



LUND UNIVERSITY

LVM-vård av narkomaner

Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten

Nilsson, Kerstin; Tops, Dolf

1994

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Nilsson, K., & Tops, D. (1994). *LVM-vård av narkomaner: Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten*. (3 uppl.) (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1994, Nr. 3), (Research Reports in Social Work; Vol. 1994, Nr. 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

**MEDDELANDE
FRÅN
SOCIALHÖG-
SKOLAN**

**LVM - VÅRD AV
NARKOMANER**

*Rapport från Avgiftningsenheten
i Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna
och resultaten*

Kerstin Nilsson och Dolf Tops

1994:3

LVM-VÅRD AV NARKOMANER

**Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö:
Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten**

Kerstin Nilsson och Dolf Tops

FÖRORD

Vi, författarna till denna rapport, har under många år varit verksamma inom narkomanvården i Lund och i Malmö. Vi har arbetat på Avgiftningsenheten 1986 och 1989 t o m 1992 (DT) resp 1988 t o m 1992 (KHN). Föreliggande rapport är dock en frukt av många människors praktiska arbete med narkomaner och tankar om narkomaner och narkomanvård. Personal på Avgiftningsenheten har varit en inspirations- och kunskapskälla genom diskussioner och synpunkter på den vård Avgiftningsenheten har bedrivit. Många har också varit direkt behjälpliga under datainsamlingsarbetet. Patienter har bistått med information och synpunkter både i arbetet med rapporten och i det "vanliga"avdelningsarbetet.

Zvonimir Cesarec, fil lic, har varit till stor hjälp som handledare med sina synpunkter, och har dessutom haft tålamod med vårt oregelbundna kontaktsökande och behov av hjälp. Lars Erdegård har också varit till ovärderlig hjälp för oss med databearbetning av det insamlade materialet. Mats Fridell och Barbro Rosenvold, Enheten för psykoterapiutbildning i Malmö, ska ha ett stort tack för att de har gett oss praktiska möjligheter att renskriva manuskriptet.

Arbetet har möjliggjorts genom finansiering från Socialstyrelsen, vilket vi tackar för.

En mindre trevlig sida av arbetet har varit hanterandet av våra ekonomiska medel. Problem med att korrigera felaktiga beräkningar av kontoförbrukning, och problem i samarbetet med ekonomiavdelningen på Malmö socialförvaltning, har varit en oavbruten källa till irritation och merarbete för oss. I detta sammanhang vill vi framföra ett varmt tack till Eva Renhammar för hennes hjälp och moraliska stöd.

Kerstin Holmén-Nilsson har varit projektansvarig. Rapportens uppläggning, sammanställning av information och data har författarna arbetat fram gemensamt. Kerstin Holmén-Nilsson har sedan ansvarat för utskrift av sammanfattning, inledning, slutkommentar samt kapitel 2, 3, 4 och 6. Dolf Tops har ansvarat för utskrift av kapitel 1, 5 och 7.

Malmö, mars 1993.

FÖRORD	1
SAMMANFATTNING	4
<u>INLEDNING</u>	<u>6</u>
PROBLEMFÖRMULERING	7
PROJEKTETS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
RAPPORTENS UPPLÄGGNING.	10
<u>KAPITEL 1: LAGEN OM VÅRD AV MISSBRUKARE I VISSA FALL (L.V.M.).</u>	<u>11</u>
HISTORIK	11
SKILLNADER MELLAN ALKOHOL - OCH NARKOTIKAMISSBRUK.	12
"GAMLA" OCH "NYA" LVM-LAGEN.	13
FÖRÄNDRINGAR I LVM-LAGSTIFTNINGEN.	14
LVM-LAGENS BETYDELSE FÖR VÅRDEN.	14
INDIKATIONER.	15
VÅRDTID.	16
SAMARBETE MED SOCIALNÄMNDEN	17
<u>KAPITEL 2: AVGIFTNINGSENHETENS VERKSAMHET</u>	<u>19</u>
HISTORIK	19
STRUKTUR OCH ARBETSMETODER	21
AVDELNINGENS RESURSER	21
AVDELNINGENS MÅLSÄTTNING OCH IDEOLOGI	23
AVDELNINGENS STRUKTUR OCH METOD	24
PERSONALRELATERADE FORUM	30
LVM-VÅRD I PRAKTIKEN	32
<u>KAPITEL 3: METODER I UNDERSÖKNINGEN.</u>	<u>37</u>
KÄLLOR	37
BRISTER I KÄLLMATERIAL	38
ANDRA KÄLLOR	38
DATABEARBETNING	39
UPPFÖLJNING	39
BORTFALL	40
<u>KAPITEL 4: PRESENTATION AV PATIENTGRUPPEN</u>	<u>41</u>
MISSBRUK	42
SOCIAL BAKGRUND	44
TIDIGARE MISSBRUKSVÅRD.	50
TIDIGARE SOMATISK OCH PSYKIATRISK VÅRD.	51

KRIMINALITET	53
INKOMSTKÄLLOR	55
GRAVIDITET OCH BARN	56
PARTNERS	57
KOMMENTAR	57
KAPITEL 5: LVM-PROCEDUR.	59
OMEDELBART OMHÄNDERTAGANDE.	59
ANMÄLANDE INSTANS.	60
UTREDNING	61
INDIKATIONER.	62
PATIENTERNAS INSTÄLLNING TILL LVM.	64
VÄRDPLAN.	64
KOMMENTAR	65
KAPITEL 6: VISTELSEN PÅ AVDELNINGEN	67
INKOMSTSTATUS	67
PATIENTERS FÖRSTA INTRYCK	70
BEHANDLINGSKONFERENSER	71
VÄRDPLANER	73
RYMNINGAR	74
PATIENTERS SYN PÅ LVM	79
KOMMENTAR	79
KAPITEL 7: BEHANDLINGSRESULTAT OCH UPPFÖLJNING AV PATIENTGRUPPEN.	81
SAMRÅD	81
BEHANDLINGSRESULTAT	82
FRIVILLIGT SÖKANDE EFTER LVM-VÅRD.	86
DROGFRIHET EFTER UTSKRIVNING.	86
UPPFÖLJNING	88
MISSBRUKSSITUATION	88
AVLIDNA	89
KOMMENTAR	89
SLUTKOMMENTAR	91
REFERENSER	96
BILAGA 1: FORMULÄR FÖR INSAMLING AV UPPGIFTER.	99
BILAGA 2: KODNINGSMANUAL	102
BILAGA 3. FIGUR 1	107

SAMMANFATTNING

Under senare år har behovet av dokumentation om LVM-vården uppmärksamats (Se bl.a. Social forskning, 1990). Flera rapporter om olika LVM-hem har också publicerats (Franér och Ågren, 1990, Bjurner, 1992, Fernstedt, 1992). Syftet med denna rapport är att beskriva en grupp narkomaner som har vårdats enligt LVM på Avgiftningsenheten i Malmö, den vård de har erhållit, behandlingsresultat och det fortsatta missbruksförloppet i patientgruppen.

Avgiftningsenheten var en låst avdelning för avgiftning och korttidsrehabilitering av narkomaner, som tog emot både frivilligt sökande narkomaner och omhändertaganden enligt LVM. Verksamheten startade i oktober 1986 och lades ned vid årskiftet 1992 / 93. Avdelningen var ett sk §23-hem (SFS 1988:870), dvs ett LVM-hem med "särskilt noggrann tillsyn", och hade totalt 9 platser varav i praktiken 5 kunde utnyttjas för LVM-vård. LVM-patienter vårdades tillsammans med frivilliga, och majoriteten vårdtillfällen och patienter har hela tiden varit frivilliga.

57 individer vårdades enligt LVM vid sammanlagt 65 vårdtillfällen under åren 1986 t o m 1991. Patienternas sociala bakgrundsförhållanden, missbruk och tidigare vårderfarenheter presenteras. Resultaten jämförs med andra grupper av vårdade narkomaner för att om möjligt besvara frågan vad som skiljer LVM-vårdade narkomaner från andra grupper av vårdade narkomaner. Avgiftningsenhetens struktur och arbetsmetoder presenteras. Utredningsproceduren inför ett LVM, patienternas vistelse på avdelningen och arbetet med LVM-patienterna under vårdtiden beskrivs. Problem i det konkreta vårdarbetet, såsom att etablera en meningsfull behandlarrelation, och att uppfylla målsättningen med vårdtillfället, belyses.

Behandlingsresultatet visar att man vid drygt hälften av vårdtillfällena har kunnat göra försök med olika placeringar i frivilliga vårdformer, på behandlingshem eller i öppenvård. Dock har endast få av dessa placeringar blivit varaktiga.

En uppföljning av patientgruppens missbrukssituation har gjorts. Uppföljningstiden varierar från någon månad, för de senast vårdade patienterna, upp till 5 år. Flertalet patienter missbrukar fortfarande och

några har avlidit (10,5%). Några (12%) är drogfria, varav flertalet befinner sig i behandling. Andra uppföljningar av sjukhusvårdade narkomaner visar liknande resultat. En slutsats som görs utifrån dessa resultat är att möjligheterna med LVM finns i att få till stånd vård för missbrukare, men att tvångsvård knappast är tillräckligt för att uppnå en fortsatt rehabilitering. Problem i vårdarbetet, möjligheterna att i praktiken uppfylla LVM-lagens intentioner, och att uppfylla målsättningarna i LVM-vården, diskuteras avslutningsvis.

Vi ser denna rapport som ett bidrag till ökad kunskap om hur LVM-vård kan bedrivas, om problem i det faktiska vårdarbetet, och om LVM-vårdens resultat.

INLEDNING

I skrivande stund stängs Avgiftningsenheten i Malmö, vars verksamhet vi här kommer att beskriva. Avgiftningsenheten var en unik konstruktion, ett s k §23-hem, dvs ett låst LVM-hem med särskilda befogenheter, som samtidigt bedrev frivillig avgiftning och motivationsarbete med narkomaner enligt Sol (socialtjänstlagen). Frivilliga och LVM-omhändertagna patienter vårdades på samma avdelning, och fick samma vård. Majoriteten vårdtillfällen och patienter har hela tiden varit frivilliga (70-75% av vårdtillfällena), till skillnad från Frösö behandlingshem (det enda ytterligare §23-hem vi vet som också tar emot frivilliga patienter).

Många personer vi har mött genom åren, även sådana som själv arbetar med narkomaner, har först inte förstått vilken "typ" av avdelning Avgiftningsenheten var, utan utgått från att verksamheten var mer öppen. Ofta har kommentaren sedan blivit "men det går väl inte". Men det gick, i alla fall i drygt 6 år. Eller lades verksamheten ned för att den var dålig? Denna rapport ger inget definitivt svar på den frågan, men ger en beskrivning av den LVM-vård som har bedrivits och hur denna har fungerat. Därför ville vi också skriva färdigt rapporten, trots vetskapen om avdelningens nedläggning. Vi tror att den ändå kan tillföra kunskaper om vård enligt LVM, hur denna kan bedrivas, och vilka svårigheter och problem som finns inom denna form av vård. Det som här presenteras har varit ett sätt att bedriva LVM-vård, som vi tror oss veta har varit unikt i Sverige, exempelvis i tolkningen av "*när syftet med vården är uppnått*" (SFS 1988:870, §20). Därför ser vi den som ett viktigt inslag i den fortsatta debatten om LVM-vårdens förutsättningar, utformning och utfall i Sverige.

Arbete med narkomaner, och då särskilt narkomaner i tvångsvård, ställer stora krav på personalen, och problemen låter sällan vänta på sig. Under den tid vi har arbetat på Avgiftningsenheten i Malmö har personalgruppen därför hela tiden fört diskussioner om, och funderat över "Vad förväntas vi göra? Vad gör vi? och Hur lyckas vi med det vi gör?" Dessa frågor och diskussioner på avdelningen ledde fram till att avdelningen systematiskt försökte utvärdera vården och vårdtillfällena på avdelningen årsvis (i form av verksamhetsberättelser). De ledde också fram till formuleringen

av detta projekt, som kom att beröra enbart de patienter som tvångsvårdades på avdelningen.

LVM-vården på avdelningen hade i sig under hela tiden genererat en hel rad frågeställningar. Dessa togs upp och diskuterades i de olika verksamhetsberättelserna (1988 och 1991). En del av dem tog vi som utgångspunkt för detta projekt. Dock ska sägas att vi från början hade velat belysa fler frågor än som här har blivit fallet, exempelvis förhållandet psykiatri narkomanvård, eller jämföra frivilliga patienter mer systematiskt med tvångsomhändertagna. Vi har, främst på grund av ekonomiska skäl, tvingats begränsa oss.

Problemformulering

Enligt LVM-lagen kan missbrukare omhändertas om vård i frivilliga former inte kan fås till stånd, och om personen ifråga utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, eller riskerar att förstöra sitt liv, eller kan befaras skada sig själv eller närstående (SFS 1988:870, §4). Dessa kriterier är till stor del relativa, och skulle, åtminstone teoretiskt, kunna beröra en stor del av alla narkomaner. En viktig fråga för LVM-vården är därför vem som blir föremål för vård enligt denna lag. Frågor rörande missbruk, missbrukets längd och intensitet, somatisk och psykisk hälsa, tidigare vård och bakgrund, samt tidigare kontakter med sociala myndigheter, blir här centrala med tanke på indikationerna i LVM. Avgiftningsenheten hade också kanske unika möjligheter att kunna utröna på vilka sätt gruppen av LVM-vårdade patienter skiljde sig från frivilligt vårdade, då avdelningen samtidigt har bedrivit vård enligt Sol. För att frågeställningen ska kunna belysas avsåg vi att både ge en beskrivning av karakteristika hos en grupp LVM-patienter, och jämföra om och på vilket sätt LVMs indikationer var mer tillämpliga på dem än på frivilligt vårdade patienter. Detta har dock inom de ekonomiska ramarna för projektet endast delvis varit möjligt (se vidare metod).

Enligt statistik som sammanställdes på Avgiftningsenheten 1989 hade patienter som vårdades enligt LVM missbrukat kortare tid än frivilliga patienter, och var i mindre omfattning injektionsmissbrukare. Sådana trender väckte funderingar om när LVM används sett ur ett missbrukskarriärperspektiv (se bl.a. Frykholm och Gunne, 1977).

Frågeställningen berör patientens eventuella mottaglighet för vård, och därmed möjligheterna att tillsammans med patienten uppnå ett bra mål med vården. Ett tidigt ingripande i en ung människas liv, när missbruk fortfarande är spännande och njutbart, kan ibland snarare befästa identiteten som narkoman och därmed totalt förfela sitt syfte.

Frågeställningen berör alltså när i en narkomankarriär LVM används utifrån erfarenheterna på Avgiftningsenheten, och vad detta kan få för effekt på patientens vård och motivation att sluta missbruka.

Varje missbrukare som döms till vård enligt LVM ska ha en vårdplan, dvs en plan över vad vårdtillfället ska leda fram till (§8). Socialsekreterare och föreståndaren vid LVM-hemmet ska också samråda inbördes, och med patienten, om en plan för fortsatt vård utanför LVM-hemmet (§28).

De vårdplaner patienterna har haft med sig till Avgiftningsenheten har sällan gått att uppfylla. Det händer att patienten vägrar, men ibland är också vårdplanerna orealistiska i olika avseenden, exempelvis då det behandlingshem som finns i vårdplanen inte tar emot patienter enligt §27 (försöksutskrivning). Ibland är väntetiderna till behandlingshem så långa att LVM har hunnit upphöra innan vård kan komma till stånd.

Ambitionsnivån i vissa vårdplaner gjorde också att personal frågade sig vad de förväntades uppnå med några månaders vård. Vi ville därför kartlägga syftet med varje LVM-vårdtillfälle (dvs vad stod i vårdplanerna), och relatera dessa till patienternas bakgrund, situation och inställning till vård. Denna frågeställning utgör också en grund för funderingar över vilka insatser som behövs för att uppnå målsättningen med LVM-vården.

En stor svårighet på Avgiftningsenheten har varit att hitta lämpliga vårdformer för LVM-patienterna när de skulle skrivas ut från avdelningen. LVM-lagens intentioner omintetgjörs om inte den omhändertagna patienten kan beredas fortsatt vård. Missbrukaren riskerar då att lämna vården med en känsla av att "samhället" inte har någon plats för honom / henne. Detta problem diskuterades inom Malmö kommuns vårdkedja för narkomaner, men ledde inte till att de två, då befintliga, motivationsenheterna tog emot fler §27-placeringar. Kartläggning av hur ofta LVM-vården har lett till fortsatt frivillig vård, belyser möjligheterna att i praktiken uppfylla lagens intention om fortsatt vård och behandling.

I LVM-lagen står uttryckligen att LVM ska användas när vårdbehov inte kan tillgodoses på frivillig väg. Ett intryck på Avgiftningsenheten var att mycket få av LVM-patienterna hade haft någon kontakt med narkomanvårdens öppenvård före LVM, men att många däremot hade mycket tidigare erfarenhet av frivillig narkomanvård. Vi ville därför kartlägga vilken vård i frivilliga former som hade förekommit innan patienten blev dömd till LVM.

Svårigheten att uppfylla vårdplaner har berörts ovan. En ytterligare intressant och viktig aspekt i detta sammanhang är missbrukarens rättsäkerhet. LVM föreskriver att tvångsvården ska upphöra när syftet med denna är uppnådd (§20). Men om syftet inte kan uppnås? Och vem avgör vilket syfte som ska uppnås, och när detta har skett? Genom att granska utredningar, vårdplaner och relatera dessa till utfallet av LVM-vården på Avgiftningsenheten, kan vi belysa hur en del av dessa frågeställningar löses i praktiken.

Sist men inte minst har vi många gånger haft anledning att fundera över hur LVM upplevs av patienterna. På vad sätt tycker patienten att LVM har varit till gagn för honom / henne, och har han / hon förlorat något på tvångsomhändertagandet? Patientens syn ger en uppfattning om hur väl LVM-vården och sociala myndigheter lyckas motivera ett uppfattat behov av vård för patienten. Ett önskemål var därför att intervjua en del av patientgruppen om LVM och vårdtiden på avdelningen, liksom att följa upp hur denna patientgrupp "klarade sig" på lite längre sikt. Inte minst viktigt blir detta med tanke på de svårigheter i samband med utskrivning av LVM-patienter som nämnts ovan, framför allt att hitta lämpliga vårdformer.

Projektets syfte och frågeställningar

Syftet med detta projekt är att dokumentera den LVM-vård Malmö socialförvaltning har bedrivit på Avgiftningsenheten. Viktiga frågeställningar utifrån den problemformulering som har gjorts ovan är: Vad karakteriserar de narkomaner som blir föremål för vård enligt LVM? Vilka förutsättningar finns för LVM-vården, och hur används dessa? Vad är syftet med vården, hur ska detta uppnås, och kan det uppnås? Blir utfallet av vården (och innehållet) det som ursprungligen planerades?

Varför / varför inte? Kan LVM ibland vara till större men än till nytta för patienten? I så fall i vilka situationer och för vem?

Rapportens uppläggning.

Inledningsvis presenteras förutsättningar och begränsningar som finns för arbetet på Avgiftningsenheten.

Innehållet i LVM-lagen, och tankar bakom LVM-lagens tillkomst och utformning beskrivs i **kapitel 1**.

Avgiftningsenhetens struktur och arbetsmetoder beskrivs i **kapitel 2**.

Metoder, datainsamlingsstrategier och problem i undersökningen presenteras i **kapitel 3**.

I **kapitel 4** beskrivs den grupp narkomaner som har vårdats på LVM på Avgiftningsenheten utifrån data om deras bakgrund. Jämförelser med grupper av frivilligt vårdade narkomaner och med andra grupper av LVM-patienter görs.

Kapitel 5 belyser ansökningsförfarande och utredningsprocedur inför LVM-domen, liksom enligt vilka indikationer patienterna dömts. I **kapitel 6** beskrivs patienternas tillstånd vid ankomsten till avdelningen och olika aspekter av vårdförloppet presenteras.

I **kapitel 7** presenteras behandlingsresultat, dvs vad patienten skrevs ut till, hur varaktig placeringen blev och hur lång drogfrihet patienterna hade efter utskrivning. En uppföljning, med varierande uppföljningstid, av patientgruppen presenteras också. Resultaten jämförs med andra undersökningar av vårdade narkomaner.

I **kapitel 8** diskuteras undersökningens resultat.

KAPITEL 1: LAGEN OM VÅRD AV MISSBRUKARE I VISSA FALL

(L.V.M.).

Inledning

LVM-lagen anger begränsningar för arbetet med tvångsomhändertagna missbrukare på Avgiftningsenheten. Vissa regler ska följas vid in- och utskrivning samt försöksutskrivning. Detta kapitel tar upp de lagdelar som har konsekvenser för vårdarbetet.

Vi vill inledningsvis betona att den handlar om tvång. Tvång i sig är inget nytt. I alla moderna samhällen finns det tvångsåtgärder som innebär frihetsberövande. Om någon begår ett brott kan han / hon hamna i fängelse. Är någon psykisk sjuk, och är en fara för sig själv eller andra, kan han / hon bli tvångsvårdad på mentalsjukhus. I det första fallet ligger tyngdpunkten på straff, i det andra på vård och behandling. LVM-lagen utgör en tredje form av tvång som innebär ett frihetsberövande, syftande till vård och behandling, av en människa pga missbruk av illegala (narkotika) eller legala (alkohol) droger.

Historik

I Sverige har det sedan länge funnits tvångsvård av missbrukare. Sedan början av detta sekel har tvångsvård av vuxna alkoholmissbrukare praktiserats. Vårdtiden kunde bli upp till ett år och tillbringades på särskilda anstalter som i folkmun kallades "Torken". Intagningen skedde enligt Nykterhetsvårdlagen och socialnämnden var ansvarig för utredning, bedömning och beslut om omhändertagande.

År 1968 tillsattes en socialberedning som av regeringen fick i uppdrag att göra en översyn av de dåvarande socialtjänstlagarna samt komma med förslag till en enhetlig socialtjänstlag, (SOU 1981 / 82: 22). Förslaget skulle också innefatta tvångsvården av vuxna missbrukare. Under de år som föregick riksdagens beslut fördes häftiga diskussioner om tvångets vara eller icke vara. Vårdtidens längd var en stöttesten. Motståndare till tvång kunde acceptera en kortvarig

tvångsperiod (2 till 4 veckor) med karaktären av en akutlag. Tvångsförespråkare ville ha ett års vårdtid. Resultatet blev två månader med möjlighet att förlänga tvånget med ytterligare två månader. En mera ingående beskrivning av denna diskussion och synen på tvångsvård i Norden återfinnes i en uppsats av Lena Hubner, (1990).

Efter tretton års utredande antog riksdagen en ny socialtjänstlag som bl.a. reglerar LVM-vården (SFS 1981:1243). Ett nytt inslag i denna nya tvångslag var att den även riktade sig till narkotikamissbrukare. Innan LVM-lagen kunde narkomaner bli tvångsvårdade enligt LSPV (Lagen om Slutet Psykiatrisk Vård) när deras beteende gav anledning till detta. Förutom klara psykiska störningar kunde de också bli intagna om deras missbruk utgjorde en fara för deras liv. LSPV användes således till att avbryta ett pågående missbruk. I många fall rörde det sig inte om psykisk sjukdom och därmed blev vården sällan långvarig. LVM-lagen trädde i kraft 1982.

Skillnader mellan alkohol - och narkotikamissbruk.

LVM-lagen avser både alkohol- och narkotikamissbrukare. Det finns en viktig skillnad mellan dessa två kategorier som har konsekvenser för vårdens målsättning. Alkohol är en i vårt samhälle accepterad drog. Bruket är inbäddat i kulturella och politiska regler. Vi får låta oss påverkas av alkohol inom rimliga gränser, dock inte för ofta. Trots att alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar är väldokumenterade finns det få som propagerar för ett totalt förbud av alkohol och en kriminalisering av alkoholkonsumenterna. I stället försöker man att minska riskerna genom information, kontroll på tillgång (höga skatter och monopol på försäljning, åldersgräns för inköp) och vård för de som trots allt detta missbrukar alkohol.

När det gäller narkotika är situationen annorlunda. Sverige har som målsättning att bli ett narkotikafritt samhälle. Detta innebär att all förekomst av narkotikaklassade ämnen och bruket av dessa betraktas som oacceptabla. För alkohol finns det en (oklar) gräns mellan bruk och missbruk. En liknande gräns för narkotika är i dagens Sverige otänkbar. Ett led i strävan att uppnå ett narkotikafritt samhälle är att nå ut till alla narkotikamissbrukare för att erbjuda dessa vård.

Denna skillnad mellan alkohol och narkotika har också betydelse för målsättningen i vården. *"För den största gruppen som döms till LVM (äldre alkoholmissbrukare) anges som ett realistiskt behandlingsmål: en minskad alkoholkonsumtion, förbättrad hälsa, social funktions-förmåga och levnadsförhållanden i övrigt. I fråga om de yngre missbrukarna av alkohol och narkotikamissbrukare anser man att det är både nödvändigt och mera realistiskt att arbeta med en total rehabilitering som mål".* (SOU 1987:22,s 260).

"Gamla" och "Nya" LVM-lagen.

Efter att LVM-lagen blev antagen fick socialberedningen i uppdrag att följa upp tvångsvårdens utveckling och eventuellt komma med förslag till förändring. Fyra år senare drog man slutsatsen att LVM-vården åtminstone för narkotikamissbrukare inte fungerade tillfredställande. Under de första åren fanns det inga särskilda enheter för narkotikamissbrukare. De vistades i stället på institutioner som var inriktade på alkoholistvård. Blandningen av alkohol - och narkotikamissbrukare var inte lyckosam. Narkomanerna rymde ofta och socialberedningen ansåg också att för få stannade i frivillig vård (SOU 1987:22).

När socialberedningen presenterade sitt förslag till reviderad LVM-lag (1987) fanns det inga dokumenterade erfarenheter av vårdarbetet med den tvångsvårdade gruppen narkotikamissbrukare. Därför kunde man inte ge några riktlinjer för vårdinnehåll och behandlingsmetoder. Det hade dock blivit tydligt att försök att vårda alkohol- och narkotikamissbrukare tillsammans inte hade lyckats. En rekommendation var att satsa på små enheter som enbart skulle behandla narkotikamissbrukare (SOU 1987:22, s.336). Några tankar angående vårdens innehåll finns ändå med. I socialberednings betänkande står att; *"den främsta uppgiften för ett hem för särskild tillsyn (§23 hem) är att övervinna det ofta massiva motståndet hos den tvångsintagne"* (ibid s.340-342). Tyngdpunkten i behandlingen skulle ligga på personliga relationer och inte på att göra en enhet rymningssäker. Socialberedningen beskriver insatserna för denna speciella kategori som ett pionjärbete och betonar att starka resurser är nödvändiga för att ha någon chans att lyckas.

