

Bete sig normalt

Ett perspektiv på den vuxna
familjehemsvården

Göran Johansson



Statens
institutions
styrelse SiS
FOU

Forskningsrapport nr 3 2002

Bete sig normalt

Ett perspektiv på
den vuxna familjehemsvården

Göran Johansson

Författarpresentation

Göran Johansson är docent i socialantropologi vid Stockholms universitet. Han är sedan 1995 verksam vid Sköndalsinstitutets forskningsavdelning. Johansson har tidigare skrivit rapporten *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö* (SiS). Andra rapporter med viss relevans för SiS arbete är *För mycke jag, för lite Jesus. LP-stiftelsens vård av missbrukare sedd ur ett socialantropologiskt perspektiv* och *Välsignelse eller förbannelse? Om koka och kokabruk* (Sköndalsinstitutet) samt *Måttligt eller meningsfullt. Bidrag till en alkoholpolitisk debatt* (Folkhälsoinstitutet)

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Forskningsrapport nr 3 2002
ISSN 1404-2576



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2002

Förord

Forskningsprojektet *Bete sig normalt. En studie av familjehemsvård för vuxna missbrukare* av socialantropologen Göran Johansson avsåg enligt projektbeskrivningen att komplettera två tidigare studier, den ena avseende frivillig vård, den andra tvångsvård. Johansson har bidragit med teoretiska diskussioner kring alkohol och narkotika, frivillig vård och tvångsvård av missbrukare samt, med denna rapport, kring eftervård och utslussning. I forskningsrapporten om tvångsvård skrev Johansson att för att LVM-vård skall fungera är det nödvändigt att "samhället självt förändrar sig och bereder missbrukaren plats och gemenskap". En tanke för denna studie om familjehemsvården är att det kanske är familjen – en samhällets mikrostruktur – som kan ta på sig den rollen. Möjligheten tas upp att pröva familjehemsvården som adekvat och logiskt eftervårdsalternativ för missbrukare dömda enligt LVM. Textens titel – *Bete sig normalt* – understryker författarens syn på familjehemsvård som en slags normalisering och ett alternativ till den organiserade missbrukarvården, där det professionella sättet kommit att uppfattas som något annat än normalt beteende. En slutsats, enligt Johansson, är att den professionella insatsen, trots resursdominans och kunskaperfarenhet, alltid måste betrakta sig som *ett komplement till det normala*.

Rapporten ger en bild av familjehemsvårdens funktion, potential, möjligheter och problem. Den innehåller en beskrivning av den konsulentverksamhet som sköter kontakterna mellan familjehem och socialtjänst. Johansson har intervjuat representanter för familjehem, konsulentorganisationer, kommuner och LVM-hem och samtalat med LVM-klienter om deras tankar kring och erfarenheter av familjehem.

Författaren tar avslutningsvis upp dilemmat med att säga att "någon behandlar och vårdar en annan". Orden delar oss i givare och mottagare, i över och under. Det vore önskvärt att finna mer neutrala och explicit ömsesidiga benämningar. LVM-vården sedd ur ett rituellt perspektiv är varken vård eller behandling utan "en korrektiv kollektiv handling som riktar sig lika mycket till individen (missbrukaren) som till gruppen (samhället)". Detta vill författaren förmedla med denna rapport.



Sture Korpi
Generaldirektör



Vera Segraeus
Forskningsledare

Sammanfattning

Möjligheten att välja familjehem *i stället för* behandlingshem markerar vårdsamhällets osäkerhet inför den vetenskapliga *behandlingsmetodens* uteslutande relevans. Socialtjänsten kan tänka sig att jämställa förstärkt amatörism med professionalitet, om även klienten gör det. Familjehemsvården erbjuder något som den professionella vårdformen saknar. Det fina anses vara att vården utförs av *vanliga* familjer utan särskild utbildning. Plötsligt blir den *alldagliga människan/familjen* något av ett likvärdigt komplement till det professionella. Denna möjliga omkastning inom missbrukarvården är otillräckligt uppmärksammas. Som tänkt form är familjehemsvården *normal* i betydelsen icke professionellt planerad. Klienten ska hamna i ett vanligt sammanhang, i en familj som *beter sig normalt*. Det professionella i familjehemsvården är förlagt till familjehemmets periferi, där konsulent och socialsekreterare är *länkar till en artificiell normalitet*.

Vårdformen har *kulturell* karaktär. I stället för att separeras och kategoriseras integreras klienten i en struktur som i de flesta samhällen har drag av ursprunglighet, formalisering och tradition. Den som bryter mot samhällets normer *sugs upp* av samhällets ordning i stället för att *spys ut*. Närheten mellan vårdare och vårdad i ett familjehem kan ge relationen en fiktiv färg av släktskap och anhörighet. Som ett slags samhällets *receptorer* kan familjehemsvården *representera* samhällets förändrade attityd till klienten/gästen efter en (motivations)behandling. Skulle vårdformen också kunna *katalysera* en bredare och djupare samhällsförändring för att på nytt bereda klienten/gästen en plats i gemenskapen och en uppgift?

Professionalism byggd på *särskild* kunskap och *särskilda* metoder för behandling av missbruk har drag av manipulation. Klientens förmåga att stå emot behandling, hans vägran att låta sig övertalas eller motiveras försöker metoden på något sätt övervinna. Mot detta mobiliserar klienten sin egen ofta överlägsna manipulationsförmåga. Kanske står den skickligheten i relation till den manipulation klienten anser sig själv utsatt för. I ett familjehem utan expertkunskap på behandlingsområdet blir klientens manipulationsförmåga otjänlig. Där kan den inte resas mot något manipulationsförsök. Att *konstra* blir olönsamt och situationen öppnar i stället för *samarbete*. Den *terapeutiska agenten* i familjehemsvården kan vara att familjehemmet genom sin – i klientens behandlingserfarenhet – *ovanliga vanlighet* gör det möjligt för klientens egen omedvetna kunskap och kapacitet att göra sig gällande i positiv riktning.

Familjehemmets *vanlighet* skulle kunna uppfattas så att vårdformen inte är något särskilt. Ett syfte med den här rapporten är att visa att familjehemsvården i hög grad är något. Men familjehemmen kan kanske inte jämföras med något som redan finns. Familjehemsvården bör få vara betydelsefull utan att behöva kategoriseras och utan

att nödvändigtvis behöva tillgodogöra sig *andra* vårdformers teorier och praktiker. Att bete sig normalt innebär bland annat att lyssna snarare än att analysera, att notera vad som faktiskt sägs snarare än att läsa mellan raderna, att höra mer på klienten än på sin inre professionella röst. Jämförd med fenomenet *behandlingsmetod* är familjehemsvården unik, fri och rent av stursk. Det är kanske bara familjen som *kan* ta på sig den självförändring som *egentligen* krävs av samhället – genom att upplåta en plats, inlemma klienten i ett nätverk av släkt och vänner, förmedla kontakter och under en tid fungera som temporär garant och förespråkare.

Konsulenten är till för både familj och klient. Det är totalbilden som avgör var betoningen läggs. Ska systemet upprätthållas på lång sikt måste troligen omsorgen om familjen överväga. Familjerna är kontinuiteten. Klienterna kommer och går, förhoppningsvis till en förbättrad situation. Men det är familjehemmet som sätts på spel. Konsulenternas rekrytering av familjehem vägleds av grundläggande kriterier för hur ett bra familjehem ska vara. Det måste finnas ett genuint intresse för människor, ett känslöverskott och det bör inte handla för mycket om pengar. Annars kan det se olika ut, från påvert till påkostat, från kontrollerat till kaotiskt. Om grundläggande kriterier är uppfyllda kan varje intresserad familj bli aktuell. Någonstans finns en klient som passar, förr eller senare.

God matchning har sin dåliga motsvarighet. I den komplexa familjehemsvården bör de för matchningen ansvariga lika lite förkrossas av misslyckandet som yvas över det lyckosamma. Bortsett från elementa – nej till våldsamma och/eller psykiskt svårt störda personer, största möjliga hänsyn till klientens önskemål och uppmärksamhet på den utredda familjens *aktuella* tillstånd – har ingen enskild part hela ansvaret för en avbruten placering. Ett dilemma för familjehemsvården är att *framgångsrik* matchning efterhand leder till en allt *svårare* matchning. Antalet tillgängliga hem för en enskild familjevårdsenhet är begränsat. Ju framgångsrikare placeringar desto färre familjehem finns att välja mellan när ytterligare en gäst blir aktuell.

Det unika i varje placering utsätter familjen för ständigt annorlunda påfrestningar. Varje ny klient orsakar en ny personlighetskonstellation vars konsekvenser ingen förutser. I det erfarna familjehemmet är medlemmarna beredda på faran, tar den som en utmaning och formerar familjen för fight. Hos den vars liv bör påverkas finns en extrem känslighet för skillnaden mellan det proffsiga och det amatöriska, för osäkerheten i en alltför ytligt integrerad kunskap och för en bristfällig koordination och anpassning mellan påverkansbehov och påverkansförsök. Föreställningen om ett enkelt samband mellan formell kunskap och effektivitet i social och psykologisk påverkan bäddar för allt fler sociala problem och nya professioner. Det är samhällets medlemmar – gärna men inte enbart klientens egen familj, släkt och vänner – som kan göra det långsiktiga arbetet genom att bereda missbrukaren en plats i samhället, social kontroll och gemenskap. Dessa tre, och störst är antagligen gemenskapen. Men vändningen måste kanske inledas på en institution eller i ett familjehem.

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning	9
Familjevård för vuxna	11
Tänkt arbetsfördelning	18
Hur går det till?	21
En kontinuerlig brytningstid	23
1 Det normala	27
Normalitet och etisk kod	29
Spontanläkning som normaliseringsprocess	31
Tanke och handling	33
Vad är då meningen?	35
2 Ideell professionalitet	39
Behovet av utbildning	45
Den okomplicerade professionalismen	47
Utbyte av kunskap	50
Familjehemsvård, ett ideellt arbete?	53
Den nödvändiga ömsesidigheten	56
Ingen kan det här i verkligheten	59
3 Familj och klient	61
En "vanlig" familj	63
Omvärlden	64
Reflexioner och motiv	66
Vad bör familjehemmet veta?	69
Behandling	71
Sin egen eftervård	77
Kvinnor i familjehem	80
Balans och begränsningar	81
En ny typ av institution?	84
Familjecentrerad eller klientcentrerad	85

4 Konsulent	89
Rekrytering och utredning	90
Matchning och placering	98
Att utbilda familjehemmet	109
Motivation för placering	112
Stödet till familjehemmet	115
Teori och praktik	118
Den konstruktiva missuppfattningen	120
5 Beställa, fullfölja	125
Institution	125
Kommun	131
6 Missmatch	139
Grisen i säcken	142
Svårare än väntat	146
En "familjemedlem" misslyckas	149
Alkohol	151
Avslutning	155
Noter	163
Referenser	169

Inledning

Det uppdrag jag har skönjt och som inspirerat till en studie av *familjehemsvård för vuxna missbrukare* kommer ur slutsatsen av en tidigare studie av tvångsvård (LVM). Slutsatsen är att villkoret för konsolidering av eventuell *förändring* hos klienten är att även det mottagande samhället förstår att i någon mån *ändra sig*. Samhällets förändring måste *materialiseras* i (hos) de enskilda människor som tar emot klienten efter en institutionsvistelse. Att även samhället är berett att ändra sig måste *manifesteras* på ett sådant sätt att klienten ser, förstår och tror.

En tanke för studien var att det kanske är familjen – en samhällets mikrostruktur (om än ständigt ifrågasatt) – som med ett särskilt stöd men utan specifika formella yttre krav kan ta på sig den *självförändring* som krävs genom att upplåta en plats i familjekretsen, inlemma klienten i ett nätverk av släkt och vänner, förmedla kontakter till lokala arbetsgivare och utbildningar och under en tid fungera som preliminär hemvist, garant och förespråkare för klienten. Familjen representerar samtidigt på ett naturligt sätt – genom medlemskap och förebild – fullföljandet av den påverkan som inletts i LVM-hemmet eller i någon annan behandlingsform.

Rapporten kan ses som ett komplement till två tidigare studier, en om frivillig vård av missbrukare vid Åsbrohemmet (LP-stiftelsen) (Johansson, 1997a) och en om tvångsvård vid Hornö LVM-hem (SiS) (Johansson 2000). Det blev naturligt att fortsätta med en studie av den vårdform som bygger på engagemanget hos ”vanliga” familjer ute i det ”vanliga” samhället.¹ Rapportens underrubrik rymmer en medveten dubbelhet. Texten handlar om de *vuxna gästerna*² i den familjehemsvård som är mest bekant för att ta hand om barn och ungdomar. Den handlar också om en vårdform som blivit vuxen större uppgifter och mer ansvar.

Jag har strävat efter att översiktligt beskriva familjehemsvården som system – dess praktik, perspektiv och positioner – genom presentation och försök till analys av olika parter, faser, problem och överväganden. Mer översiktligt berörs möjligheten att pröva familjehemsvården som adekvat och logiskt eftervårdsalternativ för missbrukare dömda enligt LVM. Utgångspunkten är i det sammanhanget att samhället som sagt måste anpassa sig till och ställa krav på den före detta tvångsomhändertagnes nya status. Kan familjehemsvården i denna ömsesidiga aspekt tänkas representera ett sig förändrande mottagande samhälle?

Redovisningen inbegriper en översiktlig beskrivning av den konsulentverksamhet som i dag sköter en stor del av förmedlingen mellan familjehem och beställare – kommunernas socialtjänst. Hur går matchningen till mellan klient och familjehem? Hur ska man se på familjehemsvårdens exponering av ömsesidighet mellan professionell behandling och icke-professionell vanlighet eller normalitet?

Informella intervjuer och i någon mån observation är grund för studien. Jag har

intervjuat representanter för familjehem, konsulentorganisationer, kommuner och LVM-hem och jag har träffat och talat med några "klienter" på väg till och några "gäster" på plats i familjehem. Texten är resultatet av ett samarbete mellan mig och mina informanter. Det har känts naturligt att låta olika parter komma till tals med egna ord i utförliga citat.³ Jag har förvisso själv valt vad jag vill "släppa fram" men hoppas att mina informanter inte tycker att jag har valt fel. Åtskilliga citat är rätt långa och informanten hinner ibland avverka det ena efter det andra. Jag har valt att låta dem prata på trots att en del av innehållet rätteligen skulle passat bättre under någon annan rubrik. Se det som en artighet från min sida. Man avbryter inte folk i onödan. Läsaren bör ta det som repetition eller varför inte redundans. Till sist, de flesta citaten är språkligt minimalt tillrättalagda och det är min uppfattning att samtliga uttrycker sin sak väl.⁴ De informanter vars citat bär deras namn har godkänt den öppenheten och dessutom beretts tillfälle att justera sina utsagor. De som har justerat har till min tillfredsställelse gjort det med varsamhet.

Jag känner tacksamhet mot alla dem som ställt upp för intervjuer och frikostigt försett mig med den kunskap som finns i rapporten. Ingen särskild nämns här men de finns alla med sina namn i citaten. Min förundran är ständigt lika stor över informanters frikostighet och beredvillighet att dela med sig av erfarenheter och insikter. Tack också till forskningsavdelningen vid Sköndalsinstitutet och ert olidligt efterhångsna krav på saklighet och klarhet.

Textens först tillfälliga titel – *Bete sig normalt* – har befast sin giltighet. Informanter har strukit under att familjehemsvård handlar om ett slags normalisering. Behovet av en gemensam ospecificerad normalitet finns inte bara för att ersätta missbrukets egen normalitet utan även inför den organiserade missbrukarvårdens öppna och slutna slag, där det professionella sättet kommit att uppfattas som något annat än normalt beteende.⁵

Rapporten resonerar om att samarbetet i familjehemsvården – mellan det professionella och det icke-professionella – kanske påvisar en mer gängse nödvändighet. Vårt samhälle är så komplicerat att inte alla inträdande sociala processer kan lämnas till en "naturlig" lösning. Men samtidigt kan inte våra sociala problem, eller snarare deras förmering, oförbehållsamt överlåtas till experter. En slutsats, om än inte tydligt uttalad och motiverad här, är att den professionella insatsen, trots resursdominans och kunskaperfarenhet, alltid måste betrakta sig själv som *ett komplement till det normala*.

Samhällets ordning, i synnerhet dess "behandlande" aspekt, måste sträva mot normalitet i den meningen att de problem som uppstår tillåts orsaka *rekonstruktion* av denna ordning för att – inom ordinarie struktur – så långt möjligt lösa de sociala problemen och, ifråga om individens särart, så vidga normalitetens famn att alla ryms.⁶

Rapporten utgår ifrån att det ligger i samhällets intresse att få en bild – om än en

av många möjliga bilder – av familjehemsvårdens funktion, potential, möjligheter och problem. Det är en allmän uppfattning i missbrukarvården att *utslussning* och *eftervård* är kritiska länkar i vårdkedjan. Familjehemsvården är en sådan länk och samtidigt alltmer en självständig vårdform.

Familjevård⁷ innebär enkelt uttryckt att en människa med sociala, psykiska eller andra problem tas om hand av och får en plats i en annan familj än sin ursprungsfamilj under en längre eller kortare tid. (Ur riktlinjer gällande för Riksförbundet för förstärkt familjehemsvård, RFF)

Preciseringen innehåller det viktigaste:

- en människa
- sociala/psykiska/andra problem
- ta hand om och ge en plats
- i annan familj än ursprungsfamiljen
- längre eller kortare tid

Att ”ta hand om” innebär att ”åta sig att ansvara eller sörja för (ngn/ngt)” och har sin negativa motsvarighet i att ”*ta sin hand ifrån (ngn/ngt)*” sluta att bry sig om och ansvara för (ngn/ngt)” (*Nationalencyklopedins Ordbok* (NO). I familjehemsvården tar en reguljär familj enligt avtal hand om en människa, tar sig an uppgiften att under en tid försöka integrera denna människa i familjens liv och omgivning. Vad menas då med hem? Alfred Schütz ger en liten exposé.

Det betyder naturligtvis fadershus och modersmål, familjen, ens hjärtans kär, vännerna; det betyder ett älskat landskap, ”sånger min moder lärde mig”, maträtter tillagade på ett särskilt sätt, familjära ting för daglig användning, seder och bruk och personliga vanor – kort sagt ett särskilt sätt att leva sammansatt av små och viktiga delar, alla lika omhuldade. (Schütz, 1945:370)

Att känna sig hemma är, skriver Schütz, ett uttryck för ”högsta graden av familjariet och intimitet”. Det är att följa rutiner, att lösa dagliga problem efter välkända mönster. Det är att använda ett känt schema för uttryck och tolkning, för att bli förstådd och för att förstå. Även nya och oväntade situationer har därhemma kända mönster för bemästring. Hem är förstås också den mer gråa fostrande vardagen, inte minst i familjehemsvården.

Familjevård för vuxna

Familjehemsvården för vuxna är, i antal placeringar, relativt obetydlig om jämförd med vården av barn och ungdom. Två viktiga organisationer inom området familjehemsvård för barn och unga är *Familjehemmens Riksförbund* (FR) och *Familjevårdens Centralorganisation* (FaCO). FR är en ideell organisation med 1.700 medlemmar (850 hem). Förbundet bildades 1972 ”för att samla familjehemmen i en organisation för att bevaka och tillvarata familjehemmens och de placerade barnens och

ungdomarnas intressen. Vi vill skapa en bättre familjevård. Riksförbundet arbetar övergripande med centrala frågor och upprätthåller goda kontakter med berörda centrala myndigheter. Vi vill vara med och påverka beslut som rör familjehemsvården." FaCO är en "ideell rikstäckande organisation", bildad 1983, som "organiserar enskilda personer, fosterfamiljer, HVB-hem, stöd-/kontaktfamiljer och övriga intresserade". FaCO arbetar med utbildning för "fosterföräldrar, kontaktfamiljer, socialtjänst, institutionspersonal och övriga intresserade".

Trots att organisationer för familjehem således existerat i flera decennier är de flesta hem alltjämt oorganiserade, vilket kanske speglar hur familjehemmen ser på sin verksamhet, kanhända som naturlig insats snarare än publik, professionell, aktivitet. Margareta Carlsson, taleskvinna för FR, menar att kommunerna inte direkt medverkar till att fler familjehem organiserar sig. Organiserade hem kommer rimligen att ställa högre krav varav också följer att familjehemsvården tar ett steg mot professionalisering. Ersättningen är den vanligaste anledningen för FR:s medlemmar att ta kontakt med sitt förbund.

En anledning till organisering är familjehemmens behov av gemenskap och erfarenhetsutbyte med andra i liknande uppgifter. Man kan inte prata med vem som helst om sina problematiska barn och ungdomar. Omgivningen förstår inte vad man talar om och tycker kanske att man får skylla sig själv som gett sig in i detta. Erfarenhet i familjehemsvård för barn och unga är ibland inkörsport till uppgifter som familjehem för vuxna.

Det startade med att det var ett syskonpar som kom som sommarbarn till oss. Vi bodde i Skåne. Och sedan stannade de i tre eller fyra år som fosterbarn, och vi har kontakt fortfarande. (Anki och Bertil Hulting, familjehemsvårdar)

Familjehemsvården för vuxna räknar sin utveckling drygt trettio år bakåt i tiden. Här en skiss av detta skede, ur Skyddsvärnets synvinkel.

Familjevård för vuxna – med betoning på missbrukare och kriminella – den har sitt ursprung i den verksamhet som "Luffarn", Lennart Andersson, startade på frivårdens behandlingscentral i början av 1970-talet. Det har ju funnits vissa försök tidigare, särskilt på mentalvårdssidan, och sedan finns det ju traditioner av utackorderingar bakåt i tiden. Men i modern tid tror jag det ser ut så. Så småningom flyttade den verksamheten över till Skyddsvärnet. Man gjorde ett samverkansprojekt där mellan kriminalvården och Skyddsvärnet och då hette det *Placeringsprojektet för familjevård*. Ungefär samtidigt – nu talar vi om tidigt 1980-tal – tillkom den verksamhet som kriminalvården och Stockholms kommun gemensamt drog igång, det som är Familjehem för vuxna i dag, FamVux. På den tiden hade vi ju ett väldigt bra samarbete, och vi hade alltså en uppdelning oss emellan, de (FamVux) hade Stockholms kommun och vi (Skyddsvärnet) hade kranskommunerna och resten av landet, och båda servade vi kriminalvården, bland annat men framför allt. Det har ju varit Skyddsvärnets tradition. Skyddsvärnet har stått modell för kriminalvårdens frivård, det hette ju Skyddskonsulenten förut. ... Det fanns ju skyddsvärnsföreningar lite överallt i Sverige. Men idag i princip aktiva bara i Göteborg och Stockholm. (Lars Metelius, konsulent, Skyddsvärnet)

Den första tidens familjevård, fram till dess tankarna hos "utredningen om familjevård för missbrukare" (Ds S 1981:17) hunnit slå rot, var "en ganska vildvuxen verksamhet" (Lars Metelius). När verksamheten expanderade behövde arbetet stagas med regler. RFF kom vid sin start att snarast representera motsatsen till vildvuxenhet. Nuläget kan vara ett lagomläge med grundläggande regler och flexibilitet i det enskilda ärendet. Nödvändigheten av *ett specifikt stöd* till familjehemmen är bärande princip för alla konsulentorganisationer.

Vad jag framför allt reagerade mot var att man lämnade familjerna så väldigt mycket i sticket. Och där tycker jag att själva begreppet – *konsulentstödd familjevård* – det här nya, det tycker jag är oerhört mycket bättre, så var det inte riktigt förr. Det var på något sätt att man dumpade folk – och hälsan tiger still – och det var först när problemen redan var ett faktum som man åkte ut och då akut. Man gjorde kanske inte tillräckligt med utredning på familjerna. Det hände ju att familjen hade för mycket egna problem. Och vissa familjer såg det som en försörjningsmöjlighet och då blev det ju väldigt känsligt om någon klient missbrukade, om de skulle avslöja det eller inte, när det kunde betyda att de själva förlorade inkomster på kuppen. (Lars Metelius, konsulent, Skyddsvärnet)

Pål Wiig (1991, 1999), Bo Eneroth (1999) och Ulf Hagström (1999) står för intressanta teoretiseringar av familjehemsvården och samspelet mellan dess aktörer. Stefan Erikssons utvärdering av Credos familjevård (1998) redogör för viktiga principer i familjehemsvården. Margareta Wihlborg har beskrivit projektet "Invandrare i familjevård" (Credo) och Jan Gustavsson har undersökt verksamheten vid Bergslagsgårdar, Credo och familjevårdsenheten i Värmland (1994). De flesta titlarna i ämnet familjevård gäller emellertid barn och ungdom.

Carina Håkansson presenterar i *Det utvidgade terapirummet* (2000) en metod där familjevård och psykoterapi "möts, besjälar varandra och blir varandras förutsättning" (s. 10). Boken innehåller kapitel som *Familjehemmet*, *Klienten*, *Psykoterapeuten och handledaren*, *Det utvidgade terapirummet* och *Att söka förstå sitt eget liv*. Modellen tillämpas i *Familjevårdsstiftelsen* (Göteborg).

Familjevården har således en tradition i vårt land, främst för barn- och ungdomsvården. Dess potential som självständig vårdform är ännu delvis outnyttjad. Samspelet mellan institutionsvård och familjehemsvård är outvecklat, inte minst för LVM-vården. Fler klient- och patientkategorier kan tänkas vänta i kulisserna på en möjlighet i familjehemsvården. Den är till exempel tänkbar för människor med lättare psykiatriskt vårdbehov och för en del omsorgsbehövande äldre (Haveman och Maaskant 1990). Familjehemsvårdens utveckling hänger ihop med ekonomisk och demografisk utveckling och avgörs i kampen mellan krav på ökad teoretisk professionalitet i omsorgen och tankar om alternativ. //

Familjehemsvård, vuxna missbrukare	8/5 2000 (punktskattning)	1/11 1999 (total- undersökning)
Män	330	239
Kvinnor	70	60
Totalt	400	299

Källa: Socialstyrelsen. Någon förklaring till den skattade ökningen på ett halvår (ökning med en tredjedel) ges inte. Undre gräns för skattningen är 320, en troligare siffra.

Förutom kategorin "missbrukare" ger Socialstyrelsen även en siffra för "övriga vuxna" som vårdas i familjehem. Den 1/11 2000 var siffran 140, ett år tidigare var den 130. De vuxna missbrukare som vårdas i familjehem utgör ungefär en tiondel av det totala antalet vuxna missbrukare som vårdas på institution. För en enskild kommun kan det se annorlunda ut. Tyresö, till exempel, sände tio personer till familjehem av totalt 43 placeringar år 2000. För klienter från Hornö LVM-hem är familjehem en inte ovanlig placering (§27-vård) efter inledande månader på hemmet. Familjehemsvården är i den meningen en del av LVM-vården. Det var tvångsvårdens ömsom fåfånga ömsom framgångsrika förhoppning på familjehemsvården som först väckte mitt intresse. Familjehemsverksamhet är en egen vårdform om än formellt ännu även ett komplement till institutionsvård och öppen vård.

LP-stiftelsen löser idealt sitt eftervårdsproblem genom att slussa gästen till en religiös församling, en gemenskap som i någon mening ställt sig utanför det vanliga samhället och som har en själsfrändskap och en social kontroll (normalisering) som är ovanlig i sekulära sammanhang (Johansson, 1997a). För LVM-vården finns ingen motsvarande självklar eftervårdsmöjlighet. Det som bjuds är frivilliga behandlingsinstitutioner, vård i familjehem eller öppen vård.

En slutsats i min rapport om Hornö (2000) är som sagt att samhället måste "ändra sig" för att rätt kunna ta emot den människa som underkastats ett tvångsomhändertagande. LVM-vårdens dilemma är att dess avslutande fas – klienten kommer tillbaka till det vanliga samhället – inte möter erforderlig förståelse, kontroll och handlingskraft. Klientens förväntade ansträngning till motivation och förändring – med LVM-personalens hjälp – motsvaras inte av tillräckligt medveten förändring och motivation – gemenskap, sysselsättning, bostad, sammanhang, fritid och så vidare – hos det mottagande samhälle som skulle kunna konsolidera klientens förändring.

En kanske utopisk tanke är att familjevårdshemmen – som ett slags samhällets receptorer – skulle kunna representera samhällets förändrade attityd till klienten/gästen, eventuellt efter en inledande motivationsbehandling. Vårdformen skulle också kunna "katalysera" en bredare och djupare samhällsförändring för att åter bereda plats i gemenskapen och en uppgift åt fler samhällsmedlemmar.⁸

Hur kommer det sig då att vuxna män kan tänka sig att vistas i en familj, nästan som vore de barn på nytt?

Det är ganska intressant att både 25-åringar och 45-åringar frivilligt väljer familjehemsvård. Det är "kränkande" att inse att man inte själv klarar att leva som andra och det är svårt nog att erkänna för sig själv att man är missbrukare. Men att man i drogfritt tillstånd medger att man behöver bo i familjehem är ännu svårare. Det fascinerar mig att unga killar i 25-årsåldern som är i en fas i livet där de egentligen ska frigöra sig vill det och att även medelålders klienter på något vis "kapitulerar" och går in i ett familjehem. (Harriet Lundefors, institutionschef, Rällsögården)

Även för den unge kan familjehem först framstå som otänkbart.

