer till användning i de individuella samtalen. Många av projektets tan-

kegångar finns på Nyhaga. Avdelningen saknar klar struktur med tydlig arbetsfördelning och ett förtydligande och medvetandegörande av vad en kontaktperson har för roll, arbetsuppgifter, både formella och informella.

Avdelningen erbjöds under våren en utbildning med inriktning på missbruk. Ledningen konkretiserade sina önskemål till utbildningsledaren – istället för en allmänt hållen information om droger ville avdelningen få impulser för att kunna arbeta med strategier kring flickornas missbruk, kunna tyda ett missbruksbeteende även i det vardagliga livet och arbeta metodiskt kring detta.

På Ljungaskog finns sedan januari 2001 ett eftervårdsprojekt, Träningsboendet, med vilka Nyhaga samarbetar när "deras" ungdomar är på väg ut från institutionen. En personal från Nyhaga finns med under hela utslussningstiden tillsammans med personal från Träningsboendet.

Eftersom Ljungaskog inte har kuratorer såsom Runnagården, har kontaktpersonerna större område att arbeta på. Personalen möter ungdomarna över betydligt längre tid och hinner med de olika delarna i manualen på ett annat sätt än vad man gör på Runnagården. Beträffande resursintervjun har några av flickorna uttryckt viss leda över intervjun – "ännu en intervju".

Övergripande

Ljungaskog ingår i nätverket för flickinstitutioner inom SiS och deltar aktivt i olika utbildningar och konferenser som nätverket anordnar.

5 Synen på nuvarande verksamhet

5.1 Personalens funderingar kring deltagandet i projektet

Vi ville veta vilka förväntningar och tankar som de två personalgrupperna hade om att ingå i projektet. En enkät delades ut hösten 2001 och berörde tankar om deltagande och synen på den nuvarande arbetssituationen.

Runnagården

Avdelning 3:s personal vill förbättra behandlingen så att klienterna slipper fortsätta sin vandring mellan olika behandlingsinstanser. Man vill ha mer behandling som utgår från individens behov med större deltagande från kvinnan själv. Att som personal få möjlighet att arbeta mer renodlat med någon/några klienter. Få en arbetsmetod som ger större arbetstillfredsställelse och mindre personalomsättning. Utnyttja nätverket som stöd i behandlingsarbetet.

> "Fördjupad kontakt med en eller två i personalgruppen. Ökad självinsikt genom fler individuella samtal. Större inflytande och ansvar över sitt tillfrisknande. Se över vilka personer i nätverket som kan vara ett stöd i förändringsarbetet. Mer struktur i arbetet. Tydligare rollfördelning mellan olika personalkategorier. I bästa fall förbättrade behandlingsresultat, mer struktur i arbetet o s v kan leda till större arbetstillfredsställelse, mindre personalomsättning ..."

> "Att bättre se vars och ens personliga resurser och genom det göra tiden på Runna mer meningsfull och bidra till att hitta bättre P27-placeringar."

Bevakningsuppdraget försvårar motivationsuppdraget. Kontaktpersonerna har begränsad möjlighet att följa klienten efter utskrivningen. Någon förväntar sig att projektet skall "tvinga fram" bättre rutiner, men uttrycker också farhågan att tiden inte skulle räcka till för projektarbete. Man påtalar svårigheter att bedriva bra gruppverksamhet när klientgruppen ständigt förändras.

> "Låg motivation, påtvingat frihetsberövande, drogsug ... Bevakningsuppdraget försvårar motivationsuppdraget och möjligheten att etablera djupare relationer. Gruppverksamheten försvåras av att klientgruppen ständigt förändras och av att motivationsnivån varierar kraftigt inom grupperna."

> "Att som kontaktperson ha begränsade möjligheter att följa klienten efter utskrivning."

> "Idag behandlas alla lika, samtidigt som många faller utanför ramen och inte får sina behov tillgodosedda."

> "Bättre om vi kan möta var och en där hon är, och jobba vidare därifrån."

Ljungaskog

Avdelning Nyhagas personal vill förbättra behandlingen och därigenom undvika att flickorna fortsätter till LVM-vård. Använda sig av utredningar för att se sammanhang och ta tillvara andras erfarenheter. Arbeta för bättre överlämningar till andra instanser. De ser problem med dålig motivation hos ungdomarna p g a tvångssituationen och vill jobba med motivationen. Några tycker att projektet är positivt och spännande.

> "Målet för flickorna är bättre behandlingsplaner. Slippa göra om saker som ej fungerar. Att det blir bra överlämningar mellan behandlingsinstanserna. Tydliggöra alla utredningarna. Bättre struktur i arbetet på institutionerna. Bättre behandlingsresultat för SiS."

> "Effektivare behandling, ej upprepa misstag. Ta till vara andras erfarenheter. Mindre rundgång."

> "Individuellt behandlingsarbete som utgår från flickans speciella behov."

> "Låg motivation p g a tvånget."

> "Att man följer upp vad som gjorts, att man sätter sig in i utredningar o s v."

> "Många är överlevare, dra nytta av det i behandlingen."

> "Arbeta på deras envishet."

Kommentar

Båda personalgrupperna är samstämmiga när det gäller att försöka förhindra flickornas/kvinnornas rundgång inom vården. Detta skulle enligt dem bäst kunna ske genom att strukturera behandlingen inom respektive vårdform och därigenom skapa hopp och motivation hos de unga kvinnorna. Båda efterlyser mer struktur i arbetet. Man tar också upp att flickorna/kvinnorna till följd av tvångssituationen är dåligt motiverade till behandling.

5.2 Intryck och reflektioner från studiebesöken

För att få inblick i varandras verksamheter gjordes ömsesidiga studiebesök på institutionerna. Vid träffen när studiebesöken utvärderades konstaterades att alla var nöjda med besöken på varandras institutioner och tyckte att dessa varit mycket givande.

Personalen på Avdelning 3 påtalar bl a den hemlika atmosfären på Nyhaga och att flickorna verkar ha "landat". De upplevde att personalen hade inflytande över behandlingen samt att flickorna på institutionen verkade positiva till såväl institutionen som personalen. Det är tydligt att LVU-vården har större resurser. Man vill "ta med sig" lokaler och resurser, de ekonomiska och personella. Man vill dela med sig av missbruksbehandling, säkerhetstänkande och krishantering.

"Stora ytor på avdelningen. Familjär stämning."

