

Tvång och tillit

LVM-vård som kulturell ingenjörskonst
– exemplet Hornö

Göran Johansson



Statens
institutions
styrelse SiS



Forskningsrapport nr 1 2000

FOU

Tvång och tillit

LVM-vård som kulturell ingenjörskonst
– exemplet Hornö

Göran Johansson

Författarpresentation

Göran Johansson är fil dr i socialantropologi vid Stockholms universitet. Han är sedan 1995 verksam vid Sköndalsinstitutets forskningsavdelning. Johansson har tidigare skrivit några texter med viss relevans för SiS arbete. År 1997 kom boken *För mycke jag, för lite Jesus. LP-stiftelsens vård av missbrukare sedd ur ett socialantropologiskt perspektiv*. Den är utgiven som nr 7 i Sköndalsinstitutets skriftserie. Hösten 1998 publicerade Folkhälsoinstitutet skriften *Måttligt eller meningsfullt. Bidrag till en alkoholpolitisk debatt* (1998:34).

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Forskningsrapport nr 1 2000
ISSN 1404-2576



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2000

Förord

Forskningsprojektet *LVM-vård som kulturell ingenjörskonst. En socialantropologisk studie av en vårdforms faktiska innehåll* av fil dr Göran Johansson avrapporteras genom föreliggande skrift. Antropologin som vetenskap förknippas ofta med studiet av främmande kulturer, men under senare år har man också börjat intressera sig för olika företeelser i den egna, bekanta kulturen. Det man då har med sig är ambitionen att förstå vad som döljer sig bakom ytan och vad det hela "egentligen" går ut på.

Rapporten innehåller en antropologs beskrivning och analys av verksamheten på ett LVM-hem. När man talar om LVM-vård används ofta en rad begrepp som gärna tas för givna – t ex behandling, utredning, motivation, förändring. Men här öppnas begreppen upp, författaren försöker komma fram till vad de innebär i praktiken. Han är väl rustad för arbetet i den meningen att han har gedigen antropologisk skolning och dessutom har studerat andra verksamheter inom missbrukarvården med antropologiska metoder.

I rapporten diskuteras om och hur tillit mellan behandlare och klient kan utvecklas inom ramen för en tvångssituation. Författaren menar att behandlingen i mångt och mycket liknar det sociala samspel som kännetecknar t ex en familj, med den skillnaden att behandlingen på LVM-hemmet är mer fokuserad på vissa aspekter av samspelet och mer systematisk. Han finner ett starkt engagemang hos personalen, men ingen Metod med stor bokstav.

Begreppet social ingenjörskonst brukar förknippas med olika typer av samhällsplanering. På liknande sätt, menar författaren, kan LVM-vård beskrivas som kulturell ingenjörskonst. Det handlar om påverkan med kulturella medel i syfte att få mänskliga vanor att förändras i en ny och mer konstruktiv riktning.

Den institution som studerats är Hornö LVM-hem utanför Enköping. Författaren har följt arbetet på nära håll, suttit med på möten och intervjuat och samtalat med personal och klienter. Samtidigt som han uppmärksammar Hornös speciella kännetecken, använder han verksamheten på Hornö som exempel på mer allmängiltiga företeelser.

Sammanfattningsvis menar han att strukturen hos tvångsvården uppvisar "ett rituellt mönster" liknande en övergångsritual genom avskiljning, övergång och återinträde, att kombinationen av ritual och fostran torde vara en förutsättning för förändring av vuxna människor inom en institutionell ram. Men, framhåller författaren, för att LVM-vård skall fungera är det nödvändigt att "samhället självt förändrar sig och bereder missbrukaren plats och gemenskap".

Sture Korpi
Generaldirektör

Vera Segraeus
FoU-direktör

Sammanfattning

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall – LVM – gör det möjligt för oss att omhänderta missbrukare *mot* deras vilja, alltså med *tvång*. LVM-vård ”misslyckas” i regel, i den meningen att missbrukaren oftast *inte* upphör med sitt missbruk efter en LVM-vistelse. Misslyckandet hänförs ibland, av LVMs kritiker, till själva tvånget.

Vårt differentierade och genomorganiserade samhälle är emellertid inte främmande för tvång. Tvärtom bygger det på en mängd tvingande regler. LVM-vård av missbrukare är en del av vårt samlade samhällseliga tvång. Att LVM-vård framstår som *ineffektiv* är inte den främsta kritiken. Allvarligare är att tvångsvård av missbrukare framstår som *en abnormitet* i en socialtjänst som försöker hävda respekt för individens självbestämmande och integritet.

Det tvång som präglar socialtjänsten som helhet är mer dolt. Det finns gömt i socialbidragsnormer, i möjligheten att omhänderta barn, i bristen på hemtjänst. Socialtjänstens implicita tvång har, genom resursbrist och nedskärningar, *ökat* under senare år. Mängden LVM-vård har minskat.

Tvånget i LVM-vården begränsar den omhändertagnes *fysiska rörelsefrihet* och hans möjlighet att *fortsätta* sitt missbruk. Att det tvånget skulle vara anledningen till att den omhändertagne (efter LVM-tiden) ofta *återupptar* sitt missbruk är menar jag osannolikt. Den så kallade frivilliga vårdens större rehabiliteringsframgångar beror inte på frånvaron av tvång utan på klientens *större motivation till egen förändring*, under eget ansvar.

Tvånget föranleds av att klienten inte *vill* sluta sitt missbruk samtidigt som förutsättningarna för tillämpning av LVM är uppfyllda. Den som *vill* avbryta sitt missbruk – som har fått nog av drogens tvång och/eller av samhällets åtgärder – riskerar *inte* att bli omhändertagen enligt LVM.

I den här rapporten försöker jag hävda att den så kallade tvångsvården enligt LVM kan betraktas som samhällets försök att *med kulturella (rituella) medel* åstadkomma en förändring i missbrukarens livsstil och förmå honom att (åter) känna *tillit*. Den frivilliga vården behöver inte just det medlet utan kan koncentrera sig på att på olika sätt *stödja* rehabiliteringens eget beslut om livsförändring. *Den frivilliga vården kräver mindre av samhället*, inte bara ekonomiskt.

För att undvika missförstånd: *Jag förespråkar inte tvångsvård av missbrukare under de förutsättningar som i dag gäller för LVM-vård*. Mitt avståndstagande beror dock *inte* på tvånget som sådant utan på att samhället inte tycks förstå eller acceptera de krav på samhällets *egen* förändring och *egen* anpassning som tvånget mot missbrukarna innebär.

De flesta av rapportens kapitel presenterar ett LVM-hem – Hornö utanför

Enköping – ur ett begränsat antal aspekter. Jag försöker bygga under min tes: att *Hornös grundläggande metod har en kulturell snarare än en vårdteknologisk karaktär*. Avnämare (och ibland klienter) efterfrågar då och då ”mer behandling” gärna grundad i vetenskapliga företag. Hornös personal hänvisar då till LVM, till den vård som finns och till sin lagenliga uppgift att genom *motivationsarbete* (inte behandling) förbereda klienten för *frivillig vård*.

Min tes – vikten av Hornös *kulturella* metod – innebär samtidigt att jag ser LVM-vården som en rehabiliteringsmöjlighet i sig, inte bara som en *förberedande* instans för frivillig behandling. En konsekvent genomförd LVM-vård enligt logiska kulturella (rituella) principer är en särskild vårdform som kan fungera parallellt med frivillig vård. Den grundläggande skillnaden är tvånget mot klienten, ett vårdtvång som kräver *en tydligare motprestation från samhällets sida* än den frivilliga vården gör.

Rapporten går inte in på *hur* LVM-vårdens kulturella form skulle kunna utvecklas. Jag antyder några exempel men uppgiften ligger bortom rapportens intention.

Mitt synsätt är *ett* bland en oändlig mängd *andra* möjliga sätt. Som forskare hamnar jag obönhörligen på efterkälken i Hornös komplexa verklighet. Min bild av Hornö är snarare rapsodisk än genomkomponerad. Läsaren kan troligen få stöd för en rad *andra* teorier och resonemang. Det är i sin ordning. Jag har inte sett alla möjligheter och har *valt* att ta fasta på vissa saker, helt enkelt för att ha *något* att säga.

För det enda du kan vara säker på som författare är att du kommer att förlora i förhållande till ditt stoff. Tillvaron är så oerhörd att det är omöjligt att komma i nivå med sitt ämne. (Sara Lidman, DN LördagSöndag, 17/4 1999. Journalist: Ulrika Kärnborg)

Kapitel 1 handlar om *LVM* och tar bland annat upp de två sinsemellan antagonistiska fenomen som lagen släpar på: *tvång och motivation*. Följande tio kapitel redovisar mitt möte med Hornö, det möte som tillsammans med andra influenser ligger bakom textens teoretiska hållning. Mitt hopp är att läsaren här ska finna empiriskt stöd för min tes och mitt allmänna resonemang. Avsikten med kapitel 12 – *Ritualens roll* – är att övertyga läsaren om att det finns *förändringskraft* i det rituella förfarandet.

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning	9
En ritualisering	11
Kulturell ingenjörskonst	14
Ytligheten	17
Om metoden	19
1 LVM	23
Uppföljning av nedgången	26
Motivation, ömsesidighet	29
2 Hornö	37
Byggnaderna	38
Bemannning, beläggning	40
DOK/KIA	46
Margretelundsgården – som tänkt	47
3 Hornömodellen	51
Modellen	53
Utredning eller behandling	56
Meningen med LVM	60
Andligheten	62
4 Första mötet	65
Primärt och sekundärt tvång	68
Alkoholister, narkomaner	73
Klienternas kritik	74
5 Tänkt förlopp	77
Flytta ned	78
"Information"	81
Frivilliga	84
Vad klienten borde	86
6 Hälsovården	89
Sjukvården	92
Hälsovården	95
Hobbyn	98

7 Säkerheten	101
Rymma	104
Våld och hot	108
Intag av narkotika	112
Mäsk	118
Isolering	120
Förebyggande	122
8 Mötena	127
Morgonmöte, morgonsamling	127
Stormöte	129
Konferens, möte	129
Samtalsgrupp	131
Handledning	138
9 Kontaktman	147
Muntligheten	156
Socialsekreterare, kontaktman	158
Motivation eller behandling	159
10 Utredning, test, behandling	163
Utredning	169
Rorschach	171
Test, utlåtande	173
För fortsatt behandling	177
Test och tillit	179
11 Planeringen	185
Familjehem	190
Anhöriga	192
Utredning, placering	194
Alternativ till drogen	196
12 Ritualens roll	199
Ritual och LVM	204
Krisritualer	207
Behovet av passager	209
Avideologisering	211
Möta sig själv	213
Samhällsförändring	215
Ritualens uppenbara aspekter	217
Avslutning	247
Noter	251
Referenser	263

Inledning

Att bli tvångsomhändertagen för missbruk är troligen att dö en smula eller kanske ganska mycket. Det förefaller som om samhället vill åstadkomma just det. Samhället vill "döda" missbrukaren (i människan) som en förutsättning för en möjlig nystart, en "ny födelse". Men lika lite som det nyfödda barnet valt att komma till världen, lika lite har den tvångsomhändertagne valt att komma till ett LVM-hem.

Det är personalens formidabla uppgift att övertyga klienten om att tid i LVM-vård kan vara värd sitt pris, med andra ord att skapa *tillit* hos den "födde" som egentligen inte alls velat komma utan anser sig ha haft det bra eller i alla fall bättre utanför eller i marginalen till det "vanliga" livet. Några veckor har Hornös personal på sig för att övertyga den tvångsomhändertagne om att det vanliga livet – med få verkliga höjdpunkter – trots allt är värt att leva.

Utan andra egentliga resurser än sina personligheter och sina mänskliga erfarenheter är det personalens uppgift att hos klienten skapa en *tillit till samhället* som detta samhälle ofta inte förtjänar men som är en oundgänglig förutsättning för att leva där.

Ett barns födelse framställs som något fint, närmast idylliskt, men är förstås en smärtsam och brutal historia. Det hela artar sig i regel bra för det barn som kommer till världen men förutsättningen för ett lyckligt resultat är att den mottagande familjen (mest modern) gör *omfattande justeringar* i sitt liv för att den nye ska få en rättmätig chans.

Det sägs, antagligen utan tillförlitligt empiriskt underlag, att barnet helst skulle vilja vara kvar därinne i tryggheten och slippa att komma ut till en hård verklighet. Man kan säga att det nyfödda barnet under ganska lång tid luras att tro att det trots initiala bekymmer kommit till en välmenande och omhändertagande värld.

När (och om) barnet efterhand tycker sig se ett bedrägeri är det för sent. Då har redan ett socialt och kulturellt nät slutit sig runt det. Nätet är så starkt att barnet inte har någon annan önskan än att fortsätta leva. Barnet fullföljer det lopp som det under en del falska förespeglningar förmåtts ställa upp i. Oftast är denna initiala period av inducerad trygghet tillräcklig för att även resten av livet hjälpligt ska kunna klaras av.

För den tvångsomhändertagne klienten väntar en period – betydligt kortare – av ett motsvarande bedrägeri. Miljön på ett LVM-hem är *omhändertagande* för den klient som så vill. Skillnaden är att klienten inte så lätt låter sig luras om framtiden. Klienten vet hur hans liv ser ut utanför Hornö och han har försökt att åtgärda saken genom det vi kallar missbruk.

Det kan förefalla som om samhällets försök till inducerad "pånyttfödelse" är dömt att misslyckas. Inför den risken försöker samhället i det längsta att förmå missbrukaren att frivilligt, under eget ansvar, åstadkomma självförändring och självanpassning.¹

Men i några fall anser sig samhället inte ha något alternativ till att försöka efterlikna den naturliga proceduren. Det är som Bibeln konstaterar en omöjlighet att "gå in i sin moders liv" för att födas en gång till (Joh. 3:4). Därav den rituella praktiken och vad som till sin struktur kan påminna om en födsel.

Att det tvång som då finns i bilden kan *framstå* som oacceptabelt beror menar jag på att det uppfattas som inslag i (demokratiskt baserad) *vård*, inte som del av ett försök till (ritualiserad) *korrektur* av såväl missbrukare som samhälle. Om tvånget verkligen är oacceptabelt beror på hur det tvingande samhället uppfattar sin (fortsatta) roll.

Att förhållandet mellan personal och klienter på Hornö påminner om relationerna mellan föräldrar och barn är inte svårt att upptäcka. Snarare är det så, som läsaren kommer att se, att anspelningar på denna parallell alltsomoftast hörs, från vårdare och klienter.

Efter morgonsamlingen den 24/1 1997, och efter en verbal uppgörelse mellan institutionschefen Owe och klienterna på låsta, går Eila förbi bakom M, en av huvudpersonerna i bråket, som sitter i soffan. Hon stannar ett ögonblick bakom hans rygg och säger halvhögt och vänligt: *Ibland önskar jag att du var min pojk!* Jag vet inte om han reagerar. Han säger inget men sitter kvar.

Om man jobbar kväll så har man klienterna ikring sig hela tiden. Och är det så att man försvinner, att man är tvungen att göra nånting annat, så man inte kan vara med i klientgruppen, då känner man, då är man *farsa*, då letar dom efter en. Man ska *vara* där, annars blir det oroligt i gruppen. Men om nån lekman kommer in så är det svårt att *se* det här. (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

Beträffande Å säger Lena, ansvarig på låsta, att hon ibland undrar hurdan Å kan ha varit i sin krafts dagar. Tommy har träffat honom för 15 år sedan och kan berätta att Å då var en kraftkarl, en ståtlig man, något av kung på "plattan".

Många av klienterna på Hornö är till en början ganska ynkliga. Det hör till personalens medmänsklighet och kanske till deras professionalitet att se igenom det ynkliga och så långt möjligt behandla klienten som om denne fortfarande vore "i sin krafts dagar" alternativt som det förhoppningsvis "älskade barn" som han också varit.³ På Hornös intagningsavdelning är omsorgen speciellt viktig.

Man får ju sköta om dom, och bädda lite grann åt dom, puffa upp kuddarna, ge dom lite saft, nån macka, omvårdnad, sitta å hålla dom i hand. Det har ju hänt flera gånger. Sen har det varit, många gånger, väldigt jobbigt. Har man haft såna där hetsporrar där, och då gäller det ju att använda precis allt vad du har i kapacitet för å hålla honom i schack. Då får man vara väldigt påhittig. (Lasse, behandlingsassistent)

Bakom den tilltufsade ytan, misstron och den kantstötta hälsan finns rimligen den personlighet kvar som klienten hade före sitt missbruk. Det är den som personalen måste försöka locka fram och ge en ny chans.

Som personal och kontaktman måste man se sin uppgift i någon mån som att så att säga ha med barn att göra. Om man ska ha någon framförhållning, man ska förstå, måste kunna ta emot vredesutbrott, man måste hjälpa till att smälta det här som barnen eller klienterna delar ut, avbetunga det på något sätt, göra det mindre farligt, det här spöket. Man måste kunna använda sig själv som instrument, jobba med det här. Det är inte funktionellt att man blir livrädd om någon slänger en stol. (Bo, psykolog)

Att som personal ta emot verbala (och fysiska) vredesutbrott utan att ge tillbaka med samma mynt är uttryck för en intressant och (i uppfostringssammanhang) nödvändig form av (negativ) reciprocitet.

Jag har *inte* uppfattat Hornös (praktiska) parallell till relationen mellan föräldrar och barn som en psykologiserad behandlingsrelation. Det finns inga exempel i mitt material på att parallellen utnyttjas som en "metod". Snarare faller sig kanske uttrycket naturligt i den allvarliga situation som råder. Man kan säga att situationen på Hornö är så komplex och så svår att medveten manipulation (metod) känns osäker. Förhållandet mellan förälder och barn är för de flesta (såväl personal som klienter) en *känd* relation. Att den formen *inte* är okomplicerad ger Hornös verklighet många exempel på.

Att tvångsvården existerar och kan genomföras utan för mycket turbulens visar att den i någon mening fungerar. Hornö skapar för klienten en tillvaro *utan* droger och *i* en funktion som påminner om medelsvenssons liv. Det explicita (synliga) tvånget inom LVM, för klienten, motsvaras av det minst lika stora implicita (osynliga) tvång som svensson upplever (utanför LVM). Under några månader sätts missbrukarverkligheten ur spel genom att samhället satsar resurser på att förmå (erbjuda) klienten att återvända till gemenskapen.

Att LVM-vård sällan lyckas hänger ihop med orsaken till att missbruket uppstår. Samhällets (motvilliga) satsning på tvångsvård motsvaras av samhällets *obenägenhet till egen inre förändring*. Jag tycker att det tvång samhället använder för att omhänderta klienten enligt LVM är acceptabelt jämfört med det tvång som ligger i att samhället låter klienten gå *tillbaka till* de omständigheter som han flytt från genom missbruk.

En ritualisering

Det är möjligt att se LVM-institutionen som en ritualisering av ett svårlöst dilemma, nämligen att vissa av vårt samhälles medlemmar så förlorar sitt förtroende för gemenskapen att de genom *missbruk* av alkohol och droger ställer sig utanför samhället och finner det (tidvis) vara bättre.

Riterna i det traditionella samhället handlar oftast om att successivt föra yngre samhällsmedlemmar in i en alltmer vuxen status. Det är de äldre som behärskar ritualens regler och som ser dess nödvändighet. En relation av karaktären förälder–barn förefaller naturlig även när, som i LVM, ritualen snarare har korrigering än före-

byggande eller vidmakthållande uppgifter. Denna typ av ritual kan benämnas *krisritual*.

LVM-hemmet har skenbara likheter med en *totalinstitution* (Goffman 1961)³ men förtjänar snarare benämningen *tröskelinstitution*. Som samhällelig anordning befinner sig Hornö på *gränsen* (limen) mellan missbrukarnas egen gemenskap och den värld som samhällets majoritet officiellt önskar missbrukarna tillbaka till.

En tidvis livlig debatt om tvångets berättigande i socialtjänsten visar att samhället kommit bort ifrån *den rituella möjligheten* och att det icke-brottsrelaterade tvånget framstår som en anomali.⁴ Det är en preliminär hypotes (inte prövad här) att vårt allmänna främlingskap inför rituella lösningar underminerar den förändringspotential som finns i de få ritualer som trots allt dröjer sig kvar.

De tre reguljära delarna av *den klassiska passageriten* är ganska tydliga i LVM-vården. Arnold van Gennep (1960) har visat att alla övergångsritualer, från en status till en annan, markeras av tre faser: separation, liminalitet (övergång) och aggregation eller återinträde.

Det ibland dramatiska *omhändertagandet* enligt LVM innebär ett *skiljande* av individen från såväl hans gamla liv som från det samhälle (den struktur) som stött ut honom. Det fysiska intaget på Hornö är ett ganska trångt utrymme som ger intryck av att vara kliniskt rent. Klienten får ta av sig alla kläder och lämna ifrån sig alla tillhörigheter. Efter en noggrann dusch får han rena kläder, värmda om så behövs på intagets värmeelement.

Omhändertagandet i intaget är (idealt) välkomnande, omsorgsfullt, välmenande och överslätande. När klienten renats från såväl spyor och skit som gamla ägodelar förs han in på sjukavdelningen där han tas emot av en sjuksköterska. Den första tiden, kanske en vecka på sjukan, händer inget särskilt. Klientens hälsa ses över. Han får sova ut och ges nödvändiga mediciner för avgiftning (ett slutligt dödande av "den gamla människan").

Begreppet *liminalitet* karakteriserar övergångsfasen i passageriten. Övergångsskedet, den *liminella* fasen (antistrukturen), är mer obestämd i tid men särskilt tydligt under de första fyra veckorna då klienten hålls på låsta avdelningar, skild från såväl den gamla tillvaron som den nya värld som (i bästa fall) väntar efter utskrivning. Avskildheten blir mindre tydlig när klienten flyttar till den öppna avdelningen.

Inkorporeringen, reaggregationen, återförandet till samhället (strukturen), är den svåraste delen av passageritualen. Den är i det här fallet ganska obestämd i tid och kan få göras i etapper och mer än en gång. LVM stadgar till exempel att återförandet till samhället ska föregås av en period i frivillig vård.

Ofta finner sig klienten till sist vara återförd till den omgivning varifrån han flytt, den flykt till missbruk som föranlett samhället att gripa in. Det är främst denna avslutande fas av passageriten som visar att samhället *inte* betraktar tvångsvården som en ritual och därmed inte förstår att rätta sig efter dess krav.

Detta krav innebär kort sagt att klienten efter genomgången ritual *transformerats*

till en ny status och att han därmed ska beredas en ny plats i den struktur dit han återvänder. Om samhället inte betraktar den före detta klienten som i någon mening "en ny människa" måste den rituella ansträngningen betraktas som förfelad.

Vistelsen på Hornö kan således ses som en av samhället arrangerad rituell pånyttfödelse, ett försök att få klienten att åter träda in i samhälleligt liv och att åter känna tillit till och gemenskap med samhället (i stort). Försöket vilar på den grundläggande motsättning mellan tillit och tvång som LVM-vården är satt att överbrygga.

Trots att jag inte hade väntat det finner jag alltså – även inom den statliga LVM-vården – en strävan efter att åstadkomma klienternas "pånyttfödelse", denna gång som samhällsmedborgare. Det LP-stiftelsen (Johansson 1997b) försöker göra med andliga och religiösa medel försöker LVM-institutionen att åstadkomma genom (det jag identifierar som) en sekulär ritual.⁵

Ingen på Hornö skulle dock utan vidare gå med på att man där sysslar med att rituellt åstadkomma klienternas nyfödelse som samhällsmedborgare. Personalen på Hornö är professionell och bygger medvetet sin verksamhet på "vetenskap och beprövad erfarenhet". Trots detta finns parallellen där, tycker jag, till födelsen och de första årens omhändertagande fostran (tvång och kärlek), mitt i en tydligt vetenskaplig praktik. Där finns också behovet av att korrigera något som gått fel i samhället. De tvångsomhändertagna missbrukarna är indikatorer på detta fel.

Att leva som narkoman är ett sätt att lösa personliga problem i förhållande till samhällelig struktur. Det finns inte större anledning att anklaga missbrukare för "oförmåga" än att rikta den anklagelsen mot oss ickemissbrukare som utformar samhällets sociala ordning så att en del hellre väljer narkomani.

Visserligen innebär knarklivet elände, svek, bristande solidaritet, sjukdom, lidande och död, men det har också andra inslag – socialiteten, händelserikedomen, de korta perspektiven, det ordnar-sig-alltid-inställningen, känslan av kompetens, sysselsättningen i form av kriminella försörjningsformer, drogernas artificiella välbehag. Det kan ställas mot det som ofta är det vanliga livets alternativ för dem – ensamhet, arbetslöshet, fattigdom, sysslolöshet, upplevelsen av att vara överflödig. Om man tar hänsyn till informanternas personliga förhållanden och den miljö där de lever tycks de handla rationellt i ungefär samma utsträckning som vi andra. (Svensson 1996:383)

Genom att (tillfälligt) sätta punkt för det praktiserade missbrukslivet försöker samhället åstadkomma en livsförändring hos den tvångsomhändertagne. LVM-hemmet är den konstellation som har samhällets uppdrag att genomföra åtgärden.

Personalen på Hornö anser att få vet något om LVM utanför den krets som arbetar med tvångsvård. De känner sig lite annorlunda och lite missförstådda. Ibland tvingas de till utförliga förklaringar för personer som är ointresserade eller har sin (negativa) uppfattning klar.

Kulturell ingenjörskonst

Rapportens underrubrik introducerar termen *kulturell ingenjörskonst*. Det formulerades först av Ali Mazrui (1972:xiv) och definieras av Ulf Hannerz som ”purposive manipulation of the social organization of meaning” (1992:17), en målmedveten styrning av hur mening och innebörd är socialt organiserade.⁶

Meningsflödet via massmedia och varukonsumtion – det vanligaste utslaget av kulturell ingenjörskonst – är en avsiktlig och ofta uppenbar kulturell manipulation med kommersiella drivkrafter. Det finns förstås en kulturell ingenjörskonst som uttrycks i officiellt stöd till teater, film, litteratur. Statliga försök finns också att föra ut (in) kultur i en mer diffus mening. Hur knepigt det kan vara har Lena Gerholm beskrivit (1985).

Det som intresserar mig är en annan manipulering, nämligen den som hittills förknippats med fenomenet *social ingenjörskonst*. Den sociala ingenjörskonsten har vi talat länge om och ibland förkastat. Ekonomisk ingenjörskonst vacklar men håller ännu ställningarna. I båda har forskarna gjort sig breda trots att de, med samma utbildning, visat sig kunna ha motsatta åsikter i varje kontroversiell fråga, från busfasoner till budgetunderskott.

Att forskare säger emot varandra är inte märkvärdigt. De kommer från olika samhällslager och är fostrade på skilda sätt. Det råar inte utbildning på. Misstaget i social och ekonomisk ingenjörskonst är snarare att vetenskapen, i den ena eller andra riktningen, tillåts sätta upp *mål* för samhället.

Vi kan, skriver Bateson, lätt visa på den process som leder till tragedi och desillusion närhelst människor menar att ändamålet helgar medlen. De ignorerar det faktum att i social manipulering är inte verktygen hammare och skruvmejsel. En skruvmejsel blir inte allvarligt påverkad av att tjäna som sprängkil och en hammars syn på tillvaron ändras inte om vi använder dess handtag som hävstång.

Men i social manipulation är våra verktyg människor, och människor lär sig, och de förvärvar vanor som är subtilare och mer genomgripande än de trick som planeraren lär dem. (Bateson 1972:163)⁷

Margaret Mead har anvisat ett grepp i social och kulturell ingenjörskonst som jag tycker kan ligga till grund för alla som utifrån egna och andras studier av ”kulturer som helheter, som system i dynamisk jämvikt” försöker påverka sitt samhälle. De kan bidra med följande.

Implementera planer för att förändra vår nuvarande kultur genom att erkänna betydelsen av att inkludera socialforskaren *inom* det experimentella materialet, och genom att erkänna att genom att arbeta mot definierade *mål* tar vi ställning för en manipulation av människor, och därigenom för motsatsen till demokrati. Endast genom att arbeta i termer av värderingar som är begränsade till att definiera *en riktning* är det möjligt för oss att använda vetenskapliga metoder i över-

vakandet av processen, utan att förneka den mänskliga andens moraliska autonomi. (Mead 1942, citerad av Bateson 1972:159)*

Mead talar om socialforskaren men jag föreställer mig att sättet att arbeta också kan gälla för praktikern, för personalen vid Hornö. Kanske är det så att detta sätt att arbeta är naturligt för praktikern men onaturligt för forskaren. Forskaren måste leva i en förenklad tillvaro, om hon/han alls ska kunna säga något om sitt studieobjekt. Praktikern måste ta in en betydligt större del av den komplexa verkligheten.

Att försöka åstadkomma en social och kulturell förändring innebär i Hornös fall att kombinera tester och utredning med stöd, att ange en *riktning*, baserad i tydliga *värderingar*, och kombinera denna strävan med ömsesidighet och *närvaro* på den aktuella problematiken. Allt detta tycker jag mig ha funnit på Hornö, i högre eller lägre grad. Ett tänkande som söker efter *riktning* och *värde* i den valda handlingen snarare än definierade mål. Jag försöker i den här rapporten hävda att den kulturella ingenjörskonstens uttryck inte sällan har rituella inslag.

Ett syfte med studien är således att försöka visa att tvångsvårdens svårigheter delvis hänger ihop med att den bygger på principer som hör hemma och skulle kunna utvecklas inom *kulturell* snarare än *social* ingenjörskonst.

Socialstyrelsen framhåller att LVM syftar till att *bryta* ett allvarligt och destruktivt missbruk och att *motivera* missbrukaren till frivillig vård. Utvärderingar av LVM-vården "bör i första hand inriktas på att studera om dessa båda syften uppnås" (SoS 1998:3, s. 32).

Formuleringen är missvisande. Lagen innehåller inte något uttryckligt syfte att missbruket genom LVM ska "brytas". Bestämmelserna om förbud att inneha berusningsmedel med mera (31 §) garanterar att missbruket bryts så länge klienten befinner sig i LVM-vård. Utvärderingen kan inte gälla det. Varje tillgång till knark inom hemmet är ett misslyckande som omedelbart ska åtgärdas, inte vara ämne för utvärdering. Skulle "bryta" innebära definitiv brytning med livet i missbruk även utanför LVM-hemmet bortfaller det separata kravet på motivering. Syftet med motiveringen är inte heller så tydligt formulerat som Socialstyrelsen antyder. Paragraf 3 lyder så här:

Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han *kan antas vara i stånd* att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. (Min kursivering)

LVM är ett av de tydligaste exemplen på (och uttrycken för) det västerländska välfärdssamhällets konflikt mellan respekten för individens autonomi och samma samhälles inneboende tendens till förmyndarmentalitet. Modernitetens förkastande av ritual är menar jag *en* orsak till konflikten.

I modern västerländsk kultur tror vi i allmänhet att vi har en förpliktelse att respektera andra människors autonomi, och att låta bli att ingripa mot deras grundläggande frihet. Men vi anser också att det är en god sak att gynna människors välbefinnande och att förhindra att onödiga skador drabbar dem – former av inblandning som ofta betecknas som "paternalism". (Macklin 1982:4–5)

Ordet tvångsvård innehåller denna konflikt. LVM-vården är ofta kritiserad och ibland sedd över axeln. Så borde det inte vara. I stället borde tvångsvården vara uppmärksammas som en *indikator* på hur välfärdssamhället hanterar sina motsägelser.

Är LVM en spricka i välfärdsbygget? Är LVM ett tecken på att folkhemmets sociala teknologi, den sociala ingenjörskonsten, är otillräcklig? Att låsa in medborgare som inte begått brott (riktat mot någon annan än den egna personen) är ett nederlag för social teknologi och politik. Sett ur den synvinkeln är det lätt att förstå att LVM fått utstå kritik från forskare inom sociologi och socialt arbete. LVM är ett lumpet nederlag för forskningen inom dessa områden och därmed för den sociala ingenjörskonsten. Detsamma gäller förstås även andra tvångsåtgärder, inte minst det förhållandet att en del av oss tillbringar en stor del av livet bakom lås och bom.