Förändringar i LVM-lagstiftningen.

Socialberedningen föreslog ett antal förändringar av den första LVM-lagen. De för avdelningen viktigaste är;

- vårdtiden förlängdes från tidigare 2 månader till en vårdtid av 6 månader. Tanken bakom denna förlängning var inte att en missbrukare skulle vistas på LVM-hem i 6 månader utan LVM-tiden skulle användas för att hålla kvar personen i början av en annan behandling (text behandlingshem). Detta kunde ge personalen där tillfälle att bygga upp en relation med den dömda innan LVM-tiden gick ut.
- tid som tillbringades utanför hemmet olovligt räknades i den nya lagen inte längre som vårdtid. Under den gamla lagen förekom det att missbrukare befann sig "på rymmen" större delen av LVM-tiden.
- förutom alkohol och narkotika skulle i fortsättningen även missbruk av lösningsmedel leda till vård enligt LVM. Med detta försökte man komma åt gruppen av oftast mycket unga personer som sniffar thinner och andra lösningsmedel.
- i den gamla lagen användes två indikationer som grund för en LVM-dom. I den nya lagen har man lagt till en tredje, den så kallade "sociala indikationen", (se nedan.).

LVM-lagens betydelse för vården.

Det finns 4 avsnitt i lagen som är av särskilt stor betydelse för arbetet på Avgiftningsenheten och därför förtjänar en mera ingående beskrivning.

Vårdens syfte.

Det första är vårdens syfte. LVM-lagen är ett komplement till socialtjänstlagen. Detta betyder att ett tvångsingripande ska tillämpas när på frivillighet grundade insatser inte har lett till att en missbrukare har gått in i eller stannat i vård. I de inledande bestämmelserna av LVM-lagen 1988 står i §3 att *"tvångsvården ska 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", (SFS 1988:870).

Tanken med LVM är att bryta en destruktiv utveckling. Socialberedningen beskriver en missbrukskarriär där en missbrukare till slut kommer till en vändpunkt där hon / han vill bryta sig ut ur missbruket (SOU 1987:22). Denna vändpunkt inträffar ofta sent i karriären och missbrukaren har hunnit bli socialt och fysiskt nedgången. LVM-lagen skulle skapa en möjlighet att tidigarelägga denna vändpunkt och därmed förkorta missbrukskarriären, (se även indikation 2 nedan).

Indikationer.

När ska tvång tillgripas?

Ett annat avsnitt av stor betydelse i vården är §4 som berör indikationer för vård enligt LVM: *" tvångsvård skall beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (SFS 1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket: 1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för*

allvarlig skada.

2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller

3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående ".

En missbrukare måste förutom generalindikationen befinna sig i åtminstone en av nämnda omständigheter för att kunna bli dömd till vård enligt LVM. Dessa tre punkter anger vilka missbrukare som kan bli intagna på Avgiftningsenheten. Därför beskrivs nedan socialberedningens syn på tillämpningen av indikationerna.

Punkt 1 berör missbrukarens hälsotillstånd.

"Det ska föreligga en medicinskt påvisbar risk att en missbrukare till följd av sitt missbruk har fått eller kommer att få skador. Detta innebär inte enbart skador på levern, hjärtat, osv men även att ett okontrollerat

missbruk kan leda till att livsföringen blir sådan att en nödsituation uppstår som hotar ens hälsa och välfärd" (SOU 1987:22, s.278).

Punkt 2 är den "sociala" indikationen. Under den första LVM-lagen avstod beslutande myndigheter (länsstyrelse och länsrätt) från utredning eller dom om inte medicinska skador kunde påvisas. Enligt socialberedningen tolkade domstolen lagen för snävt. Detta föranledde att en stor grupp unga missbrukare (20-30 år) inte kunde dömas till LVM. De hade inte hunnit utveckla medicinskt påvisbara skador. För att göra ett ingripande möjligt i ett tidigt stadium av missbrukskarriären har socialberedningen föreslagit denna nya indikation. Man skriver att den nya indikationen ska gälla "vuxna som till följd av sitt missbruk löper en allvarlig risk att redan i unga år bli helt utslagna från normala relationer med andra människor, från utbildning / arbetsmarknad och från ett normalt boende", (ibid s. 279).

Lagstiftaren riktar alltså in sig på gruppen unga missbrukare som har visat sig svåra att motivera till frivillig vård.

Punkt 3 finns framförallt för att skydda missbrukaren själv eller dennes närstående. Med närstående menas anhöriga som står i ett sådant beroendeförhållande till missbrukaren att de kan tveka att göra en polisanmälan. Med skada menas såväl fysiskt som psykiskt våld, hot eller hänsynslöst uppträdande. Trots att tyngdpunkten inom tvångsvården ska ligga på vård av missbrukaren har man ändå tagit med tvång som skydd för den omedelbara sociala omgivningen. Anledningen till detta är enligt socialberedningen "att ett ingripande enligt brottsbalken endast kan ske efter att ett brott har begåtts. Även efter ett brott kan anhöriga tveka att göra en anmälan eftersom offret har ett känslomässigt förhållande till missbrukaren eller av rädsla inte vågar att koppla in polisen. Genom att vända sig till socialnämnden kan man då få till stånd ett ingripande enligt LVM" (ibid s.280 - 282).

Vårdtid.

§20 i LVM-lagen anger vårdtid: " tvångsvården ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Vården ska anses påbörjad när missbrukaren på grund av

beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förs till ett hem som avses i §22(LVM-hem)”.

En viktig fråga för enheten är när vården ska upphöra. Om detta säger §25: *Om intagning i och utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet. Den som förestår vården vid ett LVM-hem får besluta att en intagen skall flyttas till ett annat LVM-hem om det anses vara lämpligt från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till förflyttning”.*

När det gäller utskrivning utgår socialberedningen ifrån att vårdens syfte har blivit uppnått och att en missbrukare planmässigt åker till nästa behandlingsstation. LVM-lagen anger inte hur ett LVM-hem bör agera om det inte går att uppnå lagens intention, dvs fortsatt frivillig vård. Ett LVM-hem ska enligt LVM-lagen skriva ut en missbrukare till fortsatt vård. Äldre alkoholister till öppna vårdformer (SOU 1987:22, s.260), narkotikamissbrukare och unga alkoholmissbrukare till en vårdform med syfte att uppnå en total rehabilitering (ibid s.351).

Samarbete med socialnämnden

Den sista punkten som vi vill ta upp är vad lagstiftaren säger om samarbetet mellan ett LVM-hem och socialtjänsten. I den "nya" LVM-lagen har socialnämnden fått ett större ansvar och nya uppgifter i ansökningsproceduren. Därför är det lämpligt att först i kort beskriva ansökningsproceduren inför ett omhändertagande enligt LVM.

Efter att en anmälan har lämnats in (av t ex polis, sociala myndigheter, läkare, anhöriga) till länsstyrelsen ska denna göra en utredning om den anmälda missbrukaren. Det åligger socialnämnden att göra en utredning angående missbrukarens sociala omständigheter som sedan lämnas till länsstyrelsen. De ska också redogöra för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Andra delar som ingår i länsstyrelsens utredning är läkareintyg om missbrukarens aktuella hälsotillstånd och ibland även samtal av utredningens tjänstemän med den anmälda missbrukaren. Detta bildar ett underlag på vilket länsstyrelsen beslutar om de ska föra ärendet vidare till länsrätten eller om missbrukarens vårdbehov kan tillgodoses enligt SOL, dvs frivillig vård.

Eftersom socialnämnden har det övergripande ansvaret för vården ska den i utredningen lämna förslag angående på vilket hem intagningen kan ske och hur en fortsatt vård efter tvångets upphörande ska se ut (vårdplan). Socialnämnden ska även utse en tjänsteman hos nämnden som ska svara för kontakten med missbrukaren och olika vårdgivare. Tjänstemannen ska även hålla kontakt med missbrukaren under vistelsen på LVM-hemmet. Socialnämnden ska kontaktas av LVM-hemmet vid in- och utskrivning av missbrukaren. Tanken bakom detta är att socialnämnden känner till missbrukaren väl (tidigare vård) samt att det är nämndens skyldighet att ordna fortsatt vård efter att tvånget har upphört.

Sammanfattningsvis anger LVM-lagen vilka missbrukare som kom till Avgiftningsenheten, hur länge tvångsvården får pågå, med vilket syfte, och föreskriver ett samarbete mellan LVM-hemmet och socialtjänsten. Detta betyder att ett LVM-hem är beroende av samarbete med socialtjänsten.

KAPITEL 2: AVGIFTNINGSENHETENS VERKSAMHET

Historik

Under 1970-talet bestod Malmö kommuns narkomanvård av öppenvård i form av en rådgivningsbyrå, men kommunen hade ingen egentlig slutenvård. Narkomanvården disponerade 2 avgiftningsplatser på psykiatriska kliniken. Detta arrangemang fungerade otillfredsställande då patienterna lyckades missbruka inne på avdelningen, och ofta upplevdes som ett orosmoment för den "vanliga" psykiatriska vården. Under 1970-talet avgiftades istället många Malmönarkomaner på avdelning 1F, S:t Lars sjukhus i Lund, som var den närmaste specialistresurs som fanns. En ytterligare vårdresurs som fanns inom kommunen var dåvarande Hindbyhemmet (numera Avenboken), ett miljöterapeutiskt samhälle för alkohol- och narkotikamissbrukare.

1980 förverkligades idén om en vårdkedja för narkomaner inom kommunen, vilket då hade diskuterats några år. Vårdkedjan kom att bestå av rådgivningsgruppen, samt två nya institutioner. Avdelning 89 var det första ledet i institutionsvården, dvs där skulle patienter avgiftas och motiveras till vidare vård, och Norda, beläget i Nordaná utanför Malmö, var ett motivationshem för förberedelse inför behandlingshemsvistelse. Hindbyhemmet var ett behandlingshem som missbrukaren sedan kunde gå vidare till. Malmökommun hade också ett visst antal abbonerade platser, dvs platser som var reserverade för Malmönarkomaner på andra behandlingshem.

Den nya vårdkedjan organiserades helt inom Malmö socialförvaltning. Avgiftning och medicinsk vård fick en undanskymd plats. Detta tog sig bl.a. uttryck i att personalen bestod nästan enbart av socialarbetare, undantaget en sjukskötersketjänst på avdelning 89 (som så småningom avskaffades), samt konsulterande läkare och konsulterande psykiater. 89:an, som skulle svara för avgiftning, använde inte heller några mediciner under avgiftningen. Detta medförde att exempelvis heroinister hade svårt att fullfölja sin avgiftning på 89:an, och istället fick vårdas på avdelning 1F (pm, Malmö socialförvaltning, utredningssektionen, 1985-10-18).

Lagen om vård av missbrukare (LVM)

1982 trädde LVM i kraft. Malmö kommun hade inga speciella resurser för vård av narkomaner enligt LVM, och fick därför svårt att placera narkomaner som dömdes enligt denna lag. För att lösa problemet fick avd 89 provisoriskt befogenheter enligt §11 i LVM (SFS 1981:1243). Dock kvarstod ett behov av LVM-platser "med särskild tillsyn" (§18 resp §23 i de olika LVM-lagstiftningarna). Alternativet var att placera narkomaner på någon LVM-institution uppåt landet, t ex Frösön, vilket dels inte var lätt, dels medförde svårigheter i uppföljningen av vården (pm Malmö socialförvaltning, 1985-10-18).

Malmö hade dessutom fortfarande ett olöst avgiftningsproblem. Resultatet, dvs det som skulle lösa dessa båda problem, blev Avgiftningsenheten, som både skulle ha frivillig avgiftning för narkomaner, och samtidigt var ett sk §23-hem (tidigare §18) enligt LVM. Avdelningen öppnades i oktober 1986.

Återigen organiserades en narkomanvårdsinstitution inom socialförvaltningen. Anledningarna var att Avgiftningsenheten var en LVM-institution, och LVM är en lag inom socialtjänstlagen, men också att narkomanvården av "tradition" i Malmö har tillhört socialförvaltningen. Sjukvården skulle enligt planerna, "ha ansvar för medicinsk medverkan" (pm, Malmö socialförvaltning, 1986-01-07). Detta konkretiserades så småningom till att tillgodosebehovet av läkar- och psykologmedverkan.

Idéerna bakom Avgiftningsenhetens uppbyggnad, struktur och arbetsmetoder, som presenteras nedan, kom i mångt och mycket att hämtas från Lund, som sedan 1970 hade en fungerande avgiftningsavdelning för narkomaner (avd 1F, S:t Lars sjukhus). Flera medlemmar i den personalgrupp som anställdes på Avgiftningsenheten hade tidigare arbetat på avdelningen i Lund, och kom att ha stort inflytande och betydelse för den nya verksamhetens struktur och inriktning.

STRUKTUR OCH ARBETSMETODER

Inledning

Den nya Avgiftningsenheten kom att ha 9 platser, varav 5 avsedda för LVM-patienter. Övriga 4 platser var för frivilligt sökande. Avdelningen placerades på MAS (Malmö Allmänna Sjukhus) i samma hus som psykiatriska kliniken. Närheten till annan specialistsjukvård var ett av skälen till att avdelningen placerades på MAS.

Avdelningens resurser

LVM-styrelse

Ett LVM-hem förestås av en politiskt tillsatt styrelse. Styrelsen förestår formellt vården, men denna uppgift kan delegeras till en särskild föreståndare, vilket har skedd på Avgiftningsenheten. Styrelsen handhar dock vissa frågor som inte kan delegeras. Under den äldre LVM-lagstiftningen (SFS 1981:1243, §16) beslutade styrelsen om förlängning av vårdtiden om och när föreståndaren aktualiserade frågan. I den nyare lagstiftningen skall styrelsen informeras om en missbrukare har vistats på LVM-hem i 3 månader *"utan att vård i annan form har kommit till stånd"* (SFS 1988:870, §29).

Personal

Personalen bestod av 12 behandlingsassistenter och 6 sjuksköter-skor som arbetade enligt schema (se nedan). Utöver dessa fanns en föreståndare, en biträdande föreståndare, en 50% psykolog, 50% läkarsekreterare och en lokalvårdare. Konsulterande infektionsläkare och psykiater fanns också knutna till avdelningen.

Personalschema

Behandlingsassistenter och sjuksköterskor arbetade enligt schema. Fyra dagteam och två natteam bestående av två behandlingsassistenter och en sjuksköterska fanns. Dagteamen arbetade enligt ett fyra veckorsschema, med viss tjänstgöring kvällar samt var 4:e helg. Således fanns dygnet runt minst tre personal i tjänst. Övrig personal arbetade dagtid. Något jourläkarsystem fanns inte utan vid akuta ärenden utanför

dagtid vardagar var avdelningen hänvisad till den allmänna service som finns inom sjukvården.

Personalfunktioner

Föreståndaren hade övergripande ansvar för avdelningens verksamhet. Detta innebar administrativt, ekonomiskt, och medicinskt ansvar, ansvar för avdelningens samarbete med andra institutioner, LVM-ansvar och ett övergripande vårdansvar. Föreståndaren hade också ansvar för personalärenden och avdelningens personalorganisation. Dessa funktioner och ansvarsområden delades mellan föreståndaren och den biträdande föreståndaren utifrån dessas olika kompetens, men övergripande ansvar hade alltid föreståndaren. En av dessa befattningar har innehaft av en sjuksköterska eftersom föreståndarfunktionen också hade ett medicinskt ansvar.

Läkarfunktioner

Avdelningen hade konsulterande infektionsläkare och psykiater. Infektionsläkaren svarade för inläggningar, medicinsk undersökning och vård. Psykiater gjorde psykiatrisk bedömning när behov fanns och ansvarade för neuroleptikamedicinering, och exempelvis remittering till annan psykiatrisk vård när sådan behövdes. Att avdelningen hade konsulterande läkare innebar att dessa endast hade ansvar för de arbetsuppgifter de ombads utföra, dvs de hade inte ett medicinskt ledningsansvar för vården på avdelningen (se arbetsledarfunktion).

Psykologfunktion

Psykologen hade handledning för kontaktpersoner (se nedan) samt ansvarade för psykologisk utredning och bedömning. Psykologen medverkade också i rehabiliteringssidans samtalsgrupper (se nedan). Psykologen skulle verka för att psykologiska behov och perspektiv tillgodosågs i patientarbetet.

Sjuksköterskor

Förutom att ingå i avdelningens behandlingsarbete hade sjuksköterskor ett medicinskt ansvar. De skulle bidra med medicinsk kunskap, och hade exempelvis ansvar för att ordinationer följdes och mediciner delades ut till patienter.

Lokaler

Avdelningen var belägen i en tidigare vårdavdelning på psykiatriska kliniken. Den utgjordes av en lång korridor med intilliggande patient- och personalutrymmen (se figur 1 i bilaga 3). Alla patienter hade enkelrum, utöver det fanns två dagrum, kök, personalrum, undersökningsrum, samt två expeditioner. Ytterdörrar och fönster var låsta. Fönstren hade pansarglas men saknade galler. Isoleringsrum fanns inte. Avdelningen var delad mitt i korridoren med hjälp av en glasdörr, i en akutsida (5 platser) och en rehabsida (4 platser).

Ekonomi

Avdelningens drift finansierades dels av Malmö kommun, dels genom de statsbidrag som utgår för LVM-platserna. Avdelningens budget 1992 uppgick till ca 8 miljoner kronor, varav 2,7 miljoner utgjordes av statsbidrag.

Avdelningens målsättning och ideologi

Målsättning

Avdelningens arbete skulle resultera i att så många patienter som möjligt genomgick avgiftning och skrevs ut till fortsatt meningsfull behandling. För att kunna uppnå detta hade avdelningen som målsättning att minska utagerande i patientgruppen (missbruk, oplanerad utskrivning, rymning etc) genom att bygga upp en fungerande relation till patienten. Detta skedde bl.a. genom arbetet i samtalsgrupper och kontaktmannaskap. Fungerande relationer och realistiska mål i patientarbetet ökar måluppfyllelsen.

Ideologi

På Avgiftningsenheten blandades således tvångsomhändertagna och frivilliga patienter. Detta sågs som en förutsättning för att kunna motverka de tvångsomhändertagna patienternas motstånd mot vård och behandling. Avdelningens syn var att tvångsomhändertagna har rätt till samma vård som en frivillig patient. Därför var vårdinnehållet detsamma. Avdelningen kompletterade med restriktioner, såsom utgångsförbud för tvångsomhändertagna patienter. Detta skedde mest i inledningsskedet av vården, för att få en chans att etablera en relation till patienten.

Alla narkomaner var välkomna att söka hjälp på avdelningen. Ingen narkotikamissbrukare ansågs för "hopplös" för att få hjälp om behov av avgiftning fanns.

Att sluta missbruka är en förändringsprocess som kan ta lång tid enligt den syn som fanns på avdelningen. All avgiftning leder därför inte omedelbart till fortsatt total rehabilitering för den enskilde (se bl.a. Gunne och Frykholm, 1977). En första kontakt med vården kan, om den blir meningsfull för patienten, bli ett steg mot ett beslut att sluta missbruka. Detta synsätt innebar i praktiken bl.a. att f.d. LVM-patienter prioriterades för återinläggning, om de av egen vilja sökte hjälp på avdelningen efter LVM-tiden.

Avdelningen såg missbruk som ett symptom på bakomliggande problem hos individen, men en vuxen missbrukare har ändå förmåga och skyldighet att ta ansvar för sitt fortsatta liv. Han / hon har där med möjlighet att göra ett val - att fortsätta eller sluta missbruka. Vilket preparat, och hur individen missbrukar, sågs som beroende av vederbörandes personlighet och behov.

Avdelningen såg tvångsåtgärder mot missbrukare som en nödvändighet i vissa situationer, t ex när det inte går att avgifta i frivillig form, och / eller för att stoppa en självdestruktiv utveckling. Tvångsåtgärder får dock inte vidtas utan att individen verkligen är i behov av vård, och bara när detta behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

En viktig ideologisk ståndpunkt på Avgiftningsenheten var att tvångsvård inte får bli enbart inlåsning och förvaring, dvs tvång får aldrig finnas för sin egen skull. Innebörden av detta blir att det alltid måste finnas ett meningsfullt mål att arbeta för i tvångsvården.

Avdelningens struktur och metod

Avdelningens främsta uppgift var således att avgifta narkomaner, såväl frivilliga sökande som tvångsomhändertagna. Patienter kom till avdelningen antingen via socialsekreterare eller annan remitterande myndighet, eller sökte själva. Ett annat viktigt mål var att kunna skriva ut patienten till fortsatt meningsfull behandling. Detta innebar att det utöver

avgiftning fanns möjlighet för patienten att stanna för en kortare rehabilitering, i väntan på, eller för att arbeta fram, en fortsatt plan för rehabilitering.

Informationssamtal

De narkomaner som ville in på Avgiftningsenheten fick beställa tid för ett informationssamtal. Två personal träffade då patienten för att få en bild av hans / hennes missbruk, bakgrund och nuvarande situation. Efter informationssamtalet skulle personalen också ha en uppfattning om personens fysiska och psykiska tillstånd, samt vilka ambitioner patienten själv hade inför vårdtilfället. Denna ambition kunde vara fortsatt vård eller enbart avgiftning. Personal informerade också om hur Avgiftningsenheten fungerade och vilka regler som fanns (se nedan). Stor vikt lades på att redan på detta stadium skapa en kontakt med patienten. När LVM-patienter lades in på avdelningen genomfördes ett liknande samtal så snart som möjligt.

Inläggning

När patienten kom till avtalad inläggningstid blev han / hon läkarundersökt, vilket innebar en grundlig kroppsundersökning rutinmässigt, innefattande även kroppens håligheter. Blodprov togs; HIV, hepatit, leverstatus, infektionsstatus och blodvärden. Urinprov för droganalys skulle lämnas av patienten. Medicinering ordinerades av läkare i samråd med personal. Läkarundersökning blev ofta ett spontant tillfälle att prata om eventuella kroppsliga, och ibland andra bekymmer.

Denna fysiska omvårdnad var en början på en kroppslig rehabilitering som var nödvändig efter ett långvarigt missbruk. Kläder och övriga tillhörigheter som patienten hade med sig visiterades noggrant av personal. Detta, liksom visiteringen av patienten, gjordes för att förhindra att droger eller sprutor fördes in på avdelningen.

Inläggningsrutinen var densamma för tvångsomhändertagna patienter. I de fall LVM-patienter kom till avdelningen kvälls- eller nattetid (dvs när avdelningen saknade tillgång till läkare) uppsökte man infektionskliniken. Detta skedde vanligen tillsammans med den polishandräckning som kom med patienten.

Regler på avdelningen

Avdelningen hade två grundregler för patienter. Inga droger var tillåtna och inte heller "egen medicinering" under avdelningsvistelsen. Inget våld eller hotelser mot medpatienter eller personal fick förekomma. Brott mot dessa regler medförde för frivilliga patienter omedelbar utskrivning. LVM-patienter kunde själv fallet inte skrivas ut, men vissa restriktioner kunde införas, såsom att patienten fick flytta tillbaka till akutsidan, eller att utgångsförbud återinfördes.

Utöver dessa grundregler förväntades patienter lämna övervakade droganalyser två ggr / vecka, som ett hjälpmedel i att hålla avdelningen drogfri, samt ingå i avdelningens schema.

Besök var under patientens akutvistelse bara tillåten av sk myndighetspersoner (socialsekreterare, öppenvårdskontakt, skyddskonsulent och liknande.). Undantag gjordes ibland för patienter som hade barn som de hade haft kontinuerlig kontakt med innan avdelningsvistelsen. När patienten var på rehabsidan kunde han / hon få ta emot besök av nära anhöriga utan missbruksproblem.

Ingående telefonsamtal var tillåtna kvällstid. Utgående privata samtal kunde göras via en mynttelefon. Telefoneringsmöjligheterna fanns då avdelningen ansåg att en patient har rätt att kunna meddela sig med omvärlden, vilket självklart även gällde tvångsomhändertagna patienter.

Avgiftning

Möjlighet till viss medicinering under kortare tid fanns. Detta innebar medicin enligt ordination och fasta scheman. Heroinister medicinerades med Doloxene eller Catapresan enligt fasta scheman under ca. en vecka. Ofta behövdes också benzodiazepiner i låg dos, liksom något insomningspreparat som exempelvis Nitrazepam eller Rohypnol ibland med tillägg för sömnmedel som Propavan eller liknande. Ibland behövdes medicin mot illamående och diarré under abstinensfasen t ex Amosyt och Immodium.

Amfetaminister kunde, om så behövdes, få en låg dos benzodiazepiner och något insomningspreparat under kortare tid.

Haschmissbrukare kunde ibland behöva någon medicin under abstinens. En låg dos neuroleptika, t ex Hibernal, brukade då vara till mest nytta.

Tablettmissbrukare avgiftades enligt individuella förutsättningar, ofta med lång nedtrappning av benzodiazepiner. Anti-epileptisk medicin användes då också.

Generellt använde inte avdelningen preparat som patienterna gärna missbrukar ute, såsom exempelvis Valium eller mediciner som innehåller kodein.

Första dagarna under en avgiftning består ofta i att sova, äta och "landa". När patienten slutar använda droger väcks känslor och tankar till liv. En viktig del av behandlingen, och personalens funktion, är att finnas till hands för att möta upp när detta sker. Personalens roll blir att fungera som "container", dvs att lyssna och ta emot patientens känslor, men också kunna sätta gränser för patientens beteende.

Under vistelsen på akutsidan började också den kroppsliga återhämtning som behövs. Besök hos tandläkare, KK, hudklinik, röntgen var vanligt förekommande. Dessutom kommer också av patienten upplevda behov av kroppsvård och skönhetsvård såsom solarium, bastubad och olika idrottsaktiviteter, efter några dagar.

Samtalsgrupper

Varje vardag mellan kl 9 och 10 samlades akuten och rehab var för sig och har grupp tillsammans med personal. Dessa grupper var obligatoriska.