Jag var jättenegativ till familjehem från början. Aldrig i livet att det ska komma in två stycken liksom, som ska ... Jag är tjugo år. De ska inte komma och bestämma över mig. Så liksom. (Vad fick dig att ändra dig?) Jag vet faktiskt inte. När jag kom hit, det tog väl två dar kanske, eller någonting, så började jag att tycka att det här var bra. Jag ändrade mig när jag hade pratat med Jan och Maria. Man hade väl någon föreställning om att, jaha nu ska jag till nya föräldrar och så där. Jag vet inte. Det som låg i bakhuvudet var det här med fosterfamilj och sånt. Det har man ju hört många berätta om. Fosterfamiljer som har varit stenhårda och så där. Det var bara en uppfattning jag hade att, Nej, inte familjehem! Men sedan. (Johan, gäst)

Kanske är familjehemsvård trots allt en missvisande benämning, åtminstone för en del klienter.

Familjehem är fel namn egentligen. Man tänker sig att det är *barn* som ska dit. Jag är 38 år, jag har haft familj, jag har haft allt det där, jag har levt socialt så jag vet ju hur det är, jag har två barn. Jag har ju känt motstånd mot det (familjehemsvård). Fan, jag behöver ingen! Det har varit snack om det förut men då har jag backat. Mitt skäl har varit just det att jag *behöver* ingen. Jag har haft. Jag vet hur det fungerar med familj. Det låter så ... Familjehem!? Det låter som om man ska uppfostras, hur man sköter sig, lära sig diska eller städa. Va fan, det har man ju sysslat med. Jag hade eget hus i tio år så jag vet ju hur allt sånt där fungerar. (Ulf, klient)

Familjehemsvården handlar inte så mycket om uppfostran i vedertagen mening, eller om någon form av kapitulation. Snarare är formen ett sätt att återta en plats i **samhället, där en neutral och normal omgivning ger klienten chansen att mobilisera sin egen kraft.** Institutionsvård – att en tid vistas helt utanför det reguljära samhället – kan vara nödvändig under en inledande period. Familjehemmet som alternativ eller eftervård lotsar klienten tillbaka till normala omständigheter, i en familj som är särskilt utvald och som under en tid erbjuder en fristad, en plats där klienten/gästen kan börja bete sig normalt utan att vara helt utlämnad till sig själv och sin egen kraft.

Familjehemmet är den plats där "klient" respektive "vårdare" i princip har möjlighet att överge denna karakteristik för en relation som i stället lånar drag av för-

hållandet mellan vänner, arbetskamrater, släktingar, familjemedlemmar. Efter att klienten på behandlingsinstitution eller i öppen vård haft *professionella* relationer till sina vårdare har den relationen i familjehemmet möjlighet att bli *personlig*.

En professionell relation mellan vårdare och klient karakteriseras av hierarki och tillräcklig distans, en kvalitet som har sin grund i att den professionelle, genom utbildning och anställning, i flera avseenden intar högre rang. Klientens ställning i en professionell relation har sin grund i att han misslyckats med att leva upp till de av samhällets regler och normer som den professionelle är satt att bevaka och vid behov hävda.

Relationen mellan gäst och familjehem är idealt *ömsesidig* om än inte jämlik. Ojämlikheten mellan gästen och familjemedlemmarna grundar sig inte på "utbildning och anställning" utan snarare på faktorer av den typ som karakteriserar föräldrar och barn eller äldre visavi yngre släktingar.

I huvudsak är det narkomaner som vårdas i familjehemsvården. Alkoholister kommer alltmer på undantag, tycks det, i samtliga vårdformer utom tolvstegsprogrammen.

Familjevård, det är främst narkomaner. Våldigt få alkoholmissbrukare. Jag vet inte om jag har varit med om någon. Så där finns en skillnad i *vem* som placeras. Inte ens tidigare var familjevård ett alternativ för alkoholmissbrukare och det kanske beror på att alkoholmissbrukarna, de flesta av dem, har levt något slags vanligt liv under någon period tidigare i livet. De har något slags yrkeserfarenhet och någon slags familj bakom sig. Narkotikamissbrukarna är mer träsiga människor som kanske inte har haft ett fungerande vuxenliv någonsin, och där man kan behöva *lära sig* att bli vuxen eller *lära sig* ganska allmänna saker. Och det lär man sig kanske bättre i familjehem än på institution. Jag tror att det ändå förklarar skillnaden, för det är narkomanerna som vi placerar i familjevård. (Ansa Haapala, 1:e socialsekreterare, Tyresö)

Den mer omfattande verksamheten med familjehem för barn och unga är som sagt en källa för rekrytering av familjehem för vuxna. Den familj som visat sig lämplig för en ung person kan förmodas klara av även en vuxen och kan tänkas bli föremål för rekryteringsförsök.

Det är svårare att få familjehem till vuxna. Många vet inte att det *finns* familjevård för vuxna. Många av våra gäster vet inte att det finns. Det är okunskap och rädsla också. En vuxen person i sitt eget hem? Hur ska det se ut? Vad ska den få för roll? (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)⁹

Det är klart, att ta in en vuxen, missbrukare, i sitt hem. En missbrukare är ju en långhårig skitig sak som sitter på stan och skriker (tror många). Att ta in en sån i sitt hem, alltså, det ... (Magnus, gäst)

Och så kanske man tänker på familjen. Stjäl de? Slår de mig? Vad är det vi tar hem? Man måste nog ha *ett särskilt kall*, tror jag, ha mycket både hjärterum och stjärterum. Det tror jag. (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)

Tänkbara och skenbart "enkla" faktorer med betydelse för om man blir familjehem för vuxna kan vara:

- "Det är roligt när folk bor här"
- "Man måste nog ha ett särskilt kall"
- Tid måste man ha
- Ett rätt så stort hus
- Stark sammanhållning
- "Hjärterum och stjärterum"

En ny medlem – framförallt ett nyfött barn – orsakar med nödvändighet en *anpassningsprocess i familjen* och påverkar familjens rytm och förhållning. Den klient som efter en relativt kort förberedelsetid kommer till ett familjehem blir inte regelrätt familjemedlem men får rimligen status av associerad. Även det orsakar en anpassningsprocess i familjehemmet.¹⁰ Kravet på anpassning från klienten/gästens sida är lika stort. De familjer som godkänns som familjevårdshem bedöms vara tillräckligt starka för att klara den egna anpassningen och för att även kunna ställa rimliga krav på den associerade familjemedlemmens nödvändiga anpassning.

En ny familjemedlem orsakar förändringar även i familjehemmets omgivning, gentemot släkt, vänner och grannar. I det goda fallet har sådana förändringar positiva förtecken. Anpassning sker för att den existerande gemenskapen ska kunna bibehållas, tilliten förstärkas och produktionen i vid mening upprätthållas. Men det förekommer att familjehemmet får se vänner dra sig undan.

Då klienten, som i min studie, inte längre är barn eller ung utan vuxen kompliceras relationen mellan gäst och familj i flera avseenden. Rollerna är inte givna. För att om möjligt övervinna dessa komplikationer ges familjehem och gäst ett externt stöd av professionell karaktär (konsulenter). När den modellen infördes kallades den "förstärkt familjehemsvård". Ett motiv för denna förstärkning är att den personliga relation som familjehemmet kan erbjuda äventyras av att klienten i tidigare relationer tvingats uppöva (och kanske överdriva) sin förmåga till manipulation. Familjehemmets personliga karaktär kan drabbas av de påfrestningar som professionella vårdare i tidigare relationer med klienten klarat av genom sin professionalitet och ett institutionellt stöd. Komplexiteten i familjehemsvård kan vara svår att verbalisera, en svårighet som även drabbar min text.

Det är just det här fascinerande som är så svårt att verbalisera. Vi har ju haft föredrag för EU i såna här frågor och det blir ju så platt när man ska försöka beskriva det. (Leila Ågren-Burström, konsulent, Credo)

Vad är det då som gör familjehemsvården överlägsen, i vissa fall?

Många klienter har ju vårdats så oerhört många gånger och varit på institution och vill inte dit igen för de tycker att det är likartat, det är samma. Den stora skillnaden är ju att på en institu-

tion har man ett helt annat regelverk och framför allt jobbar man utifrån en viss idé och försöker pracka på – pracka på är väl synd att säga – men man försöker påverka folk via det här synsättet. Så är det ju inte alls hos oss. Där är det ju inte behandling i vanlig bemärkelse. Det är ju *medlevarskap* och *förebilder*. De flesta familjer tänker inte så mycket utan är som de är. Och det är ju meningen med det hela. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)¹¹

Bristen på mångfald i institutionsvården stärker antagligen familjehemsvårdens ställning.

Jag tycker det är bra att det finns en mångfald av behandlingsformer. Det är synd att det har försvunnit så många. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Tänkt arbetsfördelning

Den tänkta arbetsfördelningen mellan kommun (socialnämnd) och konsulentorganisation är att socialnämnden ansvarar för klienten och konsulentorganisationen för familjehemmet.¹² Utredningen om familjevård för missbrukare (Ds S 1981:17, s. 99) preciserar tre ansvar som vilar på kommunen:

- att initiera och ta beslut om vård i familjehem
- att ansvara för vården i familjehemmet
- att ansvara för fortsatt stöd till gästen efter avslutad vistelse i familjehemmet.

Om konsulentens roll har utredningen bland annat följande att säga:

Familjekonsulenterna skall rekrytera familjehem, svara för löpande stöd och handledning samt organisera värdfamiljernas gemensamma träffar. Konsulenterna skall också bistå familjerna så att deras kontakter med myndigheter fungerar smidigt. Konsulenterna kommer också att få svara för att förbereda styrelsens möten. Uppgiften kräver erfarenheter från olika delar av samhällslivet. Konsulenterna bör givetvis ha erfarenhet av och kunskaper om socialt arbete. Erfarenhet av familjevård är naturligtvis speciellt värdefullt. Konsulenterna bör vara förtrogen med värdfamiljernas levnadsvillkor. För en konsulent som arbetar med lantbrukarfamiljer är det en fördel om han har erfarenhet av landsbygdens speciella förutsättningar och problem. Befattningen kräver också en viss organisatorisk förmåga och kännedom om kommunal förvaltning. Det är inte möjligt att ange någon utbildning eller fackerfarenhet som är speciellt lämplig, eftersom de personliga egenskaperna hos konsulenterna har stor betydelse. Arbetet innebär i mycket stor utsträckning att ta kontakter och få förtroende. (s. 116–117)

Vidare betonas att konsulenterna i sin tur kan behöva handledning av någon utomstående och att det är värdefullt om konsulenter från olika delar av landet får möjlighet att träffas. Även om utredningen svävar på målet om adekvat utbildning förefaller man inte tänka sig en konsulent som primärt är proffs i missbrukarvård. Utredningens tanke om principiell ansvarsfördelning för den förstärkta familjehemsvården tycks inte ha realiserats. Nuläget förefaller vara att antingen sköter kommunen hela rulljansen själv eller också sköter konsulentorganisationen hela rul-

janssen eller åtminstone större delen av den. För ”hem för vård och boende” (HVB) är det länsstyrelsen som ställer krav och godkänner.

När det gäller familjevård, konsulentstödd familjevård, hamnar den mitt emellan kommunens ansvar och länsstyrelsens ansvar och ingen vill ha det här ansvaret. Så den här verksamheten är egentligen inte reglerad någonstans. Det är socialtjänsten som formellt har ansvaret. Sedan har kommunerna förtroende för oss och litar på oss.¹³ Ibland vill de ha in utredningen, ibland vill de göra en egen utredning. En del är uppmärksamma på det här. Så tycker jag problemet ser ut på den nivån. Det har väldigt snabbt expanderat i väldigt många nya verksamheter. Det är lätt att starta. Starten är inte kapitalkrävande. Har man lite kontakter och en utbildning, eller har stöd av RFHL, är det väldigt enkelt att starta. Och det kan ju oroa mig, dels utifrån konkurrenssituationen men också utifrån att man tappar kvalitet. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Konsumenten får ta största ansvaret, han får ta ansvaret att kontakta oss så fort det händer någonting. Men det är han som åker till familjen och hjälper familjen. (Men klienten?) Ja, klienten, den slipper vi inte, den får vi prata med, men det gör väl konsumenten också. ... Varför ska man dela upp? Det är att krångla till det. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft,¹⁴ Askersund)

Där konsumenten finns med i bilden tenderar socialsekreterarens roll att påverkas. Den som träffar klienten oftast får ett större ansvar.

Ju mer konsulentens roll kommit i förgrunden, desto mer har socialsekreterarnas funktion kommit i bakgrunden. (Persson, 1990:22)

Det kan bli problem ifall konsumenten tagit över för mycket, särskilt om något går snett, med tanke på att vi har ansvar för placeringen. En avvägning, särskilt om familjehemmet ligger långt bort. (Gun-Britt Holmström, 1:e socialsekreterare, Hallsberg)

Det hör kanske till vårdformen mer än till arbetsfördelningen att socialsekreteraren i viss mån kan behöva ”förskjuta” klienten, för att han inte alltför lätt ska ge upp.

Eftersom klienten lätt lägger allting *utanför* sig själv och inte ser att han själv är en del av problemet tror jag det är lätt att han ringer till socialsekreteraren och säger ”Du det är dåligt här. Den här familjen är jättetråkig. Och de äter så konstigt här. Och jag får ingen mjölk till maten.” Och då känner kanske vi att vi måste göra någonting. Men det ska han ta i familjen. Så tror jag att det måste vara. Att man måste *förskjuta* lite först för att sedan kunna ... (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Ett vanligt intervall för socialsekreterarens besök i familjehemmet tycks vara ett kvartal. Den tidsrymden innebär i sig en ”förskjutning” om man med ”kontakt” menar att socialsekreteraren ska veta hur klientens inre och yttre situation utvecklar sig.

En gång i kvartalet har socialsekreteraren, familjemkonsulenten, familjemföräldrarna och klienten träff. Gruppen går igenom vad som har hänt under 3 månader tillbaka och grup-

pen planerar vad som skall hända 3 månader framåt för klienten. Konsulenten har ansvar fullt ut i ärendet. Han rapporterar till socialsekreteraren per telefon endast om det handlar om händelser som avviker från vårdplanen. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Det tryck på öppen vård och familjehemsvård som nedskärningen av institutionella resurser i missbrukarvården resulterat i kan hota den terapeutiska agenten i familjehemsvården.¹⁵

Risken är att när det dyker upp organisationer på marknaden som inte har en ideologisk, en teoretisk grund att stå på, då anpassar man sig fullt ut till behoven, man säljer ut familjehemsvården. Jag ser en del av de här enheterna. Klienterna får åka runt och besöka familjerna, och får *välja* en familj, vilket jag inte tycker är särskilt professionellt eller bra. En del av våra konkurrenter är väldigt till lags både mot den som remitterar och mot klienten. Man låter klienten välja familjehem. Medan vi gör så att vi bedömer klienten och väljer ut ett familjehem. Och då är det det som gäller, om det inte framkommer ...

Man får göra en provmånad eller man får säga nej, *men man får inte säga nej och sedan omedelbart åka och titta på ett annat*. Utan det ska vara ett sakligt skäl för att säga nej. "Nej här kan jag inte vara för att jag har allergi" eller "Jag känner att vi passar inte ihop som människor". Konkreta orsaker. Det får inte vara så att man säger nej bara för att man inte vill gå upp på morgonen eller så. Men våra konkurrenter nu som naturligtvis vill slå sig in på marknaden är väldigt mycket till lags. Vi tappar en del remisser på detta att klienterna väljer. När de får tillfälle väljer de den verksamhet som har det *minst* kravfyllda programmet.

Vi säger att de första två månaderna får man inte ha egen ledighet men en del jobbar med i stort sett öppna dörrar. Det är klart att man måste kunna fungera ute i samhället också. Men vi menar att ska man jobba med en relationsträning då måste man ju *vara* i familjehemmet och inte någon annanstans. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Lycksökarnas hot mot mer etablerade och seriösa konsulentorganisationer kan kanske bara mötas genom att bibehålla en hög kvalitet och räkna med att kommunerna, beställarna, noterar och värderar skillnaden.

Jag tycker man ska ta det som en utmaning. Det gäller att utvecklas, gå framåt. Jag tycker inte man ska vara rädd. Fördelen med detta jämfört med frivården är att här handlar det om *frivillighet från klienternas sida*. (Jörgen Österberg, projektanställd konsulent, Bergslagsgårdar)

En anledning till svårigheten att dela på uppgifterna – mellan kommun och konsulent – är föreställningen om behovet av "matchning". Om klienten ska kunna placeras i rätt familjehem måste någon ha kunskap om såväl klient som familj. Konsulenten – med ansvar för familjen – behöver veta tillräckligt mycket om klienten. Därmed inleds den process som leder till att konsulenten även tar ett visst ansvar för "vården i familjehemmet", ett ansvar som ligger på kommunen.

Benägenheten att inom konsulentorganisationens ram arbeta med såväl klient som familjehem visar sig till exempel i *Familjevårdsstiftelsens* organisation där "terapeuten" har kontakt med klienten och "handledaren" har kontakten med familje-

hemmet. Beställarens (socialsekreterarens) funktion förefaller vara reducerad till "samverkan". En "dubbelfunktion" innebär dessutom att "man i ett ärende arbetar som terapeut och i ett annat arbetar som handledare" (Håkansson, 2000:20). Familjevårdsstiftelsens arbetssätt ligger några steg närmare "institution" än till exempel RFF:s organisationer.

Kanske är svårigheten att rätt förstå familjehemsvården. Hur ska man tolka familjevårdsutredningens formulering att "ansvaret för vården i familjehemmet" vilar på kommunen? Vad menas med "vården"? Är inte familjehemmet ansvarigt för "vården" så länge klienten/gästen vistas i hemmet? Enligt LVM förefaller det klart att "vården" åligger LVM-hemmet (22§). Föreståndaren ska "fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården framskrider ..." (26§). Det verkar som om "vård" i lagspråk och myndighetsspråk syftar på åtgärder som vidtas av personal som är *anställd* vid en vårdinstitution. Det arbete som familjehemmet utför är således inte "vård" i det officiella språkets mening. Vård utförs av professionella, det vill säga av anställda i formella organisationer med uppgift att vårda.

Familjehemmets arbete med klienten är något annat än vård. Det är bland annat föredöme och medlevarskap. Familjehemsvård är formellt således något som inte utförs av de personer som finns i familjehemmet utan av till exempel en socialsekreterare medan klienten är *placerad* i ett familjehem. Familjehemsvård skulle samtidigt kunna vara (men är inte) benämning på det arbete som konsumenten utför – vården av själva familjehemmet – för att familjehemmet ska klara av sitt föredöme och medlevarskap.

Konsulenter har ofta utbildning och erfarenhet som är mer eller mindre identisk med den som krävs för vård av missbrukaren men inte av familjen med vilken konsumenten i regel delar "värdegrund".¹⁶ Det ligger därmed nära till att konsumenten tar del i den vård som egentligen är kommunens uppgift. Och om konsumenten avlastar familjen genom att ägna sig åt klienten?

Om vi nu tar vår erfarenhet, det här att konsumenten kom en gång i veckan och kanske till och med två tidvis, då kunde det vara en liten stund *efteråt* när det handlade om oss, men annars var det ju *bara* klienten det handlade om. Och det var ju *det* vi behövde hjälp med. Så där tror jag vi är rätt klarsynta och talar om vad vi tycker ska gälla. (Bertil Hulting, familjehemsvård)

Den förstärka familjehemsvården är – bland annat genom förstärkningen – exceptionellt flexibel. En *standardmodell* för hur arbetsfördelning och ansvarsfördelning mellan kommun, konsulentorganisation och familjehem skulle strida mot denna smidighet. Man bör kunna förvänta av dagens missbrukarvård att en fruktbar lösning nås i varje enskilt fall. //

Hur går det till?

Vi får ett telefonsamtal från socialtjänsten, kriminalvården eller kanske från ett motivations- eller behandlingshem. Då gör man en första bedömning. Vi brukar kalla det, inte en remiss,

utan en *förfrågan*. Är det möjligt? Har ni något familjehem? Det kan vara geografiskt bundet. Ungefär hur familjen borde se ut. Då säger vi att det är möjligt eller det är inte möjligt, och så kanske vi ger ett tips om vart man kan vända sig i stället. För det är bra marknadsföring att om vi inte kan så kan vi tala om vilka andra enheter som finns.

Säger vi att ja det är fullt möjligt här – även om vi inte kan garantera någonting – då övergår man till en *remiss*. Då brukar man antingen skicka över ett material, kanske utdrag av några utredningar, om klienten godkänner det. Annars brukar vi kräva att de ska fylla i en remiss-handling, en enklare beskrivning. Sen bokar man in ett *besök*, och vanligtvis kommer de hit, och där sitter vi under ett par timmar. Dels presenterar vi oss och dels får den här tänkta gästen presentera sig, och han har med sig en socialsekreterare eller en kriminaltjänsteman.

Och så åker man hem och det händer väl någon gång att gästen säger nej, backar ur, blir rädd eller liknande. Vår utredning eller erfarenhet av familjen P säger att det här klarar de. De klarar av att "gränsa" den här killen, till exempel. Eller om det är en omsorgsplacering. Då gäller det att stå ut med vissa beteenden. Det klarar N. Då bokar man in ett nytt besök och då åker man hem till familjen. Sedan åker man därifrån utan att bestämma någonting. Det är bra om man inte säger någonting men ibland kan man inte hålla sig. Klienten säger att här vill jag vara eller familjen säger att Du är välkommen! Det är ju det lekmannamässiga.

Men de får åka hem och fundera. Någon dag. Vi brukar ta det ganska raskt. Sedan om man då bestämmer sig för att åka dit då åker man dit så fort som möjligt. Man gör förberedelserna, läkarkontroller. Hiv och hepatit och såna saker vill vi att man ska ta med tanke på att man flyttar in i en familj. Vi tycker att de ska utrustas i familjen. Att de får en summa pengar och kan utrusta sig precis som man gör till vardags i stället för att man kommer påklädd med felaktiga grejer som man kanske vill tvinga på dem på institutionsvis. Så börjar man.

Då gör man först en *provmanad* eller *utvärderingsmanad*. Då är det meningen att man ska kunna dra sig ur utan att fördenskull ha misslyckats, för det har ju de här personerna oftast gjort flera gånger. Är det så att man efter den månaden säger att, Ja det här blir bra, så spikar man det, man gör en *behandlingsplan*. Man kan göra behandlingsplanen redan i början men också efter en månad. Jag tycker att det är bäst att man gör den på en gång. I behandlingsplaneringen ingår utvärderingen efter första månaden.

Så kör man igång och under de första månaderna får man inte på egen hand åka på ledighet, utan först efter två månader. Och då ska det vara *planerade ledigheter*. Det ska vara till en bra ledighet.¹⁷ Man ska veta *var* personen är och att man är med människor som *tillför* någonting. *Urinprov* tar vi inte så mycket men nu börjar myndigheterna kräva det *mer och mer*.¹⁸ I början var det så laddat men det är det inte längre, så det förekommer att vi tar urinprov. Vi använder oss gärna av vårdcentraler. Man kan säga att det är den här fasen när man inte ska tänka så mycket framåt utan träna sig i vardagen. *Man får regregera*, bli lite liten, vilket de lätt blir. De här personerna blir väldigt små. Träna sig i vardagsrelationer och arbete, dygnsrytm, konflikthantering och såna saker. Få tid på sig för detta.

Det som händer nu – på grund av penningkrav – är att man vill att gästen ska *börja jobba* nästan på en gång, och då tycker jag att man missar lite av familjevårdens möjligheter. Man ska ut i skola eller arbete, och det blir mer ett boende. Då menar jag att där kan ju vi göra eftergifter men vi är noga med att definiera *vad är det vi gör för någonting*. Man hinner inte bygga relationer så mycket för man träffas inte så mycket. Den typen av placeringar får vi nu eftersom kriminalvården efterfrågar *utslussningsplaceringar*, för att man har tagit bort lokalanstalterna och frigång och såna saker. Och då är det inte riktigt familjevård så som vi tycker att den ska vara.

Första delen är jätteviktig, där man jobbar med *den inre delen*, känslan av att lära sig lita på

folk, lita på vuxna, ta ansvar. Men det har blivit en förskjutning. Kraven nu är att *man ska vara väldigt objektiv och effektiv*. Sen sista delen. Vi vill gärna att man ska vara *ett helt år* i familjehemmet, och gärna sedan att man *slussas ut* efter ett år. Men nu börjar kommunerna kräva att man ska börja med utslussningen efter åtta månader och man ska vara klar när året är slut. Då ska man vara i en ordnad situation. Men *då har man krympt ihop den här möjligheten för klienten att växa*.

I familjevårdsplaceringar vet man inte så mycket vad som händer i slutet för det är ju egentligen *det* den här personen ska få en chans att komma fram till. Då kanske man har blivit intresserad av någonting. I önskemål om familj kanske man redan där har gjort ett sysselsättningsval. En familj som har en bilverkstad, eller en familj som har hästar. Då kanske man antingen tycker att det där var ingenting eller också vill man fortsätta där. Eller kanske man kommer på att jag borde läsa nu och gå på folkhögskola. Då försöker man spinna på de trådarna och försöka hitta en utbildningsplats på rätt nivå. Man tittar kanske på bostad, som är ganska tungarbetat eftersom *många har skulder* och bostadsbolagen är inte speciellt intresserade.

Vi har börjat fundera på att *själva* börja hyra, ta lite större ansvar för utslussningen genom att *själva* hyra övergångsbostäder som de kan få efter ett halvår eller något sådant. Det är en utvecklingstanke vi har. En del kommuner tycker att gästen kan flytta hem till kommunens öppenvård, vilket jag inte alltid tycker är så bra för då har man varit i familj, borta från allt vad missbrukskultur heter, och *man har levat i vardagen*, i svenssonvärlden. Och så ska man flytta tillbaka till ett skyddat boende i en fastighet där det bor andra missbrukare som kanske inte missbrukar, men man flyttar tillbaka till sin gamla kultur på något sätt. Och det brukar inte gå bra. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

En kontinuerlig brytningstid

Vår tid är en kontinuerlig brytningstid, en pågående paradox. Även vårderna av missbrukare är i en brytning eller snarare i en nedbrytning. Rader av institutioner – inte bara i tvångsvården – läggs ned och mångfalden i behandlingsutbudet går om inte mot enfald så mot viss förvirring. Kriser sägs rymma nya möjligheter men erfarenheter går förlorade. Anslagsgivarnas likgiltighet för gruppen missbrukare bäddar för lycksökare och enkla lösningar. **Familjehemsvården är härvidlag inte skyddad.**

Det är ju inga lätta saker vi håller på med. Vi utsätter en familj, en lekmanfamilj, för att det flyttar in en person som har väldigt svåra problem, både missbruksproblem och kanske psykiska problem. Väldigt komplexa behov. Då måste det finnas, inte bara lekmannaskap, utan det måste finnas *kompetens runt omkring*, i konsulenterna och i organisationen. Det är inte självklart. Det finns ganska många verksamheter – bara i RFF finns det 15 enheter – och de flesta har konsulenter som är långtidsutbildade eller som har en akademisk examen med påbyggnadskurser. De har jobbat inom socialvård och kriminalvård och vård och behandling. Det finns mycket kunskap hos dem. Den modellen jobbar vi efter här.

Men det som dyker upp nu det är att – precis som i tolvstegs- och minnesotavarianten där nyktra alkoholister och narkomaner går in och jobbar i rörelsen – det är en merit att man har haft missbruksproblem. Så börjar man alltså starta upp verksamheter, framför allt i RFHL där man har konsulenter som inte har någon teoretisk förankring utan deras kunskap det är att de har suttit på kåken länge eller att de har varit missbrukare. Och där blir jag då lite rädd för det är inte samma sak som i minnesota. Där jobbar man ju direkt mot klienten. Här jobbar man ju via en familj. Då är frågan. Vilken kunskap har människor med den bakgrunden om familje-

system? De har kanske aldrig fungerat i ett sånt system själva någon gång. Och hur kan ansvaret vara där? Då blir familjen så att säga *klientcentrerad* i stället för *familjecentrerad*. Vi jobbar ju utifrån familjen, familjen som resurs, som en grogrund för att kunna ta in problem och kunna läka och reparera sår. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Eftersom många av de i diskussionen inblandade parterna representerar den formella professionella vården – till sin natur klientinriktad – finns ändå faran att familjehemmets idé skymms.

Vi hade ju möte här alltid. Hur många människor? Det var ju då narkotikasektionen, det var barnsektionen och familjesektionen och jag vet inte. Det kunde vara tio personer runt bordet. Där var det ingen uppdelning i vi och dom utan där pratade vi om det sammantagna familjehemmet så att säga, och där var man ju oerhört engagerad ifrån socialen, det var man definitivt.

Jag tror att de gångerna när det har varit så mycket folk måste det vara oerhört pressande för gästen som sitter här. Det satte jag mig in i några gånger, att hade jag suttit på den stolen och blivit pressad med såna här frågor! Jag försöker tänka ibland. Vad hade *jag* sagt? Vad vill *jag* med mitt liv? Vad vill *jag* göra för att förbättra *mig*? Så jag vet inte om jag hade kunnat, med den pressen, speciellt när det var så stora möten. (Anki och Bertil Hulting, familjehemsvårdar)

När institutioner läggs ned ökar risken för att familjehemmet blir en ersättande ”institution” men utan att innehållet i den tidigare verksamheten förändras. Familjens normala familjecentrering kan bli en onormal klientcentrering. Familjehemmet som (traditionell) institution är en anomal. Tanken med familjehemsvården är ju att (för den gäst som behöver det) byta strategi, från professionell till icke-professionell metod.

Om familjehemmet blir en alternativ boendeform till den traditionella institutionen, och om behandlingsstrategin förblir professionellt dominerad är kanske inget vunnet. Snarare riskerar det oskyldiga familjehemmet att komma i kläm, att ställas utanför eller i marginalen av ett skeende som hör hemma i institutionell kontext.