LVM kan emellertid ses som ett hälsotecken. Vårt samhälle har genom LVM medgett ett tillkortakommande. Under senare år har forskarnas ifrågasättande av LVM delvis legitimerat en reducering av antalet platser och mängden tid i LVM-vård. Gällande ekonomiska läge samverkar med uppfattningen att tvångsvård är felaktig och onödig. Kommunernas öppenvård – socialsekreterarnas egen kompetens – får räcka som ersättning i många fall.

Min utgångspunkt är att tvångsvården existerar och upprätthålls av allvarligt menande och hårt arbetande personal. Jag har tagit på mig en annan roll än den Alvin Gouldner beskrivit som "välfärdsstatens marknadsundersökare" (1970:44, citerad hos Carleheden 1998:56) och kritiserar det välfärdssamhälle som inte förstår vad dess tvångsvård kräver i gengäld.

Mitt projekt är således ett försök att betrakta LVM-vården som ett stycke kulturell ingenjörskonst. Jag ska inte försöka rekonstruera vad som ursprungligen fanns i min föreställning men det handlade om tanken att LVM-personalen, ställd inför svåra mänskliga situationer, rimligen tillgriper åtgärder och arbetssätt som är *djupt allmänmänniska*, och att en erövrad professionalitet är tillämplig främst i lägen som är mindre krävande.

Brister i den enskildes professionella hantering kan kompenseras av och skylas över genom färdigheter och kunskaper som den professionelle hämtar ur andra källor. Det mönstret är inte ovanligt men det innebär att det som utåt presenterar sig som professionalitet kommer för lätt undan, står med lånta fjädrar.

I den praktiska verklighet på Hornö som jag i ringa mån tycker mig känna till är det inte svårt att få den tanken stärkt att personalens professionalitet framför allt består i *allvar och koncentration* i åtbörder och uttalanden som i hög grad grundar sig i allmänmänniska erfarenheter.

Kanske är den påverkbara verkligheten på Hornö framför allt *en yttlig verklighet* i

det ordets icke-bildliga betydelse. Det Hornös personal i första hand måste reagera på och göra något åt, är *klienternas yta*, det de visar i ord och beteende. Den som är deprimerad måste man hela tiden ha ögonen på tills medicinerna gör honom kommunicerbar eller tills saken går över styr och han förs till en psykiatrisk sjukavdelning. Den som avvisar varje kontakt med sin kontaktman måste uppmärksammas för kanske ger han en dag ifrån sig en svag signal om att han ändrat uppfattning. Då måste kontaktmannen se den signalen. Känsligheten mellan klient och personal på Hornö är menar jag i princip *känsligheten mellan förälder och barn*, uppskruvad några varv och mer komplicerad.

Det jag nu beskriver är inte vad man vanligen talar om som metod, professionell metod eller professionell behandlingsmetod. Däremot är det en *mänsklig* metod, kanske en *naturlig metod*, något vi känner igen och godkänner som icke-manipulerande. Den professionella metodens svaghet är ofta att den är manipulativ och odemokratisk om än välmenande. När föremålet för metoden upptäcker det och det gör han ganska snart, kan metoden bli kontraproduktiv.

Ytligheten

Det finns således en intressant *ytlighet* i LVM-vården, dess binära struktur. All verksamhet på Hornö hänger på denna tvärsidighet.

- Klienten rymmer, eller så rymmer han inte.
- Klienten går med på urinprov, eller så gör han inte det.
- Klienten går med på utredning, eller vägrar.
- Klienten deltar i samtalsgrupp, eller avvisar såna inbiter.
- Klienten är beredd att pröva ett frivilligt behandlingsalternativ eller avvisar varje sån propå.
- Klienten samarbetar med personalen, eller samarbetar inte.

För Hornös personal är det en framgång om klienten väljer *rätt* alternativ även om klienten inte gör något ytterligare eller *säger* någonting. Hornö tillhandahåller en *formbundenhet*, en struktur, inför vilken klienten kan välja mellan att acceptera (delta) eller låta bli. Att klienten väljer att acceptera innebär inte att klienten ändrat uppfattning på sin insida, men på utsidan, på sin yta, väljer klienten att acceptera, att till exempel gå med på personlighetstest. Det är den ytliga gesten som Hornö kan notera och ta fasta på.

LVM-vårdens formbundenhet, dess utgångsläge i lagtext, anvisningar, byggnader, lokalisering och personalstruktur innebär den dag verksamheten startar ett utförande, en *performance*. En tillfällig inspektion kan ge intrycket att det inte händer så mycket på Hornö. Många går och dräller, kan man tycka. I själva verket tvingar Hornös formbundenhet klienterna till *ständiga val* – val mellan att acceptera eller inte acceptera. Det kan gälla en bagatell som att acceptera och därmed återgälda ett vänligt bemötande eller en större sak som att acceptera att sitta i en samtalsgrupp. Det är uppenbart att klienten under en dag på Hornö "säger" en mängd saker utan att kanske yttra ett enda ord, detta tack vare Hornös formbundenhet.

Inte sällan kan verkligheten på Hornö se ut som ett drama. För mig som råkar vara närvarande kan det kanske anses vara ett drama, med enbart mig som publik. För Hornö är det inte ett drama för det finns ingen publik inom Hornös system. Det som händer på Hornö involverar hela menigheten, oavsett hur den ene eller andre av personal respektive klienter väljer att förhålla sig. Det är *på allvar*, kort sagt.

Hornös formbundenhet hjälper till att eliminera klienternas ambivalens. Om något präglar den typiske klienten på Hornö är det ambivalens. Klienten befinner sig i ett kontinuum av alla möjliga känslor. Att Hornö erbjuder utredning, rorschachtest, samtalsgrupp, fysisk träning, och så vidare gör det möjligt för klienten att reducera sin ambivalens genom att acceptera eller inte acceptera. Hornö digitaliserar ett analogt förlopp genom sin formbundenhet.

Hornö skulle kunna utveckla sin form ytterligare på den här punkten. Att Hornö *inte* erbjuder deltagande i teaterprojekt, i litteraturdiskussioner, i regelbundna religiösa aktiviteter och så vidare är ett val som har konsekvenser för klientens ambivalens.

Trots en imponerande insats i form av behandlingskollegium, handledning och utredningsverksamhet har Hornös personal dålig kontroll på var klienten befinner sig, med sitt totala mentala system, i en fysisk, psykisk och social process. Klienten vet det inte själv heller på ett medvetet sätt. Däremot vet klientens totala mentala system var det befinner sig och kan till exempel förmå klienten att anmäla sig till vuxenutbildning trots att personalen nyss ansett honom vara en totalt livsuppgiven människa.

Hornös formbundenhet kan förvandla klientens ambivalens till en otvetydig distinktion. Det är antagligen av betydelse i sammanhanget att klienten vet att han kan säga nej till alla Hornös erbjudanden eftersom han är tvångsomhändertagen.

Digitaliseringen av klientens analoga process betyder att Hornö på något sätt preciserar den tid som ligger emellan de tidpunkter då klientens process har distinkta värden. I de flesta digitala processer ligger svårigheten just i att tydligt skilja mellan den tidpunkt då en variabel har ett visst värde och den tidpunkt då variabeln håller på att byta värde. Denna gränstid, eller liminella tid, eller tid utanför den vanliga tiden, är en intressant och viktig tid i det sociala förändringsperspektivet. Det går att betrakta hela LVM-perioden som en sådan tid för klienten, en tid som går mellan de två punkter då klienten har en bestämd position.

Jag säger detta för att ytterligare försöka stödja den tes jag driver i rapporten, nämligen att *det är möjligt att betrakta LVM-vården som en verksamhet som i sina viktiga delar har karaktären av en ritual*. Låt mig ge några preliminära grundläggande utgångspunkter.

Att vi alls har LVM beror på att vi anser oss ha *ett ordningsproblem*. Några hotar främst sina egna liv genom missbruk. Det är i grunden en fråga om ordning och jag har *inte* sagt att oordningen i första hand ligger hos missbrukaren. Hur man får ord-

ning i ett mänskligt samhälle är ett grundläggande problem av den anledningen att vi som människor är *fråntagna en genetiskt bestämd ordning*.

Jag har efterhand blivit övertygad om – det är ingalunda mitt påfund – att *ritualen* vars själva struktur innefattar auktoritet och underkastelse var (och är) det ursprungliga medel med vars hjälp människorna, fråntagna en genetiskt bestämd ordning, etablerar de konventioner genom vilka de (i någon mån) får ordning på sig själva.

Det ska sägas att ritualen *inte är ofelbar*. Även ritualen kan misslyckas med att skapa ordning. Men frågan är om människan har kommit på något bättre, något mer effektivt än ritualen. Dagens moderna välfärdssamhälle litar mer på forskning, information, kunskap, kontroll, stöldskydd, larm, övervakningskameror, polis, medborgargarde och så vidare. Och dessutom, på *behandlingsmetoder* av olika slag.

Missbruk som mänskligt fenomen är uppenbarligen en komplicerad sak. Varje beskrivning av dess orsak och förlopp blir en förenkling. Detsamma gäller varje försök att medelst ord försöka att påverka den missbrukande människan, att till exempel försöka motivera en klient till behandling. Missbrukaren kan inte själv med ord formulera sin position, kan inte förklara hur han både vill och inte vill. Det förefaller som om klienten inte först kan ändra sin vilja och därefter sitt beteende. Ritualen erbjuder möjligheten att göra tvärtom.

Att som klient acceptera att ställa upp på en utredning är inte ett *privat tillstånd* utan en *publik handling* som är synlig både för omgivningen och för klienten själv. Att delta i utredningsritualen eller i samtalsgruppsritualen på Hornö behöver inte betyda att klienten verkligen blir motiverad men det ligger nära till hands att det yttre rituella deltagandet påverkar den inre processen. Hursomhelst blir det möjligt för klienten att överskrida sina egna tvivel genom att delta i utredningen trots att han egentligen inte vill.

Jag talar *inte* om någon förändring av Hornö mot ökad ceremonialitet eller liknande. Det är snarare den struktur som tvångsvården – kanske av nödvändighet – har fått och det allvar och den uppmärksamhet som personalen – kanske av nödvändighet – måst tillägna sig som fått LVM-vården att efterhand utveckla strukturer och innehåll som påminner om det rituella. I detta ingår *allvaret i hanteringen* såväl för de klienter som omhändertas med tvång som för det samhälle som finner sig nödsakat att omhänderta.

Jag ser LVM-vårdens problem som sammanhängande med att de rituella principerna delvis nonchaleras och jag har ålagt mig att *teoretiskt* försöka antyda att en mer konsekvent ritualisering dels vore möjlig, dels med någon sannolikhet skulle ge ett bättre resultat.⁹

Om metoden

Geertz har påpekat att antropologer inte studerar stammar, städer, byar och grannskap utan de studerar *i* byar och andra fält (1973:22). Det är en bra observation. Jag har visserligen gjort ett litet fältarbete på Hornö men det som intresserat mig mest är

det allmängiltiga. Kan övergångsritualer vara instrument för förändring av individ och samhälle, är den fråga jag försöker belysa. Hållningen gör produkten mindre användbar på kort sikt – för eventuella avnämare – men kan kanske stimulera användbara tankar på längre sikt.

När jag kom till Hornö presenterades jag för klienterna på stormöten och morgonsamlingar. Dessförinnan blev jag tagen för allt från ”chefsspsykolog” till ”en sån där 55+”. Skulle jag bara tala med personalen (som naturligtvis smörar) eller även med klienterna? Ofta kom en liten storm av protester mot verksamheten, riktad till mig som utomstående och ovetande. Klienterna klagade bland annat på ”åsiktsregistrering”, ”censur”.¹⁰

Min rapport från Hornö har slagsida. Det mesta handlar om institutionen Hornö, dess personal och sätt att arbeta. Klienterna kommer just inte till tals. Så har det blivit. Trots det menar jag mig ta klienternas parti, inte mot Hornö men gentemot ett oförstående större sammanhang – oss alla i det sammanhang som har att ta emot dem som vi tvingat ompröva sina liv genom LVM. Min underlåtenhet kommer säkert att kompenseras av andras studier som tydligare utgår från klienternas syn på saken.

Fältarbetet på Hornö var lätt i den meningen att personalen tycktes inställd på att jag hade ett jobb att göra och att jag självklart skulle vara med på de aktiviteter som jag ville vara med på. Personalen verkade övertygad om att göra ett bra jobb, arbeta på ett ärligt och genomtänkt sätt och var därmed inte orolig för att en forskare ville betrakta det hela på nära håll.

I slutet av mars 1997 slår det mig att personalen på Hornö kanske inte alls är glad över att jag är med på nästan alla möten. Jag hade känt mig lite avvisad av några behandlingsassistenter och tänkte att det var nog en signal som jag borde ta på allvar. Var detta den kris som brukar komma i mina fältarbeten? Dagarna efter stod det emellertid klart att personalen var pressad och störd av att det kommit in knark på avdelningen. I det läget orkade man inte med obehöriga.

Jag har blivit oförtjänt väl mottagen av Hornös personal och i de sammanhang där Hornös personal samtalar med varandra och med klienterna. Oförtjänt därför att jag inte kunnat lova något användbart resultat av mitt intrång. Själv har jag fått ny kunskap och erfarenhet. Om jag förvaltat denna rikedom får andra bedöma.

I början av mitt fältarbete på Hornö är det någon som säger att ”man måste ha en tro, en tanke med att klienten ska vara kvar på Hornö ...” Kanske är det den tron och den tanken som jag har försökt att identifiera och visa på.¹¹

En antropologs närvaro ska inte märkas. Ingen ska ta notis om att man sitter där och observerar och lyssnar (som en fluga på väggen).¹² Eftersom det är omöjligt är forskaren angelägen att då och då påminna om att han faktiskt håller på att samla in data. Helst ska ingen känna sig lurad efteråt. De människor man observerar tycks själva tänka på samma sätt: det gäller att påminna sig och andra om att forskaren finns där.

Jag pratar med Cia när Nilla (behandlingsassistenter) kommer och ber henne handla prylar till Hornö, när Cia ändå ska åka till Västerås och handla möbler till Margretelundsgården, den utslussningsavdelning som öppnar inom kort. Cia vägrar för hon har redan alltför många ärenden att uträtta varvid Nilla pekar på mig och säger: *Du antecknar väl! Jag vill ha det här till protokollet!* När W och Nilla står och småtjafsar i dörren till hobbylokalen och W kanske försöker flörta lite med henne vänder han sig till mig och säger: *Det här får du inte ta med!* Det här stryker jag! säger jag.

Ingen har kommenterat att jag nästan alltid suttit och antecknat på små lappar när jag deltagit i möten. Ett par gånger har jag självant avstått för att det känts fel att hala upp papper och penna. Den ena situationen är de samtalsgrupper för klienter som jag deltagit i. Där har jag i stället memorerat så gott jag kunnat. En annan gång kom jag för sent till ett morgonmöte på låsta. Mötet hade börjat och jag fick lov att knacka på och stega in. Lyckligtvis var en stol ledig. Jag satte mig och lyssnade men det kändes omöjligt att ta fram papper och penna och börja anteckna. Varför? Jag vet inte. Kanske blev det, åtminstone för mig, alltför tydligt att jag *inte hörde till* och *inte hade rätt* att anteckna det som försiggick.

I slutet på februari, när jag skolkat en vecka från Hornö, hade Berit glömt bort att jag brukade delta i ledningsgruppen så kaffet räckte nätt och jämnt. Jag urskuldade min frånvaro och medgav att det inte alls var bra. Alltför mycket hade hunnit hända! Jag tröstades med konstaterandet att "Du är i alla fall oftare förekommande än vår chef. Det är längesedan han var med på en ledningsgrupp."

Klienter som har intresserat sig för mitt görande har inte haft något att invända. Flera har sagt att det är viktigt att det kommer fram vilken rutten institution tvångsvården egentligen är och hur mycket pengar den kostar skattebetalarna till ingen nytta eftersom klienterna *inte vill* sluta.¹³

Problemet är, säger Å, att missbrukaren *tvingas* in på något som han *inte vill* in på. Han måste först själv slå i botten. *Då* kanske han söker hjälp och *då* är han motiverad. Att bli omhändertagen mot ens vilja gör en bara än mer förbannad på livet och samhället och man vägrar absolut att samarbeta. Å säger att här inne, på Hornö, finns inte en enda kille som *inte vill* ut för att fortsätta knarka eller supa. Han undrar om jag tänkt ta fram siffror om hur många killar som dött av överdos efter att de varit omhändertagna på LVM. Han menade att den långa abstinensen gör att man lätt missbedömer dosen när man äntligen kommer ut.

Man kan visserligen leda hästen fram till vattnet men man kan inte tvinga den att dricka förrän den själv känner sig törstig. Vården ser han idealt förlagd till Långbro sjukhus som nu står tomt. Den ska inledas med en ordentlig avgiftning vilket ska ske under en månad då klienten skrivit på ett papper att han vill stanna. Därefter ska en frivillig period ta vid. På Långbro ska finnas allt det som klienten behöver för att ordna upp sitt liv. Där ska rättsapparaten finnas representerad för att reda upp eventuell kriminalitet. Där ska kronofogden finnas för att reda upp klientens ekonomiska situation. Dessutom ska missbrukarna bo tillsammans för att på något sätt ha den gemenskap som man är van vid. (Ur fältanteckningarna)

Å kom fram till att han kunde tänka sig en typ av kontraktsvård – att skriva under på

att någon får *tvunga* en till vård under högst en månad. Min invändning att något verkade konstigt med arrangemanget att *frivilligt inträda i tvång* fann Å obegåvad. Några månader senare läser jag hos Torbjörn Tännsjö om *homeriskt tvång*.

En ännu mer avancerad form av homeriskt tvång, som mig veterligt inte finns tillgängligt i dag, men som vore av stort värde, kunde bestå i ett erbjudande till beslutskapabla men drogberoende klienter att frivilligt låta sig omhändertas på en sluten avdelning för en bestämd tidsperiod. (1995:161)¹⁴

En av klienterna vägrade att låta mig spela in vårt samtal. Han var inte beredd på det, sa han, och tyckte att det skulle bli "något helt annat" om jag satte på bandspelaren. Mitt argument att jag ville kunna skriva ned ordagrant vad han hade att säga hjälpte inte. Det hindrade honom inte från att en vecka senare fråga om jag hade skrivit ned vad vi talat om. Jag fick tillstå att det hade jag inte men sa att jag ännu kom ihåg det viktigaste. Han nöjde sig inte med det utan frågade vad *det* var som jag kom ihåg som det viktigaste. Jag lyckades ge honom ett exempel och räddades därefter av en annan klient som ansåg mitt exempel (intervjuoffrets) vara en utmärkt utsaga.

Datinsamlingen har skett på ett enkelt sätt genom informella intervjuer och samtal samt genom observation vid en rad sammanträden och andra mer informella sammanhang. Intervjuerna har jag spelat in och senare skrivit ner och vid observationerna har jag som sagt antecknat på små lappar.

Jag blir ibland kritiserad för *en normativ attityd* i det jag skriver. Av någon anledning har jag funnit det naturligt att ha en åsikt. Men det anses inte vara riktigt bra. Därför välkomnar jag det stöd Carleheden ger. I hans bild av framtidens sociologi blandas "predictions" och "prescriptions". Skillnaden mellan dem är, menar han, meningsfull bara som analytisk distinktion.

I faktisk forskning är det aldrig en fråga om rena fakta eller ren normativitet. Det som karakteriserar kritisk teori är tanken om ett slags dialektik mellan "är" och "borde" som utesluter objektivism, relativism och utopism. (1998:59)

Mitt fältarbete på Hornö gjordes i huvudsak under första kvartalet 1997. Projektet har utförts inom ramen för Sköndalsinstitutets forskningsavdelning. I preliminära versioner har min text vid två tillfällen ventilerats och konstruktivt kritiserats där (1997 och 1999).

Studien hade inte varit möjlig utan generositeten hos Hornös personal och klienter. Jag har mött en överväldigande öppenhet om svårigheterna i LVM-arbetet. Det har gjort det möjligt för mig att, i min text, vara lika öppen. Ledningsgruppen på Hornö har vid två tillfällen (1997 och 1999) dryftat min preliminära text. Jag vill särskilt tacka institutionschefen Owe Lundmark för en positiv och intresserad inställning till mitt arbete och psykologen Bo Axelsson för ett aldrig sinande flöde av klokskap och metaforisk elokvens över fenomenet Hornö.

I LVM

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) passar inte in i socialtjänstens grundläggande åtagande: respekt för individens självbestämmande och integritet. Dess syfte är, tycks det, att så *förändra* missbrukaren att socialtjänstens huvudprincip (individens autonomi och frihet) blir möjlig att tillämpa. LVM är ett "komplement" till socialtjänstlagen.

Minst en av tre förutsättningar (*specialindikationer*) gäller för tvångsvård förutom behovet av att komma ifrån ett missbruk (*generalindikationen*). Människan ska till följd av sitt missbruk

- *utsätta* sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
- löpa en uppenbar risk att *förstöra* sitt liv eller
- kunna befaras komma att allvarligt *skada* sig själv eller någon närstående.

Den 1 april 1994 övertog SiS huvudmannskapet för LVM-hemmen från kommunerna. Senare samma år fick kommunerna ansvaret för utredning och ansökan om tvångsvård från länsstyrelserna. LVM och dess förarbeten¹⁵ ställer upp en rad mål för tvångsvården. Den ska

- *bryta* en destruktiv utveckling,
- *motivera* till frivillig vård,
- *inleda vägen* till frihet från missbruk samt
- *inleda vägen* till en förbättrad livsstil.

Denna målkombination är en styrka för LVM-vården men också en svaghet. Kravet på förändring kombineras med kravet att klienten så snabbt som möjligt ska *bort från* LVM-hemmet till en frivillig vårdform. Dilemmat hänger ihop med att socialnämnden har ansvar för klienten under hela vårdtiden, såväl i egenskap av beställare som enligt socialtjänstlagen och LVM (§30).

Ett huvudtema i min rapport är att vård enligt LVM lider av *samhällets oförmåga att rätt ta emot klienten* (förändra sig) efter avslutad vård. Bristen avspeglas i att en enda paragraf i LVM, §30 (sista paragrafen under rubriken "Vården"), berör saken och föreskriver att "socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning ...". Den paragrafen borde vara tydligare och framlyft.¹⁶

LVM är tillämplig på vuxna missbrukare.¹⁷ Även den som fyllt 18 men inte 20 år kan vårdas inom LVU om så bedöms lämpligt. Ingripande med stöd av LVM kan endast gälla (fortgående) missbruk av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel. Spelmissbrukare, till exempel, kan inte tvångsvårdas enligt LVM.

Ett syfte med 1988 års LVM var att möjliggöra en *tidigare* insats än förut, särskilt med tanke på yngre vuxna missbrukare. Vårdens önskemål att kunna ”ingripa tidigare” framstår ur klienternas synvinkel som en lagskärpning och ett starkt tvång snarare än uttryck för större omsorg. Senare års kraftigt sjunkande antal LVM-ärenden visar emellertid att vården styrs av *andra* hänsyn än principer om förebyggande och tidiga insatser.

Trots att LVM är obligatoriskt tillämplig – tvångsvård *skall* beslutas (§4) – om förutsättningarna är uppfyllda, är socialnämnden fri att välja vård i annan form. Det är alltid möjligt att hävda att frivilliga möjligheter att tillgodose missbrukarens behov av vård *ännu inte* är uttömda och *ännu inte* visat sig otillräckliga. Missbrukarna är intressanta främst som ekonomiska minusposter vilket gör den till synes dyra LVM-vården till nödutväg snarare än till naturlig del i vårdplaneringen.

I ett läge där hälso- och sjukvården är pressad framstår LVMs specialindikation om ”allvarlig fara” för klientens hälsa som trubbig. Den sociala indikationen – risken att förstöra sitt liv – tillkom med 1988 års lag och representerar den strävan efter *helhetsbedömning* av klientens situation som var ett utslag av den ekonomiska välfärdsoptimism som då ännu rådde.

Indikationen tar främst sikte på de yngre missbrukarna, i syfte att minska risken för att de blir helt utslagna från utbildning och arbetsmarknad, bostad och normala relationer. Den gäller framför allt de individer som är på väg mot en livsföring där drogen är det centrala och där risken för kriminalitet, våld, ohälsa och för tidig död är starkt förhöjd. Enligt föredragande statsråd måste LVM i dessa fall kunna användas i ett skede då det ännu är möjligt att bryta en destruktiv utveckling. (SOSFS 1997:6, s. 11)

I dag är arbetslöshet, bostadsbrist och ohälsa välbekanta fenomen för fler kategorier än missbrukare. Utvecklingen har medfört ett sjunkande antal LVM-ansökningar och en prioritering till missbrukarnas nackdel.

LVM-vårdens personal känner av den nedskärning som drabbat vården av missbrukare, inte bara som färre arbetstillfällen utan också i en sjunkande värdering av de människor som vårdas och av det arbete som vårdarna utför.

Man pumpar på extra. Det är klart att man gör. För att på nåt sätt bevisa att det här åtminstone är värdefullt. (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

Det är inte läge för personalen inom LVM att demonstrera för sina klienter. I tider när till och med barnomsorg och skola har svårt för att hålla sina ställningar – och de har ändå stöd från *föräldrar* – känner sig LVM-personalen som förlorare på förhand. Beträffande missbrukarna är saken allvarligare. Det handlar inte om service till missbrukarna utan om att rädda människor kvar i samhället *för att samhället inte ska skadas*.

Våldsindikationen – komma att allvarligt skada – är preventiv. Men förebyggan-

de insatser hinns inte med. Prevention hör till en förgången tid inom flera av välfärdssamhällets åtaganden. Frånvaron av förebyggande insats vid våldsindikation leder till att kostnader förs över till kriminalvården.

Enligt §7 LVM ska socialnämnden inleda utredning när det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Nämnden skall samla in och redovisa uppgifter om missbrukarens aktuella situation, hans missbruksmönster och tidigare vårdinsatser och resultatet av dessa samt redovisa vilka vård- och behandlingsinsatser nämnden planerar. (SOSFS 1997:6, s. 18)

Citatet (§10 LVM) visar att nämnden är ålagd (och berättigad) att redan från början av en LVM-vistelse bestämma vilka vårdinsatser som ska göras efter inledande tvångsvård. Bestämmelser påverkar LVM-hemmets möjlighet att genom *egen* utredningsverksamhet komma fram till lämpliga åtgärder i samverkan med klienten. LVM-hemmets position underlättas således inte av att LVM saknar uttryckligt medgivande av, än mindre har bestämmelser om att hemmet ska göra en *egen* utredning av klientens situation och framtid. Endast indirekt (§§ 20, 26, 26a, 27, 28) framgår att LVM-hemmet för att uppfylla lagens krav måste genomföra någon form av utredning av klientens förhållanden.

LVM förutsätter att klienten tas in på en statlig institution för att därefter, förr eller senare, gå vidare till frivillig vård – oftast till icke-statliga institutioner. Lagen tillåter inte någon icke-statlig institution att utöva tvång mot klienten. Icke-statliga behandlingshem kan inte ha låsta platser och tillåts inte hämta tillbaka klienter som avviker.

Kerstin Stenius noterar att Sverige i tvångsvårds institutionsplaceringar intar en särställning, även bland nordiska grannar.

Den svenska lagen ger inte bara möjlighet, utan också skyldighet att bereda tvångsvård, och för längre perioder än i de övriga länderna. (1997:90)

Danmark har i praktiken avskaffat tvångsvård för narkotikamissbrukare medan lagligt tvång mot alkoholister varit borta länge. I Finland kan vid livsfara för klienten tvångsvård ske i högst fem dygn (statistik saknas för denna åtgärd). I Island kan en myndig person tas in i två dygn mot sin vilja. För längre vård krävs tillstånd av justitieministeriet. Ska klienten tvångsvårdas längre tid än 15 dagar krävs på Island att han först omyndigförklaras. I Norge kan en person tvångsvårdas i högst tre månader. Därefter kan missbrukaren tas in frivilligt varvid han måste ge skriftligt samtycke till inlåsning i högst tre veckor. Denna senare variant anges vara huvudregel och registreras inte som tvångsvård eftersom den ses som ett avtal mellan klient och institution.

Arne Gerdner (1998b:85–86) har undersökt saken och kommit fram till att tvångsvård av missbrukare ”på intet sätt” är något unikt för Sverige. Ingen internationell trend mot avveckling av tvångsvård kan skönjas. Snarare finns ett ökat intresse för tvångslösningar bland annat på grund av hiv och aids. Med hänvisning till Gerdners arbete avstår jag från vidare resonemang om tvångsvårdens förekomst och struktur i andra länder. Hans redovisning därav är dessutom övertygande när det gäller svårigheten att åstadkomma en tillfredsställande jämförelse.

Medborgarna måste acceptera varierande grader av service men det går antagligen inte att kompromissa med den nödvändiga gemenskapen och den nödvändiga tilliten. *Gemenskap och tillit* gäller inte i första hand välfärdsapparaten, serviceapparaten eller bidragsapparaten utan något större, nämligen gemenskapen mellan människor och tilliten i en vid och grundläggande mening (Fallding 1964).

De som jobbar med tvångsvård möter brist på insikt från omgivningens sida. Man frågar till exempel ”Hur många procent blir drogfria?” eller ”Hur många klarar sig?”

Om missbruket ser ut så här (Lena lufttritar här en triangel med basen nedåt) så är det ju den här lilla biten längst upp som får LVM. Dom riktigt grava missbrukarna. Och ingen människa med förståndet i behåll kan ju tro att på sex månader så blir dom plötsligt drogfria. (Lena, ansvarig, låsta)

De som inte närmare känner till LVM ondgör sig mer över vad det hela *kostar* och hur *resultatet* kan tänkas bli än över själva tvångets berättigande. Vad beträffar ekonomin står klienterna inte sällan på kritikernas sida. G till exempel tycker det är fel att bli tvångsomhändertagen. Eftersom han inte *vill* sluta knarka så är det slöseri med pengar att behålla honom på Hornö.¹⁸ Efter en stunds diskussion går han med på att en kortare tid – kanske en eller två månader – kan man ta in den som faktiskt håller på att dö, men inte längre än så.¹⁹

Uppföljning av nedgången

Svenska statistiska uppgifter om tvångsintagna missbrukare är ”i princip heltäckande och tillförlitliga” (Stenius 1997:88). Andra halvåret 1994 minskade (i Sverige) antalet ansökningar om tvångsvård med 1/4. Denna förändring anses hänga ihop med att ansökningarna efter det halvårsskiftet inte längre görs av länsstyrelsen utan av kommunerna (Stenius 1997).²⁰ Staten står för 40 procent av kostnaden för tvångsvården som trots det är dyrare för kommunerna än frivillig vård.

Socialstyrelsen har undersökt minskningen av institutionsvård för missbrukare (*Socialstyrelsen följer upp och utvärderar* 1998:3). En oro var att missbrukare som tidigare fått vård enligt LVM kunde fara illa i förändringen. Styrelsens bedömning är att ingen *allmän* neddragning skett under de tre senaste åren.

Användningen av tvångsvård har minskat kraftigt under de senaste åren, men förefaller att i kvantitativ mening ha kompensats av andra, frivilliga insatser. (S. 8)

Det finns totalt cirka 8 000 platser för "strukturerad dagvård" eller "skyddat boende" på hemmaplan och cirka 7 000 platser i hem för vård eller boende (HVB) och familjehem. Drygt 1 500 tjänster inom socialtjänsten är destinerade till missbruksvård. Cirka 1 000 av dessa är besatta av behandlingsassistenter, vårdbiträden och sjuksköterskor, resten socialsekreterare. Totalt berörs cirka 38 000 missbrukare i totalt 54 000 "vårdinsatser inom socialtjänsten" (1996). En fjärdedel av vårdinsatserna består av institutionsvård.

Av de totala kostnaderna för missbrukarvård (1996) på cirka 2,5 mdkr gick drygt hälften till institutions- och familjehemsvården. Kostnaderna för missbruksvård har inte minskat sedan 1993 men fördelningen mellan tvång och frivillighet har ändrats.