I gruppen på akutsidan ställdes lägre krav på patienterna. Det viktiga var att prata om hur man mår "här och nu". På rehabsidan ställdes större krav på aktivt deltagande hos patienten. Personalen utgick från det material som patienten presenterade. Synsättet var att ingenting som sägs i gruppen sägs av en slump, utan kan relateras till vad som händer i patientgruppen här och nu. Den enskilde patientens sätt att relatera till andra speglar också patientens anpassningsmönster och relationssvårigheter i andra sammanhang. Personalens uppgift blir att underlätta kommunikation och möta patientens tankar och känslor, samt

att fokusera den aktuella grupprocessen. Morgonens grupp återspeglade mycket av den stämning som för tillfället fanns på avdelningen. Här kunde personal motverka "jigger", dvs utagerande och allianser i patientgruppen. Grupperna var därför ett mycket centralt arbetsredskap för avdelningen.

Rehab

När patienten var avgiftad och inte längre behövde medicin kunde han / hon flytta över till rehab. Rehabsidan var medicinfri med undantag för neuroleptika och anti-epmedicin, och skiljde sig från akuten genom att patienterna fick mer ansvar. Ett strukturerat program för verksamheten fanns. Schemalagt var bl.a. fysisk aktivitet, utfärd, tjej / killgrupp, veckospjeling och speciella arbetsuppgifter (matlagning, städning) (se figur 2).

Figur 2: Rehabsidans veckoschema.

KL / DAG	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Helg
8- 9	Väckning /Frukost -----					Sovmorgon
9-10	Grupp -----					Utflykt
10-12	Sociala ärenden, kontaktmannasamtal ,arbetsuppgifter					
12-13	Lunch -----					
13-16	Tjej/ kill- grupp	Fys	Utfärd	Fys	Vecko- spjeling Helg- planering	Gemensam middag

I samband med överflyttning till rehab hade personal ett samtal med patienten där rehabsidans regler och krav delgavs patienten, och målsättningen med patientens rehabvistelse fastställdes.

Rehabsidan användes för patienter med lång avgiftning t ex blandmissbrukare, haschrökare och läkemedelsmissbrukare. Patienter som inte hade en klar planering, eller patienter som väntade på en plats på behandlingshem var andra kategorier. Det innebar att LVM-patienter ofta blev rehabpatienter efter en tid. Uppdelningen i akut och rehab möjliggjorde en liten gruppstorlek vilket ansågs främja ett bra behandlingsklimat.

Kontaktpersoner

Då patienten flyttade från akut till rehabsidan utsågs på rondan (se nedan) två kontaktpersoner i personalgruppen. LVM-patienter fick kontaktpersoner redan vid inläggningen. Kontaktpersonerna hade planeringsansvar för sin patient. Detta innebar att patienten i första hand gjorde all planering tillsammans med sina kontaktpersoner, exempelvis rörande medicinering, besök, praktiska göromål eller andra behov som fanns. All sådan planering skulle relateras till den målsättning som fanns för den enskilde patientens vistelse på avdelningen. Den planering som kontaktpersoner och patient skisserade tillsammans presenterades sedan på ronderna för godkännande.

Den andra huvuduppgiften för en kontaktperson var att skapa en hållbar behandlarrelation till patienten. Kontaktmannaarbete innebar därför också täta samtal med patienten om hur han / hon mådde, och om tankar och känslor som väcktes till liv när patienten var drogfri.

Ronder

Rond hölls en gång i veckan, då all personal i tjänst var närvarande. Samtliga inläggande patienter diskuterades. Syftet var att få en samlad bild av vem patienten var och hur han / hon fungerade. Vidare planering diskuterades, beslut fattades och eventuella åtgärder bestämdes. Medicinering och hälsotillstånd gicks igenom. Beslut om överflyttning till rehab skedde och kontaktpersoner utsågs.

De patienter som hade skrivits ut under den gånga veckan togs upp och vårdtillfällena utvärderades. Väntelistan för inläggningar gicks igenom och nästa veckas inläggningar bestämdes. Prioritering skedde utifrån befintlig planering och patientens fysiska och psykiska hälsotillstånd. HIV-smittade personer, gravida kvinnor och patienter som tidigare hade vårdats enligt LVM på avdelningen var prioriterade grupper.

Behandlingskonferenser

Behandlingskonferenser var ett viktigt instrument för avdelningen i arbetet med patientens fortsatta planering. Socialsekreterare inbjöds till behandlingskonferens, och ibland också andra myndigheter och personer som var berörda av patientens planer. Syftet med behandlingskonferenser var att försöka enas i vad man skulle arbeta för,

och fattade beslut om vad olika inblandade personer skulle göra. Patienten var självfallet med under behandlingskonferensen.

För LVM-patienter blev det nästan undantagslöst aktuellt att sammankalla behandlingskonferens relativt snart efter att patienten hade kommit till avdelningen. LVM-omden innebar bl. a. att den vård avdelningen skulle ge, och försöka motivera patienten till, skulle ske i samråd med socialsekreterare. Även med frivilliga patienter förekom behandlingskonferenser, oftast av skälet att patientens planering inte var klar vid inläggningen. De tre sistnämnda inslagen i avdelningens behandling, dvs kontaktpersoner, ronder och behandlingskonferenser, var de arbetsforum som fanns rörande målsättning för patientens vistelse på avdelningen, och planering av hur denna skulle uppnås.

Personalrelaterade forum

Arbete med missbrukare, särskilt i tvångsvård, ställer stora krav på personalen. För att underlätta personalens arbete, motverka att personal sjukskriver sig eller slutar p g a utbrändhet, fanns en särskild arbetsstruktur. Målsättningen med denna struktur var att öka personalens kompetens i relaterandet till patienten, samt träna personal att etablera och hålla fungerande relationer till patienter. Detta skedde bl. a. i handledning och löpande fortbildning. Forum för att underlätta personalens inbördes samarbete fanns också. Tanken bakom var att en fungerande personalgrupp med hög kompetens mer effektivt kunde uppnå enhetens målsättning.

Team

Som tidigare nämnts arbetade personalen i team om tre personer, en sjuksköterska och två behandlingsassistenter. En av tankarna med teamkonstruktionen var att olika utbildning och erfarenheter skulle komplettera varandra. I det täta arbetet tillsammans lärde också personalen inom teamet känna varandras tillgångar och svagheter.

Teamsamtal

Varje team hade återkommande samtal med föreståndaren. Samtalens syfte var att underlätta teamets fungerande, genom att arbeta med

rollfördelning och kommunikationssvårigheter, och ge möjlighet till feedback inom teamet.

P-grupp

All personal hade p-grupp var 14:e dag, som leddes av utifrån kommande p-gruppsledare. P-gruppen var ett konfliktlösande forum där personalens inbördes relationer togs upp. För att kunna arbeta tillsammans måste personalgruppen tränas i konfliktlösning. Personalgruppens fungerande återspeglar sig i hela avdelningsarbetet, vilket gör p-gruppen till ett centralt arbetsforum.

Handledning

Avdelningen hade två kompletterande former för handledning av personal. Målsättningen med handledning var att bättre förstå patientens agerande, och även sitt eget agerande (som personal) i relation till patienten. Tyngdpunkten eller fokus för handledningen var således överförings / motöverföringsreaktioner och ramfaktorer (se Fridell 1984).

Grupphandledning

Grupphandledningen leddes av en utifrån kommande handledare 1gång / vecka. All personal som var i tjänst närvarade. Till varje handledningstillfälle skulle material vara förberett från minst en samtalsgrupp med patienter under den gångna veckan. Utöver detta kunde problemställningar rörande enskilda patienter tas upp.

Kontaktmannahandledning

Kontaktpersoner hade handledning med avdelningens psykolog var 14:e dag, där situationer, samtal och problem rörande den patient man var kontaktperson för presenterades. Arbetet med den enskilde patienten kunde här följas över en längre tid.

Internutbildning

För att bibehålla och utveckla personalens kompetens hade personalgruppen också tid avsatt för internutbildning var 14:e dag. Ett viktigt mål var att här ta tillvara och sprida den kunskapsom fanns inom personalgruppen.

Stormöte - demokratiskt arbetssätt

Ett ytterligare sätt att motverka utbrändhet hos personalen på Avgiftningsenheten var att ge personal inflytande och göra dem delaktiga i beslut som rörde arbetet på avdelningen. Tanken var att delaktighet och inflytande bidrar till ett ökat ansvarstagande i arbetet. Detta skedde bl.a. genom att all personal samlades till stormöte 1 gång / månad. Frågor rörande avdelningens policy och förändringar av verksamheten diskuterades här, och beslutfattades.

LVM-vård i praktiken

Då tvångsvård kan gå till på många olika sätt, ske i olika former, och föreställningarna om vad som egentligen sker och görs är så varierande, ska vi här försöka beskriva ett sätt som tvång har bedrivits i praktiken, dvs i vardagen på Avgiftningsenheten.

Ansökan om LVM

Socialsekreterare skulle ansöka om plats på Avgiftningsenheten när ett LVM aktualiserades. För att avdelningen sedan skulle kunna ta emot patienten krävdes att LVM-domen fanns på avdelningen. Vid ett omedelbart omhändertagande (§13) kom patienten direkt till avdelningen, utan detta ansökningsförfarande, under förutsättning att en ledig plats fanns.

Inläggning

Sättet på vilket LVM-patienten kom till avdelningen varierade, antingen själv, tillsammans med socialsekreterare eller annan öppenvårdskontakt, eller med polis. Om patienten kom med polis hade han / hon varit efterlyst från avdelningen för att LVM-dom hade fallit, eller också var patienten omedelbart omhändertagen. När patienten kom visades han / hon in i det samtalsrum som låg avskilt i anslutning till avdelningen. En personal satte sig med patienten och försökte skaffa sig en uppfattning om dennes tillstånd - var patienten påverkad, i så fall av vad, och hur mätte patienten i övrigt. Om patienten var "stökig" eller mycket påverkad kunde två personal behöva stanna hos patienten. Läkare kallades till avdelningen, eller, om så inte var möjligt (se ovan), gick personal, oftast tillsammans med den polis som kommit med patienten, till infektionskliniken för läkarundersökning och visitering av patienten.

Patienten tilldelades rum, visades runt på avdelningen, medicinering diskuterades, och patienten förväntades sedan ingå i avdelningens vanliga rutiner och schema. Omhändertagandet av patienten varierade naturligtvis med exempelvis graden av påverkan och tillgänglighet hos denne, men i de flesta fall som avdelningen tog emot en ny LVM-patient var det just så odramatiskt. Patienten var däremot oftast avvaktande inför vad som väntade (om han / hon inte varit på avdelningen förr). Detta tog sig vanligen uttryck i att patienten "låg lågt", dvs avvaktade för att se vad "detta var för ett ställe". Många gånger fick personal höra från medpatienter som var bekanta med den nyanlände, att denne haft många frågor om avdelningen - hur personalen var, vad som gick för sig att göra och inte. Ibland förekom testningar redan i inledningsskedet från patientens sida t ex "jag har hört att om man bråkar här så får man LVM-et avskrivet". Det förekom naturligtvis också att patienten bråkade, dvs sparkade och skrek "jag ska inte vara här", "jag ska rymma härifrån" etc, men det tillhörde undantagen. För personalen var det viktigt att bemöda sig om ett gott omhändertagande, då det kom att utgöra patientens första intryck och idé om avdelningen. Det innebar tex att visa patienten att denne var välkommen, att man var intresserad av patienten och dennes problem, men också att markera för patienten hur man uppförde sig på avdelningen.

Vistelsen på avdelningen

LVM-patienten ingick sedan i avdelningens vanliga struktur, dvs förväntades delta i avdelningens schema, samtalsgrupper, lämna droganalys etc. LVM-patienten hade dock, till skillnad från frivilliga, utgångsförbud den första tiden på avdelningen. Utegångsförbudet fanns för att personal skulle kunna etablera kontakt med patienten. Risken var annars stor för rymning. Detta utgångsförbud varade dock vanligen inte mer än en till två veckor, om inte rymningar eller annat utagerande talade emot att det hävdades. Det var mycket viktigt för personalen att arbeta intensivt den första tiden med att etablera en relation till patienten, exempelvis att snabbt utröna vad patienten behövde hjälp med och kunna erbjuda en "vettig" kontakt, där patienten inte behövde ljuga, eller göra sig själv och sina problem mer besvärliga än de var. Mycket arbete koncentrerades därför på att få patienten att prata med personalen om sig själv och det som berörde honom / henne. LVM-patienten fick därför också två kontaktpersoner genast till skillnad från de frivilliga patienterna.

Utagerande - former och åtgärder

Även om det första mötet med avdelningen oftast var odramatiskt, så förekom naturligtvis "testningar" av avdelningens gränser, och försök att spräcka dem, senare. Vägran att delta i samtalsgrupper, vägran att lämna droganalys, kasta saker, behandla personal ovänligt, ilsket, skrika, försök att rymma, och försök till intag av droger var de vanligast förekommande. Direkt hot mot personal var däremot inte vanligt, men har naturligtvis förekommit.

Ibland lyckades patienten i sina försök att rymma, och även i att ta in droger. Merparten av rymningar skedde när patienten var ute tillsammans med personal (alltså när patienten inte längre hade utgångsförbud). Bryta upp låsta fönster, hoppa ut genom ett tillfälligtvis (och av misstag) obevakat öppet fönster, tränga sig ut genom en ytterdörr som öppnas för någon annan, var andra rymningsätt.

Intag av droger kunde ske på de mest skiftande sätt. Enklarest var kanske att ringa och be någon "plantera", dvs lägga droger exempelvis i en blomkruka i entrén, tejpa fast den under disken i pressbyrån, eller helt enkelt stämna möte med någon när man är ute med personal. Om patienten hade utgångsförbud kunde man be någon kasta upp något genom ett fönster som var öppet för vädring, eller hala upp det i vädringslucka med hjälp av snöre eller tråd. Att be någon komma och lämna blommor, kassetband, cigaretter eller liknande, där droger fanns gömda var ett annat sätt. Även med en aldrig så uppmärksam personal, som visiterar allt som kommer till avdelningen, kan aldrig drogintag helt undvikas.

En patient som vägrade att samarbeta genom exempelvis att inte vara med på grupp, eller inte lämna droganalys, inte vilja prata med personalen, kunde bemötas på olika sätt. En frivillig patient kunde skrivas ut av sådana skäl men naturligtvis inte LVM-patienten. Patienten konfronterades inledningsvis alltid av personalen, då det ibland fanns skäl till patientens beteende, dvs patienten hade problem som han / hon skulle behöva prata om. Personal kunde också välja att "frysa ut" patienten, dvs "om du inte ställer upp på oss, så ställer vi inte upp på dig". Det måste dock alltid finnas en möjlig öppning i kontakten som patienten kan se, dvs

han / hon måste förstå budskapet "om du bara uppför dig lite hyggigare så är vi också tillmötesgående". Viktigt i detta arbete var att det fanns en positiv grundstämning på avdelningen, och i den övriga patientgruppen. Personalens ogillande kanske patienten kunde stå ut med, men att känna andra medpatienters avståndstagande blev i längden för besvärligt. De flesta narkomaner är därvidlag lika alla andra människor, dvs har behov av att kunna delta och bli accepterade i en gruppgemenskap.

Behandlingskonferenser - fortsatt planering

Som tidigare nämnts blev det för LVM-patienter nästan undantagslöst aktuellt att sammankalla behandlingskonferens. Behandlingskonferenser utgjorde navet i arbetet med patientens fortsatta planering. Varje LVM-dom förutsatte någon slags vårdplan (se LVM-procedur), dvs en plan för patientens vård under LVM-tiden och för den fortsatta rehabiliteringen, ska finnas. Vanligtvis fanns också en sådan. Dessa planer var dock inte alltid så lätta att genomföra i praktiken av flera, och olika, skäl. Ett sådant skäl kunde vara att patienten inte ville, eller ansågs sig behöva, behandling. Detta var dock inte det vanligaste. Vanligare var exempelvis att patienten sade sig vilja till ett annat behandlingshem än det som fanns i vårdplanen. Vårdplaner kunde ibland också vara tämligen orealistiska.

Fallbeskrivning 1: Man med tablettmissbruk sedan 25 år tillbaka, med ett otal vårdförsök, såväl frivilligt som med hjälp av tvång, bakom sig. Vårdplanen säger att LVM ska möjliggöra att patienten blir drogfri så att han kan påbörja en utbildning. Vårdplanen bedöms av avdelningen som orealistisk. En långsam, och för patienten mycket ångestfylld, nedtrappning, blir istället avdelningens målsättning. Patienten skrivs så småningom ut till öppenvård, vilket fungerar under en tid. Under utslussningsfasen upplever avdelningen brist på hjälp och stöd till patienten från öppenvården. Patienten, som är institutionsvan, är relativt trygg på avdelningen, men desto mer otrygg utanför, nu också med ett minimum av tabletter.

Vårdplaner blev ibland också omöjliga att genomföra, exempelvis när den i vårdplanen tänkta behandlingsinstitutionen inte ville, eller kunde, ta emot patienten.

Fallbeskrivning 2: 25-årig amfetaminmissbrukande kvinna som tidigare har vårdats frivilligt på ett motivationshem. Enligt vårdplanen ska patienten åter dit, eftersom den förra vistelsen fungerade relativt bra. Motivationshemmet tycker sig av många olika skäl inte kunna ge kvinnan rätt vård. Olika andra behandlingsalternativ börjar då diskuteras. Patienten vill till ett behandlingshem, socialsekreteraren vill att patienten ska åka till ett annat. Ett problem med socialsekreterarens önskemål är att detta behandlingshem inte tar emot LVM-patienter. Socialsekreteraren vill ändå inte godta att LVM upphävs, för att möjliggöra en placering. Det blir många konflikter mellan avdelningen och socialsekreteraren som en följd av detta. Patienten kan slutligen åka till det av socialsekreteraren föreslagna behandlingshemmet. Avdelningen och behandlingshemmet har då överenskommit att LVM ska upphävas samma dag som patienten flyttar till behandlingshemmet.

Varje läsare kan, utifrån dessa fallbeskrivningar, föreställa sig alla svårigheter, många konferenser, konflikter, som lätt blev följden när planeringar skulle göras. Fallbeskrivningarna aktualiserar också frågan vad som går att uppnå med ett LVM, och 6 månaders maximal vårdtid. Avdelningens syn har därvidlag varit, att om man kan få patienten avgiftad, och villig att prova ett rimligt vårdalternativ, har LVM varit befogat och till nytta (se slutkommentar).

KAPITEL 3: METODER I UNDERSÖKNINGEN.

För att samla in data konstruerades ett formulär med frågor rörande de områden, och frågeställningar vi hade (se problemformulering). Formuläret indelades efter tema. Den kom slutligen att innehålla följande teman för samtliga patienter och vårdtillfällen: patientens bakgrund, tidigare vård, missbruk, ansökningsprocedur till LVM, vistelse på avdelningen, uppföljning och aktuellsituation (se bilaga 1).

Varje patient och vårdtillfälle fick sedan ett nummer, och alla insamlade data nedtecknades i formuläret. Uppgifter inhämtades för alla patienter och vårdtillfällen från flera olika källor.

Källor

Vi gick igenom samtliga patienters journaler på avdelningen. I journalerna fanns uppgifter om vårdförloppet på avdelningen, patientens somatiska och psykiska status, och i varierande grad uppgifter om patientens bakgrund och om olika skeenden under vårdtiden.

Vi gick också igenom samtliga LVM-utredningar och LVM-domar på Länsstyrelsen i Malmö, för att kunna hitta uppgifter om LVM-ansökan, procedur, och domskäl, men också för att en del av utredningarna innehöll uppgifter om patienternas bakgrund som vi saknade.

Vi ansökte och fick tillstånd till utdrag ur Rikspolisstyrelsens (RPS) register över åtal och domar på samtliga patienter. Detta gjordes bl.a. därför att tidigare undersökningar av narkomanpopulationer visar ett klart samband mellan pågående narkotikamissbruk och kriminalitet (se bl.a. Andersson et al, 1986). Graden och arten av tidigare kriminell involvering säger också något om patientens tidigare liv, och därför om vilka problem som möter behandlaren i vården på avdelningen. Då RPS register utgör de mest exakta uppgifter vi kan få, tillåter de också jämförelser av tillförlitligheten hos andra källor, exempelvis uppgifter från patienterna själva.

Brister i källmaterial

Journalmaterialet befanns vara otillräckligt fr a vad gällde patienternas bakgrundshistoria men ibland också i uppgifter om vårdförlopp, och måluppfyllelsen vid vårdtillfället. Socialutredningar, och LVM-utredningar, var också fram förallt bristande i uppgifter om patientens bakgrund, dvs uppväxtförhållanden men också i uppgifter om t ex tidigare narkomanvård. Rikspolisstyrelsens register är inte fullständigt såtillvida att de patienter som har avlidit efter 1 år försvinner ur registret. En patient hade vi felaktigt personnummer på varför vi inte kunde få uppgifter om henne.

Andra källor

Vi har båda arbetat på Avgiftningsenheten under olika tidsperioder (DT 1986-1987, 1989 -1992, KHN 1988-1992). Vi hade därför personlig kännedom om en stor del av patientgruppen, och om vårdförloppet på avdelningen. Vi har dessutom tidigare arbetat inom narkomanvården i Lund (och skyddskonsulenten Lund KHN), vilket gjorde att vi hade en hel del kunskaper även om de patienter som kom därifrån.

Vi har också, när data i olika källor var bristfälliga, intervjuat personal på avdelningen som arbetade med dessa patienter (t ex patientens kontaktmän).

Intervjuer med patienter har gjorts i efterhand med 5 personer. Intervjuerna gjordes för att vi också ville ha patienters syn på vad LVM hade inneburit för dem. Dessa intervjuer gjordes i anslutning till att patienterna ånyo vårdades på avdelningen (3 frivilligt och en på nytt LVM), en intervju gjordes när patienten var intagen på förnyat LVM på annat LVM-hem. Vi sökte också några patienter som ej var i vård för intervju, men utan framgång. Någon ville inte ställa upp och ytterligare ett par fick vi aldrig tag på. Av tidskäl fick vi därför begränsa oss till de fem gjorda intervjuerna.

I intervjuerna tog vi upp patienternas bakgrund för att skaffa kompletterande information till vad vi redan visste. Trots att det här rör sig

om få intervjuer, visar sig att den andrahandsinformation vi hade, och även vår egen kunskap om patienternas tidigare liv ibland var mycket fragmentarisk. Intervjuerna gjordes också för att belysa patienternas syn på tvångssituationen och vården på avdelningen. Intervjuerna bandades inte då flera patienter kände obehag inför detta, men anteckningar gjordes under intervjun, som nedtecknades i sin helhet direkt efteråt.

Databearbetning

All information om varje patient och vårdtillfälle samlades i manualen. Uppgifter ur denna överfördes sedan till ett dataunderlag enligt en särskilt konstruerad kodningsmanual (se bilaga 2). Materialet databearbetades med frekvensberäkningar och korstabulerades med chi-2 beräkningar utifrån särskilda frågeställningar. Materialets litenhet (57 individer och 65 vårdtillfällen) gör dock att korstabeller oftast visar tendenser snarare än statistiskt säkerställda skillnader. Vi avstår därför att redovisa chi-2 beräkningar och har i möjligaste mån försökt jämföra vår patientgrupp med andra grupper av vårdade narkomaner. Vi har då särskilt lagt tonvikt vid bakgrundsdata (uppväxt, missbruk, tidigare vård), för att utrona om och på vilket sätt denna patientgrupp skiljer sig från andra grupper.

Uppföljning

Vi var inte bara intresserade av utfallet av LVM-vården på avdelningen på kort sikt (hur var situationen vid utskrivning) utan också av att se hur det gick för denna grupp patienter i ett längre tidsperspektiv. Vi kartlade därför hur patienterna levde årskiftet 1991/92, dvs samtidigt som vår undersökningsperiod tog slut. Uppföljningstiden för varje patient varierar därför mellan ett par månader och 5 år.

Uppgifter till uppföljning har vi fått på många olika sätt genom olika personers kännedom. Vanligt är t ex att patienter på avdelningen berättar hur det har gått för andra narkomaner de känner. F.d. patienter ringer ibland till avdelningen och berättar "nyheter". Personal möter ofta patienter ute på stan, som ibland stannar och pratar. Ofta är det uppenbart om någon är inne i ett aktivt missbruk. Malmö och Lund är på detta vis "småstäder" jämfört med Stockholm, och det har därför inte varit

svårt att få uppföljningsdata om de patienter som fortfarande finns i regionen. Exempelvis har avdelningen alltid fått reda på, nästan omedelbart, när någon har avlidit. Dessa uppgifter har alltid kontrollerats och visat sig stämma. Vi har heller aldrig uppfattat, eller fått belägg för, att f.d. patienter har ljugit om sitt missbruk, antagligen för att deras situation ändå är välkänd.

Vi har i en del fall tagit kontakt med personal som arbetar med dessa patienter i öppenvård, för att ta reda på, och verifiera, uppgifter vi har fått. Överensstämmelsen mellan de olika källorna har visat sig mycket stor, den enda tendens vi har funnit är att vi har fått fler uppgifter om aktuellt missbruk från patienterna själva, än från öppenvårdspersonalen. Vi har då valt att tro på narkomanernas uppgifter.

Bortfall

Vi har, precis som andra undersökningar av en grupp människor, ett visst bortfall på vissa variabler. Bortfallet är störst på olika bakgrundsvariabler såsom patientens uppväxt och tidigare vård. Den tendens vi kan urskilja i bortfallet är att ju mindre kontakt patienten har haft med vård, desto mindre uppgifter har vi. Dock är det endast i några fall där bortfallet finns på många olika variabler, vilket gör att vi ändå kan dra vissa slutsatser. På variabler med ett förhållandevis stort bortfall har vi försökt värdera bortfallets betydelse.

KAPITEL 4: PRESENTATION AV PATIENTGRUPPEN

Den grupp narkomaner som här presenteras utgörs av samtliga personer som har vårdats på Avgiftningsenheten enligt LVM under tidsperioden oktober 1986 tom december 1991.

Gruppen består av 57 individer som sammanlagt har haft 65 vårdtillfällen enligt LVM på Avgiftningsenheten under ovannämnda period. Sju personer har haft mer än ett LVM-vårdtillfälle, varav sex har haft två och en person tre.