"En öppen tillåtande atmosfär. Kortare avstånd klient/personal. Ömsesidigt respekterande."

"I viss mån överlappande åldrar, unga kvinnor. Flickorna på Ljungaskog överlag positiva till behandlingshemmet och personalen. Flickorna på Ljungaskog har "landat". Runnas avd 3 är "på väg" till P27 eller öppen avd."

"På Ljungaskog större möjlighet att rikta aktiviteter ut mot samhället."

"LVU-vården har större resurser."

"Mer hemlikt på Ljungaskog, personligt inredda rum. Längre behandlingstider. Gemensamma måltider, delaktiga i avdelningens skötsel."

Avdelning Nyhagas personal anser att klyftan är stor mellan verksamheterna och att avdelning 3 är en sluten avdelning med stort avstånd mellan personal och klienter. De upplevde att det verkade som om personalen har lite inflytande över behandlingen och att kvinnorna inte verkade ha några större förhoppningar om att lyckas med sin behandling. Man tycker att det råder brist på aktiviteter och att avdelningen ger ett institutionslikt intryck. Man vill "ta med sig" arbetet kring musikstudion. Man vill dela med sig av trivselfaktorer såsom gemensamma måltider, gemensam matlagning/bakning m m. Det framgick att Runnagården har mindre resurser än Ljungaskog.

"Stor skillnad mellan institutionerna på alla plan, detta intryck förstärktes mer och mer under besöket."

"Mycket svårjobbad målgrupp, bittra och besvikna av tidigare misslyckanden. Har lite förhoppningar om att lyckas denna gång."

"Beundransvärt att de orkar arbeta med så små ekonomiska resurser, samt det svåra klientelet de tar emot."

"Stor brist på aktiviteter och sysselsättning p g a ekonomiska förhållanden. Inga möjligheter till exempelvis matlagning p g a säkerhetsskäl."

"Slutet, trångt om utrymme, okvinnligt, institutionslikt. Ingen antydan till hemtrevlig miljö överhuvudtaget."

"Måste vara svårt att bli motiverad i den miljön."

Besöken och svaren på frågorna har tydliggjort stora skillnader mellan LVU- och LVM-vård. De olika förutsättningarna blir uppenbara. På Nyhaga hinner man bygga upp relationer vilket är svårt på avdelning 3 med den korta tid som klienterna stannar på avdelningen.

Gemensamma beröringspunkter för LVM- och LVU-vården är
- flickornas/kvinnornas bakgrund och missbruk
- tvångssituationen
- institutionsmiljön
- stort ansvar för flickorna/kvinnorna, institutionen utgör i många fall enda trygghet-en för dem (många har inte så stor kontakt med socialtjänsten)
- engagemanget för målgruppen – omhändertagandet, motivation/behandling, någon att "ringa till"
- god tillgång till utbildningsmedel
- begränsade resurser på institutionerna (även hos kommuner/landsting)
- osäkerhetsaspekterna i arbetet – hot och våld, arbetet i sluten miljö, stora krav på oss som personal och människor.

Det var berikande med studiebesök och insyn i varandras arbete. Det ger nya impulser men även insikt om bra saker i den egna verksamheten. Dessutom kanske man inte alltid förstår vilket bra arbete man själv gör.

> "Jag har fått nya infallsvinklar, har börjat inse att vi är bra på många saker och att vi har många fördelar gentemot LVM."

5.3 Slutkommentarer om projektet från personalgrupperna

Runnagården

På Runnagården var det fyra som besvarade enkäten. Samtliga tycker att det varit positivt att medverka i projektet. Man tycker att kontaktmannaskapet utvecklats positivt under projekttiden och att man lärt känna "sina" klienter bättre. Önskvärt är dock mer tid som kontaktpersonerna kan ägna åt de egna klienterna. Någon tycker att det är för många inblandade i klienternas behandling, samt att det är stora skillnader i erfarenheter och kompetens inom personalgruppen. Man efterlyser fler tester för att kunna göra bättre behandlingsplaner. Några uppger att man genom projektet fått nya perspektiv på sitt arbete. Man tar upp att klienterna bör få hjälp att utveckla personliga intressen.

> "Bra, intressant, gett nya perspektiv."

> "Intervjuer, samtal o nätverkskartor gör att jag bättre lärt känna dem som jag varit kontaktperson för."

> "Kontaktmannaskapet har stärkts. Lättare att hänvisa övriga kvinnors frågor till respektive kontaktman."

> "I dagsläget finns delade uppfattningar om vad som är det viktigaste i arbetet. Stora skillnader i bakgrundserfarenheter, utbildningsnivå, ambition."

"En av de stora utmaningarna för Runnagården tycker jag är att minimera antalet personer som är inblandade i kvinnans behandling och planering."

"Inte påverkat nämnvärt, då bl a schemat och bemanningen har varit, är, ett hinder för aktiviteter utanför Runnagården."

Ljungaskog

Tolv besvarade enkäter lämnades in på Ljungaskog. En del av personalen uttrycker att projektet kändes dåligt förankrat från början och att det tog tid innan man kom igång. Några tycker inte att deras arbete hittills påverkats så mycket av projektets idéer. Andra uppger att de fått nya infallsvinklar på sitt arbete, som bland annat givit insikt om att man gör ett bra jobb. En del tycker att arbetet på avdelningen påverkats positivt medan andra ännu inte sett någon påverkan på avdelningsarbetet. En ökad medvetenhet och ett bättre arbete kring modell- och metodfrågor är andra saker som framgår av svaren. Samtliga är positiva och anser möjligheterna goda att fortsättningsvis arbeta enligt projektets intentioner.

"Tyvärr lite trögstartat, det är inte förrän nyligen som man börjat fatta vad det handlar om. Timingen blev nog inte helt lyckad p g a många andra problem på Nyhaga under förra året."

"Bra att ha något att checka av efter typ manualen och att man håller diskussionen levande med behandlingsarbetet."

"Projektet har påverkat positivt. Det är inte så mycket att folk värjer sig för mer jobb utan man ser det mer som en hjälp."

"Ja, det har gjort oss mer medvetna om vad vi gör, och gjort det överskådligt vilka nästa steg bör vara."

"Ökad aktivitet kring modell- och metodfrågor."