I de intervjuer som gjorts med ansvariga för missbrukarvården i sex kommuner har starkt negativa synpunkter på LVM-vården framkommit. Vårdens kostnader bedöms inte stå i paritet med dess kvalitet och effekter. Värde av LVM-vården är ofta ifrågasatt. (S. 10)

Trots den nu restriktiva tolkningen av LVM har Socialstyrelsen, "med något undantag" funnit att det "inte finns anledning till kritik av lagtillämpningen" (s. 11). Huruvida styrelsen funnit anledning att kritisera den *tidigare* lagtillämpningen, då *betydligt fler* missbrukare intolkades i LVM, framgår inte av rapporten.

Till följd av fortsatt minskad efterfrågan på LVM-vård har antalet platser ytterligare reducerats och uppgår den 1 januari 1998 till endast 343. I intervjuerna framkommer mycket medvetna strategier att försöka bygga upp egna, alternativa resurser till tvångsvården. (S. 11)

Enligt rapporten är det de yngre narkotikamissbrukarnas behov som återstår att tillfredsställa med kommunernas egna resurser. Den allmänna slutsatsen synes vara att den minskande LVM-vården "kompenserats" av mer öppenvård och mer frivillig institutionsvård.

Genom att tillsätta särskild personal, kan en mer kontinuerlig tillsyn åstadkommas, jämfört med tidigare, då punktinsatser i form av t ex tvångsvård var standardåtgärden. (S. 11)

Huruvida det skett förändringar av *innehållet* i den institutionsvård (mest frivillig) som missbrukarna fått kan Socialstyrelsen inte uttala sig om. Bekymret är de yngre missbrukarna. Socialstyrelsen markerar fortsatt brist på kunskap om resurserna för en "heltäckande missbrukarvård". Med den benämningen menar styrelsen

- tidiga insatser
- uppsökande verksamhet
- hälso- och sjukvårdens insatser som komplement till socialtjänsten

Socialstyrelsens uppföljning andas kritik mot tvångsvården. Kommunernas föränd-

rade syn på behovet av tvång godtas med reservationen att ytterligare forskning behövs. SiS kritik mot att LVM tenderar bli en akutlag mer än en vård- och motivationslag avvisas (s. 31).

Socialstyrelsen ger (s. 32–33) under rubriken "Forskningsresultat" (avsnittet Erfarenheter av LVM-vård) en dystert bild av LVM-vården. Enda refererad ljuspunkt är en studie utförd av personal vid LVM-hemmet Lunden som visar att tvångsvården kan rädda livet på klienter i destruktivt missbruk. Två studier nämns (Kinnunen 1994 och Pettersson 1996) som framhåller den höga dödligheten bland före detta tvångsvårdade, i regel genom överdos, vilket föranleder frågor om tvångsvårdens effektivitet. Men man kan förstås inte veta.

Kanske har vården trots allt förlängt livet på en del och förbättrat livskvalitén. Vad vi kan säga är dock att frågorna om tvång eller frivillighet och längre eller kortare vårdtider inte tycks spela någon roll för överlevnaden i den grupp av tunga missbrukare som det här är fråga om. (Pettersson 1996, citerad av SoS 1998:3, s. 33)

Tron på utvärderingens möjlighet bottnar i tron på manipulationen, på den *metod* som leder till en förändring av missbrukaren *utan* att något annat (vi alla, hela vårt samhälle) ska behöva förändras.²¹

Att missbrukare tenderar att ta överdos efter en LVM-period tas som tecken på "ineffektivitet" hos LVM-vården, inte som tecken på ineffektivitet hos den apparat som har att *ta emot* missbrukaren *efter* LVM och utnyttja det påtvingade avbrottet i missbruket – för en definitiv omorientering – genom att ge individen *en plats i gemenskapen*.

Om man betraktar LVM som en (ofullgången) passagerit – som jag försöker göra – är gruppens (samhällets) egenförändring för att bereda initianden (den före detta missbrukaren) plats lika självklar som att förvänta en ansträngning hos initianden.

Nedgången i antalet omhändertagna/dömda enligt LVM är inte ett resultat av samhällets framgång på missbruksfronten. Den beror inte heller på en ekonomisk analys, att det skulle vara billigare att *inte* omhänderta. I stället beror nedgången (förutom besparing) på en fortgående sektorisering av samhällets ekonomi.²² Missbruket är nu inte en angelägenhet ens för kommunen som helhet eller för socialnämnden som helhet utan i bästa fall för en mindre enhet inom socialnämndens domän. Att färre insatser kostar mer i andra budgetsektioner syns mindre.

Sociala fenomen har konjunkturen. De är mer eller mindre aktuella beroende på (för samtiden) svårförståeliga faktorer. LVM-vård är inget undantag. Konflikter över spörsmål om beteendekontroll inkluderar, skriver Ruth Macklin (1982), både etiska och politiska faktorer. Det sociala klimatet och den ekonomiska situationen har betydelse.

I de senaste årens reducering av antalet LVM-ärenden framstår *etiska* hänsyn som

marginella jämfört med ekonomiska. Det handlar inte bara om kommunernas brist på pengar utan också om missbrukarnas ringa värde på arbetsmarknaden. Som konsumenter har missbrukarna intresse endast för illegal kommers.

Motivation, ömsesidighet

SiS interna råd för verksamheten vid LVM-hemmen (1997:1) är kortfattade om motivationsarbetet.

Tvångsvård syftar till att motivera den intagne klienten till fortsatt frivillig vård. (S. 11)

Punkt slut. Mer ordrika är till exempel Bergmark och Oscarsson (1989) som med utgångspunkt i storheter som Wittgenstein (den senare), Sartre och von Wright försöker komma fram till "konkreta aspekter av motivationsarbetet". Artikelns komplexitet gör det svårt att där hämta operativa råd, utom ur det sista stycket.

Det tycks oss som om den adekvata infallsvinkeln visavi en missbrukare som inte vill upphöra med sitt missbruk borde ta sin utgångspunkt i en kartläggning av de skäl som motiverar missbrukets reproduktion; i en artikulering av de positiva effekterna av alkoholen eller det narkotiska preparatet. Om denna sida av missbruket negligeras, om missbruket tolkas som ett uttryck för någonting som ligger utanför subjektets gränser, så försvinner också möjligheten till ett genuint *avstående*. Det som återstår blir att *stå emot* alkoholen eller drogen fram till den punkt då återfallet "slår till". (1989:58)

Jag är tilltalad av ett förnuftsmässigt och realistiskt resonemang om saken. Ett erkännande, från behandlarens sida, av spritens och narkotikans positiva sidor markerar att missbruket kan diskuteras på ett vuxet sätt. Men hur leder detta fram till den eftertraktade motivationen? Är motivation ens rätt ord?

Finns det en skillnad mellan att *motivera* en missbrukare till att sluta missbruka och att å andra sidan (kanske med hjälp av ritual) förse honom med *normer* som säger att han inte *ska* missbruka? Det senare skulle kunna vara mer manipulativt än det förra. Det är samtidigt *ett mer kulturellt redskap* möjligt att använda i ett rituellt sammanhang.

I en annan text har jag ordat om normbildning för vuxna. Det handlade om hur man bör leva för att skydda sig själv och andra från hiv. Det utmärkande för stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset, som det handlar om, är att *normgivningen hålls nära samman med stöd och omsorg* till såväl hivpositiva som hivnegativa och med tydlig information om smittoriskerna. Kombinationen *information-stöd-normgivning* anses vara förutsättningen för legitim prevention.

Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset tillhör de (få) organisationer i vårt samhälle som försöker motverka den *icke-reaktionens patogenes* (pathology of unresponsiveness) (Rappaport 1971: 73) som finns i det moderna samhället. Stiftelsen ser som sin uppgift, kort sagt, att försöka korrigera de faktorer som ute i samhället producerar strömmen av gäster och besökare till stiftel-

sen. Studien försöker uppmärksamma denna funktion genom det som stiftelsen själv benämner "normbildning". (Johansson 1997a:166–167)

Det beteende som normerna åstadkommer ska helst bli ett omedvetet handlande, en vana. Ett alltför differentierat resonemang försvårar normgivningen genom att medvetandet då hela tiden måste ta ställning. Medvetna situationella bedömningar kan bli mindre tillfredsställande.

Vi behöver generellt normer för att kunna ekonomisera med vår tid och våra krafter. Ett normerat handlande är ett förenklat, schabloniserat handlande, som vilar på ett förtroende för den som givit normen. De flesta av våra normer har vi fått från föräldrar, lärare och andra personer då vi var barn. När vi omsider förstår att normer *kan* brytas är de ofta så internaliserade hos oss att vi inte kommer oss för. (Ibid.:167)

Normgivandet hos Noaks Ark kompliceras av att normtagarna är vuxna och har erfarenheter av livet.

- Det finns flera konkurrerande normgivare på "marknaden" (konkurrens).
- Avnämarna, de som kan/vill ta till sig normerna, är vuxna människor som kan välja bland utbudet av normer (fakultativitet).
- Den valda normens internalisering är inte starkare än att den kan modifieras till uppkomna situationer (situationering). (Ibid.)

Normgivning till vuxna är något annat än normgivning till barn. Barn ger man inte normer, man uppfostrar dem (försöker, i bästa fall). Michael Schulman föreslår att vi ska vända på frågan om varför vi har så mycket gatuvåld. Vi kan fråga varför de flesta ungdomar, även från områden med hög kriminell belastning, *inte* begår brott.

Vi kan komma mycket längre i att lösa problemen med våld i vårt samhälle om vi försöker att blotta de krafter som är i funktion för de barn som "sköter sig" snarare än att fortsätta att fråga den negativa frågan "Vad gick fel med de barn som spårade ur?" (1989:255)

Frågan känns igen. Varför missbrukar människor? Vetenskapens svar på frågan har inte hjälpt. Kommer sökandet efter skyldiga gener att hjälpa? Schulman påminner om att de kriminella och missbrukarna, före de sociala välfärdsvetenskapernas intåg, helt enkelt betraktades som dåliga människor som *valt* att skada, *valt* att missbruka.

Denna *moralistiska* hållning avlöstes av talet om socialt och psykologiskt avvikande beteende snarare än ett av individen fritt valt beteende. Vetenskapen söker efter *orsaker* till det avvikande, efter *antecedentia*.

För det mesta har de hänfört orsakerna till asociala handlingar antingen till psykologiska avvikelser (till exempel överaktiva aggressiva instinkter eller bristfällig överjagsutveckling enligt freudianerna) eller patologiska sociala förhållanden som fattigdom, rasism och familjestör-

ningar. Den asociala individen är sålunda sedd som offret för sin egen eller sitt samhälles abnormitet och ska, följaktligen, inte klandras för sina handlingar. (1989:256)

Denna bestämning antar att om individens och samhällets defekter kunde elimineras skulle harmonin breda ut sig. Schulman menar att detta antagande är ogrundat och att det orsakar samhället problem.

Detta är del av orsaken till att vi som ett samhälle inte längre lär våra barn positiva värderingar på ett systematiskt sätt. Det förutsätts att man inte måste *lära ut* värderingar utan bara rensa upp i den patologi som förmodas avhålla människor från att vara goda mot varandra. (Ibid.)

Godhet var för inte så länge sedan ett mål i sig men måste nu motiveras genom hänvisningar till mental hälsa och en stabil social ordning. Rätt och fel har blivit suspекta begrepp. Antropologerna har bidragit med kulturell relativism. Schulman tvivlar på denna tingens nuvarande ordning. Antisociala impulser måste, menar han, inte bara identifieras utan *ersättas* med prosociala eller moraliska impulser. Den prosociala inspirationen kommer inte automatiskt som en biprodukt till psykologisk hälsa och ekonomiskt välstånd.

/Det krävs/ aktiv undervisning inom en ram som håller individer – även unga – *personligen* ansvariga för sina handlingar. (1989:257)

Termen *moral* – intentionen att handla vänligt och rättvist – hör till kärnan i våra större religiösa och etiska system. Målet för *moralisk motivationsträning* som såväl prevention som intervention för antisocialt beteende är,

att sätta upp villkor genom vilka ett barn eller en vuxen kommer att förstärkas genom positiva konsekvenser till andra så att andra blir urskiljbara stimuli för vänliga och rättvisa handlingar gentemot dem. (Ibid.)

Hur ser då den process ut genom vilken människan tillägnar sig ett samvete och bibringas moral? Schulman ser tre processer.

- Internalisera föräldrarnas normer för *vänlighet och rättvisa*,
- Utveckla *empati*,
- Förvärva personliga *normer för rätt och fel*. (1989:259)

Processerna baseras på motsvarande tre fundamentala psykologiska system: det operanta, det reagerande och det kognitiva (eller självkontrollerande) systemet.²³ Schulman beskriver hur dessa processer och system motsvaras av positiva eller negativa känslor hos individen.²⁴

... och till slut förstod jag, inte bara förstod, jag *insåg* att det var jag som skulle ändra på mig

att det inte fanns någon som kunde frälsa mej eller som ville utan att det berodde på om jag ville ... längre kom dom inte ... dom fick mej inte att vilja sluta, men dom fick mej att förstå att det hängde på det ... (Ip, Börjeson 1979:67)

Om vi misslyckas att förmedla till de uppväxande att själviska och skadliga intentioner förtjänar klander och inte kan ursäktas, precis som goda och ärliga intentioner förtjänar beundran, har vi förlorat möjligheten att överföra en moralisk kod till dem. Även om detta mest tycks handla om individen så glömmar inte Schulman samhället.

Genom att argumentera för individuellt ansvar menar jag förvisso inte att vårt samhälle inte bör fördubbla sin ansträngning att skapa en mer rättvis gemenskap för alla och att sociala villkor inte är viktiga i avgörandet för hur barn utvecklas. När ett samhälle håller sina medlemmar – unga och gamla, rika och fattiga – ansvariga för sina skadliga handlingar innebär det i själva verket att *sätta upp ett av de viktigaste sociala villkoren* för att främja ett korrekt och respektfullt beteende bland medborgarna. (1989:271)

Här blir det tydligt att undran inför bristen på motivation hos Hornös klienter kan leda till en annan fråga: *Hur kommer det sig att det samhälle som förväntas ta emot LVM-klienten efter genomliden vård saknar moralisk motivation för denna uppgift?* Frågan om brist på (moralisk) motivation gäller inte bara missbrukarna i vårt samhälle utan även alla oss andra som ännu tillhör kategorin ickemissbrukare. Det är antagligen med oss som det mödosamma motivationsarbetet måste starta. När den moraliska motivationen att bereda alla medborgare plats i gemenskapen är återupprättad hos oss kommer vi självklart att efterlysa den även hos eventuella missbrukare. Vårt krav på (moralisk) motivation hos LVM-klienterna har bestämda villkor.

Detta budskap kommer att ha en chans att nå fram bara om vi faktiskt uppfostrar våra tonåringar med en känsla av skyldighet mot deras samhällen, vilket betyder att vi måste förse dem med meningsfulla gemensamma projekt som de förväntas delta i och dra fördel av och sätta upp strukturer som ger dem något att säga till om i gemensamma beslut. Vi måste komma ihåg att det vi kallar en tonåring var i de flesta samhällen genom det mesta av den mänskliga historien redan en fullfjädrad produktiv medlem av samhället. Det är mycket lättare att få en tonåring att "bara säga nej" om han eller hon har något bestämt att säga "ja" till. (Schulman 1989:272)

Graden av motivation torde vara svår att fastställa till och med för klienten själv. Någon motivation finns hos de flesta om de ställs inför en fråga. Års "undervisning" i saken från anhöriga och socialtjänstemän har gjort klienten medveten om behovet av motivation. Gerdner anger att nästan två tredjedelar av de tvångsintagna säger sig vilja ha hjälp med sitt missbruk redan efter två veckor (1998a:56). Ändå är graden av misslyckande stor inom LVM.

Svårigheten att objektivt avgöra om en klient är motiverad eller ej omöjliggör utvärdering av hur Hornö lyckas med sin lagenliga uppgift. En enkel enkät till kli-

enterna skulle troligen ge ett godkänt betyg till Hornö, men skulle inte garantera resultat i faktisk rehabilitering.

Tillåt mig en spekulatio n i vad motivation handlar om. Motivationens realitet är ett exempel på vad Peter Stromberg talar om som språkets referentiella ideologi. Vad Stromberg menar med referentiell ideologi framgår av hur han beskriver det referentiella.

Med "det referentiella" avser jag att beteckna kommunikativt beteende som fortskrider inom ramen för det familjära. Det referentiella är, i varje samhälle, det utsägbaras domän. Inom dessa gränser konvergerar passerande teorier i en sådan utsträckning att medlemmarna i samhället lätt övertygas om att deras handlingar uttrycker underliggande realiteter som de kallar "innebörder". När symboler används på ett sätt som förmedlar en konsensuell innebörd inom ett samhälle, kommer jag att säga att dessa symboler används referentiellt. (1993:9)

Inom tvångsvården finns tanken att en person i ett visst ögonblick antingen är motiverad eller omotiverad. Ordet motivation anses ha faktisk motsvarighet i verkligheten i form av ett mänskligt tillstånd. Sedan är det en annan sak att enbart individen om ens han kan avgöra saken.

Den klient som inte talar om sin motivation vid möten med kontaktman, soc²⁵ och andra kan förmodas ha brist på motivation såvida motivationen inte visar sig på annat sätt, till exempel i ett föredömligt uppträdande, arbetsvillighet och så vidare. Den som å andra sidan talar mycket om sin motivation (om det skulle förekomma) kan tänkas väcka tvivel på övertygelsens äkthet. Det syns inte på en person att han är motiverad. Att vara motiverad är ett flyktigt tillstånd. Den som ena stunden kan förefalla motiverad kan nästa ögonblick ge anledning till tvivel. Det kan tänkas att en klient är motiverad utan att själv veta det.

Motivation är hursomhelst ett eftersträvat tillstånd hos klienten. Personalen på Hornö önskar och arbetar för att klienterna en efter en ska övergå från motivationsbrist till motivation. Det handlar om en sorts omvändelse från ett oönskat tillstånd som omotiverad till ett önskat tillstånd som motiverad. Den som blir motiverad överger en sorts gemenskap (de omotiverades) för en annan (de motiverades).

Miljön på Hornö uppvisar ingen skiljelinje mellan klienter som betraktas som motiverade och klienter som ännu inte är det. Alla finns i samma sammanhang även om nedflyttning till öppna avdelningen på ett sätt markerar ett positivt motivationssteg. Det enda personalen har att gå på är vad klienten *säger* och vad klienten *gör*. Det är klientens *berättelse* i vid mening som bestämmer hans position på en imaginär skala mellan omotiverad och motiverad.

Det som i praktiken krävs, naturligtvis, är inte så mycket en omvändelse – genom sin natur en transformering av själen som inträffar utanför offentligheten – som en omvändelseberättelse. (Stromberg 1993:5)

Den möjlighet Hornö har att arbeta med klientens motivation och den möjlighet som finns att hålla motivationen varm är att arbeta med klientens berättelse. I den religiösa omvändelsen är omvändelseberättelsen den kanske allra viktigaste faktorn för att bevara den omvändelse i förändring.

En omvändelseberättelse är en *konstruktion* och ett tillrättaläggande av hur livet tittat sig *före* respektive *efter* omvändelsen. Den konstruktionen är nödvändig under en stabiliseringsperiod och den kan efter hand eventuellt överges för en mer dekonstruerad berättelse.

Den utredning som görs på Hornö är en form av livsberättelse, konstruerad i bästa fall i ett positivt samarbete mellan klient, kontaktman och psykolog (och socialsekreterare). Personalen är särskilt tillfreds om klienten accepterar och kanske till och med känner igen sig i utredningen och dess slutsatser. Då anses förutsättningar finnas för att klientens självinsikt leder till motivation för ett förändrat liv.

Utredningsprocessen och testerna på Hornö ingår i en större behandlingsprocess. Det händer saker med klienten under denna tid även om han inte tillstår det. Testresultaten kan ge klienten en tankeställare om den egna personlighetens roll i missbruket. Utredningsprocedurens syfte är att formulera klientens problem och att finna den bästa fortsatta behandlingen för klienten. Omvändelseberättelsens betydelse för den omvändes nya liv ger tanken att Hornös utredningsprocedur inte fullt ut exploateras för klientens livsstilsförändring. Man kan tänka sig att en målmedveten identitetsinriktad livsberättelse – med utgångspunkt i utredningsproceduren – skulle kunna hjälpa klienten framåt.

Min tanke är att en stimulering till en klients livsberättelse – som givetvis skulle inkludera framtiden – skulle kunna vara en naturlig förlängning av (och ytterligare en vinning med) den viktiga och resurskrävande utredningsprocessen. Målet skulle inte vara en helt sann berättelse utan snarare att den fungerar som *stöd* för klientens (nya) identitet som före detta missbrukare på väg ut i ett nytt liv. Livsberättelsen²⁶ – motivationen – som självklart måste vara godkänd av klienten, kunde följa klienten som ett slags livstykke, en skriven formulering av ett livsförlopp som kommit till en förändring. Berättelsen – hela tiden möjlig att komplettera, förändra, helt skriva om – skulle kunna bli ett instrument i behandlingen, mer ordrikt än den grundläggande utredningen och mer ett resultat av ömsesidighet mellan inblandade parter.

Till de märkliga relationerna mellan frihet och tvång i lagstiftningen hör, tycker jag, att friheten och tvånget i debatten bara appliceras på klienten. Genom tvångsvård ska missbrukaren motiveras till vård i frihet. Men tillämpade formler slår – alltid i mänsklig interaktion – tillbaka på de instanser som applicerar dem på andra.

Medan vård i *frivilliga* former lägger ansvaret på missbrukaren själv (han tar det på sig frivilligt) och lämnar omgivningen relativt fri från ansvar (vilket den eftertraktar) så tvingar *tvångsvården* såväl klienten som dennes omgivning (samhället) till reciproka förändringar, det vill säga om omgivningen så tillåter sig.

I mitt tentativa resonemang representerar den frivilliga modellen vårt välfärds-samhälles tilltro till social ingenjörskonst. Tilliten till effekten av vetenskapligt motiverade (frivilliga) behandlingsmetoder lämnar samhällets icke-avvikare i fred. Misslyckanden skylls på metod eller form, om inte på missbrukaren. Tvånget där- emot – det ömsesidiga – representerar snarare en kulturell ingenjörskonst.

Tilltron till att systemet innehåller fröet till lösning av systemets problem resulterar i former av passageritskaraktär. Det avgörande är hursomhelst att samhället ställer upp på behovet av självförändring, av ny social ordning. Denna ordning kan komma att kräva mer än man tror.

De som anses vara objektiva på grund av sin händighet i att styra eller sin forskningsexpertis har, som en följd, behållit kontrollen över planeringen. ... Denna situation kommer troligen inte att förändras förrän bifurkationen subjekt–objekt överges. (Murphy et al. 1994:121)²⁷

En nyckel till den nödvändiga ömsesidigheten är en grundläggande jämställdhet. Tvångsvården hos oss – det problem jag försöker förstå i den här rapporten – tilllämpas i dag med utgångspunkt i fel ingenjörskonst. Tvånget ses som en metod för att *ensidigt* förändra missbrukaren och motivera honom till vård i frihet. Att det inte fungerar beror på att *tvånget måste vara ömsesidigt*. Genom att framhålla värdet av frivilliga vårdformer för missbrukare värnar vi icke-avvikare om vår ansvarsfrihet.²⁸

Det vore fint om vi kunde fortsätta med det. Frågan är vad vi gör om inte frivilligheten fungerar, om missbrukarna inte i längden är villiga att ta på sig hela ansvaret? Tvångsvård i sin rituella form är ett systemiskt *korrektiv* vilket innebär att *tvånget inte behöver vara kontinuerligt*. Behovet av tvång (för vad det vara må) är den signal till samhället som måste utlösa en korrigerande åtgärd mot systemet som helhet. När korrigeringen är gjord finns inte längre anledning till tvång.²⁹

2 Hornö

Hornös LVM-period började 1990. SiS övertog Hornö den 1 april 1994. Dessförinnan hörde Hornö till behandlingsbyrån i Stockholms kommun. I likhet med flera andra LVM-hem har Hornö en större kapacitet än den som officiellt anges. Förhållandet uttrycks i verksamhetsplanen (1997) så att "Hornö LVM-hem *skall ha 29 platser*" (min kursivering). Platserna fördelas enligt verksamhetsplanen så att fyra (låsbara)³⁰ platser finns på *intagningsavdelningen* (i fortsättningen oftast benämnd *intaget* respektive *sjukavdelningen*), åtta platser finns på en låsbar behandlingsavdelning (i fortsättningen kallad *låsta*), sju finns på öppen behandlingsavdelning (*öppna*) och tio på *Margretelundsgården* i utkanten av Stockholm (officiellt alltså en öppen behandlingsavdelning).³¹

Hornö tar emot män med alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk. Att Hornö tar emot klienter med *lättare* psykisk problematik är kanske en onödig upplysning. Tyngre psykiskt problematiska klienter placeras inte på Hornö. Däremot torde de flesta missbrukare aktuella för LVM-vård rymmas inom karaktäristiken "lättare".³²

Enligt verksamhetsplanen har Hornö målsättningen att "*efter utredning och diagnostisering, detta med en inriktning att utreda klienternas resurser och begränsningar, för att i samråd med socialtjänsten placera klienten i ett relevant öppet behandlingsalternativ*". Den målsättningen saknar, för Hornös del, termerna motivation och behandling. Det är i stället fråga om att så *utreda* klientens situation och resurser att bästa möjliga alternativ kan väljas för den behandling som förutsätts ta vid i andra (frivilliga) former.

LVM-vård kostar i januari 1997 1 900 kr per dygn och varar i sex månader. Det ger en total kostnad på närmare 350 000 om klienten skulle stanna på Hornö tiden ut. Under våren 1997 kommer signaler från SiS om att vårdavgifterna ska differentieras. Det kommer att finnas en fast avgift och en rörlig. Den rörliga bestäms av institutionschefen. Det kan alltså bli förhandlingar mellan socialtjänsten och respektive LVM-hem om kostnaden för en speciell klient, särskilt vid en lite längre vistelse. Det exempel som diskuteras under våren 1997 är 2 300 kr per dygn under §13 (omedelbart omhändertagande), 1 600 kr under tiden i övrigt och 700 kr vid en avslutande vistelse på Margretelund. LVM-vården har rykte om sig att vara en dyr vårdform men mycket beror på hur man ser saken.

Det finns väl inget som är så billigt som att ha klienten på institution. Det är ju det billigaste som finns i det här landet. Det är bara det att dom killarna vi har i dag, dom är blandmissbrukare. Det betyder att dom behöver cirka 2 000 spänn per dag när dom är ute, till droger. Så vilken institution dom än är på så är det billigare. Men det är kanske inte billigare för det socialdistrikt som placerar honom. (Owe, institutionschef)

Syftet med differentieringen är att så långt möjligt fylla tomma platser. För omedelbara omhändertaganden (§13) kommer kostnaden alltså att vara hög men om kommunen därefter överväger att inte fullfölja LVM kan Hornö erbjuda klienten att stanna frivilligt till ett lägre pris. Bakgrunden till förändringen är att kommunerna i nuvarande ekonomiska läge är priskänsliga.³³

Nedskärningarna inom SiS tvingar fram samarbete på det lokala planet. Våren 1997 diskuteras ett samarbete mellan Hornö och LVU-hemmet Eknäs, 3,5 kilometer bort. Samarbetet handlar om att Hornös mat kommer att lagas på Eknäs, att Eknäs lånar ut lärarkrafter till Hornö, att Hornö kommer att "köra Eknäs löner", att man kommer att samarbeta med transporter och så vidare.

Byggnaderna

Endast en väg leder till och från Hornö. Efter att ha passerat vallbynunnorna (Mariasystrarna) lilla utpost för konsthantverk och ytterligare några hus följer ett litet skogsparti innan landskapet åter öppnar sig. Ute till höger ligger några före detta personalbostäder, nu i privat ägo. Rakt fram ligger den samling hus som bildar Hornö LVM-hem.

Först passerar vi, till vänster, en relativt ny byggnad som bland annat rymmer kök, matsal, kiosk och sammanträdesrum. Längre bort på vänster sida ligger några uthus med verkstäder, växthus och annat. Rakt fram ligger Hornös huvudbyggnad, Storgård. Här inryms, förutom öppna avdelningen, Hornös administration, aula, förråd, bastu och diverse andra lokaler. Klienternas rum ligger på andra våningen. Verandan vetter mot en grusplan (parkering) och längre bort en gräsmatta med fruktträd. En väg sluttar ned mot en brygga och en vik av Mälaren. Nästan nere vid vattnet ligger en tvättstuga.

Om vi fortsätter förbi Storgård kommer vi till Gammelgård, på vänster sida, en vitmålad byggnad i två våningar med rum för Hornös psykologer, sammanträdesrum (handledningsrum), hobbylokaler med mera. Gammelgård är, som namnet antyder, Hornös äldsta byggnad och kanske också den vackraste.

Till höger, på andra sidan gräsmattan, bortom den stora sten där man ska samlas om brand skulle bryta ut, ligger en mindre äldre tvåvåningsbyggnad som delvis fungerar som lokal för styrketräning.

Vid vägens ände, backen upp, ligger så Nygård, som rymmer Hornös båda slutna avdelningar, sjukavdelningen och låsta avdelningen, vardera med sin rastgård. På Nygård ligger administration, klientrum, kök och matsal/dagrum i markplan (sett från ingångssidan) medan en suterrängvåning rymmer tvättstuga, bastu, personalutrymmen med mera.

Mellan huskropparna reser sig stora träd. Bergsknallar omväxlar med gräsmattor och buskage. Norr om Nygård finns en fotbollsplan. Hornös yttre gräns markeras av vatten, bergiga skogspartier, åkrar och ängar.

På Storgård är det större samlingsrummet samtidigt matsal och TV-rum och platsen för stormöten och liknande. Ett mindre samlingsrum har böcker efter ena väg-

gen och fungerar i övrigt som musikrum. I sammanlagt 6–8 svarta soffor i läderimitation sitter eller ligger klienterna och spisar musik eller TV. I matsalsdelen av det större samlingsrummet finns två matbord och stolar. Det är också platsen för spel i diverse former.

I anslutning till matsalsdelen av det stora samlingsrummet finns ett pentry med allehanda nödvändiga maskiner och attiraljer. Där finns fika med bland annat kex, ost och marmelad praktiskt taget hela dagarna. En av klienterna svarar för ordningen i pentryt.

Måndag och fredag dammsugs hela Storgårds nedervåning. Onsdagar städar klienterna det egna rummet, torsdagar städas utrymmena utanför rummen. Det är den särskilda innegruppens uppgift att "hålla i huset", att se till att det är städlat och att allt fungerar. Ordningen varierar givetvis med den allmänna stämningen på Storgård, men den 22/1 på morgonsamlingen får S beröm för sin goda ordning i pentryt, P får lovord för sin uppgift som tvättmästare medan T klagar på att någon spytt och skitit ned en av toaletterna på övre våningen. En annan klient säger att "så här rent och snyggt har det ta mig fan inte varit här förut så länge jag har varit här ... och vi är ändå 14 stycken grabbar, missbrukare". Min personliga erfarenhet av såväl Storgård som Nygård är att det oftast är rent och snyggt och välstädat.

På ständigt låsta Nygård är förhållandena mer strikta och mer spända, trots relativt nya och ändamålsenliga lokaler. Risker för fysiska utbrott från klienternas sida bidrar till en latent otrivsel. Personalens uppmärksamhet på klienternas psykiska och fysiska status inkräktar i viss mån på klienternas möjlighet till avskildhet. Rökförbud i gemensamma utrymmen och egna rum trycker tillbaka klienterna till två trånga rökrum. De ekonomiska medlen har kanske inte räckt till för att åstadkomma optimala arkitektoniska lösningar för just denna form av verksamhet.

SiS gör sig av med hus och fastigheter som inte behövs för verksamheten. Ett antal personalbostäder inom Hornös område är aktuella för avyttring våren 1997. Det blir för dyrt att renovera. Hyr man ut i befintligt skick så kommer kravet på renovering som ett brev på posten.