Av patienterna är 38 kvinnor (66.7%) och 19 män (33.3%). Andelen kvinnor är således hög jämfört med andra narkomanpopulationer (se bl.a. Andersson et al 1984 och 1986, Lindberg och Ramström 1977, Frykholm et al 1976, Haastrup och Jepsen, 1984). Vanligtvis utgör kvinnor 1/4 till 1/3 av narkomanpopulationer i vård. Vid en undersökning av samtliga patienter på Avgiftningsenheten åren 1986 t o m 1988 var andelen kvinnor 44%, 1989 var andelen kvinnor i hela patientgruppen 26,8% (verksamhetsbeskrivningar, Avgiftningsenheten, 1988 och 1991). Att kvinnliga narkomaner oftare blir föremål för LVM-vård bekräftas av länsstyrelsens statistik över LVM-domar i Malmöhus län 1991. Då hade 12 kvinnliga mot 9 manliga narkomaner dömts till LVM i Malmö och Malmöhus län (Stencil, 1992).

Patienterna är vid det första LVM-vårdtillfället mellan 20 och 40 år, medelåldern är 28 år. LVM-patienterna är genomsnittligt något yngre än övriga patienter på avdelningen (medelåldern i avdelningens patientgrupp 1989 var 29 år). Medelåldern för tvångsvårdade kvinnor är 27.6 år och för män 27.7 år.

Flerfallet patienter var mantalsskrivna i Malmö kommun. Av de totalt 65 vårdtillfällena har 12 initierats av Lunds kommun och 5 av andra kommuner. Dessa patienter var således mantalsskrivna, eller vistades permanent, på annan ort än Malmö.

Missbruk

Det stora flertalet patienter har debuterat i missbruk i tonåren. Några har debuterat redan i 8-9 års åldern och har då vanligen prövat alkohol och sniffat lösningsmedel. Enstaka patienter har en sen missbruksdebut, dvs var över 20 år när de debuterade.

De preparat som patienterna vanligen debuterar med är: hasch, alkohol och olika sniffningspreparat (thinner, lim etc) eller ofta en blandning av dessa preparat.

Tabell 1: Antal år av kontinuerligt, intensivt missbruk.

Missbruk	Antal pat.	%
Ej intensivt	2	3.5
<= 5 år	18	31.6
6-10 år	20	35.1
11-15 år	9	15.8
>=15 år	8	14.0
Totalt	57	100.0

Vid beräkning av den ungefärliga längden av intensivt missbruk har vi räknat bort längre drog fria perioder, t ex längre vistelser på behandlingshem. Detsamma gäller perioder under tonåren, som för en del av patienterna har varit en tid där missbruk har varit mera sporadiskt. Med intensivt missbruk menar vi att drogen har börjat styra missbrukarens liv och han / hon nästan dagligen använder droger. Detta ger en mer rättvisande bild av patienternas missbruk än vad som blir fallet om man räknar alla år från missbruksdebuten och framåt. I så fall skulle mycket få patienter ha haft en missbrukstid på mindre än 10 år.

Det finns stor spridning i hur länge patienterna har missbrukat. Två kvinnor hade vid tiden för LVM-vården endast haft ett experimenterande missbruk av kort varaktighet, och har därför aldrig haft ett intensivt missbruk i den mening vi här avser. Ytterligare en kvinna hade haft en mycket kort, men intensiv och destruktiv missbrukstid. Andra patienter har

missbrukat i över 20 år. Män har i genomsnitt en något längre missbrukstid än kvinnor, 7 resp 5 år.

Tabell 2: Dominerande missbrukspreparat

<u>Preparat</u>	<u>Antal Patienter</u>	<u>%</u>
Alkohol	4	7.0
Sniffning	1	1,8
Hasch	5	8.8
Amfetamin	17	29.8
Opiater	14	24.6
Tabletter	3	5.3
Blandning	13	22.8
<hr/>		
Totalt	57	100.0

Vid bedömning av patienternas dominerande missbruk genom åren har det missbruk som sammantaget har pågått längst och varit mest intensivt, kodats. Blandmissbrukare utgör därför en grupp patienter där inget sådant missbruk går att urskilja, då dessa hela tiden missbrukar flera preparat. Vanligen rör det sig då om ett blandmissbruk av hasch, tabletter och opiater eller hasch, alkohol, tabletter och ibland amfetamin. De flesta patienter (dvs även de där vi har urskiljt ett dominerande missbruk) har också ett sidomissbruk av hasch, tabletter och / eller alkohol. Indelningen är dock inte så godtycklig som det kan förefalla. Under en längre tidsperiod är det oftast lätt att urskilja ett dominerande (favorit) missbrukspreparat. Det blir också tydligt när något sådant inte finns.

Andelen patienter med olika dominerande preparat motsvarar ungefär andelen i den patientgrupp som vårdades på avdelningen 1986 t o m 1989 (frivilliga och på LVM). Gruppen amfetaminmissbrukare är något större i hela patientgruppen än bland LVM-patienterna. Missbruket i denna grupp av LVM-patienter skiljer sig från andra undersökningar av LVM-vårdade patienter i Sverige (Bjurner, 1992, Franér och Ågren, 1990, Fernstedt, 1992). Blandmissbruk finns i dessa undersökningar inte med som kategori för narkomaner. Om detta belyser en faktisk skillnad eller snarare utgör en skillnad i sättet att kategorisera kan vi inte avgöra. Dock är det ett allmänt känt faktum att det i Skåne finns god tillgång på tabletter (bensodiazepiner och kodeinpreparat).

Större delen av patienterna har injicerat narkotika, 82.6%. De som inte har haft någon injektionsmissbruk utgörs av tablettmissbrukare och i något fall alkohol och / eller haschmissbrukare.

Tabell 3: Aktuellt missbruk senaste halvåret före LVM.

Preparat	Antal vårdtillf	% av vtf
Alkohol	3	4,7
Sniffning	1	1,6
Hasch	1	1,6
Amfetamin	18	28,1
Opiater	12	18,8
Tabletter	6	9,4
Blandmissbruk	23	35,9
Totalt	64	100,0

Om ett vårdtillfälle saknas säkra uppgifter.

Vi har också undersökt patienternas missbruk det senaste halvåret innan LVM kom till stånd. Vi finner då framför allt en ökning av blandmissbruk. Detta skulle kunna tyda på att dessa patienter har fått svårare att upprätthålla och finansiera sitt missbruk, därför blandat mera, och att patientens försämring noterats av någon som sedan har initierat en LVM-anmälan.

Social Bakgrund

Det är sedan tidigare känt att många narkomaner har haft svåra uppväxtförhållanden med bl.a. separationer och missbruk bland nära anhöriga (se bl.a. Fridell 1991, sid 91-97).

I vår patientgrupp har 44 av 53 patienter (för 4 saknas uppgifter) varit med om en eller flera traumatiska händelser under sin uppväxt (tom 16 år). Som traumatiska händelser räknas: skilsmässa, fosterhemsplaceringar, moderns, faderns eller andra vårdnadshavares död, vistelser på barnpsykiatrisk klinik, andra institutionsvistelser (ej ungdomsvårdsskola), incest, andra separationer från vårdnadshavare än skilsmässa och dödsfall.

Tabell 4: Antal traumatiska händelser under uppväxten.

Antal	Antal patienter	%
0	9	17.0
1	13	24.5
2	12	22.6
3	7	13.2
4	11	20.8
5	1	1.9
<hr/>		
Totalt	53	100.0

Om 4 patienter saknas uppgifter helt.

Sammanlagt har de 44 patienterna, med av oss kända barndomstrauma, varit med om 107 olika sådana händelser under sin uppväxt, dvs i genomsnitt 2.4 per patient. Vi vill understryka att dessa utgör av oss kända händelser. Vi har inte haft tillfälle att intervjua varje patient. Uppgifterna kommer från socialutredningar och ibland från vad patienten har berättat under sin vårdtid på avdelningen. Ovanstående tabell säger inte heller något om det emotionella klimatet i patientens hemmiljö, men vi kan anta att upprepade traumata i barndomen skapar svårigheter senare i en individs liv. I jämförelse med andra undersökta grupper av narkomaner är denna grupp tidigt och i hög grad belastade med barndomstraumata. I SWEDATE-projektet (Olsson, 1988) fann man att 61% av missbrukarna kom från splittrade hemmiljöer mot 83% i denna grupp. I en undersökning av sjukhusvårdade narkomaner i Lund kom 45,5% av patienterna från splittrade uppväxtmiljöer (Andersson et al, 1986).

Vi kan också anta att ju tidigare i en individs liv en sådan händelse inträffar, desto sämre möjligheter har individen själv att bearbeta problemet, och är därför i högre grad beroende av omgivningens hjälp.

Tabell 5: Ålder vid första traumatiska händelse.

Ålder	Antal pat.	%
<= 6 år	21	47.7
7-12 år	15	34.1
13-16 år	8	18.2
<hr/>		
Totalt	44	100.0

Observera att tabellen, av självklara skäl, enbart tar med de patienter där känt trauma finns.

En stor andel patienter har således varit med om flera traumatiska upplevelser under den tidigare barndomen. I denna redovisning av traumata finns inte medräknat missbruk i familjen, psykisk sjukdom hos närstående eller ungdomsvårdskoleplacering, vilka redovisas separat nedan.

Fallbeskrivning 3: Patienten uppväxt med både moder och fader. Modern var tablettmissbrukare och fadern alkoholist. Under patientens uppväxt förekom ständiga konflikter med misshandel inom familjen. En äldre bror till patienten insjuknade i schizofreni, och tog senare livet av sig. Patienten aktualiseras på bampsykiatrisk klinik första gången vid fem års ålder (enligt vad patienten själv minns), p g a att han var besvärlig. Enligt patienten själv skyddade han hela tiden sina föräldrar, och berättade därför aldrig om hemförhållandena för någon. Patienten fosterhemsplacerades vid 7 års ålder efter förnyad vistelse på bampsykiatrisk klinik. Han bodde ett par år hos släktingar men flyttades sedan hem till föräldrarna igen. Han började sniffa olika lösningsmedel vid 11 års ålder, "det var första gången jag mådde bra i hela mitt liv" (citat intervju med pat).

Fallbeskrivning 4: Patienten uppväxt med mor, far och syskon. Modern hade problem med tablettmissbruk. Fadern dog när patienten var 12 år gammal. Patienten fosterhemsplacerades strax därefter, men kan inte minnas varför detta skedde. Missbruk och en galopperande ungdomskriminalitet gör att patienten sedan tillbringar sin tonårstid placerad på olika ungdomsvårdsskolor och i ungdomsfängelse.

Fallbeskrivning 5: Denna kvinnliga patient blev vid ca 1 års ålder lämnad i 3 dygn ensam i en lägenhet av sin mor (och möjligen far). Fadern var missbrukare, moders förhållanden är för patienten okända. Patienten omhändertogs och placerades hos sina farföräldrar. Farfadern var alkoholist, farmodern sjuklig. När patienten är 11 år gammal dör farmodern.

Tabell 6: Missbruk hos vårdnadshavare.

	Antal pat.	%
Nej	14	24.6
Båda	3	5.3
Moder	12	21.0
Fader	13	22.8
Mor/far- föräldrar	1	1.7
Uppgift saknas	14	24.6
Totalt	57	100.0

Som motsvårighet till moder eller fader har räknats fosterföräldrar eller motsvarande om dessa har varit patientens vårdnadshavare under större delen av barndomen.

Siffrorna i denna population är relativt höga jämfört med andra undersökningar av vårdade narkomaner, även då hänsyn är tagen till den relativt höga andelen patienter där uppgift saknas. (jfr bl.a. Andersson et al, 1986, där andelen narkomaner med missbrukande föräldrar var 33%).

I 14 patienters familjer har också någon vårdnadshavare vårdats för psykisk sjukdom under patientens uppväxt (24.6% av patientgruppen). Vi saknar även här uppgifter om en stor del av patienterna (22 st) varför den reella siffran kan antas vara något högre. Även i detta avseende är den här patientgruppen mer belastad än vad som anges i andra undersökningar. I en studie av 562 sjukhusvårdade narkomaner fann man att 18% av patienterna hade haft psykisk sjukdom i familjen (Andersson et al, 1986).

Utöver tidigare nämnda institutionsvistelser under uppväxten har 16 patienter vårdats på ungdomsvårdskola. Flertalet patienter som placerades på ungdomsvårdskola är män (9 eller 56.3%). Vanligen har placeringen skett i tidigare tonåren och det är inte ovanligt att dessa patienter har tillbringat en stor del av sin tonårstid på olika ungdomsvårdskolor.

Tabell 7A: Ungdomsvårdsskola / Antal åtal.

<u>UVS</u>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
<u>Antal åtal</u>		
0	0 (0,0)	6 (17,1)
1 -10	7 (43,8)	19 (54,2)
11-25	7 (43,8)	10 (28,6)
>= 26	2 (12,5)	0 (0,0)
<hr/>		
Totalt	16 (31,4)	35 (68,6)

Siffror inom parentes utgör %. Om 6 personer saknas uppgift om ungdomsvårdsskoleplacering.

Tabell 7B: Ungdomsvårdsskola / strängaste straffpåföljd.

<u>UVS</u>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
<u>Påföljd</u>		
Ej dömd	0 (0,0)	6 (17,1)
Böter / vill- korligt / skydds- tillsyn	3 (18,8)	14 (39,8)
Fängelse	13 (81,2)	15 (42,8)
<hr/>		
Totalt	16 (31,4)	35 (68,6)

Siffror inom parentes utgör %. Om 6 personer saknas uppgift (se ovan). Uppgifter om antal åtal och straffpåföljder är hämtade ur Rikspolisstyrelsens register över åtal och domar.

Av tabellerna ovan framgår att vistelserna på ungdomsvårdsskola knappast har gjort dessa personer mindre kriminella.

Ur Rikspolisstyrelsens register har vi även fått uppgifter om vid vilken ålder patienterna dömdes första gången.

Tabell 8: Ålder vid första dom.

<u>Ålder</u>	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>Totalt</u>
<= 16 år	11 (57.9)	8 (21.1)	19 (33.3)
17-20 år	4 (21.1)	10 (26.3)	14 (24.6)
21-25 år	3 (15.8)	7 (18.4)	10 (17.5)
>= 26 år	1 (5.3)	4 (10.5)	5 (8.7)
<hr/>			
Totalt	19 (39,6)	29 (60,4)	48 (84,1)

Siffror inom parentes utgör %. Uppgifter saknas om tre kvinnor som är avlidna. Övriga 6 kvinnor som ej är medräknade är aldrig dömda (se nedan kriminalitet).

Som framgår av tabellen ovan har flertalet patienter tidigt varit kriminellt aktiva, då särskilt de manliga patienterna. Av dessa har 80% dömts före 20 års ålder. De vanligaste ungdomsbrotten är olika former av tillgreppsbrott, såsom stölder, snatterier och inbrott.

Tabell 9: Patienternas utbildningsnivå.

<u>Utbildningsnivå</u>	<u>Antal pat.</u>	<u>%</u>
Ej genomfört		
grundskola	13	22.8
Grundskola	27	47.4
Utbildning över grs	10	17.6
Uppgift saknas	7	12.3
<hr/>		
Totalt	57	100.0

Patienterna har genomgående låg utbildningsnivå. Resultaten stämmer väl överens med andra grupper av vårdade narkomaner (Se bl.a. Andersson et al, 1986).

Ungefär 30% av patienterna har någon gång haft regelbundet arbete. För att räknas som regelbundet har krävts att arbetet varade i minst ett år, och att patienten inte var sjukskriven eller frånvarande under långa perioder. Övriga patienter har endast haft sporadiska arbeten, exempelvis enstaka beredskapsarbete eller praktikplatser av kortare varaktighet. Några

patienter har aldrig haft ett arbete. En jämförelse med vårdade narkomaner på S:t Lars sjukhus under 1970-talet visar att 78% av patientgruppen där, hade haft regelbundet arbete (Andersson et al, 1986). Skillnaden kan delvis förklaras av att det på 1970-talet fanns större möjligheter till arbete, även för "udda" individer.

Tidigare missbruksvård.

Tabell 10: Tidigare missbruksvård.

<u>Vårdform</u>	<u>Antal pat.</u>	<u>%</u>
Ingen	3	5.4
Endast Öppenvård	2	3.6
Avgiftning	10	17.6
Behandlingshem eller motsvarande	34	60.7
Behandlingshem och LVM-vård	7	12.5
<hr/> Totalt	<hr/> 56	<hr/> 100,0

Om en patient saknas uppgifter.

Flertalet patienter har alltså tidigare varit i behandling för sitt missbruk på behandlingshem eller i familjehem. Det bör här påpekas att tabellen ovan endast visar vilken vårdform som har varit den mest ingripande och varaktiga för varje patient. Det innebär att de som har vistats på behandlingshem nästan undantagslöst också har avgiftats i slutna vård och haft öppenvårdskontakter, vid ett eller flera tillfällen under sin missbrukstid (se nedan).

Tre av patienterna har aldrig vårdats för missbruk, inte heller i öppenvård. En av dessa patienter hade sedan 20 år tillbaka upprepade gånger vårdats för schizofreni. De två andra hade haft god tillgång på narkotika under sin relativt korta missbrukstid och var båda involverade i försäljning av heroin.

7 av patienterna har varit föremål för LVM-vård tidigare på andra institutioner. På LVM-hemmet Rålambshov hade 38.5% varit dömda till

LVM minst en gång tidigare (Bjerner 1992). Studien om Håkanstorp visar att 22% året före vistelsen hade varit intagna enligt LVM (Fernstedt 1992).

16 av patienterna har gjort vårdförsök i frivillig form på Avgiftningsenheten före LVM.

Vi har undersökt den tidigare vårdhistorien hos 43 av individerna i patientgruppen. Övriga 14 patienter har vi en otillräcklig kunskap om. Uppgifterna om de 43 personerna är antingen hämtade från dokumentation såsom journaler eller socialutredningar, eller från vår personliga kännedom om patienterna. Dessa 43 patienter hade tillsammans vårdats vid 81 tillfällen på olika institutioner före LVM (oftast på behandlingshem), dvs nästan 2 tillfällen per individ. Därutöver fanns inom samma grupp, 9 olika placeringar i familjehem.

Ett försök att på liknande sätt rekonstruera patienternas erfarenhet av avgiftning visade att 31 individer (med likaledes känd historia) hade tillsammans 167 dokumenterade avgiftningar inom vård bakom sig, dvs i genomsnitt 5.4 per patient.

Även om de patienter vi har kännedom om sannolikt är de mest "vårdvana", innebär dessa uppgifter att de allra flesta patienter har en betydande erfarenhet av narkomanvård innan de kommer på LVM till Avgiftningsenheten.

Tidigare somatisk och psykiatrisk vård.

Somatisk vård

En stor del av patientgruppen (79.2) har tidigare vårdats på sjukhus för olika somatiska åkommor.

Tabell 11: Sammanställning av tidigare somatiska sjukdomar.

<u>Sjukdom exempelvis</u>	<u>Antal ind</u>
Leversjukdomar hepatit, levercirrhos	= 19
Neurologiska Epilepsi, lesion	= 7
Gynekologi cystor, könssjukdomar, salpingit	= 8
Infektioner sepsis, stafylokockinf., meningit, lunginfl.	= 2
<hr/> Totalt	<hr/> 36

Utöver detta tillkommer enstaka fall av ortopediska ingrepp (p g a skador), hjärt / kärsjukdomar, allergier och hormonella rubbningar.

Jämförbara uppgifter om somatisk sjukhusvård för svenska befolkningen har vi tyvärr inte kunnat finna. Med tanke på patienternas ålder torde dock den höga förekomsten av sjukdomar vara till stor del relaterat till deras missbruksproblem.

Psykiatrisk vård

Tabell 12: Tidigare psykiatrisk vård.

<u>Diagnos</u>	<u>Antal pat.</u>	<u>%</u>
Organisk skada	1	1.9
Toxisk psykos	4	7.5
Psykos	7	13.2
Neuros	2	3.8
Personlighets- störning	5	9.4
Suicidförsök	4	7.5
<hr/> Totalt	<hr/> 23	<hr/> 43.4%

Om 4 patienter saknas tillförlitliga uppgifter.

Nästan hälften av patienterna har vårdats för psykisk störning eller sjukdom före LVM. De diagnoser som anges i tabellen är sådana som ställts under den psykiatriska vårdtiden och inte på Avgiftningsenheten.

Andra nordiska undersökningar av sjukhusvårdade narkomaner visar att andelen psykosor är 10% (Haastrup, 1973), 16% (Cesarec och Fridell, 1989). Här utgör psykoserna 20,7%. Dock bör noteras att de andra nämnda studierna har ställt egna diagnoser, medan vi här redovisar diagnoser patienten fått inom annan vård. I en undersökning av LVM-vårdade narkotikamisbrukande kvinnor vid Rålambshovs LVM-hem (Bjurner, 1992) hade 67,5% vårdats på psykiatrisk klinik en eller flera gånger innan LVM. Även i vår undersökning är andelen kvinnor förhållandevis stor, 47,1% av dem mot 36,8% av männen hade vårdats på psykiatrisk klinik.

Kriminalitet

Av 57 patienter har 51 (89.5%) haft ett kriminellt beteende i sådant avseende att de någon gång har blivit dömda för brott. De som inte är dömda är samtliga kvinnor. Två var tablettmissbrukare, en alkoholist, en psykiskt sjuk patient, en missbrukare av lösningsmedel och en relativt "färsk" som missbrukare.

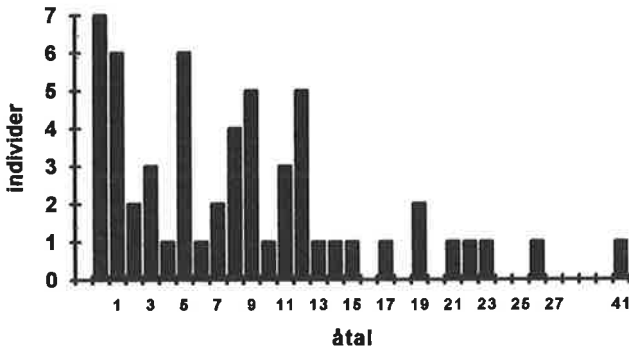
Vi har också tittat på graden av kriminell involvering genom vilka påföljder som utdömts för de brott patienterna har begått.

Tabell 13: Allvarigaste påföljd.

<u>Påföljd</u>	<u>Antal pat.</u>	<u>%</u>
Ej dömd	6	10.5
Böter eller villkorlig dom	3	3
Skyddstillsyn	17	29.8
Fängelse ≤6 mån	20	35.1
Fängelse > 6 mån	11	19.3
<hr/> Totalt	<hr/> 57	<hr/> 100.0

Uppgifterna är hämtade ur Rikspolisstyrelsens register över åtal och domar. Några individer som är avlidna finns inte längre i registret. Om dessa har vi dock kunnat skaffa vissa uppgifter. Ingen av de 6 icke dömda är avliden.

En jämförelse mellan påföljd och missbrukspreparat visar att opiatmissbrukare i högre grad än övriga har varit dömda till längre fängelsestraff. I ovanstående tabell anges enbart den allvarigaste påföljd patienten varit dömd till. En individ som har suttit i fängelse har därför med största sannolikhet även varit dömd till skyddstillsyn, böter och kanske fängelse ett flertal gånger.



Figur 3: Fördelning av antal åtal i patientgruppen.

Ett annat mått på kriminalitet är antalet åtal som har väckts mot patienten. Uppgifterna är också hämtade ur Rikspolisstyrelsens register och avser antalet gånger åtal har väckts där dom i någon form sedan har avkunnats. Varje åtal innehåller ofta flera åtalspunkter.

Exempel: En patient stjälar en bil, kör den påverkad, utan körkort och blir tagen av en polis. Några veckor senare gör han inbrott och blir tagen med en bit hasch på sig. Historien kan vara i flera månader, med nya brott, innan åtal väcks. I åtalet ingår då bilstöld, rattnykterhet, olovlig köring, inbrott, innehav och kanske försäljning av narkotika, etc. Listan med åtalspunkter kan därför vara lång vid ett åtalstillfälle.

Ofta bakas alltså många "försyndelser" ihop till ett åtal. Detta är också en följd av att många av patienterna är mycket brottsaktiva, men att varje brott i sig inte går att betrakta som grovt. När vi tittar på vilka typer av brott dessa patienter begår, visar sig att tillgreppsbrotten är den absolut vanligaste kategorin. Det rör sig då om inbrott, stölder och snatterier.

Därefter kommer narkotikabrott och narkotikaförseelser, liksom bedrägerier av olika slag (check- och receptförfalskningar och liknande), som är relativt vanliga. Däremot är våldsbrotten få, när de förekommer rör det sig om misshandel och våld mot tjänsteman. Rån och grovt rån har "endast" 2 patienter blivit dömda för. Grova narkotikabrott har likaledes "endast" 2 patienter dömts för. Bilden av mycket brottsaktiva personer där varje brott dock inte kan betraktas som grovt, bekräftas alltså. Utmärkande för gruppen är också att de trots all kriminalitet, sällan döms för våldsbrott, och nästan aldrig för grova sådana.

Inkomstkällor

Utöver kriminalitet finns det andra sätt för patienten att finansiera sitt missbruk. Det är vanligt att narkomaner har flera inkomstkällor och att dessa varierar över tid. Det är viktigt att komma ihåg när vi här talar om inkomstkällor, att narkomaner skaffar sig inkomster för att finansiera sitt missbruk. "Normala" utgiftsposter såsom hyra och mat, är för en aktiv missbrukare ett mycket sekundärt problem.

I denna patientgrupp är 32.4% av kvinnorna prostituerade. Prostitution är vanligast bland opiatmissbrukare, vilket är "naturligt" då denna drog är dyr. Inom patientgruppen finns också någon manlig prostituerad opiatmissbrukare.

Andra vanliga sätt att dryga ut inkomsterna är exempelvis sjukskrivning för dem som fortfarande har sjukpenning. I denna patientgrupp använder ca 35%, eller 20 personer, detta som en regelbunden form av inkomst / inkomstförstärkning. Socialbidrag utgör en regelbunden inkomstförstärkning för 16 patienter eller 28% av gruppen. Andra försörjningsätt som förekommer är exempelvis att systematiskt besöka olika läkare för att utverka recept på lugnande tabletter och sedan eventuellt sälja dessa. För kvinnliga missbrukare finns möjlighet att bo hos en man som ger dem saker och pengar (en variant av prostitution som inte är ovanlig). Några patienter försörjer sig i stort sett enbart på kriminalitet.