Familjehemsvårdens liksom den institutionella vårdens erfarenhet är att klienternas problematik blivit allvarligare. Det kan vara en följd av att institutionsvården ersatts av öppen vård, i det längsta även om en välorganiserad öppenvård kan medverka till att klienten kommer ”iväg” i rätt läge.

Nu finns socialförvaltningens öppenvårdsverksamhet SoL-Kraft. Vår uppgift är att i första hand behålla missbrukaren i vår verksamhet. Om vi upptäcker att han/hon är i behov av mer kvalificerad hjälp, psykologkontakt etc, stödjer vi personen och hjälper denne vidare. Akut hjälp, avgiftning, omedelbart omhändertagande bistår SoL-Kraft med. De personer som själva är motiverade till att ta emot hjälp för sitt missbruk har kommit längst i sin behandling. När socialtjänsten eller någon annan (anhörig, arbetsgivare) kräver att personen ska ha vård för sitt missbruk, har resultatet till nykterhet inte gett samma resultat. Vid utskrivning från behandlingshem erbjuds eftervård på SoL-Kraft. Tidigare har den möjligheten inte funnits. Missbrukaren har träffat ansvarig handläggare/socialsekreterare några korta stunder en kort period efter behandlingen. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Öppen vård har det dilemmat gemensamt med övrig missbrukarvård att förändringen tar tid, att den inte alltid märks, varken för klient eller utomstående betraktare.

Det går långsamt även för klienterna för de ser inte heller den förändring som sker med dem. De förstår inte påverkansprocessen. Och de tycker Vad gör vi här egentligen? Vad kostar det här? Snackar och fikar! (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Familjehemsvård för vuxna förefaller vara ett relativt expansivt område i vår annars krympande välfärdsgemenskap. I vår uttorkande välfärdsträdgård står familjehemsvården grön, om än inte i blom. Familjehemsvården kan samtidigt ses som en del av en privatiseringstrend, med anhörigvård som en aktuell parallell. Båda kan uttrycka att kommunerna nu "underordnar" sitt ansvar för vården.

Medan anhörigrelationen är tydligt ömsesidig är familjehemsvården ett exempel på en mer generaliserad reciprocitet. Reciprocitet är, över huvud taget, ett negligerat teoretiskt tema i socialtjänsten. Det kan ha sin orsak i att välfärdssamhället, på samma sätt som pengar, tillåter oss att bortse från att vi alla är beroende av varandra. Välfärden har fördunklat den generaliserade och tidsförskjutna reciprocitet som det är att man som vuxen återgäldar, till någon, en del av den omsorg man får som barn. Familjehemsvården är speciell genom att den *sträcker sig bortom* den gräns vi brukar dra genom termen anhörig.

I Det normala

Normalitet är, skriver Sophie Freud (1999:333), ett värdebaserat fenomen som vilar tungt i sin sociopolitiska och ekonomiska kontext. Det är kulturspecifikt och det "finns" inte utanför sitt speciella sammanhang. I den oundvikliga hierarkin mellan delar och helhet, mellan specialist och generalist, kan familjehemsvården te sig som ett diffust och onormalt exempel.

Vem är här specialist på klientens problem? Vem är specialist på missbruksproblematiken? Vem är generalist? Om uppgiften för familjehemsvården är att bidra till att återställa normaliteten i största allmänhet kan familjen sägas representera såväl del som helhet. Den familj som tar sig igenom socialtjänstens och konsulentorganisationens nålsöga och godkänns som *familjevårdshem* representerar (interimistiskt) en eftersträvad normalitet.

Konsulenten är formell specialist i sammanhanget, om inte på klientens problem och situation så på den artificiella normalitet som är socialtjänstens mål och medel. Klienten kan även han anses vara specialist på den normalitet som är socialtjänstens. Genuin specialist är han på sin egen situation, sin egen (naturligt) konstruerade normalitet som per definition avviker från socialtjänstens eftersträval. Generalist för den enskilde klienten är ingen kategori utan, om något, klientens *totala mentala system* i Gregory Batesons (1972) mening.

Kanske är det familjehemmets generalism – dess *naturliga representativa normalitet* – som har att samarbeta med klientens omedvetna generalistiska aspekt. Man kan tänka sig att denna process i den mån den är avsiktlig bär tydliga drag av ritualisering, att den ges erforderlig auktoritet, nödvändig formalisering, traditionalisering, implicit om än skenbar oföränderlighet och så vidare.

Den oundvikliga möjlighet till *alternativ* som språket ger oss med hjälp av sin grammatik öppnar vägen mot oordning (Rappaport, 1999). Risker för en sådan oordning är fransidan av den medalj som Sophie Freud med exemplet *nya familjeformer* preciserar som avstigmatisering.

Den nya mångfalden av möjliga familjeformer har haft den avsevärda fördelen att den hjälpt till att avstigmatisera vilken som helst av dem, vilket är en generell regel när mångfald förs in i en situation. (Freud, 1999:337)

Att diversifiering innebär avstigmatisering (en landvinning) motsvaras av den grundläggande evolutionära regeln att varje förment framsteg skapar nya problem. Det är frestande att blunda för den regeln men det kan vara att skjuta svårigheter framför sig samtidigt som de blir större. Socialtjänsten har i vårt samhälle rollen som "ordningsman", och tvingas stundom ingripa mot diversifieringens beledsagande komplikation.

... som socialarbetare med ansvar för barnens välfärd, anmodas vi att tillämpa vissa måttstockar för normalitet när det gäller hur barn uppfostras i familjer. (ibid.)

Det intressanta med den vuxna familjehemsvården är att klienten har ett ord med i laget. Även om socialnämnd eller konsulentorganisation godkänt familjehemmet såsom varande tillräckligt " normalt" för uppgiften kan klienten ha en annan mening. Placering blir av först om såväl placerande instans som klient godkänner familjehemmet som tillräckligt normalt och tillräckligt sant. Söker även klienten efter normalitet? Mycket tyder på det. Det förekommer att klienten "anmäler" familjehemmet för sådant som faller utanför vad beställaren anser vara normalt, till exempel beträffande alkoholvanor i familjehemmet.

Finns det en normalitet mot vilken missbrukarvården i vårt land strävar i sitt frivilliga respektive tvångsmässiga omhändertagande av missbrukare? Socialtjänsten i stort är implicit baserad på en föreställning om det normala. Socialbidraget till exempel är till för att alla ska ha en tillräckligt normal tillvaro. Fosterbarnsverksamheten syftar till att ge även utsatta barn möjligheten till en normal uppväxt och existens. Missbrukarvården syftar till att anpassa missbrukaren till ett normalt liv.

Fenomenet *normalitet* är med vår tids språkbruk en social "konstruktion" (Freud, 1999). Lika gärna kan företeelsen kanske kallas en social konvention, en oskriven men allmänt omfattad social regel för hur man bör bete sig, det vill säga "normalt". Det är samtidigt paradoxalt att föreställningen om något normalt överlever trots vår upplevelse av ständigt pågående och ögonblicklig förändring, en kontinuerlig brytningstid.

Vi klarar oss uppenbarligen inte utan normalitetskonceptet vilket tyder på att det är en tillfällig reservoar för våra moraliska och etiska värderingar. Etiska regler för socialarbetare är en sammanfattning av gällande normalitet för socialtjänstens verksamhet. Frågan om normalitet är viktig för den som yrkesmässigt påverkar människor i en eller annan fråga eller riktning. Obekymrad om huruvida medmänskorna är på fel eller rätt väg har man föga anledning att intressera sig för det normala. Man följer bara omärkligt tidens svängning ty normaliteten förändras så långsamt att ändringen inte märks.

Missbrukarvård är kanske den verksamhet vars företrädare och utövare mer än andra måste begrunda normalitetens uppgift. Varje metod har det implicita målet att göra klienten till en så normal medborgare som möjligt, främst genom att försöka förmå honom att sluta missbruka. Att avveckla sitt missbruk är ett steg mot normalitet.

Socialtjänsten och kriminalvården synes tveka inför att tydliggöra en önskvärd normalitet. Ansträngningarna går ut på att så omärkligt som möjligt slipa av det mest "onormala" snarare än att öppet förevisa en eftersträvan av en mönsternormalitet. Familjehemsvård för vuxna missbrukare är en vårdform där socialtjänstens eftersträva normalitet emellertid kan studeras på ett indirekt sätt, i rekryteringen av familjehem.

Normalitet och etisk kod

Vi lever i kritiska förändringar. Tradition och erfarenhet är nu opålitliga utgångspunkter. Vi vet allt mindre om vad som väntar, redan nästa år, nästa månad, nästa dag. Den som i dag använder ordet normal riskerar att stämplas som försvarare av förlegade värderingar och förtryckare av nya friheter. Samtidigt är fenomenet normalitet som sagt svårt att komma undan och svårt att avvara. Det låder vid.

I sin text om normalitet understryker Sophie Freud (1999) att det sociala arbetets aktiviteter och socialarbetaryrket (*social work profession*) alltid fokuserat moraliska och etiska värden. Därmed är det en viktig uppgift att undersöka normaliteten. På den grundar sig socialarbetets professionella aktivitet och därifrån utgår riktlinjer för det praktiska sociala arbetet.

Om man får tro Roy Rappaports huvudtes i boken *Ritual and religion in the making of humanity* (1999) ligger det i religionens natur att fabricera *Ordet*, det sanna ord på vilket symbolens sannhet och de övertygelser symbolerna etablerar (våra sociala konventioner) kan stå. Den smedja där Ordet smids är ritualen. Det står samtidigt klart, inte bara av Rappaports bok, att religion och ritual mist sin uppgift som seriös intellektuell grund för hur samhället kan (bör) organiseras. Religionens plats har övertagits, sägs det, av vetenskapen. Problemet är att vetenskapen ensam inte lyckas åstadkomma det religionen kunde åstadkomma.

I förordet till Rappaports bok skriver Keith Hart (s. xv) att religion tillhör den uppsättning av uttryck som även inkluderar konst och vetenskap. Om vetenskap grovt kan sägas vara driften att lära känna världen på ett objektivt sätt, och konsten primärt är en arena för subjektivt självuttryck, så vänder sig religion till båda sidor av subjekt–objekt–relationen genom att *binda samman det som finns i var och en av oss med någonting utanför*. Religion binder oss till en yttre kraft, den stabiliserar vår meningsfulla interaktion med världen och erbjuder ett ankare för vår flyktighet. Rappaports stora, svåra och nödvändiga projekt är att på något sätt knyta ihop religion och vetenskap.

Det uppstod alltså ett hål i den moderna människans existens. Man kan möjligen påstå att socialarbetare av skilda slag – från psykoterapeuter och psykologer till behandlingsassistenter i missbrukarvården – sugts in i detta hål som kanske inte har botten. Vad religion och ritual försöker etablera som en *sanning* – givetvis utan total framgång och med uppenbara risker men ändå med en inneboende kapacitet för *lindring* – försöker det sociala arbetet med den sociala forskningens benägna bistånd att etablera i form av *normalitet*. Utan att ens *försöka* styrka min tes kastar jag fram påståendet att religionens uppgift, riktning och mål – såväl på samhällsplanet som på individplanet – i stora drag sammanfaller med och förment ersätts av det sociala arbetets ambition i sin uppgift, riktning och mål. Man kan tvista om huruvida den rivaliteten ännu är avgjord men något tyder på att ersättaren kommit till korta.

Socialarbetarna, från psykoterapeuter till behandlingsassistenter, är således på ett

sätt vår tids klerikala arbetare. De har samhällets uppgift att på individnivå dels precisera vad som är normalt och vad som är onormalt, vad som är sant och vad som är osant, dels försöka återföra och åtgärda. Under decennier trodde socialarbetarna kanske att vetenskapen skulle kunna bidra med den kunskap genom vilken tomrummet efter religionen skulle fyllas. Årtionden av utredningar och socialteknologisk forskning har emellertid snarare lett till propåer om *mer* forskning än till konkreta lösningar på socialarbetarnas problem.

Är samhällsvetenskapen att hoppas på för socialarbetarna? Från forskarhåll är kanske ingen lösning att vänta. Problemen blir ständigt fler och forskningen belyser dem på sofistikerade sätt men lösningarna uteblir. Politikernas hopp synes stå till enstaka udda projekt – försöksverksamheter – som under en kort tid lyckas tack vare entusiastisk personal och extra pengar. I takt med besvikelsen över vad forskningen (inte) har att komma med griper socialarbetarna i dag efter "etiska koder".

Vår *etiska kod* har blivit en bastion som beskyddar vår praktik och vägleder våra handlingar, på sista tiden kanske än mer så än de teoretiska ramverk på vilka vi brukade förtrösta. (Freud, 1999:339)

Etiska regler för olika yrkesgrupper – för allt från antropologer till advokater – har främst syftat till att reglera det *sätt* på vilket yrkeskategorin bör behandla sina klienter, kunder, patienter, konfidenter och informanter. Det normalitetskrav som tidigare riktades och alltså riktades mot klienter och patienter kröks nu in mot socialarbetarna själva.

Vi kan betrakta etiska koder i allmänhet som professionella normalitetskonstruktioner som vägleder oss i en tid av tvetydighet. (ibid.)

Det kan tyckas oblygt att hjälpare och professionella utser sig själva till att formulera sina etiska regler. Det vore annars, bortsett från de praktiska svårigheterna, en uppgift för klienterna, patienterna, kunderna, informanterna. Förfarandet visar att de etiska reglerna gäller *mer än bara det sätt* på vilket de professionella bör arbeta. Det intressanta är vad Freud skriver om det som framgent kan komma att vägleda det sociala arbetet. Det är inte längre de teoretiska ramarna som styr utan den etiska koden! Konstaterandet är anmärkningsvärt, och uppmuntrande.

Kvar i fokus står kravet på normalitet, hur nu den ser ut i det moderna sammanhanget. Socialarbetarna kräver något även av sig själva, något *annat* än yrkeskunskande, något som svarar mot det normalitetskrav som tidigare riktades (enbart) mot patienter och klienter. Men det finns en risk att socialarbetarna trots sin rockad – att även rikta normalitetskravet mot sig själva – bäddar för besvikelse. Trots den uppenbara rörelsen tillbaka, i riktning mot religiösa principer – etablerandet av sanning med rituella medel – når manövern inte säkert ända fram.

Professionella etiska regler kan sanktifieras på olika sätt. Advokatsamfundet kan

hota med uteslutning, en läkare kan prickas. Men för klienter och patienter är problemet alltså olöst. Det förhållandet att socialarbetarna nu snarare vägleds av sina etiska koder än av sina professionella kunskaper innebär inte säkert någon lösning på klientens problem. Kan lösningen vara antydd i hur den förstärkta familjehemsvården konstruerats?

Medan Freud synes hävda normalitetens totala konstruktion förefaller Birgitta Höglund skilja mellan "något självklart normalt" och det konstruerade "medveten normalisering" (1995:9). För familjehemsvården kan man i Höglunds termer möjligen tala om en "medveten" placering av klienten i något "självklart normalt", en vanlig familj. Höglund talar också om "det vardagligt normala i institutionsmiljön" (1995:9) och dess karaktär av sunt förnuft, intuition och därmed lätt förbisett som "vård".

Hos Jan-Håkan Hansson (1993:20) kan vardagslivet vara antingen "normally constructed" eller "artificially constructed". Det artificiellt konstruerade må som term vara en tautologi men är intressant som observation. Medan det "normalt konstruerade" kan förväntas anta kvalitet av naturligt, förgivettaget, är den "artificiellt konstruerade normaliteten" inte tänkt att uppfattas som "naturlig" utan snarare som metod eller vård eller behandling, det vill säga som professionalitet.

Den fråga som kan ställas i professionellt socialt arbete är om det "normalt konstruerade", det "naturliga", är förenligt med den professionella insatsen. En eventuell oförenlighet skulle bygga på den traditionella motsättningen mellan amatörism och professionalitet. Lösningen, den lösning genom vilken den professionelle kan bevara sitt värde, är då att "artificiellt" konstruera en normalitet, antagligen med särskilt tydliga inslag av pedagogisk natur.

Som ideal tänkt form är familjehemsvården normal i betydelsen naturlig, inte konstruerad professionellt. Klienten ska helst hamna i ett normalt sammanhang, i en familj som betar sig normalt. Det onormala i familjehemsvården är förlagt till familjehemmets periferi, där konsulenten/socialsekreteraren är länken till en artificiell, en professionell normalitet.

Spontanläkning som normaliseringsprocess

Spontanläkning är kanske inget man som missbrukare *väljer* i stället för formella kontakter. Om livsomständigheter och psykofysisk konstitution gör spontanläkning möjlig uppkommer helningen spontant. Om förutsättningarna är otillfredsställande går man kanske under om inte professionell hjälp finns. Sådan hjälp är en ersättning för och ett komplement till otillräckliga egna resurser i en viss situation.

Ingen drogberoende spontanläker i den meningen att han/hon påverkad av sin omgivning och av existerande kulturella och sociala (normaliserande) system först tillägnar sig ett beroende och sedan tar sig ur det. En del klarar sina problem med hjälp av *andra* resurser än samhällets. Många saknar dock andra resurser än de samhället har gemensamt. (Man kan tycka att samhället gör onödigt sak av denna

skillnad genom att hävda att den senare kategorin – de som saknar privata resurser – måste ”behandlas” enligt särskilda ”metoder”).

Spontanläkning i betydelsen förändring enbart genom individens egen inre styrka, mognad och insikt innehåller oundvikligen samhällets, omgivningens, strukturens påverkan på individen, i riktning mot normalitet. Ingen klarar sig utan sin miljö. Miljön kan – i sina extremer – antingen kraftigt verka för att missbrukaren kan lämna sitt missbruk eller bidra till att missbrukaren *förblir* i missbruket och kanske sjunker ned i det. (Samhällets normalitetssträvan kan vara såväl räddare i nöden som anstiftare till icke-normalitet.)

Ordet spontanläkning bygger på tanken att vård och behandling är terapeutisk agent när någon rehabiliteras inom dess ram. Tanken förutsätter att man i den formella vården någorlunda *förstår* orsak och verkan i den process som leder till helandet. Termen spontanläkning bygger också på föreställningen att formell ”vård och behandling” använder *andra* typer av verksamma påtryckningsmedel och *andra* motiveringar än anhöriga och arbetskamrater använder i *sina* försök.

Egentlig spontanläkning kan man tala om ifall någon efter att själv ha tagit sig ur ett missbruk övertygar en ovetande omgivning att han/hon *varit* starkt beroende av en drog. Men även i det fallet har den beroende påverkats av samhällets allmänna struktur, dess regler och normalitet konstruerade för att *motverka* risken för missbruk. Den *sant* spontanläkte har i sitt beroende varit helt isolerad från varje mänsklig signal vilket är omöjligt.

Bättre kunskap om spontanläkning av en beroendeproblematik har värde. Att sådan kunskap skulle kunna användas för att utveckla nya formella behandlingsformer eller förbättra existerande vård är osäkert. Decennier av behandlingsforskning – inriktad på icke självläkta problematiker – förefaller otillfredsställande om målet är uppenbara samband mellan insats och förbättring. Fenomenet självläkning är undflyende. Det som blir kvar synes vara av typen personlighet, relationer, yttre och inre händelser, samverkan mellan personlighet och samhällets normalitetskrav. Mycket har det offentliga små möjligheter att åtgärda. Bostad, arbete, hälsovård, ekonomisk trygghet kan erbjudas.

Att spontanläkning ägnats få särskilda forskningsinsatser kan uttrycka respekt för komplexiteten i mänskliga förändringsprocesser. Det till synes normala i såväl psykiska som sociala (spontana) läkningar döljer en systemisk förveckling som trotsar vetenskaplig ansträngning, i synnerhet om prediktion eftersträvas. Om forskningen (hittills) mest ägnats ”problem” som kräver samhällets formella och snabba ingripande beror det på ett måste. Komplexiteten är inte mindre men praktiken/undervisningen/forskningen måste här göra vad som är möjligt. Brist på framgång gör det frestande att snegla mot det ”normala”, mot det som tycks uppstå ”av sig självt”. Det kan vara en illusion att den sneglingen skulle vara ett alternativ.

Det vanligaste samhällsvetenskapliga forskningsprojektet gäller åtgärdskrävande sociala problem. Modernitet och välfärd har följts av störningar och avvikelser från

ett önskat schema. Den underliggande tanken har ofta varit att samhället – vår sociala ordning – inte *bör* ändras eller inte *kan* ändras på ett medvetet sätt. Åtgärder har riktats mot den problematiske individen.

Man måste utgå från att varje människa strävar efter att lösa sina problem så långt det går utifrån förutsättningarna. Självläkning av missbruk är ett specialfall ur en gränzon där det *kan* gå illa eller *kan* gå bra (arbetslöshet, hemlöshet o.s.v.). Sontanläkning finns på många livsområden. Där livets egna omständigheter inte räcker till, där kollektivets resurser behöver komplettera, där är det livets normala och positiva omständigheter som behöver förstärkas. Det måste ske med möjliga medel. En injektion i individen av viljestyrka, självförtroende, vänner eller ny livspartner ligger utom räckhåll för samhället. Inom räckhåll finns arbete, bostad, utbildning, ekonomiskt bistånd, hälsovård med mera. Problemet är att dessa åtgärder ofta är otillräckliga.

Tanke och handling

Ett medel för familjehemsvården är enligt flera informanter *medlevarskap* och *förebild*. Det stimulerar till ett analysförsök, om förhållandet mellan tanke och handling och om att övergå från det ena till det andra. Motivation – en tanke och/eller en känsla – eftersträvas allmänt (i sin positiva art) i missbrukarvården och man tar för givet att sådan – motivation för att avstå från missbruk – nästan är sak samma som handling – en faktisk livsförändring som leder till att personen faktiskt avstår från fortsatt missbruk. Men för att detta ska vara möjligt krävs antagligen att tanken, känslan eller motivationen antar formen av ”teoretisk förståelse” om än en omedveten sådan.

Catherine Bell (1992) har aktualiserat ett resonemang hos Clifford Geertz (1973) angående möjligheten till omkastning av dikotomin tanke–handling. Det grundläggande exemplet är ritualen och dess två möjliga kategorier, *deltagare* eller *observatör*. För outsiders – observatören – är ritualen kanske bara en presentation av ett perspektiv som bland annat kan uppskattas estetiskt eller analyseras vetenskapligt. Ingen sådan respons penetrerar emellertid ritualens verkliga innebörd och dynamik. För deltagaren däremot är ritualen ”enactments, materializations, realizations” av ett särskilt (religiöst) perspektiv, ”not only models of what they believe, but also models for the believing of it” (Geertz, 1973:113–114; Bell, 1992:28). Observatören närmar sig ritualen enbart utifrån konceptuella kategorier. Deltagaren å andra sidan upplever i ritualen *konkret integration* mellan sina begreppsliga ramar och sin personlighet.

Deltagarna i ritualen *agerar* medan observatören *tänker*. I den rituella aktiviteten *fusionerar*, för deltagarna, föreställningar med dispositioner (temperament), vilket alstrar *mening*. Den utomstående teoretikern *kan* komma fram till meningen annorledes, i den mån han eller hon i ritualen kan uppfatta den sanna grunden för ritualens meningsfullhet för aktörerna – nämligen dess fusionering av begreppsliga och

personliga kategorier. I så fall kan teoretikern gå bortom sitt blotta tänkande om aktiviteten ritual, för att i stället dessutom greppa ritualens meningsfullhet.

Genom att kännas vid den rituella mekanismen av meningsfullhet för deltagarna kan teoretikern, menar Geertz och Bell, i sin tur alltså greppa dess meningsfullhet som kulturellt fenomen. Rituell aktivitet kan bli meningsfull även för teoretikern. Sålunda, sammanfattar Bell, kan ett kulturellt fokus på rituell aktivitet göra ritualen till ett veritabelt *fönster* ut mot observatören på de viktigaste processerna i det kulturella livet.

Trots talet om medlemskap är klientens roll i familjehemmet observatörens, åtminstone till en början. Deltagare fullt ut är han inte och blir kanske inte heller, inte ens i en förlängd vistelse. Metoden ifråga, *deltagande observation*, är en antropologisk generalmetod och klyscha som i sig är ett kontinuum mellan att vara enbart observatör och enbart deltagare.

På behandlingsinstitutionen är klienten under större delen av tiden också en deltagande observatör, men då av ett "onormalt" sammanhang. Ofta saknar denna del av institutionsvistelsen en för klienten medveten avsikt, och såväl deltagande som observation sker i förhållande till vad klientgruppen själv åstadkommer. I övrigt och under mindre del av tiden är klienten på institution föremål för "behandling" i någon form, metodisk eller ej, men en aktivitet som av sin natur är i riskzonen för att bli manipulativ och "onormal".

Familjehemsvårdens möjlighet är, mot en sådan bakgrund, radikalt annorlunda. Förutom att familjehemmet idealt präglas av normalitet och icke-manipulation förväntas klienten enbart observera och i någon mån delta. (Den manipulation som alltid förekommer i mänsklig interaktion finns också i familjehemsvården men utgår inte från någon medveten metod.) Klientens observation är i det närmaste oundviklig medan hans deltagande i hög grad är ett val. Förutom det deltagande som ligger i observationen, och det är främst det som man förväntar sig från familjehemmets sida, är klienten fri att från tid till tid välja grad av deltagande.

Vad observerar klienten i familjehemmet? Även om vardagligt familjeliv inte kan karakteriseras som ritual har det *ritualliknande* drag, som formbundenhet, en viss oföränderlighet, drag av "utförande". Själva familjeinstitutionen bär traditionens prägel. Familjemedlemmarna fullföljer i viss mån, och upprepar, något som etablerats tidigare, av föregångare. *Klienten observerar ett ritualliknande utförande som präglas av normalitet och frånvaro av medveten vetenskaplig metod.*

Rappaport (1999:471, not 8) stimulerar uppfattningen att familjehemsvården i sin normaliserande aspekt har möjligheten att i ritualliknande *handling* presentera det som forskaren möjligen kan tänka och tala om men som kanske inte kan förmedlas till klienten, till outsiders, i form av behandlingsmetod. Klienten måste själv – i likhet med forskaren – delta/observera i en utsträckning som så småningom möjliggör en förståelse som, om än på ett omedvetet eller icke formulerat plan, svarar mot forskarens teoretisering.

Formuleringen "go native" benämner risken för forskaren att (oavsiktligt) övergå från sin teoretiska och tillräckligt korrekta förståelse av deltagarnas erfarenhet till att i stället själv bli deltagare. Uttrycket markerar att det är möjligt. För klienten gäller i princip motsvarande restriktion, åtminstone under den tid placeringen varar. Det är med nuvarande behandlingsideologi inte tillrådligt att klienten "goes native", vilket i så fall skulle vara att han mer eller mindre för gott integreras i familjen. Skillnaden mellan forskaren och klienten är att klienten är fri att bli deltagare i samhället eller i någon del av det i samma stund han lämnar familjehemmet. Den teoretiska förståelse han fått av fusionens möjlighet kan han då praktiskt tillämpa.

Att en sådan "teoretisk förståelse" (om än undermedveten) kanske kan uppnås lättare i familjehemsvården än i institutionsvården beror i så fall på familjehemsvårdens normalitet. Det som i familjehemmet *naturligen finns* måste i institutionen *organiseras fram*, bland annat i form av iscensatta ritualliknande tilldragelser. Att detta är en reell möjlighet har jag försökt visa i min rapport om Hornö (Johansson, 2000).

Med utgångspunkt i Geertz, Bell och Rappaport föreligger två möjligheter för klienten efter en tid i familjehem. Den ena möjligheten är att likt forskaren inte go native utan teoretiskt tillgodogöra sig det "fönster" som den deltagande observationen förhoppningsvis öppnat, till förståelse av grundläggande meningsfulla kulturella processer, i det här fallet ett fungerande normalt familjeliv och deltagande i samhällslivet. Den andra möjligheten är att go native och låta den undermedvetet teoretiska insikten övergå i ett faktiskt deltagande. Mellan dessa val, som torde avgöras av klientens personlighet, ligger en viktig kvalitativ skillnad som gäller upplevelsen – inte bara förståelsen – av mening och meningsfullhet.

Vad är då meningen?

Det mest intressanta med *mening* och *meningsfullhet* är att de till sin natur är, eller kan vara, *mysteriösa*, vilket knappast gäller för till exempel *motivation* eller *livsåskådning*. Medan motivation och livsåskådning är övervägande diskursiva är inte all mening diskursiv. Det meningsfulla kan vara icke-diskursivt – inte möjligt att tala om. En bachfuga är inte diskursiv men saknar för den skull inte mening. Tvärtom.

Vi talar om det individuella mentala systemets olika nivåer där en extrem kallas *det medvetna* och den andra extremen *det omedvetna* (Bateson, 1972). Varje nivå av våra mentala system har sin egen meningsfullhet. Den ena kan vara mer eller mindre diskursiv än den andra.

Rappaport (1999) identifierar tre typer eller nivåer av mening. Den *första* eller lägsta typen av mening är dess ordinarie, vardagliga, semantiska variant. Mening, betydelsen, av ordet "hund" är hund, vilket skiljer hunden från till exempel en katt, som är betydelsen av ordet "katt". Här ligger nivån/typen nära det man i kommunikationsteorin kallar för *information* eftersom det handlar om distinktion, åtskillnad. Information är det som reducerar osäkerhet och dess minimala enhet är

den binära distinktionen. Ja eller nej? Vi befinner oss här på en betryggande medveten nivå – informationsnivån. Inget mysteriöst så långt.