Utredningsmötena på låsta försiggår i avdelningens personalrum, cirka 2,5×4 meter. Rummet är alltså samtidigt kök för personalen. Soffor finns som rymmer max sex personer. Ett matbord med fyra stolar. Med 10–12 personer därinne samtidigt blir luften snabbt dålig. Ventilationsfönster går att öppna men sätter ofelbart någon av deltagarna i drag. Markiser för eftermiddagssolen. Utanför en vik av Mälaren, gräs och träd, rådjur. På en skrivtavla ovanför matbordet står kontaktmännens förnamn kombinerade med respektive klient. De flesta kontaktmännen har bara en klient, någon har två.

Expeditionen på låsta ligger i direkt anslutning till låstas samlingsrum. Expeditionen är på ett sätt hela personalens domän. Förmodligen har Lena, ansvarig, störst rätt att vara där och att sitta på rätt sida om skrivbordet men personalen rör sig ständigt in och ut i rummet. Samma sak gäller på sjukavdelningen.

Från personalrummet på öppna avdelningen har man uppsikt över infarten till Hornö. Personalen är ytterst vaksam över vilka bilar och vilka människor som kommer och går. Om man inte omedelbart kan identifiera bilen/människan så undersöks saken genom kontakter med andra avdelningar eller med vaktmästeriet. Det är viktigt att veta att de bilar och de personer som rör sig inom området är där i legitima avsikter. I mitten av mars ser vi en bil med takbox fara iväg. Owe frågar ivrigt: Vad är det där för bil? Det är inte bara en fråga i förbifarten utan de närvarande försöker faktiskt utreda vem det kan vara. Thord säger att han sett bilen stå utanför låsta hela förmiddagen. Man kommer fram till att det troligen är den nye läkaren.

Personalrummet på öppna avdelningen är till för all personal. Särskilt efter lunch samlas man där och ibland uppstår ett informellt "sammanträde" om sådant som berör Hornö som helhet. Efter-lunch-mötena tycks också vara ett tillfälle för ett informellt utbyte av information mellan avdelningarna. Det är också här man kan få del av aktuellt "skvaller", en nog så viktig typ av information. Samvaron är avspänd och finns det plats hindrar inget att man sträcker ut sig på en soffa eller på golvet.

Klienternas rum är deras privata sfär. Endast undantagsvis, som för att väcka, går personalen in i rummen. Om man söker efter alkohol eller knark är givetvis klienternas rum också föremål för undersökning. Däremot tycks det vara ett informellt krav klienterna emellan, att man *inte* ska låsa sin dörr på natten. Den som behöver komma in och snacka ska kunna göra det. Den som vill låsa om sig får kvittera ut en nyckel.

Försäljningen av de tidigare personalbostäderna har medfört att Hornö har fått grannar på relativt nära håll, som inte har något med Hornös verksamhet att göra. Hornö måste ta hänsyn till det nya läget, bland annat genom promenadinskränkning. Reglerna gör Hornö mer slutet och avskilt. Förändringen väcker protester från de klienter som är på plats när ändringen sker. För den som kommer senare är promenadförbud naturligt i ett tvångsomhändertaget läge.

Hornös telefonväxel är öppen 8.30–16.30. Andra tider, som på morgonmötet mellan 7.45 och 8.30, kan telefonen vidarekopplas in till personalrummet. Under övrig tid, utanför telefontid, går inkommande samtal till tre bärbara telefoner, en på varje avdelning. Vilken som helst av avdelningarna kan då svara och eventuellt vidarebefordra samtalet.

Bemanning, beläggning

Hornös *centrala administration* består av institutionschefen Owe samt två administratörer. Ann-Sofie har hand om personalen och Ewa sköter fakturering, klientadministration och andra löpande kontorstjänster. Varje avdelning har en *avdelningsansvarig*. På sjukavdelningen arbetar dessutom, förutom en läkare på deltid, tre sjuksköterskor och lika många behandlingsassistenter. Låsta respektive öppna avdelningen har vardera sex behandlingsassistenter förutom sina respektive avdelningsansvariga. Ett par vaktmästare jämte personal i köket kompletterar personal-

styrkan på Hornö, som alltså uppgår till närmare 35 personer (våren 1997) (dock inte alla på heltid). Hornös *ledningsgrupp* utgörs under våren 1997 av följande personer.

Owe Lundmark, institutionschef
Dag Jansson, ansvarig, öppna avdelningen
Lena Falk, ansvarig, låsta avdelningen
Judith Lefvert, ansvarig, sjukavdelningen
Berit Bihlar, psykologgruppen
Bo Axelsson, psykolog på öppna avdelningen

Ledningsgruppen för inte protokoll över sina veckovisa möten. Därför kan även känsliga ärenden tas upp och de avdelningsansvariga får på eget ansvar berätta för sin personal vad som förevarit, kanske med urskiljning. Ledningsgruppen ska helst bestå av samma personer under längre tid. Anställdas angelägenheter ska kunna dryftas om de berör verksamheten.

Det är köparens marknad inom missbruksvården. Situationen har konsekvenser för Hornös inre arbete. På ledningsgruppen i mitten av mars 1997 utspelar sig (ungefärligen) följande.

- Berit: Angående E. Hur ska det bestämmas vem som ska till Margretelund?
- Owe: Normalt så är det behandlingskollegiet som bestämmer det, men du får finna dig i att jag blandar mig i, speciellt så här i början av en ny verksamhet som Margretelund.
- Dag: Behandlingskollegiet kan ju ha hållbara argument.
- Owe: Jag kliver över ibland, jag känner av *helheten*, oavsett om behandlingskollegiet säger si eller så, sen får jag försvara mig inför behandlingskollegiet. För att få igång Margretelund krävs det *en* mans överblick (beslut). Jag tror att jag kan avgöra vad som är realistiskt. Diskussion om Margretelund kan finnas (från socialas sida) redan innan klienten kommer hit. Om de alltid måste gå igenom Hornös rutiner nappar inte soc.
- Dag: Om vi *vet* om det från början är det OK.
- Berit: Det är sagt att Margretelunds klienter ska gå igenom Hornö. Det är inte bra för arbetsmoralen om en klient plötsligt går utanför de rutiner som gäller.
- Lena: När det gäller E föreligger en viss desperation.
- Owe: Det gäller att lyssna av socialtjänsten, till exempel att E kommer att bli Stockholms ansvar om han ... För att vi ska få klienter i framtiden måste vi vara lyhörda för vad soc vill och hur de vill göra det.
- Berit: Vi hjälper Trollhättan att vältra över kostnader på Stockholm? Behandlingsresultatet är väl också viktigt på sikt, även för kommunerna?
- Owe: Vi har provat en dialog att fortsätta en helhetssyn på Hornö. Men personalens behandlingsarbete är inte alltid huvudsaken.
- Bo: Du vill vara pragmatisk i början men efterhand ska det flyttas över till behandlingskollegiet?
- Owe: Det är klienten som i slutändan förlorar om vi håller för hårt på principerna om vårt behandlingsprogram, för alternativet är att varken klienter eller institutioner vinner någonting.
- Dag: E behöver vara på låsta men ska nu till Margretelund?

Jag förvånas över att det inte blir öppet bråk i ledningsgruppen. Det blir det alltså inte. Kanske ser alla verkligheten – att det till syvende och sist är kommunerna som bestämmer. Den som betalar avgör i vad mån Hornös utredningsapparat och modell ska komma till användning, om kontaktmännens ansträngningar ska tas i anspråk och få betydelse.

Det var så tänkt att en manlig och en kvinnlig behandlingsassistent skulle jobba tillsammans i ett arbetspass, men så har det inte blivit. Våren 1997 jobbar (på låsta) två kvinnor tillsammans och två män tillsammans.

I mitten på januari (1997) träder den ändring i kraft som innebär att man nu på natten är ensam personal på respektive låsta och sjukavdelningen. Det var en svår omställning från att tidigare ha varit två på varje avdelning, som i alla fall kunde prata och rådgöra med varandra. Tillfällena till prat mellan den som finns på sjukan och den på låsta blir inte så många. På öppna avdelningen, Storgård, finns det ingen alls på natten efter klockan 24. I stället finns en sovjour.

Beträffande sovjouren ska det gå till så att klienter på Storgård först ringer på hos låsta avdelningen eller sjukavdelningen om de behöver hjälp av något slag. Den personalen ska i första hand se om man kan åtgärda saken och först i andra hand ska man väcka sovjouren. Klienterna ska inte *själva* väcka sovjouren.

Det finns funderingar om att det kunde vara bra om klienterna på Storgård visste att det under natten kommer någon på en runda. Det vore bra både för den orolige och för den som eventuellt tänker sticka. Försprånget blir mindre om någon upptäcker avvikandet redan under natten. Men någon sådan åtgärd införs inte. På helgerna, dagtid, finns det två personal på respektive låsta avdelning och en på den öppna.

Hornö får viss personalförstärkning via arbetsförmedlingen. Till låsta kommer våren 1997 Ulla som själv har valt att komma till Hornö (ur kategorin "55+"). Hon får 45 kr extra utöver stämplingsersättningen. Hornö står för arbetskläder och lunch men har i övrigt ingen kostnad för Ulla.

De vikarier som ska jobba under sommaren tas in i god tid och prövas. De många nedskärningarna inom vårdområdet gör att en annons efter vikarier ger god utdelning. Den enes bröd ... Någon period av året hyser Hornö ett par praktikanter från Mälardalens vårdhögskola som bland annat utbildar behandlingsassistenter (120 poäng). En del av praktikanterna anses vara lite väl unga (under 25 år). Innan praktikanterna blir antagna måste de komma till Hornö för en intervju. "Introduktion" är ytterligare en test av nyanställd personal, framför allt för korttidsvikarier.

Då får dom gå fem pass dubbelt, och där ser man ju då ganska mycket vad det här är för person. De flesta upplever det positivt, att få gå dubbelt med nån. En chans för dom också att backa ut kanske. Tycker kanske att det här inte alls passar mig. Det är ju väldigt svårt att veta, om man

inte har jobbat inom institutionsvärlden, vad det är för nånting. Och så just kanske med missbrukare. (Ann Sofie, personalassistent)

Introduktionen omfattar tre pass på låsta och två på öppna, blandat dagar och kvällar. Det kan visa sig att aspiranten är för ung och/eller för oerfaren. Kanske hinner det förflutna ikapp, kanske kommer aspiranten fram till slutsatsen att, "Nej, det här passar inte mig".

De som söker anställning på Hornö får lov att redogöra för sina egna erfarenheter av missbruk, eget eller anhörigas. Man söker inte folk som har haft ett eget missbruk men avfärdar inte heller en sådan sökande.

Nej, om dom har det ganska långt bak i sitt liv och hunnit bearbeta det. Fem, tio år beroende lite på hur allvarligt det har varit. Många berättar ju faktiskt om det här utan att ... Dom vill gärna att det ska komma fram när man anställs, (hellre) än att det kommer fram på bakvägar. Och då på nåt sätt är man klar med sitt, då har man gått vidare i livet och klarat av det här.¹⁴

Ett eget missbruk bör alltså ligga uppåt tio år tillbaka i tiden för att kunna betraktas som avklarat.

Vi har haft några som inte har upplyst oss om det här, det har kommit upp senare. Det visar sig ofta att det fungerar inte bra. Dom är inte klara med sitt eget. Och när dom kommer in bland det här klientelet som vi har så kanske man inte faller tillbaka i missbruk men man mår väldigt dåligt själv för man känner igen sig så mycket i det här.

Någon närmare efterforskning, förutom genom regelrätta referenser, görs inte. Missar kan undvikas genom att först anställa den intresserade som vikarie.

Dom som får fasta tjänster här på Hornö dom har ju oftast gått här som vikarier en längre tid och då har man ju provat och sett vad det här är för människa så det är mycket sällan det kommer in en helt ny på en fast tjänst.

Den successiva nedskärningen av personal gör semesterperioden problematisk. Regeln är att inte en ny vikarie ska jobba ensam, men på Storgård jobbar nu bara en person under kvällar och helger. Så det gäller att hitta erfarna vikarier. De som rekryteras till Hornö får svara på frågan vad de tycker om att låsa in folk för att kunna vårda dem. Frågorna kan bli om inte "elaka" så i alla fall "ingående".

Och så tycker vi det är bra om man har ett bra socialt liv förutom arbetet. Det har visat sig att det är ganska värdefullt, att man inte tar med sig jobbet hem, utan man har något annat. Att det fungerar bra runt omkring en hemma. Det brukar vi också fråga om – familjesituationen – vad man gör på fritiden och alltihop det där.

Det svåraste är att veta hur den anställda kommer att förhålla sig till klienterna.

Kommer han eller hon att kunna ”binda upp” klienterna lagom mycket? Den kvinnliga delen av personalen är viktig men ställs inför speciella krav.

Att dom kan tala om att jag är *personal* här och inget annat. Det har väl varit problem, ja ... eller problem ... Det har ju förekommit. Vi har fått stötta några. Nån har slutat. Många väljer själva ... ”Jag fixar inte det här.”

Efter schemaomläggningen i januari 1997 gror ett missnöje bland öppna avdelningens behandlingsassistenter. Flera har blivit av med uppgiften som kontaktman och har dessutom fått mindre bekväma arbetstider. En del av missnöjet beror på att rollen för de behandlingsassistenter som inte är kontaktmän saknar alternativ tyngdpunkt. Förändringen kunde eventuellt ha parats med en markering av att behandlingsassistenter som inte är kontaktmän är *minst* lika viktiga även om arbetsuppgifterna är mindre tydliga.

Institutionsledningen betonar att Hornö förändrats kontinuerligt sedan starten som LVM-hem 1990. Kanske är det nyckeln till att Hornö hittills klarat sig från nedläggning. Men om en ständig förändring ska vara uthärdlig för personalen måste alla uppleva förändringen som nödvändig och acceptabel och kanske positiv. Personalvården måste stå i förbindelse med kravet på förändring. Det bör finnas balans mellan förändring och omsorg om personalen i form av uppskattning, utbildning och bra löner. Samtidigt måste beställarna hållas på gott humör genom att vistelsen på Hornö ger resultat.

Det mesta av det tillgängliga löneökningstrycket för 1997 styr institutionschefen efter eget huvud. En mindre post lämnas till facket att bestämma över. Chefens tanke är att likrikta alla kontaktmän, all nattpersonal, all kvällspersonal och så vidare.

Det finns en ganska tydlig och möjligen *naturlig motsättning* mellan låsta avdelningen och sjukavdelningen, naturlig med tanke på att de båda är nära beroende av varandra i en uppgift som är mycket svår. De båda personalkategorierna skiljer sig lite åt i professionell karaktär och man kan märka att sjuksköterskorna tenderar att uttrycka sig lite hårdare om klienterna, efterlyser lite striktare regler, än personalen på låsta.

I februari uppstår en vakans på låsta och en diskussion förs i ledningsgruppen om vem som ska vikariera på tjänsten. Judith (sjukavdelningen) vill helst ha X medan Lena (låsta) och Dag (öppna) förordar Y. X kan riva ifrån medan Y tenderar att släppa klienterna för nära in på sig. Dag menar att Lena bör få avgöra saken eftersom det är på hennes avdelning vikarien ska jobba. Men Judith protesterar och tycker sig ha dåliga erfarenheter av Y.

Motsättningen kan visa sig i bagateller. När vi en marsmorgon sitter i låstas trånga personalrum för morgonmöte knackar Siv på dörren och kommer in för att hämta något i kylskåpet, som naturligtvis är blockerat av stolar. Det blir ett litet avbrott.

När hon gått säger någon att det hon hämtat var ett urinprov och flera av de närvarande blir lätt irriterade över detta tilltag: att placera ett urinprov i personalens kylskåp, bland mat och annat. *Men nu får dom väl ändå ta och ge sig ...*³⁵

Motsättningarna mellan avdelningar i en komplex organisation med svåra arbetsuppgifter känns igen (Bergmark 1994:88). Problemen uppstår vid brist på en viss typ av information, nämligen intern information om vad som *faktiskt görs* på respektive avdelning och vilka *specifika svårigheter* som respektive avdelning tampas med.

Det är möjligt att en sjuksköterska ser *andra* saker än en person som saknar den utbildningen, till exempel i en klients tillstånd. Men av hänsyn till respektive avdelnings självständighet kan sådan information bli för otydlig. Resultatet kan bli förstucken kritik och missförstånd. Man antyder kanske bara lite försiktigt och vågar inte tycka öppet om vad den andra avdelningen har för sig.

Det nära beroendet mellan låsta och sjukan gör det kanske nödvändigt för institutionsledningen att på flera sätt formalisera en kontinuerlig möjlighet till klarspråk mellan personalgrupperna. Båda avdelningarna har allt att vinna på ömsesidig respekt och samarbete vilket inte behöver betyda konsensus i alla frågor.

Beläggningsgraden har betydelse för arbetsklimatet om än lite olika för olika personer. Eila kommenterar relationen klienter/personal vid ett tillfälle och konstaterar att blir det för mycket personal blir de anställda lika lata som klienterna och om flera har att göra samma sak blir den inte gjord. Bengt Warren är extern handledare på Hornö.

Warren: Hur känns det att bara ha fyra på låsta?

Ninnie: Tomt.

Stefan: Lugnt.

Gullan: Man blir rastlös.

Konkurrensen mellan institutionerna gör det hela till något av utslagningstävling. När institutionschefen i februari noterar att Hornö har 25 klienter inskrivna säger han triumfatoriskt att "det är 20 mer än Håkanstorp" men ångrar sig genast och tillägger att man ska förstås inte glädja sig åt andras olycka.³⁶ Det är inte lätt att förstå vad som ligger bakom lugna respektive oroliga perioder på Hornö. Hög personaltätthet är kanske ingen garanti för lugn.

Det konstiga är ju bara att mitt uppe i det här, när man drar bort så mycket personal från Storgård, så håller sig alla klienterna kvar. Det har aldrig varit fullproppat, nästan. Och vi har aldrig haft det här med att folk håller sig kvar. Så man skulle kanske ta bort personalen. Det är mycket märkligt. (Lena, ansvarig, låsta)

Det hittills högsta antalet närvarande klienter boende på Hornö är 32. Det inträffade våren 1996 och innebar att man fick låna plats på Östfora, utanför Uppsala.

De institutioner som har låg beläggning hotas således av nedläggning. Institutionschefen på Hornö betonar då och då att "Vi talar gärna om 'vi' och 'oss' men dom som drabbas mest är våra klienter ..." Emellanåt hörs han lite uppgivet konstatera att "Varför ska vi hålla på, om det inte finns någon efterfrågan på vård, allra minst från missbrukarna själva?"

DOK/KIA

Dag ansvarar för det av SiS initierade dokumentationsprojektet (LVM DOK). SiS syfte med DOK-projektet är att ge grundläggande epidemiologisk information om klienterna och att producera ett systematiskt underlag för behandlingsplanering och uppföljning av behandlingsresultat. En uppgift för DOK är att följa upp om de åtgärder som rekommenderas utifrån utredningsarbetet fullföljs. Systemet startade för Hornös del under 1996.

När Dag redogör för systemet på ett stormöte (personal) i slutet på februari låter han föga entusiastisk över saken och säger lite uppgivet att "det här är vi ålagda att göra". För vissa klienter, som till exempel R, som åker in och ut ofta, på grund av rymningar och annat, blir det väldigt många blanketter som ska fyllas i. Någon genmäler att det i alla fall är bra frågor och om man fyller i dom så har man en bra början på utredningen. Dag konstaterar att "det är ju forskare som håller i det här så det är ju strikt". I nästa ögonblick säger han att "det blir ju som det blir i alla fall", inte så strikt utan snarare på en höft.

Det aktuella nya verket för att göra de erforderliga intervjuerna är att *DOKA*. "Jag ska DOKA Göran i dag." Det förefaller som om SiS lyckats med denna administrativa reform. Jag har inte hört någon säga något direkt kritiskt om DOK. Alla tycks acceptera att det är en nödvändig åtgärd och inser att det hela kräver tid. "Jag måste sätta mig och knappa in", säger Dag och bryter upp från kafferasten. Enligt beräkningar anses systemet kräva mellan 10 och 20 timmars arbete per vecka för en institution av Hornös storlek. Den skattningen förefaller dock vara i överkant. Hornö fick 50 000 kr för inköp av dator och för kringkostnader, men däremot ingen extra personaltilldelning.

Under 1996 gjordes 109 inskrivningsintervjuer, i regel av den ansvarige på låsta. Intervjuer ska också göras när klienten placeras i ett §27-alternativ och när klienten slutligen skrivs ut. Om intervjuaren verkligen ska träffa den klient som skrivs ut direkt från en §27-placering lär den intervjun ta minst en halv dag, inklusive resor.

Intervjuer ska göras även vid överflyttningar mellan LVM-hem men situationen vid akutöverflyttningar är inte alltid gynnsam för en omfattande intervju. Systemet innehåller på sikt möjligheter för LVM-hemmet att göra egna bearbetningar av sitt statistiska material.³⁷

En journal läggs upp när klienten anländer till Hornö. Journalerna förvaras centralt i den administrativa delen av Storgård. På låsta avdelningen finns, tills vidare

vid sidan om DOK, en liten kortlåda med ett kort för varje klient som är inskriven på Hornö.

Det kan ju sent en kväll ringa från polisen. Säg att det ringer kl 24. Då är det ju bara häruppe det finns personal och då säger polisen att vi har en man si och så, tillhör han er? eller nånting. Då ska dom kunna gå och titta. Jovisst han är §27-placerad uppe i Öjebyn sen tre månader tillbaka och han är efterlyst. Det står bara att dom är §27-placerade där och där, att dom är avvika-na, efterlysta. Det står "in på avgiftningen" och så står det "över till oss på avdelningen" och så står det "nedflytt till Storgård". Och så står det "§27-placerad där och där" och "utskriven". Det är ju det ideala. Sen finns det dom som är ut och in och ut och in. (Lena, ansvarig, låsta)

Under 1997 och 1998 togs ett nytt ADB-system i bruk inom SiS, KIA (Klient- och institutionsadministration). Systemet hanterar all information inom SiS, för såväl klienter som institutioner. Applikationen KIA innehåller bokning, journalföring, beslut, fakturering, klientregister och behandlingsplaner samt verksamhetsuppföljning. I en annonsbilaga (utgiven av NCL) redovisas följande effekt av systemet för klienternas del.

Våra klienter har också påpekat att det blivit lugnare ute på institutionerna eftersom personalen inte behöver leta papper som försvunnit eftersom systemet hanterar allt detta. (Kristina Stenqvist, IT-chef på SiS)

På sikt utlovas att systemet kan användas för att utvärdera vårdens effektivitet, vilket inte vill säga litet. KIA syftar bland annat till att SiS centralt – på ögonblicket – ska kunna se på vilka avdelningar i landet det finns lediga platser.

Hittills och tills vidare förs en särskild liggare över den aktuella beläggningen på Hornö. Ytterligare en liggare innehåller bland annat klienternas namn, personnummer, datum för ankomst och varifrån klienten kommit. I klienternas akter ska, förutom journalanteckningar, finnas utlåtande respektive avdelningsutredning, i de fall psykologutlåtande inte gjorts.

Margretelundsgården – som tänkt

Under våren 1997, när *Margretelundsgården* (i Ulvsunda utanför Stockholm) ställs i ordning, tycks denna nya utslussningsavdelning utgöra ett hopp för en rad klienter som börjat tröttna på Hornö eller kanske snarare på sin situation.³⁸ De ser fram mot att få komma till Margretelund, nära Stockholm. Där ska det nya livet börja, där ska allt bli lättare och där ska de på allvar ta tag i sina liv.

En tanke med Margretelund är, för Hornös del, att man lite lättare ska få tillstånd §27-placeringar i närheten av huvudstaden. De flesta klienter vill komma närmare Stockholm men Hornös erfarenhet från inackorderingshem och liknande där är mindre bra.

Placering på Margretelund enligt §27 (LVM) är möjlig eftersom det där finns behandlingsinslag. Psykologer från Hornö ska åka dit och ha individuella samtal.

Det kan bli så att man föreslår placering på Margretelund i stället för på frivilligt behandlingshem. På så sätt behåller Hornö klienten inom sin egen vårdkedja och inom den egna andan och ekonomin.

En utslussningsavdelning där personalen och kulturen är densamma som på moderinstitutionen, där samma normer gäller och där påbörjade relationer kan fortsätta att utvecklas. Många klienter kan på ett mycket bättre sätt ta ansvar för sin del i förändringsprocessen om de inte behöver lägga ner kraft på att pejla in ett nytt ställe. (Owe, institutionschef, i Renässans 2/1996, s. 31)

En anledning till att Margretelund startades var således ett missnöje med bristen på "struktur" (formbundenhet) på de inackorderingshem i Stockholm där många av Hornös klienter tidigare hamnade efter utskrivningen. Det missnöjet fanns troligen också hos socialtjänsten.

Det skulle man kunna göra bättre själv. Det var ungefär så, plus att Owe är ju väldigt skicklig på att avläsa vad avnämaren vill ha. I Margretelund ligger ju ett skyddsnet inbyggt. Är dom där och det strular till sig så åker vi och hämtar dom och avgiftar dom och så är dom här ett tag och sen tillbaka dit. (Lena, ansvarig, låsta)

Kontinuiteten för "hornömodellen" har man säkrat genom att rekrytera två fast anställda direkt från Hornö och genom att två av Hornös psykologer även arbetar på Margretelund. Men planeringen för Hornös framtid stannar inte vid Margretelund.

Vi har ju nästa steg i planeringen. Vi jagar i dag att få ta över ett helt hyreshus nånstans där klienten kan bo själv, med lite tillsyn och kontroll. (Owe, institutionschef)

Hornös tankar är en utlöpare från tankar som finns hos SiS och hos regeringen.

I det sista regleringsbrevet så gav man ju SiS utökade möjligheter att jobba med klienterna, inte bara med tvångsvården. I det första regleringsbrevet så var det ju klart och entydigt tvångsvård men det är det inte i dag.

Våren 1997 är ledningen på Hornö alltså optimistisk inför framtiden. Hornö anses ligga rätt i läge och region samt vad beträffar klientgrupp och erbjudande. Även Margretelund anses ligga rätt som en komplettering till det utredningsväsende som karakteriserar Hornö. Margretelund ska ha mer struktur och form än ett inackorderingshem. Klienterna ska känna igen de normer och regler som gäller från sin vistelse på Hornö. Warren ska handleda även på Margretelund.

Margretelund har tio bostadsrum och två dagrum plus några andra utrymmen. För Margretelund finns ingen särskild vaktmästare. De sysslorna får de sköta själva. Kanske kan det bli någon uttryckning från Hornö om något särskilt skulle hända. Det

tar tre kvart med bil från Hornö till Margretelund förutsatt gott väglag och icke-rusningstid.

Redan när Margretelund slutplaneras under våren 1997 cirkulerar rykten om att syftet med Margretelund egentligen är att skapa förutsättningar för att på sikt lägga ned Storgård, den öppna avdelningen på Hornö.

Hornös dilemma, och kanske hela tvångsvårdens problem, är att den inte inom sina egna ramar anses kunna erbjuda den hjälp som test och utredning visar att klienten behöver. Utslussningsavdelningen är ett försök att i någon mån eliminera den bristen.

Margretelund lades ned efter ungefär ett års drift. Skälen tycks ha varit flera.

Ja, det blev väl en del rymningar. Som mest var det fem klienter, annars var det ju två, tre stycken, det vart dyrt. Så dom som var där gick väl lite som barn i huset, och misskötte sig, tog dit, smög med droger och höll på och trixa. ... Det var ett par klienter som var med och starta, de kom igång utan att ha något riktigt program, utan det vart mest nöjes ..., till att börja med, och sen mot slutet fick dom ju opp lite verksamhet, gick till en del verkstäder, men det skulle ha behövt vara direkt från start, att komma igång med de allvarliga delarna direkt. (Dag, ansvarig, öppna)

Den personal som arbetade på Margretelund hade gärna hållit på ett tag till. Verksamheten var, menar de, på väg att bli bra efter sådana initiala svårigheter som alltid drabbar nya projekt. Personalstrukturen var kanske inte den bästa från början men det hade gått att ordna.

Hösten 1998 startar Hornö i stället ett nytt projekt, denna gång lokaliserat till själva Hornö. Sjukavdelningen byggs ut för att öka möjligheten att ta emot klienter som behöver avgiftas och som kommunerna vill placera på Hornö för kortare tid. Vare sig nedläggningen av Margretelund eller (effekterna av) utbyggnaden av sjukavdelningen på Hornö har dock närmare studerats i den här rapporten.

Kanske kan man se Margretelund som ett försök från Hornös sida att eliminera bristerna i passageritens tredje fas – återföringen till samhället efter en liminell period. I medvetenheten om att klientens inkorporering i strukturen äventyras av samhällets ovilja att ändra sig och ge klienten en rejäl chans sökte Hornö att skjuta upp den konfrontationen i förhoppningen att klientens position skulle kunna stärkas. Margretelund skulle innehålla delar av Hornös modell, av dess formbundenhet, dess erbjudande av kontinuerliga möjligheter för klienten att välja positiva alternativ. Att försöket misslyckades är kanske inte så märkligt.

3 Hornömodellen

Hornömodellen är Hornös egen benämning på sitt sätt att arbeta, främst karakteriserat av ett test- och utredningsförfarande som avses leda till att klienten kan gå vidare till en (frivillig) behandling som *passar* just den klienten. Modellen har således inget att göra med de argument och teorier som jag för fram, det vill säga en betoning av LVM-vårdens kulturella karaktär.

Hornö i sin nuvarande form tillkom under 1990. Eftersom många institutioner vid den tiden länge undvikit tvångsomhändertagna klienter dämde behovet av platser med inläsningsmöjlighet upp. Stockholms kommun valde då att omvandla Hornö till låst institution.

Det väckte ju en oerhörd konflikt här ute som slutade i att jag rekryterades och min första uppgift var att avveckla alltihop. Och av den avvecklingen så tror jag vi behöll fyra stycken personer som var villiga att jobba i tvångsvården. Så rekryterade vi 35 personer. Så byggde vi om under tre månader, byggde en låst enhet däruppe och sen så körde vi igång direkt efteråt med 14 dagars utbildning före och sen inom tre veckor så var det fullbelagt. Och det ställde ju djävulska krav på oss som jobbade här. Det betydde mycket att vi rekryterade personer till att göra det vi hade *tänkt* att dom skulle göra. Sen har vi fått revidera såna här saker. Vissa saker var bra. Vissa saker var dåliga. (Owe, institutionschef)

Samtliga nyanställda hade erfarenhet av institutionsvård. Kompetensen var tillfredsställande. Det som saknades var en röd tråd.

Jag har ju jobbat inom frivillig vård i många många år. Man kunde få in människor (klienter) som hade varit i en fem sex behandlingsformer som var helt motsäggande. Helt olika typer av personer och personligheter skulle man placera in i dom.

För att skapa en enhetlig linje i verksamheten prövades ett test- och diagnostikprogram. Socialstyrelsen bidrog med 3,5 miljoner kronor under en försöksperiod.

Där såg jag ju att det fanns oerhört mycket att hämta. Framför allt fanns det mycket för socialtjänsten som uppdragsgivare. Ett av kraven var ju att det skulle ske en förändring av de här klienterna och förändringen var ju oftast att man förväntade sig att de skulle sluta använda droger och det är ju nästan omöjligt med de tidsperspektiv som vi jobbar (med). Däremot så kunde man ju efter test och utredning presentera en klar och tydlig beskrivning av klienternas behov och förmåga, och ha det till underlag för socialtjänsten. Plötsligt kunde man få in en röd tråd.

Det spelade ingen roll i vilken miljö klienten var när han blev aktuell hos socialtjänsten igen: dom här testerna och utredningarna dom höll. På nåt sätt kunde man rikta insatserna. Det där tror jag dom upptäckte på socialtjänsten ganska snabbt och då ökade de kraven på oss. Då räckte det inte med att ha konsultbasis så då började vi att anställa.