Andelen patienter som regelbundet är sjukskrivna är i förhållande till andra undersökningar av grupper LVM-vårdade, stor. I en jämförande

studie av 108 LVM-vårdade klienter på tre olika LVM-hem varierar andelen som försörjer sig på sjukpenning mellan 7 och 15% (Fernstedt, 1992).

Drygt hälften eller 54% av patienterna är bostadslösa, vilket motsvarar ungefär vad vi finner i andra undersökningar (Franér och Ågren, 1990, Bjumer, 1992). Bland de övriga finns några som är inneboende hos vänner. Om ett par patienter saknar vi uppgifter.

Graviditet och barn

Graviditet

I några fall har LVM-vård kommit till stånd som en direkt följd av graviditet. 5 av kvinnorna var gravida och LVM kom till stånd som ett sätt att skydda fostret och hålla kvinnan drogfri under graviditeten.

Fallbeskrivning 6: En kvinna var gravid och sociala myndigheter var oroliga för att fostret kunde ta skada av hennes missbruk. Hon hade dessutom psykiska problem. Hon dömdes till LVM med en vårdplan som utgjordes av vistelse på ett annat LVM-hem. Efter en tid ändrades vårdplanen då socialsekreterarna bedömde patienten som alltför omotiverad. Kvinnan skulle efter barnets födelse få LVM upphävt, och barnet skulle omhändertas enligt LVU (Lagen om vård av unga), vilket också skedde. Två timmar efter att barnet var fött lämnade kvinnan Kvinnokliniken. Personal som hade försökt att övertala henne att stanna kunde inget annat göra än att se på.

Barn

Av hela patientgruppen är 27 personer föräldrar till 40 barn. Fyra har, vid tidpunkten för LVM, vårdnaden om sina barn. 26 barn är antingen frivilligt placerade i fosterhem eller omhändertagna enligt LVU. I övriga fall har den andra föräldern hand om barnen, (10).

De uppgifter som vi har fått fram visar att fler kvinnor än män har barn, 55.3% av kvinnorna mot 31.6 av männen. Möjligen finns det en viss underrapportering för männen. De tillfrågas inte om graviditeter vid läkarundersökning, vilket för kvinnor är ett naturligt sätt att börja berätta om sina barn. Det är vanligt förekommande att missbrukande fäder inte har träffat sina barn på flera år. Därför ligger det inte lika nära till hands för

dem att berätta om sina barn. Problematiken blir kanske inte heller aktuell i vården på avdelningen, t ex att försöka få tillbaka vårdnaden, vilket ofta är ett centralt problem för kvinnorna.

Fallbeskrivning 7: En kvinna dömdes till LVM samtidigt som hennes barn LVU-omhändertogs. Barnet placerades i ett utredningshem och planeringen var att modern tillsammans med barnet skulle åka till behandlingshem, vilket också skedde. Under sin tid på avdelningen hade kvinnan regelbundet kontakt med sitt barn.

Partners

Ungefär 2 / 3 del av patienterna är ensamstående när de kommer på LVM. I en undersökning av LVM-patienter vårdade vid Frösö behandlingshem är 75% ensamstående (Franér och Ågren, 1990). Av dem som är sammanboende eller gifta är det endast någon enstaka som har en icke missbrukande partner.

KOMMENTAR

Presentationen ovan visar att vi här har att göra med en grupp missbrukare med hög grad av bakgrundsbelastning, ibland från mycket tidig ålder. Ofta kantas uppväxttiden av en rad separationer, institutionsvistelser och andra traumata. Dessa patienter har därmed lång erfarenhet av att "samhället" ingriper i deras liv, men liten erfarenhet av att de själva kan påverka eller förändra sitt liv eller olika skeenden. Det ter sig därför inte särskilt förvånande att dessa patienter som vuxna blir föremål för ytterligare samhällsingripanden. Att denna grupp av narkomaner i flera avseenden är mer belastad än jämförbara grupper av sjukhusvårdade narkomaner, blir också förståeligt om man tar i beaktande att de här patienterna förmodligen har mindre erfarenhet än andra narkomaner av att kunna påverka och förändra sin situation. Därav blir tvång en "nödvändighet", då omgivningen ingriper när individen själv förefaller oförmögen att förändra sin situation.

Den stora andelen kvinnliga narkomaner som blir föremål för LVM-vård har berörts i texten. Vi har inte kunnat finna jämförelsesiffror för hela riket i

SCB,s rapport då ingen uppdelning mellan alkoholister och narkomaner görs (SCB, 1991). Prostitution bland kvinnliga narkomaner, och tidvis rädsla för smittspridning av t ex HIV kan vara en förklaring till detta faktum. Dock är "endast" 32% av "våra" kvinnor prostituerade. Fler kvinnor än män har tidigare erhållit psykiatrisk vård p g a psykiska problem / sjukdom än män. Flertalet av dessa har under LVM-tiden uppvisat psykiska symptom som torde ha varit en bidragande orsak till att LVM kom till stånd. Graviditet har varit en orsak till LVM vid 5 vårdtillfällen, och kontakt och vårdnad av barn bidragande orsaker i flera fall. Flera orsaker bidrar således till övervikten av kvinnor som döms till LVM. Vi måste dock fråga oss om psykisk sjukdom / störning, generellt är vanligare bland kvinnliga än manliga narkomaner. En annan tänkbar förklaring är att fler manliga missbrukare döms till sluten psykiatrisk vård, p g a begångna brott under inverkan av psykisk sjukdom / störning.

Psykiskt sjuka missbrukare är en grupp som, åtminstone i teorin, har uppmärksamats på senare år (se bl.a. Ramström 1989, Malmborg 1991). Många av våra LVM-patienter har tidigare fått psykiatrisk vård. Behov av neuroleptikamedicinering är inte ovanlig inom narkomanvården. Problem uppstår dock när detta inte kan tillgodoses på frivillig bas, då LVM inte ger utrymme för tvångsmedicinering. För att denna grupp patienter ska kunna erhålla en bra och fungerande vård på LVM, krävs därför ett nära samarbete med psykiatrisk vård. Psykiatrisk vård måste finnas tillgänglig vid akuta behov av tvångsåtgärder, när patienten inte kan fås att samarbeta på frivillig väg (se fallbeskrivning 11 och slutkommentar).

KAPITEL 5: LVM-PROCEDUR.

Vi har i Kapitel 1 beskrivit hur proceduren inför en LVM-dom är utformad. En anmälan görs till socialnämnden eller länsstyrelsen som sedan följs av en utredning av sociala enheten på länsstyrelsen. Efter utredningen tar denna beslut om att föra ärendet vidare till länsrätten eller att missbrukarens vårdbehov kan tillgodoses på frivillig väg. I det första fallet får den anmälda missbrukaren sig tilldelat en advokat och länsrätten avgör om grund för en LVM-dom föreligger. I det andra fallet leder anmälan inte till någon åtgärd, oftast därför att missbrukaren går med på frivillig vård.

Omedelbart omhändertagande.

Det finns också en möjlighet att omhänderta en missbrukare omedelbart, dvs utan att länsrätten har utfärdat en dom. Detta ingripande sker enligt §13 i LVM-lagen: "*Socialnämnden eller polismyndigheter får besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertas, om:*

1. *det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag och*
2. *rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående*".

Efter att en missbrukare har blivit omhändertagen med stöd av §13 ska länsstyrelsen genast underrättas om detta. Länsrätten ska senast inom fyra dagar efter att omhändertagandet har blivit verkställt besluta om detta ska kvarstå. Anser rätten att ett omedelbart omhändertagande har stöd i lagen ska en ansökan från länsstyrelsen om vård enligt LVM ha kommit in till länsrätten inom en vecka efter rättens beslut.

Av de 65 vårdtillfällena på Avgiftningsenheten var 28 (43%) omedelbara omhändertaganden. Det finns ingen skillnad mellan vårdtillfällen under gamla och nya LVM-lagen. Det är framförallt kvinnor som blir omedelbart omhändertagna, 53.3% mot 20% av männen. Amfetamin - och opiatmissbrukare blir omedelbart omhändertagna enligt §13 oftare än andra missbrukargrupper, 52.3% resp. 66.6%.

Fyra omedelbara omhändertaganden blev efter några dagar upphävda. Samtliga var kvinnor. Om en ansåg länsstyrelsen att hennes vårdbehov kunde tillgodoses på frivillig väg, den andra blev flyttad till psykiatrisk vård enligt LSPV, den tredje blev häktad och den fjärde fick anmälan indragen eftersom det påstådda missbruket inte kunde verifieras.

Anmälände instans.

Av 65 anmälningar till länsstyrelsen har 58.8% kommit från sociala myndigheter, 20% kom från läkare och 13.8% från skyddskonsulenter (kriminalvården). Polisens andel är förhållandevis blygsam, (3.1%). I den första LVM-lagen hade enbart polismyndigheter och länsrätt möjlighet att omedelbart omhänderta en missbrukare. Sociala myndigheter, läkare och anhöriga fick således vända sig till polisen eller länsrätten med en anmälan om vårdbehovet bedömdes vara akut. Av de 14 personer som under första LVM-lagen kom till Avgiftningsenheten på ett omedelbart omhändertagande hade i 10 fall skyddskonsulenten, socialnämnden eller läkare kontaktat polisen. De övriga kom via länsrätten. Polisen hade inte i något fall tagit initiativet själv. Under nya LVM-lagen med 14 omedelbart omhändertagna tog polisen (i Småland) initiativet till 1, i alla andra fall var det socialnämnden som ansökte om ett omedelbart omhändertagande. Vid en jämförelse med andra rapporter om LVM-vårdade missbrukare angående polisens roll i omedelbara omhändertaganden kan vi konstatera att den är mycket aktivare än i Malmöhus län. Undersökningen från Rålabshov (Bjurner, 1992) visar att polisen där under nya lagen beslutar om omedelbart omhändertagande i 17.9% av fallen, Håkanstorpstudien redovisar 13% (Femstedt, 1992) och Frösörapporten 15% (Franér och Ågren, 1990).

Med tanke på den höga andelen kvinnor bland de tvångsintagna kan det vara intressant att se att sociala myndigheter anmäler mest kvinnor, 66.7%, (män 40%). Skyddskonsulenter har mer kontakt med män och står således för de flesta anmälningar av manliga missbrukare till LVM, 30%, (kvinnor 6.7%). Påfallande är också att sociala myndigheter framförallt anmäler amfetaminmissbrukare medan läkare och skyddskonsulenter har flest anmälningar av opiatmissbrukare.

Utredning

Källor i utredningen.

När länsstyrelsen överlämnar ansökan och utredning till länsrätten består den i regel av anmälan, sociala myndigheters utredning och ett läkareintyg. Man försöker också att samtala med den anmälda för att höra hans / hennes åsikt.

Utredningstid.

Myndigheterna har missbrukarens fysiska- och psykiska tillstånd som viktigaste anledning för ett beslut om tvångsvård. Man kan alltså anta att det är bråttom att få till stånd ett beslut. Därför har vi tittat på utredningstiden, från anmälan till länsstyrelsens beslut att lämna ärendet vidare till länsrätten.

Tabell 14: Tid från anmälan till länsstyrelsens beslut.

<u>dag</u>	<u>antal vtf</u>	<u>%</u>
1-14	25	41.0
15-30	11	18.0
31-60	20	32.8
61-80	3	5.0
131	1	1.6
180	1	1.6
Totalt	61	100.0

Fyra personer som var omedelbart omhändertagna blev inte dömda, och finns därför inte med i tabellen.

En betydande del av utredningstiden (32.8%) ligger mellan 31 och 60 dagar. Genomsnittstiden för en utredning är 30.6 dagar.

Efter länsstyrelsens beslut att skicka en ansökan till länsrätten tar det ytterligare en tid innan rättegången hålls och missbrukaren påbörjar vården.

Tabell 15: Tid från länsstyrelsens ansökan till länsrättsförhandling.

<u> dagar</u>	<u> antal vtf</u>	<u> %</u>
1-14	20	32.8
15-30	29	47.6
31-59	9	14.8
74	1	1.6
90	1	1.6
104	1	1.6
<hr/>		
Totalt	61	100.0

I nästan hälften av fallen dröjer det mellan 15 till 30 dagar innan länsrättsförhandling. Genomsnittstiden är 23.9 dagar. Detta innebär att den sammanlagda tiden från anmälan till dom är i genomsnitt 54.5 dagar. Mediansiffran är 45 dagar, vilket betyder att en mindre grupp patienter har en extremt lång procedurtid. Det är framförallt tiden från anmälan till länsstyrelsens beslut där skillnaderna är stora. De längsta utredningarna varade i 131 respektive 180 dagar.

Även utredningstiden för de som blev omedelbart omhändertagna ter sig ibland lång. Av de 24 missbrukare som fick en LVM-dom fastställd efter ett omedelbart omhändertagande tog det i 3 fall upp till en månad och i 4 fall mellan 1 och 2 månader innan förhandling i länsrätten. Till en stor del beror detta på att missbrukaren har hållit sig undan eller varit "på rymmen" från avdelningen.

Fallbeskrivning 8: Ett exempel på hur en procedur kan fördröjas ges av en person som i nästan 7 månader efter LVM-anmälan gjorde sig oanträffbar för myndigheterna. En taktik han använde var att byta mantalsskrivningskommun flera gånger. Detta innebar att han då också bytte socialsekreterare. När myndigheter kom för nära gick han "under jorden" genom att gömma sig hos bekanta. Kampen för att hålla sig undan LVM-utredningen var som han uttryckte det "för att de ska jobba för sin lön".

Indikationer.

Indikationerna för vård enligt LVM är; §4. " *Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika, eller*

flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarig fara,

2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller

3. kan befaras komma att allvarig skada sig själv eller någon närstående

“

I nästa tabell redovisas enligt vilka indikationer patienterna har blivit dömda. För tydlighetens skull ska nämnas att punkt 2 i den första LVM-lagen (SFS 1981:1243) har blivit punkt 3 i den nya lagen (SFS 1988:870).

Tabell 16: Indikationer.

<u>indikation.</u>	<u>Antal vtf</u>	<u>M</u>	<u>KV</u>
Gamla lagen punkt 1	21	8	13
Gamla lagen punkt 1+2	8	3	5
Nya lagen punkt 1	21	7	14
Nya lagen punkt 2	1	0	1
Nya lagen punkt 1+2	10	2	8
Totalt	61	20	41

Under både gamla och nya lagen används den så kallade hälsoindikationen (punkt 1) mest. Anmärkningsvärt är att punkt 3 i nya lagen inte används alls, men användes under "gamla" lagen.

En tanke som låg bakom den "sociala indikationen" i den nya LVM-lagen (punkt 2) var att man härmed skulle få unga missbrukare i vård i ett tidigare skede av missbrukskarriären.

Tabell 17: Patienternas ålder vid första LVM-dom.

<u>Ålder / LVM-lag</u>	<u>"Gamla"</u>	<u>"Nya"</u>
<=24	13(48.1%)	4(15.4%)
25-29	7(25.9%)	12(46.2%)
30-34	5(18.5%)	5(19.2%)
>=35	2(7.4%)	5(19.2%)
Totalt	27(50.9%)	26(49.1%)

Fyra personer blev ej dömda. Ovanstående tabell visar att den nya indikation 2 inte har lett till att flera unga missbrukare har kommit in i vård med hjälp av LVM-lagen. Det är snarare så att andelen unga missbrukare var större under den första lagen. I hela gruppen som dömdes enligt nya lagen var genomsnittsåldern 29.3 år. I gruppen som dömdes enligt gamla lagen var genomsnittsåldern 25.7. Bland de 26 personer som blev dömda enligt den nya LVM-lagen finns 10 (8 kvinnor och 2 män) som dömdes enligt punkterna 1 och 2 i domen. Deras genomsnittsålder var 25.8 år. Detta betyder att indikation 2 används företrädesvis för yngre missbrukare. Anmärkningsvärt är också att den enda person som blev dömd enbart på punkt 2 var en 40 årig kvinna.

Patienternas inställning till LVM.

Vi har tittat på domslut och konstaterat att de flesta vid rättegång eller genom advokat har bestridit ansökan, 61%. Bli patienten ändå dömd till tvångsvård finns det möjlighet att överklaga hos kammarrätten. Flertalet patienter har inte överklagat, 76.6%. Av de som har överklagat dömdes 2 / 3 enligt den nya lagen. Detta är förståeligt med tanke på att den nya lagen innebär en vårdtid av 6 månader.

Vårdplan.

Enligt LVM-lagen ska socialnämnden presentera en vårdplan. §8
" När en fråga uppkommit om att bereda en missbrukare tvångsvård skall socialnämnden lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden samt för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagningen kan ske och vilken vård utanför hemmet planeras, om intagning sker ".

För avdelningen är det viktigt att vårdplanen är realistisk och helst uppgjord i samarbete med den dömda. Vi ser då att ett relativt högt antal vårdplaneringar är gjorda tillsammans med patienten (32.2%) innan rättegången.

Efter rättegången och inläggningen på avdelningen har 48.3% godtagit vårdplanen. Vi har inte kunnat efterforska varför så många har ändrat sig

efter att de hade blivit dömda till LVM. En kvalificerad spekulation är dock att detta är patienternas överlevnadsstrategi. En stor del av patientgruppen är mycket institutionsvan. De vet att en vistelse på institution blir drägligare om man anpassar sig till de krav som ställs.

Vårdplanen innehåller i 95% av alla fall en vistelse på institution av typ behandlingshem eller motivationshem. Detta är i överensstämmelse med socialberedningens förarbete till LVM-lagen som för denna grupp av missbrukare uttryckligen har angett en total rehabilitering som målsättning.

Kommentar

Under rubriken "indikationer" har vi nämnt att punkt 3 inte används alls under den "nya" lagen. En förklaring till detta kan vara att denna indikation framförallt inriktar sig på våld som uppstår i samband med alkoholförtäring. Sambandet våld och konsumtion av narkotika är inte alls så starkt. Dessutom består flertalet av vår undersökningsgrupp av kvinnor. De är oftast offer för våldet. Detta kan förklara varför punkt tre används i så liten utsträckning dock inte varför den inte används alls längre.

Vi har även konstaterat att sociala myndigheter oftast anmäler kvinnor. En eventuell förklaring till detta är att sociala myndigheter ofta har kontakt med kvinnorna i samband med vårdnadsfrågor av deras barn. En annan att en del kvinnliga missbrukare prostituerar sig och är utsatta för en dubbel risk att bli smittade av HIV. Under några år har därför sociala myndigheters intresse varit speciellt riktat mot just denna grupp.

Vi ställer oss frågan hur det faktum att nästan alla patienter har indikation 1 (den s k hälsoindikationen) i LVM-domen, förhåller sig till den långa procedurtiden. Om situationen är så hotande för en missbrukare varför kan det då ta upp till 2 månader innan tvångsvården kommer till stånd?

När den nya lagen trädde i kraft, januari 1989, innebar detta en stor förändring i förfarandet med omedelbara omhändertaganden. Nu var det inte huvudsakligen polisen som hade befogenhet att omhänderta missbrukare. Även socialnämnden skulle få ingripa direkt. Detta betydde

en minskning i hela landet av polisens andel i antalet omedelbara omhändertaganden (SCB 1991). I Malmöhus län där polisens insatser redan var blygsamma sjönk det till nästan noll (Länsstyrelsen, 1991). Efter lagändringen står polisen dock fortfarande för en betydande del av omedelbara omhändertaganden, framförallt i Stockholmsområdet. Vi kan bara spekulera i anledningen varför polisen i Stockholm står för en mycket större andel omhändertagande än deras kollegor i Malmö som nästan inte har några alls. En anledning kan vara att man i Malmö har ett bättre samarbete mellan socialnämnd och polismyndighet. En annan att Stockholmspolisen använder sig av LVM-lagen för att få "lugn i distriktet". Enligt en artikel i DN 2-7-91 skulle polisen i Farsta specialnuggas i hur tvångslagar kan användas för få bort brottsbenägna narkomaner från trakten. På sådant sätt missbrukas LVM-lagen. En tung kritik mot den gamla Nykterhetsvårdlagen var just att den användes som ordningsinstrument och inte för vård.

När det gäller överklagande av LVM-domen har vi konstaterat att endast en liten del har överklagat sin dom till kammarrätten. En orsak till detta är troligen att de flesta patienterna inte tror att det är lönsamt att lägga ner mycket tid på ett överklagande. Många har dålig uthållighet och väljer i stället att "ligga lågt" och hoppas att LVM-tiden ska gå fort.

KAPITEL 6: VISTELSEN PÅ AVDELNINGEN

I detta kapitel beskrivs patienternas vistelse på avdelningen. Arbetsmetoder och hållning i arbetet med LVM-patienterna har beskrivits i kapitel 2. Här presenteras patienternas tillstånd vid inläggningen, vårdplaner, vårdförlopp, behandlingskonferenser och rymningar under vårdtiden. Olika processer och problemställningar illustreras med fallbeskrivningar. Vi låter också några av patienterna komma till tals om hur de upplevde att komma till avdelningen, om rymningar, och om hur de upplevde LVM.

Inkomststatus

Drygt hälften av vårdtillfällena inleds genom att patienten kommer med polis till avdelningen. Detta innebär att de antingen har varit efterlysta efter LVM-domen, eller att ett beslut om omedelbart omhändertagande har gjorts (se ovan). En fjärdedel av patienterna kom med sin socialsekreterare eller skyddskonsulent. 16,9% av patienterna kom själva till avdelningen. Av dessa var förhållandevis många män.

En stor andel av patienterna, 60,3%, var till synes inte påverkade vid ankomsten till avdelningen, vilket inte innebär att de var utan droger i kroppen, eller inte hade ett pågående missbruk. Nya patienter ska så snart som möjligt lämna ett urinprov för droganalys. I denna söks spår efter vilka preparat patienten missbrukar. Alkohol tas inte i droganalyserna, och för de patienter som får bensodiazepiner i nedtrappningssyfte tas inte heller sådant prov (koncentrationen Bensodiazepiner går ej att mäta via urinprov, bara att preparatet förekommer). 7 patienter har inte lämnat urinprov för droganalys. En stor andel av de lämnade provena är negativa, 29,7%. Fler män än kvinnor har lämnat negativa droganalys, 45,0% mot 22,7%. Den stora andelen negativa prov har delvis sin förklaring i ovan nämnda faktum, men också i att en del amfetamin- och opiatmissbrukare har låtit bli att ta dessa droger dagarna innan inläggning. Opiater och amfetaminpreparat försvinner efter två till tre dygn ur kroppen. Endast ett fåtal patienter har på avdelningen bedömts som att de ej i första hand har missbruksproblem, och därför inte borde vårdas enligt LVM. Dessa var vid inläggningen psykotiska.

Fallbeskrivning 9: 37-årig kvinna inkommer till avdelningen omedelbart omhändertagen enligt LVM (§13). Hon kommer via psykiatriska klinikkens akutmottagning. Man har där noterat ett stickmärke på patientens arm. Patienten har ett mycket bizarrt uppträdande (plockig, muttrande), och går knappast att få kontakt med. Inga observationer kan dock göras om att patienten skulle vara påverkad av något preparat. Patienten läggs in och uppvisar snart ett klart hallucinatoriskt beteende. Medpatienter klagar på att patienten t ex lämnar sin avföring mitt på golvet istället för i toaletten. Avdelningen tar kontakt med psykiater på psykiatriska kliniken. Det visar sig att patienten har en långvarig historia av psykisk sjukdom (schizofreni), och har vårdats vid många tillfällen inom psykiatri för detta. Efter tre dagars vård på avdelningen har flera psykiater konstaterat att patienten är klart psykotisk, men patienten är fortfarande kvar på avdelningen p g a platsbrist inom psykiatriska kliniken. Hon överförs sedan till psykiatrisk vård enligt LSPV, och LVM upphävs.

Vissa patienter har hävdatt att de inte har något aktuellt missbruk. De har då ett mångårigt missbruk bakom sig, men menar att detta upphörde för ett bra tag sedan. De flesta har dock efter ett tag tillstått att de fortfarande missbrukar.

Fallbeskrivning 10: En gravid kvinna blir omedelbart omhändertagen enligt LVM. Hon har ett mångårigt heroinmissbruk bakom sig. Patienten hävdar att hon inte har missbrukat på länge, men att hon ibland tar Treo komp (som innehåller kodein) mot besvärlig huvudvärk. Provtagning visa spår av nämnda preparat, och patienten uppvisar ingen påtaglig abstinens. Under avdelningsvistelsen blir det många diskussioner mellan patienten och hennes socialsekreterare om hennes missbruk och behov av vård, där patienten vidhåller sin ståndpunkt. Patienten överklagar LVM-domen till kammarrätten och frias där.

Detta exempel belyser svårigheterna i att bevisa att någon verkligen har missbruksproblem, men också svårigheten att bevisa motsatsen, dvs hur bevisar jag att jag inte missbrukar?

45,8% av patienterna hade inga färskaste stickmärken vid ankomsten till avdelningen. Cirka 15% av patienterna är inte injektionsmissbrukare

(se ovan), men resterande patienter injicerar åtminstone ibland. I den stora gruppen blandmissbrukare finns många som injicerar enbart när de använder amfetamin eller opiater. Några amfetaminmissbrukare har varit relativt oerfarna missbrukare, i början av sin missbrukskarriär, som sällan eller aldrig har injicerat.

Flertalet patienter, 62,5%, hade inga pågående somatiska sjukdomar vid inläggningen. Något fler kvinnor än män hade somatisk sjukdom. Denna skillnad förklaras av att kvinnorna ofta behöver gynekologisk undersökning och behandling för underlivsinfektioner. Däremot har, som tidigare nämnts, en stor andel av patientgruppen tidigare vårdats för somatiska sjukdomar (se kapitel 4). Frekvensen sjukdomar är hög med tanke på patienternas relativt låga ålder.

Hos 81,3% av patienterna framkom inget anmärkningsvärt i psykisk status vid inläggningen. Resterande patienter var antingen påtagligt förvirrade (dvs utöver vad som kan tillföras drogpåverkan), klart hallucinerande eller i stort sett okontaktbara. Onormal psykisk status var vanligare bland kvinnliga patienter, 22,7% mot 10% av männen. Kvinnor har också före LVM-vården oftare vårdats för psykiska sjukdomar på psykiatrisk avdelning, 47,1% mot 36,8% av männen (se kapitel 4).

