

# Allierad eller alienerad?

Om anhöriga och LVM-vård



**Karin Berg**  
**Frida Petersson**  
**Anette Skårner**

FORSKNINGSRAPPORT

ISBN 978-91-87053-94-8

Allierad eller alienerad? Om anhöriga och LVM-vård

Nummer 1 år 2023

Publikationerna finns att beställa eller  
ladda ner från SiS webbplats.  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**Engelsk titel:**  
Institutional Care in Focus

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse  
Box 1062  
171 22 Solna

# Allierad eller alienerad?

Om anhöriga och LVM-vård

# Innehåll

<b>Allierad eller alienerad?</b> .....	1
<b>Om anhöriga och LVM-vård</b> .....	1
<b>Sammanfattning</b> .....	3
<b>Inledning</b> .....	4
<b>Studiens upplägg och genomförande</b> .....	9
Empiriskt material – intervjuer och fokusgrupper .....	9
Kort om studiens deltagare .....	10
Enskilda intervjuer med klienter och anhöriga – urval och genomförande.....	11
Fokusgruppsintervjuer med personal.....	13
Bearbetning och analys.....	13
<b>Resultat</b> .....	15
Tema 1: Relationen mellan klienter och anhöriga i det ordinarie livet ...	15
Klienterna .....	15
De anhöriga.....	18
Sammanfattande kommentar .....	24
Tema 2: Kontakten mellan klienter och anhöriga under tiden vid LVM-hemmet.....	25
Klienterna .....	26
Anhöriga.....	32
Personalen .....	37
Sammanfattande kommentar .....	42
Tema 3: Anhörigas involvering i LVM-vården.....	43
Klienternas perspektiv .....	44
Anhörigas perspektiv.....	46
Personalens perspektiv .....	49
Sammanfattande kommentar .....	54
<b>Avslutande diskussion</b> .....	56
Klienternas sociala relationer viktiga men komplicerade .....	56
Familjesolidaritets kontra medberoende .....	57
Anhörigrelationer under LVM-vården.....	58
Anhörigas delaktighet och funktion i vården .....	59
<b>Till sist</b> .....	61
<b>Referenser</b> .....	63

# Sammanfattning

Rapporten sätter fokus på anhöriga till klienter inom LVM-vården ur såväl klienternas och deras anhörigas som personalens perspektiv och erfarenheter. Den bygger på resultaten från ett SiS-finansierat forskningsprojekt som startade 2017: "Allierad eller alienerad? Om hur samspelet mellan klienter, anhöriga och personal formeras och utvecklas under LVM-vården." En samstämmig forskning lyfter fram meningsfulla och stödjande sociala relationer som centrala element i (åter)uppbyggnaden av ett stabilt ordinarie liv. Sociala relationers inflytande på drogproblem och deras lösning är emellertid komplext och tillgången till ett socialt nätverk är inte självklart stödjande i sig. I dag påtalas vikten av att uppmärksamma anhörigas roll och betydelse inom vård- och omsorgsverksamheter samtidigt som forskningen pekar på brister såväl när det gäller organisatoriska förutsättningar som ett tydligt uttalat anhörigperspektiv. LVM-vården har här särskilda förutsättningar redan genom klienternas begränsade handlingsfrihet och möjlighet att hålla kontakt med livet utanför som följer av tvångsvården.

Studien bygger på kvalitativa intervjuer med klienter och deras anhöriga samt fokusgrupper med personal från fyra LVM-institutioner, två för män och två för kvinnor.

Resultaten visar att såväl klienterna som deras anhöriga upplevde svårigheter att upprätthålla kontakten under pågående LVM-vård. Personalen tenderade att dela upp anhöriga utifrån de binära kategorierna "problem" eller "resurs" vilket vägledde arbetet med att begränsa respektive möjliggöra kontakt med anhöriga. Resultaten synliggör också att anhöriga inte involveras i sina närståendes vård i någon större utsträckning vare sig under tiden vid LVM-hemmet eller i den fortsatta vårdplaneringen, trots att sådana önskemål i varierande utsträckning uttrycktes av såväl klienter som personal och inte minst av de anhöriga själva. En individuellt orienterad syn på vård och behandling tillsammans med institutionsmiljöns utformning, bristande tid och kompetens hos personalen och inte minst synen på anhöriga som "problem" är några möjliga barriärer för att ta tillvara anhörigas erfarenheter och engagemang. En rimlig slutsats av studiens resultat är betydelsen av ett medvetet och artikulert anhörigperspektiv och av ett relations- och nätverksfokuserat arbete där klienternas möjlighet att upprätthålla och stärka kontakten med anhöriga under vårdtiden underlättas och där – när klienten själv önskar – anhöriga bjuds in till ett framåtsyftande samarbete kring klientens fortsatta rehabilitering.

# Inledning

Vi har alltid stått varandra nära, men sedan är det väldigt tufft för dom att det är som det är. Det är som hela familjen lever med det. Att dom har haft så fullt upp med mitt missbruk att dom tar igen sig nu när jag sitter på LVM. Dom säger det som en tröst, men jag blir ju familjens svarta får, allt är mitt fel känns det som. (Kvinna 32 år)

Den här rapporten sätter fokus på anhöriga till klienter inom LVM-vården ur såväl klienternas och deras anhörigas som personalens perspektiv och erfarenheter. Den bygger på resultaten från ett SiS-finansierat forskningsprojekt som startade 2017: "Allierad eller alienerad? Om hur samspelet mellan klienter, anhöriga och personal formeras och utvecklas under LVM-vården." Ambitionen med rapporten är att bidra till en bättre kunskapsgrund för att förstå och förtydliga anhörigas betydelse och roll i samband med LVM-vård: en kunskap som förhoppningsvis också kan vara användbar för att omsättas i det praktiska vardagsarbetet på institutionerna på ett sätt som kan vara till gagn för både klienterna och deras anhöriga. Rapporten utgör ett komplement till studiens vetenskapliga publikationer<sup>1</sup> och riktar sig till en bredare publik, såväl personal inom LVM-vården som andra aktörer på området – och naturligtvis till personer med egen levd erfarenhet av fenomenet.

En övergripande utgångspunkt för rapporten är att processen in i och ut ur en problematisk droganvändning<sup>2</sup> sker i ett socialt sammanhang, vilket berör och involverar även människor som finns i personens närhet (t.ex. Skårner, 2001). En samstämmig forskning som belyser återhämtningsprocesser lyfter fram meningsfulla och stödjande sociala relationer som centrala element i (åter)uppbyggnaden av ett stabilt ordinarie liv (t.ex. Best et al., 2009; McIntosh & McKeganey, 2002; Neale et al., 2014). I förändringsprocessens initiala skede kan anhöriga fungera som stöd, men även risken att förlora eller skada betydelsefulla personer kan initiera förändring (t.ex. Von Greiff & Skogens, 2014). Konstruktivt stöd från det sociala nätverket har även visat sig ha en positiv påverkan på människors benägenhet att söka hjälp för sina drogproblem och för utfallet av behandlingen. Exempelvis minskas risken för återfall och för att personen avbryter vården i förtid (t.ex. Kidorf et al., 2016; Orford et al., 2005).

---

1 Berg, K., Petersson, F., & Skårner, A. (2021). Keeping significant concerned others at distance in compulsory treatment for people with substance use in Sweden. *Drugs: Education, Prevention & Policy*

Petersson, F., Berg, K., & Skårner, A. (2021). Locked up and locked out: Client perspectives on personal relations while in compulsory drug treatment. *Contemporary Drug Problems*.

Skårner, A., Berg, K., & Petersson, F. (kommande) Family members' experiences of compulsory drug treatment (preliminär titel)

2 Vi använder genomgående i rapporten begreppet "droger" vilket inkluderar såväl alkohol, narkotika och andra substanser som (ej förskrivna) läkemedel.

Sociala relationers inflytande på drogproblem och deras lösning är emellertid komplext och innefattar såväl möjliggörande som begränsande aspekter. Tillgången till ett socialt nätverk är inte självklart stödjande i sig. Relationerna kan vara ansträngda, skuldtyngda, konfliktfyllda eller distanserade – som en konsekvens av droganvändningen eller av andra skäl – vilket naturligtvis inverkar på hur och vilket stöd som förmedlas i relationen (t.ex. Orford et al., 2013; Skårner & Regné, 2003; Tracy et al., 2014; Veseth et al., 2019).

Att människor med drogproblem ofta har komplexa relationer till sina anhöriga avspeglas även i LVM-vårdens klientgrupp. Så kallade LVM-utredningar som kan utmytna i en ansökan om tvångsvård initieras inte sällan av socialtjänsten efter anhörigas orosanmälningar (Runquist, 2012). Anhörigas proaktiva agerande kan i vissa fall, i varje fall initialt, innebära påfrestningar på relationen till klienter som motsätter sig denna vårdform (Runquist, 2012). Av sammanställningen av DOK:s (Dokumentationssystem inom missbrukarvården) inskrivningsintervju för personer intagna på LVM-hem under 2012 (Statens institutionsstyrelse, 2013) framgår bl.a. följande: en stor majoritet (84 % av männen och 89 % av kvinnorna) betraktade någon i familjen (far, mor, syskon eller nära släkting) som ett stöd, men samtidigt uppgav hälften av männen och tre fjärdedelar av kvinnorna att det förekom allvarliga konflikter med de anhöriga. Det fanns också en mycket hög andel som hade någon i sin familj som antingen alltjämt hade eller hade haft missbruksproblem (46 % av männen respektive 60 % av kvinnorna). När det gäller motsvarande uppgifter för klienter med en partner uppgav hälften av männen och tre fjärdedelar av kvinnorna att partnern var ett stöd i vardagen, samtidigt som 16 % av männen och 46 % av kvinnorna uppgav att det fanns allvarliga konflikter med partnern. Vidare hade 16 % av männen och hela 55 % av kvinnorna en partner som hade eller hade haft ett eget missbruk.

I DOK-intervjun ställdes också en fråga med fokus på förändring. Hälften av männen och två tredjedelar av kvinnorna som var intagna på LVM-hem under 2012 önskade förändra något i sina relationer, och intressant nog är det relativt många som uppgav att de behövde LVM-institutionens hjälp med detta (36 % av männen och 53 % av kvinnorna). I senare publicerade sammanställningar av inskrivningsintervjun som omfattar personer som är intagna på LVM-hem finns inte motsvarande uppgifter om stöd/konflikter eller de anhörigas egna drogerfarenheter redovisade<sup>3</sup>. I stället redovisas erfarenhet av våld i nära relationer. Drygt hälften av kvinnorna och en fjärdedel av männen hade någon gång blivit utsatta för våld, hot eller övergrepp av någon närstående, och en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen hade själva utsatt någon närstående (Statens institutionsstyrelse, 2019a).

---

3 DOK-data från 2021 som vi fått ta del av via SiS HK visar liknande tendenser som 2012 när det gäller anhöriga med egna missbruksproblem samt klienternas behov av och önskemål om hjälp med att förändra relationer till anhöriga. Drygt hälften av klienterna, fler kvinnor (67 %) än män (45 %), uppgav att de har anhöriga med egna missbruksproblem. Över hälften av klienterna (58 % av männen och 65 % av kvinnorna) rapporterar även att de önskar förändra något i sina relationer, och av dem anser hälften att de behöver hjälp med detta (41 % av männen och 60 % av kvinnorna).

Studier som har fokus på anhöriga till personer med alkohol- och narkotikaproblem visar hur den närståendes droganvändning ofta får negativa konsekvenser såväl för den anhöriges egen hälsa och livssituation som för relationen mellan parterna. Konflikter, kommunikationssvårigheter, misstro och skuld är återkommande teman (t.ex. Andersson & Skårner 2015, 2017; Richert et al., 2018; Svensson et al., 2020). Orford et al., (1998; 2010) identifierar tre övergripande copingstrategier som anhöriga utvecklar för att hantera sin situation och relationen till den närstående: genom anpassning ("putting up"), tillbakadragande ("withdrawal") eller att genom aktiva "motstrategier" försöka förmå och stödja den närstående till att försöka upphöra med sin droganvändning ("standing up").

I flera sammanhang påtalas i dag betydelsen av att tydligare uppmärksamma anhörigas roll och betydelse inom vård och omsorgsverksamheter, bl.a. mot bakgrund av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (SoL 2001:453) enligt vilken kommunen ska erbjuda stöd till (vuxna) anhöriga till olika grupper av brukare, däribland anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblem. Utifrån rådande policy ses dessa anhöriga även som viktiga samarbetspartners vid planering av in-satser för den närstående, förutsatt att klienten har gett sitt samtycke (Socialstyrelsen, 2013). I en rapport från Myndigheten för vårdanalys (2016), "Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv", presenteras en kartläggning och analys av vad som ur ett brukarperspektiv uppfattas som viktiga resultat inom missbruks- och beroendevården. Bland de resultatområden som är särskilt viktiga för patienter/brukare ingår relationen till närstående och ett fungerande socialt nätverk. En god och stabil familjrelation ses som ett centralt mål för behandling och stöd och därutöver som en förutsättning för att nå andra framgångar, till exempel en fungerande social situation. En annan dimension handlar om att minska de negativa konsekvenser som missbruket/beroendet får för de närstående samt en önskan om att återfå relationer som gått förlorade. Även i denna rapport framhålls emellertid också relationernas komplexitet, exempelvis att närstående under lång tid kan bidra till skuld- och skamkänslor hos den som haft missbruks- och beroendeproblem.

I Socialstyrelsens (2019) nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården rekommenderas en rad relationsfokuserade behandlingsinsatser där anhöriga på olika sätt involveras i vård och rehabilitering i syfte att främja ett positivt behandlingsutfall och att initiera eller stärka stödjande mekanismer som fortsätter att verka efter det att behandlingen avslutats. Ett annat område för riktlinjerna är sociala stödinsatser som riktar sig direkt till anhöriga i behov av hjälp för att hantera sin anhörigsituation, eller insatser som involverar anhöriga i att motivera personer med missbruks- och beroendeproblem till att inleda och acceptera vårdinsatser<sup>4</sup>.

SiS egna riktlinjer för LVM-vården innehöll vid tiden för genomförandet av vår empiriska studie, år 2018, inga särskilda anvisningar när det gäller kontakten med barn eller vuxna anhöriga, utöver att det fastslås att klienten ska ges sådan möjlighet under institutionsvistelsen (Statens institutionsstyrelse, 2014). I dag finns emellertid tydliga riktlinjer som reglerar besök av barn på LVM-institution (Statens institutionsstyrelse, 2019b).

---

4 För en närmare genomgång av de olika familje- och nätverksrelaterade behandlings- och stödinsatser som rekommenderas i NR hänvisas till Socialstyrelsen (2019).