Det slutade med att i dag har vi tre stycken med specialistkompetens i diagnostik som är anställda. Ingen av dom jobbar heltid. Och så har vi då ytterligare en psykolog, Bosse, som har varit med från början men han har varit med mer som ett stöd för personalen i dom mer teoretiska diskussionerna. Sen finns han med också som ansvarig för gruppsamtalen på öppna avdelningen.

Institutionschefen sammanfattar Hornös nuvarande verksamhet så här.

Man tas till den här verksamheten för att avgiftas. Det är så det startar. Sen ska man till en låst avdelning så man inte kan avvika. Där startar utredningen. När utredningen är färdig – en fyra veckor senare – då flyttas man normalt till den öppna avdelningen och då startar samarbetet mellan klient och kontaktman för att hitta ett behandlingsalternativ utifrån den utredning som har gjorts vilket betyder att någon behandling i den bemärkelsen inte sker på Hornö utan behandling sker på ett ställe som på nåt sätt motsvarar klientens behov. Så det är egentligen det man sysslar med på en sån här institution: att hitta en sånt här ställe.

Den process som institutionschefen skisserar ska helst vara klar inom tre månader från omhändertagandet (§27 LVM). Om inte måste en särskild rapport lämnas till SiS om anledningen till att utflyttningen skjuts upp.

Men det vi har sett och det tycker jag på nåt sätt är bra: När man har *passerat* tremånadersgränsen då börjar klienten att se att det är närmare till stoppdatum – det är ju sex månader totalt – än det skulle vara om han gick vidare till en annan behandlingsform. Så varje dag efter den här tremånadersgränsen så blir det svårt att motivera klienten till att åka oavsett vilket alternativ vi har för han har börjat räkna dagarna. Och det här är alltså ett dilemma i den här verksamheten. Det är ju därför som vi i nästa fas av vår modell har öppnat en egen utslussningsenhet (Margretelund).

Det finns fler argument för en utvidgad vårdkedja *inom ramen* för LVM.

Att flytta ut till en enhet som är okänd, till personer som är okända, även om jag har varit drogfri under tre fyra månader. Det är ett steg som ingen av dom egentligen klarar.

De som flyttar från Hornö till Margretelund förväntas kunna behålla tryggheten i ett kontinuerligt norm- och regelsystem, en oavbruten formbundenhet.

Det här är lite av Hornös modell, som inte finns nån annanstans, varken testeriet eller det här steget att komma ut. Där är vi ju lite annorlunda.

Institutionschefen ser psykologernas utlåtande som ett dokument som erbjuder även socialsekreteraren en realistisk och välgrundad bild av klienten.

Och det här gjorde att även om man avstod från att ställa upp på den här behandlingsdelen som vi föreslog så när klienten söker hjälp och när han kommer i kontakt med socialtjänsten igen så har dom den här kunskapen i bakgrunden. Den kommer från psykologer med specialistkompe-

tens. Den kommer från en yrkeskår som vida överstiger ... Det är liksom ingen tvekan – att de behöver ifrågasätta om dom har tolkat det rätt eller fel – utan det är tolkat av en person som är kompetent. Och då ger det ytterligare förtroende. Det är på den här nivån som vi nånstans lever i dag och det tycker jag är viktigt. Att man kan peka på de här sakerna.

Dom här testerna vi gör involverar klienten så mycket i sin situation att när han sitter mitt i det kan han inte ta åt sig det. Men med lite distans och man kommer tillbaka och man börjar röra i det igen ... Då blir bilderna mer och mer tydliga för dom. Man blir initiativtagare själv, man agerar på ett sätt när man är tvingad till det och på ett annat när man är initiativtagare själv. Men *utan* det första tvånget skulle han aldrig bli initiativtagare i det andra skedet. Det är det här som jag tycker är en av poängerna med tvångsvården. Man tvingar faktiskt folk till att börja se på deras situation. Skulle inte tvånget finnas skulle de aldrig se på den.

Redan på Hornö kan tester och utredning således få *behandlings*karaktär.

Man *använder* ju det här och gör det tydligare dag efter dag. Det gör ju att det blir en sorts behandlingsprocess det här fast det är inte det som är syftet, men indirekt så blir det ju det ändå. Och det är det här då, om man nu ska prata om institutionens uppgift, att motivera klienten till ett bra val. Där ingår ju alla dom här delarna (och är) en del av motivationen. Att ge klienten en bild av vad han är kapabel till och vad han *inte* är kapabel till, och vad han behöver hjälp med.

Det som ringer i forskarens öron vid åhörandet av dessa ord från institutionschefen är förstås *sinnesrobönen* inom AA.

Gud, giv mig sinnesro
att acceptera det jag inte kan förändra,
mod att förändra det jag kan,
och förstånd att inse skillnaden.

Det AA-medlemmen ber Gud om det åtar sig Hornö med hjälp av sin utrednings- och testapparat att bistå klienten med. Resultatet kan möjligen bli detsamma.

Modellen

Vad är Hornö? Bo, psykolog, betecknar vid ett tillfälle Hornö som "en sorts blandning mellan behandlingshem, barnhem, ungdomshem och fängelse".

Du ska ju ha många strängar på din lyra för att kunna lira i den här orkestern. Samtidigt som du inte heller får vara *för* kompetent för då kan du ju kvävas i organisationen. Om du inte kan se nån mening, inte kan *tänka* LVM så att säga ... Jag skulle kunna utveckla det här! (Bo, psykolog)

Tanken att LVM i realiteten är en *rite de passage* leder till funderingen att Hornö i ritualen på något sätt *representerar* det svenska samhället eller åtminstone en svensk "by". I sig själv en rituell process rymmer LVM-institutionen ett mikrokosmos, med "sjukhus" för födelse och hälsovård, med "barnomsorg", "skola", "arbetsplats", "bostad" och en rad ritualer *inom* övergångsriten.

Slutenhet och avskildhet gör det möjligt att uppfatta Hornö som ett bysamhälle. Den schemalagda arbetstiden ger illusionen av kontinuitet och närvaro. Man kan notera att Hornö för närvarande naggas i kanten, som by, av ekonomiska skäl. På öppna sover våren 1997 "barnen" ensamma. Deras mat lagas nu i en annan by (Eknäs LVU-hem).

Det ofta citerade afrikanska ordspråket "Det behövs en by för att uppfostra ett barn"³⁹ passar här. Om man ser LVM-vården som ett omfostringsförsök så är det en bys nätverk som krävs, inte en institution. På Hornö finns denna by i meningen att alla anställda förhåller sig till alla klienter, försöker dra åt samma håll, möter aggressivitet på samma (avväpnande) sätt, gemensamt står för social kontroll. Samtidigt återstår det – ur en bysynvinkel – mycket att göra på Hornö.

Flera i ledningen betonar att Hornö skiljer sig från andra LVM-hem. Det har nämnts att min studie möjligen kan komma att precisera denna särskildhet. Men min studie är inte jämförande. Jag vet inte hur det är på andra LVM-hem.

Substansen i en särskild hornömodell och hornöanda aktualiserades vid rekryteringen av anställda till Margretelund. Flera ansåg att den nya personalen borde visas på Hornö "åtminstone en månad för att få in kulturen". De kunde gå på avdelningarna med särskild handledning. Om inte förutsåg någon "ett jätteproblem". Med en utpräglad metod är det viktigt att få personal som är beredd att pröva och sätta sig in i de tankar som finns på Hornö *innan* man själv försöker vidareutveckla eller förändra. Utan inskolning riskerade personalen på Margretelund att "börja leva sitt eget liv".

Personalen på Hornö ser i regel inget skäl att kommentera *andra* vårdformer, men ställda inför frågan om öppenvård som alternativ till tvångsvård gör de bedömningen att Hornös klienter inte platsar i öppen vård.

Dom klienter vi har skickat till öppenvård dom har misslyckats. Ofta på grund av att dom har en problematik. Dom är så pass långt nere i sin sociala misär så att öppenvård ... man klarar inte det. Ska man gå i ett öppenvårdsprogram så måste man ha ett nätverk omkring sig som fungerar. Man kan liksom inte kräva att Kalle Narkoman eller Heroïnist ska gå på samtal på fasta tider. Dom fungerar inte så. Där misslyckas öppenvården för det mesta. Och jag tror att politikererna inte riktigt har insett det här, att den här gruppen finns, eller också är dom ointressanta. (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

Hornömodellen är resultatet av en strävan att ordna ett kaos. Man tog emot såväl män som kvinnor och arbetet anses ha "flutit på" utan "struktur".⁴⁰ Många klienter var psykiskt sjuka och verksamheten präglades av aggressivitet, cellningar och överföringar till andra institutioner. Den viktigaste förändringen var att Hornö efterhand slapp ta emot de tyngsta klienterna vad avser psykiska problem.

Har man, säg, tio klienter och fem av dom är mycket psykiskt utagerande då kan man inte

bedriva någon verksamhet eller någon värd. Så det har blivit flera hundra procent bättre tycker jag mot vad det var för tre och ett halvt år sedan. Den här lilla världen den är ju så liten och sluten så att om du ska gå omkring och vakta utagerande klienter då kan du inte göra något jobb. Det är nästan omöjligt, så det har hänt mycket. Och Hornö har ju satsat mycket på sin personal, mycket utbildning. Man har känt sig omhändertagen som anställd.

Enligt vilken metod arbetar Hornö? Svaret på den frågan är svävande: "Jag vet inte om vi egentligen har någon metod." Formeln miljöterapi kanske nämns, "att man får klienterna med i dagligt jobb". Det fungerar ibland men är lika ofta omöjligt. Mycket hänger på vilka klienter som kommer. Många har varit med om för mycket för att kunna fångas in i en preciserad och förutbestämd metod eller modell.

Det vore en sak om det mest handlade om lite äldre alkoholister som i en nyktra ungdom haft viss kontakt med arbetsliv och ordnade förhållanden. De kan känna behov av att göra nytta även på en LVM-institution. Men klientgruppen domineras i dag av yngre narkomaner som sällan haft ett jobb och som inte ser någon mening med att låtsas vara nyttig.

Nej, vissa saker, att tvätta sina egna grejer, det brukar fungera. Men där finns ju ett egenintresse. Och sedan tror jag att vi har valt en väldigt mjuk väg att gå, väldigt lite av det här (hårda). Jag tror ju att det är det enda sättet. Jag tror inte att det går på nåt annat vis. (Lena, ansvarig, låsta)

Ganska många narkomaner – kanske fler än alkoholisterna – ser positivt på tester och utredningar och statistik.

Det är klart att det finns dom som säger nej till det men dom allra flesta tycker ju om att man är intresserad av dom. De tycker nog det är till 99% positivt med den här statistiken också som jag gör med alla, DOK-statistiken. Det är en standardiserad intervju, och man kan ju tycka: Varför skulle dom vilja svara på: Fanns det psykiska problem i din hemmiljö? och så vidare. Dom allra flesta berättar mer än vad jag egentligen frågar om. För jag försöker ju fråga just efter ett standardformulär för att inte påverka. Men det blir långa långa berättelser och det kan ta upp emot två timmar innan vi har tagit oss igenom det här. Så nånstans finns ju det intresset ändå.

Klienterna tycker att helgerna är jobbiga. Då händer inte mycket som kan påverka deras situation och framtid. Kontaktmännen är lediga och socialkontoren stängda. Hornös formbundenhet är delvis satt ur spel.

Viktiga saker för dom kan inte ske. Allting stannar ute i samhället. Inga metadonkonferenser. Inget av det här som är *viktigt* för dom. Sen försöker vi ju göra något trevligt, man lägger in roliga saker, men ändå. Man väntar på måndag morgon. Vi arbetar mer regelrätt nu. Kontaktmannen säger: Nu ska du och jag ha kontaktmannasamtal! Det är nåt annat än bara sitta och snacka i dagrummet. Jag tror att man både som personal och som klient upplever en skillnad. Att det här *är* nåt. Det har en annan dignitet. Deras intresse är ju ändå: Hur ser min framtid ut? Dom har ju ett intresse i det oavsett vad dom säger.

Här finns en antydning till metod: *en stark, allvarlig, medveten och koncentrerad uppmärksamhet mot klientens person, personlighet, identitet*. Att koncentrera uppmärksamheten på klienten och dennes resurser (och resursbrister) – framför allt genom utredningar och tester – *kompletteras* med en mer informell del där utredare och kontaktmän, men även den personal som *inte* har dessa formaliserade funktioner, kompletterar bilden av klienten till en mer fullständig beskrivning.

Denna metod är bara antydd på Hornö, inte konsekvent och medvetet identifierad. Metoden är mest en tolkning från forskarens sida, ett försök att beskriva hur arbetet går till och var tyngdpunkterna ligger. Koncentrationen på klientens *resurser för framtiden* är analog med den yttre (rituella) form som vistelsen på Hornö till stor del har: sekvensen död – nyföddelse – fostran – utveckling – utslussning. Metoden är därmed mer av en *naturlig process* än en medveten (vetenskaplig) modell.

Mot den här bakgrunden (processen *börjar* med "död") kan man vänta sig ett avståndstagande till, eller åtminstone en nedtoning av, klientens historia. Det finns antydningar till det. Kontaktmannen kanske först låter klienten själv berätta sin historia innan alla historiska dokument konsulteras. Klienten ges chansen att *själv* formulera sitt liv där givetvis tankar om framtiden finns med (och därmed den gamla människans "död").

Hornö vill inte vara en behandling som "prackar på". Men Hornö *har* en egen uppfattning, en egen linje som är lika verklig som någonsin Minnesotas former. Men modellen är dold, inbäddad i en lagreglerad form som är utsatt för kritik och nedskärningar.

Utredning eller behandling

Hornös sammanfattade syn på missbruk framgår av följande citat.

Det här är ju då ett humanistiskt, existentiellt, psykodynamiskt, psykoanalytiskt, sätt att tänka kring klienternas beteende. Det handlar ju om en syn på vad missbruk orsakas av. Ser du missbruk som en sjukdom, då gäller det ju bara att ta bort det som smittar. Men ser du missbruk som ett uttryck för sociala, kulturella, ekonomiska, psykologiska, ja som ett resultat av en mängd faktorer – socialt, kulturellt och psykologiskt – så kräver ju det ett annat tänkande. Det går inte lika snabbt att bota folk. (Bo, psykolog)

Bildens holistiska karaktär och Hornös medvetenhet om hur problemets komplexitet *förmedlas* genom klientens beteende leder menar jag till en rituell (komplex) hållning snarare än till en vetenskapligt metodologisk (förenklad) attityd.

Att behandlingen på Hornö påminner om en familjesituation (tvång och kärlek, här i en krisritual) har sin grund i att man menar att någonting gick fel i klientens första familj.

Drogen blir ett sätt att kompensera sig, bygga över dom här vakarna, dom här hålen. Har du samspelat med en mor och en far under ordinära, optimala förhållanden, fått gränser, fått kär-

lek, värme och förståelse, så har du säkert internaliserat det här och kunna gå ut i livet och ha en bild av vad det innebär att vara man, att vara kvinna, att man får vara arg och får vara ledsen. Har du inte fått visa aggressivitet så blir det naturligtvis ofullständigt på nåt sätt.

Tanken har funnits att LVM-institutionerna skulle utveckla metoder ur egna idéer och erfarenheter, *differentiera* utbudet av LVM-vård (jfr SOU 1992:18). Den processen har inte kommit igång och den störs givetvis av nedskärningen av antalet vårdplatser.⁴¹ Hornö har tidvis haft kategorin invandrare som en delspecialité. Andelen invandrare på Hornö har varit cirka 10–15 procent, vilket innebär 3–5 klienter. Den allmänna främsta specialiseringen på Hornö gäller dock test- och utredningsväsendet (hornömodellen).

Här åker dom ut och in, har cirkulerat runt. Låt oss titta, låt oss göra en riktig utredning! Låt oss försöka titta på klientens behov, psykologiskt, socialt! Ofta är dom ju väldigt utslagna. Men att göra en psykologisk diagnostisk utredning för att se vilken typ av behandling. Om den här personen ska få behandling, vad behöver den då för typ av behandling? Om den här vistelsen inte resulterar i en behandling så ska den ändå resultera i en utredning, en beskrivning av klientens behov som socialtjänsten i alla fall kan få ut.

Som observatör på Hornö kan man se ambivalens mellan utredning och behandling. Den officiella bilden visar på utredning och gärna en större *realism*. "Kanske blir det bara en utredning men då har det i alla fall blivit något." En betoning på utredning tonar ned klientens roll och tonar upp Hornös professionalism. Samtidigt är personalen på Hornö medveten om att tester och utredningar inte görs i ett vakuum utan involverar och påverkar klienten. Den som sitter en tid på handledningar och utredningsmöten får intrycket att detta är ett *behandlingshem*, också.

Det går ändå att göra en viss typ av behandling, så kallad *motivationsbehandling*. Vi har samma innehåll som ett behandlingshem har men det fattas vissa delar. Det är mycket ärligare att säga vi kanske kan så ett frö, vi kanske kan utreda, vi kanske kan beskriva klienten, vi kanske kan påbörja nåt i en mycket långsiktig process. Då kommer man närmare sanningen.

Hornös test- och utredningsapparat är menar jag täckmantel för ett implicit och tyst behandlingsarbete. Det är tyst för såväl klient som uppdragsgivare och kanske även för den personal som håller på med det. Att det ändå handlar om behandling visar sig till exempel i att personalen ofta önskar behålla klienten så länge som möjligt på Hornö, speciellt om man märker en förändring.⁴² Att tester och utredning är en form av behandling visar sig också i att det finns en diskrepans mellan utredningen och det utbud av behandling som faktiskt existerar.

Men det finns alltid nånting för det behöver ju inte vara så där exakt. Det ska vara ett *litet* ställe, då får man inte skicka den personen till ett *stort* ställe. Har man inte någon som kan erbjuda individualterapi av hög klass så tar man det näst bästa, ett ställe med varm miljö men där det

kanske inte finns kompetens för psykiska störningar. Då kan man bortse från det om det ändå finns nånting som är bra för den här klienten, så det behöver ju inte vara exakt.

Hornös tester och utredningar är, som jag ser saken, ett försök att hitta en (ny) väg för att påverka den *innebörd* som missbruk och vård har för klienten. Vägen går över ett försök att – genom bland annat rorschachtestning – få klientens självbild att vackla. (Mot detta protesterar emellertid ledningsgruppen. Detta är inte deras syfte, men min hypotes.)

Den för Hornö grundläggande bilden av de klienter som kommer delar sig i tre diagnostiska kategorier. Karakteristiken understryker Hornös vetenskapliga utgångspunkt.

Vi har *neurotiskt* strukturerade patienter, alltså patienter som inte har någon allvarigare psykisk störning. Man har en depressionsproblematik som är orsaken till att man kommit in i missbruk en gång. Du har *personlighetsstörda* klienter, som är en ganska bred grupp men där man har en ofullständig identitetsutveckling som grund för missbruket och du har *psykotiska* patienter som har en ännu mer djupgående problematik, som är personlighetsstörda.

Premissen är att grupperna behöver olika typer av behandling. Problemet är att klienten kanske inte är beredd att ta det nödvändiga steget och kanske är inte socialtjänsten heller villig.

Men man vet vad dom *inte* ska ha för behandling. Dom kanske klarar sig *utan* behandling också.

Det är den bristande passningen mellan utredning och behandlingsmöjlighet som gör det möjligt (nödvändigt) för Hornö att arbeta med behandling. Situationens komplexitet och oförutsägbarhet öppnar för Hornös modell. Om det existerade ett så differentierat behandlingsutbud att Hornös utredningar *verkligen kunde testas* fullt ut så skulle situationen bli kritisk. Nu kan ett utlåtande från Hornö, hur välgrundat det än är, inte helt komma till sin rätt som behandlingsplaneringsinstrument och alltså inte heller testas på allvar.

I stället fungerar det som ett *behandlingsinstrument*. Den relativt långa och intensiva process som på Hornö leder fram till ett utlåtande är poängen i arbetet. Utlåtandet är en biprodukt, en bonus, som *kan* ha betydelse i framtiden. Men dess stora chans är *på Hornö, i vardandet*.

Det intressanta är ju liksom att med den här diagnostiken så kan man ju hitta personer som, när man tittar testmässigt på dom så är det personer *med* resurser. Med små förändringar så skulle den här personen vara hjälpt av en insiktspsykoterapi och då ... Det här är faktiskt en person med mycket resurser och det finns ingen anledning att inte pröva det här. Men man kanske aldrig får klienten dit. Han vill gå en annan väg i sitt liv och hittar kanske ändå fram på något vis.

Hornö tillkom i viss turbulens och det förefaller som om omrörningen har fortsatt. Men det finns en linje i allt detta, eller i varje fall en tråd – öppenheten för det komplexa.

Vi har en kompassinriktning som vi går i där vi försöker förena det här med förståelse och kontroll – värme, förståelse, kontroll, gränser, muskler, hjärta – det är ju en tvångssituation. Och man nyper i med gallret. Först är det kanske bara musklerna och tvånget som syns, men efterhand så börjar klienten känna i sitt hjärta att det finns en värme, att det finns nånting som han aldrig hade kunnat tänka sig att möta. Och då har man uppnått nånting, den paradoxala effekten. Klienten har börjat relatera, klienten har börjat knyta an. Tvånget finns där men faller i bakgrunden. Vi diskuterar inte det. Dom får gärna prata om det på samtalsgruppen, om sina upplevelser av det, men vi vill hellre ... Hur känns det i dag? Hur är det? Hur mår du i dag? Hur har du haft det? Hur såg ditt liv ut när du drogade? Låt oss prata om det! Men jag vill prata om tvånget! Ja, ja ... du får väl göra det ... Men det är förstås ett försvar för att inte gå in i relationen. Därför att deras problem är ju det att de har ju problem med att vara i relationer, det är ju en relationsstörning, de har stuckit iväg, de har inte kunnat, det har blivit en störning nånstans i samspelet. Med all respekt för vanans makt ...

Vissa beteenden sjunker in så djupt att de blir till ett omedvetet handlande och vad behövs då för att åstadkomma en brytning? Tvångsvård? Omvändelse? Raserad identitet? Nedtoningen av Hornös förändringsbudskap är framför allt riktat till klienten.

Vi vill inte att nån säger ja bara för att vi vill det utan du har sagt ja så många gånger tidigare så det är lika bra att du säger nej och liksom förändrar det när du vill. Och det blir ju lite mer sympatiskt än om man säger att vi har en snabbkurs här och vi kan hjälpa dig med dina problem, för det är inte sant. Det vi gör det är att vi tar ansvar för personen under sex månader. Vi ska utreda, vi ska diagnostisera, och vi ska motivera och vi ska behandla inom den här ramen.

Hornös personal har att verka i det trånga utrymmet mellan klientens medvetande om att han faktiskt är tvångsomhändertagen och hans tidvisa glömska av denna omständighet samt mellan klientens apparition i intagningsmomentet och det yttre klienten ofta beter redan efter några veckor på Hornö. Även eventuella anhöriga befinner sig i samma trånga utrymme.

Släktingarna vet ju att tvång är tvång, men dom vet ju inte hur det ser ut här. Dom gör det som ankommer på dom och sen när klienten är nykter, drogfri, och ringer och berättar om galler och isoleringsceller och såna saker, så hamnar ju den här närstående i konflikter. Det var ju inte det de huvudsakligen ville, att få sin bror in i fängelse, det är ju det här spelet, så här ser det ut. Hade det inte varit galler och lås så hade ju folk i högre grad bara knallat härifrån. Vi vet ju att dom stannar inte kvar. Ett fåtal av dom skulle ju stanna, med öppna dörrar.

Ett starkt tecken på att Hornö också är ett behandlingshem är förekomsten av de frivilliga (SoL 6:orna). Skälet till att de frivilliga accepterades må vara ekonomiskt

(risk för låg beläggning) men man måste utgå från att även de frivilliga handlar rationellt. Hornö räknar med att även de tvångsintagna uppfattar saken så.

Ja det är klart att dom försöker bortförklara den här personen med att han är knäpp. Det är en idiot som är frivilligt på ett LVM-ställe i 15 månader. Men om det samtidigt sitter fem andra som under hot om LVM har valt att gå in frivilligt, som också är kvar. Det blir ju svårare att bortse från det här. Institutionen förmår faktiskt också att ha de här personerna kvar frivilligt. De stannar kvar frivilligt så vi har ju också utvecklats och vi kan möta deras behov. Vi kan *både* vårda folk under LVM och frivilligt därför att innehållet är av den kvalitén.

Det kan ta några omgångar av LVM innan klienten tar beslutet att stanna frivilligt på Hornö men den dag han gör det eller den dag han stannar LVM-tiden ut utan att avvika då *fungerar* Hornö så bra som någon kan begära av ett *behandlingshem*. Hornös formbundenhet har då fungerat så väl att klienten till och med ”väljer” tvånget.

Meningen med LVM

För att arbeta på Hornö behöver man inte vara *förespråkare* för tvångsvård. Den som är uttalad motståndare tar troligen inte jobb i LVM-vården. Många av dagens anställda på Hornö och andra SiS-institutioner kommer från frivilligvården och ser kanske sitt nuvarande uppdrag främst som *meningsskapande*. Det gäller att skapa *en annan mening* med tvångsvården än den som finns hos klienten (och för den delen hos forskare och praktiker inom socialtjänsten).

Jag (vi) är ju varken *för* eller *emot* tvång, men eftersom det ändå finns. Och vi finns här och vi arbetar här så det gäller för oss att visa på vad man *kan* göra. Så har vi resonerat. (Bo, psykolog)

Ett led i meningsskapandet är att tolka missbrukarens beteende och livsstil som ”ett enda rop på hjälp”. Tolkningen får stöd i det som ofta ganska snart händer med den tvångsomhändertagne. Det som ser ut som en motsträvig (yttre) konformitet kan dölja en inre förändring.

När väl klienten kommer in så uppstår ju det här paradoxala då att ganska snart så faller ... kommer tvånget i bakgrunden. Vi pratar om det. Dom pratar om det, men ... Det uppstår relationer. Det uppstår möten. Klienten får i de allra flesta fall sina behov tillgodosedda. Och det är ju det paradoxala som är här då. Det finns ju enorma möjligheter inom ramen för tvånget därför att tvånget är ju i bakgrunden i de flesta fall, efter en tid.

Och det ser vi på den här utvecklingen som vi är inne i nu att vi har ju folk som (först) har kommit hit som tvångsomhändertagna och som kommer och knackar på dörren och ber att få komma hit frivilligt efter ett antal år därför att det fanns nånting här. Det fanns nånting som kändes välgörande. Det fanns människor, det fanns kontaktman, det fanns nånting som klienten sökte. Det är ju så som vi försöker tänka, att skapa det här innehållet, samspel, relationer.

Det Hornös personal försöker sig på kan, menar jag, beskrivas som kulturell ingenjörskonst. Med utgångspunkt i en dramatisk och omskakande upplevelse – tvångsomhändertagandet – kan LVM-vården *omskapa* den mening som för klienten ligger i termen tvångsvård och *omskapa* den mening som ligger i missbruket och i klientens tankar om missbrukets orsaker. LVM-vård är i hög grad "risky business". Avkastningen på insatt (mänskligt) kapital är osäker.

Jag är inte främmande för om det går åt helvete för 8 st och bra för 2. Men risken är väl att det går åt helvete för 9,5 och att det är en halv som klarar sig. Nånstans så tror jag ju ändå att vi till och med kan fixa 3, 3 1/2 av 10. Och då förändras perspektivet.

Det är möjligt att se morgonsamling och stormöte som fenomen med rituell (formbunden) karaktär vars långsiktiga och latent syfte är att åstadkomma ny mening för klienten.

Det är förutsägbart vad som kommer att hända för mig som klient som kanske är kaotisk och ångestfylld. Morgonsamlingen ser *alltid* ut så här. Den är varken mer eller mindre. Den är hanterlig. Och det är också upplagt på en sån allmän nivå för att *inte* gå för djupt och *inte* provocera. Som klient ska man våga in i det här mötet och veta att det är inte farligt. Det här mötet kommer *inte* att provocera mig så att jag går sönder och behöver bli arg utan det här mötet klarar jag av. Det här mötet behöver jag för att bli en del av dagen, gruppen. Att *inte* gå till mötet kommer att göra ont. Då ställer man sig utanför.

I verksamhet riktad till klienterna finns den tolerans med fostrande underton som känns igen från den reguljära familjekretsen.

Det finns en tanke. Det är rökfritt på de här mötena men folk röker. Man ska inte kaka frukost då, men ... Det finns en tanke med att ha nån slags tolerans. (Nu togs det ändå upp i morse att man inte ska röka.) Nån tar med sig fika ... Därför att det är bättre att låta gå, låta vara. Det handlar *inte* om att konfrontera, att ställa nån till svars.

Man känner igen den förhandlingssituation som uppstår mellan föräldrar och barn som vet sitt värde och som kontrar uppfostringssträvanden med markeringar av självständigt tänkande.

Det är ju ibland som Owe på nåt möte kan ta upp, si och så. Vi måste hjälpas åt. Om ni inte rymmer si och så så kan vi göra den utflykten. Och om alla kommer upp på morron så är det tårtläge. Så det är mer pedagogiskt. Om vi får det så får ni det. Ett slags varuutbyte alltså. Det är beteendeterapi, positiv förstärkning, "shaping". Det finns ju inslag av det. Men det är ju inte till varje pris utan det finns ett utrymme för att se det individuella. Alla *ska* inte ... utan Så här gör vi här ... Men om inte du klarar det så är det OK tills vidare. Men inte hur länge som helst ...

Det handlar om det som psykologerna talar om som positiv förstärkning. Förhoppningen att ett "bra" beteende ska upprepas (även utan tårta)⁴³ (Macklin 1982:2).

Andligheten

När E begär att få träffa prästen i Veckholm för att återinträda i Svenska kyrkan väcker det viss uppståndelse på Hornö. Es önskan villfars utan omsvep och det är kanske Es motivering som oroar mest. E är beredd att dö och att han vill få en ordentlig begravning. Den kvinnliga prästen i Veckholm hälsar på E, ordnar återinträdet och frågar om hon får komma någon mer gång. Det går E med på.

Trots frånvaron av en uttalat *andlig* möjlighet på Hornö skymtar då och då tanken att det kanske är något känslomässigt starkt och engagerande som kan vara räddningen för en del av klienterna.⁴⁴ Det händer att de begär att få åka på gudstjänst i Vallby kyrka. Det ordnas.

Det skadar inte att gå till kyrkan. Alla andra ställen har de varit på redan. (Eila, vik ansvarig, låsta)

Hornö framstår som neutral eller snarare passiv i andliga frågor. Man är skeptisk till andligt baserad rehabilitering och håller sig till det sekulärt rationella och förment vetenskapliga. På det sättet motsvarar Hornö välfärdssamhällets förväntningar på sund och balanserad vård. Problemet är att man inte har något egentligt *alternativ* att erbjuda klienterna i strävan att förmå dem att avstå från missbruk.

LP-stiftelsen löser problemet med vuxenfostran genom att blanda in en gudomlig storhet i processen. Hierarkin mellan vårdare och vårdad tonas ned och ersätts med en mer oproblematisk hierarki mellan människa och Gud. LVM-vården försöker lösa sin uppgift utan att blanda in övernaturliga storheter. Olika former av psykologiska test är i Hornös fall det närmaste man kommer något övernaturligt. Enstaka gånger förekommer mer tydliga (andliga) ritualer på Hornö.