Fallbeskrivning 11: 25-årig kvinna inkommer på sitt andra LVM. Förutom ett allmänt otrevligt beteende (spottande, fräsande och kommenderande personal) är hon hotfull och ibland handgripligt aggressiv. Hallucinationer misstänks och personalen kan inte etablera någon fungerande kontakt med henne. Möjliga försämringar iaktas, kvinnan är bl.a. uppe hela nätterna och pratar mycket för sig själv. Patienten vägrar att ta neuroleptika vilket föreslås. Kontakt tas med psykiater via akutmottagningen på psykiatriska kliniken. Patienten förefaller vid psykiaterkonsult mer adekvat och säger att hon bara inte tycker om att vara på avdelningen men att hon ska ta den medicin man vill. Upprepade iakttagelser av inadekvat beteende, obegripligt tal, oförståeliga utbrott görs på avdelningen. Patienten vägrar att ta neuroleptika. Vid förnyade psykiaterkonsultationer upprepas patientens beteende, dvs en viss förmåga till skärpning, varför psykiaterna tycker det är svårt att utfärda LSPV. Efter ett par veckor med förnyade observationer och psykiaterkonsulter med samma resultat kontaktas en psykiater som personal på avdelningen känner. Denne utfärdar LSPV och

patienten överförs till till psykiatrisk vård under några veckor, för att sedan återkomma och fullfölja sin planering.

Drygt hälften av patienterna föreföll inledningsvis under vårdtiden att acceptera sitt LVM, och vården på avdelningen. Av de resterande var några rädda eller förvirrade, och cirka 40% av vårdtillfällena inleddes med en klart negativ reaktion hos patienten. Detta kunde yttra sig i hot eller våldsamt beteende, men vanligare var rymningar / rymningsförsök eller försök till drogintag på avdelningen. Direkt våldsamt beteende har endast förekommit vid ett par tillfällen. Det kan tyckas förvånande att så många av patienterna accepterade LVM. Många har tidigare erfarenheter av vård och tvångssituationer, och har därför lärt sig att "umgås" med såväl tvångssituationen som med vårdpersonal. Det inledningsvis tillmötesgående beteendet säger därför inte så mycket om den senare utvecklingen under vårdtiden, eller om utfallet av vården.

Fallbeskrivning 12: 30-årig kvinna med amfetaminmissbruk inkommer på LVM. Patienten har en längre vistelse på behandlingshem bakom sig, som har fungerat väl. Vårdplanen är nu att hon ska åter till samma behandlingshem, efter en tids vistelse på 89:an, en av motivationsenheterna inom Malmö kommun. Patienten ter sig klok och insiktsfull och är redan efter en veckas avgiftning på avdelningen försöksutskriven till motivationsenheten. Patienten avviker därifrån relativt snart och kommer åter till avdelningen. Flera utageranden i form av rymningar och drogintag sker. Efter varje sådant pratar patienten klokt och förståndigt, och säger sig inte förstå sig på sig själv. Inga försök till placeringar eller meningsfull vård på avdelningen lyckas. Då patientens protester mot situationen i form av utageranden blir allt mer destruktiva, (patienten hoppar bl.a. rakt ut genom ett fönster) upphävs LVM då tvånget bedöms som mer farligt än till nytta för patienten. Patienten lever idag ett relativt ordnat liv.

Patienters första intryck

"Jag var livrädd dom första dagarna och tänkte bara att jag måste härifrån. Jag kunde inte sova och var spänd som en fjäder. Efteråt fick jag höra att jag hade pratat hela tiden. Jag tyckte inte att jag fick tillräckligt med mediciner och var jätteabstinent".

"Jag minns egentligen inte alls. Tänkte bara att jag ska häri från så snart som möjligt, men att jag behövde vila upp mig lite. Jag trodde att det skulle vara ungefär som kåken eller ungdomsvårdsskolan".

"Jag minns egentligen inte för jag var så förvirrad och allt omkring mig var så förvirrat. Jag tyckte egentligen aldrig att jag fick nåt grepp om någonting eftersom jag hela tiden tänkte mer på allt därute än på min egen vård".

Citaten belyser vikten av att personal etablerar en kontakt tidigt med patienten, vilket inte alltid är särskilt enkelt.

Behandlingskonferenser

Ett viktigt "nav" i LVM-vården på avdelningen är behandlingskonferenser. Enligt LVM-lagen ska socialsekreterare medverka till att patienten skrivs ut till en ordnad situation, vilket kan innebära arbete / bostad och / eller fortsatt behandling (SFS 1988:870, §30). Det innebär för avdelningens vidkommande att man är beroende av ett gott samarbete med patientens socialsekreterare, i planerandet av målsättningen med vistelsen och vården. Inte minst viktigt, men ibland bortglömt i sammanhanget, är också det faktum att socialtjänsten måste bevilja ekonomiska medel till de flesta vårdplaneringar som görs. Avdelningen har inga formella befogenheter i detta avseende, utan besluten fattas helt och hållet av socialnämnden.

Behandlingskonferenser utgör det forum där patienten, patientens kontaktmän på avdelningen och socialsekreterare möts för diskussioner och beslut om patientens planering. För avdelningens arbete är det viktigt att så snart som möjligt kunna hitta en realistisk målsättning att arbeta för med varje patient, varför en behandlingskonferens under ett tidigt skede underlättar.

Tabell 18: 1:a behandlingskonferens - antal dagar efter inläggning.

Antal dagar	Antal vtf	%
Ingen beh.konf.	4	6,7
0-7 dgr	14	23,3
8-14 dgr	12	20,0
15-21 dgr	10	16,7
22-28 dgr	9	15,0
>= 28 dgr	11	18,3
<hr/>		
Totalt	60	100,0

Uppgift saknas om ett vårdtillfälle. Övriga fyra ej medräknade vårdtillfällen utgörs av fyra kvinnor som blev omedelbart omhändertagna, men där omhändertagandet av olika skäl (se kap 5) hävdades efter ett par dagar.

Vid fyra vårdtillfällen förekom ingen behandlingskonferens. Vid ett tillfälle avgiftades patienten på avdelningen några dagar och åkte sedan som planerat till ett annat LVM-hem. Två vårdtillfällen utgjordes av psykiskt sjuka kvinnor, som delvis vårdades enligt LSPV på psykiatrisk klinik under sin LVM-tid. Dessa kvinnor hade sedan tidigare öppenvårdskontakt med narkomanvården. Öppenvården hjälpte till i ett senare skede av LVM-vården när planering inför utskrivning kunde göras. Vid ett vårdtillfälle har vi inte kunnat hitta någon förklaring till varför inget samarbete med socialsekreterare har kommit till stånd. Patienten hade en viss kontakt med socialsekreteraren per telefon.

Ibland har tiden mellan inläggning och första behandlingskonferens varit anmärkningsvärt lång. Av de 20 vårdtillfällen där det tog mer än tre veckor att få till stånd en behandlingskonferens, var 11 vårdtillfällen enligt den "gamla" LVM-lagen. Det betyder att nästan halva vårdtiden hann gå innan man började planera för patientens eftervård. Med vetskapen om att många behandlingshem och vårdinstitutioner har väntetider, som ibland är flera månader långa, måste detta faktum betraktas som otillfredsställande, om inte planerna för patientens fortsatta rehabilitering var klagjorda redan i vårdens inledningsskede (se nedan vårdplaner).

Vid flertalet av vårdtillfällena, 65%, har mer än en behandlingskonferens förekommit. En del av dessa har kommit till stånd då man inte har kunnat

enas om målsättningen med vårdtillfället, dock inte alla. Ibland behöver nya problem lösas, eller fortsatt arbetsfördelning göras upp. I 51:7% av vårdtillfällena förekom ingen oenighet om vårdplanen. När oenighet har förekommit har det vanligen varit patienten som har haft en avvikande mening om den fortsatta vårdplaneringen. Avdelningen har ibland varit oenig med ansvarig socialsekreterare. Den fortsatta vårdplanen har då av avdelningen bedömts som orealistisk. Det orealistiska har då varit exempelvis att vårdplanen inte kan genomföras innan LVM-tidens slut, att behandlingshemmet som utgör vårdplanen inte tar emot LVM-patienter, eller att målsättningen för den enskilde patienten har bedömts som för hög inom den angivna tiden (2 eller 6 månader). I sådana fall har mycket av kontaktmännens och avdelningens arbete fått koncentreras till att försöka arbeta fram en ny vårdplan som går att genomföra inom rimlig tid.

Vårdplaner

I kapitel 5 har beskrivits att det ska finnas en plan för patientens fortsatta rehabilitering i LVM-domen. Vi har tittat på i vilken grad, och med vilket resultat dessa ursprungliga vårdplaner har genomförts.

Tabell 19: Har ursprunglig vårdplan genomförts, och med vilket resultat?

	Antal vårdtillf.	% av vårdtillf.
Ändrad vårdplan	36	59,0
Ja, genomförd men misslyckat-patienten tillbaka	14	23,0
Ja, patient stannar	11	18,0
Totalt	61	100,0

4 omedelbart omhändertagna kvinnor ej medräknade.

Endast i 18% av vårdtillfällena har den ursprungligen skisserade vårdplanen, dvs den som låg till grund för LVM-domen, genomförts med resultatet att patienten har stannat i vården resten av sin LVM-tid. I 14 fall har man försökt genomföra den ursprungliga planen, med resultat att patienten avvikit och sedan återkommit till avdelningen. För den största andelen har dock planerna redan innan dess visat sig ogenomförbara (se

ovan). Vi ska här ge några exempel som belyser de olika problem som kan uppkomma i att genomföra en vårdplan:

Fallbeskrivning 13: 27-årig blandmissbrukande man. I vårdplanen finns ett av Malmö kommuns motivationshem. Patienten är inledningsvis positiv till en placering där. Strax innan placeringen kan bli aktuell tar motivationshemmet in patientens bror i vård. Patienten upplever att det omöjliggör hans vistelse där (patientens upplevelse bedöms av avdelningen som riktig, då avdelningen känner både patienten, hans bror och deras relation sedan tidigare). En vistelse på ett behandlingshem planeras då istället för patienten. Patienten blir efterhand mycket intresserad av att åka dit. Olika besked från behandlingshemmet om när placering kan ske (datum flyttas hela tiden fram), gör att patienten går 5 månader på avdelningen innan LVM slutligen upphävs. Patienten har vid utskrivningen ingen bostad eller sysselsättning, men en fortsatt förvaring på avdelningen tycks snarast motverka motivationen hos patienten. Patienten söker några månader senare tillbaka till avdelningen på frivillig bas, avgiftas och åker iväg till behandlingshemmet.

Fallbeskrivning 14: 25-årig amfetaminmissbrukande man. Patientens vårdplan är ett motivationshem i Västergötland. Patienten åker dit men rymmer, och kommer åter till avdelningen. Han åker dit igen och rymmer igen. Vid den tredje rymningen från motivationshemmet stjäls patienten pengar och en bil, vilket omöjliggör en ny placering där. När nu patienten vistas en längre tid på avdelningen framkommer att han aldrig trivdes och att det förekom mycket missbruk på motivationshemmet. Avdelningen tillsammans med patienten och socialsekreterare börjar arbeta fram en ny vårdplan. Under tiden hinner patienten med att rymma två gånger, men efter ett tag, och bättre kontakt med avdelningen, upphör rymningarna. Patienten kan efter fyra månader på avdelningen, och som frivillig patient (LVM-tiden har hunnit löpa ut) åka till ett familjehem där han sedan stannar.

Rymningar

Att kunna bedriva meningsfull vård, där målsättningen är att patienten ska motiveras till vidare behandling för sitt drogmissbruk, dvs själv vilja förändras i en tvångssituation, kräver en ständig avvägning mellan gränssättning och repressiva inslag (inlåsning etc) och tillmötesgående gentemot patienten från personalens sida. Repressiva åtgärder kan, om

de inte förenas med för patienten meningsfulla och positiva inslag, snarare leda till en mer destruktiv utveckling hos patienten, än till en vilja att förändras i positiv riktning. Därför är graden av inlåsning en ständig balansgång inom tvångsvården på avdelningen (se kapitel 2). Utegångsförbud tillämpas generellt i början av patientens vistelse, men generellt gäller också att avdelningen efter ett tag häver detta förbud. Erfarenheter från institutioner där patienterna är inlåsta hela tiden, visar också att försöken att rymma då blir alltmer drastiska. En LVM-patient som tidigare hade vårdats på annat låst LVM-hem berättar:

"All energi hos personalen gick ut på att vi inte skulle kunna komma ut. Om vi hade brutit upp ett lås i ett fönster, vilket vi ibland gjorde på ren djävulskap, så satte dom i nya lås nästa dag. Vi försökte hela tiden hitta på sätt att överlista dem (personalen). En dag var jag och en kompis inlåsta i ett rum. Vi hade hört att om brandlarmet gick så skulle dörrarna automatiskt öppnas. Vi tände eld på lakan så att larmet skulle gå, men vi hade glömt att vi hade satt en kondom om brandlarmet för att kunna röka cigaretter. Så larmet gick inte. Elden tog sig alldeles för bra, hela madrassen tog eld och rök, men dörrarna gick inte upp".

De patienter som var inblandade i händelsen åtalades senare för mordbrand. Situationen tas upp då den belyser hur utageranden kan bli allt mer drastiska om inga möjligheter att "komma undan" ges.

De flesta rymningar från Avgiftningsenheten inträffar när patienten är ute exempelvis på aktiviteter eller något ärende med personal. Det har också förekommit att patienter hoppat ut genom fönster i ett obehövligt ögonblick, eller trängt sig ut genom ytterdörren när någon öppnat denna.

Tabell 20: Antal rymningar

	Antal vårdtillf.	% av vårdtillf.
Ej rymt	21	34,4
1 rymning	11	18,0
2 rymningar	8	13,1
3 rymningar	9	14,8
4 rymningar	6	9,8
5 rymningar	5	8,2
6 rymningar	1	1,6
Totalt	61	100,0

De fyra kvinnor som endast var omedelbart omhändertagna några dagar på avdelningen är inte medräknade. Ingen av dessa rymde under vårdtiden.

Patienter dömda enligt den nyare LVM-lagstiftningen (6 mån) rymmer oftare än de som dömdes enligt "gamla" lagen. Detta torde vara en naturlig följd av att patienterna är i en tvångssituation längre tid, och att denna tid ter sig lång och oöverkomlig för patienten i början.

Inga större skillnader finns mellan män och kvinnor avseende rymningsbenägenhet. Däremot kan noteras att de opiatmissbrukare som har vårdats på LVM har rymt mycket oftare än andra missbrukargrupper. 61,6% av opiatmissbrukarna mot 34,4% av hela gruppen, har rymt tre gånger eller fler. Denna skillnad kan förklaras av opiatmissbrukarnas större beroende av sin drog.

En jämförelse med Frösöns behandlingshem (Franér och Ågren, 1990) visar att 54% av patienterna där rymde någon gång under vårdtiden. I vår grupp rymde 65,6% någon gång.

Sammanlagt har patienter vid 40 vårdtillfällen på avdelningen rymt 109 gånger, dvs i genomsnitt 2,7 gånger per vårdtillfälle (inberäknat endast dem som någon gång rymt). Flertalet rymningar har varit kortvariga.

Tabell 21: Längd av rymningar

<u>Antal dagar</u>	<u>Antal rymningar</u>	<u>% av rymningar</u>
0-3 dgr	47	43,1
4-7 dgr	28	25,7
8-14 dgr	23	21,1
>=14 dgr	11	10,1
<hr/>		
Totalt	109	100,0

En jämförelse med Frösön visar att hälften av patienterna där var åter inom 3 dagar, och 92,4% av rymningarna varade mindre än 15 dagar. Skillnaderna är alltså små.

Hälften av rymningarna i vår grupp slutar med att patienten kommer åter med polis. Ungefär en tredjedel kommer tillbaka självmant, och en mindre del tillsammans med socialsekreterare eller anhörig. Det är inte heller samma patient som alltid återkommer på samma sätt. Vi har inte heller funnit något samband mellan hur patienten återkommer efter rymning och patientens senare benägenhet att söka hjälp på avdelningen.

Vi har inte funnit att antalet rymningar, eller faktum att patienten har rymt, skulle inverka på måluppfyllelsen vid vårdtillfället. Många rymningar under vårdtiden visar att avdelningen inte har lyckats etablera en fungerande arbetsrelation till patienten. Citatet nedan belyser hur detta kan upplevas ur patientens synvinkel:

(Pat beskriver olika känslor som han aldrig vågade prata om under LVM-tiden. Av sekretesskäl berörs inte innehållet närmare). "Jag stod inte ut med det, varje gång jag började vakna till var jag tvungen att ta mig ut och skaffa nya tabletter (patienten tog in egna tabletter åtskilliga gånger under LVM-tiden) och göra något åt saken (konflikten) trodde jag. Jag ville ha mitt LVM och bli inlåst för jag trodde det skulle hjälpa, men det gjorde det inte. Jag var rädd att det skulle hända något riktigt obehagligt om jag inte rymde. (Vad?) Ja att jag skulle göra någon illa. Det var inte förrän långt senare jag vågade börja prata om det här när jag var på behandlingshem".

Fallbeskrivning 15: Amfetaminmissbrukande kvinna. När polisen första gången kommer till avdelningen med patienten skrattar de och undrar om vi ska vårda denna patient. Kvinnan är väl känd av polisen för fr a försäljning av droger, och en stor förlagenhet i att lura dem och andra myndigheter. Rymningar börjar i rask takt. Kvinnan lyckas, utan att personal förstår hur, ta sig ut, förmodligen genom bakdörren till avdelningen. Hon återkommer efter någon vecka med polis. Nästa gång sker rymning genom ett fönster. En medpatient som rymmer samma väg skadar sig rejält, men inte kvinnan. Efter nästa återkomst till avdelningen upptäcks att det finns droger på avdelningen. Visitering av avdelningen görs, narkotikahund tillkallas, och droganalyser avkrävs patienterna. Kvinnan tillbringar natten på häktet då hon vägrar kroppsvisitering, och misstänks ha narkotika på sig. En period av skenbart lugn följer sedan, där patienten förefaller att få en bättre kontakt med avdelningen. Efter några veckor, när patienten för första gången har fått sitt utgångsförbud hävt, avviker hon dock under ett ärende med personal. Hon håller sig borta en

tid, men ringer till avdelningen ibland. Vid något samtal hotar hon personal. Hon kommer efter en lång tid tillbaka med polis. En möjlig planering med försöksutskrivning diskuteras med socialsekreteraren. Patienten är helt negativ till all behandling, men kan tänka sig att lämna droganalyser och ha öppenvårdskontakt med sina kontaktmän på avdelningen. Öppenvårdskontakten fungerar under ca en månads tid, men kontaktpersonerna tycker sig ha svårigheter att vara till reell nytta, då kontakten knappast fördjupas. Patienten uteblir från öppenvårdskontakt. Hon efterlyses, och ringer åter och hotar en av sina kontaktmän. 2 / 3 av LVM-tiden har nu gått utan att något fungerande samarbete har kommit till stånd. Patienten kommer åter till avdelningen, samråd hålls med socialsekreterare, och LVM upphävs, då fortsatt tvångsvård bedöms som meningslös, och patienten är fysiskt och psykiskt frisk.

Avdelningen lyckades aldrig att etablera en fungerande relation till denna kvinna. Fallet aktualiserar också frågan vem som kan hjälpas av ett LVM (se slutkommentar).

Om avdelningen efterhand lyckas etablera en fungerande arbetsrelation kan utfallet bli annorlunda.

Fallbeskrivning 16: Patienten rymmer inledningsvis under vårdtiden ett par gånger. Han återkommer varje gång själv till avdelningen efter några dagar, och är då alltid trött och uppgiven. Patienten upplevs som deprimerad, dvs ter sig rastlös, orolig och nedstämd. Även personal som har nära kontakt med patienten "drabbas" av samma hopplöshetskänslor. Kontakten med avdelningen förbättras succesivt, fr a genom att patienten får kontakt med en personal, som har lagt ned mycket möda på att närma sig patienten. Medpatienter upplever denne patient som "knepig", vilket de också ger uttryck för. Patienten stannar sedan länge på avdelningen och åker till behandlingshem.

I detta fall kunde man se att rymningarna upphörde när patientens inställning till sig själv och sitt liv förändrades i positiv riktning.

Patienters syn på LVM

"Jag tycker inte att LVM-et hjälpte mig alls det blev bara ett hinder som jag var tvungen att övervinna för att kunna skaffa piller, och som jag trodde då, i att ta itu med mina problem. Kanske att jag lärde känna avdelningen och personalen så att det blev lättare att komma hit sen igen".

"LVM-et var inte till någon nytta. Jo möjligen att jag kom hit och stannade i början. Sedan (senare under vårdtiden) ville jag ju sluta missbruka själv, så då hade egentligen inte LVM behövts".

"Jag tror att det var nödvändigt just då för jag var så desperat. Det var jag sen också på avdelningen och det var inte för rän jag fick mitt andra LVM som jag insåg att jag måste försöka göra något annat. Då hade jag insett vad som hänt och börjat bli rädd för mig själv".

Kommentar

Inledningsvis i kapitlet beskrevs LVM-patienternas tillstånd vid inläggning. Som framgår av uppgifterna är de inte särskilt nedgångna, få har pågående somatisk eller psykisk sjukdom, och många har inte heller färska stickmärken. En stor del var inte heller påtagligt påverkade vid ankomsten. Denna bild överensstämmer med den kliniska iakttagelsen att frivilligt vårdade patienter ofta är i mycket sämre skick. Detta kan till en del bero på att narkomaner som väntar på en LVM-dom försöker hålla sig i god form just för att undvika en fällande dom, vilket händer ibland. Vi frågar oss dock om detta räcker som förklaring. Med tanke på att indikationerna i LVM huvudsakligen berör missbrukarens hälsotillstånd (se kapitel 1), är det anmärkningsvärt att de som döms till LVM ofta är friskare än frivilliga medpatienter.

Här har endast delvis berörts alla tänkbara svårigheter som finns i att hitta en rimlig fortsatt vård för LVM-patienterna. En i vårt tycke mycket viktig faktor är svårigheten att hitta behandlingshem som är villiga att ta emot §27-placeringar. Antingen är problemen av formell karaktär, dvs frivillighet krävs av behandlingshemmet, eller så bedöms patienten som " inte tillräckligt motiverad ". Ibland utgör behandlingshemmens långa väntetider ett hinder för måluppfyllelse i LVM-vården. Resultatet i båda fallen blir att

en person tvångsomhändertags för att han / hon behöver vård, men sedan går det inte att hitta någon lämplig vårdform. Detta kan ha en förödande inverkan på en gryende idé om att man skulle kunna göra något annat i sitt liv än att missbruka, vilket vi har upplevt ett flertal gånger.

Det kan tyckas vara ett problem för LVM-vården att patienter rymmer i så pass hög utsträckning. Vi betraktar rymning som en reaktion på en situation. Rymningar har ibland karaktären att patienten vägrar att acceptera tvånget, och motsätter sig anpassning till den rådande situationen. Sådana rymningar sker oftast i början av vårdtiden. Andra rymningar är en reaktion i relation till den vård patienten får. Till exempel är det vanligt att patienter rymmer strax innan de ska flytta till behandlingshem, eller står inför andra stora förändringar. Felbehandling på avdelningen, dvs att patienten inte har blivit förstörd och bemött på ett för hans / hennes problematik riktigt sätt är ofta en annan orsak till rymningar. Båda formerna av reaktioner är oundvikliga, men man kan naturligtvis undvika att de tar sig uttryck i rymningar genom "ordentlig" inlåsning". Problemet, vilket har belysts i texten, är bara att man då får andra reaktioner istället, som riktas mot dem som låser in personen. Alltför hög grad av repressiva åtgärder försvårar då etablerandet av en förtroendefull behandlarrelation.

KAPITEL 7: BEHANDLINGSRESULTAT och UPPFÖLJNING av PATIENTGRUPPEN.

Många paragrafer i LVM-lagen har ägnats åt hur man skall gå tillväga för att döma en missbrukare till tvångsvård. Angående tvångets upphörande är LVM-lagen mera oklar och kan ge upphov till olika tolkningar. I §25 anges vem som ska besluta om utskrivning från LVM-hemmet: *" Om intagning i och utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet "*. Det är dock i praktiken inte enbart föreståndaren som bestämmer om utskrivning: (§26) *" Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården fortskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning skall samråd alltid ske "*

Samråd

I §26 står alltså att den som förestår vården på hemmet innan utskrivningen skall ha samråd med socialnämnden. Eftersom föreståndare och socialsekreterare kan ha olika uppfattningar om patientens behov finns här en inbyggd risk för konflikter. I de flesta fall har man i samråd med den ansvariga tjänstemannen nått en överenskommelse om utskrivning. Vid 6 tillfällen blev patienter utskrivna utan att avdelningen och socialsekreteraren var överens. Vid 3 utskrivningar fanns olika uppfattningar om tvångets funktion i vårdarbetet där avdelningen ansåg att fortsatt tvång skulle skada relationen till patienten. I ett annat fall skulle en man tillbringa de sista 10 dagarna av LVM-tiden på Avgiftningsenheten. Han hade vistats under hela LVM-tiden på en annan avdelning. Avdelningsföreståndaren bedömde detta som förvaring och skrev ut patienten. Vid ett annat tillfälle lyckades avdelningen inte få kontakt med den ansvarige socialtjänstemannen för att ha samråd, och bestämde sig till slut för att skriva ut patienten med motiveringen att tvånget motverkade vårdens syfte. En sista patient skrevs ut för att han motsatte sig vården på ett sådant sätt att behandlingsarbete med de övriga patienterna var omöjligt. I flertalet av dessa fall ansåg den ansvariga socialsekreteraren att tvånget skulle kvarstå ytterligen en tid. Ett argument som ofta framfördes var att man

inte hade något alternativ till tvånget och att man behövde mera tid för att ordna en annan planering. I något fall ansågs att patienten helt enkelt skulle fullfölja planeringen.