Kommentar

Sammantaget kan konstateras att båda personalgrupperna är positiva till att arbeta enligt projektets intentioner och med manualen. De är också eniga om att projektet gett nya perspektiv på arbetet med utsatta flickor/kvinnor. Runnagårdens personal påtalar dock att det är önskvärt med mer tid för klienterna.

5.4 Flickornas/kvinnornas syn på behandlingen

Runnagården

På Runnagården var det sex flickor/kvinnor som besvarade våra frågor. Samtliga flickor/kvinnor tyckte att det var hemskt att komma till Runnagården. De kände sig rädda och kränkta. Hälften tycker att det första intrycket ändrades efter hand, men lika många uppger att det första intrycket blev bestående.

"Ostrukturerat, ingen ordning eller planering, fruktansvärt, kränkande, förnedrande."

"Mitt första intryck var hemskt, bättre sagt skrämmande. Visst har det förändrats, man vänjer ju sig."

De flesta är positiva såväl till sina medklienter som till personalen.

"Likasinnade människor, gemenskap, hänsyn till varandra, pratar om allt."

"Mycket bra personal. Tar sig tid att lyssna. Alltid glada och positiva. Bra med f d missbrukande personal. Dom vet precis vad vi går igenom."

Däremot är nästan samtliga mycket missnöjda med lokalerna, de dagliga rutinerna och aktiviteterna. Man är inte heller nöjd med resurser/resursfördelning eller atmosfären på avdelningen.

"Påminner om häkte, arrestceller. Deprimerande, gamla, behöver renoveras. Miljön man lever i är enormt viktig."

"Är för lite rutiner."

"Mycket lite aktiviteter tycker jag."

"För att ett gäng knarkare inte ska tänka på knark eller må dåligt, så måste vi bli aktiverade. Få se att det finns ett liv, som är bra och roligt, utan knark. Ge oss anledningar att sluta. Få oss att uppskatta oss själva och Svensson-livet."

Några uppger att de tror att de får med sig något bra när de lämnar Runnagården. De nämner bl a grupper och föreläsningar. Andra är osäkra eller anser att de inte kommer att få något bra med sig.

"Kunskap, tack vare grupperna och föreläsningarna."

Alla utom en klient anser att Runnagården skulle kunna förändras. Förslag till förändringar handlar om konkreta saker som förbättrad inredning av lokalerna, fler aktiviteter och bättre utbildad personal.

"Affischer, ommålning, mera växter, fönsterlampor. Inredning gör mycket!"

"Utbilda personal att vara ödmjuka och ändå bestämda, lyhörda. Förändringar, att det skulle vara mycket mer tillit ..."

Uppfattningen är delad om möjligheterna till förändring. Endast en klient är odelat positiv. Hon har förslag på konkreta inredningsdetaljer och tycker att man kan ta klienterna till hjälp. En annan klient har många förslag på hur man med klienternas hjälp skulle kunna få in pengar till aktiviteter och dylikt.

"Till det mesta behövs pengar och det kan nog vara svårt att få. Men det finns massor att göra utan pengar, planera bättre. Hitta på saker som man kan tjäna pengar på. Sälja saker som man gör i terapin. Odla potatis, ha höns, lite jordbruk, kanske för eget bruk kanske sälja lite. Vi kan jobba som telefonförsäljare å sånt å kanske på så sätt få ihop till nåt som vi vill och samtidigt lära sig nåt nytt och känna att man jobbar och gör nåt. Ta vara på maten som blir över, ge den till någon närliggande bondgård, till deras grisar, så kanske vi får låna hästar och rida på. Fixa avtal med bondgårdar, badhus, bio m m. Skriv kontrakt på att ni vill vara fasta kunder, grupprabatter, företagsrabatter eller vad vet jag."

"Ta hjälp av tjejerna som bor här!"

"Ni borde behandla oss klienter med respekt, vi är också människor och kan vara med och fatta vissa beslut angående oss själva."

Ljungaskog

Sju flickor på Ljungaskog svarade på frågeformuläret. Knappt hälften tyckte att det första intrycket var jobbigt, medan de andra uppger att det var "OK".

"Ta mig härifrån, men nu känns det OK."

De flesta är positiva till de andra ungdomarna och till personalen.

"Många tycker dom är för coola för att ta emot hjälp, fast jag tror dom vill det innerst inne."

"Bra när dom är ärliga och raka."

"Både bra och dåligt. Dom får stå ut med oss och vice versa."

Några uppger att lokalerna är OK men merparten anser att de är bristfälliga. När det gäller de dagliga rutinerna anser samtliga att de är dåliga/tråkiga.

"Dåliga. Fult och omodernt. Fula soffor. Rummet är bra."

"Okey, men jobbigt att få bestämt när man ska gå och lägga sig, det är väl ett eget ansvar."

"Ganska tråkiga, men nödvändiga (skola)."

"Jag hatar dom (dagliga rutiner), det händer alltid samma sak."

De flesta tycker att aktiviteterna är "bra" men några tycker att aktiviteter saknas eller är för få. Samtliga, utom en flicka, klagar på att resurser/resursfördelningen är otillräcklig.

"Det är inte roligare än vad man gör det till."

"Dom skyller alltid på pengar så vi får betala mycket själva. Och det gör så vi inte har tillräckligt med pengar till det vi behöver."

"För lite pengar, tillräckligt med personal."

Atmosfären på avdelningen tycker de flesta är bra och drygt hälften anser att de får med sig något från behandlingen.

"Här är det bra."

"Vet inte riktigt vad för slags behandling man använder här, men det har funkat på mig."

"Jag förblir kanske drogfri."

"Vill du ha hjälp så kommer du få det, men du måste samarbeta!"

Samtliga tror att Ljungaskog kan förändras och anger lokalförbättringar samt mer aktiviteter som önskemål. Meningarna är delade om möjligheter till förändring. Brist på pengar anges som skäl av dem som inte tror att förändring är möjlig.

"Bättre luft, bättre sängar, fler utflykter, d v s social träning ..."

De som svarat på frågan om det är något övrigt vi bör veta, anger att det är önskvärt med mer pengar. Någon poängterar att personalen bör vara mer observant på om droger finns på avdelningen. Även att personalen bör upptäcka mobbing på avdelningen. De ungdomar som varit längst på Ljungaskog är de som är mest positiva i sina svar.

"Vi behöver mer pengar för att kunna göra nåt annars blir man bara sugen på att sticka, eftersom man är så jävla mycket instängd."