En kille för två år sen, rätt sorgligt egentligen, han stack iväg. Jag lärde aldrig känna den där killen. Sen hörde vi att man hade hittat honom död, och då tänkte jag så här, va fan, alltså, hur hanterar vi det här med döden? Jo, vi tiger. Jag sa till Owe, alla vet att han rymde härifrån, vi måste göra nånting. Flagga brukar vi göra, på halv stång, men jag tycker att vi flaggar och sen på varje avdelning så har vi en minnesstund, säg mellan 10 och 12. På sjukan så tänder dom ett ljus, i matrummet, sätter lite blommor där och så, likadant på låsta och likadant på Storgård och det är en minnesstund för K. Vi går ut med på morgonsamlingen att vi ska ha en minnesstund, därför att han har dött i överdos och så gjorde vi det. Men *ska* vi verkligen göra det? Kommer vi inte att oroas? Men va fan, vi måste väl visa dom att vi tar det här på allvar! Vi måste ju visa att K betydde nånting! Nåt sätt att hantera det här. Men det kommer en massa oro och ångest. Det gick skitbra. Jag frågade personal efteråt, ingen sa nåt, men alla visste ju att det var två timmar som var vikta för K. (Bo, psykolog)

Det var en stor gapig kille med ett varmt hjärta som var här. Och det tog mig när jag fick höra att han var död. (Lena, ansvarig, låsta)

Förutsättningen för att en ceremoni över avliden klient ska fungera är att de flesta

4 Första mötet

På samma sätt som det anses vara viktigt för den nyfödde att den första stunden i livet blir rätt, lika viktigt är det alltså för den tvångsomhändertagne.⁴⁵

Det är oerhört viktigt, det är *bemötandet*. Den dan dom kommer det är det absolut viktigaste. (Lasse, behandlingsassistent/kökschef)

Den som ser klientens tillstånd när han kommer till Hornö kan möjligen få för sig att det inte spelar så stor roll hur han tas emot. Det är ett misstag.

Vi tog emot en kille, han är död nu. Han hade aids. Jag har aldrig sett så dålig karl nån gång. Det var jag och en annan kille som, men jag tog över. Vi brukar ju bestämma vem som pratar och så där, och vem som står bakom. Den här killen hade åkt med polisen, och han hade svurit och levt djäveln, och spytt, för han mädde dåligt så vansinnigt. Han hade utvecklad aids, fläckar på kroppen. Kunde inte stå och inte sitta, inte nånting, och han svor ve och förbannelse från det han steg ur bilen och in i duschen. Han svor i duschen, han spotta och höll på, han sket och han spydde och han ... Man blev lite, tänkte: Hur fan ska jag göra med den här? Han var så annorlunda. Hela tiden bara svor och gorma. Din djävla idiot. Kan du pissa? Jo, sa han direkt. Man tänkte, tors man fråga, men jo, han gick och pissa, och jag värmdde kläderna. Jag körde samma, och han svor hela vägen upp och in. Han skulle in då till Judith eller nån och skrivas in. Men jag hade jättebra kontakt med den killen hela tiden. Han återkom ständigt till hur jag hade tagit emot honom, så ... Och han var ju påverkad då också, av både sprit och narkotika och tabletter, och både uppåt- och nedåttjack. Han levde på. Han visste han skulle dö snart. Han dog väl kanske ett år senare. Han svor ju jämt. Det var ju hans sätt. Han var ju så där. Men det gick in allt det vi gjorde.

När klienten kommer till Hornö hamnar han i intaget och tas emot av sjukavdelningens *behandlingsassistent*. Klienten avlämnas av polisen eller är kanske eskorterad av sin socialsekreterare. Behandlingsassistenten försöker vara samlad även om situationen är besvärlig. Klienten får veta att han befinner sig på Hornö och att han kommer att vara på sjukavdelningen för avgiftning ungefär en vecka, beroende på vad som händer och på hans somatiska tillstånd.

Behandlingsassistenten försöker lindra upplevelsen av galler och inlåsning och säger att det inte är så farligt som det kanske ser ut. Han får besked om att eftersom Hornö utgår från att alla kan ha droger på sig så kommer man att noggrant gå igenom alla kläder och prylar som klienten lämnar ifrån sig, för att se efter att inget knark finns. Om man hittar något olovligt överlämnas det till institutionschefen. Tjänstgörande sjuksköterska informeras.

Klienten får ta av sig alla kläder, smycken och liknande för att duscha. I intagningsrummet är det varmt. Klienten ska inte behöva frysa eller känna sig ruggig i onödan. Efter duschen får klienten nya kläder.

När klienten klär av sig och duschar passar behandlingsassistenten på att titta efter färska stickmärken för att varsko sköterskan om att han kan vara påverkad. Han kollar också tatueringar på kroppen. Sådana markeras på en särskild blankett (en kroppsteckning) för att underlätta identifiering vid vad som eventuellt kan hända (efterlysning till exempel). (Ofta har drogmissbrukare en eller flera tatueringar på kroppen.)

Man kan be klienten borsta tänderna för att eliminera det han eventuellt gömmer i munnen. Med vattenbeständig tejp kan man tejpa saker mot gommen. Assistenten lyssnar om klienten har något biljud när han talar. Något krav på tandborstning finns dock inte (ännu) på Hornö. Inte heller görs visitering av anus. Vad som eventuellt förvaras under pungen bör duschandet avslöja. Klienten får ge urinprov för omedelbar analys huruvida han är påverkad och i så fall av vad.

I regel kommer den nye klienten dagtid när det finns tillgång till personal. Helst ska det vara två män eller en man och en kvinna som tar emot klienten, men undantagsvis är det en ensam man eller möjligen kvinna som genomför mottagandet. Allt beror på omständigheterna, om vederbörande är känd tidigare, bedöms vara lugn, redan avgiftad.

Att mottagandet bör ske dagtid beror också på att det efter kl 24 inte finns någon sjuksköterska på plats. Om det inte finns två män på sjukavdelningen (en av sjuksköterskorna är man) så kan behandlingsassistenten rekvirera manlig personal från låsta eller öppna.

Kläder och annat gås igenom noggrant, senare när intagningen är överstökad. Sömmar och filucker undersöks så att inget knark blir kvar i kläder och persedlar. Regeln är att *två* anställda ska gå igenom klientens tillhörigheter. Klienten kan ha både pengar och värdesaker på sig. Allt förtecknas, även eventuellt knark, och klienten ska skriva under förteckningen tillsammans med dem som genomfört intagningen. Undertecknandet sker någon dag efter intaget, när situationen blivit lugn.

Tillhörigheterna återlämnas till klienten – i sina legala delar – delvis under den låsta tiden, helt och hållet under den öppna. Det händer att klienten så småningom börjar "leva rövare" om de kläder som han ännu inte fått tillbaka. Personalen blir alert vid ett sådant beteende och misstänker att han förvarar något i kläderna som inte upptäckts. Eventuellt måste kläderna gås igenom än en gång innan de kan lämnas tillbaka.

När allt är avklarat i intaget går klient och behandlingsassistent in på avdelningen där klienten får träffa en sjuksköterska. Väl inne på avdelningen tar sjuksköterskan över, frågar om allergier, droger, mediciner, anhöriga, och besiktigar patienten från topp till tå. En *inskrivningsblankett* upprättas och kompletteras efter hand. Dokumentet följer klienten till den låsta respektive öppna avdelningen.

Det är viktigt att från första ögonblicket *läsa av* klienten. Ligger aggressivitet på lur? Blickar och gester registreras. Behandlingsassistentens tidigare erfarenheter kommer till heders. En del inkommande klienter är loja, andra aggressiva. Oftast är

det mindre problematiskt när någon kommer tillbaka efter en avvikelse eller ett misslyckande på behandlingshem (§27).

Många *kommer tillbaka* och är alltså redan kända och känner i sin tur personalen. Behandlingsassistenten vet hur klienten *brukar* bete sig och hur han *brukar* vilja ha det. Assistenten anpassar bemötandet efter klienten så långt det går inom gällande ramar. En känd klient som är arg är lättare att hantera än en arg okänd. Inte alla klienter är till exempel mottagliga för information i detta läge.

När det kommer en person som är *okänd* för behandlingsassistenten är sinnena på spänn och registrerar och tolkar allt som händer för att snabbt få en så korrekt uppfattning som möjligt om klienten. Assistenten får lov att använda såväl sitt medvetna som sitt omedvetna i denna process som handlar om signaler som inte medvetandet hinner registrera utan som bara uppfattas av assistentens kropp. Mötet kompliceras av att klienten ofta är påverkad, mer eller mindre, när han kommer till Hornö.

Min sagesman, Micke, har inte själv varit utsatt för hot om våld, men det finns personer som har fått ta emot smällar. Det finns våldsbenägna människor, det måste man ha klart för sig, säger han. Micke tränar självförsvar och en del av personalen på Hornö har fått sådan utbildning. Ska det vara någon glädje med en sådan måste man träna kontinuerligt. Micke talar om *human självförsvarsutbildning*. Kjell och Eila har gått en sådan kurs och tanken är att de ska vidareföra sina kunskaper.

Intaget, den *totala* avklädningen, duschandet och de *nya* kläderna är menar jag en rituell infogning i det nya samtidigt som det är ett utträde ur en tidigare verklighet. Sjukavdelningen blir en *time-out*, ett gränsområde, ett liminellt skede *mellan* det hårda utelivet och låsta avdelningen där motivationsarbetet börjar med en särskilt utsedd kontaktman, inre utredning och (utifrån kommande) krav på ekonomisk sanering och rättsliga förfaranden.

Det strukturarbete som idealt karakteriserar vistelsen på Hornö (en formbundenhet som tvingar klienten till ständiga val) har inte riktigt börjat på sjukavdelningen. Där är man fortfarande varken inne eller ute, varken *ute* i verkligheten eller *inne* i verkligheten utan just mitt emellan. Ibland går klienter på kvällen från Storgård upp till sjukan och klagar över något hälsoproblem. Ofta visar det sig att klienten helt enkelt vill komma in i den maximala tryggheten och sova där i lugn och ro.

En (rituellt) markerad övergång mellan sjukavdelning och låsta saknas för närvarande. Däremellan kan klienten glida mer eller mindre obemärkt, både fram och åter. Däremot finns en tydligare markering vid överflyttningen från låsta till öppna ("information").

På samma sätt som intaget till Hornö kan vara avgörande för utgången i det enskilda fallet är kontaktmannens första möte på tu man hand med klienten betydelsefullt. En sonderande kontakt kan tas redan efter en tid på sjukavdelningen, det första (arbets)mötet får vänta tills klienten lämnat sjukan.

Att skapa en fungerande relation det gör man ju egentligen med klienten vid det *första* kontaktmannasamtalet. Då brukar vi ofta sitta så här, just i det här rummet. Man försöker hitta sig själv, och klienten. Man får vara hemskt försiktig och bjuda på sig själv och kanske bara ... Samtalet får kanske bara vara en minut. Man får presentera sig själv och tala om vem man är och där försöka hitta nån slags känsla. Dom här människorna är ju ganska känsliga för andra människor, så att för det mesta går det bra, en slags start. Men det händer ju också att klienten tycker att ... Vad är det här för skit? (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

Primärt och sekundärt tvång

Tvång enligt brottsbalken har ett "helt annat syfte" än tvång enligt LVM (Proposition 1987/88: 147, s. 102). Upplevs tvång på skilda sätt av vårdtagaren beroende på samhällets *syfte* med tvånget? Troligen och kanske så att LVM-tvånget upplevs *mer* kränkande än ett fängelsestraff.

Ur såväl personalens som klientens synpunkt är LVM-domen ett *faktum*. Hornös anställda har ingen möjlighet att *ifrågasätta* domen och varnas i hemmets instruktioner för att inlåta sig på sådant. Ur klientens synvinkel är LVM-domen än mer ett faktum som just då inte går att ändra på. (Klienten kan ha överklagat domen.)

Personalen har att följa gällande instruktioner och vårdideologi för klientens behandling. De kan inte låta klienten löpa. Inte heller kan de hålla kvar klienten längre än lagen tillåter. LVM "tvingar" personalen att bete sig på ett visst sätt. Samtidigt ger lagen utrymme för institutionella initiativ gentemot klienten.

Klienten har en större frihet än personalen, i den uppkomna situationen. Han kan till exempel välja att avvika så fort som möjligt, genomlida vistelsen med minimal ansträngning och maximalt ointresse för självförändring eller att pröva det institutionen erbjuder. Att klienten omhändertagits *mot* sin vilja gör det sista alternativet mindre troligt, åtminstone den första tiden.

Om man ser missbruksvård som en parallell till barnuppfostran – med många viktiga skillnader – blir tvång *ett naturligt snarare än ett onaturligt* inslag.⁴⁶ Förhållandet mellan föräldrar och barn har det inslaget – en parallell till framför allt tvångsvården – att ett olydigt barn inte pytsas ut ur familjegemenskapen eller ens flyttas över till någon annan familj. Även det olydiga barnet och det barn som misslyckas med att acceptera föräldrarnas uppfostran *förblir i hemmet* vad som än sker.

Den som hotar, knarkar eller rymmer inom tvångsvården skrivs inte omedelbart ut så som sker inom frivillig vård utan LVM-hemmet *står i princip kvar*, med öppna om än något hårda armar, när klienten lugnat sig, nyktrat till, återbördats. Vistelsen fortsätter oftast som om inget hade hänt. (Det förekommer att besvärliga klienter omplaceras till ett annat LVM-hem.)

Det familjära tvånget – uppfostringssituationen – har kanske inte fungerat som det borde: med en för barnet konstruktiv kombination av kärlek och tvång. Balansen mellan tvång och kärlek gör tvånget möjligt att acceptera för barnet.

Det tvång som samhället anser sig behöva använda mot en del av sina vuxna medlemmar är ett underbetyg åt samhällets totala kulturella lösning. Det gäller allt sam-

hålleligt tvång inklusive det som föranletts av kriminalitet. Missbrukstvånget – reglerat i LVM och LVU – har tydligare än annat tvång sin orsak i en samhällelig brist. I existensen av LVM och LVU *erkänner* samhället denna brist.

Att samhället tillgriper tvång mot missbrukare är ett tecken på att samhället har brister i sitt system för rituellt markerad statusändring. Det befriar inte samhället från ansvar att bristen vid en hastig blick kan tyckas ligga hos en enskild familj i detta samhälle. Det egentliga ansvaret ligger hos *gruppen som helhet*. Att tvånget mot missbrukare har en grundläggande karaktär av uppfostran innebär att tvånget för att ha en mening måste uppvägas av *kärlek* och *ömsesidighet*. Samhällets erkännande av brist (LVM) måste motsvaras av en vilja till förändring, av samhället.

Den fostran som i det vuxna sammanhanget benämns vård eller behandling är svårare att åstadkomma än den fostran av barn och unga som är en reguljär förutsättning i ett tillitsfullt samhälle. Ett av problemen i LVM-vården är att tvånget måste balanseras med en kärlek som går *längre* än vad som (med gällande vårdideologi) kan förväntas av för ändamålet anställd personal. Det som krävs av en framgångsrik LVM-institution är, med andra ord, att den organiserar sig på ett sådant sätt att det samhälleliga tvång som institutionen har till uppgift att verkställa så kompenseras av kärlek att klienterna accepterar tvånget och låter sig påverkas till ett annat beteende *efter* tvånget.

Ibland förefaller personalen mer eller mindre medvetet *låtsas* att Hornö är ett frivilligt behandlingshem. Man "glömmer" att gå igenom rummen på jakt efter droger. Det händer att man "glömmer" att visitera den som kommer tillbaka från permission. Troligen är detta ett försök att om möjligt skapa tillit. Det är nämligen svårt att tänka sig en säkerhetsrutin som *inte* fungerar som en regelbunden påminnelse för klienterna att de faktiskt är inlåsta.

Att personalen försöker få dem att glömma den saken är förståeligt och förmodligen bra för båda parter. En rutin måste å andra sidan, om den ska bli effektiv, vara strikt och på hugget vilket medför att den uppmärksammas av klienterna. Effekten kan bli att deras avoghet förstärks. Det råder ingen enighet hos personalen om vilken linje som ska följas. Flera betonar att "vi får inte bli lurade".

Kanske kan principer för barnuppfostran vägleda. På det området är i bästa fall gränserna mycket tydliga utan att ständig kontroll utövas. Gränserna finns där i samma utsträckning som kärleken. Dessutom är gränserna töljbara i takt med att den uppväxande individen förmår att tänka själv och ta eget ansvar. Här finns kanske, särskilt i det vuxna sammanhanget, behov av att ta hjälp av ritualer som dels påminner om de regler som finns dels genom klienternas närvaro och tysta acceptering, binder till efterrättelse.

Det allt avgörande förhållandet mellan klienter och personal på Hornö hänger på *förtroende*, inte på vetenskaplig metod. Det tunga i personalens tillvaro är att bevisbördan hela tiden ligger på dem. De måste hela tiden värna klienternas bästa förutsättningar för att hysa förtroende för personalen.

Klienten är omhändertagen med stöd av en särskild tvångslag men det finns ett tvång med i bilden som varken klienter och personal talar om. Lagens tvång dominerar samtalet.

Det är väl så med det här tvånget: Jag är dömd till det här. Man gör lite motstånd, tycker det är fel, och då kan det vara lite svårt att gå personalen till mötes, för jag är ju här på tvång. (Dag, ansvarig, öppna)

Det andra tvånget gör sig gällande på sikt. Personalen måste ha tålmod. Efter en tid avtar klientens tal om omhändertagandets orättvisa. LVM kommer lite i skuggan. Det andra tvånget får klienten att sluta tala om det primära tvånget.

Jag tänker på det tvång som ligger i vanlig mänsklig responsivitet. Instinkten att fysiskt överleva, att få mat och sällskap och någonstans att sova tvingar klienten att i åtminstone någon utsträckning umgås med personalen. Det är personalens uppgift att behandla klienten positivt och tillmötesgående. Få klienter orkar i längden kämpa emot *den tvingande kraft som ligger i ett vänligt bemötande*.

Förr eller senare faller klienten till föga och reciprokerar på ett positivt sätt. I någon mening binder detta klienten även om det inte bestämmer hans fortsatta beteende (Miller 1994:288). Svensson skriver att den narkomana världen utmärks av en "socialitet utan solidaritet".

Man kan inte lita på någon. Var och en är sig själv närmast. Yttringar av kamratskap mellan narkomaner som möts i narkomanvärldarna beskrivs av grupplemmarna som främst betingade av ekonomiska överväganden. (1996:373)

För personalen på Hornö gäller att, genom sitt beteende, övertyga klienterna att solidaritet är möjlig mellan klienter och personal. Det är menar jag detta sekundära tvång som är mest betydelsefullt i Hornös behandlingsarbete. LVM är strängt taget en förevändning och en avledning för att samhället genom sina representanter ska få chansen att tvinga klienten att svara positivt på ett vänligt bemötande från samhällets (representanters) sida. Detta sekundära tvång är ett *socialt* och *kulturellt* tvång vars förutsättning här kanske är ett primärt *fysiskt* tvång.

När klienten kommer till Hornö är personalen angelägen om att det första mötet ska bli så positivt som möjligt. Klienten ska övertygas om att vistelsen på Hornö kan bli bättre än förväntat. Det sekundära tvånget sätts in tidigt.

Klienten förväntar sig att folk blir skiträdda och sticker och gömmer sig och att han kommer att hålla alla i ett järngrepp, och dom kommer att sitta som rädda ... Klienten väntar sig att han skrämmer livet ur folk eller att han blir nedslagen, nedbruten, uppträngd, larmet går, han släpas till isoleringen. Och då gäller det att agera nånstans mitt emellan där. Att både ha rätt att vara livrädd, vara människa. Det är ytterst sällan som det verkligen behövs att man bryter ned en person, utan man kan ta det mycket lugnare. Att fylla ut emellan de här två polerna, göra nånting nytt. (Bo, psykolog)

Den hygglighet som Hornö försöker pracka på klienten fungerar inte alltid och med ens. En naturlig responsivitet kan vara rubbad.

Jag blir så djävla störd av att ni är så hyggliga, så mesiga, så töntiga. Jag kan inte rikta min vrede mot er. Jag mår så djävla dåligt. Jag har sånt kaos i mitt liv, jag kommer direkt från ingenting och jag har ingen framtid, och va fan! jag tycker inte att det är så ... Varför är ni så gulliga? Det här är så paradoxalt. Jag står inte ut. Jag mår bara dåligt. Det här djävla LVMet ...⁴⁷

En balansgång. Hornöfamiljen måste kunna erbjuda både kärlek och gränser. Få familjer blir succéer. Det gäller snarast att baxa skutan i rätt riktning.

Det är som en farkost. Det finns folk i byssan. Det finns folk i maskin. Alla vet att vi ska till Oxelösund. Det är ingen eldare som står där nere i botten, förhoppningsvis, och tror att vi är på väg upp till Sundsvall, utan ... Fast alla är naturligtvis inte ... Va fan ska vi till Oxelösund å göra? Jo, men vi ska dit, det är *den resan* som vi gör. Vi har passagerare också, eller har vi passagerare? Jo, vi har folk som vi fraktar, som har uppgifter på olika sätt men på en annan nivå. Dom har städjobb och dom sköter nån trappa här och där. Jag blir nästan euforisk. Men det är en farkost ...⁴⁸

Det är en tvångsinstitution men jag bemöts med värme, respekt. Det är nåt paradoxalt. Det går inte att värja sig mot det här, utan ... Nånting smyger in innanför västen. Ett frö lägger sig därinne. Klienten är egentligen inte medveten om det utan ser fram emot att mucka. Och sen så sticker han ut. Och åker in till plattan och sen tar han heroin, och sen ... händer nånting ... Så inom dom finns en bild, finns känslor, finns Hornö. Den här jäkla tvångsinstitutionen finns som en motbild därinne, förhoppningsvis, i framtiden, och det här skapar en konflikt. Kanske för första gången i deras liv, men dom knarkar på, dom super och dom går ned sig, och dom rasar ihop som en hög och hamnar på avgiftning och dom blir avgiftade och då ... När dom kommer upp till ytan så kommer dom tillbaks till Hornö, känslomässigt. Det är inte bara ett tomrum, utan längtan, känslor. Dom tänker på kontaktmannen, dom tänker på Owes hårda nypor. Dom tänker på isoleringen, dom tänker på omvårdnaden dom fick. *Då* har nånting hänt, som kanske gör att dom pratar med socialsekreteraren. Jo men vi tänker ta LVM på dig. Ja, jo, jag vill till Hornö då. Så går det en vända till. Det här är ju en lång process.

Det sekundära tvånget – bemötandet – väcker kanske mer ångest hos klienten än det primära mer tydliga tvånget gör.

Det är *förvånande* att jag som är tvångsomhändertagen kan känna som jag gör. Det måste vara nåt fel på mig eftersom jag mår bra och trivs här. *Det är ju en tvångsinstitution. Jag får inte må bra, trivas, här, men eftersom han hör andra som säger att dom mår bra och trivs här, och som det ser ut i dag: Jag ser också folk som är frivilligt intagna här, så kanske jag måste lita på det jag känner, jag kanske kan släppa fram det, jag kanske kan följa det spåret eller så kanske just det faktum att det är nån påverkan som sker att jag gör allt för att värja mig mot det här. Att följa de här känslorna betyder att jag kommer ut på farlig mark. Här gäller det att sätta igång och bråka och dribbla. Det här väcker ångest. Jag spelar upp det här gamla. Jag är ju tvångsomhändertagen. Jag är ju kränkt. Jag är ju en gammal kåkfarare. Här ska djävlar i mig inte någon försöka förföra mig.*

De försök till omfostran som Hornö gör försvåras av den vanans makt som missbrukaren lutar sig mot för att förenkla sin tillvaro. Men det finns en kunskap inom missbrukaren, en beredskap till ett nytt liv, som Hornö försöker ta fast.

Jag tänker att dom *har* det här inom sig, dom *har* nånting speciellt, dom har blivit missbrukare just för att dom *är* sensibla. Dom är begåvade, dom repeterar nånting, och dom har upprepat nånting hela tiden. Deras livsstil är ett enda rop efter kärlek, gränser, stopp, efter att någon skulle ha gått in, tagit tag i dom. Och så går dom runt i det här och dom gnäller på soc och dom försätter sig i situationer, dom hamnar på kåken, dom blir tvångsomhändertagna, och dom kan kanalisera sitt missnöje, sin vrede in i det här, samtidigt som dom parallellt när den här gamla drömmen om att någon ska se dom, att någon ska förstå, att dom skulle kunna göra nånting. Men eftersom samhället ser ut som det gör ... Men när dom kommer in på Hornö så finns en helhet, finns en struktur, en form, ett innehåll, det finns en vardag, det finns muskler, det finns hjärta, det finns kärlek, det finns värme. Och när dom möts av det här så svarar dom, då kliver dom fram och tar av sig sin rock, i bästa fall ...

Om Hornö ska kunna fylla sin uppgift måste klienten våga visa sig sådan han är. Kanske vet han inte längre hurdan han egentligen är. Hornö har en möjlighet i sitt testförfarande att med näst intill övernaturlig agens (rorschachtestet) avslöja klienten, både för klienten själv och för Hornös personal. I Hornös formbundenhet, i möjligheten att "acceptera" med sin kropp utan att omedelbart behöva kompromettera sitt inre, finns en möjlighet för klienten att överskrida sin ambivalens.

Ambivalens i såväl psykologisk och sociologisk som kulturell mening finns i verksamheten på Hornö. Missbrukaren (ute) och klienten (inne) producerar ständigt ambivalens (Skoglund 1996). Omhändertagandet och den fortsatta vistelsen ger klienterna känslor av ambivalens. Att omhänderta klienten är ett ställningstagande från samhällets sida som bryter klientens ambivalens mellan drog och icke-drog. Det ger för en tid klienten tillfälle att uttrycka icke-ambivalens till LVM. Den resoluta ilska som klienten, särskilt på låsta, riktar mot samhällets "övergrepp" är uttryck för en åtrådd icke-ambivalens.

Efter ett hetsigt inledande skede när klienten exploaterar sin känsla av övertygelse vidtar ofta osäkerhet. Det initiala ursinnet (hos en del) borde resultera i avvikande så fort tillfälle ges. Men så sker inte. Ambivalensen uttrycks i stället i en negativ attityd till LVM, till Hornö, till personalen och kanske gentemot övriga klienter, allt medan klienten stannar kvar och "finner sig".

För personalen gäller det att ta fast det ambivalenta som vetter mot det socialt önskvärda. Trots den negativa hållning som är klientens medel mot impulsen att ge sig av måste personalen rikta sig till den sida hos klienten som vill stanna och vill förändring. Warren sa vid ett tillfälle att

P uppträder som om det inte fanns någon ambivalens men det finns det i alla. Det är någonting som P har givit upp. Heroin är effektivt mot lustsökande, det släcker absolut allt. Det vore djäv-

ligt kul om man kunde hitta vad han har lämnat. Det finns någonting han längtar efter, som är en stor konflikt för honom, men som han smiter undan genom drogen.

Ambivalensen finns förstås även hos personalen. En del av allt det sammanträdande som präglar arbetet på Hornö syftar till att hantera personalens ambivalens, gentemot klienterna, egna känslor, sättet att arbeta och så vidare.

Alkoholister, narkomaner

Personalen talar ibland om skillnaden mellan narkomaner och alkoholister. De senare framstår ibland som änglar jämförda med narkomaner. När det i början av februari 1997 kommer in två alkoholister kommenteras saken med att sjukan för ögonblicket har "två snälla etyliker". Det första mötet mellan klient och Hornö är mindre dramatiskt med en alkoholist än med en narkoman. Delvis är det fråga om klientens ålder.

Narkomanerna är unga medan alkoholisterna är lite äldre. Kanske beror skillnaden också på att narkomanerna för ett hårdare liv, måste skaffa mer pengar med ojustare metoder än alkoholister, som ofta klarar sig hyggligt på en flaska vin. För narkomanen gäller det att (åtminstone) stjäla och bedra.

Medan alkoholisten alltid delar med sig så gör inte narkomanen det utan behåller sin sil för sig själv. Alkoholisten låter flaskan gå runt. Alkoholister är tacksamma för vad personalen gör för dem, narkomanen ska bara "ha och ha" och visar ingen tacksamhet. För många narkomaner innebär omhändertagandet att de kommer in i ett slags (påtvungad) vila från ett ständigt slit med att skaffa pengar.

Alkoholisten är ärlig medan narkomanen är oärlig om han kommer åt. Här finns ämne till en diskussion om kulturella normer där alkoholen ännu lever gott på en lång alkoholisk tradition inom icke-missbrukarområdet. Narkomanin saknar denna tradition. Narkomaner får inget gratis genom drogen.⁴⁹ De får ingen icke-missbrukarskultur på köpet utan bara ren upplevelse utan (för samhället) acceptabel kontext.

Narkomaner har inget matskick. De äter "värre än svin". Gränsen är nådd när klienten spottar ut maten på tallriken och sedan äter den igen. Det klarar inte många ur personalen även om de flesta inte är kräkmagade. Det är inte möjligt i ett första skede bibringa narkomanerna bättre bordsskick. På sjukavdelningen, när klienten just kommit till Hornö, är man nöjd om klienten får något i sig alls. Narkomaner är vana att äta när det finns mat och då så snabbt som möjligt. Bordsskick har det inte funnits rum för.

Heroinisterna är den största gruppen på Hornö, kanske upp mot 75 procent. Amfetaministerna är relativt få, kanske beroende på att de inte så lätt får LVM. Amfetamin leder inte sällan till heroin och det är i det skedet som LVM kan bli aktuell.⁵⁰

Personalen försöker hålla sig neutralt positiv till alla klienter, till alla typer av missbrukare. Inofficiellt kan de medge att vissa typer är mindre populära. Särskilt

illa tycker man om den *manipulativa* sorten som ofta är verbalt begåvad och inte sällan har haft en viss ställning i samhället. De är socialt begåvade och till en början kan personalen tycka att det är bra. Det är skönt att ha att göra med en person som är social och trevlig. Men så småningom visar sig det manipulativa draget, inte sällan förenat med ett slags förakt för de anställda.

Klienternas kritik

Klienterna har inte något formaliserat inflytande över verksamheten på Hornö. En anledning är att de finns på Hornö en kort tid och (officiellt) vill därifrån så fort som möjligt. LVM-klienterna saknar egen organisation. Det finns emellertid representativa möjligheter, till exempel genom att en representant för något riksförbund skulle kunna delta i planering av schemaändringar och liknande.

Ett argument för att inte ha klienter i beslutande organ är att "Vi vet ju vad dom tycker ändå" (Dag). Det finns en (naturlig) motsättning mellan deltagarinflytande och tvångsvård. Viktigast är menar jag att tvångsvården har karaktären av ritual. En ritual förfelas omedelbart om några av deltagarna formerar sig till en "organisation" i syfte att med andra medel *påverka* resten.

Klienterna är inte maktlösa mot institutionen Hornö. De har till exempel privilegiet att genom mer eller mindre utstuderade metoder i lönnedom ta in narkotika eller alkohol på området, de kan vägra att samarbeta i utredning och test och de kan sabotera grupp- och kontaktmannasamtal.⁵¹ De kan rymma om de finner förhållandena outhärdliga.

Efter en schemaändring på öppna – färre antal kontaktmän – noterade ledningen att ändringen följdes av att nästan ingen rymde. Det togs som tecken på att klienterna godkänt ändringen.

Det förekommer att klienterna ger bestämda uttryck åt sina preferenser och kanske säger att "till den avdelningen flyttar jag inte så länge X jobbar där". Sådana markeringar går inte obemärkta förbi. Direkt tillfrågade är klienternas allmänna kritik mot LVM förödande.

Kränkande. Det är mycket inom LVM-vården som är kränkande och som är regelvidrigt. Jag får inte ha mina egna identitetshandlingar, jag får inte ha mitt eget bankomatkort, ha hand om min egen ekonomi alltså, utan det portioneras ut 500 spänn i veckan, och då har jag alltså sjuk-kassa, jag är sjukskriven. Det är ju detsamma som omyndigförklarande, och det undrar jag om det är riktigt rätt, att det får gå till på det viset. (Klienten B)

Det är viktigt att klienterna har möjligheten att klaga på den allmänna behandlingen och att de då kan vända sig till någon slags neutral "domare" som är kompetent att avgöra saken (Laurs et al. 1990). Det är för mig ännu oklart hur Hornö har löst denna fråga.

Klienterna är medvetna om och själva oroade av att vistelsen på ett LVM-hem kan medföra en förstärkt missbrukaridentitet och till och med en kriminell identifikation. Risken att LVM blir motor i en ond cirkel betonas.