Behandlingsresultat

En utvärdering av behandlingsresultat är relaterad till intentionen och målsättningen med ett vårdtillfälle. Enligt LVM-lagen ska vården leda till fortsatt frivillig vård:(§3) "*Tvångsvården ska 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*". Intentionerna med LVM så som de formulerades i Socialberedningens arbete (SOU 1987:22) var för gruppen narkotikamissbrukare en total rehabilitering. Tvånget förväntades sätta igång en förändringsprocess i denna riktning. Avdelningens syn på att sluta missbruka är att detta är en lång process. En LVM-vistelse som leder till att patienten är beredd att pröva någon form av frivillig behandling, eller efter utskrivning söker sig tillbaka till avdelningen frivilligt, ses som ett steg i rätt riktning. Slutligen har även den ansvariga socialsekreteraren ett konkret mål med LVM-vistelsen på avdelningen som hon / han är skyldig att uttrycka i vårdplanen. Vad som är ett lyckat behandlingsresultat beror på vilka intentioner har funnits med vårdtillfället. Vi har därför försökt att först och främst redovisa behandlingsutfallet i beskrivande termer.

Här nedan följer en sammanställning av vad patienterna skrevs ut till efter LVM-vården på Avgiftningsenheten. De 61 vårdtillfällen där LVM-dom hade fallitredovisas nedan.

Tabell 22: Utskrivning till.

till vad.	antal vtf
Behandlingshem.	12
Försök med behandlingshem / motivationshem misslyckades. Patienten utskriven till hemmet / öppenvård.	12
Försöksutskrivning till bostad och öppenvård	9
Till annat LVM-hem	2
Överfördes till psykiatri	1
Kammarrätten ogillade LVM-domen	1
LVM upphörde innan annan vård kom till stånd	16
LVM upphävt utan någon försöksutskrivning. Patienten hem.	8
Totalt	61

Vid 12 tillfällen (19.7%) skrevs patienten ut till behandlingshem / familjehem med resultat att de stannade LVM-tiden ut. Av dessa 12 var 7 dömda enligt "gamla" lagen och 5 enligt "nya". En av dem var endast formellt inskriven på Avgiftningsenheten och tillbringade hela sitt LVM på annat sjukhus och sedan på behandlingshem.

Gruppen består av 9 kvinnor och 3 män. De missbrukade amfetamin eller var blandmissbrukare. Fram till i dag har 6 av dem återfallit i missbruk.

Vi har tittat på hur länge dessa patienter stannade i vård sedan vistelsen övergick i frivillig vård.

Tabell 23: Stannat efter att LVM upphörde.

Tid	antal vtf	LVM-lag
<=1 vecka	1	g
<=1 månad	1	n
3-6 månad	1	g
>=6 månad	7	g / 3 n / 4
<hr/>		
Totalt	10	

Om två personer (dömda enligt gamla lagen) saknas säkra uppgifter. En av dessa har samma år återfallit i kriminalitet. Den andra har efter utskrivningen för tre år sedan inte haft kontakt med social-, kriminal - eller narkomanvård, varför vi kan anta att hon är drogfri.

Kvar finns alltså 49 vårdtillfällen där ingen varaktig vistelse på behandlingshem kom till stånd.

I 12 av dessa fall gjordes (ibland upprepade) försök med placering på behandlings - eller motivationshem. Patienterna har antingen avbrutit försöksutskrivningen, eller efter en provvistelse bestämt sig för att de inte vill dit. Det har också förekommit att behandlingshemmet avvisade patienten för att han / hon bedömdes som omotiverad.

Vid de 37 återstående vårdtillfällena har man inte lyckats få till stånd försöksutskrivning till ett behandlings- eller motivationshem. 9 patienter har försöksutskrivits till bostad och öppenvård med föreskrifter.

Därmed återstår 28 vårdtillfällen där inga frivilliga vårdförsök har kommit till stånd. Detta betyder att man för nästan hälften av gruppen har hittat en annan utskrivningsform.

Vid 4 vårdtillfällen har utskrivning skett innan LVM-tiden upphörde. 2 överflyttades till annat LVM-hem, 1 till psykiatrisk vård och 1 gravid kvinna överklagade LVM-domen till kammarrätten och fick sitt LVM upphävt. För en del gäller (16) att de var inskrivna på Avgiftningsenheten när LVM-tiden gick ut. Under "gamla" lagen förekom detta i 13 fall. 4 patienter var "på rymmen" när LVM upphörde. 4 gick hem utan att någon form av

fortsatt frivillig vård kom till stånd. 4 hade kontakt med Avgiftningsenheten efter utskrivningen. En person hade tillbringat största delen av sin LVM-tid på annat sjukhus och behandlingshem och rymde därifrån. Hon blev efterlyst och fördes till Avgiftningsenheten för att "sitta av" de sista 19 dagar av LVM-tiden och gick sedan hem. Under "nya" lagen var 3 personer (samtliga kvinnor) inskrivna på Avgiftningsenheten när LVM-tiden (6 månader) upphörde. 2 av dem var överflyttade från andra LVM-hem där man inte ansåg sig kunna klara av dem. De tillbringade sin sista vårdtid (2 resp 58 dagar) på Avgiftningsenheten. Den första gick ut till hemmet, den andra fortsatte en öppenvårdskontakt med avdelningen under ca en månad. Den tredje kvinnan hade allvarliga psykiska problem och väntade på plats på behandlingshem när vårdtiden upphörde. Hon stannade på avdelningen frivilligt i 11 dagar för att sedan skrivas ut till en släkting. Hon kom till det planerade behandlingshemmet 9 månader senare och stannade där länge. Det finns alltså en stor skillnad mellan "gamla" och "nya" lagen. En skillnad som kan förklaras med att vårdtiden i den gamla lagen var 2 (x2) månader. Den nya lagen innebär en maximal vårdtid av 6 månader.

De resterande 8 vårdtillfällena har inte resulterat i någon försöksutskrivning alls innan definitiv utskrivning. Orsakerna till att man har valt att låta LVM-vården upphöra i förtid är olika. Patienten har ibland varit synnerligen negativt inställd till tvång och har man inte lyckats etablera en fungerande relation. Det har också förekommit att patienten ville åka till behandlingshem men att väntetiden vida överskred LVM-tidens längd.

Avgiftningsenheten har alltså i nästan hälften av alla fall skrivit ut patienterna till en annan form av vård än behandlingshem eller liknande. Olika former av öppenvård med t.ex Avgiftningsenheten, socialtjänsten, skyddskonsulents eller psykiatrisk vård har då istället funnits. I regel får patienten vid utskrivning ett erbjudande om att stanna kvar på avdelningen i frivillig vård. Sex personer tog emot erbjudandet och stannade mellan 3 och 11 dagar.

Frivilligt sökande efter LVM-vård.

Avgiftsningsenheten bedriver också vård under frivilliga former vilket innebär att en fd LVM-patient kan söka hjälp själv (se kapitel 2). Detta bedöms på avdelningen som en indikation på att man har lyckats etablera kontakt med patienten. Av 48 i Malmö mantalskrivna f.d. LVM-patienter har 16 (33.3%) sökt frivillig vård på Avgiftsningsenheten minst en gång efter utskrivning. Patienter som är mantalskrivna i annan kommun kan normalt sett inte söka vård i Malmö eftersom detta betyder stora kostnader för hemkommunen. Om deras vårdkonsumtion efter LVM har vi inga dokumenterade uppgifter.

Drogfrihet efter utskrivning.

Ett annat sätt att bedöma om LVM-vården har haft någon effekt är att se hur länge patienterna har hållit sig drogfria efter att LVM upphörde.

Tabell 24 :Drogfrihet efter att LVM upphörde.

<u>Drogfrihet</u>	<u>antal vtf</u>	<u>%</u>
<=en vecka	34	61.8
<=en månad	11	20.0
<= 3 månader	4	7.3
> 6 månader	6	10.9
Totalt	55	100.0

Om 10 vårdtillfällen saknas uppgifter varav 4 utgörs av de omedelbara omhändertaganden som upphörde efter några dagar. Alla som har varit drogfria längre än 6 månader vistades på behandlingshem.

Tabell 25: Drogfrihet och missbrukspreparat

	amfetamin	opiater	bland "annat"	
<=1 vecka	8	14	7	5
<=1 månad	2	1	3	5
<=3 månader	1	0	1	2
>6 månader	5	0	1	0
Totalt	16	15	12	12

Med "annat" menas cannabis, alkohol, lösningsmedel, tablettmissbruk.

Amfetaminmissbrukare klarar sig bäst, 31.3% var drogfria längre än 6 månader. Nästan alla opiatmissbrukare har återfallit inom en vecka.

Finns då något samband mellan vårdens längd och hur länge en patient har hållit sig drogfri?

Tabell 26: Drogfrihet och Vårdlängd

Drogfrihet	Vårdlängd	
	0-90 dagar	>= 91 dagar .
<=1 månad	24 (85.7%)	21 (78.5%)
>=1 månad	4 (14.3%)	6 (21.5%)
Totalt	28 (100.0%)	27 (100.0%)

Gruppens storlek och de små skillnaderna gör att vi inte kan uttala oss om något samband.

Vi har också undersökt sambandet mellan olika sociala bakgrundsfaktorer och behandlingsutfall. Patienter med tidiga barndomstraumata (före 6 års ålder) uppvisar då sämre resultat än patienter med trauma under tonåren (jämför kapitel 4). Något samband mellan graden av kriminell involvering (antal åtal, straffpåföljd) och behandlingutfall har vi däremot inte kunnat finna.

Uppföljning

Vi har tittat på missbrukssituationen för samtliga patienter vid årsskiftet 1991 / 92. Vi har enbart kontrollerat om patienterna var drogfria eller fortfarande missbrukade och hur många som har avlidit.

Tabell 27: Uppföljningstid

<u>Antal år</u>	<u>antal vtf</u>
>5 år	5
>4 år	10
>3 år	15
>2 år	19
>1 år	10
<1 år	6
<hr/> Totalt	<hr/> 65

Uppföljningstiden för varje patient varierar från ett par månader upp till 5 år. En beskrivning insamlingsmetoder och tillvägagångssätt vid uppföljning återfinns i metodkapitel.

Missbrukssituation

Tabell 28: Missbruksituation vid årsskiftet 91 / 92.

	<u>antal pat</u>	<u>%</u>
kvar i missbruk	35	61.4
drogfria	7	12.3
psykiatrisk vård	2	3.5
avlidna	6	10.5
uppgift saknas	7	12.3
<hr/> Totalt	<hr/> 57	<hr/> 100,0

Ovanstående tabell visar att största delen av gruppen fortfarande missbrukar. Av de 7 drogfria personerna (12.3%) befann sig 6 på behandlingshem. Andra uppföljningar av vårdade narkomaner visar en stor variation. En svensk undersökning med uppföljningstid på 10 år visar

14% drogfria, (Andersson et al, 1986). En dansk uppföljning (3 år) redovisar 27-41% drogfria, (Haastrup, 1973). I Frösöstudien (Franér och Ågren, 1990) redovisas 6.6% drogfria efter 11 månader, i deras grupp ingår dock både alkohol- och narkotikamissbrukare. I en uppföljning av LVM-vårdade narkomaner på Rålambshov (Bjurner, 1992) anges att 20 av 117 patienter (17.1%) var drogfria. Uppföljningstiden var ca 3 år.

Avlidna

Sex personer har avlidit, dvs 10.5% av hela undersökningsgruppen. Två män och en kvinna (opiatmissbrukare) avled som följd av en överdos heroin. Kvinnan avled strax efter en längre vistelse på behandlingshem dit hon hade sökt frivilligt. En manlig blandmissbrukare avled på grund av en blandning alkohol och tabletter under sin första permission från behandlingshem. En kvinnlig blandmissbrukare avled "på rymmen" från ett LVM-hem. Den sjätte, en HIV-smittad kvinna, avled i sviterna av olika sjukdomar.

Dödligheten i denna grupp är inte högre än hos andra grupper av vårdade narkomaner. Andra undersökningar redovisar, 8.7% (Franér och Ågren, 1990), 9.8% (Bjurner, 1992), 12% vid en uppföljningstid av 0,5 till 2,5 år (Fugelstad, 1989), 12% vid en uppföljningstid av 10 år (Andersson et al, 1986).

Kommentar

Vi har i kapitlet angett att en del patienter skrivs ut innan LVM-tiden har gått ut. En anledning är att tvånget i sig kan vara ett hinder för motivationsarbete (se fallbeskrivning nr 13), en annan att den föreslagna vårdplanen var ogenomförbar och vistelsen på LVM-hemmet riskerade bli förvaring i stället för vård. Avgiftningsenhetens lokaler är trånga och patienternas rörelsefrihet starkt begränsad. Om den intagne bara ska sitta av tiden leder detta ofta till utagerande såsom rymning, intag av droger eller till passivitet och hospitalisering. På Avgiftningsenheten har man försökt att sätta patientens tillstånd i centrum för behandlingen. Detta har inneburit att man i en del fall har valt att skriva ut patienten trots att målet

(fortsatt frivillig vård) inte var uppnått. Att inte alla delar denna prioritering framgår av det faktum att föreståndaren vid tre tillfällen har fått påpekanden av länsstyrelsen om felaktig utskrivning. Hur ska då ett LVM-hem agera när det blir tydligt att tvånget inte kan hjälpa i motivationsarbetet? I LVM-lagen står inget om att tvångsvården kan avbrytas, enbart att den skall upphöra när syftet är uppnått.

LVM-lagen anger att syftet med vården är att en missbrukare blir motiverad till fortsatt frivillig vård. I en del fall har man uppnått frivillig vård som dock sällan har varit långvarig och knappast har lett till fortsatt rehabilitering. För gruppen narkotikamisbrukare anger socialberedningen (SOU 1987:22) en vistelse på behandlingshem som en lämplig fortsättning på tvångsvården. Med den målsättningen har avdelningen endast i 19,7% av vårdtillfällena ett lyckat resultat. Avdelningens målsättning dvs att tvånget kan vara ett led i en förändringsprocess, är svårare att värdera. I 33% av fallen har patienterna sökt sig frivilligt tillbaka till avdelningen. Flertalet patienter har gjort något försök att pröva någon form av frivillig vård under eller i anslutning till LVM-vården. Med denna utgångspunkt har Avgiftningsenheten ett lyckat behandlingsresultat. Socialsekreterarens målsättning med LVM kan vi enbart uttrycka med hjälp av den ursprungliga vårdplanen. I kapitel 6 redovisas att denna vid 59% av vårdtillfällena inte har blivit genomförd. Vid resterande vårdtillfällen har den ursprungliga vårdplanen genomförts, i 18,0% av fallen med resultat att patienten stannade en längre tid.

När vi tittar på behandlingsresultat är det påfallande att amfetaminmissbrukare klarar sig bäst av alla missbrukskategorier. Opiatmissbrukare klarar sig sämst i behandling såväl på Avgiftningsenheten som på behandlingshem. En utvärdering av vården på LVM-hemmet Rålambshov (Bjerner, 1992) visar att 3 av de 20 drogfria kvinnorna var opiatmissbrukare. En stor undersökning om svensk institutionell narkomanvård visar samma bild (Bergmark et al, 1989).

SLUTKOMMENTAR

Vi har i kapitel 4 beskrivit den grupp narkomaner som har vårdats enligt LVM på Avgiftningsenheten. Gruppen uppvisar en hög belastning vad gäller traumata och samhällsingripanden under uppväxten vid jämförelse med andra grupper av sjukhusvårdade narkomaner. Ur missbrukssynpunkt framkommer dock inga större skillnader mellan frivilligt vårdade och LVM-patienter, vare sig beträffande preparat, varaktighet eller intensitet i missbruket. Inte heller kan man av denna undersökning dra slutsatsen att man i praktiken har lyckats med lagstiftarnas intentioner att i högre grad nå yngre missbrukare med den ändring av LVM-lagstiftningen som skedde 1989 (SFS 1988:870). "Vår" patientgrupp har blivit äldre under den nyare lagstiftningen.

Vi har i kapitel 5 berört procedurfrågor och frågor om utredning inför ett eventuellt LVM. I en del fall tenderar utredningstiden inför en LVM-dom att bli mycket lång. Även om detta beror på att missbrukaren har gjort sig oanträffbar, väcker detta frågor om rättsäkerhet och om riktigheten i ett ingripande av den typ LVM innebär. De långa utredningstiderna gör ibland att missbrukarens situation kan vara mycket annorlunda när dom väl faller, än när ansökan om LVM skrevs. Vi har i några fall upplevt att LVM därför har varit svårt att motivera för patienten. Då LVM-lagens indikationer huvudsakligen berör patientens hälsa och skadlighet för sig själv, förefaller det också orimligt med procedurtider som är flera månader långa. Om fara för liv och hälsa föreligger är det väl bråttom! Vi är medvetna om att länsrätten inte kan döma någon under dennes frånvaro men inkonsekvensen och problemet kvarstår. Förväntningarna om vad som ska uppnås med ett LVM är ibland stora. Vi har nämnt att i 95% av fallen så utgörs vårdplanen i LVM-domen av vistelse på behandlingshem eller motivationshem. Vi har också beskrivit andra, i vårt tycke orealistiska vårdplaner. Sett mot dessa patienters bakgrund med hög grad av belastning i tidig ålder och många misslyckade vårdförsök inom narkomanvården sedan tidigare, förefaller förväntningarna på vad LVM-vården ska kunna ändra under 6 månader närmast orimliga. Vi efterlyser här ett mer konkret tänkande i arbetet med den enskilde missbrukaren. Med denne patients bakgrund, vad kan vi sörsöka uppnå? Kan vi möta patienten i dennes önsknings och uppnå något positivt den vägen? Om behandlingshem väcker ett oerhört motstånd hos patienten just nu, kan vi välja ett mindre skrämmande alternativ? Hur ska vi kunna

få denne patient så motiverad att behandlingshemmet vill ta emot honom / henne? Ett sådant tänkande kräver en viss kännedom om patienten och dennes livsvillkor. Vår erfarenhet från Malmö säger oss att en orsak till de vidlyftiga men ofta dåligt förankrade vårdplanerna är att socialsekreterarna känner sina klienter dåligt. Detta beror inte nödvändigtvis och alltid på slöhet hos socialsekreterarkåren, utan på att man byter personer på tjänsterna mycket ofta. Patienterna har ofta haft 3-4 olika socialsekreterare under ett år. Förhållandena inom socialtjänsten i Lund har under den här tidsperioden varit annorlunda. Där hade samma personer arbetat med narkomaner under många år, varför de hade en god kännedom om patienterna och deras historia.

Utöver dessa svårigheter med vårdplaner har också berörts andra, där vårdplanerna ibland kontrasterar med verkligheten, såsom att behandlingshemmet inte tar emot annat än frivilliga patienter, att väntetiderna är så långa att LVM-tiden hinner löpa ut, eller att patienten bedöms som "för omotiverad". Dessa svårigheter att uppfylla LVM-lagens och vårdplanernas målsättning, belyser en viktig rättsäkerhetsfråga - målsättningen finns med i underlaget för LVM-domen, men om målsättningen inte går att uppfylla? Kanske skulle en rimlig åtgärd mot detta problem vara att länsrätten eller länsstyrelsen bevakar att vårdplanen är praktiskt genomförbar efter LVM-domen.

Vi har i rapporten berört frågor om när LVM kan vara till nytta och vem som kan bli hjälpt av en LVM-dom. Vi har beskrivit vårdtillfällen där avdelningen inte har lyckats etablera kontakt med patienten och där LVM har upphävts för att minska patientens reaktioner mot tvånget (när dessa har upplevts som mer farliga för patienten än ett fortsatt liv som narkoman). Vi har också beskrivit andra vårdtillfällen där patienten inledningsvis protesterat och reagerat mot situationen men där den fortsatta kontakten ändå har blivit konstruktiv. Men förutom problemet att all mänsklig förändring i en vårdssituation förutsätter kontakt och en bärande behandlarrelation, och att vi inte alltid lyckas i detta arbete, finns det patienter som är olämpliga för vård, eller vård enligt LVM? Eller beror ett misslyckande alltid på personalens oförmåga att etablera kontakt? Utan att ge ett definitivt svar på frågan visar erfarenheterna från Avgiftningsenheten att kraftigt utagerande personer med stark kriminell identitet, som ständigt manipulerar, som inte visar någon förmåga till

omtanke om andra personer, och som är viljestarka med förmåga till planering och strategiskt tänkande, är den grupp som har varit svårast att vårda.

Vid jämförelser mellan missbrukare av olika preparat, visar det sig att avdelningen har uppnått sämst resultat med opiatmissbrukarna. En del av dem kan beskrivas som personligheter enligt ovan, dock inte alla. Om det dåliga resultatet beror på personlighetsfaktorer eller på själva missbrukspreparatet är för oss omöjligt att värdera. Även i andra undersökningar av narkomaner tenderar opiatmissbrukare att ha sämre prognos (se bl.a. Andersson et al, 1986, Bergmark et al, 1989). Det är också ett känt faktum att opiatmissbrukare mer än andra missbrukare somatiserar psykiska konflikter.

Relationen mellan LVM-vård och psykiatrisk vård har berörts i texten som ett problem. Under den tid som denna undersökning har pågått har andra utredningar gjorts specifikt med frågeställningen hur situationen är för psykiskt sjuka missbrukare i Malmö och Malmöhus län (Assarsson, 1992, Malmberg, 1991). Vi har här endast tagit upp svårigheten att på LVM vårda psykotiska eller gränspsykotiska patienter. Vissa patienter är svårbedömda vid ett enskilt samtal och en längre tids kliniska observationer behövs för en korrekt bedömning. Likaså har det ibland funnits behov av tvångsåtgärder för att kunna få till stånd regelbunden neuroleptikamedicinering. Ett nära samarbete med specialist i psykiatri krävs för att detta ska möjliggöras.

Inledningsvis frågade vi oss när i missbrukskarriären LVM används, och vad detta har för konsekvenser för möjligheten att bedriva meningsfull vård med gott resultat. Flertalet LVM-patienter har en lång missbrukstid bakom sig med många tidigare vårdförsök. Endast ett fåtal har befunnit sig i början av en missbrukskarriär. Dessa resultat indikerar att LVM används när inga andra alternativ verkar återstå, vilket är i enlighet med lagtexten i LVM (§4).

"Vår" patientgrupp visar sig i behandlingsresultat och uppföljning ganska lik andra grupper av vårdade narkomaner (se kapitel 7). Några har avlidit, flertalet missbrukar fortfarande, och några har ändrat, eller är på god väg att ändra sina liv. Vad har vi då uppnått med tvånget? Hade det

gått lika bra med vård i frivilliga former? Det svar våra patienter själva ger är att LVM var till nytta för att kunna stanna i vård den första tiden. Alla har dock inte lyckats med det heller. Vår slutsats blir att LVM kan vara till hjälp i att hejda en destruktiv utveckling, men att fortsatta rehabiliteringsmöjligheter beror på en mängd andra faktorer. Det är viktigt att inte glömma att det här är en grupp människor som inte bara har problem med sitt missbruk. De har också haft en trasslig uppväxt, saknar utbildning, har få eller inga konstruktiva relationer, har ingen arbetslivserfarenhet, är kriminellt belastade, har psykiska stömingar och lever ett asocialt liv. Att försöka hjälpa dessa narkomaner till en förändring av sin livssituation kräver därför många olika former av hjälp och åtgärder.

Vi tog inledningsvis upp frågan om tvångsvård kan vara till men för patienten. Vi har i rapporten tagit upp några exempel där vi tycker att så är fallet. En sådan situation är när patientens reaktioner mot tvånget skadar patienten mer än livet som narkoman. Vi talar då inte om patienter som hotar personal, utan patienter som istället har blivit mer självdestruktiva efter än innan de vårdades på LVM. När tvångssituationen blir förvaring, dvs när inget mål finns för vården, är en annan sådan situation. Tvånget blir förvaring när patienten vill åka till behandlingshem men behandlingshemmen inte kan eller vill ta emot patienten. Likså har vi upplevt, framför allt på senare tid, att utomkommunala behandlingshemsvisiteter anses för dyra, vilket innebär att denna möjlighet inte kan erbjudas patienten. Detta innebär ur patientens synvinkel att de personer som har tvångsomhändertagit honom / henne p g a hans / hennes problem, inte är beredda att ställa upp praktiskt och ekonomiskt för att han / hon ska kunna få hjälp med problemet. Nya undersökningar av vad som sker inom LVM-vården i "kärva" ekonomiska tider vore här önskvärda.

Socialberedningen skriver: "En central fråga i LVM-utformningen är om det är möjligt att åstadkomma de förändringar hos missbrukaren som är vårdens syfte, om behandlingen omgärdas med direkt tvång. Ju mer pessimistiskt man besvarar den frågan desto svagare blir den etiska grunden för att bevara eller bygga ut tvånget inom missbruksvården" (SOU 1987:22, sid 259). I vår undersökning har drygt hälften av patienterna kunnat skrivas ut till frivillig vård i någon form, institutions- eller

öppenvård, under LVM-tiden. Vårdförsöken har dock inte blivit särskilt varaktiga för flertalet. Om "den etiska grunden" för tvångsvården, såsom den är utformad idag, är tillräcklig med dessa resultat är fortfarande en viktig fråga att ställa sig. Vi efterlyser här fler undersökningar som belyser måluppfyllelsen inom LVM-vården.

REFERENSER

Andersson B, Fridell M, Nilsson K, Tunving K: Sjuttioalets narkomaner. Patienter vårdade vid S:t Lars sjukhus 1970 - 78. Lunds universitet, Inst för psykiatri och neurokemi, 1986.

Andersson B, Fridell M, Nilsson K, Tunving K: De första heroinis-terna. Opiatmissbrukare vårdade vid S:t Lars sjukhus 1975 - 1977. Lunds universitet, Psykiatriska Inst, S:t Lars sjukhus, Lund, 1984.

Assarsson J: Utredning om missbruksvården i Malmö. PM sjukvården i Malmö, Division psykiatri, 1992 - 03-31.

Avgiftningsenheten: Verksamhetsberättelse 1986 - 1988. Stencil, Malmö socialförvaltning, 1988.

Avgiftningsenheten: Verksamhetsberättelse 1989 - 91 - 03 . 31. Stencil, Malmö socialförvaltning, 1991.

Bergmark A, Björling B, Grönblad L, Olsson B, Segraeus V: Klienter i institutionell narkomanvård. Pedagogisk Forskning, Uppsala, 1989.

Bjurner K: Kvinnliga narkomaner i tvångsvård. SoS-rapport 1992:2.