Studier som haft fokus på förutsättningar för en aktiv involvering av anhöriga i vård och behandling visar emellertid att detta inte är alldeles enkelt. Brister i organisatoriska förutsättningar och i kompetens hos personalen samt synen på de anhöriga som en del av problemet snarare än som en del av lösningen utgjorde några centrala barriärer enligt olika studier (t.ex. Orr et al., 2014; Selbekk & Sagvaag, 2016). De anhöriga själva däremot uttrycker, förutom att de önskar mer stöd både för egen del och för sina närstående med missbruksproblem, att de önskar en större involvering i den närståendes vård (Haskell et al., 2016).

LVM-vården har förstås särskilda förutsättningar för eventuell involvering av klienternas anhöriga redan genom att den bedrivs inom ramen för ett formellt tvång. LVM-lagstiftningen är ett exempel på en paternalistisk lagstiftning, dvs. den tillämpas för klientens skull, men oberoende av dennes samtycke (Runquist, 2012). Syftet med LVM-vård är att stoppa en destruktiv livsföring och motivera till frivillig vård där det slutliga målet är att klienten mer definitivt ska lämna missbruket<sup>5</sup>. Tvångsvård med stöd av LVM kan pågå som längst i sex månader, men det är lagstiftarens intention att klienten så snart det är lämpligt ska erbjudas "vård i annan form" utanför LVM-hemmet (27§ LVM). Det innebär en placering utanför institutionen, men klienten omfattas fortfarande av tvångslagstiftningen till tiden för tvångsbeslutet går ut, och kan återföras till LVM-hemmet vid misskötsamhet eller överträdelse av de regler som gäller för placeringen.

Ett tvångsomhändertagande är således ett kraftfullt ingripande i människors liv som inskränker deras autonomi och integritet, och vistelsen vid LVM-hemmet omgärdas av restriktioner i förhållande till livet utanför. Klienten kan inte välja att lämna institutionen, och möjligheten till att hålla kontakt med personer ur det sociala nätverket begränsas av såväl den avskärmning från livet utanför som institutionsvistelsen i sig innebär som de regelverk och praktiska omständigheter som reglerar möjligheten till kontakt.

Av den här korta inledningen framgår att anhörigas betydelse för återhämtningsprocessen från alkohol- och narkotikaproblem och anhörigas involvering i vård och behandling har belysts utifrån olika forskningshorisonter. Det vi vill bidra med i vår studie är hur såväl personal som klienter och de anhöriga själva ser på olika aspekter av anhörigas roll och betydelse inom ramen för den specifika kontext som utgörs av LVM-vård. I rapporten belyses följande frågeställningar utifrån parternas olika perspektiv:

- Från klienternas horisont: Hur ser klienterna på kontakten med anhöriga under vårdtiden och på de regler och rutiner som omgärdar denna? Vilken typ av funktioner anser klienterna att deras anhöriga kan fylla i förhållande till vård och rehabilitering?
- Från anhörigas horisont: Hur uppfattar anhöriga bemötandet från personalens sida? I vilken utsträckning inbjuder personalen till kontakt och samarbete under vårdtiden? Hur ser anhöriga själva på sin eventuella roll i närståendes rehabiliteringsprocess under och efter tiden på LVM-institutionen?

---

5 Tvångsvård kan beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk är i behov av vård och om vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt och personen till följd av missbruket 1) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara 2) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller 3) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (4§ LVM).

- Från personalens horisont: Vilken typ av erfarenheter har personalen av kontakter med vuxna anhöriga? När ses vuxna anhöriga som en resurs i behandlingsarbetet och som en tillgång för klienten? När ses de tvärtom som ett "problem"?

# Studiens upplägg och genomförande

Studien var förlagd till fyra LVM-institutioner, två för män och två för kvinnor. Urvalet av institutioner var strategiskt såtillvida att institutionerna kompletterade varandra med hänsyn till klientpopulationens kön, ålder och bakgrund samt organisatorisk struktur avseende avdelningar med olika grad av låsbarhet etcetera. Före starten underställdes projektet sedvanlig etisk prövning och godkändes av dåvarande Etikprövningsnämnden (Ref. nr. 1149-16). För att få en översiktlig bild av hur LVM-hemmen såg på nyttan och relevansen av kontakten med anhöriga och deras eventuella involvering i vården samt gällande praxis vad gäller exempelvis besök och annan kontakt mellan klienterna och deras anhöriga genomfördes inledningsvis en enkel postenkät som riktades till (och besvarades av) samtliga 11 LVM-institutioner. Ett syfte med kartläggningen var att få ett underlag för att utarbeta teman för intervjuer och fokusgrupper. Av sammanställningen framgick att regler och rutiner avseende klienternas möjlighet till kontakt med anhöriga varierar såväl mellan som inom institutionerna, där utformningen av regelverk och praxis i samband med exempelvis besök och telefonsamtal kan relateras till graden av låsbarhet vid enheten och till de särskilda befogenheter som institutionerna har i situationer "som kan äventyra vården eller ordningen vid hemmet" (§33a LVM), vilket ger personalen rätt att exempelvis neka besök eller telefonsamtal. Av enkäten framgick också att involvering av anhöriga i vården var sparsamt förekommande på samtliga institutioner och att inget systematiskt familje- eller nätverksorienterat arbete bedrevs. Vid våra besök på institutionerna genomfördes i samma syfte informerande intervjuer med en nyckelperson, oftast en ledningsperson, för att få en kompletterande bild av vad som gällde för den specifika institutionen. Vi tog även del av skriftlig dokumentation som beskrev regler och rutiner gällande anhörigkontakter. Vårt intryck är att de medverkande institutionerna speglar den stora variation som finns bland LVM-hemmen.

## Empiriskt material – intervjuer och fokusgrupper

Studiens empiriska kärna består av intervjuer med personal, klienter och deras anhöriga vid de fyra LVM-hemmen. Materialet samlades huvudsakligen in under perioden januari till oktober 2018. Enskilda intervjuer genomfördes med klienter och deras anhöriga, medan personal intervjuades i fokusgrupper. Sammantaget genomfördes 31 kvalitativa intervjuer med klienter, 14 intervjuer med anhöriga och fyra fokusgrupper med totalt 22 personal.

Fokusgrupperna med personal och enskilda intervjuer med klienter genomfördes under en sammanhängande tvådagarsperiod vid varje institution. På en institution (2) var det relativt få klienter på plats, vilket resulterade i ett kompletterande besök där ytterligare klienter intervjuades. Vid institution 1 och 3 genomfördes intervjuerna av samtliga tre författare, vid institution 2 och 4 genomfördes intervjuerna av Berg och Skårner. Inför våra besök skickade vi ut skriftlig information om projektet vilken delades ut till såväl klienter som personal. Intervjuerna med de anhöriga genomfördes i samtliga fall via telefon i så nära anslutning som möjligt till intervjun med respektive klient (mellan en och tre veckor).

## Kort om studiens deltagare

De klienter som deltog i studien var mellan 22 och 72 år (medelålder 38 år); 17 var män och 14 kvinnor. Hälften av de intervjuade vårdades enligt LVM för första gången, andra hade upp till åtta tidigare LVM-placeringar bakom sig. De intervjuades tidigare drogarefarenheter varierade stort och var delvis relaterad till ålder. Såväl alkohol, narkotika som läkemedel förekom, inte sällan användes en blandning av olika substanser, men med en tyngdpunkt på alkohol i den äldre gruppen och bland de yngre var narkotika dominerande. Drygt hälften av intervjupersonerna hade barn, av dessa hade tio personer barn under 18 år. Drygt en tredjedel hade egen bostad, övriga var bostadslösa eller bodde i tillfälliga boendelösningar före placeringen vid LVM-hemmet. Endast ett fåtal hade ordnad sysselsättning, den absoluta majoriteten var arbetslösa eller hade sjukersättning eller pension.

De intervjuade anhöriga, sju män och sju kvinnor, utgjorde en heterogen grupp människor avseende ålder och egen familjesituation, vilket i hög grad kan relateras till typ av anhörigrelation. Flertalet var föräldrar (5 pappor och 5 mammor), men även två syskon, en partner och en vän deltog i studien. Samtliga hade en ordnad boende- och sysselsättningssituation vid intervjutillfället. Två av de anhöriga hade egen levd erfarenhet av problematisk droganvändning.

Av den personal som medverkade i studien, 8 män och 14 kvinnor, var majoriteten delaktiga i den dagliga vården av klienterna. Flertalet var behandlingsassistenter, några var behandlingssekreterare, någon sjuksköterska och ett fåtal hade ledningsfunktioner eller programansvar. Åldersmässigt var de mellan 20 och 60 år, och deras yrkeserfarenhet inom tvångsvården varierande från några månader upp till 30 år.

TABELL 1: DELTAGARE

Institution	Institution 1	Institution 2	Institution 3	Institution 4	Antal
Intervjuande klienter	6	9	11	5	31
Intervjuade anhöriga	2	3	6	3	14
Fokusgrupper	5 deltagare	7 deltagare	7 deltagare	3 deltagare	22

## Enskilda intervjuer med klienter och anhöriga – urval och genomförande

Klienternas eget intresse av att prata om sina anhörigrelationer har varit styrande för urvalet, och utifrån detta skapades variation avseende faktorer som kön, ålder, missbruksbakgrund och familjesituation. Vi strävade också efter att få med klienter från olika avdelningar och som vistats olika lång tid vid institutionen. Så här i efterhand menar vi att vår ambition att fånga in en mångfald har gett god utdelning.

Våra besök på institutionerna inleddes med att klienterna fick muntlig information och möjlighet att ställa frågor om studien i anslutning till deras dagliga morgonmöte. Vi berättade också att vi önskade intervjuva någon av deras anhöriga, men att detta inte var något villkor för deltagande. Vi var sedan tillgängliga för klienterna om de ville ha ytterligare information, och de kunde anmäla sitt intresse för att delta antingen direkt till oss eller via personalen. Intervjuerna med klienter genomfördes i ett enskilt rum på institutionen, exempelvis samtalsrum, konferensrum eller liknande, och varade mellan 20 och 90 minuter. I slutet av varje intervju frågade vi klienten om möjligheten att tillfråga någon anhörig om att medverka i studien. Vi betonade att det som klienten berättat för oss under intervjun inte skulle föras vidare till de anhöriga. Några av klienterna svarade direkt nej på vår förfrågan; de ville inte blanda in eller ytterligare belasta sina anhöriga eller så fanns det helt enkelt ingen som de trodde var intresserad. Någon gång fick vi direkt kontaktuppgifter till någon anhörig, men oftast ville klienterna först prata med sina anhöriga och vi fick sedan besked via telefon eller sms om det var möjligt att ta kontakt. I vissa fall resulterade detta i ett besked om att de anhöriga inte var intresserade, i andra fall förmedlades kontaktuppgifter. I vilken utsträckning ett nej var ett uttryck för de anhörigas ovilja att delta eller för klientens egen tveksamhet är svårt att veta. Vi var av sekretesskäl måna om att ha en personlig dialog med klienten rörande anhörigas eventuella medverkan och inte gå via personalen.

Utifrån studiens fokus på vuxna anhöriga, definierades "anhörig" utifrån vem som klienterna själva uppfattade som tillhörande denna krets. Som redan framgått var urvalet av deltagande anhöriga helt beroende av klienternas medgivande och därefter var det de anhörigas eget beslut att delta. Denna stegvisa urvalsprocess uppfattade vi som den enda etiskt och praktiskt rimliga för att komma i kontakt med målgruppen, men det finns goda skäl att anta att den ledde till att de anhöriga som slutligen kom att delta i studien huvudsakligen bestod av personer som hade en aktiv och nära relation till sin närstående på LVM-hemmet. Utan att gå händelserna alltför mycket i förväg, kan vi emellertid konstatera att kontakten sällan uppfattades som alltigenom problemfri.

Så snart vi fått kontaktuppgifter till de anhöriga togs en första kontakt via telefon eller mail. I de flesta fall var de anhöriga redan förberedda av sina närstående om att vi skulle höra av oss och fråga om deltagande. Informationsbrev och samtyckesblankett översändes parallellt via e-post eller sedvanlig postgång. Vi bestämde tid för intervjun som av praktiska skäl, framför allt stort geografiskt avstånd, kom att genomföras via telefon. En begränsning med telefonintervjuer är att parterna inte kan se varandra eller läsa av varandras kroppsspråk, samtidigt som detta naturligtvis också kan upplevas

som ett skydd av intervjupersonerna, t.ex. minimera risken att bli igenkänd. Vår bedömning är att formen för intervjun inte utgjorde något väsentligt hinder för att närma oss även känsliga frågor och få fördjupad information kring de olika teman som intervjuerna kretsade kring. Intervjuerna tog mellan 30 och 70 minuter att genomföra.

Som stöd för de enskilda intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide baserad på forskningsfrågorna. Intervjuguiderna för klienter respektive anhöriga omfattade samma teman, men formulerades på olika sätt med utgångspunkt i deras olika position och perspektiv. Strukturen har emellertid inte följts slaviskt, utan intervjuerna har mer haft karaktären av ett fritt samtal kring angivna teman, vilket ligger i linje med studiens explorativa karaktär. Utrymme har på så sätt funnits för att fånga upp ytterligare aspekter utifrån vad intervjupersonerna själva valt att ta upp. Samtidigt har det varit viktigt för oss att inte övertala intervjupersonerna att ge oss mer information än de tänkt sig eller att genom alltför närgångna frågor kränka deras integritet. Vi har således inte aktivt ställt ingående frågor exempelvis kring levnadshistoria eller personliga problem. Även om intervjuerna utvecklades på olika sätt – i vissa fall var vår position framför allt att lyssna och att skjuta in frågor och kommentarer, i andra fall präglades kommunikationen mer av att vi ställde frågor som personerna besvarade – är vårt intryck att intervjupersonerna tog sig tid att öppna sig och dela med sig av sina erfarenheter och bemödade sig om att ge utförliga och genomtänkta svar.