Kommentar

De som har lämnat de flesta positiva svaren är de klienter som är lite äldre eller har varit längre på institutionen. Oavsett om man varit positiv eller negativ i sina svar, har samtliga klienter tyckt att det varit positivt att besvara enkäten.

Svaren från de båda institutionerna är samstämmiga på många frågor:
- många var negativa vid ankomsten till respektive institution
- båda grupperna är övervägande positiva till medklienter samt i stort även till personalen
- brist på resurser till aktiviteter
- bristfälliga, omoderna lokaler anges också i svaren från båda institutionerna
- samstämmigheten är också relativt stor på frågan "om man får något bra med sig från behandlingen" till exempel att de fått ökad kunskap om sig själva och mera insikt om sin egen problematik.

Överraskande är kvinnornas/flickornas övervägande positiva bild av personalen. De

yngre flickorna har lite tilltro till att deras synpunkter har någon betydelse, medan de äldre och de med en längre behandlingstid är positiva, glada över att bli tillfrågade. "Bryr ni er verkligen?" var en fråga som ställdes.

När vi gått igenom de svar vi fått på våra frågor till personalen och flickorna/kvinnorna har det slagit oss att många svar stämmer väl överens. I mångt och mycket tycker personalen och de unga kvinnorna lika om hur behandlingen bör se ut, vilket borde vara en bra grund för förändringar/förbättringar av arbetet. De områden där svaren är samstämmiga gäller främst individuell behandling. Gemensamt är också efterfrågan på flera aktiviteter. Detta överensstämmer med rapporten *Barfotabarn* och erfarenheterna från kvinnobehandling.

"Samarbeta med de intagna. Individuell behandling. Man kan inte behandla en som missbrukat i fyra månader likadant som en som missbrukat 10 år ..." – ung kvinna.

"Individuellt behandlingsarbete som utgår från den ungas speciella behov." – personal.

"Idag behandlas "alla lika", samtidigt som många faller utanför ramen och inte får sina behov tillgodosedda. Bättre om vi kan möta var och en där hon är, och jobba vidare därifrån". – personal.

"Håll kurser för oss, lär oss, utbilda oss, kanske går att ordna så man kan ta körkort medan man är här, nåt som gör oss nöjda med oss själva. Stolta. Att vi kan annat än att knarka." – ung kvinna.

"Utveckla personliga intressen t ex musik, sömnad, motion o s v samt grundvux-verksamhet ..." – personal.

6 Tankar om utveckling

6.1 Manualen

Manualen kan utvecklas och vara en vägvisare oberoende av om institutionen arbetar efter en systemorienterad, kognitiv, miljöterapeutisk eller minnesota-inriktad modell. Som vi ser det är det nödvändigt med bra kunskap om flickans/den unga kvinnans bakomliggande problem och resurser oavsett var placeringen sker. Här kan resursintervjun användas som ett komplement för att få den unga kvinnans egen syn på sin situation.

De kunskaper vi får och har om den unga kvinnan kan utveckla symtomtoleransen, vilket ger personalen en möjlighet att utarbeta strategier både för adekvat vård och för att undvika onödiga förflyttningar av klienterna.

Oberoende av behandlingsmodell har institutionen säkert någon form av individuella samtal med den unga kvinnan. Individuella samtal kan skapa trygghet och tillit i mötet och ge henne möjlighet att träna sin relationella förmåga. Det är viktigt att kunskaperna kring flickors/kvinnors socialiseringsprocess finns förankrade liksom en utvecklad metodik och kunskap kring behandling avseende missbruket, de unga kvinnornas upplevelser kring sitt missbruk och missbrukets konsekvenser.

Med ökad kunskap om de unga kvinnornas utveckling, socialiseringsprocess och behov av relationer för att orka påbörja ett förändringsarbete, är det viktigt att olika aktiviteter sker i linje med det och som ett led i utvecklingsprocessen. Det kan kanske till och med vara så att aktiviteter, både enskilt och i grupp, kan ge ett andrum på avdelningen och reducera riskerna för hot och våld. Det är bra om personalen är medveten om relationernas betydelse för den unga kvinnan och aktivt deltar i arbetet med de relationsbefrämjande aktiviteterna.

Väninnerelationerna har visat sig ha en positiv betydelse för den unga kvinnans utveckling. Att inom den slutna vården skapa utrymme för detta är självklart begränsat eftersom organisationen endast medger ett fåtal yttre kontakter. Det är möjligt att arbeta med de relationer som skapas inom institutionen så att flickorna/de unga kvinnorna ges tillfälle till relationer med andra kvinnor/flickor. Kanske kan de knyta an till kvinnlig personal eller väninna inom eller utanför institutionen med målet att ha en relation utan ett totalt beroende till en man. Inom LVM-vården är det också viktigt att beakta relationerna mellan de äldre och de yngre kvinnorna. En möjlig väg kan vara gruppaktiviteter för att förebygga motsättningar.

Förhoppningsvis använder de flesta institutioner sig av familjernas och nätverkens kunskap för att behålla flickans/kvinnans kontakt med omvärlden under sin placeringstid och ger på så sätt henne tillgång till sin egen historia och sitt ursprung. Att arbeta för en bra eftervård inom ungdomsvården och bra § 27-placeringar inom

LVM-vården förutsätter detta och dessutom att flickorna/kvinnorna erbjuds kontinuitet i eftervården genom en bestående kontakt med institutionen, vilket finns lagstadgat när det gäller § 27-placeringarna.

Samarbetet med socialtjänsten är viktigt liksom att vi följer aktuell lagstiftning och de riktlinjer som finns för institutionsvården inom SiS. Det är inte alltid självklart med regelbundna besök och en kontinuerlig kontakt mellan institutionerna och socialtjänsten, som ett led i det gemensamma arbetet kring de unga kvinnorna. Samarbetet dem emellan kan förbättras genom att det gemensamma ansvaret för arbetet med den unga kvinnans behandlingsplaner förtydligas.

6.2 Personal

När det gäller arbetet med manualen kan det vara viktigt att tänka på att alla inte kan kunna allt. För att inte hindras i behandlingsarbetet och i kontakten med de unga kvinnorna i vardagen kan detta kanske beaktas. Hennes problematik kan vara mycket komplicerad, utredningar och specialistutlåtanden kan vara fyllda med diagnoser och termer som inte är så vanliga, och vi får inte hindras av prestige utan i stället utnyttja varandras kunskaper.