Cesarec Z och Fridell M: Some Empirical Findings in a Cohort of 135 Hospitalized Drug Abusers. Stencil, 1989

DN - Dagens Nyheter: 1991 - 07 - 02.

Fernstedt I: Håkanstorpsstudien 1 - Klienter. 108 tvångsvårdade narkomaner. FOU-rapport 1992:2.

Franér och Ågren: Frösö Behandlingshem. Ett behandlingshem för klienter med behov av "särskild tillsyn". FOU-rapport 142.

Fridell M: Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt.
CANs PM-serie Nr 10, 1991.

Fridell M: Överförings- och motöverföringsproblematik inom narko-
manvården. Betydelsen för utbränningsfenomen hos personal.
Ur: Segraeus V (Ed): Bränd terapeut skyr vården.
Rapport Nr 4, Karolinska Inst, Stockholm, 1984, s 85 - 136.

Frykholm B och Gunne L-M: Missbrukskarriären.
Läkartidningen 74, 1977:48, 4309-4311.

Frykholm B, Gunne L-M, Huitfeldt B: Prediction of outcome in drug
dependence.
Addictive Behaviour 1976:1:103-110.

Haastrup S: Young Drug Abusers - 350 Patients Interviewed at Ad-
mission and Followed up Three Years Later.
Akad. Avh. Munksgaard, Copenhagen, 1973.

Haastrup S och Jepsen P W: Seven year follow-up of 300 drug abu-
sers.
Acta Psych Scand 70, 1984:5, 503-509.

Hubner L: Frihetsberövande och missbruk - en fråga om legitimi-
tet.
Socialhögskolan, Stockholm, 1990.

Lindberg S och Ramström J: 226 narkomaner.
Garnisonstryckeriet, Stockholm, 1977.

Länsstyrelsen: LVM i praktiken. En uppföljning av tvångsåtgärder
vid missbruk.
Länsstyrelsen i Malmöhuslän, 1991.

Malmberg F: Psykiskt störda narkotikamissbrukare i Malmöhus län.
Stencil, Malmö socialförvaltning, 1991.

Olsson B: Klienter i narkomanvård.
Rapport, Pedagogiska Inst, Uppsala universitet, 1988.

Ramström J: De glömda narkotikamissbrukarna.
SoS-rapport 1989:33

SCB 1989: Socialtjänst Statistik 1982-1989.
Stockholm, 1991.

Social forskning: Nr 1, 1990.

Socialberedningen (SOU 1987:22)

Svensk författningssamling (SFS): 1980:620 (socialtjänstlagen)
1981:1243 (1:a LVM-lagen).
1988:870 (Senare LVM-lagen).

Tunving K: Careers in Alcoholism and Drug Addiction. Clinical and
Epidemiological Studies.
Akad. Avh. Inst för psykiatri och neurokemi, Lunds universitet,
Lund, 1986.

Utredningssektionen, Malmö socialförvaltning: Pm 1985 - 10 - 18,
Pm 1986 - 01 - 07.

BILAGA 1: FORMULÄR FÖR INSAMLING AV UPPGIFTER.**A-formalia**

1. Kön: Man, Kvinna. 2. Födelseår..... 3. Åldern vid 1a LVM-vtf.....
4. Inskrivningsdatum..... 5. Har LVM upphävts under vårdtiden på Avgiftningen?..... datum..... Vad hände sedan.....? 6. Har LVM upphävts under FU?..... datum.....? 7. 1a FU?..... datum.. till vad?.....
8. Pat åter från FU?..... om ja , vad hände?..... 9. 2a FU?..... datum?..... till vad?..... 3e FU?
10. Utskrivningsdatum från avd?..... (sista under LVM-tid eller i anslutning till senaste LVM-vårdtid). 11. LVM upphör datum?
12. Pat tillhörde socialdistrikt?..... 13. Pats. socialsekr. (under LVM-tiden) Beh..... ekon.....
14. Pats. senast kända adress?
15. Samråd med ssk?..... överens 16. dömt enligt gamla / nya lagen..... om gamla lagen. förlängning ja / nej.

B-missbruksbakgrund

1. Debut ålder?..... 2. Debutpreparat?..... 3. Sammanhang vid debut?..... 4. Pats huvudsakliga missbruk, vad?..... när?..... intensitet?.... 5. Intagningssätt?..... när började pat injicera?..... 6. Aktuellt miss bruk senaste 6 mån (innan LVM-vård) preparat..... intensitet..... intagningssätt...?

C-social bakgrund

1. Uppväxt hos biologiska föräldrar? (båda)..... ålder v förändring..... 2. Splittring?..... när..... varför..... 3. Uppväxt endast hos mamman?..... pappan?
- ålder..... 4. Föräldrar svenska?..... 5. Fosterhemsplacering?..... ålder..... hos vem..... varför..... hur länge.....? 6. Huvudsakliga vårdnadshavares yrke / sysselsättning?
7. Har pat syskon? (antal)..... 8. Hur många missbrukar? (har missbrukat)..... 9. Missbruk hos föräldrar?..... vem..... vad..... hos fosterför.....
10. Psykisk störning / sjukdom i familjen?..... vem.... vad.....
11. 1a myndighetskontakt? när..... vilken..... varför.....
12. Institutionsvistelser under uppväxten?..... vilka..... varför.....
13. Pats utbildningsnivå?..... obklass..... skolk..... 14. Arbetslivser farenhet?..... vad.....
15. Finns egna barn?..... hur många..... 16. Vem har vårdnad?.... 17. Om omhändertagna- frivilligt eller LVU?.....
18. Sammanboende (stadig partner)?..... 19. Partner missbrukare?.....
20. Kriminalitet?..... typ av kriminell verksamhet?..... dömd för vad?..... påföljder (om fängelse hur länge).....
21. Prostitution?..... 22. Andra viktiga försörjningssätt?.....
23. Bostad? (egen, inneboende, saknar)..... 24. Somatiska problem som har krävt vård?..... vad 5. Psykiska problem

som har krävt vård?..... vad 26. Tidigare vård för miss bruk?..... vad..... antal gånger..... vistelsens längd.....tidigare LVM-vård?..... var..... när..... effekt..... tidigare vård på Avgiftningen?..... när.....

D. LVM-procedur.

1. Omedelbart omhändertagande?..... vem..... motivering..... har §13 upphävts innan förhandlingen?..... varför..... 2. Vem gjorde anmälan?..... 3. Vem gjorde utredningen? ssk..... distrikt..... 4. Vilka källor bygger utredningen på?..... 5. Läkareundersökning?..... 6. Resultat? I behov av avgiftning..... andra medicinska / psykiska skäl?.... 7. Frivilligt eller polishandräckning? 8. Tid mellan anmälan - länsstyrelsens beslut att lämna det till förhandling?..... 9. Utredningens tid?..... 10. Tid ansökan länsstyrelsen - förhandling i länsrätten?..... 11. Dömd?.. vilken paragraf..... 12. Var pat närvarande vid förhandlingen?..... pats inställning..... 13. Har pat överklagat?..... resultat..... 14. Har vårdplanen gjorts upp tillsammans med pat?..... 15. Vad är planen?öppenvård / institutionsvård?.....16. Har pat godtagit vårdplanen?... 17. Tid mellan domslut - inläggning på avd?..18. Har pat blivit efterlyst omedelbart efter domen?.....19. Varför inte?

E. På avdelningen.

1. Hur kom pat in?polis / själv..... 2. I vilket tillstånd?påverkad..... 3. Pågående sjukdomar?.... vad..... 4. Onormalt psykstatus?.... vad..... 5. Stickmärke?färska / många / var..... 6. Inkomstdrogis? svar positiv på..... 7. Provsvar?HIV,Hep B / C..... 8. Pats reaktion på inläggningen? accepterande / utagerande..... i vilken form..... utgångsförbud...hur länge.... 9. Avgiftning?abstinent.10. Om ja, symtom..... 11. Medicinering mot abstinens?vad..... 12. Hur länge?.....13. Överflyttad till Rehab?.. när..... 14. Varför / varför inte?..... 15. Beh konf?..... hur länge efter inl..... 16. Vem tog initiativet?..... 17. Vilka medverkade?..... 18. Var alla överens om vårdplanen?.... om inte, oenighet..... 19. Resultat?.....20. Har ssk följt upp vårdplanen?..... hur..... 21. Vad tyckte avd. om vårdplanen?... 22. Om nej,alternativ?.....23. Medverkade ssk i diskussionen om vårdplan?.... om inte,varför.....24. Om fler beh konf, varför?..... 25. Vad finns noterat om vad vi resp. pat bör uträtta under vistelsen på avd?.....26. Hur uppfattades pat av personalen? vilken kontakt.....27. Problem kring pat på avd?..... 28. Vad görs med pat? t ex, finns indiv

behandlingsplan?..... finns önskemål från pat.....29. Andra skeende?... 30.
 Rymningar?... 31. När?..... hur länge..... hur..... hur tillbaka...
 anledning..... kontakt med avd under rymningen..... vistats under rymning.....

F. Uppföljning.

1. Utskrivning från avd.plan / oplan..... 2. Har pat fortsatt plan han / hon
 utskrivits till?..... 3. Stannat?hur länge..... 4. Planerad utskrivning
 från hemmet?..... 5.Nej?varför..... 6. Hur länge drogfritt?..... 7.
 Hur ser missbruket ut 6 månader efter LVM?..... 8. Allmänna
 situationen?..... 9. Har pat sökt till avd frivilligt efter LVM?.....
 när..... 10. Varför?.....

BILAGA 2: KODNINGSMANUAL

A-Formalia

1. Individnr.
2. Vårdtillfällenr.
3. Kön 1=man, 2=kvinna.
4. Ålder vid första LVM-vtf.
5. Inskrivningsdatum (år-månad-dag).
6. 1:a utskrivningsdatum.
7. Utskrivningsform: 1=FU, 2=LVM upphävs, 3=LVM upphör, 4=LVM upphört / upphävt tidigare, 5=överflyttat till annat LVM-hem, 6=överflyttat till kriminal vård, 7=överflyttat till LSPV / psyk, 8=överflyttat till som vård.
8. Till vad skrivs pat ut: 1=behandlingshem, 2=annat LVM-hem, 3=89an, 4=Norda, 5=annat motivationshem, 6=öppenvård, 7=bostad,arbete,skola, 8=annat.
9. Pat åter till avd efter antal dagar: 0=ej åter, 1=0-1 dagr, 2=2dgr etc.
10. 2:a utskrivningsdatum:(år-mån-dag) 0=ej aktuellt.
11. Utskrivningsform: 0=ej aktuellt, 1=FU, 2=LVM upphävs, 3=LVM upphör, 4=LVM upphört / upphävt tidigare.
12. Till vad skrivs pat ut: 0=ej aktuellt, 1=till behandlingshem etc enl ovan.
13. Pat åter till avd efter antal dagar: 0=åter ej aktuellt, 1=0-1 dagar etc enligt ovan.
14. 3:e utskrivningsdatum (år-månad-dag).
15. Utskrivningsform: se ovan.
16. Till avd skrivs pat ut: se ovan.
17. Pat Pat åter avd efter antal dagar: se ovan.
18. 4:e utskrivningsdatum: (år-månad-dag).
19. Utskrivningsform: se ovan.
20. Till vad skrivs pat ut: se ovan.
21. LVM upphör datum.
22. Pat tillhörde kommun och soc distrikt u LVM-tiden: 1= Malmö-centrum, 2=Malmö-söder, 3=Malmö-nord / öst, 4=Malmö-östra, 5=Malmö-väster, 6=Lund, 7=annan kommun.
23. Socialsekreterare; anmälare (A), utredare (B), kontaktperson (C), 0=ej tillämpligt, 1=alla 3 funktionerna, 2=A och B är samma, 3=B och C är samma, 4=A och C är samma, 5=nej.
24. Har samråd förekommit och var parterna överens: 1=ja,överens, 2=ja,inte överens, 3=nej, 4=LVM upphör.

25. Var pat dömd enligt gamla eller nya lagen: 0=ej dömd, 1=gamla lagen, ej förlängd, 2=gamla lagen, förlängd, 3=nya lagen.

B. Missbruksbakgrund

26. Pats ålder vid debut i missbruk: ålder, 9=uppgift saknas (us).

27. Debutpreparat: 1=alkohol, 2=sniffning, 3=hash, 4=amfetamin, 5=opiater, 6=tabletter, 7=mer än ett preparat, 9=us.

28. Pats dominerande missbrukspreparat (anamnestic): 1=alkohol, 2=sniffning, enl ovan.

29. Pat de senaste 6 månaderna: 1=alkohol, etc. enl ovan.

30. Intagningssätt-injektion: 1=ja, 2=nej, 9=us.

31. Längd av kontinuerligt (mer intensivt) missbruk: Antal år från inläggning och bakåt, 0=ej intensivt missbruk.

32. Antal dokumenterade överdoser; antal.

C. Social bakgrund

33. Antal traumatiska händelser (förändringar) under pats uppväxt (till 18 år) exempel: splittring av familj, dödsfall i familj, fosterhemsplacering, bampsykvistelser-utredningshem, växling av fosterhem, annan myndighet skontakt utöver fosterhem, annan institutionsplacering.

34. Ungdomsvårdskola, 1=ja, 2=nej, 9=us.

35. Ålder vid första traumatiska förändring: 0=ej tillämpligt.

36. Föräldrar svenska: 1=ja, 2=nej, om någon av dem är utländsk.

37. Har pat syskon: 0=0, 1=1, etc.

38. Hur många syskon missbrukar (har missbrukat): 0=0, 1=1, etc.

39. Missbruk hos föräldrar (vårdnadshavaren: 1=nej, 2=ja båda, 3=ja moder, 4=fader, 5=ja mor / farföräldrar som vårdnadshavaren, 9=us.

40. Har någon i familjen vårdats för psykisk sjukdom: 1=ja, 2=nej, 9=us.

41. Pats utbildningsnivå: 1=ej grundskola, 2=genomfört grundskola, 3=utbildning utöver grs, 9=us.

42. Arbetslivserfarenhet: 1=har haft regelbundet arbete(1 år eller mer), 2=haft kortare anställningar eller sporadiskt arbete, 3=inte arbetat alls, 9=us.

43. Har pat barn: 0=nej, 1=1, etc,9=us.

44. Pat har vårdnad om barn själv-antal barn: 0=inget eller har inga barn, 1=1, etc.

45. Hur många barn är omhändertagna: 0=inga eller pat har inga barn, 1=1, etc.

46. Är pat sammanboende: 1=ja, 2=nej.
47. Är partner missbrukare: 0=ej partner, 1=ja, 2=nej, 9=us.
48. Kriminalitet: 1=ja, 2=nej.
49. Pat dömd till påföljd (allvarligaste): 0=ej kriminell, ej dömd, 1=dagsböter, 2=skyddstillsyn, 3=kortare fängelsestraff (6 mån eller mindre), 4=längre fängelsestraff än 6 mån, 9=us.
50. Pats ålder vid 1:a dom.
51. Hur många gånger har pat åtalats för olika brott: 0=0, 1=1, etc.
52. Prostitution: 0=man, 1=ja, 2=nej.
53. Andra försörjningsätt: 0=nej, 1=sjukskrivning, 2=lura doktorer / köpa, sälja piller, 3=hemmafru, 4=karlar (kvinna har man som försörjer henne i utbyte mot sex tjänster, 5=man som tvingar kvinna att prostituera sig vilket för sörjer honom, 6=sjukbidrag, 7=kriminalitet, 8=socialbidrag.
54. Bostad: 1=egen, 2=inneboende, 3=saknar.
55. Tidigare somatiska åkommer som krävt vård: 0=nej, 1=leversjukdom, 2=neurologiska, 3=gyn, 4=infektion, 5=ortoped, 6=hormonella, 7=hjärt / kärl invärtes, 8=allergier, 9=us.
56. Operativa ingrepp: 1=ja, 2=nej, 9=us.
57. Tidigare psykiska problem som krävt vård: 1=nej, 2=organiskt utlösta, 3=toxiska, 4=psykos, 5=neuroser, 6=pers stöming, 7=suicid försök, 8=reaktiv depression, 9=us.
58. Tidigare vård för missbruk: 1=nej, 2=end öppenvård, 3=end avgiftning, 4=institution t ex behandl hem.
59. Tidigare LVM-vård: 1=nej, 2=ja en gång, 3=ja 2 gånger, etc.
60. Tidigare vård på Avgiftningsenheten: 1=nej, 2=ja enl SOL, 3=ja enl LVM, 4=ja enl båda, 5=ja enl LVU.

D.LVM-procedur

61. Omedelbart omhändertagen: 1=nej, 2=ja kvarstår, 3=ja upphävt.
62. Vem gjorde anmälan: 1=soc, 2=läkare, 3=polis, 4=skyddet, 5=anhörig.
63. Vilka källor bygger soc utredningen på: 0=ej tillämpligt, 1=individen själv, 2=endast andrahandsuppgifter, 9=us.
64. Läkarundersökning: 0=ej, 1= ja men inga behov alls, 2=ja avgiftningsbehov, 4=ja behov av andra skäl, 5=ja båda.
65. Utredningstid: antal dgr, från anmälan till länsstyrelsebeslut: 0=ej.
66. Tid från länsstyrelsebeslut till förhandling i länsrätten antal dgr, 0=ej.

67. Dömd: 1=nej, 2= enl §4.1 nya lagen, 3= §4.2, 4= §4.3, 5= §4.1 och 4.2, 6=§3.1 gamla lagen, 7=§3.2, 8=§3.1 och 3.2.
68. Pat närvaro och inställning vid LVM-förhandling: 0=ej tillämpligt, 1=nej bestrider, 2=nej medger, 3=ja bestrider, 4=ja medger.
69. Har pat överklagat:0=ej tillämpligt, 1=nej, 2=ja avslag, 3=ja bifall, 4=återkallat överklagandet.
70. Har vårdplanen gjorts upp tillsammans med pat: 0=ej tillämpligt, 1=ja, 2=nej.
71. Vad är vårdplanen: 0=ej tillämpligt, 1=behandlingshem, 2=annat LVM-hem, 3=89an / Norda, 4=Avgiftningen, 5=motivationshem, 6=öppenvård, 7=bostad, ar bete, skola, 8=annat.
72. Har pat godtagit vårdplanen:0=ej tillämpligt, 1=ja, 2=nej.
73. Tid mellan domslut och inläggning på avd:antal dgr. 0=på avdelningen, 1=0-1, 2=2, etc.

E. På avdelningen

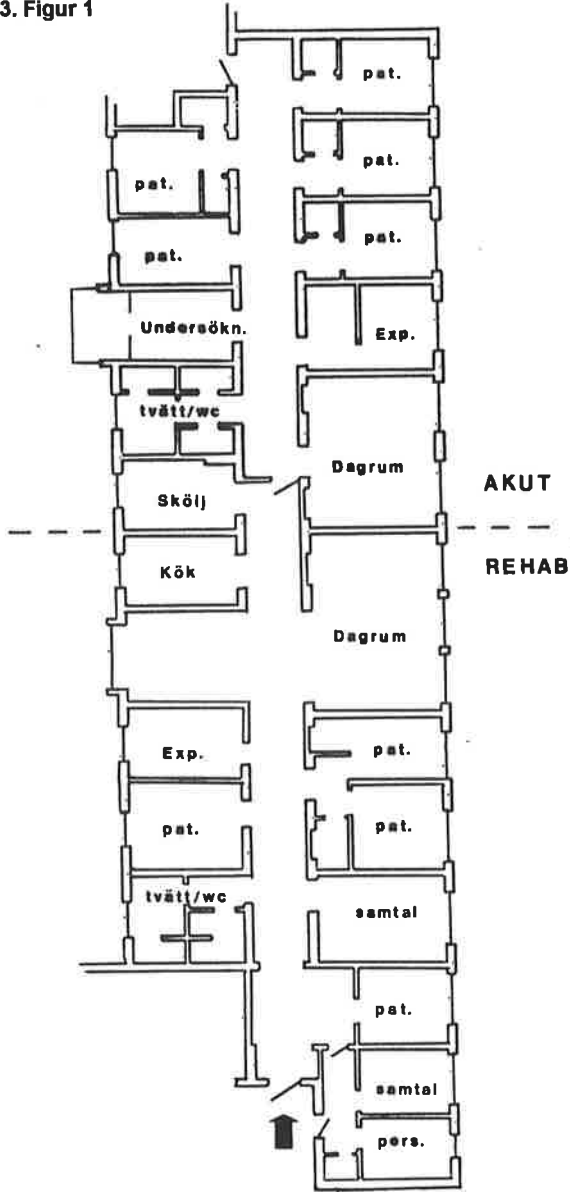
74. Hur kom pat in: 1=polis, 2=med myndighetsperson, 3=med anhörig, 4=själv.
75. I vilket tillstånd kom pat in: 0=ej påverkad, 1=alkohol, 2=sniffning, 3=hash, 4=amfetamin, 5=opiater, 6=tabletter, 7=mer än ett preparat.
76. Pågående sjukdomar: 1=ja, 2=nej, 3=gravid, 4=gravid + sjuk.
77. Onormalt psykstatus: 1=nej, 2=ja förvirrad, 3=ja svårkontaktbar, 4= ja hallucinerar.
78. Stickmärken:relativt färska, synliga, 1=nej, 2=ja på armar, 3=ja även på andra ställen.
79. Inkomstdroganalys: 0=finns inte, 1=negativ, 2=cannabis, 3=cs, 4=opiater, 5=bensodiazepiner, 6=mer än ett.
80. Provsvar: 1=negativa, 2=HIV-pos, 3=Hep-b pågående, 4=Hep-b antikroppar, 5=Hep-c pågående, 6=Hep-c antikroppar.
81. Pats reaktion på inläggningen: 1=accepterande, 2=samerbetsvillig, 3=bråkig, 4=hotande / våldsam, 5=rymmer, 6=tar in droger, 7=rädd, 8=förvirrad.
82. Överflyttad till Rehab: 1=nej, 2=ja.
83. Varför inte: 0=är överflyttad, 1=ej lyckats genomföra avgiftning, 2=störig, bråkig, vägrar följa struktur, 3=rymmer, 4=vill inte, 5=färdig planering, 6=endast §13, 7=psykvård.
84. Behandl konferens, hur lång tid efter inläggning: 0=0 beh konf, 1=1-7 dgr, 2=8-14 dgr, 3=15-21 dgr, 4=22-28 dgr, 5=mer än 28 dgr.

85. Har ssk varit med på behandl konf: 0=ej konf, 1=nej, 2=ja alltid, 3=ja ibland.
86. Oenighet om vårdplan: 0=ej tillämpligt, 1=nej, 2=ja soc, 3=ja pat, 4=ja avd, 5=ja institution (mottagare), 6=ev kombinationer, 7=fanns ej.
87. Finns alternativ vårdplan: 0=ej tillämpligt, 1=ja, 2=nej.
88. Har den ursprungliga, formella vårdplanen genomförts: 1=nej, 2=ja, misslyckat pat tillbaka, 3=ja, pat stannar.
89. Hur många beh konf:0=inga beh konf, 1=1, 2=2, etc.
90. Rymningar: 0=ej rymt, 1=1 rymning, 2=2 rymning, etc.
91. Hur länge är pat borta 1:a rymning: 0=ej rymt, 1= 0-1 dag, 2=2 dgr, etc.
92. Hur länge borta 2:a rymning: 0=ej aktuellt, 1=0-1 dag, etc.
93. Hur länge borta 3:e rymning: se ovan.
94. Hur länge borta 4:e rymning: se ovan.
95. Hur länge borta 5:e rymning: se ovan.
96. Hur länge borta 6:e rymning: se ovan.
97. Hur tillbaka efter 1:a rymning: 1=polis, 2=myndighetsperson, 3=anhörig,4=självt, 5=ej tillbaka, 9=us.
98. Hur tillbaka efter 2:a rymning: se ovan,
99. Hur tillbaka efter 3:e rymning: se ovan.
100. Hur tillbaka efter 4:e rymning: se ovan.
101. Hur tillbaka efter 5:e rymning: se ovan.
102. Hur tillbaka efter 6:e rymning: se ovan.

F. Uppföljning

103. Planerad utskrivning: 1=oplanerad utskrivning, 2=planerad utskrivning,3=LVM upphör, 4=LVM upphävt.
104. Hur länge har pat fortsatt planering: 0=ej plan, 1=< 1 vecka, 2=< månad, 3=1-03 månader, 4=3-6 månader, 5=mer än 6 månader.
105. Har pat sökt frivilligt till avd efter LVM: 1=nej, 2=1 gång, 3=mer än en gång.
106. Hur länge drogfri: samma som 104.
107. Hur länge stannat efter att LVM upphörde: 0=ej tillämpligt, 1=< 1 vecka, 2=< 1 månad, 3= se 104.

BILAGA 3. Figur 1



FIGUR 1: AVGIFTNINGSENHETENS LOKALER

I serien **MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT – OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass** av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN – ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER – principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN – hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER – En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL – TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution – en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér

- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION -**
 Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller
 boende i Skåne av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden**
 1800-1960 av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och
 Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av
 Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR** av
 Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄK-**
RINGEN 1935-54 av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett**
förändringsarbete med förhinder av Anna Meeuwisse
- 1988:6 **UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND** av
 Bengt Svensson
- 1988:7 **HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET** red av Peter Andersson
- 1989:1 **FATTIGLIV** av Gerry Nilsson
- 1989:2 **MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö**
 av Leif R Jönsson
- 1989:3 **FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN** av Bo Vinnerljung
- 1989:4 **GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN** av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 **DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete**
 red av Verner Denvall
- 1990:2 **SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje**
- 1990:3 **KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner**
 red av Immanuel Steen
- 1990:4 **HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik**
 1945-1965 av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTILLVARO - en processanalys av ett socialbyråprojekt**
av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON - hur en forskningsprocess
och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av
handledning** av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP - en reseberättelse från England 1-8 april 1990** av
Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder
(red) .
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDREDOMSHEMMET - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952**
av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research
Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj**
av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ.**
Utvärderingsrapport av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDEER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE
ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN - en retrospektiv aktstudie**
av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL**
av Bo Vinnerljung
- 1993:2 **HÖRSELSKADADE I ARBETSLIVET - Ett stress/kontroll perspektiv -**
av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY LIFE
SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL POLICY
AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE ERA OF THE
SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING** av
Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM
AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND

Reprocentralen
1994
Lunds Universitet



LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Box 117
221 00 Lund
046-10 70 00