Som redan framgått ställer studien höga krav på etisk medvetenhet eftersom den har som fokus en utsatt och marginaliserad grupp av människor och deras anhöriga. Det rör sig om människor som är föremål för samhällets (tvångs)insatser och därför befinner sig i en beroendeställning. Vid varje intervju har vi varit noga med att informera om syftet med undersökningen, om frivilligheten i deltagandet – inklusive att det var okej att avstå från att besvara vissa frågor eller att närsomhelst avbryta intervjun – och om konfidentialitet. Särskilt viktigt har det varit att betona att deras medverkan var frivillig och inte en del av deras eller deras närståendes tvångssituation samt att valet att medverka eller ej inte fick vara sig positiva eller negativa konsekvenser för den fortsatta vården. I samband med intervjuerna inhämtades även skriftligt samtycke. Samtidigt bör det framhållas att de intervjuade personerna inte stod i någon beroendeställning till oss och att flera förmedlade att det låg i deras eget intresse att få en möjlighet att genom studien föra fram sina synpunkter. Det kan förstås också vara en positiv och stärkande upplevelse att få berätta om sina erfarenheter för en intresserad lyssnare, och vårt intryck är också att de intervjuade genomgående tyckte att det kändes bra att få dela med sig av sina tankar och erfarenheter. Några uttryckte explicit att de hade viktig kunskap att förmedla. Vi hoppas att vi kunnat förvalta deras uppriktighet på ett rättvisande sätt och att intervjupersonernas erfarenheter och uppfattningar tydligt speglas i rapporten.

## Fokusgruppsintervjuer med personal

Med utgångspunkt i studiens frågeställningar genomfördes vid varje institution en fokusgruppsintervju med ett varierat urval av behandlingspersonal (se ovan). Rekrytering av deltagare skedde av praktiska skäl på förhand via den kontaktperson som organiserade vårt besök vid institutionen. Sammansättningen av personer i respektive fokusgrupp blev, utöver personalens eget intresse att delta, således även avhängig arbetsbelastning och andra förhållanden i den vardagliga praktiken på institutionen just den aktuella dagen. Vi vill här passa på att nämna att vi har fått god hjälp av både ledning och personal vid de medverkande institutionerna vid planering och organisering av våra besök, vilket har underlättat genomförande av projektet.

Mellan tre till åtta personal deltog vid fokusgrupperna som varade mellan en dryg timme till två timmar och spelades in efter deltagarnas medgivande. Intervjuerna genomfördes utifrån ett fåtal tematiska frågor med fokus på kontakten mellan anhöriga och klienter samt kontakt och (sam)arbete med anhöriga under LVM-vården. Vi betonade att syftet med fokusgruppen inte var att röja information om specifika klienter och deras anhöriga utan att fokus låg på personalens resonemang kring synen på och erfarenheter av kontakt med anhöriga. Samtliga fyra fokusgrupper genomfördes av Berg och Skårner tillsammans. En av oss fungerade som moderator och höll i diskussionen, såg till att hålla tråden i samtalen och att samtliga deltagare fick möjlighet att komma till tals. Den andra fungerade som observatör av processen, men kunde gå in och summera och fånga upp något tema som moderatören missat att utveckla.

## Bearbetning och analys

Samtliga intervjuer/fokusgrupper har efter deltagarnas medgivande spelats in på inspelningsapparat och därefter transkriberats. Det insamlade materialet och utskrifterna har förvarats så att det inte varit åtkomligt för obehöriga. I samband med transkriberingen av ljudfilerna har datan pseudonymiserats, det vill säga namn och andra biografiska data har ändrats för att förhindra att enskilda personers identitet röjs. Vi har också försökt skydda intervjupersonernas integritet genom att inte använda "alias" utan endast kön och ålder (klienterna) och när det gäller de anhöriga vilken relation de har till den närstående t.ex. "mamma" eller "bror". När det bedömts relevant framgår också annan information t.ex. den närståendes ungefärliga ålder. Vi har emellertid använt sådan information sparsamt för att försvåra för läsaren att "lägga pussel", och även om det hade varit intressant att jämföra de olika parternas bilder även på individnivå har detta fått stå tillbaka för risken att lämna ut enskilda personer eller att deltagare som eventuellt kommer att ta del av rapporten ska kunna känna igen varandras utsagor. En risk som inte helt kan uteslutas, men de ovan redovisade försiktighetsåtgärderna torde tillsammans med den tid på flera år som förflutit sedan vi samtalat med studiens deltagare ha minimerat denna. Däremot har den parallella läsningen av klienters och anhörigas intervjuer varit viktig för vår helhetsförståelse, och det är vår förhoppning att denna även kommer läsaren tillgodo i den text som här föreligger.

Vi har av samma skäl efter samråd med SiS valt att inte namnge de medverkande institutionerna eller att hänföra de olika utsagorna till en specifik institution. Avsikten med studien har inte heller varit att utvärdera eller jämföra institutionernas verksamhet.

Samtliga intervjuer och fokusgrupper blev föremål för en kvalitativ, tematisk analys i enlighet med Braun och Clarkes (2006) sex analytiska faser. Syftet var att rikta blicken mot olika erfarenheter och perspektiv såväl inom som mellan respektive deltagargrupp, vilket även innebar en reanalys av de delar av projektet som tidigare publicerats i andra sammanhang. Fas 1, bekanta sig med det empiriska materialet, och fas 2, skapa analytiska koder, skedde under transkriberingen, genom upprepade genomläsningar och i gemensamma diskussioner. Fas 3, söka efter teman och fas 4, revidera teman, utfördes både enskilt och gemensamt. Fas 5, definiera och ge namn åt teman, skedde samtidigt som rapporten skrevs (fas 6). Texten koncentrerades, och mindre centrala analytiska poänger reducerades bort.

Under arbetet med analysen växlade vi mellan att analysera klienternas, de anhörigas och personalens utsagor var för sig, och att jämföra de övergripande dragen från respektive deltagargrupp med varandra. Denna del av analysen möjliggjorde en förståelse för hur de olika perspektiven sammanföll med, respektive kontrasterades mot, varandra, vilket avslutningsvis i rapporten utgör utgångspunkt för en diskussion kring LVM-vårdens arbete med anhöriga och eventuella utvecklingsmöjligheter av detta. En grundläggande ambition för analysen var att visa på mönster och typiska drag och samtidigt ge utrymme för mångtydighet och komplexitet.

I framställningen har vi gett stort utrymme för citat ur intervjuerna, vilket ger läsaren möjlighet att kunna följa och själv bedöma rimligheten i vår analys och slutsatser. Den rikhaltiga presentationen av de ingående aktörernas erfarenheter och perspektiv så som de kommer till uttryck i vår studie speglar också vår ambition att rapporten ska kunna användas som ett underlag för fortsatta diskussioner och utvecklingsarbete inom SiS verksamhet.



# Resultat

Vi ska nu övergå till en redovisning av studiens resultat genom en tematiserad beskrivning och analys av vad klienterna, de anhöriga och personalen från sina respektive "utkikspunkter" förmedlat i intervjuerna. Även om de involverade aktörerna pekade på betydelsen av sociala relationer både för en framgångsrik återhämtningsprocess och för livet i stort, fanns det också skillnader som bland annat kan hänföras till de olika positioner som grupperna representerar.

Studiens resultat presenteras under tre huvudteman:

1. relationen mellan klienter och anhöriga i det ordinarie livet
2. kontakten mellan klienter och anhöriga under tiden vid LVM-hemmet
3. anhörigas involvering i LVM-vården.

## Tema I: Relationen mellan klienter och anhöriga i det ordinarie livet

Som en fond till hur kontakterna mellan anhöriga och klienter utspelas, hanteras och villkoras under tiden vid LVM-hemmet vill vi inledningsvis, genom några nedslag i intervjuerna, ta avstamp i livet utanför. Eller med andra ord, hur klienterna och deras anhöriga beskrev sina relationer i det ordinarie livet före LVM-vården. Som vi redan har varit inne på utgjorde de intervjuade klienterna en heterogen grupp människor med olika erfarenheter och livssituationer när det gäller såväl droganvändning som sociala och relationella förhållanden. Det som förenade dem var att deras droganvändning har fått så långtgående konsekvenser att de tvångsomhändertagits och placerats på en LVM-institution, vilket också inneburit ett, inte sällan dramatiskt, fysiskt uppbrott från vardagsliv och relationer på hemmaplan<sup>6</sup>. En omständighet som troligtvis färgade utsagorna från både klienterna och deras anhöriga.

### Klienterna

När vi bad klienterna att beskriva de mest betydelsefulla relationerna i sina sociala nätverk fick vi synnerligen olika svar som kan hänföras till skillnader i livslopp och social situation. De talade om föräldrar, syskon, partners, expartners, barn och andra släkting-

---

<sup>6</sup> Om det bedöms sannolikt att en person kan beredas vård enligt LVM och beslutet inte kan avvaktas med hänsyn till personens liv och hälsa kan ett omedelbart omhändertagande göras enligt 13§ LVM som sedan kan övergå i planerad vård. Andelen omedelbara omhändertaganden utgör en klar majoritet av samtliga intagningar enligt LVM (t.ex. 72 % 2018 enligt SiS årliga statistik).

ar och vänner, men det fanns stora variationer såväl när det gäller vilka sociala kontakter de har tillgång till som vilken gemenskap som de uppfattar att relationerna erbjuder.

En central tematik i intervjuerna var emellertid anhöriga som aldrig ger upp och som utgör en viktig, ibland enda, källa till emotionellt och praktiskt stöd. En 42-årig man berättade om sin familj som finns där för honom och dit han alltid kan vända sig om han behöver hjälp:

När jag blev misshandlad och det var kaos hemma, då kunde jag åka hem till mina föräldrar och komma upp på banan igen. Hur mycket skit jag än gör så ger dom aldrig upp en. Hur nedgången jag än är så fortsätter dom att tjata. Dom ligger på socialen, dom ser till att man äter och att man kan sova lite ibland. Dom finns där alltid vid min sida. Dom finns alltid när jag åker in på behandling och stöttar mig och hälsar på. Dom ger aldrig upp.

Andra beskrev tvärtom kontakten med anhöriga som "villkorad", dvs. att en förutsättning för umgänge är att de är drogfria. En 27-årig kvinna berättade:

Mamma har bara kontakt med mig när jag är nykter. Det är hennes regel: "kom inte nära mig när du missbrukar". Det är skitbra, jag har växt in i det. Sen är det klart jag blir ledsen ... Det har hänt att hon träffar mig ändå, fast jag bor på ett sånt där lågtröskelboende. Då är det klart jag vill att hon ska ta hem mig. Men det gör hon inte. Min syster, vi har en jättegö' relation. Det faller sig naturligt, vi är ju syskon. Vi har det bra, men hon pratar inte med mig när jag missbrukar. Hon är som mamma.

I exemplet ovan är det de anhöriga som sätter upp villkor för kontakten, men det finns också gott om exempel i materialet om hur klienterna själva drar sig tillbaka under perioder av droganvändning. En 32-årig man berättade om starka och betydelsefulla familjeband, men också hur han håller sig undan för att undvika tjat och konflikter:

Ibland kommer man hem lite påverkad. Då börjar morsan tjata, så man undviker och går därifrån. Annars har vi väldigt bra kontakt, jag ringer mamma i stort sett varje dag. När jag är ute också. Hon ringer och kollar, men det är bara för att hon är orolig. Morsan, syrran tjarar och ringde soc nyligen och dom brukar ringa till mina vänner och tjata "nu är han påtänd, kan ni snacka med honom?". Det kan vara lite jobbigt. Men det är en väldigt bra relation.

En liknande strategi beskrevs av en 45-årig kvinna som undviker kontakt med sina vuxna barn och barnbarn när hennes alkoholkonsumtion går överstyr:

Jag ligger lite lågt med mina barn. Jag vill inte oroa dom och dom tycker väl att jag inte behöver ringa dom om jag sitter hemma och dricker. Jag har försökt sköta det och med mina barnbarn vill jag inte prata om jag har tagit nånting.

I utsagorna ovan synliggörs flera, ofta samspelande, dimensioner och motiv: man skäms, man vill inte ge anledning till oro eller avståndstagande eller man vill undvika

tjat och kontroll. Även om våra intervjupersoner tycktes hantera kontakten med sina anhöriga på olika sätt, och under olika perioder råder det ingen tvekan om att de upplevde att deras droganvändning tär på relationerna. Känslor av osäkerhet och dåligt samvete för vad man ställt till med präglade klienternas berättelser. En 25-årig man menade att hans droganvändning ligger bakom föräldrarnas skilsmässa:

Dom bryr sig, men jag har förstört för dom så många gånger och det mår jag dåligt av. Det blir en ond cirkel alltihopa och jag drar mig undan. Då blir dom ändå mer oroliga, för då vet dom inte var jag är. Så allt blir skit och så tar man droger för att må bättre, för att fly den känslan (...) Det känns lite som det är därför dom skilt sig också, det blev för jobbigt. Dom tyckte ju olika också ... mamma är mer förstående och så har hon missbrukat själv, så hon ville ställa upp mer än pappa. Dom sa att det var därför dom delade sig.

Det vi ser i de korta citaten ovan vittnar om anhörigrelationens komplexitet: Känslor av närhet, sammanhållning och behov av stöd blandas med känslor av skam och frustration. Vi ser också alternerade interaktionsstrategier för att hantera relationerna – undandragande eller kontaktsökande, allt utifrån vad man uppfattar att situationen kräver.

*Framtiden – anhörigrelationer som drivkraft och mening.* Klienternas önskan och hopp om ett ordinarie liv utan droger framstod i intervjuerna som högst varierande, men anhöriga lyftes återkommande fram som en anledning till att försöka hålla sig drogfri efter LVM-tiden. "Jag vill vara drogfri, jag vill ju sköta mig så jag kan fortsätta träffa min familj", sa en 29-årig man. En 25-årig man berättade om sina yngre syskon som han vill ha mer kontakt med när han kommer ut:

Jag träffar mina bröder bara när jag kommit ut från anstalt. Då har dom vuxit ett huvud varje gång. Jag fick nyligen ett jävla fint brev av den äldste. Han börjar fatta vad jag sysslar med och han blir jävligt ledsen när jag börjar igen ... (...) Jag vill umgås med dom på ett annat sätt och vara delaktig i deras liv. Det är väl lite av motivationen nu. Det är inte skoj att göra dom ledsna hela tiden. Det kommer väl så småningom. Det är svårt nu när man inte kan träffas. Jag är inte så jäkla duktig på att snacka i telefon, utan jag behöver umgås med dom för att lära känna dom liksom.

Ett annat exempel är en 23-årig man som fick en liten dotter en vecka innan han blev intagen för LVM-vård. Att bli pappa var en omvälvande upplevelse:

Det går inte att beskriva vilken vändning i mitt liv det blev när hon kom. Vilken motivation, det var underbart! Jag började nästan ta mer droger först. Jag var rädd för vad som skulle hända när det kommer en unge i livet. Jag har ju aldrig varit med om det förut. Men när hon kom, så bara [knäpper med fingrarna] ... Jag var med på förlossningen och när vi kom hem efter BB och allt det där.