Det har under projektets gång blivit tydligt att förankrings-/utvecklingsarbete tar tid. Det är inte bara att gå ut till en avdelning och säga "Så här ska ni göra!". Förändringar ställer stora krav. Arbetet på en sluten enhet innebär att personalen sällan ses samtidigt eftersom arbetet utförs i skift. Få gemensamma fora finns för att skapa en plattform för förändringar, som det sedan i det dagliga arbetet ges möjlighet att genomföra. Arbetet inom tvångsvården utförs i en miljö som inte sällan är fylld av hot och våld, vilket får som konsekvens att verksamheten ofta drabbas av hög sjukfrånvaro, hög personalomsättning med många vikarier/oerfaren personal istället för en stabil erfaren ordinarie personalgrupp.

Trots dessa hinder är de personalgrupper som varit involverade i projektet idag positiva till att fortsätta utvecklingsarbetet efter projektets intentioner. De har uttryckt farhågor föranledda av arbetssituationen och eventuellt merarbete men trots detta också en vilja till förändring. Personalen ser utvecklingsmöjligheter och har en uttalad vilja att arbeta för en förbättrad sammanhållen behandling avseende de unga kvinnorna. Personalgrupperna har uppskattat insynen i och uttalat intresse för varandras verksamheter.

För att kunna utveckla arbetet med unga missbrukande kvinnor behövs kontinuerlig kompetensutveckling inom områden som berör kvinnors specifika situation och deras behov avseende missbruk och behandling. Vi tänker på vad som händer i mötet med kvinnan, samtalets och relationens betydelse, nätverkets inverkan och problem som till exempel olika övergrepp och ätstörningar.

6.3 De unga kvinnorna

De framhåller alla hur viktigt det första mötet med institutionen är. Många beskriver

en känsla av kränkning både i hur de blir bemötta och miljön de kommer till. Det är viktigt att inte låta denna negativa känsla bestå hos den tvångsomhändertagna unga kvinnan när hon anländer till en LVU- eller LVM-institution. Många upplever att ingen egentligen lyssnar på dem. Ett sätt, förutom en god miljö och ett respektfullt bemötande, skulle kunna vara att relativt snart efter ankomsten använda resursintervjun som ett hjälpmedel. Denna fokuserar på det positiva antagandet att varje individ har användbara resurser trots en problemfylld livssituation och kan ge ett bra första möte mellan kvinnan och kontaktpersonen. Resursintervjun kan, som tidigare nämnts, vara ett sätt att inleda de individuella samtalen.

Hur viktig institutionsmiljön är som en ingång till en förändringsvilja vet vi inte med exakthet, men de unga kvinnorna påtalar vikten av en bra miljö, sysselsättning, trevlig atmosfär och för dem meningsfulla aktiviteter och behandling. De yngre flickorna har en blandad bild av skolgångens nödvändighet, precis som tonårsflickorna utanför institutionsvärlden.

Trots allt, förändringar eller ej, har de unga kvinnorna en relativt positiv bild av personalen och tycker att de får något positivt med sig från vården inom LVU och LVM.

Syftet med projektet som helhet har varit att se faktorer som kan bidra till att förhindra de unga kvinnornas rundgång inom LVM- och LVU-vården, men vad som nu också blivit synligt i projektet är rundgången inom en institution, vilket ju inte alltid är så positivt för de unga kvinnornas förändringsvilja eftersom den till stor del är relationsbaserad. Här tänker vi på de klienter som under sin vårdtid placeras på två eller flera avdelningar inom samma institution. De omplaceras inte bara efter avgiftning, intagning utan också p g a organisatoriska förändringar inom institutionen, störande eller hotfullt beteende, efter avvikningar och "misslyckade" § 27-placeringar. Konsekvensen av detta kan bli att de som kanske är i störst behov av bärande relationer, ofta de mest utagerande, inte ges möjlighet att skapa dessa eftersom de får sämre kontinuitet i vården.

6.4 Samverkan

Tankar på hur ett samarbete skulle kunna främjas mellan LVM- och LVU-institutionerna har framkommit, när personal från Runnagården och Ljungaskog träffade projektgruppen. Dessa tankar är:

- fler studiebesök mellan LVU- och LVM-institutioner för att ge ökad kunskap, insikt och förståelse för varandra och respektive verksamhet
- nätverksarbete över gränserna, SiS kanske skulle ha något gemensamt nätverk för flick- och kvinnoinstitutionerna, kanske med gemensamma temadagar, föreläsningar kring aktuell forskning och liknande
- ökat samarbete om säkerhetsaspekter, missbruksproblematik och psykiatriska frågeställningar som är likartade för båda verksamheterna

- gemensamma behandlingsalternativ där verksamheterna "överlappar" varandra åldersmässigt. Flickorna/kvinnorna inom LVM-vården kan ju ibland vara yngre än de äldsta flickorna inom LVU-vården.

Avslutningsvis kan vi konstatera att byten av projektledare under löpande projekttid på båda institutionerna har inneburit både svårigheter och en fördröjning av projektet. Akuta händelser, sjukskrivningar inom personalgruppen och omstruktureringar inom en institution är också faktorer som försvårat projektarbetet. Det gemensamma projektet har, utifrån personalens synpunkter på studiebesöken, berikat verksamheterna. Tyvärr har det geografiska avståndet gjort att endast några ur personalgrupperna haft möjlighet till direkt insyn i varandras verksamheter.

Manualen skulle kunna utvecklas och förfinas så att den passar respektive vårdform/institution utan att grundtankarna kring ett kvinnoperspektiv går förlorade.

Hur de unga kvinnornas vårdsituation påverkats kan vi ännu inte se. Tiden för projektet har varit för kort för att vi skulle kunna se de olika faktorernas betydelse och effekter över tid. En längre förankringstid behövs för att följa ett litet antal kvinnor inom både LVU- och LVM-vården. Förändras deras förutsättningar för ett drogfritt liv om vi medvetet arbetar efter manualen och med ett tydligt kvinnoperspektiv, där mötet och andra faktorer som är viktiga för unga kvinnors behandling är så optimala de kan bli inom tvångsvården? Socialtjänsten måste involveras så att deras roll och medverkan under behandlingstiden förtydligas och prövas enligt tankegångarna i projektet.