Den första ordningens mening bygger på distinktion. Den *andra* ordningens mening är av annat slag. Om vi frågar *Vad betyder allt detta?* handlar det inte längre om att åtskilja utan tvärtom har vi då ställts inför en komplex massa av information. Här gäller det att *reducera* antalet distinktioner genom att identifiera likheter. I huvudsak handlar det om att å ena sidan placera det vi tycker oss känna igen och å den andra det som vi ännu försöker förstå.

Rappaport talar om *metaforer* som den andra ordningens *paradigmatiska vehikel*.¹⁹ Det han menar är kanske att den andra ordningens meningsfullhet tydliggörs, berikas och förstärks genom metaforen. Metaforer är *affektivt mäktigare* än rent didaktiska yttranden. Här kan man på familjehemsvårdens arena möjligen exemplifiera med bilderna medlevarskap och förebild.

Men det finns alltså en ännu högre form av mening eller meningsfullhet, den *tredje* ordningens. Den är grundad i en *radikal identifiering* av jaget med den andre eller det andra. Här blir mening ett tillstånd av varande. Bodil Malmsten sa i en radiointervju för ett antal år sedan att man eftersträvar "det ögonblick när man slipper ifrån bördan att vara medveten om sitt eget varande". Det handlar om ett rent varande, menar Rappaport. Meningen är här inte längre referentiell, inte diskursiv. Det går inte längre att skilja mellan subjektets tillstånd och det som är meningsfullt för subjektet.

I denna högsta ordning av mening är alltså det viktigaste att alla distinktioner försvinner, inklusive distinktionen mellan *det* som är meningsfullt och *den* för vilka det är meningsfullt. Här kan alltså uppstå en omedelbar och oneklig känsla av *förening*, av *fusion*, med andra – kanske med kosmos eller samhället – i denna fusion mellan det meningsfulla och den för vilka det är meningsfullt.

Den *första* ordningens mening är sålunda diskursiv, den är digital och den ger intryck av objektivitet. Den *andra* ordningens mening baseras på strukturella likheter av relationer mellan disparata ting. Det är på den andra ordningens nivå som individer och organisationer berättar om sig själva, och kanske också avslöjar sig. Den *tredje* ordningens mening ser distansen krympa mellan själva personerna och själva meningsfullheten, till den punkt där de så att säga tillfälligt fusionerar. Vi har alltså en *hierarki av meningsfullhet*, från den första ordningens tydliga objektivitet av distinktioner till den tredje ordningens absoluta och mysteriösa subjektivitet.

Olikheterna hos nivåerna innebär inte att de är orelaterade. Framför allt laddar den högre ordningens mening de lägre ordningarna med betydelse och värde. Förment "ren" information kan bli meningsfull tack vare existensen av den subjektiva tredje nivån. Omvänt tillhandahåller de lägre ordningarna de distinktioner på vilka högre ordningar opererar.

Har allt detta någon relevans för den här rapporten? Svårt att säga. Kanske att den välfungerande familjen kan tänkas ha drag av den tredje ordningens meningsfullhet.

i de bästa stunderna. Och kanske att den meningsfullheten då, för gästen, kan ladda andra nivåer av mening. Kanske blir svenssonstillvaron lite mer eftersträvansvärd om gästen kan observera, om än inte direkt delta i, en familjär fusion. Vem vet?

Genomgående och grundläggande tema hos Rappaport är att människan är den art som lever och som bara *kan* leva genom den mening hon själv måste åstadkomma i en värld som i sig själv *saknar* egen inneboende mening men som lyder under fysisk lag (1999:1). Människorna själva måste således *konstruera meningen med sina liv*, kanske inte var och en för sig visserligen men i alla fall. Ett liv utan en sådan konstruktion är en omöjlighet. Men bakom våra mer eller mindre meningsfulla liv skymtar, åtminstone för mig, något som kanske kan kallas för "verkligheten". Verkligheten som ett för människan meningslöst tillstånd, omöjligt att leva i, kan få figurera som metafor för det vi behöver skydda oss från, döljas för, hjälpas ur.

Om det meningslösa livet är en omöjlig och förhoppningsvis obefintlig extrem på ett meningskontinuum så är frustrationen av våra "psykogenabehov" något för alla bekant. Vårt beteende, det som orsakar omgivningens (ibland socialtjänstens) oro, är, skriver Åke Daun, ett "öppet program".

Formen, gestaltningen – det faktiska beteendet – bestäms av ett samspel mellan situationen, personligheten, individens resurser samt kulturen. Kulturen tvingar inte, den prioriterar bara vissa lösningar. De psykogenabehoven är däremot tvingande men anvisar inga bestämda lösningar. (DN, 7/11 2001, B5)

Daun påminner oss således om att vårt och andras kulturella beteende liksom våra sociala och kulturella konventioner inte har sitt upphov och sin bestämning enbart i kulturen utan är såväl "historiskt givna och därför föränderliga alternativ med betydande utrymme för individuella lösningar" (ibid.) som evolutionspsykologiska nödvändigheter. Vi handlar som vi gör för att det är vår "natur" och för att vi måste välja "något sätt" av många möjliga. Världen inklusive människan lyder under fysisk lag men saknar i sig själv inneboende mening. Meningen måste vi skapa själva genom att *välja* en form för hur våra psykogenabehov ska tillfredsställas.

2 Ideell professionalitet

En professionaliseringsprocess markeras av kombination av skoleutbildning och forskning. Tre sinsemellan kvasiautonomasjonaliseringen få ett lämpligt mått av koherens. Professionaliseringen av *medveten* kunskap. En professionell ska kunna redogöra för var hans professionalitet består och hur praktik och teori samverkar i professionen. Man ska kunna bilda sig till denna hantering och forskning ska kunna bedrivas om de förvecklingar den professionelle är satt att hantera.

Den process där någon genom praktiskt arbete tillägnar sig kunskap och skicklighet, och som genom denna procedurs långsamhet och brist på kontinuerlig diskurs främst lagrar sin ackumulerade kunskap i ett successivt alltmer ändamålsenligt undermedvetet handlag saknar däremot motsvarande slagkraftiga benämning. Vi talar om hantverksskicklighet, tyst kunskap, lång erfarenhet, intuition och liknande.

I familjehemsvården sker i regel ingen professionalisering, ingen medveten och dokumenterad kunskapsackumulering. Däremot blir det enskilda familjehemmet med ökande erfarenhet alltmer skickligt i sin uppgift att under begränsad tid ta emot och inlemma en främmande person i sin gemenskap.

Man måste veta sin begränsning. Det är inte alltid man gör det för man utvecklas hela tiden och jag skulle aldrig ha trott att jag skulle klara av det jag *har* klarat av om jag hade vetat det från början (hur svårt det var). (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvård)

En stor del av denna kunskap går förlorad när hemmet upphör att vara familjehem. Kvar blir minnen och en och annan berättelse. Den här texten är ett ynka bidrag till att försöka fästa något av familjehemsvårdens kunskap på pränt.

I familjehemsvården går inte skiljelinjen mellan utbildade familjehemsvårdar och icke utbildade utan mellan *bra* familjehem och mindre bra. Kanske är utbildning alltid "bra" men ingen garanti för att det utbildade familjehemmet lyckas bättre än ett familjehem som är bra men outbildat.

Den här familjen är väldigt duktiga men de är inte proffs. Men de är duktiga, de bara *är* det. De är intellektuella, de läser böcker. Det är väldigt högt i tak. Jag gillar dem. De gör ett jäkla jobb, men de har svåra klienter. En del familjer är ju väldigt duktiga, det är helt klart. Men ingen är ju perfekt. Det är väl så man får resonera. Men det är höga krav, jag vet, och man uppfyller nog inte de målsättningarna. Det är nog omöjligt, då skulle vi inte kunna bedriva detta. (Jörgen Österberg, projektanställd konsulent, Bergslagsgårdar)

I hantverk och konstnärlig verksamhet är den tysta kunskapsackumuleringen kanske *tillräcklig* för ett livs yrkesverksamhet. Den enskilde hantverkaren kan fullt ut

ackumulerade kunskap. Det kan visserligen tillkomma nya material men om framgångsrik välja att hålla sig till det kända och invanda eller tillägna teknik. Den kunskap som familjehemmet efterhand förvärvar är en värdefull gång och utgångspunkt. Problemet är att det material som familjehemmet har att arbeta är så mycket mer komplicerat och varierat än vad hantverkaren rimligen kan råka ut för. Kanske gör det att familjehemmet ofta inte klarar sig på egen ackumulerad tyst behandlingskunskap. Det måste mer till, nämligen professionella, utbildade konsulenter.

Familjehemsvården är intressant som exempel på *samarbete mellan professionell och amatör*. Man förundras över att familjehemsvården agerar på samma planhalva – och till synes jämlikt – med de frivilliga behandlingsinstitutionernas mer eller mindre drivna professionalitet. Möjligheten för en LVM-klient att *välja* ett familjehem *i stället för* ett behandlingshem markerar vårdssamhällets osäkerhet om den vetenskapliga *behandlingsmetodens* relevans. Socialtjänsten – ytterst ansvarig för klienten – är beredd att jämställa förstärkt amatörism med professionalitet om även klienten gör det. Klientens preferens avgör om fortsatt behandling ska skötas av proffs eller av amatörer! Det är förstas ett dilemma att det är skillnad mellan proffs och proffs, som det är skillnad mellan amatörer och amatörer.

Den här mellankategorin av *professionella amatörer* – jag menar då alla vi som har jobbat på ett ex behandlingshem utan att egentligen ha yrkesmässig kompetens – var, kanske är, farligare än när vi använder *rena* amatörer som familjerna oftast är. Fördelen med rena amatörer är att det märker ju klienterna också, väldigt väl, att de inte har en massa förutfattade meningar, eller har de förutfattade meningar så är de så vulgära att det behöver man nästan inte bry sig om. Det är nästan värre med oss "halvglada professionella amatörer" för där vet jag inte riktigt ... Det här är min egen teori delvis men en av hemligheterna i familjevården det tycker jag just är det här *bemötandet* som klienten får av vanliga människor. Det har ju nästan *en chockverkan* jämfört med socialsekreterare och allt vad det är. *Att liksom bli bemött som en vanlig människa* oavsett om man är kriminell eller missbrukare eller tokig eller vad det nu är. Och i och med det upplever jag att det finns någon slags automatisk *helning* i det här att bli betraktad som *en vanlig medmänniska*. Det är något väldigt spännande i det där. Visst möter jag kriminella missbrukare på en anstalt eller på ett behandlingshem där jag kan se hur de är duktiga på att manipulera och så upplever jag plötsligt att de inte *behöver* göra det (på familjehemmet). Sen finns det ju undantag men då är det ju min uppgift att vara på alerten och försöka stoppa det i så fall. (Lars Metelius, konsulent, Skyddsvärnet)

Den klientens kollaps Metelius har noterat har kanske sin orsak i de annorlunda utgångspunkter som familjehemmet har gentemot klienten.

När människorna i ett familjehem möter en av våra klienter har de föga föreställningar om hur han är, har varit och kommer att bli. De har som jag tidigare skrivit ringa teoretisk kompetens och de har heller ingen klinisk erfarenhet som har påverkat dem att klassificera människor och mänskligt varande. (Håkansson, 2000:51)

Chockverkan för klienten i mötet med ett familjehem kan ha sin bakgrund i en tidigare knäck i mötet med en behandlingsinstitution.

Nej, nej, det går inte att behandla mig mer på det viset. Jag har varit på så många ställen. Det har inte funkat. Jag tar inte åt mig. Jag var så trött på alla gruppsamtal. Jag har svårt att prata i grupp, jag mår inte bra av det. Det går an att sitta så här som du och jag. Och så har man blivit skrämnd också, av första behandlingshemmet, eller stora behandlingshemmet. Den dan jag kom dit var det storgrupp. Vi satt i en gymnastiksal, 48 personer i en rund ring. Föreståndarn peka på mig. Vad vill du få ut av det här? Liksom. Jag gick ut därifrån. Det första de gjorde det var att knäcka mig. Det var mycket grupper, mycket jobb. Jag stack därifrån tre gånger tror jag. Frivilligt tvång. Familjehem funkar bäst för mig. (Lars, klient)

Det förbryllande är förstås att även institutioner bemannas av "vanliga människor". I varje fall är de vanliga när de kommer och när de går.

Men de tar på sig en yrkesroll. Och sedan är det väl så att en som jobbar på en institution, hans inställning till låt oss säga sprit, den kan han berätta och den kan han prata om under åtta timmar. Sen är det ingen som har en aning om vad han tycker *efter* de åtta timmarna. Men vår inställning till sprit *den ser de under ett år*, det är en väldig skillnad, 24 timmar om dygnet. Och jag tror att har man vart i drogsvängen ett tag så är man misstänksam. Man tänker alltid likasom lite bakom, att folk säger saker som de kanske inte riktigt kan stå för hela vägen. De har radar, det är det ingen diskussion om, på allting. (Bertil Hulting, familjehemsvärd)

En professionalism byggd på särskild kunskap och särskilda metoder för behandling av missbruk bär drag av manipulation. Klientens förmåga att stå emot behandling, att vägra låta sig övertalas (motiveras) ska genom metoden på något sätt övervinnas. Mot detta mobiliserar klienten sin egen ofta överlägsna manipulationsförmåga. Kanske står klientens behov av manipulation i relation till den manipulation han anser sig själv utsatt för.

När klienten placeras i ett familjehem som saknar expertkunskap på behandlingsområdet inträder det att klientens manipulationsförmåga blir otjänlig eftersom den inte kan resas mot något manipulationsförsök. Att manipulera blir olönsamt. Situationen öppnar i bästa fall för samarbete i stället för manipulation.

Det kan också bli ett så pass bra samarbete mellan familjehemmet och klienten att man respekterar varandra. *Så egentligen spelar liksom inte lagtexten någon roll* utan det är din och min överenskommelse som gäller. Att man har respekt för varandra. Och då har jag haft klienter som har druckit till, men de har alltså (först) åkt *ifrån* familjehemmet och sedan ringt och sagt att, nu är jag illa ute, nu tar jag mig ett återfall. (Christina Pettersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Den professionella vården drabbas av att klienten lätt misstror personalens engagemang.

På ett behandlingshem, de som jobbar där, det är man helt medveten om, det har man i huvet hela tiden, *de får enbart betalt för att vara trevliga*. Det är deras yrke att vara såna mot mig.

Det är rena yrkesmän som är där. Och då blir det liksom att man får inte samma respekt för dem. Det finns ju vissa som man börjar tycka om, du vet, men här är det liksom lite mer mänskligt på något sätt. Och även fast det är mig själv jag sinkar om jag skulle göra något, så vill jag ju inte göra dem besvikna heller. Men de på behandlingshemmen är så himla *vana* vid det där, så det ... Sen är det ju mycket droger på behandlingshemmen. (Johan, gäst)

Parallellt med strömmen av professionalisering genom socialtjänsten där "vetenskap" och "evidens" ges övertag över beprövad erfarenhet finns rännilar åt andra håll. En tidig var de terapeutiska samhällen som genom att motarbeta fasta roller för personal respektive patienter i någon mening ifrågasatte den professionella hållningens allenarådande. Senare decennier har fått se "en omorientering mot ökad grad av expertisanspråk och därmed förknippad professionalisering av arbetet på miljöterapeutiska institutioner" (Hansson och Wijkström, 1997:23). En sentida rännil på tvärs mot flödet av professionalisering och vetenskaplighet är Basta Arbetskooperativ.

... hela idén med Basta [syftar] till att kunna erbjuda rehabilitering och förändring genom icke-behandling. Det handlar om att kunna använda inslag från det vanliga sociala livet och låta dessa få den rehabiliterande verkan de potentiellt kan ha. Då är arbete i ett vanligt företag i kombination med kamratskapen i Basta de sociala mekanismer som, om de används på ett strukturerat och systematiskt sätt, skall kunna bidra till att omdefiniera den missbrukaridentitet som en lärling bär med sig in i verksamheten på Basta. Eftersom det inte finns någon utbildad behandlingspersonal måste rehabiliterande mekanismer hos den enskilde lärlingen i Bastas fall sättas igång utifrån "normaliserande förebilder" som ryms inom ramen för den allmänna miljön och den rollrepertoar som kooperatörer och äldre lärlingar kan erbjuda. (Hansson och Wijkström, 1997:26)

Det finns överensstämmelser mellan det som förväntas av familjehemsvården och det som Basta Arbetskooperativ försöker organisera fram. Familjehemmen har fördelen att redan existera och redan ha sin grundläggande finansiering. Verksamheter av Bastas typ kräver uppenbarligen, för att få chansen att lyckas, såväl eldsjäl (en knapp resurs) som exceptionell publik uppmärksamhet (en trång sektor). Flerfaldigandet av verksamheter av Bastas typ är orealistisk om den jämförs med tanken på en utveckling av familjehemsvård för vuxna. Kan då familjehemmet verkligen bevara sin genuinitet, placering efter placering?

Det är ju lite tveksamt. Fast där kan jag ju tycka att om de vilar ett tag eller gör något annat ett tag och sedan återkommer att det kan fungera. Det händer att jag föreslår det. De blir slitna, men också att de tappar lite av det här naiva, spontana. Ja, de blir lite cyniska, lite trötta, lite skeptiska, det är ju inget konstigt, så är det. (Lars Metelius, konsulent, Skyddsvärnet)

I början vet jag, när jag tänkte efter, att det enda vi gjorde när vi gick och la oss på kvällen det var att prata om dem. Hur det hade gått och alltihopa. Så till slut sa jag att, *det här är sjukt!* Det var jobbigt. Det tog upp hela energin i det här huset i månader. Och då bestämde vi. Vi åkte upp till Boden till vår son, vi skulle ha ett par dagars semester. Vi körde nog till Sundsvall

tror jag och hela den tiden pratade vi om dem, och då sa vi att: *Härifrån är det stopp!* Sen införde vi ett bötesystem här på helgerna när vi var själva, att den som nämnde dem fick böta. Men sedan har det fallit sig naturligt. (Anki och Bertil Hulting, familjehemsvårdar)

Temat professionalitet kontra amatörism är relevant även för de skillnader som finns mellan bland andra Credo och FamVux i synen på om familjehemmet ska inbjudas/uppmuntras till successiv professionalisering eller bevara sin amatörism. En del familjehemsvård bedrivs dessutom av vårdar med ett förflutet som anställda på behandlingshem.

Professionalitet är på modet. Det har en avgjort positiv klang. Det är bra att vara professionell! Man ska inte vara oprofessionell! Den som behöver hjälp gör klokt i att begära professionellt bistånd. När saken gäller tandvård, bilreparation, skrädderi och liknande är professionaliteten okomplicerad. Ju duktigare yrkesman/yrkeskvinna desto bättre, och dyrare.

Den professionelle hyllas även i missbrukarvården. Man kan utbilda sig till missbruksbehandlare, alkoholterapeut med mera. Forskare ifrågasätter den missbrukarvård vars personal inte kan ståta med relevant utbildning. Även missbrukarvård ska skötas professionellt! Socialtjänsten anlitar alltmer sällan den institutionsbundna missbrukarvården – den är inte nog professionell – och litar i stället till egna socio-nomer. Öppenvården anses av många kommuner i dag vara bättre än institutionsvården, mer professionell helt enkelt, och åtminstone på kort sikt billigare.

Men professionaliteten har uppenbarligen gränser för sin förmåga. Öppenvården kompletteras ibland med familjehemsvård. Familjehemsvården erbjuder något som den professionella formen saknar. Det fina sägs vara att den drivs av *vanliga* familjer utan särskild utbildning. Plötsligt är den vanliga utbildade människan/familjen ett nödvändigt komplement till det professionella. Denna möjliga omkastning är otillräckligt uppmärksammas. Anledningen till tystnaden kan vara att professionalitetens prerogativ kanske inte bör ifrågasättas. Men familjehemsvården öppnar för samarbete och för ömsesidig insats.

Sett ur ett kulturanalytiskt perspektiv är det riktigt att familjer och vanliga människor engageras för att korrigera individers avvikelser från samhällets normer och regler eftersom den modellen tar ett mer komplett grepp på den komplexa problematiken än den sociala professionalismen mäktar.

Den *personliga lämpligheten* väger uppenbarligen tyngre i rekryteringen av familjehem än den gör i rekryteringen av professionella vårdare i socialtjänsten, vilket kan ha arbetsmarknadsorsaker. Alla vet att personligheten är minst lika viktig för den professionelle men i officiell retorik är professionaliteten viktigast. Med rätt utbildning förbigås man inte så lätt med diffus hänvisning till "olämplig personlighet". I familjehemsvården är den personliga lämpligheten viktigare än allt annat vilket förklarar bristen på goda familjehem.

Om familjehemsvården misslyckas kan kanske orsaken sökas i att processen alltför länge störts och förvrängts, i värsta fall av professionella förändrare. Det är samtidigt de professionellas uppgift att avgöra om klientens psykiska problem är för svåra för familjehemmet. Den som arbetar på institution har av förklarliga skäl tilltro till institutioner och till den professionalitet som bör utmärka sådan vård. Allt annat likvärdigt kan man tänkas välja ett familjehem som består av proffs.

När vi har de här väldigt kniviga lite aggressiva gubbarna som har druckit och missbrukat i väldigt många år, då väljer jag nog dem som har professionell erfarenhet. Men nu behöver inte jag göra det valet utan det gör byrån för bostadslösa män. Där har jag det bra. (Christina Petersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

En förmedlingsverksamhet med nära kontakter till både familjehem och klient står som åsnan mellan hötappar i sin önskan att kompensera ett bra familjehem ekonomiskt vilket är ett tecken på något slags professionalitet, och önskan att få ut det bästa ur ett ideellt engagemang.

Faran är att det fokuserar för mycket på pengar, att man tar en placering för ekonomin. Men det är ju det att man ska känna att man är engagerad, att det är lite ideellt. Det blir det ju eftersom de får den lönen som de får, att då blir man ju mer engagerad. Hade de stora summor tror jag att det här engagemanget kunde försvinna. Jag vet inte om det *är* så men det kan vara så. Risker finns att det blir för stora pengar. Det är ju så att en del familjer som vill ha två placeringar väljer att gå ur Bergslagsgårdar. Och då handlar det ju om ekonomi, för att leva på en lön, det vet vi ju alla, det är inte lätt i dagens läge. Har de två så blir det ju en heltidslön, nästan i alla fall, inte riktigt. (Anna-Karin Nilsson, konsulent, Bergslagsgårdar)

Anna-Karin befarar att "stora summor" skulle kunna hota engagemanget. Formuleringen tarvar en kommentar. Innebörden är inte att högt betalda yrkesmän skulle sakna engagemang. I stället ligger problemet i att få betalt för något som man gör utan att det kan preciseras som frukten av kunskap, utbildning och så vidare. Den som får bra betalt för något han/hon *alltid* gjort eller *alltid* kunnat tvingas omdefiniera sin syssla. Det är kanske denna omprövning och nya definition som kan påverka engagemanget. Även om ersättningen inte är huvudsaken spelar den en roll åtminstone tidvis. Det handlar om en form av "betald frivillighet".

Sen har det väl varit tillfällen då man har tyckt att det var en himla tur och skönt att ha fått den här inkomsten, och då är det kanske inte enbart idealitet utan det är också ett sätt att ha fått en inkomst, lite grädde på moset. Men tittar man tillbaka är ju detta ingenting som lönar sig. (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvård)

Om jag tänker på mitt eget jobb (organist) mäter jag överhuvudtaget inte mitt arbete i timmar och så där. Att nu har jag gjort min vecka och nu går jag hem, utan jag tycker om att rikta upp mitt arbete som jag skulle vilja ha det, och det är klart att det blir mycket merjobb, här och var, men jag ser det inte så att jag måste gå till arbetsgivaren och klaga utan när jag får helheten

blir jag nöjd och så behöver jag inte räkna så mycket på mina timmar. Det enda är ju kanske att familjen har kommit emellan ibland när barnen var hemma, och så, men då var ju de ofta med, i det hela, med barnarbete och så vidare. Det är på liknande sätt här, *man mäter inte*, i timmar. (Kerstin Chrunak, familjehemsvård)

Det är väl så här att om man ska engagera sig (i familjehemsvård) krävs det ju att man har en *väldigt* bra ekonomi om man inte får *nån* form av ersättning, eftersom man då jobbar mindre, om man säger, än om man skulle ha jobbat annars (i annat värv). Det är väl så. (Maria Hermelin, familjehemsvård)

Besläktat med ordet idealitet, om än mer fokuserat, är ordet kallelse. Uppdrag som i dag utförs under epitetet ideellt arbete kunde tidigare, särskilt i den kyrkliga och frikyrkliga sfären, lika gärna benämnas kallelse. Ordet kunde användas även för uppdrag som kanske inte framstod som alltför heroiska. Ju mer heroiskt – att till exempel bli missionär i "hednaländerna" – desto större mått av kallelse. Men även att bli familjehemsvård kan, för en kristen människa, formuleras som en kallelse.

Jag hoppas att jag uttrycker mig klart om varför jag håller på med det här. Det är en naturlig process det är det viktigt att säga. Den här vägen den ska jag gå, det är en *kallelse* i detta, så har jag min kallelse. Det är inte alls märkvärdigt men så är det faktiskt. (Lennart Chrunak, familjehemsvård)

Den som är mindre tydligt religiös väljer kanske det mer neutrala ordet kall.

Kan man hjälpa någon som man tror att man har resurser till så är ju det, vad ska vi säga, ett *kall*, eller en utmaning, och sedan är det den ekonomiska biten också. (Jan Hermelin, familjehemsvård)

Att i rekryteringen locka fram familjehemmets motiv för sitt engagemang är antagligen svårt. Familjehemmet kan kanske inte precisera och formulera vad man väntar sig. Det vet man inte förrän man har haft ett antal placeringar. Även då kan det vara svårt att formulera. Kanske nöjer man sig, som familjehem, med känslan av att faktiskt ha fått ut *något*. Den slutsatsen kan familjehemmet dra utan att behöva precisera *vad*. Att man fortsätter är tecken på att man får, inte bara ger.

Det är ju så att hade man inte fått *något* utbyte på något sätt själv, då hade man ju lagt av, så att varje placering har gett en någonting eller har fått en att se på tillvaron på ett annat sätt. (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvård)

Behovet av utbildning

Familjehemsvården är *kvalitativt annorlunda* än institutionsvård och öppen vård. Skillnaden är verksam för vissa klienter, eller kanske för klienter i ett visst skede av sitt missbruk, eller för ett visst skede av samspelet mellan missbruk och personlighet. Den kvalitativa skillnaden mellan familjehem och annan vård härrör från olikheter i utbildning, kompetens och erfarenhet mellan familjehemmets personal och

anställda i formella vårdformer. Skillnaden kan tänkas påverka klientens attityd. Märker klienten till exempel om vårdaren har "vetenskapliga teorier" i huvudet eller kanske "bara" är allmänt klok och erfaren?

Det märker de, det gör de definitivt. För väldigt ofta hör man kommentaren – efter det att de här människorna runt bordet har gått – att "Det där tog hon bara ur en bok." "Nu jobbar han efter teorin." "Nu tror de att de ska få mig till någonting." (Bertil Hulting, familjehemsvärd)²⁰

Våra proffs, människor med teorier, är duktiga och har allvarligt studerat området. De har god vilja och vill klienternas bästa. Ändå kan det bli till ett slags manipulation. Hur lösa upp den knuten förblir den mest angelägna uppgiften för dem som utbildar våra socialarbetare.

Wiig noterar (1991:34, not 2) att "innan det sociala arbetets yrkesverksamhet har utvecklats så blir det inte meningsfullt att tala om överskridande av vardagskunskap och yrkeskunskap". Skillnad fanns i andra sfärer, mellan vardags- och yrkeskunskap, men inte i den sociala sfären. Det fanns folk som smidde till husbehov men det fanns också smeder som anlätades när något avancerat behövde göras.

Det sociala arbetets karaktär av yrke och utbildning är sentida. Längre fick prästen, läkaren och kommunalnämndens ordförande ordna de avigheter som i dag behandlas av specialister. Man kan få för sig att familjehemsvården är en *kvarleva* från den tid då det sociala arbetets yrkesverksamhet inte fanns, ens som tanke.

Familjehemmen är ifråga om civilt yrke inte vilken familj som helst. Det finns en övervikt för landsbygd och företagande, kategorier som kanske inte så lätt sätts "på kurs".

Familjerna är ju ofta företagare, bor på landsbygden. Det är svårt att utbilda dem. Vi vill inte utbilda dem till några vårdproffs men vissa kunskaper bör man ju ha. Det är nästan omöjligt för dem att komma ifrån på dagtid, det är ett problem, ett dilemma vi har här. Vi tar in dem någon gång i månaden på en utbildningskväll men då kommer inte alla. De kanske inte kan komma på grund av gästen, på grund av arbetet eller vad de håller på med. Vi söker dem för att de har någonting, och samtidigt, det de har försvårar handledning och utbildning. Vi håller på att undersöka möjligheten till distansutbildning. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Inte sällan är paret familjehemsvårdar mångsysslare och allmänt flexibla människor.

Om vi tar ett exempel nere i F. Hon har en juridisk byrå, men den driver hon ju hemifrån, och sedan har de hästavel, stuteri. Eller om man tittar uppe i N, hon är inseminator och han håller på med lite köttproduktion, och kör maskiner åt traktens folk. Den här killen jag har däruppe har multiproblem, där har båda jobb egentligen, men hon är faktiskt tjänstledig på grund av den här klienten. (Lars Metelius, konsulent, Skyddsvärnet)

Jag har lite turistverksamhet och sånt. Det är på sommarn. Jag har gruppboende, tyska grupper, tvåveckors. Så jag brukar ha sex till åtta veckor med tyska kristna ungdomsgrupper här. (Jan Hermelin, familjehemsvärd)

pengar. Sedan tror jag också att *när man har utbildning och kunskap inom det här området lyssnar man inte på vad folk säger utan man analyserar och läser mellan raderna och man beter sig inte normalt*. Många är så, tycker jag. Och de får det skitjobbigt. Det går inte, man kan inte hålla på så. Därför är jag skeptisk. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Att bete sig normalt är således bland annat att lyssna snarare än att analysera, att notera vad som faktiskt sägs snarare än att läsa mellan raderna, att lyssna mer på klienten än på sin inre professionella röst. Intresserade familjer med professionell erfarenhet utgör samtidigt en lockelse för konsulentorganisationen.