Parallellt kan vi urskilja en oro för att det kanske inte kommer att bli så enkelt. En 55-årig kvinna undrade vad som finns kvar av hennes äktenskap när hon kommer ut:

I och med att han har slutat, så kanske han inte tycker att det är så roligt om jag sitter och dricker. Det får jag ju acceptera. Så det måste bli nån form av ändring. Men det får vi ta när jag kommer hem. Alltså att vi sätter oss ner och verkligen pratar om det. För det har vi inte gjort. Han måste ju också komma med vad han tycker och tänker och tror om framtid och såna saker. Det är ju inte bara mig det handlar om.

En förutsättning för en bestående drogfrihet kan också vara större oberoende i relationen till de anhöriga:

För att förebygga att jag inte får fler LVM vill jag bli mer självständig med min ekonomi som min far skött. För det är när det blir tjafs och jidder därhemma som det blir ... Det är väl normalt när man är vuxen, att man har sitt eget liv också. Besöka dom då och då, jag älskar ju mina föräldrar, men jag vet inte hur det ska bli i framtiden. Man får väl försöka skaffa ett liv och hitta en livskamrat. Vet inte hur länge dom är med, mamma är 75 och Lill-Babs dog ju när hon var 80 och pappa ja, han har ju druckit och har diabetes, vet inte hur hans hälsa är. (Man 36 år)

För en del handlade det alltså om att reparera och stärka banden till de anhöriga, för andra om att uppnå en ökad autonomi i en alltför beroendepräglad relation. Gemensamt var emellertid att de intervjuade klienterna förmedlade en önskan om en "normalisering" av relationerna – utifrån de föreställningar man har om ett "ordinarie socialt liv".

## De anhöriga

Inyktert tillstånd så har vi en väldigt bra relation. När han inte håller på att ta en massa skit så är han ju en väldigt bra människa. Han är ju väldigt snäll alltså. (Bror)

Vi ska nu övergå till vad de anhöriga hade att säga om relationen till sina närstående, hur de upplever sin anhörigsituation och hur de agerar i förhållande till de närståendes drogproblem. Som vi redan nämnt är de anhöriga som vi intervjuat (med något undantag) i allra högsta grad närvarande och engagerade i sina närståendes liv, såväl socialt som känslomässigt, vilket naturligtvis delvis är en konsekvens av vårt urval.

*Långt borta och nära.* De intervjuade anhöriga gav liknade beskrivningar av känslomässigt nära och kontinuerliga sociala band: relationer som förefaller ha en "bärkraft" som, åtminstone hittills, har överbryggat de påfrestningar som följer av de närståendes droganvändning.

Min dotter är en fin tjej som det oturligt har gått illa för. Men vår relation har alltid varit god och bra hela vägen. Även nu med hennes missbruksproblematik har vi väldigt nära kontakt. Det har aldrig varit något glapp till att vi inte umgås med henne. Det har mer varit hon som valt att inte ha det med oss då, när hon varit inne i sina perioder. (Mamma)

Han är min livskamrat ändå. Så är det, så ser relationen ut. Man kan väl säga att jag kommit mycket längre än honom i många avseenden, men jag är fäst vid gossen det är jag. Han vill hellre ha en liten bit av mig än ingen bit alls, det är konstigt egentligen. (Partner)

Samtidigt synliggörs i materialet en mycket slitsam livssituation, där vardagen präglas av en ständig oro för hur den närstående har det. En oro som förstärks dels av upplevelsen av att den närstående försöker dölja hur det verkligen ligger till, dels av att det som tycks ske ligger utanför den egna erfarenhetsramen, vilket gör det ännu svårare att få grepp om situationen:

Det är en jättego' tjej. Men i och med att sjukdomen, som jag kallar det, har tagit över, har ju relationerna blivit sämre. Hon ljuger och hittar på och drogerna tar allt större plats i hennes liv. Ja, det har väl gått åt skogen med det mesta. Vi har fått reda på lite i taget av andra, för hon har ju aldrig erkänt något själv. Så det har varit en jobbig resa fram till att vi har förstått att hon är en riktig missbrukare. (Pappa)

Som citatet ovan antyder beskrev de anhöriga också hur de i olika situationer känt sig utnyttjade och lurade av sina närstående, hur droganvändningen gått ut över andra familjemedlemmar och skapat konflikter i familjen kring vilken position som är rimlig att inta i förhållande till den närståendes problematiska livssituation. Något som i sin tur reser moraliska och känslomässiga dilemman och lojaliteter för de anhöriga att hantera. Hur mycket får föräldrarnas engagemang i sonens problem egentligen kosta, undrade exempelvis den här intervjupersonen:

Han har haft så jävla många chanser. Han har blåst familjen, min dotters födelsedag, min egen födelsedag, midsommaraftnar, nyårsaftnar, ALLTING har han pajat. Det är jävligt synd om morsan och farsan. Dom har fan jobbat i hela sitt liv och dom är pensionärer nu så dom ska inte behöva hålla på med sånt här jävla skit. Dom ska fan må bra nu. Det är mest dom jag tycker synd om, om jag ska vara helt ärlig. (Bror)

En pappa berättade om hur föräldrarnas skilda förhållningssätt till sonens droganvändning lett till att de separerat. Han orkade inte med att sonen bodde hemma, men valde att själv flytta ut:

Jag har flyttat från [x-gatan] där han och hans mamma bor på grund av detta med drogerna. Det är ju inget som säger att det ska bli så, men jag kan ju inte sköta mitt jobb om man inte får sömn på nätterna. Vi hade lite olika uppfattningar. Hon kan ju mer om sånt, hon har själv varit i missbruk en gång i tiden och jag vet inget alls. Så jag valde att backa undan. Jag har varit så många år i hans missbruk så man orkar liksom inte själv. Jag måste ta hand om mig.

Att syskon riskerar att komma i kläm när föräldrarna dräneras på tid och energi visar följande citat:

Jag har fått ta hand om detta mestadels själv för mamma och pappa har haft jättemycket och jättesvårt med detta. Dom har inte velat berätta allting för mig, för att dom är rädda om mig. Dom vill inte att jag ska må dåligt över saker som hänt henne. Men det har ju blivit svårt för mig när jag vill veta vad som hänt min syster. Så att relationen till mina föräldrar har förändrats i det. Jag har pratat med dom om det, men dom vill inte höra, för dom vill inte att det ska vara så. Men när det har varit mycket med min syster så har jag och min bror glömts bort. (Syster)

Ett sätt för de anhöriga att begripliggöra, hantera och kanske också försonas med den "förvandling" som de ser sin närstående genomgå i takt med en tilltagande droganvändning, var att förklara de problem som uppstår i relationen med hjälp av generaliserade föreställningar om vad som kännetecknar ett "missbruksbeteende". Eller med andra ord, det faktum att den närstående beter sig på ett sätt som inte är socialt eller känslomässigt acceptabelt är en konsekvens av droganvändningen som på något sätt tagit över och styr den närståendes beteende. Det är "missbrukaren" som ljuger och bär sig hänsynslöst åt, inte den "äkta" personen.

Jag blir både ledsen och förbannad när jag ser vad han gör med sig själv eller mot sig själv. Jag vet inte om det är nån försvarsmekanism, man blir förbannad och sen backar man undan. Ibland har man sagt nåt ord som man ångrat, samtidigt som han har sagt till mig. Men jag vet ju samtidigt att det inte är [son] som säger det till mig egentligen, utan det är drogerna. (Pappa)

De anhöriga upplever alltså både sorg, frustration och vanmakt, men har som vi redan har sett också en stark ambition och uthållighet i att vara fortsatt närvarande och ge stöd och hjälp. Frågan är bara hur man som anhörig hjälper på bästa sätt och vad man orkar med?

*De anhöriga som en sista utpost när samhället sviker?*

I vissa perioder har vi varit nån slags kombination av socialarbetare och narkotikaspanare. (Pappa)

Intervjuerna innehåller en rik provkarta av anhörigstrategier för att finna en balansgång mellan att skydda, hjälpa och kontrollera – och samtidigt värna om sig själva och andra familjemedlemmar. Det ständigt akuta i situationen tycks emellertid hela tiden ställa krav på nya insatser, och även det extrema och oförutsägbara blir så småningom vardag och rutin. Eller som den här mamman ganska uppgivet sammanfattade:

Vi har nog använt alla strategier som finns. Vi har varit bestämmande och försökt hjälpa och stödjande och stöttande och allting sånt. Men det är inget som funkar. För är dom inne i det och inte får någon hjälp för, som jag tycker, en sjukdom, eller ja ... det har väl inte varit så enkelt för henne att nå oss heller.

Parallellt förmedlar de anhöriga en känsla av att det är svårt att veta hur det egentligen ligger till. Ibland är den närstående aktivt hjälpsökande och bankar på dörren när de sociala, hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna av droganvändningen blivit alltför överväldigande – en sista utväg i en svår situation. Ibland är själva signalen om att den närstående far illa tvärtom utebliven kontakt. Pappan till en medelålders kvinna förklarade:

När det blir riktigt galet så får vi rycka ut. Normalt så ringer hon ganska ofta och när man märker att det upphör då är det nåt fel, då får vi fara och leta upp henne. Men det är inte alltid vi kommer in för hon är inlåst ibland. Men nyktra dagar, då är det hur bra som helst.

Oron för och engagemanget i den närståendes liv tär på de anhöriga och tar kraft och energi. Tanken på att deras närstående är där ute och far illa är svår att bära liksom ovissheten i att inte veta hur det är i stunden – men hur länge ska man orka? Intervjuerna visar att de anhöriga, i takt med att både oron och problemen växer och den egna kompetensen, kraften och resurserna inte räcker till, intensifierar försöken att engagera professionella hjälpare i den närståendes situation. Det handlar om en bred repertoar av strategier: allt från upprepade kontakter med och orosanmälningar till socialtjänsten, akuta uttryckningar för att hjälpa den närstående till psykakuten eller avgiftningskliniken, till att mer systematiskt kartlägga utbudet av möjliga insatser för att hitta rätt hjälp. Vi har inte specifikt frågat de anhöriga om vilken hjälp deras närstående tidigare fått (eller inte fått) för sina drogproblem. Berättelser om vårdens tillkortakommanden och bristande engagemang återkom emellertid när intervjupersonerna beskrev sin anhörigsituation. "Dom vill inte ha en sån luffare på sitt bord, utan dom lite enklare patienterna då. Det här är ju problempatienter som ingen vill befatta sig med", konstaterade brodern till en av klienterna. När samhällsvården inte reagerar på, eller avvisar, den närståendes behov av hjälp, hamnar det omedelbara ansvaret tillbaka i knäet på de anhöriga – alternativet är att den närstående lämnas ensam och övergiven i en utsatt situation. Ett exempel är en partner som berättade om en ansträngd vardag, men också om en pågående ansvarskamp med socialtjänsten där hon upplever dubbla och motsägelsefulla budskap från de professionella:

Kommunen vältrar över arbetsbördan. Jag vill att dom ska ta huvudansvaret, men jag vet att dom kommer att skjuta över det på mig. Ena minuten säger dom "ni är ju två personer och en blind kan inte leda en blind" och i nästa minut så läggs det på mig. Det berör mig illa. Det blir väldigt jobbigt och då blir jag lite polis också och det vill jag inte vara längre.

En framträdande tematik i intervjuerna är bristande samordning mellan olika professionella aktörer, vilket går ut över såväl de närstående som de anhöriga själva och leder till ytterligare frustration:

Psykvården och beroendeheter, dom är så jävla feiga. "Vill inte, kan inte, det ligger inte på mitt bord det här." Det kan vara att jag är trög och dum, men jag känner att folk har försökt skylla ifrån sig i många år när det gäller min bror. Det är människors liv som det handlar om. Jag tycker att folk är mer värda än så. Man kan inte hålla på att tramsa: "Jag ber om ursäkt, din bror han har fallit mellan två stolar", "Ja men vad ska du göra ÅT det?", "Nej ingenting". Det är INGEN som vågar ta ansvar. (Bror)

Det är alltså en påfallande negativ erfarenhet av samhällsvårdens samlade insatser som kommer till uttryck i intervjuerna med de anhöriga. De tecknar en bild av vården som svårtillgänglig och bemötandet som byråkratiskt och präglat av brist på flexibilitet och engagemang. Successivt utvecklar de anhöriga vad man skulle kunna kalla för en sorts "anhörigkompetens"; de söker kunskap från olika håll, de prövar olika vägar för att (förhoppningsvis) navigera fram till rätt instans och de utövar de påtryckningar som de kan för att den närstående ska få hjälp.

I detta sökande beskriver de anhöriga att de, när de försöker påvisa det allvarliga i situationen, paradoxalt nog möts av ett annat budskap. Nämligen att de ska "stänga dörren" för den närstående så länge hen fortsätter att missbruka och att deras ansträngningar och vilja att hjälpa riskerar att förlänga missbruket. Något som väcker förvirring, men också skuld och rädsla för att göra fel. En mamma till en av de yngre männen uttryckte vad även andra anhöriga beskriver:

Att stänga dörren. Det pratade dom mycket om när han var på [12-stegsbehandlingshem], vi var där på en sån här anhörigvecka. Jag kan förstå om det är nån som inte har viljan att lägga av. Men i hans fall, han vill leva ett normalt liv med hus och Volvo och hund och badtunna.

Intervjuerna speglar en sammansatt anhörigsituation, fylld av motstridiga känslor och krav. Vad är rätt väg att gå? Att stålsätta sig mot involvering i den närståendes liv och problem så länge droganvändningen fortgår, med risk för att den närstående far illa eller till och med dör? Eller vara kvar och hjälpa för att hålla den närstående vid liv, med risk för att drogproblemen förlängs och att det går ut över den egna hälsan och familjens välbefinnande? Båda positionerna, att engagera sig aktivt och att dra sig tillbaka, föder tvivel, osäkerhet och känslor av skuld och otillräcklighet – och det finns inget facit att tillgå. De anhöriga beskrev hur de söker efter hållfasta strategier och en stabil position som, åtminstone i nuläget, känns mest rimlig att inta. Här har de anhöriga som vi intervjuat, utifrån den ögonblicksbild som intervjuerna ger, efter många turer intagit olika ståndpunkter. En pappa berättade hur han efter stor vända valt att distansera sig. Han måste prioritera sig själv och den övriga familjen, sa han. Han menade också att sonen nu är en vuxen person som måste ta konsekvenserna av sitt sätt att leva. Han hade



sagt till sin son att han är välkommen tillbaka, när han bestämt sig för att förändra sitt liv:

Det har väl blivit mer och mer åt att jag ... nej, jag kan inte detta, jag måste också ha ett liv. "Jag kan inte offra allting i mitt liv för att rädda dig, du måste ju själv vilja bli frisk. Vi finns här när du bestämt dig, men du får söka professionell hjälp." Men om han ska kunna stå på egna ben så måste han få MEDEL till att stå på egna ben. I den processen kan jag finnas för honom och hjälpa till: stödjande och ekonomiskt och framför allt visa att det finns en familj kvar. Men jag kan inte vårda honom och det är inte min uppgift att ha honom boende hemma hos mig. Det är liksom för sent för en pappa att göra ...