Det blir ett LVM, sen kommer du ut, och du själv har blivit djävligt passiviserad, så vad du gjorde innan va ... Det är svårt att resa sig upp va, och då sätter antingen polisen eller sociala myndigheter ett nytt LVM på dej, och sen kommer du ut och är *ännu* mer passiviserad. Det finns folk som jag har träffat som har haft 25 LVM, det är bara en ond djävla cirkel va, ingenting som främjar den personliga utvecklingen, det är det inte ... (Klienten B)

Den onda cirkel som kan uppstå är (ytterligare) ett tecken på att samhället brister i sitt efteransvar, sin skyldighet att låta *tvånget* mot klienten resultera i ett *förändrat* samhälle, som kan bereda klienten en ny plats, en verklig chans.

Den kritik mot LVM som personalen får höra från klienterna hänförs ibland till det gruppträck klienten utsätts för på en institution.

Jag skulle nog vilja påstå att de flesta av dom som kommer in är ganska tacksamma för att dom hamnar på exempelvis Hornö. Men det är ingenting som man direkt kan uttrycka inför klientgruppen. Många lever ju här ett bra liv, ett ganska lyxigt liv egentligen, mot vad dom kan göra ute, i sitt beroende. Somrarna här är ju ljuvliga. Dom lever ju bra, och får mycket uppställning. (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

Uppfattningen att klienternas kritik är löst grundad stärks av att deras faktiska beteende (till Hornös formbundenhet) ofta talar ett annat språk än kritikens.

Jag tycker ändå under mina år här att man har fått mycket morötter från klienter. Det har gått bra för många och man får en bra uppskattning. Jag menar, skulle det här vara allenarådande, den här inställningen alltså, att LVM är skit och vi som jobbar här vi är också skit ungefär, då skulle ju arbetsplatsen se helt annorlunda ut. Då skulle vi ha mycket mycket problem, med våld och folk som skulle vara i affekt för det mesta. Men så är det ju inte. Den största delen av dygnets timmar är det ju bra.

5 Tänkt förlopp

Personalen talar om *fyraveckorsregeln* som innebär att man bör vara högst fyra veckor på de låsta delarna, sjukavdelningen (en vecka) respektive låsta avdelningen (tre veckor). Därefter vidtar den öppna fasen av LVM-vården då utredningen avslutas och planering påbörjas för klientens vidare färd i (den externa) vårdkedjan.

En tidsstruktur är reglerad i lagen – hur länge vistelsen maximalt får vara och när slussning till frivilliga alternativ bör provas. Det finns också en tidsstruktur som inte är lagreglerad utan bestämd av institutionsledningen med hänsyn till Hornös arbetsätt och klientens individuella utveckling.

Att flytta från låsta till öppna avdelningen kallas för att *flytta ned*, troligen därför att öppna avdelningen (Storgård) ligger lite lägre än låsta (Nygård) som ligger högst. När Nilla frågar Dag vad han ”har med sig däruppfifrån” menar hon från *utredningsmötet* på låsta avdelningen där Dag deltar i egenskap av ansvarig för öppna. På nivån mitt emellan ligger Gammelgård där psykologerna huserar och hobbyutrymmen och sammanträdesrum finns, bland annat.

Den som *flyttar över* flyttar från sjukan till låsta eller möjligen i motsatt riktning. Här finns ingen nivåskillnad eftersom de båda avdelningarna finns på samma plan i ett gemensamt hus skilda åt med ett par bastanta dörrar. Mitt emellan med öppning åt sjukavdelningen ligger en isoleringscell.

Det finns ett slags *metabolism* på Hornö. Det som framför allt ger institutionen ny *energi* är de (helt) nya som kommer och där chansen ännu finns att (redan den första) vistelsen ska bli framgångsrik. I slutet av februari (1997) blickar Eila upp mot tavlan i låstas trånga personal- och sammanträdesrum där namnen finns på klienter och tillhörande kontaktmän:

Det är tunt på tavlan ... bara nygamla.

Det finns inte lika mycket energi för verksamheten i en klient som kommer tillbaka efter en misslyckad §27-placering eller en rymning som i en klient som är okänd på Hornö. Metabolismen på Hornö är inte lika tydlig som hos LP-stiftelsen (Johansson 1997b) med dess markanta omvändelsefenomen.

Det metaboliska och processuella i LVM-vården appellerar menar jag till en rituell tolkning. Någoting märkvärdigt förväntas ske med klienten, en förändring som har en annan karaktär än den på ett sjukhus eller ett vilohem.

Socialtjänsten kan flytta en klient direkt från låsta avdelningen till ett familjehem eller ett frivilligt behandlingshem. Och det händer att en klient kommer till Hornö för utredning trots att socialtjänsten redan har bestämt till vilken institution han ska

sändas. Sådana initiativ stör Hornös arbetsmodell (dess metabolism). På Hornö undrar man då varför en utredning alls ska göras eftersom den ska reda ut *vilken* behandlingsform som klienten passar för och mest behöver.

Klienter som kommer till Hornö efter att ha omhändertagits enligt §13 (omedelbart omhändertagande) kan försvinna lika snabbt som de kommit om socialnämnden beslutar att inte gå vidare med omhändertagandet. Avvikelse från det vanliga (metaboliska) förloppet påverkar Hornös arbete negativt. LVM månar dock inte i första hand om en smidig rytm i LVM-hemmet.

Den första tiden av LVMet är *överklagandet* en osäkerhetsfaktor. Hornö försöker komma igång med utredningen medan klienten förhåller sig passiv och hänvisar till att han överklagat. Det är en naturlig reaktion hos klienten att överklaga, i alla lägen.

Det finns dock klienter som drar tillbaka sitt överklagande när de förstår att om besväret gillas så riskerar de att stå utan hjälp. Socialsekreteraren kan tänkas säga att om du överklagar och får rätt så har jag ingen möjlighet att få nämnden att hjälpa dig. Klienten kan då avstå från möjligheten/risken att få rätt.⁵²

Det rättsliga förfarandet, domen och tiden för överklagande, fungerar som en *anpassningstid* för klienten. Han når hoppet att allt är ett misstag samtidigt som bilden inom honom trots allt kanske klarnar. Eller är förfarandet det halmstrå som sänkar det nödvändiga insiktsarbetet?

Om domstolen dömer klienten till frihetsstraff enligt brottsbalken så ligger LVMet och väntar och tar vid när fängelsevistelsen är klar. Det finns förmodligen fler missbrukare omhändertagna inom kriminalvården än inom LVM-vården. Personalen på Hornö anser att det ofta finns knark i fängelserna vilket gör den vården dålig för missbrukare. Förtvivlan är stor när det ibland visar sig att knarket trängt in även på Hornö.

Flytta ned

Nedflyttningar bestäms en gång per vecka, på onsdagarnas behandlingskonferenser. De flyttningar som bestäms då effektueras följande måndag. Ingen flyttas en fredag med tanke på låg personaltäthet över lördag och söndag.

Läget på Storgård kan vara sådant att många samtidiga nedflyttningar inte är möjliga. Arbetsbördan kan bli för stor och i det läget kan man vädja till låsta respektive sjukan att vänta med nedflyttning några dagar. Om klienterna anser att det finns plats på Storgård men ingen trots det får flytta ned tycker de att personalen tjuvhåller dom på Nygård. Någon prioriteringslista för nedflyttning till öppna går inte att göra. Allt beror på den faktiska situationen.

Möjligheten för en klient att knyta an till någon på Storgård påverkas av flera faktorer. Det kan vara ett problem att det för ögonblicket är "lite folk" på Storgård. Med få klienter blir det visserligen mer tid per klient för kontaktmännen men för klienterna blir det sämre för att det blir svårare att finna en lämplig kompis. För det är

ändå med kompisar som klienten tillbringar mest tid och det är med dem han talar mest.

Det händer att låsta tycker sig känna ett motstånd, från såväl ledning som klienter på öppna, mot att en viss klient ska komma ned. Orsaken kan vara klientens personlighet. Om det till exempel är känt att klienten visat självmordsbenägenhet uppstår det lätt ett vakuum kring honom som kan vara svårt att handskas med för såväl medklienter som personal.

Klienterna har inflytande över om de ska *flytta ned* eller inte. Om någon säger, "Jag kommer att dra", så tvekar personalen. Den egentliga anledningen kan förstås vara att klienten lyckats få in droger och går på lågbruk (duttar) och skulle bli avslöjad av det obligatoriska urinprovet vid nedflyttning.

Även klienterna har synpunkter på hur snabbt de ska passera genom vårdproceduren. "De tror att det innebär en fördröjning att flytta till låsta och öppna innan de får åka" (Lena). Klienterna kan tänkas motsätta sig en vidareflyttning för att de tror att de på det sättet snabbare kan komma till frivillig vård, vilket är ett misstag. Den som snabbt vill lämna Hornö för friare vårdformer bör nog följa personalens rekommendationer.

Det är inte ovanligt att höra sjukans eller låstas personal säga att en klient "inte vill flytta över till låsta/öppna avdelningen". Klienten finner efterhand trygghet i den avdelning där han befinner sig och tvekar att stega in i något okänt. Kanske binder han sig till någon – en kontaktman – som han litar på och inte gärna vill byta.

När han flyttar och alltså tvingas byta kontaktman blir det ofta så att han längre fram inte tycks *kännas vid* den kontakt som var så viktig på den gamla avdelningen. Det kan vara en besvikelse, för kontaktmannen, att inte längre betyda något särskilt för sin förre klient. Klienten kan tänkas notera att han blivit sviken, även på Hornö.

Våren 1997 företas en ovanlig åtgärd i samband med att E ska flytta från låsta till öppna. E har flyttat ned förut men inte stannat mer än några timmar. Han har haft svårt för att knyta an och har föredragit att avvika. I ett nytt försök sker en form av *inskolning*. Hans kontaktman på låsta följer E till Storgård de första dagarna, stannar, snackar, fikar. Det hör till saken att klienterna retas lite med E för den omedelbara rymningens skull, men några försöker ta sig an honom. Om inskolningen misslyckas finns möjligheten att planera Es fortsatta vård direkt från låsta.

Redan när klienterna är aktuella för flyttning från sjukhus till låsta går den första informationen om klienterna, deras bakgrund och allmänna personlighet, till personalen på öppna. Redan här kan man börja fundera över vem som passar som kontaktman. Kontaktman på låsta utses så snart situationen klarnat på sjukavdelningen. "Gullan skulle passa som kontaktman för A", "Bengt har ingen klient för närvarande så han lär få H", "Tommy slutar ju snart så det är ingen idé att han tar någon ny". En någorlunda jämn fördelning på tillgängliga kontaktmän har lika stor betydelse som att personligheter ska passa ihop.

I praktiken bestämmer klienten själv om och när han ska flytta ned till öppna, för-

utsatt att personalen på låsta tycker det är dags. Klienten kan inte flytta om inte personalen tycker det är dags men då är det fråga om någon veckas förskjutning. Att *vågra* att flytta ned är däremot en av de få friheter som klienten har på Hornö. Det är inte konstigt om klienten utnyttjar den möjligheten. Att komma ned till Storgård och till den öppna delen av Hornö kan upplevas på olika sätt.

En del tycker väl det är skönt att komma hit ned. Det är lite större här. Dom kan gå ut på ett annat sätt, fiska, bada. En del tycker tvärtom att det är för stort, och Var är personalen? På låsta, om man går ut i dagrummet så finns det nån där jämt. Och klienten tycker om det. Här får dom klara sig lite mer själva. Så en del tycker inte alls att det är bra, utan saknar ... Och en del blir ju kvar däruppe också. (Dag, ansvarig, öppna)

Det att klienten på ett visst stadium *vill* eller *inte* vill flytta innehåller, misstänker personalen, en suspekt (okänd) biavsikt som gör att man ibland motarbetar klienten tills allt känns rätt.

Dom som inte vill (till öppna) försöker man motivera att de ska flytta ned. Och sen en del som då *vill* flytta ned, dom motar man i stället, för det är för tidigt. De kommer att sticka. De håller på och strular där uppe, följer inga rutiner. Nej, du måste göra det innan du får flytta ned! Så det ser olika ut där också. Inga mallar passar alla. Det är det som är intressant också. Till var och en efter hans behov. Rätt sak vid rätt tillfälle. Det är ju det som är det svåra. När dom är mogna för att ta ett steg då ska man vara beredd.

På Hornö liksom inom andra behandlingsformer blir behandlarens ambitioner lätt för stora för klienten (Johansson 1997b). Behandlaren tenderar att *dra iväg* med klienten. Fenomenet kan vara ett exempel på vad Håkan Jenner talar om som "skenbar samsyn" (1992:148). Behandlingspersonalen tolkar lätt in mer i klientens respons än vad det just då finns anledning till.

Den klient som kommer på andra "varvet" eller tredje, kanske efter en misslyckad §27-placering, får räkna med längre tid på låsta än första gången. Det finns förstås klienter som låsta avdelningen helst inte vill ha tillbaka när de en gång lyckats slussa dem vidare. Returer är dock inte ovanliga och personalen tvingas gång efter annan acceptera att även bråkstakarna kommer tillbaka. De när hoppet om att något trots allt har skett, att klienten ändrat sitt beteende.

De flesta "repriserna" är kända för sjukavdelning och låsta och även om deras återkomst inte direkt välkomnas – det vore en skymf mot klienten – så ser man dem gärna igen eftersom man tycker sig känna dem. Den klient som kommer i retur kan bli kvar längre än nödvändigt på låsta helt enkelt därför att nya klienter (som ännu inte misslyckats) anses ha förtur till nedflyttning.

En klient kan komma att *gå för länge* på låsta avdelningen. I början av februari anses det ha hänt med G och riskerar att hända även med E. Att vara länge på låsta innebär

att man hinner etablera relationer där med både personal och klienter i liknande situation. Ju mer etablerad man blir på låsta desto mer främmande framstår den öppna delen och desto svårare blir det att bryta upp och gå vidare.

Syftet med låsta är att lugna klienten under den första tidens rymningsbenägenhet samtidigt som utredningen påbörjas och helst avancerar. Men ju längre tiden går desto kortare blir den period som återstår av LVMet och klienten kanske kommer fram till att han lika gärna kan stanna på låsta tiden ut.

Många faktorer spelar in för vistelsens längd på låsta. Fastare regler för när det är dags att flytta till öppna – för att undvika en stark bindning till låsta – strider mot behovet av flexibilitet och hänsyn till individ och situation. Personalen på låsta håller kanske, mer eller mindre medvetet, kvar en klient som man antligen börjat "få håll på".

Problemet är inte enkelt eftersom det anses vara en förutsättning för ett lyckat resultat att klienten verkligen knyter an till en eller flera på låsta. En relation till personalen är förutsättningen för en bra utredning. En möjlighet är kanske att man på något sätt *redan på låsta* får lära känna personalen på öppna.

"Information"

Klockan 10 (23/1 1997) är det dags för *information*. Sådan äger rum innan en klient ska *flytta ned* från låsta till öppna avdelningen. I det här fallet går det till så att Lena, K och jag (Lena har frågat K om jag får vara med) går ned till Storgård där Dag tar emot. Han har ett litet ärende så vi tar kaffe och väntar. Snart tar Dag emot och vi går in på hans rum.

Det blir först tal om vad som hänt på morgonen. Dag: Vad håller ni på med däruppe? K låtsas inte veta vilket han gjorde även när någon i dagrummet frågade. Han hade inte varit vaken. Lena säger att "både ambulans och helikopter ..." Insatsens storlek avgörs av sjukhuset beroende på hur dramatiskt larmet verkar vara. Lena: "Bra, vi har gjort vad vi kan."

Dag påminner om den 23/12 då K kom till Hornö. En månad sedan. K följer alltså fyraveckorsregeln. Hur har månaden varit? K: Inte roligt att vara instängd men ganska bra ändå. Han vill hem och börja jobba. Dag påminner honom om att det fanns en anledning till att han kom hit. Jo, visst. Jag har väl aldrig varit nykter så länge. Till skillnad från vistelsen på Värnäs så har han här inte haft en tanke på sprit. Lena säger att det kanske berodde på att där kunde du gå när du ville. Så är det inte här.

K kommenterar sin vistelse på Värnäs. Talet om högre makter var främmande för honom. Och det var svårt att sitta 15–20 stycken i grupp. K tror att han hade klarat sig utan LVM även den här gången.

Dag säger att du var omtumlad, det var jul och allting. K säger att det värsta var Kalle Anka, att missa det. Han har sagt vid ett tidigare tillfälle att familjen hade väl inte haft någon större glädje av honom när han kryper omkring där alldeles stupfull.

Han tycker det verkar som om han gjort något mycket värre, slagit ihjäl någon. Socialsekreteraren ville bara ha honom till Hornö, sen bryr hon sig inte. Han vill ha en §27:a och tycks mena att han därmed får komma hem och börja jobba. Socialsekreteraren tycks inte veta särskilt mycket om vad LVM är, säger han. Hon frågade till exempel på telefon *hur många timmars terapi* han får per vecka. Här får jag ingen terapi! Sin kontaktman har han talat med en halvtimme under de veckor han varit här.

Fast jag har ju dig Lena, säger han. Dag fyller på med att han väl också haft kontakt med psykologen och att den delen inte är slutförd. Dag frågar om han haft någon tidigare kontakt med missbruksvård, förutom den frivilliga tiden på Vårnäs. Nej säger han först men drar sig till minnes att han varit på avgiftning på psyket tre dagar. Det hela började gå över styr för – han tvekar länge – fem år sedan. Det var då han började med starksprit, tidigare var det öl och vin. Han är 47 år.

På tisdag har K ett besök inbokad. Det handlar om hans deklaration, han har ett litet företag. Besöket kommer att äga rum på Storgård, eftersom han ska flytta ned dit på måndag.

Dag efterfrågar Ks tidsplan? Att komma hem så fort som möjligt, svarar han. Helst i dag. Företaget! Skilsmässan! Mycket står på spel. Och det djävligaste: Sociala blir man aldrig av med efter detta. Dag undrar vem som initierade LVMet? Hans bror och syster. De ångrar sig nu när de förstår var han hamnat, att han sitter bakom lås och bom. De gråter, säger han, kan inte förstå vad som hänt. De visste inte vad detta var. Om de hade vetat ...

Dag medger att det handlar om relativt kraftfulla åtgärder. K tycker att det är alltför kraftfullt. Rättegången till exempel där han inte ens fick krama om sin fru utan att vakter gick emellan, för att hon inte skulle stoppa på honom någonting. Dag medger att det kan förefalla bryskt men reglerna gäller lika för alla. Man kan inte ringa hem, säger K.

Dag försöker få K inse att han behöver lite längre tid, att han inte bör forcera sin vistelse här utan ge den en chans, när han nu ändå hamnat här. Ta gärna lite mer tid än du har tänkt, säger Dag. Risken är annars att du misslyckas.

K återkommer till att han inte gör någon *nytta* på Hornö. Han vill hem och jobba och kan möjligen tänka sig en psykologkontakt i öppen vård. Dag försöker återföra honom till verkligheten. Nu är du här! Här nere är det lite mer fritt. Vår främsta uppgift är att hitta ett hem åt dig. Det kommer att ta lite tid. Dag försöker lugna ned K, få honom att inse att mycket står på spel, bland annat äktenskapet. Frun vägrar absolut att komma hit och vill inte heller att han kommer hem på besök med eskort. Hon skulle inte tycka om det här stället och dess personal.

K känner sig dömd för framtiden. Pengarna rasar ut eftersom frun måste leja för minsta sak. Sociala frågar inte efter hur det går, bryr sig inte om att hans ekonomi rasar i botten. Socialsekreteraren kunde väl ändå ringa och höra sig för hur det går, säger han. Ta lite kontakt i stället för att vara spydig. Dag säger att om några år vet

vi om detta var vad som behövdes, om det kanske kommer ut något gott av det hela.

K har ingen förståelse för hur grabbarna betar sig på låsta. Slänger koppar omkring sig! Det är som på dagis, säger han. Han förstår inte narkomanerna, kan inte prata med dem. Men han och R brukar gå ut och gå. K säger att killarna på låsta inte pratar om framtiden och om arbete. Djävligt synd, säger han, att de så totalt har gett upp.

Men hos K finns ibland tanken att han kanske skulle börja den här svängen på allvar eftersom nu samhället slagit till. Supa till när han kommer ut så att de får ta hand om honom igen, på allvar. Att fortsätta kosta pengar som straff för vad samhället gjort honom. Men han slår bort de tankarna.

Dag säger att det där har han hört många gånger men att det snarare är så att samhället satsar stort *nu* därför att det ännu finns möjligheter till bättring. K hör inte på det örat och säger att man undrar vad *jag* gör här när man tänker på dom hemma i X-köping som *verkligen* skulle behöva vara här.

K ska alltså flytta ned på måndag. Anders och Nilla är kontaktmän på öppna så han får alltså en ny kontaktman. Det gör kanske inget eftersom K haft så liten kontakt med den förra. Dag är behjälplig där det behövs. Han säger att det är rätt mycket folk här nere nu. Flera är här frivilligt och det råder en ganska god stämning för tillfället. En del har bara spritproblem, tillägger Dag. Lena säger sig tro att den värsta biten är gjord. K undrar och Lena tillägger "av LVMet, menar jag".

Dag medger att det även på Storgård är "lite av dagis".⁵³ Men här får man i alla fall ringa utan att personalen lyssnar. Man får vara ute längst en timme för att personalen ska veta att man inte har rymt. Det brukar sägas att klienten inte bör gå inåt stan till, mot Vallby eller Lillkyrka, utan till höger vid korset, mot vattnet.

Målsättningen är att öppna ska hållas drogfrött, så urinprov tas slumpmässigt en gång per vecka. Det händer att vi glömmet det, säger Dag. När det sen blir aktuellt så undrar klienterna, Vad nu då? Bättre då med en jämn men slumpmässig kontroll.

Frukost serveras i pentryt kl 7.30. Morgonsamling, innegrupp, utegrupp. K har redan bestämt sig för utegruppen. Håkan, arbetsledare, har tagit kontakt. Alla städar sitt rum plus ett bestämt utrymme utanför det egna reviret. För allas trevnad. När 14 grabbar dväljs på samma ställe krävs det viss ordning. Stormöte en gång per vecka, onsdagar kl 13. Till stan och spela bowling varannan vecka. Man har till och med varit inne i Stockholm på Cosmonova. Gruppsamtal, ingen terapi, betonar Dag. (Jag frågar senare psykologen Bo om detta och tanken är att man inte ska tala om terapi för det har klienterna fått nog av.) Lunch och middag i matsalen, mellanmål i pentryt.

Har K någon medicin? Bara att sova på. Vaken halv fem av gammal vana. Sin dag-medicin hämtar varje klient vid sjukan, nattmedicinen⁵⁴ kommer ned. (Det har inte riktigt fungerat på sistone.) Ett hobbyrum är öppet vissa dagar. K tvivlar på att det kommer att bli aktuellt för honom. Om man vill får man kvittera ut nyckel till sitt rum, så att man kan låsa om sig. Man kan låna skridskor och isdubbar.

K påminner om att han har överklagat domen till kammarrätten. Dag och Lena kommenterar inte det. Det får visa sig hur det går med den saken.

Dag säger att vi räknar med att klienterna tar mer ansvar här nere. Rent allmänt är det mer liberalt här än på låsta. Om det händer något stramar vi åt lite. I varje rum finns utrymningsvägar angivna. Samling vid en sten i parken för kontroll att ingen blir kvar i lågorna. Det gamla huset kommer att brinna ordentligt om olyckan skulle vara framme. Man får inte röka på rummet, men brännhåll i lakan vittnar om att förbudet inte efterlevs. Dag säger att vi försökte införa rökförbud i dagrummen men det fick vi slopa eftersom det hade negativa sociala effekter. Folk försvann när de ville röka och det vill de för det mesta. (Det kan man se på låsta, där klienterna finns i dagrummet relativt korta stunder, så långa stunder som de förmår utan att röka. Så samtalen där blir inte långa. Rätt snart tar rökbegäret överhand.)

För klienten är det en (liten) nystart att flytta ned. Även här är den första kontakten viktig, som när klienten först kommer till Hornö eller först kommer till sin §27-placering.

Frivilliga

Hornö var tidigare ett frivilligt behandlingshem med bland annat en psykodynamisk inriktning. Personalen ser i många fall med gillande att den tidens *anda* dröjer sig kvar.

Nåt som gör att Hornö fungerar så bra tror jag och det kanske är för att jag *vill* tro det, det är att det finns folk kvar här ifrån frivilligtiden som lite grand sätter sin prägel på hur man arbetar och hur man tänker. (Lena, ansvarig, låsta)

Några av Hornös anställda är alltså kvar sedan Hornö var ett frivilligt behandlingshem. De har möjligen sin själ kvar inom frivillig vård, påverkar kanske tvångsvården i frivillig riktning, men ser nödvändigheten av både och.

Vi behöver ju bägge bitarna. Jag tycker det. För det finns ju en stor grupp människor som man inte kan nå med frivillig vård. Man måste rycka dom från gatan, helt enkelt, för att kunna nå dom. Och den gruppen är ju till stor del de som går på heroin. Förlorarna är väl nästan alkoholisterna i vårt samhälle. Dom är ju bara färre och färre ... när det gäller att få pengar och vårda dom. Men dom här missbrukarna ... att man rycker tag i dom, det tror jag är nödvändigt. (Tommy, behandlingsassistent, låsta)

De frivilligt intagna finns alltså kvar på Hornö. Att vara på Hornö som "solsexa" syftar på §6 i socialtjänstlagen (SoL), det vill säga frivillig vård på socialtjänstens bekostnad, och är kanske inte *helt* frivilligt.

Socialtjänsten ställer kravet: nu är du i den situationen att jag har ett underlag för ett LVM på dig men ... så kan du gå in frivilligt. Socialtjänsten slipper ta till LVM och klienten blir på något sätt delaktig. När dom kommer tillbaks är dom redan utredda. Dom vet att vi känner

dom. Dom vet att vi vet vilka styrkor, vilka svagheter ... (de har). Så kommer allt i ett annat läge. (Owe, institutionschef)

Många av SoL 6:orna har tidigare varit på Hornö som LVMare. Klienten återvänder till något redan bekant.

Det finns människor runt om som man vet ungefär hur dom gör. Det finns ett system som man känner igen, där man känner sig trygg. Och det är det man kommer tillbaks till. Och det betyder ju att man startar från den här nivån i stället för att starta från botten.

Kravet på ständigt hög beläggning anses ha medfört större tolerans mot klienter som är på Hornö frivilligt. Om en SoL 6:a visade sig ha knarkat på Hornö blev det tidigare respass även om klienten erkände och ångrade sig. Våren 1997 är situationen en annan.

En djävulsk förändring även av vår verklighet. Den ser sån ut att vi måste bredda den grupp vi tar in. Vi måste köra till döddagar. Om klienten är ärlig och vill fortsätta då ställer vi upp. Men ingen permission. De (SoL 6:orna) ska inte kunna straffa ut sig. Finns det substans att jobba med så fortsätter vi.

Frågan om permission har blivit aktuell genom SoL 6:orna. Erfarenheten visar att de frivilliga klarar sig bäst om de följer den rutin som gäller för reguljära LVMare. Alla SoL 6:or har tidigare varit tvångsomhändertagna och kanske är det just den proceduren de söker.⁵⁵

Frivilliga klienter på Hornö ser ut som en paradox. Är det inte olämpligt att blanda dessa kategorier av till synes motiverade och omotiverade? Tanken kan uppstå att de motiverade kan kontamineras av en negativ ickemotivation. Men kanske ligger det omvända närmare till hands.

De frivilligt intagna finns på en (för dem) öppen avdelning. De har sin frihet att knalla iväg när de vill även om de skulle befinna sig på en låst avdelning. Att som tvångsintagen bli varse att det finns klienter som frivilligt vistas på Hornö, och att träffa dem, måste konfundera. Hur är det möjligt att någon är frivilligt där jag tvingas vara? Har den frivillige hunnit längre än jag själv och kommit till en annan insikt?

På personalens morgonmöte den 6/3 1997 talas om en SoL 6:a som omhändertagits på §13 (men alltså ändå kommit som frivilligt intagen). Problemet är att han inte vill vara kvar längre trots att han bara varit en dag på Hornö. Bengt: "Det var för trångt och stökigt igår" (kroppsvsitation på låsta).⁵⁶ Alla tror att han snart är tillbaka.

Det ligger nära tillhands att de frivilliga i någon mån minskar de övrigas rymningslust. Att klienter vistas frivilligt på Hornö tyder på att jag som tvångsintagen knappast behöver rymma på grund av dålig behandling.

Den som varit omhändertagen på Hornö kan således tänkas komma tillbaka mer eller mindre frivilligt. Personalen på Hornö vill gärna tro att klientens frivilliga återkomst är ett tecken på att han ändå "fick någonting" under LVM-tiden där.

Vad klienten borde

Hornö propagerar inte för att klienterna (i rehabiliteringssyfte) ska engagera sig i någonting särskilt. Om klienten mot förmodan skulle kräva besked om vad han egentligen *borde göra* med sitt liv så blir svaret både försiktigt och realistiskt.

Man måste försöka prata med dom om att dom måste fylla sin tid med något annat än droger. Ofta har dom här killarna ingen fritidssysselsättning och dom har knappt jobbat. Dom kan ju bara en sak, det är att jaga pengar och köpa droger. Sen så måste man försöka, ja, dom är lite rädda för att leva svenssonliv, dom tycker ofta att det är tråkigt och då får man ju använda sig lite av sig själv, tycker jag, beskriva att svenssonliv behöver ju inte vara tråkigt, det finns ju massor att göra, speciellt för dom som inte har upplevt så mycket. (Göril, kontaktman)

Det finns väl inget generellt där heller. Det här svenssonlivet som dom brukar tycka är torftigt. Om man kommer in i den diskussionen kan man ju argumentera för att det är inte så trist ändå. Det har sina ... Man kan göra *mycket* som inte är så stort och häftigt och så där. Man kan gå på bio, man kan läsa böcker, man kan gå på Skansen, man kan umgås. Och sen kanske inte dom tycker det låter så roligt, men det är ju inte så roligt för dom heller ... att jaga knark. Det är väl gemenskap dom behöver, på olika sätt. Många kraschade familjer. En del har ju sina barn och familjer, men har man inte det så ... Ja, idrott är det ju en del som är intresserade av, men visst ... Det finns ju inte det där, som i kyrkan där det finns allt. (Dag, ansvarig, öppna)

Allt finns kanske inte heller i kyrkan men möjligen, om man vill ha det, den extra hjälp som kan behövas för att orka ställa om från knarkarliv till svenssonliv.

Under omställningstiden kan man ju alltid erbjuda behandlingshem, som ju oftast krävs. Och jag brukar argumentera för att det är inte trist att vara där utan det är innehållsrikt och det händer mycket och man gör kul grejer. Man får mycket normala upplevelser, såna där som man kan prata om i framtiden. Om man nu får nåt jobb så kan det vara brist på samtalsämnen, kan man kanske under den tiden ha varit i fjällen, något man kan berätta om, och lite sånt. Plus avancerade behandlingshem. Dom följer ju upp och har utsluss och eftervård och allt det där, i övergången. För det är alltid svårt att komma från behandlingshemmet, för då är man ju så van vid att ha folk omkring sig. Folkhögskolor, nya vänner, gemenskap, fritidsintressen som dom ofta lagt ned.

Det är Hornös uppgift att övertala klienten att utnyttja behandlingshemmets möjligheter. Men de mer traditionella hemmen, med långsamt tempo, sysselsättningsmöjligheter och social samvaro, finns knappt längre. Ingen vill längre betala vad det kostar.

Vart ska det här leda, efter 20 års knarkande? Det är självklart att dom tvekar inför att göra något åt det. För dom ser ju alla gamla bekanta. Det liv man *kan* det ska man bara slänga över bord och börja något helt nytt, okänt, där man är helt vilsen, och alltid på efterkälken.

Det är alltså en stor sak att en och annan klient trotsar omständigheterna, trotsar samhällets ovilja till *egen* förändring, och satsar på att bryta den onda cirkeln.