Harriet Lundefors, institutionschef på Rällsögården (LVM), ställde i en intervju det spørsmålet om det vore möjligt att – inom familjehemsvårdens ram och i egenkap av utbildad familjevård – kombinera den professionella kunskapen och erfarenheten med den personliga förmågan och engagemanget. Tanken skulle vara, om jag förstår saken rätt, att kunna komplettera familjens möjlighet till oskyddad ömsesidighet mellan familj och klient med den professionelles lite kyligare avstånd.

Nuvarande organisation för familjehemsvården tyder på att kombinationen inte är möjlig utan att de två funktionerna – det ömsesidigt nära och det professionellt fjärra – måste upprätthållas av minst två personer. Familjens närhet möjliggörs genom att konsumenten spelar rollen av professionell (med avstånd). Carina Håkansson skriver att familjehemmet inte delar in sig i yrkespersoner respektive privatpersoner ”som en terapeut gör”.

När jag på arbetet pratar om förhållningssätt och teorier kring barn och deras behov är det inte detsamma som att jag sedan slaviskt följer det tillsammans med mina egna barn. Jag är inte terapeut tillsammans med min egen familj, jag bör i alla fall inte vara det. Man skulle kunna säga att familjehemmet på ett sätt möter klienten med hela sitt jag, på motsvarande sätt som jag möter min familj. Det innebär att de heller inte kan ikläda sig en roll eller ta på sig en mask, det skulle bli omöjligt och outhärdligt. (2000:35)

Konstaterandet har betydelse för hur den utbildning bör se ut som bibringas familjehemmet. Ju mer denna utbildning efterliknar en professionell träning desto större blir risken att familjehemmet faktiskt börjar dela upp sig i en yrkesroll och en privatroll. Samtidigt har konstaterandet betydelse för vår syn på fördelar och nackdelar med ”professionell behandling” av missbrukare.

Kanske finns den springande punkten i att människorna i familjehemmet inte kan ”ställa sig själva åt sidan” (Håkansson, 2000:36) i sitt umgänge med klienten. Den professionelles kanske mest tydliga egenskap, eller förmåga, är att under arbetstid *kunna ställa sig själv åt sidan*. Men vad är det då som står kvar och möter klienten? Det riskerar att bli något överkligt, något icke mänskligt. Är professionell behandling i någon mening en ”omänsklig” behandling?

Jag har i ett annat sammanhang (1992) hävdat att evangelisk mission vore möjlig *utan* den signifikanta skillnad mellan missionär (professionell) och konvertit (klient) som traditionellt kännetecknar mission. Elimineringen av hierarki mellan mis-

sionär och konvertit blir möjlig genom *gemensamma* andliga erfarenheter. Gemensamma emotionella upplevelser gör det omöjligt för missionär respektive konvertit att hävda överhöghet och tolkningsföreträde för egen del i viktiga spörsmål. Betydelsen av skillnad i formell kunskap skulle minska och kanske försvinna genom att den starka *upplevelsen* tar över.

I den ordinära ideala familjen lyckas, föreställer jag mig, föräldrarna upprätthålla den kombinerade funktionen av "jämlike" och "gud" under en tillräckligt lång tid för att barnet ska uppnå någon slags egen inre balans och emotionell mognad. Erik Erikson (1966) och Roy Rappaport (1999:111) refererar till denna process av livsförberedelse som "ritualisering". Dilemmat för familjehemsvården är att "barnet", gästen, rimligen inte accepterar att familjevården spelar den kombinerade rollen av "jämlike" och "gud". Lösningen är att införa en formell överbyggnad, en konsulentorganisation.

Det kan tänkas att personalen på en behandlingsinstitution, likt missionären på missionsfältet, *måste* upprätthålla en "signifikant skillnad" (Burridge, 1978:2; Johansson, 1992:10) mellan behandlare och klient. Ty utan denna skillnad upphör institutionen att vara institution. Men hur är det på ett familjehem? I en familj finns rimligen inget sådant grundläggande *behov* av signifikant skillnad. (Det är en annan sak att någon i en familj *vill* uppfatta sig själv som signifikant annorlunda.)

Hur kan vi se på konsulenterna i detta perspektiv? Kanske så att den nivellering som familjehemsvården kan innebära – förutom att vara en tillgång – också är en risk. Konsumenten ska hjälpa familjehemmet så att nivelleringen inte blir destruktiv. Det behovet kan ha uppstått för att missbrukarvården i övrigt är hierarkisk.

Det fina med familjehemsvården är kanske *möjligheten* till ömsesidighet, icke-hierarki och icke-skillnad. Svårigheten är att i denna ömsesidighet kunna överföra ett mått av ny kunskap och erfarenhet i konsten att vara en vuxen människa.²¹

Utbyte av kunskap

Familjehemsvårdarna bland mina informanter betonar värdet av diskussion och erfarenhetsutbyte med andra familjehem. Erfarna hem kan antas kunna förmedla kunskaper av en art som professionella vårdarbetare saknar. Hur går då den överföringen till? Jag saknar information på det området men antar att det inte sker genom teoretiska resonemang och metodiska uppställningar utan snarare genom *berättelser* om sådant som hänt. Det är rimligen dessa berättelser – spontant delgivna utifrån lösa associationer i en diskussion – som utgör det material ur vilket andra, mindre erfarna familjehem, kan vaska fram användbara tankar.

Är det nödvändigt att sådana berättelser överensstämmer med sanningen? Antagligen inte. Familjehemmen kan hämta ur ett lager av berättelser om vad som hänt genom åren och hur det har avlöpt. Det handlar kanske inte om hur klienten har klarat situationen utan hur familjehemmet har löst sin uppgift.²² Credo bekräftar att det finns ett visst utbyte av kunskaper, inte bara mellan familjehemmen.

Ibland har de *väl* så mycket att ge oss som vi har att ge dem. Men det finns alltid vissa saker som vi har kvar, tror jag, och det är förhandlingar, till exempel. (Ingrid Solén, konsulent, Credo)

Utbildning och konferenser syftar till att förmedla kunskap men har kanske störst betydelse som informell träffpunkt för spontant erfarenhetsutbyte.

Konferenser har vi en gång om året och de är ju fyllda av kunskapsförmedlande inslag. Men baktanken är ju att de ska träffa varandra, det är den stora grejen egentligen, och att vi får betala tillbaka lite för att vi blir bjudna på käk och kaffe och allt det där. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Följande utdrag ur mina minnesanteckningar handlar om en informationsträff för familjevårdar (för barn, ungdom och vuxna) vid stiftelsen Bergslagsgårdar i Örebro, den 10 april 2000. Träffen började klockan 18.30 och höll på till 21.00.

Denna gång har ovanligt få vårdar anmält sig i förväg så det är osäkert hur många som tänker komma. Ibland kommer fler än som anmält sig. Så tycks det vara även denna kväll. Till sist finns här 14 vårdar och 5 personal.

Anna-Karin, arbetsledare för konsulenterna på Bergslagsgårdar, hälsar välkommen och efter en inledande fika lämnar hon inledningsvis över träffen till familjevårdarna. Hon ger dem en kvart att överlägga sinsemellan utan att personalen är närvarande. Efter att särskilt ha frågat får jag tillåtelse att sitta kvar vid vårdarnas egen överläggning.

Det ärende som tas upp gäller ett erbjudande från Bergslagsgårdar om en fritidsaktivitet den 19 eller 20 maj, fredag eller lördag, då en utflykt ska göras med föräldrar och barn. De biologiska barnen kan ibland säga till sina föräldrar att "det är bara ni som får åka iväg på saker och ting". Vi detta tillfälle ska alltså de biologiska barnen få följa med. Frågan gäller dels tidpunkten dels hur man ska göra med de vuxna placerade. Ordföranden vill skjuta upp det hela till hösten. Det tycks vara ungefär lika många som förordar föreslaget datum som till exempel 1/9. Det är lika illa tycks det, eller lika bra.

Träffen är gemensam för familjer med placerade barn och familjer med placerade vuxna. Problemet är de vuxna gästerna. Någon säger att "vi har ju talat om att det är inte bra att de får träffa varandra". Varför kommenteras inte närmare men jag antar att man är orolig för att de ska ta kontakt och kanske samarbeta i någon mening.²³ Bergslagsgårdar har principen att bara en gäst placeras per hem. Någon menar att "vi kan åka om vi kan ordna 'barnvakt' åt våra vuxna placerade". Men det är inte lämpligt att lämna vuxna placeringar ensamma hemma. ...

Senare delen av informationsträffen, en dryg timma, upptas av Lilian som talar om hur man kan förhålla sig till gästerna. Man märker att hon inte själv har direkt erfarenhet från familjevårdsområdet men hon ger ett erfaret och kunnigt intryck. Hennes exempel kommer från skolan, förhållandet mellan lärare och svåra elever.

Hon tar upp fyra centrala punkter: 1. affekter smittar, 2. man pratar för mycket (när man är överladdad och i affekt), 3. det blir för mycket "inte" och 4. värderingar. Hon säger att "vi delar sällan med oss om hur man gör ..." Hennes erfarenhet är att många enskilda har kommit på olika knep för att klara av olika svåra situationer men man har svårt att dela med sig av denna kunskap.²⁴

Lilian säger att det delvis handlar om ledarskap – att "leda dit gästen inte riktigt vill ...". En viktig sak är att "lämna sig själv och ta fokus på den andre". Hon använder sig av olika teori-

er och säger ibland "det finns någon sån där teori som säger att ...". Hon lutar sig kort sagt mot vetenskapen.

När hon i början frågar om vi har funderat på något sedan förra gången, så säger en (antagligen lärare) att "det där att den andre har tolkningsföreträde, det var kalas ...". Det hade hon haft användning av direkt. Någon mer uttrycker sig ungefär likadant så det är uppenbart att det hon har sagt har använts i vardagen. (Det säger förstås inte att det använts just på det sätt föredragshållaren avsåg vilket kanske inte spelar så stor roll.)

Ett kännetecken på ett erfaret familjehem är kanske familjehemsvärdarnas insikt om att det mesta återstår att lära, att varje placering är en *ny* placering.

Varje gång man får en ny är man ju ganska osäker, det tycker jag. Jo det är en jobbig första tid, det är det alltid. Det är mycket som kan hända, som kan gå fel. Innan vi har fått en rutin. Det är ju en ny människa som kommer. Man blir kanske mer uppmärksam på signaler, så att det inte går fel, man blir mer skärpt, man ser lite mer. (Kerstin och Lennart Chrunak, familjehemsvärdar)

En relativt stor omsättning av familjer i organisationen kan försvåra erfarenhetsutbytet.

Det kanske är mer praktiska grejer, om hur man gör när man misstänker att de får knark och såna här grejer, eller också är man väl lite försiktig med vad man pratar om, man känner inte varann så väl, det blir ytliga träffar där man får information. (Sol-Britt Rönnerberg, familjehemsvärd)

Några familjehem har uppmärksammat att konsulenterna kanske inte direkt uppmuntrar familjehemsvärdarna att utbyta erfarenheter. Motivet till det är oklart.

Nej, på något vis, jag tror att man till och med stödjer det, från Bergslagsgårdar, att vi *inte* ska få kontakt med varandra. Det verkar precis som att man inte ... Det märks så oerhört tydligt på dem. Det läser vi med vår radar. (Bertil Hulting, familjehemsvärd)

Bilden av att familjehemmen gärna vill träffas och byta erfarenheter är emellertid inte entydig.

Jag har ju några familjer uppe i Dalarna, i Vansbro, jag har några familjer i Orsa, jag har några familjer på Västkusten. Jag skulle ju vilja att de på Västkusten, åtminstone, skulle kunna umgås och spåna med varann och prata, men de gör inte det. (Sonnie Rommestam, konsulent, RFHL Värmlandsgårdar)

RFHL Värmlandsgårdar ser positivt på att familjerna träffas och försöker via styrelsen att stimulera samarbete och utbyte.

Vi har en familjemamma som är med i vår styrelse och vid nästa familjevårdsträff kommer hon att samla alla familjer, bara hon och familjerna. Hon kommer att tala om att hon är familjemamma, att hon sitter med i styrelsen, och hon kommer att lämna ut sitt namn och telefon-

nummer och adress till alla värdfamiljer. Alla familjer ska ha henne som en länk in i styrelsen, för att styrelsen sedan ska nå ut till oss två som jobbar på golvet. (Sonnie Rommestam, konsulent, RFHL Värmlandsgårdar)

Familjehemsvård, ett ideellt arbete?

Är familjehemsvård ett ideellt arbete? En socialsekreterare (Johan Sonck) menar att "ekonomin är inte utan betydelse, snarare av intresse" och är beredd att sträcka sig till att vårdformen är ideell till ungefär 30 procent. Det krävs engagemang för att göra ett jobb som gör beställaren nöjd. Det kan fungera så att ett ekonomiskt behov eller en önskan att kunna behålla en livsform *pressar* familjehemmet till en ideell insats, vilket inte behöver vara negativt för någon part.²⁵

Det är väldigt olika. En del har ju förmågan att begära betalt. De vet sitt pris. Ofta handlar det då om folk som har jobbat i vårdsvängen, på behandlingshem. Men sedan finns det ju en stor grupp som lägger ned jättemycket jobb och tar till sig den här personen, till hjärtat. Familjen lägger ned mycket mer engagemang och tid än vad de får ersättning för.²⁶ Där ser ju vi som en uppgift att styra, jämna ut det lite grand. Kanske ge lite extra till de här familjerna där farmor och mormor är inblandade och där den placerade finns kvar långt efter avslutad familjehemsvård.²⁷ Många bor kanske lite avigt till och skjutsar och hämtar utan att begära ersättning. Där försöker vi se till att de får kompensation för det. Men sedan finns det ju de som är åt andra hållet. De vill ha hur mycket betalt som helst och då får vi jobba åt andra hållet. Där hamnar man i svåra lägen. Man kanske ändå har valt den här familjen själv – man tyckte att det är den bästa familjen för just den här klienten – och så hamnar man i en ekonomisk förhandling som är helt oskälig. (Ingrid Solén och Leila Ågren-Burström, konsulenter, Credo)

Stiftelsen Bergslagsgårdar har kravet att en av de vuxna i familjehemmet ska vara hemma på heltid. Familjen får redogöra för sina ekonomiska förhållanden, lån, lön och skulder. Man får inte vara ekonomiskt beroende av att alltid ha en placering. Ett utdrag från polisregister och skattemyndighet tillsammans med två referenser kompletterar bilden. Trots de höga kraven erbjuds alltså ingen ekonomisk säkerhet.

Bergslagsgårdar kan aldrig garantera att det finns en gäst på plats hela tiden. Vi kanske har en placering där i två veckor, sedan avviker gästen och därefter kanske de inte får någon placering förrän efter ett halvår, ett år, för det är ingen som vi tycker matchar. Då får de inte vara beroende av oss. Arvodet får de ju när de har en placering. Vi har på så sätt svårt att få familjer. Sektionen för barn och ungdom har det lättare för de har inte kravet att en ska vara hemma på heltid. Men sektionen för vuxna har det kravet och då är det svårt för oss att få familjehem. (Anna-Karin Nilsson, konsulent, Bergslagsgårdar)

Ledningen för Credo är kritisk mot Svenska kommunförbundet som inte tillåter familjehemmen att driva sin verksamhet som företag. Enligt Credo lever kommunförbundet kvar i ett gammalt tänkande där det handlade om att nästan auktionera ut människor, till lägsta pris.

Om man betänker att en klient kommer från ett LVM-hem där det kostar mycket pengar, och sedan ska han ut till ett familjehem där man kanske måste ha punktbevakning på honom dygnet runt, och aktivera honom. Det kan ju vara en utagerande person som hela tiden måste ha sällskap. Och då helt plötsligt ska det vara ideellt! (Ingrid Solén och Leila Ågren-Burström, konsulenter, Credo)

Kommunförbundet försöker styra verksamhet och tänkesätt med sina ersättningsnivåer. Man vill betala så lite som möjligt men kräver samtidigt att inte båda i familjen ska ha förvärvsarbete utan ha tid att ta hand om klienten. Finns alltså tanken att klienten ska vara till hjälp i familjen och därmed ge ett ekonomiskt bidrag? Familjen får ju en "dräng" som kanske kan snickra eller hantlanga. Men Credos erfarenhet är att gästerna snarare åstadkommer skador när de försöker hjälpa till. Deras aktivitet kräver kort sagt kontinuerlig övervakning. Familjehemmets speciella kvalitet av "vanlighet" gäller inte numera, menar Credo.

Eftersom vi har funnits med så länge har vi sett det också. Sådan kan familjevården ha varit en gång i världen men jag tror att i och med att vi finns och att vi ställer krav på familjen – vi ställer krav på klienten – vi höjer familjens kompetens genom utbildningar, de får ett yrke som familjevård, de är inte bara ingen utan de *är* någonting, de är *uppdragstagare* till stiftelsen Credo. Och vi har mål, delmål. Vi jobbar hela tiden med utveckling framåt. (Ingrid Solén, konsulent, Credo)

Det är viktigt för alla att "vara" någonting. En betoning av familjehemmets "vanlighet" kan uppfattas så att vårdformen inte "är" något särskilt. Ett syfte med den här rapporten är att visa att familjehemsvården i högsta grad *är* något. Men familjehemmen kan kanske inte jämföras med något som redan finns. Vändningen skulle kunna vara att familjehemsvården får vara betydelsefull utan att behöva kategoriseras och utan att nödvändigtvis behöva tillgodogöra sig *andras* teorier och kunskaper. Familjehemsvården är kanske den lyckliga kombination av arbete och idealitet – av normalitet – som vi behöver mer av. Credo ser dock ett värde i att familjehemmet i viss mån professionaliseras.²⁸

Ja, vi har ingenting emot det för jag tror inte att man kan göra om folk till proffs i sitt eget hem i alla fall. Men de *gläds* ju åt att ha ännu mer kunskaper. De gör ju ett ännu bättre jobb om de kan mer. Många andra familjevårdsenheter hävdar ju den här icke-professionaliteten men det har vi aldrig gjort. Tvärtom. (Ingrid Solén, Credo, konsulent)

Den vanligaste synpunkten på familjehemmets idealitet, från beställare och förmedlare, är att det inte går utan ett mått av idealitet och engagemang.

De upplåter sitt hem åt en vilt främmande människa som de inte har en aning om, egentligen, vem han eller hon är, och har gjort och så där. Speciellt familjer som har barn hemma kan ju utsätta sina barn för knepiga saker, det kan man ju aldrig få betalt för. Det är ju en *nötning* att ha en annan person i sin familj och det kan man aldrig värdera i pengar. Så nog tycker jag att

det är ideellt. Nu vet inte jag vad de har i ersättning men jag kan tänka mig att den inte är så där fruktansvärt hög, inte i proportion till vad de gör. (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Man gör en insats. "Vi gör så gott vi kan." Den attityden gör det hela möjligt. Det vore skillnad om denne person, klienten/gästen, vore deras egen son eller dotter. Där finns en skillnad, bland annat i idealitet respektive eget ansvar. Det finns dessutom en konsulent, det finns en socialsekreterare, det finns en struktur. Många har sagt att strukturen är viktig. Men ändå, alla dessa 24 timmar!

För att bli godkänd som familjehem krävs att familjen manifesterar ett visst mått av idealitet, ett intresse för att arbeta med människor som har det svårt. Familjehemsvården förefaller vara ett specialfall av frivilligt socialt arbete. Det speciella är att den ideella insatsen inte kan bestämmas i förväg. Den egenheten gör familjehemsvård till ett specialfall även av normalt liv.

Svante Beckman har markerat en grundläggande skillnad – två motstående perspektiv – som är relevant för familjehemsvårdens förhållande till den övriga socialtjänsten.

Det ena kallar jag "tillvaroperspektivet", det andra "projektperspektivet". Ur tillvaroperspektivet framträder en aktivitet som en "livsform", som något som är konstitutivt för livet. I projektperspektivet framträder aktiviteten som instrumentalitet underordnad fristående målsättningar. Om en aktivitet har tillvarovärde så ges den normativ kraft att tala om för folk hur livet skall levas och att formulera identiteter åt människor. Har en aktivitet projektvärde så skall den hela tiden underordnas teknisk-instrumentell värdering såsom medel. (1983:76)

Beckman preciserar vidare att vi av "projektvärda aktiviteter" kräver effektivitet och försöker värdera deras nytta för/i framtiden. Projektvärderade aktiviteter har inget egenvärde och "det betyder bland annat att vi söker se till att de ockuperar så lite människotid som möjligt" (ibid.). Aktiviteter med "tillvarorationalitet" är å andra sidan nära förknippade med egenvärden och vi vill därför att de ska uppta mer människotid.

Ur tillvaromoralens synpunkt är handlingar och tillstånd goda eller dåliga i sig. I projektperspektivet saknas denna typ av tidlösa moraliska bedömningar. Där sker värderingen helt i termer av framtiden. (ibid.)

Beckman noterar att "... den informella sektorns diskreta ideologiska charm" beror på den sektorns närmare relation till tillvaroperspektivet. Om det finns en attraktion hos familjehemsvården kan den bero på dess gynnsamma balans mellan "tillvaro" och "projekt". Den balansen kan hotas av till exempel en medvetet driven "profesionalisering" av familjehemmen. Samtidigt kan en för stor slutenhet hos konstellationen familj/gäst äventyra klientens anpassning till den yttre lika nödvändiga projektvärlden.

Enligt Beckmans resonemang kan vi inte av en verksamhets *art* bestämma om den kan karakteriseras som tillvarorationell eller projektrationell. Om det är riktigt öppnar sig ett nytt fält för forskningen om den informella, ideella, frivilliga sektorn (som numera ofta kallas social ekonomi eller civilt samhälle). Det blir inte längre lika intressant att försöka precisera vilka verksamheter som är ideella/frivilliga utan snarare att försöka bedöma om människoverksamheter har en gynnsam eller ogynnsam mix av tillvaro och projekt.

I dagens välfärdsstrategiska mix (Beckman, 1983:78) mellan tillvaro och projekt är kanske familjehemsvården ett exempel på ovanligt god balans. Det tål att upprepas att kvaliteten balans implicerar kontinuerlig risk för obalans. Ensidig projektrationellitet – i till exempel missbrukarvården – kan ge utrymme för större ”vetenskaplighet” och vara bekväm och okomplicerad för inblandade parter men löper å andra sidan risken av stagnation. Maximerad tillvarorationellitet kan riskera klientens återanpassning till en större samhällsgemenskap.

Den nödvändiga ömsesidigheten

I en ”skissartad presentation av tre analytiskt åtskilda organisationstyper” i frivillig verksamhet, presenterad av Lars Svedberg (2001:155), förefaller familjehemsvårdens ”ideella” del kunna inrangeras i den tredje typen, ”kvasiideell verksamhet inom ramen för en offentlig organisation”. Hit räknar Svedberg ”De kontaktfamilj- och kontaktpersonverksamheter som finns i den kommunala socialtjänsten, liksom övervakarna i kriminalvården ... ” (2001:156). Typen ges följande attribut:

- ofta utgångspunkt i lagstiftning
- ursprungligt idébaserad
- ej ideologiskt förankrad i den offentliga administrationen
- olikartade beslutsstrukturer
- snävt uppgiftsorienterad i avsikt att göra insatser för andra
- de facto professionellt ansvariga med ideellt och mer eller mindre yrkesmässigt verkssamma utförare
- ”aktiviteten” är entydigt utåtriktad och ”ideologin” är icke-förändringsinriktad.

Svedberg påpekar i en not (s. 155) att aktiviteterna i denna typ av frivilligt socialt arbete ofta administreras och styrs av anställd personal som saknar skolning i området ”frivilligt socialt arbete”. Det kan vara en riktig iakttagelse samtidigt som denna styrning förhoppningsvis automatiskt begränsas, bland annat genom resursbrist, till de områden som är reglerade i socialtjänstlagen. I familjehemsvården är kontakten mellan familj och gäst kontinuerlig medan besök från beställare och konsulent varar några timmar varannan vecka, som mest.

Viktigare är kanske att den här typen av verksamhet som hos Svedberg fått det lite vilseledande namnet ”kvasiideell”²⁹ är ett exempel på att det egentligen inte går

att skilja "frivilligt socialt arbete" från det icke frivilliga, det fullt ut betalda. I familjehemsvården fungerar inte karakteriseringar som "komplement" eller "ersättning" eftersom vårdformen i sig *förutsätter* en insats från familjehemmets sida som inte kan preciseras i antal arbetade timmar eller vidtagna åtgärder. Utan familjehemmets ideella insats skulle vårdformen inte finnas, och den ideella delen kan därför inte "komplettera" eller "ersätta" något. Som professionell eller icke-ideell verksamhet skulle "familjehemsvård" vara en själv motsägelse. Att mota in familjehemsvården i fällan "kvasiideell verksamhet" är därför inte meningsfullt. Det gör inte heller Svedberg även om företeelser som "kontaktfamilj" och "kontaktman" har samma karaktär som "familjehemsvård".

Familjehemsvården är ett tydligt exempel på att ömsesidighet är nödvändig även i socialtjänsten – mellan professionellt arbete utfört av utbildade och avlönade medborgare och ett arbete som utförs under normala förhållanden, av i viss mån betalda medborgare som har sin utbildning, erfarenhet och syssla inom andra områden än socialtjänsten. Det implicita kravet på ömsesidighet – att familjehemsvårdens olika aktörer är beredda på att själva låta sig förändras i processen – är ett krav att också förmå möta sig själv.

Vår organisatoriska tillhörighet, från familj och släkt till yrke, arbetsplats och fritidsintresse, dominerar så starkt våra liv att man kan fråga sig om det finns något sådant som "ett fritt handlande" av "oberoende självständiga individer" (Ahrne, 1993:66). Att diskutera missbruk och rehabilitering utifrån en egen relevant yrkesidentitet och en organisatorisk tillhörighet är att behålla kontrollen. Att kunna lägga ifrån sig sin identitetssköld är att momentant släppa taget och förlora kontrollen. Det är inte småsaker och få proffs vågar ta det steget. För familjehemmet, emellertid, är det vardagsverklighet att möta problematiken utan skydd av en relevant yrkesidentitet.

Under rubriken *Att låta sig beröras* skriver Håkansson (2000:47–48) om ömsesidighetens nödvändighet i mötet mellan familjehem och klient, och citerar en familjemammas utsaga om en kvinnlig gäst. "För att få tillträde till henne och hennes historia måste jag också vara beredd att möta mig själv" (2000:48). Skulle en professionell vårdare uttrycka sig så?

En särskild form av professionalitet är erfarenhet av *egen* missbruk och *egen* rehabilitering. Den som erfar behandling för missbruk tillägnar sig utbildning från motsatt håll. Hur den kunskapen formas och ser ut och i vilken mån den kan tillämpas på andra i liknande situation är osäkert. Men det är odiskutabelt att missbrukare har kunskap som icke-missbrukare saknar. Men all kunskap kan kanske inte användas för att förändra andra.

I det fallet gick det bra. Han (familjehemsvård) berättade ju själv att han hade haft alkoholproblem. De var i 50-årsåldern båda två nu. Han var fullt medveten om all manipulation som kan förekomma och det berättade han för klienten. "Du ska veta att jag kanske inte är så lätt-

lurad eftersom jag har haft den här problematiken själv.” (Christina Pettersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Familjehemsvård är givande och tagande – en reciprok relation. Det finns inslag av frivilligt socialt arbete i familjehemsvården, om inte främst från familjevårdarnas sida så kanske från barn, far- och morföräldrar och andra släktingar, vänner och grannar. Klienten får del av den informella välfärd som i form av gemenskap utövas av familj och vänskrets.³⁰ Klientens roll av mottagare är tydligare i familjevårdshemmet än på en institution. Möjligheten finns samtidigt för klienten att bli en givare.

Familjehemsvårdens speciella karaktär, dess närhet till *anhörighet* och *frivillighet* gör relationen familj-klient mottaglig för känslor av asymmetri i ömsesidigheten. På en behandlingsinstitution kan klienten utan problem ondgöra sig över att (den värdelösa) vården kostar (för mycket) pengar. I familjehemmet kan det faktum att familjen får betalt för att ha klienten/gästen i sitt hem tänkas påverka relationen i flera olika riktningar. Relationen kan störas av att familjen är ”hygglig mot betalning” eller av att familjen ”sliter ut sig” utan rimlig ersättning. Konsumenten har en modererande roll även i detta.

Ömsesidighet är något mer och större än att få sin egen uppfattning styrkt och bekräftad. I sin krävande aspekt gäller ömsesidigheten inte i första hand ”likar” utan ”olika”, att vara beredd att i någon mening *ändra sig* i mötet med den andre. Klientens vistelse i familjehemmet är frivillig om än föranledd av en ”tvingande” omständighet, missbruket. Även en LVM-klient kan välja att lämna vårdformen och återgå till sin LVM-institution. Frivilligheten gör att ömsesidigheten får en chans. Båda parter har ansvaret för att familjehemsvistelsen blir fruktbar men en viktig utgångspunkt är klientens *upplevelse* av frihet och medbestämmande.