Han fortsatte lite senare under intervjun:

Det är väl han som valt bort oss egentligen. Han har valt missbruket och den vägen i livet och det går ju liksom inte ihop med det livet som vi lever. Det har han nog dåligt samvete för. Det är mycket som är outrett.

En ung kvinna berättade om sitt smärtsamma beslut att inte träffa sin storasyster: "Jag har accepterat att hon inte är en del av mitt liv längre. Jag vet att hon lever, men mer än så vet jag inte. Det känns som jag sört hennes bortgång på något sätt, fast hon inte ens är död." Även om systemen mot förmodan skulle sluta med drogerna, kommer hon att vara märkt för all framtid, menade hon. Återigen är det den schabloniserade bilden av den av droganvändningen deformerade "missbrukaren" som skymtar fram:

Jag försöker tänka att hon fortfarande finns där. Men hon kommer aldrig att vara samma som innan missbruket. Det känns som jag förlorat en stor del av henne som inte kommer tillbaka. Ett långvarigt missbruk ger ju permanenta skador till slut. Jag vill inte säga att jag vet hur framtiden kommer att se ut, men när man trott så himla länge och önskat och hoppats att det blir bra och det blir inte så, då får man bara acceptera.

Som vi redan har varit inne på visar våra intervjuer hur beredskapen att hjälpa eller inte kan leda till konflikter i familjen. En mamma berättade hur hon och hennes man insett nödvändigheten av en gemensam strategi. När sonen signalerar att han behöver hjälp ska de inte "stänga dörren", men heller inte "släppa in" – utan se till att han får professionell hjälp:

Vi hamnade i konflikt med varandra i just det här "ska vi stänga dörren eller inte?" När han har kommit och ringt på dörren mitt i natten och varit helt väck, helt trasig, då har jag känt att stänga dörren nu, det är förenat med livsfara. Min man har varit lite mer "vi måste nog stänga dörren så att han ...". Men då har vi fått prata igenom det, komma överens om nånting som vi står bakom båda två. När han ringer på dörren då är det ju för sent. Vi måste VETA då. Vi har kommit fram till att vi hjälper honom vidare till nästa ... och det har ju varit akuten då.

En strategi som visade sig inte alldeles enkel att omsätta i handling när situationen ställs på sin spets. Hon berättade om en natt när de kört sonen i väldigt dåligt skick de tio milen till närmaste akutintag och hur de fick vända om när de fick veta att sonen omgående skrivits ut från sjukhuset eftersom vårdplan från socialtjänsten saknades. Att i det läget överge honom var förenat med så höga risker att det inte var ett tänkbart alternativ:

När han blev avvisad fick vi ta hem honom igen. Vi kunde ju inte ha honom att springa omkring i stan. Då hade vi han i huset. Han höll på att tända av, så det var skrik och inte många minuters sömn den natten. Jag pratade med läkaren och min man pratade med soc samtidigt i varsin telefon och dom var inte på något sätt eniga. Soc menade att det var sjukhusets skyldighet att vårda honom och läkaren sa att det var soc skyldighet att ha en vårdplan annars kunde dom inte vårda honom. Så vi hamnade mellan. Så det har varit väldigt tuffa tider. För att bära på sitt samvete att det var jag som stängde dörren och sen gick det åt helvete, det går inte. Han är så destruktiv i sitt missbruk. Att stänga dörren kan lika gärna betyda att han dör. Det kan han göra i vilket fall som helst, men han ska inte göra det för att JAG stänger dörren.

Alldeles oavsett vilken position de anhöriga vid tiden för intervjun intagit i förhållande till sina närstående förmedlas, precis som vi har sett i klienternas berättelser ovan, en önskan om att framtiden ska medföra en "normalisering" av relationerna; ett hopp om att få tillbaka den närstående som den människa som hen "egentligen är" bakom droganvändningen och en längtan efter en ordinarie vardagssamvaro, "precis som i andra familjer". Vi låter det korta citatet från en av intervjuerna illustrera denna önskan:

Att vara involverad i vardagen, träffas, äta middag, gå på bio eller fotboll, umgås på helgerna eller semestern. Alltså göra såna grejer som man gör med sina vuxna barn. (Pappa)

### Sammanfattande kommentar

Med utgångspunkt i klienternas utsagor kan vi konstatera att även om deras tillgång till sociala nätverk varierar stort (jfr Skårner & Regner, 2003) har de intervjuade klienterna åtminstone någon eller några anhöriga som de menar spelar en betydelsefull roll i deras sociala liv – och det är några av dessa som vi intervjuat i vår studie. Det handlar om socialt och emotionellt signifikanta familjerelationer som enligt såväl klienterna som deras anhöriga utgör en självklar referenspunkt som, på gott och ont, representerar någon form av hemhörighet och kontinuitet i livet – och ett hopp och en möjlighet för framtiden (jfr t.ex. Neale et al., 2012; Von Greiff & Skogens, 2012). Såväl klienternas som de anhörigas utsagor klagör emellertid även relationernas sammansatta karaktär (jfr Veseth 2019) där stödet från anhöriga kan uppfattas som både problematiskt och oumbärligt på samma gång (jfr t.ex. Skårner 2001; Tracy et al., 2014).

Att omständigheterna kring klienternas droganvändning tär på relationen kommer bland annat till uttryck i hur kontakten villkoras i relationen. Klienterna beskrev hur de under perioder av aktiv droganvändning drar sig undan. Motiven varierade: de vill undvika kritik, de vill visa hänsyn och inte belasta och de skäms för att deras beteende

skapar oro och lidande hos de anhöriga. Detta ger upphov till olika tolkningar hos de anhöriga, men inte sällan uppfattar de att den närstående ljuger, döljer och slingar sig – och själva distanseringen ger upphov till ytterligare oro för vad som pågår i den närståendes liv. De anhöriga svarar med försök till kontroll eller med att själva dra sig undan. Som vi sett har de anhöriga därtill mötts av motstridiga budskap från sin omgivning, vilket knappast hjälper dem att orientera sig, men skapar ett tryck på relationen. De uppmanas att "säga nej och stänga dörren", och samtidigt har de svårt att bara passivt stå bredvid och se hur tillvaron rasar för den närstående (jfr Andersson & Skårner, 2017; Nordgren et al., 2020). Vem som sätter spelreglerna i detta växelspel förefaller variera, men det föder känslor av tvivel och otillräcklighet hos båda parter och aktualiserar såväl praktiska som emotionella och moraliska dilemman i vardagen och ett behov av att navigera mellan dessa så gott det går. Växelspelet mellan närhet och distans, mellan avvisande och beskydd, mellan konfrontation och accepterande och mellan hopp och resignation framstår som en del av kontinuiteten i relationen, även om kommunikationen bryter samman och kontakten bryts tycks den återupptas när situationen kräver det.

De anhöriga beskrev, oavsett vilka strategier de för tillfället valt, en livssituation som starkt påverkas av de närståendes drogproblem. I intervjuerna med anhöriga framträder en bild av ett påfrestande vardagsliv, präglad av upplevelser av stress, maktlöshet och ibland också skuld och skam som ligger i linje med tidigare forskning på området (Andersson & Skårner, 2015; Orford, Velleman, Copello et al., 2010; Richert et al., 2018; Svensson et al., 2020). Värt att notera är även de anhörigas ansträngningar för att de närstående ska få adekvat hjälp och den brist på samarbete mellan olika professionella aktörer som går som en röd tråd i intervjuerna, något som också uppmärksammats i tidigare forskning med fokus på anhörigas situation (t.ex. Andersson & Skårner, 2015; Richert et al., 2018). De anhörigas dubbla fokus på att dels aktivt försöka övertyga sina närstående att söka och ta emot hjälp, dels lika aktivt försöka få vårderna att ställa upp – samtidigt som de själva står mitt emellan och förväntas hantera situationen när denna ambition inte fungerar – synliggör en anhörigposition som är viktig att ha med när vi nu övergår till att rikta blicken mot vad som händer under LVM-vården.

## Tema 2: Kontakten mellan klienter och anhöriga under tiden vid LVM-hemmet

På samtliga fyra institutioner finns riktlinjer och rutiner som reglerar kontakten mellan anhöriga och klienter i syfte att förhindra drogintag, rymningsförsök och skadlig påverkan på klienterna. Vid tiden för materialinsamlingen gällde detta särskilt fyra kontaktområden: telefonkontakt, sociala medier, fysiska möten och traditionell post. Det finns emellertid stor variation såväl mellan som inom institutionerna när det gäller villkoren för klienternas kontakter med omvärlden. Skillnader som huvudsakligen kan hänföras till graden av läsbarhet vid respektive institution/avdelning. I vissa fall har klienterna tillgång till egna smartphones, vilket också innebär fri tillgång till internet och sociala medier. Det förekommer också att institutionen lånar ut mobiltelefoner till klienterna,

som kan brukas fritt under vistelsen men som saknar internetaccess. En tredje variant innebär att klienterna delar på gemensamma telefoner där telefonsamtal kopplas via personalen under (mer eller mindre) begränsade telefontider. Sociala medier regleras också till begränsad datortid på de institutioner där klienterna inte har fri tillgång till internet via sina telefoner. Samtliga institutioner reglerar fysiska möten med klienter och deras anhöriga genom olika varianter av övervakning och tidsbegränsning. Detta avsnitt beskriver hur personal, klienter och anhöriga uppfattar LVM-tiden och möjligheten att upprätthålla relationer med personer från livet utanför.

## Klienterna

Liksom människor i allmänhet beskriver personer i LVM-vård, som vi har sett tidigare i rapporten, många olika erfarenheter av sina sociala relationer och deras betydelse för dem. En 29-årig man, som vårdas enligt LVM för fjärde gången, förklarade till exempel att hans familj är hans huvudsakliga motivation att inte rymma:

Jag är inte glad, jag är så sorgsen man kan vara. Jag är bara egentligen, vill bara lägga mig ner och vila, för alltid. Alltså i frid. Dö ut. Hade jag inte haft min familj så hade jag för länge sen dött. På egen väg. Jag är här för deras skull, alltså jag KAN inte, jag måste ta ett ansvar. Jag måste axla den här skiten och liksom göra det här för dom. För min morsa, hon har blivit stress-sjuk, hon är livrädd hela tiden. Nu kan hon slappna av, det kan ju min bror också.

En 46-årig kvinna med två barn, som är inne på sitt åttonde LVM vid intervjutillfället, upplevde däremot att tvångsvården har skadat hennes relationer på ett genomgripande sätt:

Eftersom jag har varit borta så mycket som jag har varit så har mina relationer blivit väldigt skadade. Och i all behandling, särskilt tvångsvård, så säger dom att "du måste tänka på dig själv först", och "det handlar om dig nu", och "du måste prioritera dig själv". Så du måste helt enkelt sätta barnen åt sidan.

Här framträder tydligt det problem individorienterad behandling i allmänhet, och tvångsvård i synnerhet, kan medföra för nära relationer ur ett klientperspektiv. LVM-vård inleds vidare vanligtvis genom ett omedelbart omhändertagande (Socialstyrelsen, 2019), en insats som är dramatisk och omtumlande för den som blir föremål för den. Ett tema som framträder i våra klientintervjuer relaterar till detta omedelbara omhändertagande.

*Uppbrottet – att bli omedelbart omhändertagen.* För den absoluta majoriteten av LVM-vårdens klienter innebär behandlingens start att mycket konkret och fysiskt lyftas ur sin vardagliga kontext och separeras från sitt vardagsliv och sina sociala relationer (Socialstyrelsen, 2019). En 52-årig kvinna beskrev sitt omedelbara omhändertagande på följande vis:

Jag gick ju till lasarettet och bad om hjälp, om jag inte kunde få tala med en terapeut, men det skulle jag inte gjort. Jag gick ner och bad om hjälp, och sen gick jag hem och drack, och sen gick jag tillbaka igen och när jag kom hem där, då snubblade jag över mitt skoställ också, för det har jag precis utanför min dörr. Och då gjorde grannarna en orosanmälan också, för dom såg att jag var berusad. Så det var den kombinationen som gjorde att dom kom och hämtade mig.

Citatet illustrerar hur starten på tvångsvården innebär att abrupt, ibland helt oväntat, och med tvång lyftas ur sitt vardagliga liv utan att ges möjlighet att planera för sin framtida framtid.

Min pappa fyllde ju 70 när jag hamnade här [på institutionen]. Vi skulle åka till Frankrike och fira det ihop hela familjen, men så blev det ju inte. Det var ganska många telefonsamtal den veckan, eftersom de hade förväntat sig att jag skulle vara där med dom. Barnen väntade på mig och allting. (Man, 32 år)

Som citatet ovan belyser måste planerade tillställningar bokas av med kort varsel och sociala band till familj och nätverk kapas direkt som en konsekvens av omhändertagandet. Betydande svårigheter att upprätthålla kontakten med sina sociala nätverk under den fortsatta LVM-vården framträdde också i intervjuerna, vilket är nästa tema.

*Att upprätthålla kontakten under pågående LVM-vård.* Även om rutiner och regelverk kring klienters kontakt med omvärlden är förhållandevis strikt hållna inom LVM-vården finns det vissa möjligheter att kommunicera med anhöriga. Våra intervjupersoner nämnde huvudsakligen telefonsamtal, brev och planerade besök. Frågan om besök är dock inte helt enkel. Om personalen bedömer att klientens behandling påverkas negativt, eller att det finns en risk att droger förs in på institutionen, kan de förbjuda besök eller besluta att besöken ska övervakas av personal. Personalen har vidare rätt att gå igenom det som besökare vill ta med, och godkänna eller förbjuda att de tar med det in på avdelningen. Med anledning av regelverket som omgärdar besök valde många av våra intervjupersoner att huvudsakligen hålla kontakt med vänner och familj via telefon.

Min sambo kan ringa mig när som helst och jag kan ringa henne flera gånger per dag, vilket jag gör. Personalen tröttnar aldrig på att koppla samtal, ber jag dem att få ringa så får jag det. Jag har aldrig haft några besök. Det är långt resväg för henne, med hunden och allting, så jag har inga besök. (Man, 53 år)

Precis som mannen i citatet hade många klienter daglig telefonkontakt med familjen. På några av de studerade avdelningarna får de intagna ha egna mobiltelefoner, men majoriteten av våra intervjupersoner hade inte denna möjlighet. De var i stället beroende av att personalen kopplar eller tar emot deras samtal.