Hittills har projektet endast förankrats på två avdelningar inom SiS, där personalen är positiv till fortsatt arbete enligt projektets intentioner. Ett mål kan vara att båda institutionerna omfattas av projektidéerna och om två år kanske det inte är ett projekt, utan förhoppningsvis ett användbart arbetssätt inom såväl LVU- som LVM-vården.

Under projekttiden har vi projektledare flera gånger undrat om det är mödan värt att jobba i ett projekt som detta. Får institutionerna verkligen de resurser i form av personal och pengar som behövs för att arbeta enligt projektets intentioner? Går det att genomföra en tillfredsställande vård åt flickorna/kvinnorna, när grundbemanningen tidvis endast är den som krävs ur säkerhetssynpunkt för personalen?

En ung kvinna, som inte trodde sig ha något att förmedla, skrev så här på frågan "Är det något övrigt som Du tycker att vi bör veta?"

> "... Färger, dofter och musik är väldigt viktigt. Naturen, frisk luft, motion, kärlek, familj och nyktra vänner likaså. En del frågar mig varför jag är så negativ, det är jag inte. Jag försöker tänka positivt, fast det är jävligt svårt under omständigheterna. Men sen tycker jag att jag måste framföra vad som är dåligt så att det kan bli bättre. Varför är det ingen som informerar våra föräldrar vart de ska vända sig? Vad LVM och Runnagården är för nåt. Om ni tror en massa hemskheter om t ex min pojkvän, varför inte prata med honom? Informera oss tydligt att ingen här har tystnadsplikt, så att vi inte känner oss lurade. Anta inte saker! Vi kan också bli förolämpade. Jag kräver faktiskt lite mer

av er eftersom ni jobbar här, fastän ni också är människor. Det känns fruktansvärt att människor som aldrig träffat mig eller känner mig vet vad som är bäst för just mig och har så mycket makt över mitt liv."

Ovanstående fick oss att tänka på detta citat:

"Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där." (S Kirkegaard)

7 Slutord (av institutionscheferna)

Projektet *Det finns inga hopplösa fall* har varit en lång vandring för att hitta arbetsmetoder för att kunna utveckla arbetet med de svåraste flickorna. Det är flickor med en mycket komplex problematik – en problematik med stora sociala problem, omfattande psykiatrisk problematik, missbruk, sexuella övergrepp, ätstörningar o s v. Sökandet efter svar startade på ett berg vid Bråviken och fortsatte sedan runt om i Sverige på olika ungdoms- och missbrukshem för att sluta på Slottet i Örebro. Mellanlandning har under färden skett på Ljungaskog, Runnagården, Nässjö och Mjölby. Arbetet har skett i stafettform med fyra inblandade projektledare som har gjort ett mycket omfattande och bra jobb.

Nu, framme vid målet, kan vi konstatera att det finns verkningsfulla och fruktbara arbetsmetoder med flickorna med den svåraste problematiken. Genom de erfarenheter och kunskaper som har framkommit i projektet har en "verktygslåda" med bra verktyg sammanställts i en manual. Genom att arbeta med de olika verktygen på ett systematiskt och genomtänkt sätt når behandlingsarbetet fram till tydliga och påvisbara resultat. Även flickorna själva upplever att behandlingsarbetet ger resultat.

I verktygslådan finns många gamla och välbekanta verktyg. Samarbete, behandlingsplaner, eftervård, utredningar och ett medvetet missbruksarbete är väl beprövade inslag i socialt behandlingsarbete. Att personalen skall stå kvar och att inte klienten flyttas är också numera självklarheter. Det känns onekligen positivt att många gamla "sanningar" fortfarande håller och att vanligt hederligt behandlingsarbete, professionellt utfört, ger resultat. Men även nya inslag finns i verktygslådan. Inslag som på ett tydligt och klokt sätt lyfter in könsperspektivet i behandlingen. Väninnerelationer, det kvinnliga samtalet och att skapa en kvinnlig identitet har visat sig vara bra inslag i behandlingsarbetet som dessutom fungerar som en samlande kraft för hela arbetsmodellen. Kvinnoperspektivet ger genomslag i hela verksamheten vilket i sin tur ökar den totala kvaliteten i behandlingsarbetet. Att i varje fråga ta hänsyn till att klienterna är flickor/kvinnor ställer särskilda krav på verksamheterna.

Projektarbetet har gett oss ny kunskap från verksamheter som vi inte har varit så väl bevandrade i tidigare. Ungdomsvården har fått insyn i den vuxna missbrukarvården och vice versa. Man har fått klart för sig hur olika villkoren ser ut och hur olika förutsättningarna är. Resurser, arbetsmetoder, mål och lagar ser många gånger helt olika ut. Men många likheter finns också. Det dagliga arbetet med flickorna, situationer och problem är likartade. Av varandras lösningar har man fått nya impulser. Förståelsen mellan två olika världar har onekligen ökat. Respekten och ödmjukheten för varandras verksamhet och kunskapsområden har utvecklats. Arbetet att bygga broar mellan ungdomsvården och den vuxna missbrukarvården har dock inte varit

helt problemfritt. Våra kunskaper om varandras verksamhet har inte varit tillräckliga. Även det geografiska avståendet mellan Runnagården och Ljungaskog har medfört svårigheter.

Som institutionschefer har vi lärt oss mycket genom att arbeta i projektet. Projektet har försökt att arbeta gränsöverskridande. Ett mål var att försöka bygga broar mellan ungdomsvården och missbrukarvården. Ett seminarium har genomförts på Ljungaskog med närvaro av både ungdomshem och LVM-hem. I Örebro genomfördes en konferens med deltagare och ett innehåll som speglade både ungdomsverksamheterna och missbrukarvården. Det har varit svårt att nå ut till alla institutioner. Samverkan mellan ungdomsvård och missbrukarvård borde vara av intresse för alla som arbetar med vård och behandling. Detta kan vara värt att fundera på inför framtida utvecklings- och samverkansprojekt där både ungdoms- och missbrukarvården är delaktiga.

För Ljungaskog och Runnagården har det varit utvecklande och lärorikt att samverka med ett konkret utvecklingsprojekt. I den sista delen av projektet har fokus legat på tillämpning av kunskaper och erfarenheter från den första delen. Det har varit till gagn för förankringen av projektet på institutionerna. Ofta är det först när det blir konkret och användbart i dagligt arbete som det går att ta kunskaperna till sig. I det avseendet har projektet *Det finns inga hopplösa fall* varit framgångsrikt. Det har också avspeglats i att många i projektet, inte minst projektledarna och projektets handledare, har lagt ner ett mycket engagerat och förtjänstfullt arbete. Utan deras insatser skulle projektet inte nått ut i verksamheterna på ett så bra sätt som nu har skett.