Det är fritt och det ... Man gör ju vad man vill ... (Evert, gäst)

Ja, först för att få vara själv. Och slippa ... Det har jag också sagt, var hittar man 15 motive-rade missbrukare som kan slängas in i samma hus? Det går ju inte. Här är man sig själv, man har tid för sig själv, inte en massa snurr runt omkring. Och sedan att jag hade provat allt möjligt som inte hade känts bra, öppenvård och behandlingshem och antabus hit och dit. Så jag hade väl nästan tömt ut hela vårdpaketet. (Magnus, gäst)

Att delta i familjehemmets mer externa aktiviteter kan för klienten kännas motigt och behöver ta sin tid.

Ja, jag brukar åka med. Ibland brukar jag inte åka med, det beror på hur jag känner mig liksom. De vill ju att jag ska följa med, men ibland har man ingen lust liksom, om det är kallt ute. Vi har ju katt här och då vill jag inte åka bort om det är kallt för då kommer inte katten in och får någon värme. Jag tänker på katten, så då stannar jag hellre hemma, om det är kallt. Men nu är det ganska skönt. (Evert, gäst)

Ingen kan det här i verkligheten

Rubriken är ett yttrande vid en informationsträff för familjehemsvårdar. Det var svar på en fråga om hur saker och ting varit sedan sist. Ett tillägg ("Vi har haft en jobbig tid.") markerade att familjen erfarit att familjehemsvård, liksom all missbrukarvård, är en komplicerad verksamhet. Ingen vet *egentligen* hur man gör. Det gör det hela både svårare och lättare.

Socialförvaltningen erbjuder det behandlingshem/familjehem som man anser vara lämpligt för den klienten. Det är inte alls säkert att man hittar rätt behandlingshem/familjehem på grund av att det i utredningen förmodligen inte framkommit hela sanningen, behovet, problemet. Även om klienten erhåller professionell hjälp är det inte säkert att den hjälpen är tillfyllest, beroende på hur motiverad han/hon är att ta emot hjälp. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Att ingen kan det här i verkligheten är implicit i familjehemsvårdens själva form. Att låta klienten vistas i en vanlig familj som jämbördigt alternativ till vistelse på institution avslöjar att forskning och utbildning i missbruksrehabiliteringens sfär är ofullständig och *kan* ifrågasättas. Medvetet tillämpad *kunskap* kan få ge vika för vardagligt *liv*. *Vad* det är i det vanliga och vardagliga som i effektivitet förväntas överträffa den medvetna metoden kan kanske ingen säga. Ingen vet säkert vad det är som fungerar bara *att* det (ibland) hjälper. Något talar för att det handlar om vårt behov av meningsfullhet.

Gregory Batesons metalog³¹ *Why a Swan?* handlar om sakrament. Det handlar om skillnaden mellan metafor och sakrament, och F säger att det sakramentala är "sort of a secret" (1972:36), ett slags hemlighet, men inte den sortens hemlighet som man skulle kunna tala om utan någonting som "one *cannot* tell", något man inte kan berätta.

Jag menar, för det första, att stor konst och religion och allt det andra handlar om denna hemlighet; men att känna till hemligheten på ett vanligt medvetet sätt skulle inte ge den insatte kontroll. (1972:37)³²

Vetenskapsmannen som förment logiskt benar upp, analyserar och klassificerar, skapar inga baletter, inga konstverk, ingen religion, inga sakrament. Lärdomen av detta för konstnären och för den religiöse är att akta sig för att träda in på vetenskapsmannens väg, att inte försöka komma på hemligheten för att därigenom manipulera sakramentet. Jag menar att familjehemsvården när den är som bäst har sakramental karaktär. Det som kan hända där, i *det sakramentalt normala*,³³ går inte att kontrollera, överskrider den evidensbaserade begränsningen.

Förhållandet mellan amatör och professionell är begrundansvärd i många sammanhang. Ingen tvekar om att till exempel olika hantverk kräver yrkeskunskap för att något värdefullt ska åstadkommas. Men i hanteringen av människor (och djur)

är saken lite annorlunda. Där gör sig det individuella mentala systemets komplexitet gällande på sätt som inte sällan vänder upp och ned på förväntningar.

Alltid svårare att skjuta haren än att bara sikta. Amatören är den som har saken klar i huvudet, ritningarna färdiga. Den professionelle däremot har ingenting klart, han vet för mycket för att inte låtsas om sina begränsningar, men bosätter sig där vid möjligheternas gräns, letar efter sprickan i muren.

Detta skulle varit den mest realistiska metoden om det inte så ofta hänt att amatören i sin oskuld gått rätt igenom muren, därför att han inte vet om den. Den professionelle är då jägaren som far tolv mil med många bössor för att jaga storvilt och bara dödar en sork, som han råkar sätta sig på då han skall packa upp matsäcken. Men under tiden sitter amatören hemma och skjuter den älg som betar i hans trädgård. (Lindqvist, 1955:80)

Vi tror ju på familjevårdssystemet. Generellt sett tror vi att det är bra på så vis att man kommer bort – man blandar inte dem som har problem – och ut i busken med dem, och oftast så är det ju till lite jordnära människor som förmodligen inte är några jättespecialister på någonting – jag bara talar för mig själv – men har en ganska bred bas på olika saker. (Jan Hermelin, familjehemsvård)

Samhällets kostnad för familjehemsvård är alltjämt låg, per klient och tidsenhet. Vårdformen befinner sig i en fas då ersättningen är tillräckligt låg för att inte nämnvärt attrahera lycksökare men tillräckligt hög för att inte framstå som helt ideell, inte helt som frivilligt socialt arbete. Det är ett för samhällets produktivitet fördelaktigt läge. Kvoten mellan den kulturellt kompetenta insats som samhället får och den kostnad det drabbas av är förmånlig. Tillståndet är kanske också fördelaktigt för klient och familjehem. Förväntningarna är måttliga på båda parter och man hoppas framförallt att de ska vara sig själva.

Utvecklingen – i liknande relationer mellan idealitet och anställldhet – visar att det krävs medvetenhet om fenomenets art för att en fördelaktig situation ska bevaras. En professionalisering av familjehemsvården i den termens traditionella mening riskerar att hota ett jämviktsläge. Den pressar upp kostnaderna för kommunerna vilket leder till ökad institutionalisering i form av kortade placeringstider, höjda effektivitetskrav och fler förväntningar på "utbildade" familjehemsvårdar.

Alternativet är inte heller okomplicerat. Det handlar bland annat om status och uppmärksamhet. En ökad status för familjehemsvårdens insatser måste kopplas till en ökad medvetenhet, hos beställare och allmänhet, om de vårdbehövandes karaktär av *indikatorer* för samhällets tillkortakommanden och om familjehemmens roll som *katalysatorer* för samhällets nödvändiga korrigering, framför allt i riktning mot större villighet att bereda plats i gemenskapen för den som underkastat sig behandling.

3 Familj och klient

Hur ska man karakterisera klienten i familjehemmet? Är han verkligen gäst? Främling? Närstående? Ett slags släkting?³⁴ Han är inte riktig familjemedlem även om ett *fiktivt släktskap* tycks möjligt på lång sikt. Klienten i familjehemsvården är stilenligt kanske både en egen sort och en kombination. En gäst är tillfällig, behandlas artig och med överseende eftersom han snart kan förväntas ge sig av. Värdfamiljen står ut med gästen en kortare tid. En främling kommer objuden. Man vet inte säkert hur länge han tänker stanna. Vågar inte fråga, törs inte visa på dörren. Hur han blir mottagen beror på. Har han något nytt att erbjuda? Främlingen representerar både en risk och en möjlighet (Schütz 1944).³⁵

Klienten kallas gäst i familjehemsvården, i brist på något bättre mer preciserat. Det korresponderar mot situationens icke-professionalitet. Jag använder ömsom gäst ömsom klient. Gästens ankomst är förberedd men annorlunda än besöket av en vanlig gäst. Viss information om ankomlingen ifråga föreligger. Ett kontaktbesök har oftast ägt rum. De inledande besöken – hos konsulenten och i det eventuella familjehemmet – verkar företas i bästa stämning med positiva utgångspunkter och i ett läge då allt fortfarande är möjligt.

Föreståndarn här och jag åkte till Örebro (Bergslagsgårdar). När jag hade bestämt att jag ville till familjehem gjorde vi ett studiebesök där, och jag tyckte det var en bra människa. Hon (Anna-Karin) var trevlig på alla sätt. Hon verkar engagera sig i det hon håller på med. Sen skulle hon ha följt med på studiebesöket men det kunde hon inte. Det var viktigt att både hon och sociala var med, från H-köpings sociala, och så Ingrid, föreståndarn (Rällsögården). (I stället för Anna-Karin kom Roland) Han frågade väl allmänt hur det kändes. Jag tyckte han var sympatisk. Jag fick inget emot honom, det funkade bra. Anna-Karin ska med vid placeringen. När jag var där på studiebesök sa hon att hon kommer att ha kontakt med mig var 14:e dag eller någonting, en viss tid. Först på den här provmånaden då och sedan kontakt med lite större mellanrum. Hon kommer att hälsa på, fick jag uppfattningen. (Håkan, klient)

Hur jag kom på tanken? Ja, jag ska försöka få ett bättre liv. Det är ju LVM jag är på – tvångsbehandling – och det är ju bättre att åka ut på familjehem, ute i det verkliga, än att vara kvar här inne. Jag valde P27an, familjehem. Det är ju som sagt tvång det här. Detta är ingenting jag har valt själv så det är klart att jag vill ut på ett familjehem. Det kanske är något för mig. Jag åker på familjehem redan nu på måndag. De har ju vissa regler härifrån. Man får inte ta ledigt förrän om en månad. En sån där provotid. Först tar de en dag, en natt och sedan en helgpermis. Men det ska ju fungera. Det ska nog bli bra. (Niklas, klient)

Familjehemmets medlemmar har valt att acceptera klienten, valt att våga ett försök. Oskrivna regler påbjuder att han eller hon eller ett par ska behandlas väl, som en gäst, en främling eller en släkting. Men den förlängda vistelsen och den formella

strukturen i bakgrunden ger situationen en ovanlig karaktär. Varken familj eller klient förmår hålla skenet uppe i längden. Men ett visst sken *måste* upprätthållas ty klienten kan inte köras på porten utan vidare.

Värdfamiljens inställning till en reguljär gäst är artig nyfikenhet, mot en främling snarare ängslan. Gentemot klienten/gästen ska uppmärksamheten helst ha *en mening*, leda någonstans, fullfölja något påbörjat, ha åtminstone implicit behandlingsrelevans, och i ett senare led kanske bidra till att påverka det omgivande samhället.

Det är familjehemmets initiala uppgift att ställa upp som påkallad och tillfällig "familjär omständighet" för sin gäst. Det blir också läge för familjehemmets *omgivning* att skifta sin referenspunkt *från* missbrukskulturen – klienten som en av många missbrukare – eller *från* behandlingskulturen – klienten som en i en grupp av klienter – *till* klienten som individ och personlighet med namn och tillhörighet. Det skiftet är samtidigt ett villkor för klientens definitiva rehabilitering och återinträde i samhället med position och status. Det ligger i sakens natur att den främling som klienten till en början är i grannskapet blir intressantare som aktualitet än som historia.

Folk skiter i vad jag har gjort förut. Man blir bedömd efter vem man är *nu*. Och speciellt om man har några färdigheter och om man är villig att hjälpa till. Då blir man ju bedömd efter det. Det är otroligt bra för självkänsla och självförtroende och allt det där. Man hittar egna bekanta och förhoppningsvis har de inte samma bakgrund. För egentligen är det det som är det knepigaste, att byta kultur. *Sluta missbruka kan man nog göra, men det blir ju så ensamt, för det mesta.* (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Att sluta knarka och sluta stjäla, *det är det minsta problemet*. Sen hur ska man vara? Tänk dig att komma till en familj om du har knarkat i 25 år och försöka vara normal, jag menar, du kan inte vara social, ja max medan du äter smörgåsen, sedan är det slut. Och då blir det jobbigt. Har du sedan varit i familjen i fem månader, ja då är det lättare, då har du ändå fem månader att prata om. Jag vill ju säga det att det de här människorna går igenom, det gästen går igenom under ett år, det är inte kul, det gör ont i den här gästen. Det har man inte som vanlig människa varit i närheten av. Jag menar att vara 40 år, ha tre barn, där du har inte varit någon bra far åt de här tre barnen, där du har lurat dina föräldrar, där du har lurat morfar och mormor, moster eller några kusiner. Ja du har gjort så mycket illa i ditt liv och sedan ska du på ett år rätta till ditt liv. Och efter att det har gått en fyra fem månader i familjevården, när du har klarnat till, då kommer det, då kommer allt det här tunga, och det gör ont. Då handlar det om att du har fått en bra relation med mig och med familjen, så du får någon att gråta ut hos. (Sonnies Rommestam, konsulent, RFHL Värmlandsgårdar)

Det är en olycka att karakterisera en människas beteende som uttryck för ett socialt problem eftersom det leder till att individer med förment likartade problem buntas ihop med ord som klienter, invandrare, handikappade, utsatta, marginaliserade, utslagna. Med lätthet förtingligar vi analyser som borde ha fått gå upp i rök. Även klienterna fostras och fostrar sig själva in i uppfattningen att de faktiskt *tillhör* en sär-

skild kategori som bara med svårighet kan återföras till de icke-kategoriserades sfär och då endast genom särskilda insatser av "utbildad" personal.

En "vanlig" familj

Att en klient tas emot för vård i ett vanligt privat hem ger familjehemsvården en beskaffenhet som inte finns eljest på marknaden. Formen har en tydlig och positiv *kulturell* karaktär. Med det menar jag bland annat att klienten – i stället för att separeras och kategoriseras – integreras i en struktur som i de flesta samhällen har drag av ursprunglighet, formalisering och tradition. Den som bryter mot samhällets normer *sugs upp* av samhällets strukturer i stället för att *spys ut*. Närheten mellan vårdare och vårdad i ett familjehem kan ge relationen en fiktiv färg av släktskap och anhörighet. Familjehemsvården kan tänkas få drag av anhörigvård, men med poängen att klient och anhöriga inte är nära släkt.

Båda parter i relationen kan tänkas bli påverkade av den illusoriska känsla av släktskap som efterhand rimligen uppkommer om placeringen består. Familjehemsvårdens "personal" kan tänkas gå längre i omtanke om klienten/gästen än vad som krävs av personalen i en motsvarande ställning på ett behandlingshem. Klienten kan tänkas visa större hänsyn mot denna personal än han skulle göra på en institution.

Om man skulle gå härifrån en natt till exempel, så tar man inte vår bil, utan man tar förr grannens bil, den mentaliteten tror jag det är. (Bertil Hulting, familjehemsvård)

Även negativa effekter av närheten kan tänkas. Hänsyn kan gå över i ett otillbörligt skyddande. Familjehemsvården uppvisar av naturliga skäl andra typer av problem och motsättningar än institutionsvården. Enligt RFF:s riktlinjer består familjevårdens särart i att själva förändringsarbetet bedrivs av "vanliga" människor. Citationstecknen runt ordet vanliga markerar att dessa människor är allt annat än vanliga. De är inte vanliga utan "vanliga". Familjehemsvården bärs upp av *ovanliga* människor. De krav som ställs på ett familjehem visar att det *inte* är vanliga människor man söker.

Jag skriver "så kallad vanlig" för helt vanligt är inte ett familjehem. Det är inte vanligt att bjuda in en asocial, drogande eller kriminell människa i sitt hem och sin vardag. (Håkansson, 2000:19)

Inte sällan förefaller familjehemmet ha en lång tradition av öppenhet och engagemang utåt, med en naturlighet för att "inkludera" andra människor.

Vi satt precis och pratade om det häromkvällen, hur vi orkade med det? De här fem barnen vi hade då, med två fosterbarn hade vi en ettåring, två treåringar, en sjuåring och en nioåring samtidigt som vi drev grisuppfödning och hunduppfödning. Och ändå hade vi alltid öppet hus, vi hjälpte till att ordna bostad, någon fick sova över, och ordnade jobb och så där. Full rulle lik-som. (Anki och Bertil Hulting, familjehemsvårdar)

I RFF:s beskrivning av kraven på familjehemmets yttre och inre resurser framtonar

synen på hur en "riktig" familj bör se ut. Kanske kan man säga att det ideala familjevårdshemmet rent allmänt är *en föredömlig konstellation som om den vore mer allmänt förekommande skulle utgöra en broms i "produktionen" av till exempel missbrukare*. Ju fler goda familjehem som är tillgängliga desto färre kommer att behövas.

Om en politiker skulle gå ut och säga att Sveriges familjer borde se ut som man i dag formellt kräver att familjehemmet ska se ut skulle kanske ett ramaskri höras, av indignation över moralistiska påbud. En "ideal" familj kan kanske i dag främjas/utnyttjas endast om den samtidigt identifieras som "med speciella uppgifter". Det bör samtidigt påpekas att familjehemsvården *inte* kräver någon speciell yttre form hos hemmet. Det handlar snarare om speciella *inre* kvaliteter i kombination med viss yttre miljö.

De är nog lite bohemer de som vi har som familjehemsvårdar. Inte alla men många. Lite bohemiska. I botten ett engagemang att hjälpa utslagna. Men de får inte ha en välgörenhetsinställning. Då faller de bort ganska snabbt. Många har en liten gård som bär sig nätt och jämnt. (Johan Sonck, socialsekreterare, Kista)

Att värdfamiljen tillhör en utvald och särskilt lämplig kategori visar sig bland annat i att klienterna ju ursprungligen kommer ur biologiska familjer. Om familjen som *formell* inrättning skulle vara en skyddande och rehabiliterande miljö skulle den som växer upp i en familj vara skyddad från missbruk och andra normbrott. Så är det inte.

Familjehemsvården karakteriseras således av att gästen – egentligen och ursprungligen – tillhör en familj som i någon mening misslyckats med sin grundläggande uppgift. Det är samhällets allmänna organisation, dess kultur, som till sist avgör om en familj lyckas eller inte i sin uppfostrande uppgift. Det ofta citerade afrikanska ordspråket "Det behövs en by för att uppfostra ett barn"³⁶ passar och gäller även för den vuxna familjehemsvården.

Det kan förekomma att värdfamiljen har någon slags relation till gästens ursprungliga familj. De kan vara släkt, vänner eller grannar. Det vi numera menar med familjevård karakteriseras emellertid av att gäst och värdfamilj saknar tidigare inbördes relationer. De träffas först när den planering initieras som går ut på att de under en tid ska leva tillsammans. Kontakten förmedlas av tredje part.

Ur ett kulturellt perspektiv kan man säga att konsumenten subjektivt utgör en ersättning för en eller annan form av tidigare existerande relation (släkt, vän, granne) mellan gäst och värdfamilj. Formellt är konsumenten inte substitut för en tidigare relation utan representerar en för familjehemsvården nödvändig yrkeskunskap.

Omvärlden

Familjehemmets omgivning räknas inte alltid med.

Familjevården är inte bara mamman och pappan utan det här andra också. Ofta är ju kanske barnen eller farmor den mest verksamma terapeuten. Det är ju helheten. Men de kallas ju ald-

rig till konferenser och hamnar inte i handledningssituationer – i förhållande till oss – så det är väldigt komplext. (Leila Ågren-Burström, konsulent, Credo)

Goda relationer mellan familjehemmet och dess grannar har katalytisk potential. Det är ovanligt att klienten "gör bort sig på bygden" och av den anledningen spär på ett eventuellt förakt för kategorin missbrukare. Tvärtom kan omvärlden få *en ny syn* på vad en missbrukare är genom att träffa en sådan i en normal miljö tillsammans med vanliga människor. En generaliserande separation kan dröja kvar men man finner ofta "vår Kalle" vara ett undantag, annorlunda än "de andra" (Sapir, 1934). Undantaget kan vara utgångspunkt för en omprövning även av en generell attityd och kanske stimulera ett eget engagemang som familjehemsvärd. Att placera en missbrukare hos "vanliga" människor kan innebära att vanliga människor i sin tur upptäcker att missbrukaren också är vanlig.

Det är ofta så att vi får nya familjer (familjehem), grannar, vänner, bekanta till familjehemmet som har haft en uppfattning tidigare. Och så träffar de klienten och ser att de är ju vanliga människor. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Det kan samtidigt vara nödvändigt att undan för undan försöka bygga en ny "plattform" för klientens vidare liv.

Vi har pratat om det när vi, några grannar och goda vänner träffas. Johan är ju väldigt öppen själv, han berättar själv att han har haft problem, och det underlättar ju, det är ju bra, tycker jag. Till andra säger jag: Johan hjälper mig här nu, för folk vet om att jag har rätt så mycket jobb på gården, allt möjligt. Vi pratar om det, det beror på hur pass vi känner dem, om man väljer att tala om. Så vi kommer liksom överens eller det är upp till Johan att säga "Men säg som det är!" till den och den. Folk här är väldigt bra, de som vi umgås med har ju en väldigt positiv inställning till det här, och är vana själva med sånt här. Det är inte att de tycker att oj då, vad är det här för en individ? (Jan Hermelin, familjehemsvärd)

En viss geografisk klusterbildning kan uppkomma, med tre till fyra familjehem i geografisk närhet till varandra.³⁷ Det kan vara en fördel för konsulentorganisationerna och en antydning till en ny form av institution.

Ja, emellanåt kan det komma intresserade grannar eller släktingar. Och sedan vi har ju många travfamiljer och då kan en familj ha haft en gäst och sedan sprids det vidare till andra travfamiljer runt om i bygden. Det går lite rykten. (Anna-Karin Nilsson, konsulent, Bergslagsgårdar)³⁸

Vad är det då för egenskaper hos den presumtiva familjen som gör att ett redan aktivt familjehem kan tänka sig att rekommendera ett engagemang?

Man får inte vara beroende av vad folk tycker och tänker om en. Man måste ha en inre styrka att göra det man själv vill och tycker och tänker. Börjar man ... då funkar man inte, det är jag

övertygad om. Sen måste man ju också ha en trygghet i varandra, för de här som bor här de är oerhört skickliga på att manipulera mellan oss. Vi hade ju en. Till exempel varje gång jag och den här killen gjorde någonting så pratade han skit om P (min man) ... Och när han var ihop med P och jobbade då var det alltid någonting som han kunde racka ned på mig. Man är ju en högst ordinar person, med fel och brister. Man försöker ju dölja dem inför folk höll jag på att säga. Men lever man inpå varandra kan man inge göra det. Då måste man vara den man är, då går det inte att spela teater. Åtminstone vi lever så. (Sol-Britt Rönnerberg, familjehemsvärd)

Reflexioner och motiv

Reflexion och viss oro inför att komma till en främmande familj som ett slags ad-
jungerad familjemedlem är att förvänta och ett tecken på att klienten förbereder sig
mentalt.

Man får jobba med det man kan. Det man orkar med. För jag har ju inte den bästa kondisen heller. Det är ju många faktorer, men annars. Jag tycker det ska bli intressant och samtidigt är man väl lite nervös för här har jag gått nu i tio månader och här har man ju inte behövt tänka själv, här har man ju haft allt serverat, bra mat och bra personal. Och det har gett mig en ny start på alltihopa liksom, fått andra värderingar på saker och ting. (Håkan, klient)

Klientens uppfattning om familjehemsvården bestäms ibland av vad han hör av
kompisar i och utanför institutionsvården. Problemet med den upplysningen är att
den kan bli ensidigt negativ.

Det enda man har hört om familjehem är ju att man blir utnyttjad. Man har ju aldrig hört nå-
got positivt. Men man träffar ju aldrig på dem som lyckas, utan man träffar ju alltid på dem
som misslyckas. Det är väl därför man får höra att de utnyttjas som arbetskraft eller något sånt.
Det är ju det man hör. Genom att man kommer in i vården igen berättar man att man har varit
på familjehem och att det var för djävligt. Det är ju det man får höra. Jag har aldrig träffat på
någon som varit på familjehem och lyckats. Det är klart, de kommer ju aldrig tillbaka till be-
handlingshemmen utan de går ju vidare. Det är därför man aldrig träffar på dem. (Ulf, klient)

Lars har egen negativ erfarenhet.

Ja, det har väl inte varit så lyckat. Om jag tar ett exempel, D-köping. Det var första familje-
hemmet jag var på. Jobba vi i skogen på vardagarna, de ägde skog den här familjen. Så fick vi
betalt i starköl då, på helgen. Han var ganska törstig, gubben i huset där. Jag var ju glad. Vi
fick bärs. Satt och söp med gubben. Men ändå vart det ingenting på vardagarna, men på hel-
gerna vart det ju desto mer. Det var ju sociala i N-stad som betalade vården. Det var jag som
tala om det, sedan efteråt, för det sluta med att de två skildes och då var det bara att åka. (Ha-
de sociala varit på besök när du var där?) Nej, vi bara prata på telefon. (Hur länge var du där?)
Ja, över sommarn, tre, fyra månader, kanske lite längre. (1985) (Lars, klient)

En andrahandsuppgift med liknande innebörd. Man tar sig för pannan.

Det hör vi ju av dem som har vart här att de har ju ofta haft olika typer av familjehem tidiga-

re i sitt liv, och tydligen ofta nere i Skåne!? Och det är väl inte alltid att det har varit så bra. Den här killen som bara var här en månad han hade ju varit på något familjehem i Ö-köping. När det var fickpengsdag då skjutsa de ned honom till systembolaget, "för det är väl ändå där den ska hamna". (Bertil Hulting, familjehemsvärd)

Någon har säkert haft tanken att genom att ta en placering inte bara få en lättförtjänt inkomst utan också billig arbetskraft.

Det finns en hel del bönder som tror att man kan få hjälp av att ha en placerad. Dels får man hjälp och dels har man lön. Men de upptäcker ganska snart att det är ju meningen att man ska handla dem och det går ju mycket fortare att göra jobbet själv. Och så är det mycket som går sönder och så där. De lägger av ganska snabbt de som gör det för pengarnas skull. (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvärd)

Huruvida en klient verkligen blir "utnyttjad" som arbetskraft i familjehemmet undandrar sig troligen objektiv bedömning. Det är den subjektiva upplevelsen som avgör om klienten stannar i familjehemmet och det är klientens vittnesbörd som avgör vistelsen utan att den beskrivningen behöver vara korrekt i andras ögon.

Vanliga hushållssysslor som förekommer i ett hem och på en gård, där ska man delta tycker jag. Och det är många av våra klienter som önskar det. Man ingår i familjen, man gör familjens sysslor. Det är nog mer då – som i det här fallet som inte gick så bra – när en kille blev placerad och det var fler placeringar och så hade de hunduppfödning och lite hästar och så. Det var nog inte hästarna och hundarna utan det var bekymret med *en annan placering* som gjorde att han höll på att tappa tron på den här placeringen. Då gäller det ju att ingripa och stötta så mycket som möjligt och ibland kan man inte lösa det. Man kan inte lösa det alla gånger. För det är så mycket som ligger på det personliga planet också. (Ingrid Hedström och Christina Pettersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Ett motiv för klienten är möjligheten att få träffa sina barn under så normala omständigheter som möjligt. Klienten kan i viss mån välja var familjehemmet ska ligga. Fungerar umgänget med barnen kan vistelsen i familjehemmet bli framgångsrik. Klienten har varit med och bestämt sin behandling.

Det är ju så här att jag har en dotter på fem år som är familjehemsplacerad. Modern har börjat droga och för att jag överhuvudtaget ska få ha en bra kontakt med min dotter var jag ju tvungen att gå tillväga med någonting. Om jag hade kommit tillbaka till min lägenhet i H-köping hade jag fortsatt att droga, troligtvis i alla fall. Så jag ser det här som enda alternativet för att kunna umgås med min dotter så mycket som möjligt. Det är det enda jag har kvar i livet. Både mina föräldrar dog ju 1998, mamma i början på 1998 och pappa dog i slutet på 1998. Åtta månader mellan dem. Även fast de inte var tillsammans, men de gick ju bort samma år i alla fall. Det var ju en stor förlust för mig. För jag hade ju bra kontakt med mamma då. Jag blir 42 år i år. Så jag har övervägt med mig själv och haft många duster med mig själv, om familjehem och det. Men eftersom jag vill satsa på min dotter så mycket som möjligt är det här absolut den bästa och enda utvägen som jag ser det. (Håkan, klient)

Förväntningarna på familjehemstiden kan vara nedskruvade. Tidigare erfarenheter av (obefintlig) eftervård gör ”tak över huvudet” eller ”någonting att sysselsätta sig med på dagarna” till ett passabelt motiv för familjehem som alternativ.

Jag stod där två gånger i G-by, hade ingenting. Man kan ju inte skylla på det men förutsättningarna är ju bättre om man har någonting att komma till. För dem (socialnämnden) är bekymret borta när jag är borta på LVM. Man kan ju se det så. Jag kunde ha köpt en fin villa för de pengar jag har kostat. Ändå har jag inte tak över huvudet när jag kommer ut. (Ulf, klient)

Tak över huvudet. Det är inte ovanligt att familjehemmet kan erbjuda klienten ”en egen stuga på gården” av typen friggebod eller kanske en egen ingång. Det viktiga är kanske att klient och familj finns ”på samma gård” och lever ihop under dagar och kvällar.

Det kan ha varit så här att de har bott i familjen, kanske under en månad, men sedan flyttat ut till den där friggeboden. Och har man det som morot brukar det gå bättre. (Ingrid Hedström, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

De bodde i en rätt fin kåk. Sen 50 meter därifrån hade de en sjötomt och där stod det ett par kåkar, och en av de kåkarna skulle jag få disponera. Det var en fin liten kåk, med sjötomt. Det var väl som två rum. Det var ju inga slutna dörrar, utan det var som stort, men lite avskärmning i alla fall, ifrån köket. Det var väldigt mysigt och fint. Och hundar hade de också och det tycker jag om. Jag älskar hundar. Och vattnet. Det låg 5, 6 meter ifrån vattnet så det var väldigt nära. (Håkan, klient)

Det är trots allt skillnad mellan att bo ”i ett hus på gården” och att bo ”i familjen”. Möjligheten för gästen att kunna vara ”för sig själv” men inom samma väggar som familjen kan vara att föredra. Är klienten ung kan beställaren tveka inför erbjudandet att gästen ska bo i ett hus på gården. En mer ombonad tillvaro där kontakten mellan familj och klient är kontinuerlig kan föredras. Det förutsätter att familjehemmets hus inte är för litet.