Min sponsor ringde hit när jag var på låst, men de vidarebefordrade inte det eller talade inte ens om att nån hade ringt då. Och det kan jag tycka är lite dåligt. Det är ju liksom ingen anhörig utan det är min sponsor då. Och det har jag hört flera av tjejerna säga, att "fan dom har inte talat om att den har ringt", eller "dom har inte släppt fram samtalet" på grund av nånting då, fast personen som sitter här har inte en jäkla aning om att nån har ringt. Och det kan jag tycka är lite dåligt då. Och man får inte nån som helst motivering varför är det så här, utan det kommer fram lite avsides, ryktesvägen i stället då, eller att den som har ringt kanske skickar ett brev och talar om det den vägen. (Kvinna, 46 år)

En 25-årig man berättade om problem att få ta emot samtal när den som ringer bedömts vara påverkad av någonting:

Dom nekade ju min släkting som ville snacka med mig. Dom sa att hon lät full. Men dom tog inget nummer eller inget sånt. Så jag kan tänka mig att hon blev ganska så sned på det. Så hon har inte ringt tillbaks vad jag vet. Det tycker jag är kasst liksom. Det gör ju inte mig nånting om hon är berusad. Så sätt. Dom kunde ju ha frågat mig åtminstone först. Ifall det var ok. Det kunde ju vart nåt viktigt som hon ville berätta liksom. Och hon har inga problem med missbruk. Så att, det är ju lite kasst tycker jag, att dom inte ens tog hennes nummer. Eller frågade vad det handlade om.

Som de båda citaten ovan indikerar besitter personalen en betydande makt att inte bara avgöra vem klienterna har möjlighet att kommunicera med under sin vårdtid, utan också ifall denna information överhuvudtaget ska komma klienterna tillhanda.

Andra institutionella regler som påverkar klienternas sociala relationer hänger samman med besök. Om det exempelvis finns kännedom om tidigare drogproblem hos en anhörig gör det relationen svår att upprätthålla genom fysiska träffar under LVM-vården:

Min pojkvän får inte komma alls. För att soc hade skrivit att han hade varit aktiv i ett missbruk. Att han hade kriminell bakgrund. "Att han hade" skrev dom i pappret, inte att han var. Men dom är väldigt anti mot honom. Dom förstår inte. Så man blir ju väldigt bitter för dom tar ju det lilla man har. Jag är jättebitter. När man hamnar under SiS så har man ingenting att säga till om. Man fråntas alla rättigheter. Det känns som att man tappar sitt människovärde. (Kvinna, 40 år)

Att förhindra droger från att komma in på LVM-institutionerna är ett viktigt uppdrag för personalen. Som citatet belyser var det vid våra studerade institutioner vanligt att avslå ansökningar om besök mot bakgrund av förmodad missbruksproblematik hos den anhörige. Den vanligaste typ av besök våra intervjupersoner nämnde är bevakade och genomförs i särskilda besöksrum inne på institutionerna. Vid vissa besök är fysisk kontakt förbjuden, något som ytterligare ökade stressen för klienterna i en redan pressad situation. En 40-årig kvinna, som vid intervjutillfället vårdades enligt LVM för första gången, beskrev sitt första och hittills enda besök från sin pappa och make på

följande vis: "Vi var tvungna att sitta mittemot varandra och vi fick inte lov att röra vid varandra. I en och en halv timma. Om du var tvungen att gå på toaletten under tiden så avslutades besöket. Så det var bäst att inte dricka för mycket innan besöket." Liknande beskrivningar gavs av andra intervjupersoner, vilka ibland använde fängelset som jämförelse: "Vissa saker går en på nerverna. När dom har bevakat besök på anstalten så måste man inte klä av sig och så, men det måste man göra här. Även då det sitter två personer och övervakar hela tiden. Så det kan vara lite irriterande." (Man, 32 år) Den ingående, intima kontrollen av kroppen som genomförs av personalen i samband med vissa besök nämndes som en särskilt negativ dimension av att träffa sina anhöriga fysiskt:

Nu till exempel ska min farfar komma hit med mina kläder och då måste jag klä av mig helt naken och allt sånt alltså. Dom gör det lite så här så att man nästan skiter i att ta hit folk. Det blir så omständligt. Och så ska det sitta två i personalen och glo när man pratar med nån. Jag tänker att det känns stelt att man måste prata när det står en massa och glor på en. Men nu behövde jag saker och jag vill också att han ska se att jag ser friskare och friskare ut, så slipper dom vara oroliga där hemma. (Kvinna, 31 år)

En del intervjupersoner, som kvinnan i citatet, valde att utstå den förödmjukelse regelverket i samband med besök medför, medan andra avstod och i stället enbart hade telefonkontakt med sina anhöriga.

Nästa citat visar på betydelsen av att behålla andra roller än klientrollen för våra intervjupersoner: "Jag har sagt det till min man att du får prata om allt som du gör och glöm inte att berätta allt, så jag blir involverad. Annars tappar jag hela yttervärlden." (Kvinna, 46 år)

Besök från anhöriga kan också fylla funktionen av att bevara relationerna till dess att klienterna kommer tillbaka hem. Enligt våra intervjupersoner gör dock regelverket och rutinerna som omgärdar besök det svårt att upprätthålla (för att inte tala om att etablera nya) relationer under pågående LVM-vård. Tidsbegränsningen för besök nämndes ofta som ett problem:

Jag hade besök förra helgen faktiskt. Då var det mamma och mina syskon och min låtsaspappa och min pappa och min tjej och dottern då. Det var övervakat då, en timme var det. Jag tycker att det är ju lite kort, det gick ju ganska snabbt när det var så många att prata med, man hann ju inte prata med alla. Jag tyckte det var jävligt jobbigt när dom åkte. (Man, 23 år)

Många andra intervjupersoner delade den här mannens känslor av ensamhet och isolering i samband med besök:

Alltså vi är inlåsta här ju, förvarade, så allting blir konstlat. Mina föräldrar hade gärna kört upp här och pratat med mig en gång i veckan, men jag tycker bara det känns så konstlat. Ja, nu får man två timmar och nu ska man sitta här och man ska prata och det ska vara som vanligt, fast ändå inte. Och sen ska man tillbaka in hit och tankarna snurrar kvar hemma och familjen, det är ju ändå dom jag vill vara med liksom. Men då ska man in i den här värld-

den igen och man sitter här och förstår inte varför man ska sitta här två månader och det inte händer nånting. (Man, 32 år)

Som det här citatet illustrerar är kontrasten mellan livet hemma och livet på institutionen svår att hantera känslomässigt. Våra deltagare beskrev en variation av känslor som aktualiseras vid besök, från tacksamhet och glädje till ångest och ensamhet:

På nåt sätt så stänger man av så mycket när man är här inne. Det blir en helt annan värld. Man stänger av allting. Eller jag gör det. Och jag vet många andra också som gör det. Så varje gång mamma ringer, då mår jag nästan sämre när hon har ringt då, för då blir man så påmind om allting som har varit hemma, eller hur det är hemma nu. Det fortsätter ju där ju. Det står inte still där som det gör när man är här. (Man, 32 år)

Det var dock inte alla intervjupersoner som beskrev negativa erfarenheter i samband med besök. Vissa klienter som befann sig i slutfasen av LVM-vården hade fått möjlighet att träffa familjen utanför institutionen, och de delade med sig av mer positiva berättelser:

Jag har ju alltid obehag vid besök då, för jag sköter mig här liksom och jag sköter alla mina besök. Antingen kommer man till ett särskilt hus dom har här, då går personalen bara med och ser att det är rätt folk som kommer. Sen får man sitta där och fika och så, så har man två timmar på sig. Och sen har jag varit och ätit med dom på restauranger på stan och så. Då går vi själva liksom. Så skjutsar personalen ner dig på stan och så får du ett par timmar på stan, att gå och äta och umgås, och sen kommer personalen och hämtar dig. Dom har varit här rätt mycket, särskilt min mamma och min syster har varit här väldigt mycket. Dom kommer i alla fall varannan vecka och hälsar på. (Kvinna, 31 år)

Mot bakgrund av de begränsningar relaterade till kontakt med anhöriga som presenterats i detta avsnitt valde vissa klienter att helt avstå från besök under sin LVM-tid, vilket hänger samman med ytterligare ett tema som framträder i våra klientintervjuer: att sätta sina sociala relationer på paus till dess vården avslutas.

### *Relationer satta på paus*

Jag ser inte besök som ett alternativ. Jag tycker det är så kränkande att personalen måste vara inblandad. Det har att göra med din integritet och din egen frihet. Dom gör vad som helst för att detta ska vara en drogfri zon. (Man, 42 år)

Min pojkvän har varit här en gång på besök, men jag har sagt nej efter det, på grund av de stränga reglerna. Jag vill att det ska kännas naturligt när vi ses, så jag väntar hellre. Jag tycker besöksreglerna är dåliga. Jag får inte ens krama honom. Det är ju faktiskt en del av livet det med. (Kvinna, 28 år)



Intimitet kopplas ofta samman med nära relationer, men inlåsning begränsar kraftigt den nödvändiga kontakt som krävs för att upprätthålla intimitet. För personerna bakom citaten ovan sattes intima relationer i princip på paus till dess att tvångsvården upphörde. Andra intervjupersoner berättade om svårigheter att upprätthålla sina intima relationer på grund av restriktioner kopplade till misstankar om droganvändning hos den anhörige ifråga. I dessa fall pausades relationerna mot klienternas egen vilja. Att inte kunna hålla kontakten med en droganvändande partner skapade mycket oro och stress hos våra intervjupersoner, både över hur partnern mådde och huruvida relationen skulle överleva den påtvingade distansen:

Alla relationer blir helt åt helvete när man är här. Du kan inte ha någon fysisk kontakt, bara telefonkontakt. Och ofta placerar de dig på någon institution så långt bort hemifrån som möjligt, för att omöjliggöra besök. Jag och min kille är väldigt tajta. Vi hänger ut hela tiden när jag är ute. Så när du kommer hit är den stora frågan egentligen om relationen ska hålla eller inte. (Kvinna, 46 år)

Av den här kvinnans beskrivning framstår det klart att möjligheterna att hålla kontakten under inlåsningen på de studerade institutionerna var villkorade och utmanades av regleringar avseende tid, rum och integritet. Svårigheter att upprätthålla kontakten med anhöriga kopplades också till komplicerade familjerelationer. En del klienter beskrev också att deras anhöriga upplevde LVM-vården som alltför svår att hantera och därför hade valt att inte ha någon kontakt under vårdtiden:

Min äldsta dotter, hon vill inte ha någon kontakt alls med mig när jag är här. Hon tycker det är så jobbigt. Särskilt de första veckorna efter att du kommit hit och du inte ens får använda telefonen själv. Personalen ringer alla samtal för dig. Det tycker mina barn är jättesvårt. Min 20-åriga dotter, hon tycker det är görtufft, även nu när jag får ringa själv. Hon säger "nej, det är bättre vi har kontakt när du är hemma igen, eller när du flyttat till nåt annat ställe". (Kvinna, 46 år)

Sammanfattningsvis kan sägas att oavsett om klienternas relationer pausades eller upprätthölls (i den mån det är möjligt givet institutionernas restriktioner) var de flesta intervjupersoner inställda på att det verkliga "relationsjobbet" börjar när de lämnar institutionen. Vi återkommer till detta tema senare i rapporten, men lämnar så länge ordet till en av klienterna:

Klient: Jag skulle behöva hjälp men jag vet inte hur hjälpen ska se ut. Jag skulle vilja att vi var en hel och bra familj. Jag önskar det, men samtidigt så är det så att jag vet inte hur jag ska göra för att få ihop det.

Intervjuare: Det kanske är det du hade behövt att få hjälp med här?

Klient: Ja. Och börja. Jag vet inte ens hur en sådan strategi ser ut. (Man, 42 år)

## Anhöriga

Att samhället på ett kraftfullt sätt griper in i den ofta kaotiska situation som föregår ett tvångsomhändertagande och förflyttar den närstående till en potentiellt säker, men mer eller mindre okänd, plats ofta långt borta från hemmiljön får naturligtvis stora konsekvenser ur de anhörigas perspektiv.

*I säkert förvar, men var är vården?* "LVM det är ju det sista alternativet, men det är ju bara för att hon ska överleva", sa en av de intervjuade mammorna, och citatet reflekterar den dominerande uppfattningen hos de anhöriga, dvs. tvångsvård som en sista, men nödvändig utväg för att rädda den närståendes liv och hälsa. Vi minns också hur anhöriga vid upprepade tillfällen hade försökt initiera vård och behandling för den närståendes drogproblem. De anhöriga gav på olika sätt uttryck för att uppbrottet skapar en initial upplevelse av lättnad – för att den närstående åtminstone för ögonblicket befann sig på en säker plats utan droger och med små möjligheter att ta sig därifrån, och för att de själva gavs en nödvändig paus från oro och ansvar och kanske också tid för återhämtning från en turbulent tid. En känsla av ordning och trygghet. Samtidigt skapade situationen nya moraliska och handlingsmässiga dilemman för de anhöriga att hantera. En grundläggande fråga som de intervjuade reste var vad tvångsvården kommer att leda till på långre sikt och vilken vård som egentligen erbjuds på LVM-hemmen:

Vi har känt oss väldigt lugna när hon varit inne på LVM-hem. När hon har varit inlåst. Fast samtidigt inte, för det är ju bara förvaring egentligen. Där dom kan vara bara för att dom inte ska ta en överdos. Jag har sagt till min dotter, både på skoj och på allvar, att "det skulle vara skönt om du hade LVM i två, tre år". Men sen hade man ju önskat att dom fick mer hjälp inne på SiS-hemmen. (Pappa)

Den bild av tvångsvården som de anhöriga har fått till sig tycktes alltså skapa en ny källa till både förvirring och oro och en beslutsamhet att fortsatt ha koll på vad som händer i den närståendes liv. Mamman till en ung man som var inne på sin första LVM-placering berättade att hon var glad och lättad över att något äntligen hänt, men konstaterade förvånat:

Vi vet ju inte riktigt vad man kan förvänta sig av ett LVM. Men för honom är det ju mycket att slå ihjäl tiden ... När direkt hjälp med själva missbruket har han ju inte fått och det kanske inte är tanken med ett LVM?