Referenser

Fridell, M. (2002) Kvinnor med narkotikaberoende, i Leissner, T. & Hedin, U-C. (red), *Könsperpektiv på missbruk*. Stockholm: Bjurner och Bruno.

Helsing, B. (2001) *Relationernas möjligheter. En pilotstudie av Fortunagårdens nätverksarbete*. Allmän rapport nr 9. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Kindstrand, A. & Theorin, T. (2002) *Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM*. SiS följer upp och utvecklar, 3/02. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Laanemets, L. (2002) *Skapande av femininitet – om kvinnor i missbruksbehandling*. Lund Dissertation in Social Work, Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Trulsson, K. (2000) Kvinnoidentitet och missbruksbehandling. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 1–2.

nledning, kartläggning ıktuella samarbetspartner	Socialtjänsten Kontaktdatum	Tidigare placeringar		Familj, vem finns		Hälso- och sjukvård, psykiatri	Annan viktig pe
Utredning, insamling av erial	Socialtjänstens uppdrag och utredningar	Kompletteringar av utredn material	Missbruks-utredning	ADAD/ DOK	Resurs-intervju	Nätverkskarta	Självevaluerin 1 mån
Bedömning och beh ıering Sammanställning ıedömningsunderlag	Möte med soc tj för prel behandlingsplan, datum Flickan/kvinnan, kp, arb led, soc tj, övr berörd personal och ev annan viktig person	Ansvarsfördelning Tidsplaner	Ärendegenomgång och kunskapsöverföring kring flickan/kvinnan till avdeln pers och soc tj Ska ske kontinuerligt, ca 1 g/mån			Ev kompletteringar enligt ovan, vem vad, när	
Behandling	Följ upprättad behandlingsplan, revideras vid behov Obs på olika symptom Inbokade möten med soc tjänst och övriga Kontinuerlig kunskapsöverföring	Individuella samtal kp – flicka/kvinna	Möte med nätverk	Inbokade möten med soc tjänst och övriga		Kontinuerlig kunskapsöverföring krin flickan/kvinnan till avdel och soc tj	
Eftervård, § 27-plac	Planering enligt upprättad beh plan/kontrakt i samråd med soc tj	Forum för uppföljning bokas in, vem och när					

PROJEKTMANUAL, baksida, för arbetet med flickan/kvinnan i projektet. **Bilaga 2**

A. Inledning:

- **Gemensamt ansvar** socialtjänst/institution: Samarbetsklimat – försök tillvarata olikheterna i kompetens – ställ klienten i fokus. Kartlägg och boka in första möte med socialtjänsten och andra viktiga instanser, ex vis tidigare plac, psykiatri etc samt boka även fortsatta träffar under placeringstiden.

B. Utredning:

Första möte med socialtjänsten för att få uppdraget. Upprätta prel behandlingsplan. Sök befintliga **utredningar**, vilka kompletteringar behövs. Gör en sammanställning, förmedla till kollegor, kp (kontaktpersoner) och socialtjänst, har vi en gemensam bild? Skapa ett underlag för vad som behöver kompletteras. Härmed görs en **kunskapsöverföring** till berörd personalgrupp.

- Missbruksutredning, finns en sådan, är den aktuell, vem gör den?
- Eventuella kompletteringar av utredningsmaterialet?
- ADAD-/DOK-intervjuer, finns sådana – rekvirera – annars gör ny
- Resursintervju med flickan/kvinnan
- Gör nätverkskarta. Förbered för eventuellt nätverksmöte – familjemöte.

C. Bedömning:

Sammanställning av bedömningsunderlag.

Att beakta: Symtombilden:
Vilka möjligheter och hinder kan vi se för flickan/kvinnan?
Nätverket: – " –
Social situation: – " –

- Vad kan vi se i befintligt material av de **möjligheter och hinder/symtom** som flickan/kvinnan och hennes omgivning har? Vilken **tolerans** ska vi ha och hur kan vi förbereda oss på att möta dessa symtom, både som enskild personal och personalgrupp. Arbetsledningen måste vara representerad för att beakta helheten på avdelningen och kunna tillstyrka eventuella **personalförändringar**.

D. Behandling:

- Upprätta **behandlingsplan med behandlingsmål**, kortsiktiga och långsiktiga då Du nu har tillgång till allt bakgrundsmaterial plus avdelningsobservationer under kanske ett par veckors tid. **Forum för uppföljning** av behandlingsplanen planeras.

Behandlingsfas med fortsatt, **kontinuerlig kunskapsöverföring** från kp till socialtjänst och övrig personalgrupp för att bibehålla grunderna för symtomtoleransen och följa behandlingsplanen. Flickans/kvinnans socialiseringsprocess, med genusperspektiv, tillvaratas och stimuleras fortlöpande i behandlingsarbetet. De fyra hörnstenarna, Individuella samtal, Väninnerelationer, Symtomtolerans och Eftervård.

- Vem ansvarar för **individuella samtal** med flickan/ kvinnan? Om två kp måste en vara kvinna och stå för "egna" samtal med flickan. De vuxna blir rollmodel-

ler i flickornas socialiseringsprocess – träna samspel – få spegling.

- Ge flickorna/ kvinnorna en möjlighet att få **reflektioner på** hur **väninnerelationerna** ser ut på avdelningen och utanför institutionen.
- Utifrån nätverkskartan utveckla ett kontinuerligt **kontaktnät med "världen utanför".**
- Grunden måste nu också läggas för **eftervården**, med för flickan/kvinnan känd personal för att skapa trygghet i "världen där ute" och långsiktighet i behandlingen.

E. Eftervård:

- **Behandlingsplan för eftervården med behandlingsmål,** kortsiktiga och långsiktiga. Forum för uppföljning av eftervården planeras. Se vidare under behandling.

Det är lätt att man i den här typen av behandling bara tänker på missbruk och andra problem. Vi tycker det är viktigt att också tala om det som är bra och som går att bygga på och förändra. Till exempel det Du vill med ditt liv och vad Du har för egna resurser. Därför vill vi gärna ställa några frågor till Dig.