Nu har vi ju ett hus som är rätt stort, och vi har en lägenhet som vi i och för sig använder som gästlägenhet ibland – jag har lite turistverksamhet och sånt. Man bor inte precis *på* varann. Om Johan känner att ... om du vill gå upp och vara för dig själv är det här lite bättre än om man bor i en liten villa någonstans. Så det är en ganska viktig del. Jag tror kanske inte man skulle hålla på med sån här verksamhet om man hade ett för litet hus. Det är rätt viktigt tror jag att man inte konfronteras med varandra *hela* tiden för det blir jobbigt, mest för Johan då tror jag. (Jan Hermelin, familjehemsvärd)

Familjehem kan vara utvägen om klienten inte bör återvända till sin gamla miljö efter en institutionsvistelse. Förutsättningen är förstås att klienten godkänner den formella förflyttningen.

Nej, först ville jag ha eget men då tyckte de att det var bättre att jag fick komma till familj. De

sa ju det i rätten också, jag vart dömd liksom. Att inte komma tillbaks till O-förstad för det kunde hända tråkiga saker. Så att då tyckte de att jag skulle ta det här och jag gjorde ju det också. (Evert, gäst)

Sen tyckte vi att klienten inte skulle vara kvar här på orten, för att komma vidare. Klienten ska liksom klippa av alla de här kontakterna han har här. Klienten bad om det också, många gånger, när han mådde som sämst. Det finns inget som knyter klienten hit egentligen, mer än missbruket, men ingen riktig vän, det blir bara fel. Där man har ett så upparbetat negativt rykte, där alla vet vem man är, alla *tror* att de vet vem man är, att man gör bara skit, man är *bara* dålig. Det tror jag är nästan omöjligt att reparera i en så här liten stad. Allt negativt som händer förknippar man till den personen, både polis och alla andra runt omkring. Man kommer direkt på förhör om någonting har hänt, fast man kanske inte alls har varit i närheten. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Förutsättningarna är bäst även i familjehemsvården om klienten i någon mening närmar sig vägs ände, börjar reflektera, om vännerna börjar försvinna, om kicken tenderar att utebli.

En del bryter och ändrar sitt liv, en del hamnar i träkistan, så är det bara. Jag vet tre stycken som har gått åt sedan jag var här förra året, som jag vet. Två stycken störtblödning och en fick så kraftigt ep-anfall så han dog. Så att. Sist fick jag ingen effekt hur mycket jag än hällde i mig. När jag gav upp hade jag ändå brännvin kvar. En halv sjuttis kvar! Och pengar hade jag på mig. Så det var ju inte det att jag inte hade något brännvin. (Ulf, klient)

Vad bör familjehemmet veta?

Hur mycket konsulent och familjehem bör ta reda på om klientens historia är ingen enkel fråga. Den hänger ihop med frågan om särskild utbildning för familjehemmen. Familjens kunskap om sina egna medlemmar har en annan karaktär än de professionellas eventuella kunskap om dessa individer. Och gästen ska till dels ses som familjemedlem.

De som känner klienten bäst (anhöriga, institutionspersonal) är marginellt involverade i förberedelserna, och det ligger i familjehemsvårdens förutsättning att familjen *kan* betrakta klienten relativt förutsättningslöst. Samtidigt ligger det nära till att såväl konsulent som familj – om något oväntat men av någon förutsägbart skulle hända – tänker att ”vi borde ha vetat detta”.

Det varierar från person till person och från konsulent till konsulent hur mycket de får reda på och hur mycket som undanhålls dem. För det har ju varit tillfällen då vår konsulent har sagt Herregud! Det hade vi ingen aning om! Varför har ingen sagt det här till oss? Och vi har ju försökt – när det har gjorts personutredningar och såna saker – att via konsulenten få reda på, och de har försökt men blivit stoppade. Så det är inte alltid det går att få fram. (Sol-Britt Rönneberg, familjehemsvård)

Jag till och med frågade L, Hur mycket får jag säga? Hur mycket vill du att jag ska säga? Där ligger det ju också en balans. Så här mycket får du tala om, och det här vill jag tala om själv.

(”Säg inte det där för då kanske jag inte får komma dit!” Vad gör du då?) Ja, hur gör jag då? Då säger jag nog det ändå tror jag, när han är med, om jag tycker att det är viktigt för att det ska lyckas. Men då har jag ju sagt (till klienten) *innan* att det kommer jag att tala om för att jag tycker att det är så viktigt. Så att det blir ingen överraskning utan han är förberedd på det, fast han kanske har svårt att berätta det själv. Att någon annan får göra det. (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Ett dilemma, särskilt knepigt för familjehemsvården och en parallell till familjens ursprungliga parbildning, är att man aldrig vet, inte ens klienten själv vet vad som kommer att visa sig när gästen efterhand kommer in i mer normala och vardagliga omständigheter.

Vi får ju inte alla gånger så mycket bakgrundshistoria som vi skulle vilja ha. Men om det finns utredningar är ju det en stor hjälp när vi handleder, men det är inte alltid vi får det. Det är mer sällan än vanligt tycker jag. Och så kanske man har *gömt* det här i missbruket. Missbruket är kanske inte en orsak utan ett *symptom på någonting annat*. Så ploppar det upp någonting. Där får ju vi lita på vår uppdragsgivare, att den har bedömt att den här personen skulle kunna matchas bra i familjevård. (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)

LVM-hemmet har oändligt mycket information om sin klient efter några månaders omhändertagande. Endast en bråkdel av den mängden kan, trots ansträngningar, förmedlas till familjehem och konsulent. Och det verkar dessutom som om varje instans behöver och vill göra sin egen undersökning.

Bergslagsgårdar intervjuar ju klienten lite också. Det blir lite stolpar man har. Och sedan kör vi med rak kommunikation. Vi informerar, vi hemlighåller ingenting. Klienten är med också. Vi informerar om brister och även om det som är positivt. Och då är ju konsumenten med också. Det tar vi vid besöket i hemmet. Då får ju klienten också vara med och berätta sin del i det hela. (Ingrid Hedström, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Ingen vet hur lätt eller svår en placering blir. Det gör att familjehemmet i många fall kommer att klara av svårigheter som man inte skulle ha trott sig om ifall de varit uppenbara och förväntade. Denna av omständigheterna påtvingade ”professionalisering genom erfarenhet” kan vara stor i familjehemsvården.

Vi har sagt så här att har man tagit fan i båten får man ro honom i land. Har de väl kommit till oss så *hur* tungt och *hur* jobbigt det än är så ska vi alltså klara av det. Det är ju så att de har sett att vi har klarat tunga fall, och klarar man det ena klarar man det andra. Sedan är det väl så att neuroser, eller rättare sagt psykos, kan komma väldigt intensivt och oväntat, så man kan inte förutse om man klarar det eller inte. (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvård)

Den muntliga informationen om klienten, från socialsekreterare och behandlingspersonal, följer inte givna mått och mönster.

Ibland tycker jag nog att vi får för lite. Men samtidigt är det ju så – om det blir en placering – att det kommer fram saker under placeringen som inte ens socialtjänsten visste om. Men ibland får vi för lite information, inte alltid men ibland. Alltför ytlig information. Många socialse-

kreterare är väldigt utförliga och går nästan tillbaka till barndomen hos en 30-åring, men en del bara skummar lite över ytan när de berättar. Det kan vara mer avancerat missbruk och tabletter i bakgrunden som inte vi får veta och mer domar i kriminalvårdsregistret än vi får reda på. (Anna-Karin Nilsson och Åsa Björkegren, konsulenter, Bergslagsgårdar)

Det finns hos omhändertagande och placerande parter en medveten eller omedveten önskan att ge klienten en chans, att inte förstöra för honom genom att berätta "för mycket". Den som kan drabbas oförskyllt av det är förstås familjen. Ibland fattar klienten själv mod och berättar öppet om sin situation och sina problem.

Klienterna själva är ganska bra på att berätta när de kommer hit på information. Då är de bra på att berätta sanningsenligt, så gott de kan. Det förvånar mig många gånger att de pratar så öppet som de gör, att de vill. De som gör det är så pass motiverade – de vill att det ska ske en förändring – och då känner de redan från början, när de kommer in i det här huset och träffar paret, att då vill de bjuda på sig själva så att det blir en bra träff. Sedan är det nog lite det här att "Tyck om mig! Tyck om mig! Acceptera mig!" Det är ju konstruktivt. Men visst, de som har den här problematiken kan ju sitta i familjehemmet och säga att, "Jag har jobbat där och där och där och jag kan vara målare och parkarbetare". De kan allt. Sen när man frågar lite, hur länge jobbade du som parkarbetare? Ja, det var i tre dagar, och byggnadsarbetare kanske en vecka. (Anna-Karin Nilsson och Åsa Björkegren, Bergslagsgårdar, konsulenter)

Behandling

Vem har behandlingsansvaret för klienten i familjehemmet? Förekommer det överhuvudtaget någon behandling i familjehemsvården?

Jag kan ju inte tycka att vi är behandlingsansvariga när klienten är i ett familjehem. Det är ju inte behandling på det sättet. Om man nu ska kalla det för behandlingsansvarig så är det ju familjen och klienten som står för det. Om man nu ska säga att det är någon behandling. Behandlingen i ett familjehem, tycker jag, det är ju *relationen*. (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Skillnaden på institution och familjehem är säkert familjens *värderingar* totalt sett. Precis som till ett barn så kommer familjens värderingar väldigt mycket gästen till godo *på ett naturligt sätt*, just för att *vi ger våra värderingar vid varje tillfälle som det händer någonting*. En sån sak som att alla som är här, så fort man ser en polisbil har man ju vissa reaktioner. Det är någonting som är standard, så att säga, det finns någon polisradar på något vis. Och just för att få ned såna värderingar – att det inte är något upphaussat – det tror jag är oerhört viktigt. Det kan man aldrig göra på en institution. Och över huvudtaget vad man *tycker* om människor, om saker och så vidare. Det är här vi sitter och pratar om det, vi resonerar oss fram till att vi har kanske samma uppfattning i några saker, eller vi har olika uppfattning, men *jag* tycker så här. Och det märktes ju väldigt väl att *han tog åt sig värderingar*. (Bertil Hulting, familjehemsvård)

Niklas, 23 år, som vistats några månader på LVM-hem, ser fram emot att äntligen få "behandling".

Det är ju ingen behandling detta, tycker jag, utan själva behandlingen den avgör du ju själv när

du kommer ut, som till exempel att jag åker till familjehem. *Det tycker jag är en liten behandling för mig, en liten trygghet i en familj.* Man får ett stöd och hjälp med allting när man är på familjehem. Man behöver inte göra saker själv. Man har alltid någon med sig där. Förstår du? Och sedan är man ute på dagarna. Är det en juste familj klarar man sig bort ifrån drogerna alltså, annars skulle man ju sticka därifrån. Om jag är sugen på droger någon dag liksom, då får man ju säga det. Man måste köra med raka rör, och det har jag tänkt att lära mig att göra. Så det blir bra detta. (Niklas, klient)

För en del av familjehemsvårdens klienter förefaller också *en tids vistelse i ett hem* kunna vara behandling nog.

Jag tror att familjehem är väldigt bra för vissa personer som aldrig har haft en familj, inte haft någon mamma och pappa riktigt så där, som har brytt sig. Föräldrarna har också missbrukat. Att få bli sedd och få vara någon och att det finns någon som tycker om en för den man är som person, det tror jag är jätteviktigt. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Behandling (vad nu det är för något) i ett familjehem liknar rimligen behandling på en institution i vissa avseenden. Till exempel kan det krävas "en kämpig tid" för att nå resultat. Det alltför lätta kan med fog misstros.

Det är min bild att där det har varit mest kamper och där man upplever att Jag blir tokig! Där blir det resultat. Där det flyter på är det bara en *ytanpassning*. Men det är klart att då har ju folk synpunkter. Hur kan ni ha dem som familjehem? eller Hur kan det här få hålla på? Samtidigt kan det vara en jättebra process igång. Men var går gränsen? Hur "hög" får processen vara? Och det är ju där konsulenterna ska göra bedömningarna. Händer ingenting är det konsulentens sak att sätta igång det, att vara lite katalysator, vara lite provokativ. Man ser ibland att det uppstår någon slags jämviktstillstånd, att man bara *är* här, man bryr sig inte om att gå *på* varandra utan man har informellt bestämt sig, ungefär som äktenskap kan vara, att man bara *är*. Det händer inte så mycket mer. Men man kan ju i alla fall *försöka* göra några förändringar, på något sätt. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Samtidigt finns risken att gå för fort fram med gästen (Håkansson, 2000:34), i ett för högt tempo, kanske för att man som vårdare och beställare är otålig, inte har tid att vänta. Men gästen måste vara i takt med sig själv. Personal likaväl som klientens egen personlighet kan hetsa/stimulera till att dra iväg. Vårdare på LP-stiftelsen säger sig tendera att "dra iväg" med gästen, vilja mer än vad gästen (ännu) vill. Gästen, i sin tur, säger sig ibland "springa före Jesus", vilket också blir fel. Man springer ifrån sig själv, sitt eget mentala system. Ömsesidigheten, den intra- såväl som den interpersonella, är nödvändig. Terapin och den teraperade måste gå armkrok. Gästen bestämmer takt och gångart. Kanske gästen bara *ser ut* att hänga med. Vårdaren tänjer bandet mellan de båda, ibland till bristningsgränsen.

Jag tror att behandlare ibland har en tanke i sitt huvud om *vart* man är på väg med den här klienten, medan klienten inte alls är inne på den tanken. Så att det här med is i magen är att inte

ruscha på mitt utan försöka ... Jag har det hela tiden (klart för mig) men jag måste ju lyssna på klienten, *måste ju vara där han är*. Jag kan inte göra det här över hans huvud utan nu väntar jag in honom så vi kommer samtidigt till samma nivå. Så att man kan nå varandra och ta beslut tillsammans. Jag tror att vi har en tendens att ha gjort färdigt i våra huven och sedan lägga fram det för klienten. Det är ju förkastligt men jag tror att det ofta funkar så. Man vill att det ska gå så fort för dem, men det blir bakslag direkt. (Catrin Högberg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

Behandling kan alltså vara att hålla igen, att göra lagom motstånd, både mot klientens krav på snabba ryck och på lusten att bara ge upp.

Ofta säger de: Bara jag får ett jobb och sedan får en lägenhet, då ordnar det sig. Och så får de jobb då och så kommer de (till jobbet) två eller tre dar, sedan kommer de inte mer, och då vägar de inte ringa och säga varför de inte kommer. Då är det kört, ett nytt bakslag. Sen dröjer det jättelänge innan de får komma igen på arbetsförmedlingen. Och lägenhet, ofta blir det något strul i lägenheten, kompisar som kommer upp och stör, och så kommer det klagomål, och så blir man av med sitt boende igen. Det är sånt som händer väldigt ofta, när de har för bråttom och vi andra har för bråttom att hjälpa dem dit. (Anita Reveny-Johansson, socialsekreterare, SoL-Kraft, Askersund)

Att när *det* inte gick är det kört, då är det liksom inte lönt längre, utan då lägger vi ned det. Jag tror det är en sån där typisk sak som man måste stötta oerhört, med strategier, hur man ska komma runt saker. Att man måste jobba vidare med det och försöka ta det ur en *annan* synvinkel eller prata med någon *annan* eller hitta en *annan* lösning. Alltså hur man går vidare i problemet. Det är inte kört utan jag *vill* komma någonstans och då *ska* jag dit. Och så kanske att inte allting går så fort, för det är också en sån där sak att vill jag ha en lägenhet får jag den inte i morgon utan det kanske tar ett tag. (Bertil Hulting, familjehemsvård)

Har det betydelse om klienten kommer från LVM eller från frivillig behandling?

Jag tror inte vi gör någon större skillnad om de kommer från LVM eller inte. Oftast är det ju samma människor. Det är ju mer en *tillfällighet* om de sitter där eller där. Den enda faktorn är ju att de faktiskt är under tvång och att de mentalt sprattlar emot. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Familjehemsvården har fördelen att "även om det är tvång är det frivilligt". Vårdformen behöver inte ta notis huruvida klienten varit tvångsomhändertagen eller ej. Familjehemmets rapporteringsskyldighet, om klienten ger sig av eller tar upp sitt missbruk, är densamma för frivillig vård som för tvång.

Likt flera andra verksamheter som tar emot missbrukande människor (LVM-hemmet Hornö, arbetskollektivet Basta) betonar Bergslagsgårdar (RFF) att inte heller familjehemmet "kan eller ska vara en behandlingsinstitution". Man får intrycket att *ingen* organisation egentligen vill ta på sig bördan att kalla sin verksamhet *behandling*. Anledningen kan vara att man korrekt uppfattar behandling som ett omfattande åtagande, att det även inbegriper en fullständig och lyckad integration i

samhället. *Den som åtar sig att behandla en missbrukare tar på sig en stor uppgift.* Ordet behandling har efter hand, kanske för att det tidigare tagits alltför lätt, fått dålig klang. "Behandling ger inget resultat" upprepas med en druckens envishet, även av missbruksforskarna. Bättre då utan behandling.

I RFF sysslar man i stället bland annat med "existentiell träning". Denna träning erbjuds "via upprepade vardagliga livssituationer". De exempel på teman som ges för denna existentiella träning (efter Eneroth) visar att "behandlingen" är långtgående:

- vara kvar i en relation trots känsla av övergivenhet
- fortsätta en handling trots en stark känsla av otillräcklighet
- vara kvar i ett möte trots känsla av utsatthet
- förbli i en väntan eller händelselöshet trots känsla av tomhet
- vara kvar i en situation trots en stark ängslan för att förlora den.

Eftersom familjehemsvär(l)darna inte sysslar med behandling utan träning i vardagliga livssituationer rekryteras "lekmannafamiljer". Ordet lekman betyder bland annat profan och oinvidg och används allmänt med innebörden icke-fackman eller amatör. Sammanställningar som lekmannadomare, lekmannapredikant och lekman-nastyrelse antyder att lekmannen inte är vem som helst.

Att en familjehemsvärd inte heller är vem som helst framgår av att konsulentens uppgift anges vara att förutom rekrytera, stötta och handleda, även att "utbilda lämpliga familjehemsvärdar". En familjehemsvärd är således både bedömd vara "lämplig" och bibringad "utbildning". Familjehemsvårdens styrka är samtidigt det vanliga, det normala, det konventionella.

Att man finns i ett *vanligt* sammanhang, att man inte finns på de här institutionerna där det ju är väldigt så här (fyrkantigt) hela tiden. Det kan ju vara fyrkantigt i en familj också men på institution är det ju väldigt strukturerat och mycket ramar som man kan hoppa över och hoppa tillbaks i. Men i en familj är det ju mer *vanligt*, man nöts *vanligt* på något vis, i *vardagen*, man kan realitetstesta sig på ett annat vis, tror jag. (Catrin Högborg, behandlingsassistent, SoL-Kraft, Askersund)

På behandlingshem finns personal som är utbildad för att på ett eller annat sätt behandla mig. Men åker jag till ett familjehem är det *upp till mig*. Där är det fråga om *ett vanligt liv*. Det är min sak att göra någonting av detta. Och detta är något annat än behandling. Om jag då är inställd på att det ska hända någonting eller om jag förstår det på något annat sätt, eller att någonting utlöser denna möjlighet hos mig så att jag förstår att *jag inom mig* har möjligheten att lösa mina problem. Den möjligheten kanske inte lika lätt visar sig på ett behandlingshem där ens problem liksom blir "attackerade". Jämfört med familjen som bara *finns* där och där man plötsligt blir betraktad som en vanlig människa med beslutskapacitet och kapabel till ansvar.

Det är kanske rena chocken att plötsligt inte bli kategoriserad som missbrukare utan som Kalle som bor där. Vad behandling än är i familjehemsvården är den inte en "kontroll" av samma slag som i den formella vården.

Där har vi nog haft, inte konflikt, men lite olika uppfattningar. Just om att vi inte sitter här och är poliser på något vis eller någon vaktare eller någonting sånt, och vi tar inte några urinprov. Vi talar om när vi tror någonting är snett, och det säger vi i första hand till gästen som är här ju, och i andra hand, när vi fortsätter att tro det, då talar vi om det för Bergslagsgårdar så får ju de föra det vidare. Men på något vis får det inte vara vi som är kontrollerande för då blir vi ju pliten med en gång och då är vi inte familjehem längre. (Bertil Hulting, familjehemsvård)

Familjehemmets utsikter att gå bra ihop med en gäst är goda, kanske mest för att klienten inte buntas ihop med andra och inte behöver få "samma behandling" som andra. Han har fått välja och är därmed beredd att själv jämkas.

Ja va fan ska man säga? Vissa av oss kallar det förvaring. Det är så svårt. Här placeras ju alla på ett ställe. Och alla är ju olika. Men det blir ju samma.³⁹ Det finns väl ett par stycken som skulle behöva samma behandling, samma sorts. Men det som har gett mest är väl nästan de enskilda samtalen med kontaktmannen. Annars så. Jag är så gammal i gården så jag kan ju det här. Man är mer lärd än de som jobbar här. Men det är så individuellt allting. För vissa kanske det är bra, för vissa är det inte bra. (Vad är det som är bra med familjehemmet?) Jo nu är det upp till *mig*, nu väljer jag också. Det är ju många som kommer in här som tar det här som sex månaders straff. Då backar man. Nu är det *jag* som avgör om jag vill förändra livet eller om jag vill fortsätta som förut. Det är väl som alla missbrukare känner, man måste komma till en viss gräns när man känner att *nu måste jag förändra livet annars går det åt helvete*. Man är 38 år. Man börjar bli gammal. Man är inte 20 år längre, så att visst, jag har ingen lust att fortsätta, jag har barn, 7 och 10 år. Det är bra. Men det tänker man inte på när man är ute i svängen. (Ulf, klient)

Många klienter har erfarenheter av metoder i missbrukarvården. De medger ofta att de blivit påverkade men är ändå skeptiska. Motstånd tycks vara en vanlig hållning.

Minnesotamodellen har jag gått igenom så mycket så jag är ju nästan utbildad terapeut. Man har lärt sig så mycket att *man vet vad man ska säga* för att personalen ska bli nöjda med svaret. Man har gått så mycket så man vet vilket svar de vill ha för att de ska bli glada. Man ger dem rätt svar direkt så slipper de fråga om. Det blir så om man har gjort det många gånger. Det gav mig något första gången, då höll jag mig nykter i tre månader, men sedan har det inte gett någonting. (Ulf, klient)

Visst är de manipulativa många gånger men med tiden lär man sig. Man hör om gästen ger svar som den tror att jag vill ha eller om gästen kan tänka själv. Men visst händer det att man missar sig, det är självklart. (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)

En välgrundad förhoppning är att klienten ur varje form av behandling får *någonting som bär frukt*. Familjehemsvården kan i en del fall räkna med att klienten så "chockas" av mötet med vårdformen att motståndet läggs ned.⁴⁰

På varje ställe sås ett frö som blommar ut här, nu. Det är en utvecklingsfas. Man kan alltid förundra sig över att det ska ta så lång tid, men det gör det tydligen. Det går inte att forcera. (Lennart Chrunak, familjehemsvård)

Man ska ju förkasta allting gammalt. Men då blir man ju ingenting, för man har ju ingenting i stället. Det vore som om Lennart skulle kasta bort gården och sin sång och sin fru. Man har ingenting kvar. Normala människors liv har ju inte byggts upp på ett år, men jag ska fixa det på ett år. (Magnus, gäst)

Vi har ju vissa uppdragsgivare som tillåter gästen att växa i sin takt, och då ser man ju på sikt att det går allra bäst. (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)

Frivilliga behandlingshem – eventuellt som fortsättning på inledande tvångsvård – har samma möjlighet som LVM-hemmet att inom sina domäner bevara fiktionen av ett idealsamhälle där klientens behov i det goda fallet kan mötas. Men behandlingshemmets kontakt med det ”riktiga” samhället är nödvändigtvis begränsad och institutionens möjlighet är liten att påverka detta samhälle inför klientens återkomst dit.

Familjevårdshemmet däremot befinner sig redan i det riktiga samhället om än med familjestrukturen som skyddande skal. Att vistas i familjehem är det närmaste klienten kan komma ett vanligt liv och ändå vara värnad. I dag måste klienten eljest ofta återvända till den verklighet han tvingades lämna.

Inget familjehem är det andra likt. Jämförd med fenomenet ”behandlingsmetod” är familjehemsvården unik, fri och rent av stursk. Det är kanske endast familjen – samhällets mikrostruktur – som *kan* ta på sig den självförändring som *egentligen* krävs av samhället genom att upplåta en plats i familjen, inlemma klienten i ett nätverk av släkt och vänner, förmedla kontakter till lokala arbetsgivare och utbildningar och under en tid fungera som preliminär garant och förespråkare.

Familjen representerar på ett naturligt sätt och genom medlemskap och förebild en uppföljning av den påverkan och förändring som eventuellt påbörjats på en institution. Familjehemmet har sin särskilda plats i den kontinuerliga ”fostran” vi alla måste underkasta oss.

Att de är med och uppmuntrar gästen till att ta de här kontakterna, att betala in räkningar. För de är ju med i vardagen när man gör saker tillsammans, till exempel sätter staket. Då blir det ju mer naturligt att man pratar med varandra. Hörrödu gjorde du den här inbetalningen? Nej det gjorde jag inte. Men då måste du det innan Anna-Karin kommer. Mot att man sätter sig runt bordet för att prata, det blir mer stelt, inte så naturligt. Klienterna tycker att det känns jobbigt. Vi ser ju inte ekonomin som enbart ekonomi, utan som en symbol för ett annat sätt att leva än det här kriminella levnadssättet som de har haft tidigare. *Att man ska bry sig om vad man gör emot andra* och att man ska bry sig om att göra rätt för sig, att man ska vara ärlig och man ska vara sann. Man gör så gott man kan för att det ska bli bra för en själv och mot andra. Så det är inte bara det här med pengarna, det är bara en del, en symbol i en tanke bakom. Ofta blir de glada också. Nu betalade jag in två, tre hundra kronor! *De känner att de börjar bli lite mer*

svensson. Det är inte de snabba pengarna som de har varit vana vid. (Anna-Karin Nilsson och Åsa Björkegren, konsulenter, Bergslagsgårdar)

Att en gäst länge förkastar svenssonlivet hindrar inte en simultan längtan till det "vanliga" och "normala" och förment rutinmässiga. Läget hänger på att familjehemmets medlemmar förmår att förbli sig själva.

Jag vet en kille som vi fick hit, han drack inte – man frågade så där lite i början – han satt med keps på. Han drack inte mjölk. Det var löjligt, och lite tramsigt allting. Och sedan en kväll, en lördagskväll, då satt han här inne vid TV:n och spelade bingo och drack mjölk och hade en lo-ketbrosch på sig, och lyssnade på dansmusik! Jag har tänkt på det. Då fick han liksom ramla ned och vara sig själv. Det tycker jag är rätt häftigt. (Anki Hulting, familjehemsvård)

Sen är det ju mer om man hör att de *säger* någonting som inte stämmer, eller som man inte själv tycker. Så kanske jag säger att, nej så tycker nog inte jag, jag tycker så här i stället. Att det mer blir en vanlig diskussion som man kan ha med vem som helst, även om kanske ämnet ibland är lite annorlunda. Men det är ju inte så där att man går omkring och tänker att hur ska jag nu göra för att ändra på J. Så tänker man ju inte. Så tänker inte jag i alla fall. (Maria Hermelin, familjehemsvård)

Jag tror mer på vanliga svenssons. Det ska inte vara folk som är utbildade. Däremot tror jag att det är himla bra om de blir uppdaterade i det här med droger och sånt, har en viss kunskap om det. Men annars tror jag, OK, de ska ju ha vissa, de ska ligga inom en viss ram på hur det ska vara, men sedan ska det liksom ... Det ska inte vara några direkta punkter, så och så ska de vara, eller de ska kunna det och det. (Johan, gäst)

Familjehemmet ger i det ideala fallet klienten möjlighet att i eget tempo kontakta den värld som omger familjehemmet. Sökandet underlättas av att denna omgivning naturligen också tar kontakt.

Sin egen eftervård

Varje institutionell vårdform har i princip någon eftervård. Familjehemsvården är eftervård för såväl frivillig vård som tvångsvård. Eftervården kan ges en kontinuerlig form där gränsen mellan eftervård och vanligt liv suddas ut. Men familjehemsvården är inte bara eftervård utan en helt egen vårdform dit klienten kan komma utan att först passera en institution.

De kommer (även) direkt. Då ställer vi ju krav på att de är i hyfsat skick och att de uttalar att de vill det här. Vi gör ju bedömningar. Här behövs den här kvalifikationen att göra en bedömning av personens behov, och sedan göra en bedömning av de familjer som vi har lediga, deras resurser, och så matchar vi det här. Så går vi in med stöd, ligger och backar upp. Vi har jour dygnet runt. Vi gör besök och de kommer hit på handledning, vi har utbildningskvällar. (Roland Persson, VD, Bergslagsgårdar)

Termen eftervård används alltmer sällan. I stället är det en kontinuerlig process som beskrivs. En lång och eskalerande bana som missbrukare leder i värsta fall fram till

en kulmen, ett tvångsomhändertagande. Därmed börjar i bästa fall en utveckling åt andra hållet, benämnd *vårdkedjan*.