Andra anhöriga intog en mer avvaktande hållning, grundad i erfarenheter av att tidigare LVM-vård inte fallit väl ut för deras närstående:

Det ju bra att han är där han är. Sen vet jag inte om det är riktigt rätt väg att gå, men det får väl tiden utvisa. Det hjälpte ju inte ett skit förra gången. Då fick vi hem ett vrak och då hade han suttit inlåst i sex månader. (Bror)

Ett fåtal av de intervjuade anhöriga hade egna erfarenheter av samhällsvård som referenspunkt, men uttryckte samma dubbelhet inför situationen:

Jag tycker inte om LVM, för jag har själv varit på LVM. Det är bara inlåsning, ingen hjälp. Så egentligen tycker jag inte om det, men i detta fallet så tyckte jag att det var nödvändigt att hon fick bli inlåst ett tag. Så hon skulle tänka om lite. Hoppas hon har gjort det. (Mamma)

Däremot uttryckte de anhöriga i allmänhet inte någon större kritik mot de restriktioner som omgärdar vistelsen och därmed också de närståendes kontakt med "yttervärlden". Att den närstående låstes in och därmed "skyddades" från droger och möjligheten att rymma uppfattade de som ett nödvändigt ont för att säkerställa de yttre ramarna för att situationen skulle kunna förändras till det bättre. En pappa berättade om sitt första intryck av LVM-hemmet:

Man förväntar sig av ett sånt ställe att det är ganska hårt bevakat. Det var jag som skjutsade dit honom. Jag fick inte ens gå in, utan lämnade av honom vid intaget och så var det en personal som följde mig tillbaka till bilen och såg till att jag körde därifrån. Så det var första intrycket: här kan man nog inte hitta på så mycket tokigt.

En mamma jämförde villkoren vid det nuvarande LVM-hemmet med de erfarenheter hon hade från sonens tidigare behandlingshemsvistelser. En jämförelse som i hennes ögon utföll till LVM-vårdens fördel:

Med tanke på vilken anledning som man sitter på ett LVM så tycker jag att det är helt i sin ordning att man inte får ringa själv och att det finns den kontrollen. Sen kan jag förstå att om man är där dag efter dag, så är det säkert väldigt påfrestande. Jag tycker att när han har varit på behandlingshem tidigare, så har det varit lite för lösa boliner.

Men det höjdes också kritiska röster mot vad de anhöriga uppfattade som ett överdrivet och orättvist utövande av kontroll:

När det var nån som hade klippt upp staketet för att rymma eller tagit in droger då vart hela kollektivet bestraffat, med indragna telefoner den dagen. Sitta på stol tills alla hade lämnat urinprov, indragen resa till köpcentret och så. Jag tycker det är lite skevt. Ingen fick gå mellan paviljongerna och telefonerna kom inte fram, dom sa bara "kan inte nås". Dom stängde av allting tills det var utrett vem som hade gjort vad. Det var förstås viktigt för dom att få reda på, men det drabbade ju oskyldiga. (Partner)

Däremot uttrycktes, som vi redan varit inne på, en samfällad kritik mot frånvaron av behandlingsinnehåll och meningsfull sysselsättning på LVM-hemmen och för att planeringen för framtiden drar ut på tiden. En frustration som växte i takt med att tiden gick och vistelsen närmade sig sitt slut. En mamma beskrev hur tiden bara gick utan att hennes dotter kom till den utlovade § 27-placeringen, där hon förhoppningsvis skulle kunna få den hjälp som mamman ansåg att dottern behöver:

Nu går ju tiden ut och då vill hon vara färdigbehandlad, eftersom det inte varit nån behandling där hon varit nu. Dom har visst ingen behandling där. Dom säger om en vecka och så flyttar dom bara fram det längre och så håller det på så. Det har varit väldigt jobbigt faktiskt.

Lite senare under intervjun återkom hon till samma tema och konstaterade uppgivet:

Jag önskar att det fanns nåt annat, inte bara inläsning. Nåt ställe som hade lite mer, ja så dom fick prata lite mer, kanske psykolog eller kurator eller vad det heter. Och verkligen gå in för varför hon håller på och ska ta livet av sig. För det måste ju finnas en anledning.

Det fanns emellertid även anhöriga som helt ifrågasatte meningen med tvångsvård. En pappa till en medelålders kvinna utan tidigare erfarenhet av institutionsvård uttryckte både förvåning och frustration över att samhället låser in människor för att de dricker för mycket – till ingen nytta, menade han:

Sitta inlåst, jag förstår inte vad det ska vara bra för. Hon är ju inte farlig eller nånting. Då ska man väl inte sitta inlåst, bara för att man är alkoholist. Hon behöver ju samtal och lite ledning och upplysning, prata med en psykiatriker ... hjärnskrynklande som kan få dom på rätt spår. Men bara sitta inlåst utan att göra nånting, det kan bli tvärtemot det. Det gör ingen nytta.

Personalen som personer beskrevs emellertid i huvudsakligen positiva termer. Det var bristen på ett adekvat vårdinnehåll som de anhöriga var kritiska till. Eller för att tala med en av våra intervjupersoner: "Det var inte dåligt bemötande, det var för LITE bemötande." Vi återkommer till detta tema i nästa avsnitt. Personalen uppfattades i allmänhet som trevlig och artig av de anhöriga och bemötandet som korrekt och respektfullt, både utifrån den [begränsade] kontakt de själva haft när de ringt till eller besökt institutionen och utifrån vad som förmedlats via de närstående. För den här pappan vars son vid ett tidigare tillfälle vårdats på ett annat LVM-hem, blev besöket på institutionen en positiv överraskning:

Det var mycket bättre än [LVM-hem] med en park där han kunde röra sig ganska fritt. Personalen var mer som vårdpersonal än som väktare, vilket jag tyckte dom var på det förra stället. Dom var korrekta och intresserade och dom visade en viss värme ändå för [son] och för mig, för omständigheterna liksom. Dom var tvungna att gå igenom grejerna vi hade med till honom, men dom gjorde på ett sätt som var respektfullt. Går ut och så där. Dom hade inte nåt behov av att visa sin makt som på det andra stället. Lite lösare koppel. Där var dom mycket mer på, på kontroll och så.

En kritisk röst kom från en anhörig med egen tidigare drogerfarenhet. Hon berättade om personalens reaktion när hon tog kontakt för att hon var orolig för sin partners psykiska mående: en oro som väckts när de talats vid i telefon någon dag tidigare. Hon

kände sig både frustrerad och kränkt över att personalen – i stället för att ta hennes oro på allvar – valde att ifrågasätta hennes nykterhet:

Jag ringde upp en gång när jag tyckte att han var väldigt nere och ledsen och sa att "han mår inte bra". Då började den anställde fråga: "Är du nykter då?" Han tyckte jag lät annorlunda på rösten. Men jag var ju upprörd för han var jätteledsen. Jag tror inte ens dom reagerade den gången. Jag frågade honom sen: "Är det nån som har pratat med dig extra?" Men jag tror inte dom brydde sig om det.

#### *Att upprätthålla relationen – på institutionens villkor*

Det har varit svårt att komma fram när man har ringt. Jag tror inte dom har haft telefonsystemet helt i sin ordning. (Pappa)

De anhöriga som vi intervjuat var måna om att hålla kontakten under institutionsvistelsen, både för sin egen och den närståendes skull. Som vi har sett intog de en förstående hållning till den kontroll som utövades på institutionen och en beredvillighet att själva underkasta sig en sådan kontroll exempelvis i samband med besök. Vi ska nu titta lite närmare på vad våra intervjupersoner sa om de vanligaste formerna för att upprätthålla kontakt, dvs. telefonsamtal och (sparsamt förekommande) besök på institutionen.

Som vi redan varit inne på fanns det, vid tiden för den empiriska studiens genomförande, vid flera avdelningar begränsade möjligheter för klienterna att ringa till och ta emot telefonsamtal från personer i det sociala livet utanför institutionen. Att samtal som kopplas fram med personalen som mellanhand uppfattades som ett hinder för en spontan, naturlig och kontinuerlig kontakt – hur trevlig och tjänstvillig personalen än var – var ett återkommande tema i intervjuerna med såväl klienter som anhöriga. Ur de anhörigas perspektiv blev det krångligt och tidsödande, oavsett om det var personalen eller tillgången på telefoner som var underdimensionerad:

Det skulle ju kopplas och väldigt ofta så var det upptaget i alla telefonerna och då fick man återkomma. Så det kunde bli fem samtal för att få till stånd ett samtal. Och det var en väldig kö till telefonen, det kunde ta tre, fyra timmar innan man kom fram. (Partner)

De anhöriga beskrev också ett element av osäkerhet och maktlöshet inför att inte veta vart meddelanden tar vägen eller varför den närstående inte ringde tillbaka:

Jävligt rörigt, om han är på nån aktivitet eller nåt och dom lovar att ringa upp. Väldigt rörigt. Det sker aldrig att han ringer upp, för dom ger honom inte meddelandet. Och får han det så säger dom kanske "din pappa har ringt" men i själva verket är det jag då. Men dom är väldigt trevliga dom jag har pratat med. (Bror)

När den närstående hade eller fick tillgång till mobiltelefon under vistelsen uppfattades detta av de anhöriga som en "skillnad som gör en skillnad" – som underlättar möjlighe-

ten till en "normal" vardaglig kontakt, där båda parter kan ta initiativ och där parterna själva kontrollerar alla aspekter av kommunikationen. Så här berättade en mamma om dagliga telefonsamtal, nu när hennes dotter överflyttats till en mer öppen avdelning:

Nu har hon ju haft sin mobil så vi har ringt varje dag. Vi kan ringa två, tre gånger om dagen. Ibland har vi inte så mycket att prata om, så då ringer vi såna här videos så vi ser varandra och ja så sitter vi bara och pratar om ingenting. Det är roligt att man kan se varandra typ. Mycket roligare, för hon har väl inte så mycket att göra där.

Att ta emot besök av anhöriga är en, visserligen villkorad, rättighet för klienter inom LVM-vård, men det var inte självklart för de anhöriga att utnyttja denna möjlighet. Och som vi har sett tidigare i rapporten var det inte heller alltid som klienterna önskade träffa sina anhöriga under de omständigheter som rådde.

Många upplevde det som krångligt. Det rörde sig inte sällan om långa resor, en planering som måste göras långt i förväg och en mycket begränsad besökstid. Då kunde man lika gärna vänta med att ses tills den närstående var tillbaka på hemmaplan eller på något behandlingshem som förhoppningsvis inte hade lika restriktiva besöksregler. De anhöriga som trots allt valt att besöka sin närstående på institutionen beskrev emellertid besöken som mycket betydelsefulla, inte minst för att få bekräftelse på att den närstående var i bättre skick fysiskt och psykiskt än den sista tiden före omhändertagandet. "Han var glad och man såg att han mådde bättre. Ögonen var pigga och han skrattade lite mer, var mer sig själv än han varit innan", sa exempelvis en pappa. En annan pappa berättade om hur det varit att träffa sin son, som efter viss tvekan gått med på att ta emot besök. Han ville med besöket visa att familjen finns kvar och bryr sig:

Jag och hans storebror har varit där och besökt honom. En gång. Han har varit lite ... inte velat att vi skulle komma dit. Han ville inte för "jag ska ju snart till ett behandlingshem nån annanstans", men det har inte hänt än. Han hade fått för sig att det skulle gå fort. För mig är det ju en liten markering att jag kommer dit för att träffa honom och se honom och visa att "vi är här igen, vi finns för dig om du vill ha oss", helt enkelt. (Pappa)

De anhöriga gav en samstämmig bild av (alltför) begränsade besökstider, att medtagna gåvor kontrolleras och ibland också övervakade besök där personal hela tiden satt med i rummet. De visade förståelse för kontrollen, men precis som de intervjuade klienterna önskade de att träffa sina närstående under så naturliga former som möjligt. På motsvarande vis uppskattades besök som var obevakade och kanske till och med skedde utanför institutionsmiljön.

En återkommande kommentar i intervjuerna var att de anhöriga ställde sig frågande till de mycket korta besökstiderna och den långa planeringstiden, särskilt när det innebar en stor uppoffring tidsmässigt och ibland också ekonomiskt för de anhöriga att underordna sig det strikta och rigida regelverket för när och hur besök går till:

Jag menar tågresan tar ... Man får byta tåg och så, så det är jobbiga resor för bara två timmar. Det gick så himla fort. Det kunde varit lite längre besökstid om man kommer en bit ifrån. (Mamma)

Att upprätthålla kontakten så "normalt" som möjligt framstod som betydelsefullt även för de anhöriga. Ibland handlade det om att ganska oproblematiskt upprätthålla en kontakt som fungerat över tid, andra gånger om en nystart för en ansträngd relation eller vad de anhöriga beskrev som ett återseende av den "verkliga" personen, nu när inte droganvändningen styrde den närståendes beteende eller på andra sätt kastade sin skugga över relationen. Men en viss osäkerhet skyntade också fram. Det gällde att gå försiktigt fram eftersom det fanns mycket gammalt som var oklart och outrett i relationen:

Nu är det ju ganska bra. Eller ... vi träffas ju inte så mycket av naturliga skäl. Men vi pratar i telefon ibland och nu snackar vi mer än vi gjort på länge. Men det är klart det finns ju hela tiden kvar lite av det som hänt, han har ju dåligt samvete för vad han gjort och så. (Pappa)

## Personalen

Som utgångspunkt beskrev personalen en viss isolering från det sociala nätverket som nödvändig för klienternas återhämtning, särskilt inledningsvis under LVM-vården när de var som mest sårbara och ofta hade abstinens. Ett huvudsyfte med att begränsa kontakten mellan anhöriga och klienter var enligt personalen att klienterna behövde "landa" och koncentrera sig på sig själva och de aktiviteter som skedde på institutionen. För mycket kontakt med anhöriga under denna period uppfattades därför som en distraktion. Här kan begränsad tillgång till telefoner utgöra ett verktyg för att skapa en lugn miljö för klienterna:

IP1: Även om det tar mycket energi så tycker jag att det är ett fungerande verktyg faktiskt. För det begränsar ändå för att vi har två klienttelefoner på avdelningen. Jag tycker det är viktigt när man kommer upp på låst för att man ska landa, man blir omhändertagen, kommer till intaget, man kanske avgiftas där, sedan kommer man in på låsta och man ska landa lite i miljön och försöka någonstans fånga upp sig själv och fokusera på sig själv och därför tycker jag att det är jättebra att man kopplar samtal och att det finns just två klienttelefoner. [...]

IP2: Jag tänker på nätterna, hade ni haft mobiler då kanske det inte varit lugnt för då kanske folk hade ringt hela nätterna och stört då så det hade varit en fara i det.