1. Hur hade Du det innan Du kom hit?

2. Vad hade Du för tankar och förväntningar när Du kom hit?

3. Var Du orolig för något?

4. Vad visste Du om oss här på Ljungaskog/Runnagården?

5. Tror Du att vi kan hjälpa Dig med något?
- i så fall vad?

6. Hur ser Du på framtiden?

7. Har Du något speciellt Du önskar Dig av livet?

8. Hur ser Du på vägen dit?

9. Vad finns det för hinder?

10. Vad ser Du för möjligheter?

11. Vilka är Dina starka sidor?

12. Hur använder Du dina starka sidor?

13. Har Du några speciella intressen?

14. Har Du kunna göra något av det Du är intresserad av?

15. Är det något vi kan bidra med när det gäller detta?

16. Har Du någon som ger Dig stöd i den situation DU är i nu?
- vem?

- på vilket sätt?

17. Vilket stöd önskar Du nu?

18. Finns det andra som är viktiga för Dig?
- vem/vilka?

- på vilket sätt är de viktiga?

- vilka är allra viktigast?

- varför?

19. Är det något vi behöver veta om Dig för att göra tiden här så bra som möjligt?

20. Vad tycker Du att Du själv ska tänka på för att få ett bra liv framöver?

Tack så mycket!

Enkät till personal – projektet "Det finns inga hopplösa fall" **Bilaga 4**

1. Vad ser Du som målet för arbetet i projektet?
- för flickorna/kvinnorna
- för institutionens arbete
- för SiS verksamhet i stort

2. Vad skulle Du beskriva som speciellt karaktäristiskt för Ljungaskogs/Runnagårdens arbete?

3. Vad ser Du som möjligheter i verksamheten?
- för flickorna/kvinnorna
- för institutionens arbete

4. Vad ser Du för svårigheter i verksamheten?
- för flickorna/kvinnorna
- för institutionens arbete

5. Vad kan Du som personal delaktig i verksamheten bidra med i riktning mot målet Du nämnde?

6. Hur ser Du på möjligheten att dra nytta av "rekommendationerna" i första delrapporten?

7 Vilka speciella behov/problem ser Du hos flickor/kvinnor som kommer till Din institution?
Hur tycker Du behandlingen tillgodoser dessa behov?

8. Har Du sett några speciella möjligheter, resurser hos flickorna/kvinnorna?
Hur skulle man i behandlingen kunna dra nytta av dessa?

9. Kan Du nämna något av speciell betydelse för flickornas/kvinnornas relation till:
- familjen
- övrigt nätverk
- personalen
- socialtjänsten

10. Hur ser institutionens möjligheter/svårigheter ut att underlätta
- flickornas/kvinnornas relationer till människor runt omkring dem?
- kvinnorollen?
- förberedelsen för ett självständigt liv?

11. Hur ser Du på samarbetet med andra närstående verksamheter?
- socialtjänsten
- hälso- och sjukvården
- andra samarbetspartners

Hur skulle det kunna vidareutvecklas?

12. Hur ser Du framåt på projektets verksamhet?

Frågor till behandlingsassistenter och avdelningsföreståndare **Bilaga 5**
i samband med ömsesidiga studiebesök på Runnagården – Ljungaskog
våren 2002

1. Vad var Ditt första intryck när Du kom till Runnagården/Ljungaskog?
– Ändrades detta under Ditt besök där och i så fall hur?

2. Vad har Runnagården och Ljungaskog gemensamt?

3. När Du varit på Runnagården vilka tankar har Du då fått kring:
– målgruppen (eleverna/klienterna)
– personalen
– lokalerna
– de dagliga rutinerna
– aktiviteterna
– resurserna, resursfördelningen (finns det tillräckligt med personal, pengar till olika aktiviteter etc.)
– atmosfären på avdelningen, hur var miljön för flickorna/kvinnorna?
– hur var arbetssituationen för personalen?

4. Är det något på Runnagården som Du vill ta med Dig till Din egen arbetsplats och i så fall vad?

5. Finns det något Du skulle vilja dela med Dig av från Din avdelning till Runnagården, i så fall vad och varför?

6. Vilka möjligheter finns det att arbeta med ett projekt liknande detta inom ramen för befintliga resurser på Din avdelning/institution?

7. Vilka svårigheter finns det att arbeta med ett projekt liknande detta inom ramen för befintliga resurser på Din avdelning/institution?

Övrigt som Du tycker att vi bör veta.

Tack för Din medverkan.

Frågor till flickorna/kvinnorna på Runnagården och Ljungaskog, våren 2002.

Bilaga 6

1. Vad var Ditt första intryck när Du kom till Runnagården/Ljungaskog? Har detta ändrats under Din tid här och i så fall hur?

2. Hur ser Du på Runnagården/Ljungaskog i jämförelse med annan behandling som Du har erfarenhet av?

3. Vilka tankar har Du kring:
- Dina medelever/medklienter
- personalen
- lokalerna
- de dagliga rutinerna
- aktiviteterna
- resurserna, resursfördelningen (finns det tillräckligt med personal, pengar till olika aktiviteter etc)
- atmosfären på avdelningen
- hur är miljön för er flickor/kvinnor
- hur är arbetssituationen för personalen

4. Tror Du att det är något bra Du får med Dig härifrån och så fall vad och varför?

5. Hur skulle Du vilja beskriva Runnagården/Ljungaskog för Dina kompisar?

6. Tror Du att Runnagården/Ljungaskog skulle kunna förändras?

7. Har Du några förslag till förbättringar, förändringar här på Runnagården/ Ljungaskog?

8. Hur ser Du på möjligheterna att genomföra dessa förbättringar, förändringar här på Runnagården/Ljungaskog?

9. Vilka svårigheter tror Du att det finns?

10. Är det något övrigt som Du tycker att vi bör veta?

TACK på förhand.

Slutkommentar från personalen på avd 3 på Runnagården och avd Nyhaga på Ljungaskog. **Bilaga 7**

1. Hur tycker Du att det har varit att medverka i detta projekt?

2. Hur tycker Du att projektet har påverkat Ditt arbete?

3. Har projektet påverkat arbetet på avdelningen och i så fall hur?

4. Hur ser Du på möjligheterna att fortsätta arbeta enligt projektmanualen?

5. Har Du andra förslag som skulle kunna bidra till vidareutveckling av arbetet med våra unga kvinnor?

6. Övrigt som Du vill delge oss:

Tack för Din medverkan!