Institutioner, där startar man. Men sedan vill ju jag att klienten ska ut i familjehem. Det är där man ska fortsätta att leva. En utslussfas. Så här ser jag det: behandlingshem, familjehem, eget boende, uppföljning i familjehemmet och sedan slussas ut i samhället. Sakta men säkert anpassa sig igen. (Ingrid Hedström, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Mina äldre klienter har fysiskt fler skador och det innebär ju ibland eller ganska ofta (ett behov av) institution. Då ska den vara speciellt anpassad, eller det ska helst vara någon form av gruppboende där de har tillgång till ADL. Ofta stupar det på att kommunerna inte har den här mellanvården på hemmaplan. Utan det blir någon form av boende där alla andra missbrukare bor, eller också blir det i en vanlig hyreslägenhet där normalpersonerna störs lite av de här killarna. Vi ska ju jobba för att klienten ska få det drägligare, bättre, efter vistelsen hos oss. Det kan bli bättre om det är rejäl öppenvård med struktur och någon som kommer och frågar: Varför kommer du inte i dag? Att man följer upp, men det finns inte på så många ställen. (Christina Pettersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Sen när kvällarna kommer och kontorstiden är över, det är ju då frågorna, tankarna, alltihop det här, kommer. Då finns det ingen att få tag i, och vad gör man då? Då går man tillbaka till det man kan sedan tidigare. Och då är ju *också* familjehem bra för där finns det ju alltid människor omkring. (Ingrid Hedström, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Flera av mina informanter har tänkt sig att ha familjehemmet som en replipunkt när det är dags att ta steget ut i samhället. Några dar här, några dar där.

Har sociala en lägenhet färdig den 23 januari kanske jag åker hem den 23 januari och är hemma några dagar. Sen åker jag tillbaka till familjehemmet, när jag har varit hemma några dar. Då har jag haft en viss frihet i några dar och hälsat på folk. Kanske blir det så. Det lutar lite åt det hållet, att jag funderar på att stanna kvar. Men på själva muck då åker jag hem och så är jag hemma en vecka. Sedan åker jag tillbaka. (Niklas, klient)

Lägenheten här, det är ju för att de inte har någonstans att resa på hemresehelger. De har inga familjer. (Anki Hulting, familjehemsvård)

Klientens fysiska situation och läkarens eventuella ultimatum kan ha betydelse för klientens inställning till vård och eftervård.

Sedan är det ju så här att jag har ju fått det ultimatumet från läkarn också att ska jag bli 50 år överhuvudtaget, då får det inte gå ... då ... Och det är klart att det sitter i. Det är klart att man vill leva och se sin dotter växa upp. Jag tror inte jag blir speciellt gammal ändå. Den naturliga vägen ska vi ju alla gå men man behöver ju inte skynda på't. (Håkan, klient)

Familjehemsvården kräver mod även av klienten.

Det är ju en ganska ordentlig satsning. Man lever ju mycket närmare om man lever med en familj. Det kräver mycket mer mod av klienten än att åka till en strukturerad behandling där man

mer kan vara på ett mer intellektuellt plan, med terapeutiska samtal och så. När man är i en familj får man sitta där och äta ihop, och man får visa vem man är på ett helt annat sätt. *Man kan inte spela en roll utan man blir ju avslöjad på ett annat sätt*, och då tänker jag att det kräver mycket mer mod. Det är det här att klara av närhet som många har svårt med och som jag kan tänka mig inte är så lätt att förändra när man är vuxen. Ju äldre man är desto svårare kan det vara att anpassa sig i en familj. Det här med att man måste ta hänsyn till varandra i en familj. Man måste ge besked till familjemedlemmarna när man kommer hem på kvällen, passa mattider o s v. Man kan tänka sig vad det innebär om man är äldre och ska cleara in sig i ett familjehem utan att ha tidigare erfarenhet av hur en familj fungerar. Det tror jag känns svårt. Då kan man tänka sig att man har en dröm om familjeliv och upptäcker att så var det ju inte. (Gun-Britt Holmström, 1:e socialsekreterare, Hallsberg)

Den eftertänksamme klienten kanske tar det lugnt på familjehemmet, medveten om att han är "på behandling", om än mest i egen regi.

Jo, men det (utbildning) är jag väldigt intresserad av så finns det något vettigt häromkring är ju risken stor att jag hoppar på det. Men jag tror inte man ska ge sig på något för svårt så här direkt i början heller. Det tar ju ändå tid och kraft. Det tar ju tid och kraft också att lägga av. (Johan, gäst)

Eftervård – i familjehemsvården – är att klienten i position och aktivitet snarare förskjuts inom än lämnar den "institution" där familjehemmet är ett av flera möjliga nav. Relationen mellan hem och gäst kan få drag av fiktivt släktskap. Familjehemmet kan förväntas kräva av placerande myndighet att *deras gäst* får fortsätta sin rehabilitering under goda förhållanden. Ett familjehem som lyckas bra hela vägen kan förvänta sig beröm men också nya svåra fall.

Om det har varit något familjehem som har varit väldigt väldigt bra så är det klart att vi har reflekterat över det, att de verkligen gör mycket. Det har väl varit våra egna familjehem mer eftersom där har vi hela biten. Men sedan är det ju så att om man har haft någon i ett bra familjehem så tänker man att det här var en väldigt bra familj, där kanske vi kan placera någon mer som behöver det som den här familjen verkar kunna ge. (Ansa Haapala, 1:e socialsekreterare, Tyresö)

Kanske bör man också tala om eftervård av familjehemmet. Det skulle bland annat vara att få veta att det går bra för klienten, efteråt.

En tjej som bodde här, hon visste inte hur hon skulle säga när vi gjorde avslut, när hon flytta, om hon skulle tacka eller hur hon skulle göra. Då vet jag att jag sa det att, *Visa att det går bra när ni kommer ut härifrån!* Det är tack! Då blir man ju glad när man ser och man kanske hör någonting om dem, att det är något som följde med och att de har följt någonting, att man planterar någonting i dem, kanske lite djupare, som kommer fram någon gång. Det tror jag hos alla, det spelar ingen roll *hur*. Det är någonting som sätter sig, som de tar med sig, som de aldrig glömmar. Vi har fått ett väldigt bra förhållande så det känner ju jag att hur det än går kommer vi att vara vänner för livet. De är så positiva och vill verkligen, de kämpar. Och då är jag alldeles övertygad om att de klarar det. (Anki Hulting, familjehemsvård)

Det hör till familjehemsvårdens normalitet att ha en realistisk förväntan på vad som menas med att det har ”gått bra” för klienten.

På något vis finns det mycket som är bra, många olika nivåer som är bra. Man får inte ta någon personlig nivå som ska vara något målsnöre. Nej, det är kort tid, det är mycket kort tid. (Anki och Bertil Hulting, familjehemsvårdar)

Kvinnor i familjehem

Den här texten är ett styckverk. En uppräknings av det som saknas är recensentens uppgift men jag vill peka på att familjehemsvården, liksom socialtjänsten i övrigt, är en uppgift för kvinnor *och* män. Deras respektive uppgifter ser antagligen lite olika ut. En normaliseringsprocess kräver impulser från båda håll. Att försöka analysera kvinnliga respektive manliga uppgifter och betydelser i vården är en legitim uppgift som jag lämnar åt andra. Det här avsnittet är blott en markering av behovet av balans även på familjehemsvårdens område, om än ensidigt rubricerat.

Kvinnorna i familjehemsvården kan, som männen, delas i tre kategorier. Mest framträdande är familjehemsmamman. Därtill kommer naturligtvis den kvinnliga klienten/gästen. Ytterligare en kategori är den placerade mannens eventuella kvinnliga partner. Andelen kvinnor av de vuxna som placeras i familjehem är ca 20 procent.⁴¹ Erfarenheten tycks vara att kvinnor mer sällan än män väljer familjehem. En anledning kan vara att det i många fall är kvinnan i familjen som dominerar det man kan kalla för fostran, och att det lättare blir en konflikt mellan familjehemsmamman och en kvinnlig gäst än mellan familjehemsmamman och en manlig gäst. Vårdformens betoning på träning och fostran skulle alltså verka till kvinnliga klienters nackdel.

Ytterligare en anledning kan vara att kvinnliga missbrukare inte sällan utsatts för sexuella trakasserier, om inte som barn eller ungdom, så som missbrukare. Det kan vålla en (fiktiv) konflikt mellan en kvinnlig klient och familjehemspappan.

Jag tyckte att det var så ruskigt jobbigt med den här flickan och det tyckte väl min man också, för det är ju det här att de har varit utsatta för sexuella övergrepp och att de har en provocerande attityd. Det är ganska jobbigt att visa värme och känsla och kärlek utan att det blir sex, så att säga. Han var väldigt rädd för det. Ja, jag tyckte det var jobbigt. (Sol-Britt Rönnberg, familjehemsvård)

Om familjen är fulländad och perfekt är det oerhört svårt att komma in som en placerad person. Det är ogörligt nästan. Vi talar om en skala 1–10 och 10 som fulländad och 1 som inte ens på väg. Då är det ju där i mitten, kanske lite neråt så här, som man kan pendla. Men börjar man komma uppåt 8 är det svårt, speciellt för tjejer har vi upptäckt. Det gäller alla tjejer, inte bara från LVM. Det är för att kvinnorna i familjehemmen ofta är väldigt starka. Det är kännetecknande att det finns en stark kvinna som *bär* hela familjehemmet. Men vi jobbar mycket för att hitta familjehem där det finns *en stark man*. Det finns några stycken, jodå. (Ingrid Solén och Leila Ågren-Burström, konsulenter, Credo)

Det är tänkbart att en kvinnlig gäst löper större risk att bli nedlåtande behandlad av

familjehemmets omgivning, inte minst på en mindre ort. Kvinnors större utsatthet som missbrukare följer dem även i familjehemsvården, kanske ihärdigare än för män.

Inför placering i familjehem gäller det att göra klart i vilken mån en partner kommer att figurera i sammanhanget. Dyker problemet upp i efterhand måste det lösas snabbt som ögat, inte få haka upp sig på preliminära överenskommelser. Så länge placeringen planeras och så länge klienten bara kommer "på besök" är situationen teoretisk, det vill säga ofullständig och ett antagande. Först när klienten är på plats och har varit så en tid vet man hur det verkligen är, "i praktiken".

Familjehemmet hade inte räknat med att flickvännen skulle komma och hälsa på var fjortonde dag. Så det blev en pressad situation trots att vi hade haft en nätverksträff då vi pratade om det här. Det kunde vi lösa genom att vi sa att OK, låt Kalle åka ut med sin flickvän, vara borta över en natt och komma tillbaka, så att inte hela tiden familjehemmet skulle känna något direkt ansvar för frukost, mat och passning åt en flickvän. Det är ju inte förrän klienten *är* i familjehemmet som man ser vilka problem som kommer att dyka upp. Men att ta dem *snabbt som sjutton* och lösa dem, det är viktigt. Vi ska stötta klienten där, för han har kanske fått ett löfte från sociala om att så och så ska vi göra, eller har en förväntan att så och så ska hända. (Christina Pettersson, avdelningsföreståndare, Rällsögården)

Många klienter i familjehemsvården är ganska ensamma i världen. De har kanske dragit sig undan. Den kontakt de har kvar längst är med mamman eller kanske med mormodern. Föräldrarna har ofta skilt sig. Pappan kan ha försvunnit i missbruk. Mammorna håller i regel fast. Eller kanske en moster.

De är borta bägge två. Inga syskon, bara kusiner, men de är inget att bry sig om. Nej, jag har ingen kontakt med dem. Jag har en moster som har blivit opererad. Och jag har varit orolig när hon inte har svarat. Och då har inte jag varit med på alla grejer familjehemmet har haft. För moster är det enda jag har kvar. Men nu var hon på bättringsvägen. Jag brukar åka dit ibland, men det är inte så ofta. Vi brukar ringa. (Evert, gäst)

Oftast ser familjehemsvården positivt på släktrelationer även om de i undantagsfall kan vara ett problem och ett hinder för rehabilitering. Men familjehemsvården räknar i regel inte med hjälp från klienternas anhöriga. Ofta finns det ett krux mellan klient och anhöriga. Relationen kan ha bidragit till missbruket eller kan ha skadats av det.

Balans och begränsningar

Trots en potentiellt obegränsad flexibilitet har även familjehemsvården mått på förmågan.

Det enda är väl egentligen att folk inte är våldsamma och våldsbenägna. Och för snurriga får de ju inte vara, det går inte. Att man är någorlunda social så att man kan anpassa sig lite. Men annars finns det inga regler. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Förutom kravet att klienten inte ska ha vissa problem och svårigheter – för att skydda familjen, finns det krav även på familjen – för att skydda klienten. RFF insisterar på att familjehemmet ska ”kunna *avstå från eget bruk av alkohol* i hemmet under vårdtiden” om den placerade är missbrukare. Inte ens när gästen har gått och lagt sig får man ta ett glas.

Man får inte dricka alkohol när man har placeringar. Det gör ju också att det blir svårt (att rekrytera). Att inte ens få dricka lättöl till lördagssteken. Det har hänt att vi har känt att de absolut inte kan tänka sig att inte få dricka. De vill ha det här glaset vin på kvällen på fredagen och de säger nej. Tvärt. Vi informerar vid första besöket.⁴² Och så får de papper (information). Sen är det ju så att när gästen är på ledighet – man får ju åka på ledighet om man har någonstans att åka, du har en helg i månaden – om familjen dricker lättöl då det kan ju inte vi lägga oss i. Vi måste ju lita på familjen. De får skriva på ett avtal också med oss. (Anna-Karin Nilsson, konsulent, Bergslagsgårdar)

Höga krav ger i dag konkurrens om bra familjehem.⁴³ Det ökar trycket på förmedlingsorganisationerna, vilkas främsta uppgift är att handleda familjen. Ur familjehemmets synvinkel är det avgörande att arbetsfördelningen upprätthålls. Konsulenter först för familjen, socialsekreteraren först för klienten.

Deras (konsulentorganisationen) roll är i första hand att stötta familjen. Så ser jag det. Och vår roll är att tänka på den långsiktiga rehabiliteringen för klienten, i och för sig tillsammans. Beror på om det är familjevården som ska finnas kvar på sikt, gör man ju rehabiliteringsplanen längre fram, men annars är det vår uppgift att hålla i den sociala planeringen, rehabiliteringsplaneringen, men där man naturligtvis måste prata ihop sig. (Ansa Haapala, 1:e socialsekreterare, Tyresö)

De (en konkurrent) har ett antal hem här i området. Det har varit några stycken som har tagit kontakt med oss. (Vad är de missnöjda med?) Det är handledningen, det är kontinuiteten. Det är för mycket klientcentrerat. Vi kör ju på familjen så att säga, deras normer, värderingar och ger dem i första hand handledning, medan de (konkurrenten) inriktar sig på klienten och kör något sidorace där då, som de (familjehemmet) är missnöjda med. (Jörgen Österberg, projektanställd konsulent, Bergslagsgårdar)

Ur klientens/gästens synvinkel kan det förstås se annorlunda ut.

Men jag blev inte bemött på ett sånt sätt som jag hade velat bli bemött, för det susade in en konsulent som kom, satte sig, drack kaffe, med en portfölj, en hatt som han la på stolen. Och det var så myndigt, och man satt där och man hade knappt tid, varken med familjen eller med mig. Och där stod familjen ensam, och hade ingen att fråga eller vända sig till. Och försökte man få tag i den här konsulenten via telefon eller någonting så, ja man hade svårt att få tag i dem. Och det var väl mycket det, vad mycket *mer* man skulle kunna göra som den här konsulenten. Och det ser jag ju själv i dag, vad mycket mer jag kan göra än vad de gjorde för mig. (Sonnie Rommestam, konsulent, RFHL Värmlandsgårdar)

Konsulenter ägnar sig givetvis även åt klienten eftersom kännedom om klientens si-

tuation är första förutsättning för god matchning och relevant handledning. Matchningen följs upp genom en balanserad relation till såväl klient som familj. Fördelningen är komplicerad om än inte vanskelig.

Jag försöker alltid vara tydlig i de här relationerna. Pratar jag med klienten går jag efteråt och säger det till familjen för de måste ju veta vad som händer, de måste i stort sett *veta allt*. Visserligen oerhört privata saker kan man undanta. Men i stort sett allt för annars blir ju familjen utanför, och samtidigt är det de som är behandlarna egentligen. Det är ju de som ska besitta kunskapen om klienten, för annars kan de ju inte göra ett korrekt jobb med klienten. Om man har lite sidokör med klienten då undrar familjen vad det är som händer. Jag tycker det blir otydligt. Jag kan tänka mig att familjen upplever att det blir väldigt luddigt. Vad ska vi göra här, när han (konsulenten) går ut en timme med honom (klienten) och kör sitt eget race? Ansvaret blir diffust. Rollerna blir diffusa. Jag försöker lägga ansvaret på familjen. Det gör jag absolut. (Jörgen Österberg, projektanställd konsulent, Bergslagsgårdar)

Våra familjer är vardagsfamiljer som är experter på vardagen, och jag är mitt emellan. Jag kommer var fjortonde dag för handledning. Resten får familjen hantera. Och jag finns på telefon. Jag har jour. Men det underlättar ju betydligt om det finns ett nätverk runt gästen och om han inte är alltför skadad av drogerna. Däremot har vi haft högkriminella som har gått väldigt bra också. Tungt kriminellt belastade går bra i familjevård. Man kan inte generalisera. Jag tror att det ligger väldigt mycket i motivationen, att man förstår vad man ger sig in på. Men det får inte vara för mycket psykiska problem för det hanterar man inte i familjen utan man bränner ut familjen, och det är inte meningen. (Jeanine Brunn, konsulent, Bergslagsgårdar)

Familjehemsverksamheten är stadd i utveckling. En av utvecklingslinjerna gäller vem som ska ha ansvaret för klientens rehabilitering. Placerande kommun har i bästa fall en upparbetad kontakt med den klient man placerar i familjehemsvården. Å andra sidan är socialförvaltningen i dag överbelastad. Konsulentens primära uppgift är att stötta familjen, som alltså har klienten nära under dygnets alla timmar.

Klienten är i regel närvarande när konsulenten kommer på besök för att handleda familjen. För klienten blir bilden nödvändigtvis diffus. Vad ska tas upp med konsulenten, med familjen, med socialsekreteraren? Eftersom utvecklingen tycks gå mot allt tyngre problematik hos gästerna, är denna fråga viktig.

Då kanske Credo gick in lite mer, faktiskt, på klientnivån. Det kan jag tycka är en skillnad. De hämtade någon någonstans och körde, pratade med klienten. (Ansa Haapala, 1:e socialsekreterare, Tyresö)

Credo satsar medvetet på att familjehemmet ska professionaliseras, vilket är en andra utvecklingslinje. Den första är vilken kategori av proffs som ska ta sig an klienten. Om konsulentorganisationen eftersträvar "utbildade" familjehem tar den också ett större eget ansvar för klienten. Ramlösa Social Utveckling AB tillhandahåller "en 'frisk helhet' – med eget boende, utbildning eller arbete, socialt nätverk samt fritidsaktiviteter". Bolaget "skräddarsyr" en "individuell rehabilitering tillsammans med klienten och ansvarig placerare".

Den hejdlösa nedskärningen av institutionell missbrukarvård öppnar vägen för en nisch av privat företagande på området. Avgörande för resultatet av den utvecklingen är dels hur de allra tyngsta klienterna kommer att behandlas, dels i vilken utsträckning den privatiserade familjehemsvården förmår bevara balansen mellan professionella insatser och den läkande förmågan men också slutenheten hos en "vanlig" familj.

Familjehemmen *är* ju privata. Och då blir klienten väldigt utelämnad. Min personliga uppfattning är att familjehemssystemet är bra när det gäller att ge klienten närhet och kontinuitet, men nackdelen är att det är så slutet och just privat. Vad händer när handledaren (konsulenten) stänger dörren till familjehemmet och går? Då tänker jag på både barn och vuxna. (Harriet Lundefors, institutionschef, Rällsögården)

En ny typ av institution?

Kan man se till exempel stiftelsen Bergslagsgårdar som *en ny form av behandlingsinstitution*? Verksamheten är decentraliserad, åtminstone till Örebro och Värmlands län. De professionella (konsulenterna) finns samlade i ett kontor varifrån de kommunicerar, på flera sätt, med klienter, uppdragsgivare och den personal (familjehemmen) som kontinuerligt finns i klienternas (gästernas) närhet. Familjevårdsinstitutionens gränser blir mer flytande än gränserna är för en gammaldags organisation. Den nya formen kan involvera familjemedlemmar, grannar och vänner i uppgiften. Företag, myndigheter och föreningar på orten är potentiella intressenter i denna nya institution. Familjehemmet har gästen boende hos sig dag och natt och kan påverka klienten effektivt och naturligt. Omgivningen slussar varsamt klienten ut ur kategorisering och in i samhällsgemenskap.

Kanske kan en sådan lösning undvika några av den traditionella institutionens begränsningar och onaturlighet. Det skulle kunna *bildas* en unik och individuellt anpassad "institution" runt varje klient som befinner sig i familjehem, i stället för som nu att klienten "stoppas in" i en *redan färdig* institution som måste kunna passa för många olika klienter. I denna individfokuserade institution infogas successivt nödvändiga delar av hela vår samhällsapparat. Kännemärket skulle kunna vara att *hela* samhället (byn, orten, kommunen) får ansvaret för rehabiliteringen. En sådan allomfattande integrerad institution – med familjevårdshemmet som kärna – har förutsättningen att *bete sig normalt*, om vi med normalt menar att klienten betraktas som en individ bland andra individer inte som en av en kategori. En institution som beter sig normalt är kanske en paradox men behöver inte vara det.

Jag har i ett annat sammanhang hävdad att den ordinära behandlingsinstitutionen, av typen LVM-hem, ger klienten en tid utanför den vanliga tiden, i ett gränsområde från vilket en förändring blir möjlig om de rätta förutsättningarna ges när klienten går tillbaka till den normala verkligheten. I dag ges inte dessa förutsättningar. Därmed blir institutionsvistelsen endast en tillfällig timeout.

Jag tycker att det här, det är ju verkliga livet. Det här är ju inte ett behandlingshem. Där är det ju mer en drömvärld. Sedan när du kommer ut så är det ju inte så att ... Här får man ju lära sig

själv från början, att vara *normal*. Jag har ju varit på såna behandlingshem där gick folk omkring med stora lyckliga leenden. Och allt var bra. Det fanns inte ett enda problem och det hade vi också diskussion om. Vad händer ...? Det är klart, då har man ersatt drogen med någonting annat, och det är med deras metod. Men vad händer när man hamnar utanför den metoden? Då är man ju lätt tillbaka igen. Då har man ju ingenting. Men här är det ju liksom mer normalt, det är inga konstiga samtal och så. (Magnus, gäst)

Den nya typ av institution som jag skisserar skulle inledningsvis, för många klienter, främst vara en eftervårdsorganisation. En tid på institution, av tvång eller frivilligt, kan under överskådlig tid vara nödvändig men meningsfull på ett annat sätt om den kunde följas av en effektiv eftervårdsorganisation. Familjehemmet som nav i en integrerad och utspridd institution byggd runt den enskilde klienten och som självklart inbegriper familjehemmets omgivning i vid bemärkelse stöter kanske emot det förhållandet att hemmen i dagens familjehemsvård ser sig som lite udda, lite anorlunda än omgivningen. Det är möjligt att "grannar och vänner" inte är att räkna med i en första omgång utan att den integrerade institutionen främst får räkna med juridiska snarare än fysiska personer. Lokala företagsföreningar, ideella organisationer, kommunala och statliga myndigheter skulle kunna vara ram och bas i en individfokuserad familjehemsinstitution.

Familjehemsvårdens vanlighet och normalitet är intressant även för den naturliga *variation* hos olika familjehem som kan utnyttjas i vården, framför tanken att en viss strategi skulle kunna tillämpas av flera familjehem oavsett vars och ens inboende och självfallna variation. Om det finns tillräckligt många olika bra familjehem är familjehemsvården (sammantagen i en region) en omsorgsinstitution med elasticitet. Gränserna för familjehemsvårdens smidighet sätts bara av fantasin och modet att pröva.

En del från psykvården, renodlat, och även par, familjer, gravida barn som föder i familj. Det är väldigt skönt tycker jag att det inte är så fyrkantigt utan det blir ett slags *servicebeteende*. Det ringer folk hit och frågar: Tror ni att ni kan placera den här? Ja man försöker och man kan tänja lite och så, för det handlar ju bara om familjerna egentligen, om de är villiga att ta emot. (Bjarne Larsson, konsulent, FamVux)

Familjecentrerad eller klientcentrerad

Det förefaller välbetänkt att familjehemmet får sitt stöd av en konsulent som har en bakgrund som liknar familjens och som har byggt sin professionalitet på den bakgrunden. Det borgar för att familj och konsulent kan förstå varandra även på ett intuitivt plan. Det är lika "naturligt" att familj och socialsekreterare i stort sett vilar på en gemensam värderingsgrund även om den erfarenhet som framförallt delas är erfarenheten av att inte själv ha missbrukat alkohol eller narkotika. På den behandlande sidan, i den rehabiliterande aspekten, är det således välförsett med överensstämmelse, kompatibilitet.

Klientens/gästens situation är lite annorlunda. Gästen har kort sagt ingen person, åtminstone ingen officiell person, som stödjer och försvarar gästens missbruksnormalitet. Det finns ingen som står på gästens sida och försvarar det liv han levt. Anledningen är uppenbar: missbrukets normalitet är skadlig för såväl gästen som gästens familj och för hela samhället. Trots denna menlighet representerar missbruket en kunskap och en erfarenhet. Kvar står problemet att den som ska ta klientens parti eller åtminstone stå på klientens sida *inte* har klientens kunskaper och erfarenheter, i alla fall inte på det sätt som konsulenten i regel har grundläggande delar av familjehemmets kunskaper och erfarenheter.

Medan den familjecentrerade aspekten av familjehemsvården i betydande grad kan antas bygga på symmetriska värderingar och erfarenheter mellan konsulent (socialsekreterare) och klient måste den klientcentrerade aspekten av familjehemsvården anses bygga på asymmetriska kvardröjande värderingar och erfarenheter mellan klient, konsulent, socialsekreterare och familj.

Mot den bakgrunden är det inte orimligt, snarare tvärtom, att konsulentorganisationen och socialförvaltningen i sin verksamhet ger rum också för behandlare vars professionalitet inte enbart består av en teoretiskt tillägnad och/eller indirekt erfarenhet av missbrukets normalitet. Vårt land hyser i dag ett antal rehabiliterade missbrukare med intresse för missbrukarvård. Deras krafter bör utnyttjas, även inom familjehemsvården.

Jag sitter inte här och slår på någon trumma och säger att alla familjevårdskonsulenter och såna som jobbar med sånt här ska vara gamla narkomaner. Det är inte det jag säger. Men jag säger att för att jag har varit gammal narkoman så ska man inte rata mig och stoppa mig med att jobba med det här för jag tror att jag kan vara minst lika bra som den som är socionomutbildad. Det är det jag säger. (Sonnie Rommestam, konsulent, RFHL Värmlandsgårdar)

RFHL Värmlandsgårdar har sökt inträde i RFF, ännu utan framgång. RFF har i detta fall följt sina stadgar och etiska regler som bland annat kräver att konsulenten har socionomutbildning eller motsvarande. I det aktuella fallet har RFF:s styrelse erbjudit Rommestam en "konsulentutbildning" motsvarande 10 akademiska poäng samt rekommenderat RFHL Värmlandsgårdar att vid aktuell utökning av personalen rekrytera en socionom som konsulent. Erbjudandet är ett tillmötesgående från RFF:s sida, även om den polemiskt lagde kan få den kätterska tanken att RFHL som motdrag skulle kunna erbjuda RFF:s konsulenter en motsvarande utbildning i den erfarenhet och kunskap som fås ur långa och förödmjukande perioder i missbrukets normalitet.

RFF förbereder enligt uppgift ett auktoriseringsförfarande när det gäller medlemsenheterna. Auktorisering kommer bland annat att förutsätta viss formell utbildning, fortbildning och antal år i aktuell verksamhet. Man får hoppas att en auktorisering undviker risken att ytterligare befästa avståndet mellan missbrukserfarenhet och icke-missbrukserfarenhet.

Min uppfattning i saken är att RFF kan tänkas bli en sammanhållande kraft för den vuxna familjehemsvården. Uppgiften blir dubbelriktad, dels med krav på familjevårdsenheterna dels med krav gentemot kommunerna. Den viktigaste uppgiften är nog att bevara *en kvalitativ mångfald* i verksamheten där personlig lämplighet, lämplig erfarenhet och formell kompetens ges en kontinuerligt kontrollerad balans. Risken med en ensidig betoning på formell kompetens och teoretisk utbildning är att familjehemsvården mister sin unika kvalitet – värdesättandet av "vanlighet" och "normalitet" – av det vardagliga livets prioritet framför det artificiellt och teoretiskt kunskapsbemängda.

Jag har inte närmare undersökt samspelet mellan konsulentorganisationernas respektive personal och styrelse. Här finns emellertid ett intressant utrymme för olika lösningar i avvägningen mellan praktisk erfarenhet och formell kompetens. RFHL Värmlandsgårdar har enligt uppgift en aktiv styrelse med relevant formell kompetens som svarar mot och kompletterar konsulenter som i sin tur förstår att engagera sin styrelse i konkreta policyfrågor.