Nu ska jag försöka å bryta den här cirkeln, för att jag är djävligt less på det, och försöka ta mig till en tolvstegsbehandling eller nånting, men, jag är inte helt säker på ... Det är ju inte den behandlingsform jag ska ha. Man sitter i nån djävla rävsax. Jag ska försöka att ta eget ansvar, men det är som jag säger, det uppmuntrar inte till eget ansvar, det är en möjliggörare för fortsatt missbruk, hela LVM-vården, som den är tillämpad i dag. (Klienten B)

6 Hälsovården

Den första specialindikationen för LVMs tillämpning – allvarlig fara för klientens fysiska och psykiska hälsa – markerar hälsovårdens och sjukavdelningens betydelse på Hornö. Att så snabbt som möjligt återupprätta klientens *fysiska* hälsa är grunden för allt fortsatt motivations- och behandlingsarbete. Denna grund läggs under de inledande dagar, kanske en vecka, som klienten finns på sjuken. Att förbättra klientens *psykiska* hälsa kräver längre tid och blir ett kontinuerligt uppdrag för samtliga avdelningar, under klientens hela tid på Hornö. Sjukavdelningen är troligen den del av Hornö som klienterna oavsett motivation finner mest nyttig.

Förutsättningen för Hornös arbete är att även *de anställdas* fysiska och psykiska hälsa uppmärksammas. Ansvarig för *personalens* hälsovård är Hälsohuset i Enköping. Där finns en personalkonsulent som man kan vända sig till. En sjuksköterska och en sjukgymnast besöker Hornö den 2/4 1997. Det händer att de sjuksköterskor och läkare som finns på Hornö i förbifarten blir konsulterade även av personal.

Ibland ordnas föreläsningar på Hornö med relevans för hälsoläget. Den 5/3 1997 till exempel föreläste regionens smittskyddsläkare. Han åtföljdes av en av sina sjuksystrar från narkotikasektionen i Uppsala (samordningsenhet för stadsdelsnämnderna), av en polisman som är regional kontaktman för narkotikafrågor i Uppsala län samt av ytterligare en polis under utbildning.

Smittskyddsläkaren var på Hornö senast 1991. Anledningen nu är en smärre epidemi av Hepatit A (ett 30-tal fall i Uppsala län). Följande är ett referat från föreläsningen. Det blir inledningsvis en liten sidodiskussion om fria sprutor. Polisen är starkt emot med motiveringen att åtgärden inte har någon som helst effekt. Smittskyddsläkaren är mer ambivalent.³⁷

Han börjar med att översiktligt konstatera att *hivepidemin* inte blev vad man befärade ännu så sent som 1991. Det finns ett 70-tal hivbärare i Uppsala. Hepatit finns i flera varianter. Alla har samma symptom, illamående, matleda, trötthet, gulhet, klåda, diarré, urin som portvin. A överförs via avföring till mat, till mun. B och C via blod (och sex), E via avföring. Vaccin finns som ger skydd i 20–30 år, åtminstone för hepatit A.

De flesta narkomaner har eller har haft hepatit C. För att smittspridningen ska hindras säger läkaren att *kök är till för kökspersonalen* inte för andra. Judith och Siv tittar menande på varandra och säger att "det finns pentryn". Personalen äter tillsammans med klienterna (frukost och fika) och det finns en risk med ost till exempel. Man tar i osten när man ska skära en skiva.

Den våg som nu föreligger av hepatit A bland narkomaner befaras komma av orent knark, till exempel att någon förvarat knark i kondomer som stoppats upp i

ändtarmen och kanske gått sönder. Innehållet har sedan blandats med annat för att få bort lukten. Siv frågar om "en blommande hepatit A ska ha egen toalett", men det visar sig att smittspridningen är störst på ett så tidigt stadium att man ännu inte hunnit konstatera sjukdomen.

Den obligatoriska vägen för klienten på Hornö är intaget–sjukavdelningen–låsta–öppna. Den som rymmer och förs tillbaka måste åter vandra samma väg. Klienter som kommer åter efter permission kan, om så bedöms nödvändigt, tas in på intaget för att visiteras. Det sker inte alltid utan beror på erfarenheter av den klienten. Under våren 1997 visar det sig emellertid att knark troligen kommit in genom att en per-mittent sluppit visitation.

Eftersom klienten alltid först kommer till sjukavdelningen (intaget) så är det sjukan som först vet vem som är på ingående och när. Det är viktigt att all information sprids till alla avdelningar i god tid. Det gäller att vara så välinformerad att inte klienterna kan luras.

Att få tillbaka klienter som varit på rymmen behöver inte vara ett problem, åtminstone inte för sjukavdelningen eller låsta. Det kan bero på att klienten i regel inte rymt därifrån. I stället anser personalen att klienterna "litar på oss" och menar att "vi känner dom".

På sjukavdelningen finns officiellt fyra platser men man kan ta in minst sex klienter (1997) (hösten 1998 sker en kraftig utbyggnad av sjukavdelningens kapacitet). Tidvis har man haft upp till åtta eller nio inskrivna. Ideal beläggning i förhållande till Hornös struktur är fyra i genomsnitt.

Det finns flexibilitet mellan sjukan och låsta så om folk behöver komma och någon skulle kunna flytta över kan man skynda på förloppet så att plats uppstår. En viss överkapacitet måste finnas eftersom droger och alkohol kan komma in på en avdelning och orsaka att kanske fem, sex klienter samtidigt måste återföras till intaget och sjukavdelningen.

På sjukan finns fyra sjuksköterskor, två på förmiddags- och två på kvällspasset (till kl 24). Behovet av sjuksköterska dygnet runt utreds (1997) av Socialstyrelsen. Behandlingsassistenten på sjukavdelningen är allt i allo. Han sköter intag och transporter och han antecknar och tar hand om klientens tillhörigheter.

Klienternas inställning till sjuk- och hälsovård varierar men vissa saker är obligatoriska för den som kommer till Hornö.

En del är hypokondriker och vill att man ska pyssla med dom helst varje dag, och andra åt andra hållet. Men vi har ju vissa inkomstprover och det är leverprover, hiv och vita och sänka, natrium och kalium. Vätskebalansen är ju rubbad på alla alkoholister och därför så har vi vichyvatten eller sån typ som dom får dricka när dom är här så de kommer ifatt. Och det är ju populärt, även bland narkomaner, att dricka, att det finns dricka att tillgå. Det är ett led i behand-

lingen. Det är ju natrium och kalium blandat i det som det ska vara. Förhållandet ska vara gott. (Judith, ansvarig, sjukan)

Sjukavdelningen på Hornö svarar för en grundtrygghet när det gäller klienternas hälsa. Men isoleringen från ett större sjukvårdssammanhang känns ibland besvärande för personalen.

Det har varit liksom kämpigt hela tiden. Det skiljer sig ju så kolossalt från den somatiska vården där man har professorn, överläkaren och docenten och underläkare och alla som självklart finns där. En annan trygghet.

Några särskilda riktlinjer från SiS finns inte för sjukvård vid LVM-hem. De litar på oss, säger Judith.

Jag har gått på hudkliniken på Akademiska i 15 år. Det har jag haft mycket nytta av och tjänat in många resor för Hornö, till hudkliniken. Vi får tid mycket snabbare genom mina kontakter. De intagna vill ju att allt ska ske så där (knäpper med fingrarna) på ögonblicket. Det gäller att man har lite livserfarenhet.

Sjukavdelningen fungerar, genom sin civila och relativt slutna prägel, som en refug för klienternas små och stora, verkliga eller inbillade krämpor och problem. Kanske är det skönt även för den övriga personalen att då och då skicka iväg klienten till "sjukan".

Är det nån som får ett getingstick på sommaren, eller någon skadar sig ... Dom rusar hit. För det *minsta* så skickar dom upp dom hit. Man kan ju sitta ned och prata med dom, det är ju mycket sänt vi har fått göra. Sitta ned på intaget och prata med dom. De sitter och är förtvivlade. (Judith, ansvarig, sjukavdelningen)

Uttrycket *stand by* är betecknande för ett vanligt läge hos personalen på sjukavdelningen på Hornö. Det kan vara lugnt ena stunden för att i nästa sekund vara fullt uppror på grund av en nyanländ stökig person eller för att någon redan intagen går i taket. När man iakttar personalen i ett ostört skede kan det förefalla som om de "tar det lugnt". Men antagligen har de mycket nära till "fullt pådrag" Man kan tänka sig att en dylik *stand by* kräver ett avsevärt mått av energi. Att ständigt vara beredd är något annat än att vara ledig eller för den delen fullt verksam.

Sjukavdelningen känner sig lite styvmoderligt behandlad på Hornö. Kanske upplever sig sjukan – representant för den medicinska vetenskapen – som något av en gisslan hos en i viss mån "främmande makt", nämligen de social- och beteendevetenskapliga disciplinerna.

Vi skulle behöva en bastu, för avgiftning. Det skulle ju vara ypperligt, med en bastu, så dom finge svettas ut skiten så att säga. Men det har dom på andra sidan (låsta) men den får vi inte utnyttja. Vi har kämpat. Då

kommer dom att träffas. Men vi kan ju ha våra tider och dom sina. Så dom har bastu. Dom har mycket större rastgård. Vi har en liten smal äcklig tarm som vi inte ens kan sitta i, här på gaveln. Ett läskigt litet elände som jag har varit så ledsen för. Och så får dom åka till Lillkyrka på fysträning två dar i veckan. Dom har ju *nånting* att erbjuda. OK dom har många, men dom är ju gångbara, dom går ju själva, och de får ju ha sina egna kläder och allt sånt där. Här får dom ju bara ha våra kläder. (Judith, ansvarig, sjukavdelningen)

Kanske glöms sjukavdelningen lätt bort eftersom klienten är där under ganska kort tid och då i ett relativt uselt tillstånd och inte så mycket att räkna med.

Det händer att sjukavdelningen blir både första och sista instans på Hornö för klienten. T som varit där fyra månader och i mitten av januari åker direkt därifrån till ett behandlingshem kommer in på expeditionen. Margareta, undersköterska: "Jag måste krama om dig som varit här så länge." T gör en lite tafatt gest som ändå liknar en kram vänder sig om och säger "Fy fan va skönt!" Margareta: "Att komma iväg till Husinge?" T: "Att komma härifrån, fy fan va skönt!" Han säger det ganska tyst. Kanske en sista markering av ett självhåvdelsebehov. Han har varit på Husinge tidigare men de har inte kunnat ta emot honom och han har inte varit i skick.

Det händer att klienter försöker dröja sig kvar på sjukavdelningen eller på låsta "av ren tjurighet". De menar att om socialtjänsten sett till att de fått en LVM-dom så ska de "banne mig" vara inlåsta. Den inställningen går att förstå.

Att institutionen redan efter några veckor förefaller "låtsas" att klienten faktiskt är på Hornö frivilligt kan upplevas som ett bedrägeri, som ett försök att skyla över en orättfärdig handling och ett felaktigt beslut. Att gå med på att gå vidare till en annan avdelning än man först placerats på, trots att man är omhändertagen med tvång, kan kännas som att ofrivilligt "erkänna" något som man inte anser sig vara skyldig till. Dit syftar givetvis arrangemanget med en "öppen" avdelning.

Att klienterna har svårt med det sociala livet visar sig även på Hornö. En klient kan vilja ha kontaktmannens sällskap enbart för att knalla upp till läkarmottagningen. Om kontaktmannen vägrar, kanske i uppfostrande syfte, vänder sig klienten till en annan klient.

- Ska du gå med mig till sjukan?
- Vänta, jag ska röka först!

Det förekommer att klienter på öppna avdelningen nattetid känner sig ensamma och övergivna och säger sig vara sjuka i avsikt att få komma till sjukan och den mer ombonade tillvaron där, åtminstone över natten. Om det finns plats och läget är lugnt tycks sådana framstötter kunna beviljas.

Sjukvården

Klienterna på öppna avdelningen har särskilda medicintider när de kan hämta vad de behöver på sjukan. Medicinen måste givetvis hämtas personligen. Det vore en döds-

synd att låta en klient ta med sig en annan klients medicin. Då och då ringer porttelefonen. Någon klient nere ifrån Storgård vill ha sin medicin. Judith är kanske inte på plats men Micke fixar det. Han vet vad de ska ha, plockar fram det ut ett kassaskåp och går ut till dörren med medicinen.

Medicinutdelningen på ett LVM-hem är en delikat uppgift. En särskild lista finns över personal som har kompetens att dela ut ordinerad medicin. Det grundläggande är att den som delar ut vet att det är rätt medicin till rätt person och, lika viktigt, att vederbörande är *i tillräckligt bra kondition* för att just då ta medicinen ifråga.

Ett ord som ofta hörs på Hornö i samband med klienter och medicin är benso, bensodiazepiner.⁵⁸ Bensodiazepiner används inte på Hornö eftersom det är mediciner som klienterna ofta knaprat på ute och alltså "missbrukat". Det är en "evig" diskussion med klienterna om att de vill ha men inte får "sina mediciner" som dom "får ute". Det är mediciner som en del läkare frikostigt skriver ut men även en del LVM-hem har "benso" i sin medicinarsenal.

Benso, det är alla såna här mediciner som klienten "mår bra" av. Dom knaprar som dom säger. Receptbelagda. Men det finns många måndagsexemplar även bland läkare som säljer/skriver ut under bordet, det är så simpelt så man vill inte ... (Judith, ansvarig, sjukavdelningen)

Hornö tillhandahåller inte bensodiazepiner. För nedtrappning (avgiftning) följer sjukavdelningen scheman för att lindra klientens plågor i samband med abstinensen. Medicineringen pågår ofta när klienten efter cirka en vecka flyttar till låsta avdelningen och kanske även när han går vidare ned till öppna.⁵⁹

Många klienter har tandproblem. När klienten åtgärdat en ond tand gör sig nästa påmind. Så håller det på för en del. T, äldre alkoholist, har just varit hos tandläkaren. Det gick bra, säger han. Den kvinnliga tandläkaren var skicklig. T fick bedövning men dessutom lustgas. Det funkade. "Man lugnar ned sig", säger han. "Bryr sig inte." Bredvid honom sitter M som omedelbart säger: "Som att ta en braja då." "Ja visst!" De fick sy i munnen på honom men det var inga problem. Han tänker äta lunch och lurar på att gå och jobba en stund. Fast med lustgasen var det så att tandläkaren sa att han egentligen borde ta det lugnt och "trappa ned". Åhörarna skrattar.

Det är inte ovanligt att klienterna på Hornö har en eller flera misslyckade metadonbehandlingar bakom sig. Genom sidomissbruk har de för tillfället förverkat rätten till metadon men det hindrar inte klienten från att få göra nya försök. Att få metadon tar ett par månader. Det handlar i någon mening om att *kvalificera sig* för metadon. Under våren 1997 undrar flera på Hornö om det plötsligt blivit lättare att få metadon. Kan det bero på de dåliga tiderna?

Hornö har av och till klienter som bär på hiv. Men hiv är ingen stor fråga på Hornö. Huruvida klienten testas för hiv beror på när han testade sig senast och om det finns särskilda skäl till test.

De flesta vill då bli testade men väldigt många är stickrädda för dom har dåliga kärl som dom har stuckit sönder och så har de väl dåliga erfarenheter av en del personal också. Vi tar ställning beroende på när dom testade sig senast, och när man var ute och strulade, man delade verktyg eller man hade nån sexuell förbindelse med nån som man inte vet ... Det bör vara tre månader sedan ... om man ska få ett resultat som man kan lita på. Men många vill. Vill du sticka mig för jag har delat med den och den? Och en del säger, som sagt, o nej, jag vill inte bli stucken. Och en del vill inte ens ha reda på om dom är smittade. Det är rätt individuellt. Så är det med det.⁶⁰

Under hösten 1998 införde Hornö möjligheten för klienterna att få avslappningsmassage. Verksamheten pågår på försök under ett år. Med en stationering på sjukavdelningen markerar ledningen att denna nyhet i första hand syftar till att minska klienternas behov av lugnande medicin. Resultatet hoppas man ska bli en lugnare klient med ökad motivation till personlig förändring.

En medvetenhet om det komplicerade och oförutsägbara sambandet mellan muskelspänning och minne⁶¹ medför att verksamheten måste introduceras med försiktighet.

Läkaren på Hornö är psykiater. Antalet läkartimmar per vecka är 12. Här som annorstädes väger läkarord tungt för såväl klienter som personal. Förutsättningen för läkarens arbete är att kontaktman och andra kommunicerar hur klienten mår och vad de tycker bör göras. Läkaren har inte möjlighet att under den korta tid han träffar klienten avgöra om det klienten begär är rätt och riktigt ur behandlingssynpunkt. Det förekommer att personalen tycker att läkaren är för eftergiven mot klienten men också att läkaren i vissa fall anses vara restriktiv. Behovet av att minska medicinbehovet hos klienten måste ställas mot risken att klienten avviker om han inte får den medicin han vill ha. En klient kan säga: *Plockar du bort dom pillrena så går jag.*

Läkarens bild av klienten måste alltså kompletteras med kontaktmannens bild. Expertis kommer mer till sin rätt ju mer kunskap som kan läggas till grund för åtgärd. Läkaren är medicinsvarig på Hornö och det beror på läkaren vad sjuksköterskorna kan göra på egen hand. Nedtrappning sker efter i förväg utarbetade listor. Även åtgärder enligt lista måste i efterhand godkännas av läkaren.

Läkaren på Hornö befattar sig inte med intyg för sjukbidrag eller förtidspension vilket kan förefalla märkligt med tanke på att läkaren efter en tid har bättre medicinsk kunskap om klienten än någon annan.

Den som vägrar ge urinprov får ingen medicin. Motivet är att man måste veta vad klienten eventuellt har tagit för att veta vilken medicin som kan ges. Om klienten ser ut att må bra är det förstås ingen risk att neka medicin.

Urinprov tas på alla klienter som lämnar Hornö, för gott eller för \$27-vård, ”så vi vet vad vi skickar iväg”. Om klienten kommer till sin destination i påverkat skick ska Hornö veta att han var ”ren” när han for. Hornö har en egen apparat för testning

av droger i urin. Ibland talar man om *kalla urinprover* vilket innebär att urinprovet antagligen är taget före det att eventuell drog har intagits.

Blodprov på drogmissbrukare har sina problem. Klienterna är dels stickrädda och dels förväntar sig kroppen en kick av sticket, men kicken uteblir. Det blir en konstig reaktion, ett slags "misfit" mellan stick och upplevelse. Margareta på sjukan berättar att P en gång blev alldeles utom sig när han såg en heroininjicering på TV. Han blev inte hotfull mot personalen men "klättrade på väggarna".

Det enda lagliga syftet med ett urinprov är att påvisa *drogfrihet* hos klienten. Att ett prov visar att klienten tagit droger får inte användas *mot* klienten annat än till exempel permission eller överflyttning till öppen avdelning kan bli fördröjd. Om personalen ser att klienten uppenbart är påtänd behöver inget urinprov tas för att konstatera den saken. Det ska tas enbart för att påvisa att klienten är "ren".

Att vägra lämna urinprov oavsett man har anledning eller inte (om man drogat eller ej) framstår som ett av de få sätt som klienterna har att protestera mot tvånget. "Pissvägran" kan medföra att man inte får flytta ned till öppna avdelningen, men ibland tycks möjligheten till protest vara värd priset. Men det beror lite på vem som begär urinprov. När institutionschefen vid ett tillfälle framställer provet som *en självklarhet* bryter plötsligt några protesten och går direkt och pinkar.

Klienter som får utgångsförbud för vägrat urinprov uppfattar förbudet som ett straff. Enligt institutionsledningen är det fel sätt att formulera saken. Ingen kan tvingas till urinprov och man kan inte heller utdöma straff för den som vägrar. Den som inte vill lämna urinprov tvingar däremot institutionen att hålla klienten innanför väggarna tills man säkert kan konstatera att han är opåverkad. Grundförutsättningen är då att personalen misstänker eller konstaterat droger på avdelningen.

Grundregeln är drogfrihet. Om droger konstateras kan en klient lämna urinprov för att visa att han inte är delaktig. Gör han inte det måste institutionen ha honom under observation några dagar. När man konstaterat att klienten inte drogat släpps utgångsförbudet. För klienten ligger det nära till att se utgångsförbudet som ett resultat av vägran att lämna urinprov.

Vägran att lämna urinprov är som sagt en möjlighet till konkret protest. Man kan undra om den möjligheten är bra eller dålig. Är det bra att kravet på urinprov finns så att klienterna har en form av protest, eller borde man eliminera klienternas protestmöjlighet? Kanske borde man införa *ytterligare moment* där klienten skulle ha möjlighet att vägra för att på det sättet i någon mån underlätta deras möjlighet att upprätthålla sin integritet och skapa förutsättningar för balans i utbytet mellan vårdare och klienter. Än viktigare skulle vara att – genom att vidga Hornös formbundenhet – ge klienterna fler tillfällen att välja, att reducera sin ambivalens.

Hälsovården

Klienterna på Hornö väcks en första gång kl 8. Ofta får de väckas igen eftersom många har sena vanor. Klienterna försöker ibland sova bort tiden. Nattpersonalen på

låsta och sjukan har sällskap av klienterna till långt fram på småtimmarna. Tiden går kanske fortare för alla på det sättet men det blir svårt för dagpersonalen att få upp klienterna till morgonsamlingen.

Hornö gör inga särskilda ansträngningar för att klienterna ska äta ordentligt. De får i vardagslag hålla tillgodo med det som bjuds. Frukost, lunch och middag, jämte mellanmål. Narkomanerna sägs ofta klaga på maten: "Vad är det här för skit?" De håller med om att protesten gäller situationen. Att ogilla maten uttrycker missnöje med läget. Inför helgerna görs "extrabeställningar", ett slags lördagsgodis.

Det kan vara räksmörgås, vårrullar, tacos. På sommaren är det väldigt ofta grillmat ute i rastgården. Karrekotletter eller något. (Lena, ansvarig, låsta)

Efter några dagars regnande i slutet av februari 1997 tränger lera in i vattentäkten och vattnet blir lite grumligt. Klienterna blir oroliga och vågar inte dricka trots försäkringar om att vattnet är ofarligt. Den avdelningsansvarige på öppna kommenterar: "När de är ute knarkar de och far illa, äter vad som helst och dricker, men här vågar de inte dricka lite grumligt vatten!"

Mycket på Hornö ger tanken att klienterna förmår *leva i flera verkligheter* och att de kan skilja dessa verkligheter åt. De behärskar i stora drag de regler som gäller inom respektive verklighet och kanske går verksamheten på Hornö ut på att försöka få klienterna att överge den verklighet (livsstil) som stör det omgivande samhället och som är skadlig för deras hälsa.⁶²

Klienter som gärna jobbar med kroppen väljer utegruppen. Traktorer, gräsklippare, växthus, verkstad, skogshuggning med mera håller utegruppen sysselsatt och i fysisk trim. Vissa år produceras cirka 100 kubikmeter ved som säljs till personalen och deras vänner. Ersättningen, 115 kr per kubikmeter, går till Hornös allmänna budget.

Håkan, arbetsledare: Hej grabbar, hur är läget?

T: Joo ...

Håkan: Jag fick inga bowlingbanor till i morgon, det är upptaget för tävlingar. Går det bra på måndag eftermiddag?

M: Jag ska titta efter i almanackan ...

Man måste visa sig duktig för att få följa med utegruppen på bowlingresa. Den som visat sig ointresserad blir inte aktuell för bowling. Resorna in till Enköping är en form av belöning. Någon dag före resan (fredagar) brukar Håkan, som ansvarar för utegruppen, snacka med den kille som befinner sig i riskzonen och betona att om han ska följa med så gäller det att visa lite intresse. Det brukar aldrig vara något snack om det, säger han. Den som inte ställer upp är medveten om att någon belöning inte är aktuell. Håkan får stöd från de andra killarna som inte heller gillar att

den som inte ställt upp utan vidare ska belönas. "Grabbarna avgör vem som ska med."

En gång i veckan får klienterna till idrottshallen i Lillkyrka för fysisk träning. Man spelar volleyboll, innebandy eller badminton. Den som vägrat urinprov får inte följa med. I februari 1997 ordnas en skidresa. Tre anställda och åtta klienter får plats. Flera klienter är inte aktuella på grund av sjukhusbesök, tandläkarbesök och rättegångar. Det förekommer att klienterna på öppna avdelningen far till en ridskola och rider på islandshästar. På helgerna ordnas tipspromenad, bingo, femkamp med mera.

Flera klienter passar på att träna och bygga upp sin kropp under vistelsen på Hornö. De solar i solariet och ser efter en tid ut som nyss hemkomna från soliga stränder. Ibland låter de en rymning med vidhängande strapatser förta det de byggt upp.

Eila berättar om P som tjatade om att han ville ut och springa. Själv hade hon inte lust just då men tog sin bil och körde till korset med P springande framför. Vid Storgård stannade han för att prata med M. Eila vevade ned rutan: *Spring för helvete!*

Klienterna röker friskt på Hornö. De får inte röka på sina rum och på låsta inte heller i vardagsrummet utan bara i speciella rökrum. Personalen försöker hålla ned tobaksbruket genom att till exempel kräva rökfritt på stormötena men risken finns att en klient uteblir därför att han hellre vill röka. Förstapriset i helgernas femkamp är ett paket cigaretter.

Man kan få intrycket att klienternas sexuella behov inte är något problem på Hornö. En av behandlingsassistenterna betecknade dock frågan som närmast "tabu".⁶³ Problemet är möjligen så pass besvärligt och stort att ingen vill tala om det (Hagman och Ståhl 1997). Frågan har blivit mer aktuell sedan besök blivit tillåtna på Hornö. Någon formell bestämmelse som förbjuder sexuella handlingar mellan klient och besökare finns inte men i praktiken är det förhindrat genom att besöken inte får ske på klienternas privata rum utan i ett särskilt besöksrum (låsta avdelningen) eller i utrymmen som är tillgängliga för alla (öppna avdelningen).

Ett problem med ett öppet medgivande och underlättande av sexuella handlingar mellan klient och besökare är risken för att dylika situationer utnyttjas för överföring av droger till klienten. Hornös personal har inte rätt att utföra inre besiktning av klienter vilket de flesta anser vara en bra bestämmelse.

Heroinet har fyllt funktionen hos en kärleksrelation och sexlusten vaknar när klienten blir av med heroinet i kroppen. Ur klienternas synvinkel är bestämmelser om besöksrum för sex bara en tidsfråga. Risken för överföring av STD betecknade en klient som ett svepskäl.

Problemet med "kärlek på institution" har behandlats relativt utförligt i nr 6/1996 av SiStone, institutionsstyrelsens tidning.

Det är anmärkningsvärt att klienten *kan* vara drogfri på Hornö. En och annan miss-

lyckas visserligen och avviker för att vila från abstinensen men de flesta uthärdar i drogfrihet och ser ut att må bra. De repar sig från förgiftningen och börjar planera sin framtid. Hur är detta möjligt?⁶⁴

Den totala miljön på Hornö kan sägas representera ett samhälle sådant det *borde* vara, ett samhälle som tar hänsyn till individens förmåga, som tar individens problem och begränsningar på allvar, som ser individen, som erbjuder ett långsamt och mänskligt tempo, som erbjuder mat, vård, trygghet och gemenskap, åtminstone i en omfattning som överträffar det som möter klienten utanför Hornö.

Att klienter förvärrar sin situation *efter* genomgången LVM-tid – ibland sker överdoseringar kort efter frigivningen – kan menar jag inte skyllas på den omhändertagande samhällsmodell som LVM-vården försöker vara. Snarare beror problemet på den chock klienten får när han upptäcker hur samhället förhåller sig till honom *utanför* Hornö.⁶⁵

En förhöjd dödlighet bland nyligen utskrivna LVM-klienter är ett uselt betyg åt det samhälle som – enligt passageritens regler – har att ta emot initianden i en ny status och till ett ”nytt” samhälle, ett som inte ser likadant ut för klienten som det gjorde när klienten skildes från det.

Hobbyn

Hobbylokalen ligger i Gammelgårds övervåning. Det är varmt däruppe och fönstret ned mot Mälaren är öppet. Enligt Nilla går det inte att stänga av elementen. När jag kommer är P, T och H där. H håller på att avsluta ett bälte av läder, P har gjort ett ställ för tipskuponger för sjukan respektive låsta som han går iväg med. Efter en stund kommer han tillbaka med ett fat nybakade kanelnäckor. Även jag får en trots att jag inte gjort mig förtjänt.

T bläddrar i en bok och frågar efter ben. Han vill göra något i ben. P beställer fram äggkoppar som kan köpas färdigsvavade av trä och som han tänker måla. Han är som vanligt mycket aktiv och avslutar det hela med att göra ytterligare ett bälte (han har tidigare gjort 14) samtidigt som han instruerar en ung kille som är där på *introduktion* för att eventuellt bli timvikarie.

I lokalen finns ett stort arbetsbord, en eldriven drejskiva, en ugn och diverse skåp med verktyg. Ett särskilt rum för material. Där hänger en tavla i akvarell som föreställer Gammelgård. Nilla berättar om konstnären, en ”liten finne” som var utlärare konstnär och som producerade en hel del under sin tid på Hornö. Inne i hobbylokalen hänger teckningar och en del tavlor gjorda av klienter som Nilla minns. Några finns inte längre, säger hon.

Hobbylokalen är öppen tisdag och fredag eftermiddag, från halv två till halv fyra. Nilla håller i hobbyarbetet. Tisdagar och fredagar ägnar hon således förmiddagarna åt kontaktmannaskapet och eftermiddagarna åt hobbylokalen. Det finns inte telefon i lokalen och Nilla säger att det är skönt att vara ifred men samtidigt inte bra ifall någon verkligen skulle behöva få tag i henne.

W kommer på besök. Han är lite skäggig men verkar annars vara i hyfsad form. Han ska ut och promenera men ska först hämta medicin, säger han. Nilla säger att han *inte* ska hämta medicin nu utan hålla sig till de fasta medicintiderna. Han saggar emot och sneddar upp mot sjukan för ett försök. Han har nyligen flyttat ned till Storgård och vill att Nilla ska följa med på promenad.

Nilla frågar om jag inte ska prata med killarna (kvinnorna talar om "killar", männen oftare om "pojkar"). Jag svävar lite på målet men säger att det ska jag fast jag har skjutit på det. Du ska prata med W, säger hon. Han är civilekonom.

När Nilla berättar för mig om de konstnärer vars alster hänger i hobbylokalen och om att inte alla längre finns, kommenterar P trots att han egentligen ser ut att hålla på med annat. Nilla säger, att "det var inte meningen att du skulle höra. Om man verkligen vill att du ska höra något, då hör du inte ...". P säger på tal om att påbörja något större projekt i hobbyväg att han ju bara har en månad kvar. Nilla säger att "jag som har hoppats att du ska bli kvar." P: "Med lön då?" Nilla: "Nej, jag hade hoppats att du skulle bli kvar som SoL 6:a". P: "Neej, jag har ju jobb ute om jag vill."

Scenen visar att samvaron i hobbylokalen inte är någon time-out-plats där man inte får tala om det som är viktigt. Nilla är tillmötesgående. Hon blir inte irriterad. Hon uppträder i den meningen "professionellt" och inte som "gnällig morsa". Hon håller det hela på en nivå som går att hårda ut. Klienterna får som de vill men under ett visst lågt motstånd som inte tillåts vara så tydligt att de har något som helst skäl att bli irriterade. Även hobbyarbetet administreras med allvar och närvaro.

Enköpings bibliotek servar Hornö med litteratur. En bokbuss svänger regelbundet upp på Hornös gårdsplan.

Rent praktiskt går det till så att dom kommer alltid mitt i lunchen och dom kommer på en onsdag och då brukar jag ta upp det här ett par dagar innan och fråga om det är någon som är ute efter nåt speciellt för då kan man faktiskt ringa in och beställa om den boken finns. När bussen kommer så har vi samlat ihop dom böcker som finns här och så bär vi ut dom och dom klienter som vill följa med följer med. Det där har egentligen aldrig varit nåt problem utan det är två, kanske tre killar som vill med ut och dom kan följa med ut och sen så plockar dom. (Lena, ansvarig, låsta)

Det finns ett litet bibliotek på Storgård. Hornö köpte böckerna från Kydingeholm, ett nu nedlagt frivilligt behandlingshem ägt av Stockholms stad.