Flera: Ja, mm kan jag tänka mig. (Fokusgruppsintervju 2)

En obegränsad möjlighet till kontakt med anhöriga kan också distrahera klienterna från institutionens aktiviteter, menade personalen:

Att man är fokuserad på sin telefon snarare än på vad man skulle kunna göra med sin tillvaro här. Så väldigt många gånger sitter man inte gärna med i grupp för i grupp så vill man

inte att det ska finnas telefoner. Då väljer man inte att vara med på grupp. Det är samma med om man har enskilda samtal med dom. Det kan hända att dom, "nä men jag måste ringa" och så bara går. (Fokusgruppsintervju 4)

En annan tematik i fokusgrupperna handlade om att okontrollerad tillgång till sociala nätverkskontakter riskerar att äventyra vårdens huvuduppgifter, det vill säga, att hålla klienterna drogfria samt motivera klienterna till frivillig behandling. Här lyfte personalen dels att fysiska besök av utomstående ökar risken för droginförsel, dels att anhöriga med egen erfarenhet av drogproblem också kan påverka klienterna mentalt och öka deras begär efter droger. Sammantaget omständigheter som motiverar åtgärder för att skydda klienterna från påverkan utifrån och den ibland destruktiva miljö de antas komma ifrån.

Parallellt med uppfattningen om att klienternas återhämtning kräver en lugn och delvis isolerad miljö, existerade en uppfattning om att ett stödjande socialt nätverk utgör en förutsättning för klienternas långsiktiga återhämtning. Personalens uppgift att möjliggöra klienternas kontakt med anhöriga beskrevs därför som en central och viktig del i deras arbete:

Det är oerhört viktigt har vi förstått, det är en livlina för många utav dom killarna som är här. Jag kommer ihåg när jag jobbade på intaget, där fördes mycket diskussioner kring telefontider till exempel. Klienterna var ju väldigt fokuserade vid att kunna ringa till sina anhöriga närsomhelst på dygnet i stort sett. Det vet jag att vi har bejakat nu på alla avdelningar att ha lite mera generösa telefontider och att göra allt för att underlätta för klienterna. Det är viktigt, jätteviktigt att man hjälper dom att kunna få den tryggheten att prata med sina nära och kära. (Fokusgrupp 1)

Precis som i citatet ovan poängterades i fokusgrupperna att anhöriga kan vara en "livlina" och en "viktig motivation" för klienten att upphöra med sitt missbruk samt för att upprätthålla ett drogfritt liv. Det sociala nätverkets inflytande beskrevs alltså som dubbelt: anhöriga kan potentiellt både vara en positiv kraft och ett problem i relation till klienternas återhämtning. En viktig uppgift för personalen är därför att undersöka vilka i klienternas sociala nätverk som kan ses som ett problem respektive som en resurs för vården.

*Anhöriga som problem eller resurs?* Våra intervjuer med personal visade att redan vid inskrivningen påbörjas ett, mestadels informellt, arbete där personalen undersöker och bedömer kvaliteten på klienternas sociala nätverk:

- genom så kallade nätverkskartor,
- genom att prata med klienterna om deras anhöriga,
- genom eventuella egna samtal med klienternas anhöriga,
- genom att vara uppmärksam på klienternas reaktioner under och efter deras kontakter med sina anhöriga.



Här synliggjordes en gemensam förståelse för när anhöriga betraktas som ett problem och när anhöriga betraktas som en resurs för klientens vård och återhämtning: På problemsidan lyfte personalen familjemedlemmar som antas vara manipulerade av sina närstående att gå deras ärenden, exempelvis genom att argumentera för förskrivning av starkare läkemedel eller genom att själva smugla in droger. Relationer som karakteriserats av skuldbeläggning, eller av allvarliga konflikter som våld, uppfattades också som självklart problematiska:

Det finns ju en hel del som skuldbelägger sig här inne, av anhöriga. Och med tanke på att dom redan tycker att dom är ganska värdelösa som dom är, så är dom ju inte hjälpta av att höra att dom är dåliga. Utan då behöver dom stöttning i att jo men det här kommer kunna gå bra. (Fokusgrupp 4)

Även anhöriga med starkt engagemang att hjälpa problematiserades: deras viktiga funktion att motivera och stötta klienterna ansågs visserligen som välmående, samtidigt som det engagemang anhöriga visar kan visa sig vara dysfunktionellt och ett problem för både personal och klienter. Ett särskilt stort problem för personalen utgjordes av anhöriga som kategoriseras som "medberoende" och "kritiska anhöriga" och som försöker styra personalens arbete:

Ja, sen har vi ju dom här andra som inte är så sunda då, det hör man ju på en gång, det är dom som lägger sig i allting och ifrågasätter vård och behandling, ifrågasätter låst: "Varför är han inlåst? Varför har inte han fått den sorts medicinen? För han behöver den och det hade han hemma.", "Och vad gör han av alla pengar? Ska jag skicka pengar nu igen?" (Fokusgrupp 3)

LVM-vårdens uppdrag att påverka och motivera klienterna att ta ansvar för sitt eget liv och upphöra med sin droganvändning, riskerade enligt personalen att äventyras av "medberoende" och "kontrollerande föräldrar" som försöker bestämma över sina vuxna barns liv. Påverkan från sådana anhöriga tenderar att sätta press på klienterna att anpassa sig till sina anhöriga snarare än att utveckla en egen vilja:

Föräldrar kan ibland ha en förmåga att låta sina vuxna barn, väldigt vuxna barn, att då fortsätta att försöka ... att dom ska göra som föräldrarna säger och tycker och kväver dom och har dom kvar som barn så att den egna viljan får inte komma fram. (Fokusgrupp 2)

I fokusgrupperna framträdde också bilder av anhöriga som resurs för både klienter och personal. Förutom att dessa anhöriga uppfattades sakna de karaktäristika som kännetecknar en problematisk anhörig, beskrevs de som anhöriga som vågar "stå upp mot" sin närstående eller som anhöriga som motiverar och "pushar" klienten att stanna kvar på institutionen:

Det är ju dom som dom kontaktar vid just såna tillfällen, när det är kanske väldigt bristande motivation och när man inte orkar mer, man kan inte stå ut och sen så säger dom efter

dom har pratat med den här: "Nu har jag kommit på andra tankar, jag ska vara kvar och så."  
(Fokusgrupp 3)

De anhöriga som kategoriserades som en resurs beskrevs också som mindre "synliga". Snarare än att ringa personalen och vara ifrågasättande, stöttar dessa anhöriga klienterna i bakgrunden, tar hand om praktiska bestyr på hemmaplan och agerar i relation till socialtjänsten:

I många fall är dom nog väldigt betydelsefulla. Det är i frånvaron av andra professionella aktörer skulle jag vilja säga, utanför oss. Nu låter jag väldigt kritisk här. Men dom byter ju handläggare väldigt ofta. Dom har egentligen oftast knappt ett ansikte eller ett namn på dom som ska ta hand om deras ärende i vissa fall. Och då blir det ju dom anhöriga som får liksom vara den knutpunkten. Se till att göra dom här praktiska sakerna åt dom när dom inte kan vara ute. Dom tar ju inte minst, tar dom ju hand om sina, deras barn då och allt vad det innebär och engagerar sig. (Fokusgrupp 4)

Personalens bedömning av anhöriga som problem eller resurs ser vi som vägledande i personalens fortsatta arbete med att begränsa respektive möjliggöra kontakt med anhöriga. I materialet synliggörs två strategier för individbaserad reglering av kontakt med anhöriga, 1) begränsa och möjliggöra med regler, 2) hjälpa klienten att komma till insikt.

#### *Begränsa och möjliggöra med regler*

IP1: Vi måste väl ändå börja med att vi begränsar väl vissa kontakter [någon: Ja.] SiS gör ju det.

IP2: Så är det ju. Vi har ju alltid om man tittar till det här med riskbedömningar både när det gäller hot och våld men även när det gäller negativa kontakter, positiva kontakter. Att vi väger av den när man har samtal med klienten när dom kommer. (Fokusgrupp 3)

Personalen förklarade att regler och rutiner kring kontakten med klienternas sociala nätverk kan användas flexibelt, dels utifrån en bedömning av den enskilde klientens situation och utveckling, dels utifrån en bedömning av den anhöriges bakgrund. Ett exempel var att om en anhörig som ringer till institutionen och söker sin närstående uppfattas som drogpåverkad, kopplas inte samtalet vidare till klienten. För de avdelningar där klienter hade tillgång till egna telefoner uppfattades denna frihet också som en förlorad möjlighet till att skydda klienterna från negativ exponering:

Men det är klart att skydda nån ifrån att bli exponerad från nåt som man egentligen inte mår bra av, det har vi ju svårt att hantera här inne eftersom telefoner ringer, det kunde vi faktiskt filtrera bort, när dom ringde hit och dom verkade påverkade. Då kunde man säga så här: "Du verkar påverkad. Skulle du kunna tänka dig att ringa lite senare i stället?" (Fokusgrupp 4)

Som vi redan har varit inne på fanns en stor variation både inom och mellan institutionerna i graden av kontroll vid fysiska besök. Övervakade och strikt tidsreglerade besök tillämpades som utgångspunkt, särskilt i början av klienternas vistelse när personalen var obekant med både klienter och anhöriga. En "lämplighetsbedömning" av vem som får besöka klienten samt när och hur besök genomförs gjordes regelmässigt i samarbete med socialtjänsten, som antas ha relevant information i detta avseende. Längre fram under klienternas vistelse, vid etablerat förtroende för både klienter och anhöriga, kunde emellertid reglerna tänjas på genom exempelvis obevakade besök, längre besökstid, och möjlighet att träffas utanför institutionen. Det rörde sig således om ett brett register av besök, allt från strängt bevakade besök där parterna inte tillåts röra vid varandra till att klienterna tillåts träffa sina anhöriga utanför institutionen för en gemensam måltid eller shoppingtur, vilket illustreras av det här citatet:

IP4. Uppmuntra [IP6: Ja det gör vi] på alla sätt och vis besök. Men vi gör ju också en avstämning med socialtjänsten. Vi gör ju all planering ihop med dom. Så, och då kan ju dom ha annan kunskap om dom som ska komma. Och det kan väl finnas tillfällen där vi blir avradda, och vid osäkerhet – det är ju ni [läst avdelning] bättre på – men då blir det ju bevakat besök från början till slut. Och sen är det kanske med tillsyn och sen när man känner att man kan lita på varandra mer så får dom vara på egen hand en viss tid.

IP6: Vi har till och med vissa som kommer, deras män kommer hit och hämtar och så är de på stan ett par timmar och käkar och kommer tillbaka så det finns ju alla varianter. (Fokusgrupp 2)

En förutsättning för besök under friare former var alltså en "matchning" mellan bedömningen av klientens positiva utveckling och den anhörige som resurs. Eller med andra ord att personalen hade förtroende för både klienten och den anhörige. Den andra ytterligheten, att helt neka klienten att ta emot besök av en specifik anhörig, vilade på en bedömning av att klientens vård riskerade att påverkas negativt, eller som personalen uttryckte det "var till men för vården". Utöver de formella befogenheter som institutionen har för att begränsa kontakten mellan anhöriga och klienter, uttryckte emellertid personalen att det är viktigt att hjälpa klienterna att själva reglera kontakten, särskilt i relation till anhöriga som personalen kategoriserar som "problem".

*Hjälpa klienten att komma till insikt.* En röd tråd i fokusgrupperna var en problematisering av det formella tvång som är en förutsättning för all LVM-vård. Reglering och begränsning av anhörigkontakten problematiserades som en tillfällig lösning som också leder till missnöje hos klienterna. Exempelvis att med tvång försöka separera klienter från problematiska partnerrelationer kan snarare leda till att de, som en av intervju-personerna uttrycker det, "limmar mer". Ett centralt och återkommande tema i fokusgrupperna var att reglering av anhörigkontakten därför behöver "förankras i klienten" så långt det är möjligt. Genom samtal försöker personalen att förmå klienten "att själv komma till insikt" om relationens positiva respektive negativa karaktär. Ett informellt påverkansarbete som implicit syftar till att reglera kontakten mellan anhöriga och klienter:

Vi har ju ingen rätt att stoppa samtal, om det inte är så att dom själva ... Däremot kan man ju ha, det kan man ju bygga ett samtal med sin klient själv sen där man tillsammans väger lite för- och nackdelar, som den här klienten som jag tänker på vars mamma hade utsatt honom för väldigt mycket, när han var liten. Att man gör en liten sån här kartläggning tillsammans, vad är det som är positivt och vad är det som är negativt och hur ... vilken sida är det som vinner? (Fokusgrupp 3)

Klienterna kan emellertid också behöva hjälp med att komma till insikt om att den anhörige "bara vill väl", det vill säga, som en (potentiell) resurs. Inte minst gäller detta anhöriga som bidragit till tvångsomhändertagandet genom en orosanmälan till socialtjänsten, vilket enligt personalen kan utgöra en källa till konflikt:

IP1: Många gånger kommer dom hit och dom känner sån ilska.

IP2: Mmm.

IP1: Och det kan grunda sig i hur deras förhållande har varit genom åren, men det kan också grunda sig i den saken att det är föräldern som gjort orosanmälan. Och att man då kan vända sig till klienten och lyssnar och lyssnar, men att dom på egen hand ändå ska ta beslutet och komma till insikt om att mamma och pappa dom vill mig bara väl. Att få dom att se det på ett annat sätt.

IP3: Ja vad man ska kalla det, få bort ilskan på många. (Fokusgrupp 1)

Sammanfattningsvis visar våra resultat hur personalen arbetar aktivt med att reglera kontakten mellan klienter och deras anhöriga, dels genom uttalade regler och rutiner för utövande av kontroll, dels genom mer eller mindre informella, personliga samtal kring klientens anhängrelationer. Arbetet guidas av personalens gemensamma förståelse av när anhöriga ses som en resurs eller ett problem i relation till både personalens arbete och klienternas återhämtning. För mycket kontakt med anhöriga, särskilt i början av vårdtiden, betraktades dock alltid som problematiskt, oavsett bedömningen av den anhöriges lämplighet, då klienter anses behöva tid för självreflektion.

### Sammanfattande kommentar

Som vi beskrivit tidigare i rapporten innebär vistelsen på LVM-hemmet stora inskränkningar i klientens handlingsfrihet och möjlighet att upprätthålla kontakt med livet utanför institutionen. Det fanns visserligen stora variationer mellan de fyra institutioner som medverkat i vår studie och det fanns en ambition inom respektive institution att successivt lätta på kontrollen i takt med att klienterna antas själva kunna ta ansvar för sin situation. Något som också manifesteras av att klienten flyttas till en avdelning där vården bedrivs under mindre slutna former. Den initiala vårdperioden beskrevs dock på olika vis av klienter, anhöriga och personal. För klienterna präglades den första tiden i behandling av förvirring, oro och stress, känslor som tenderar att förstärkas av begränsade möjligheter till kontakt med omvärlden (jfr. Billquist & Skårner, 2009; Runquist, 2012). Anhöriga beskrev däremot hur det dramatiska uppbrottet skapade en initial känsla av lättnad, ordning och trygghet, följt av en tilltagande oro när frågan om vilken vård som egentligen erbjuds på LVM-hemmet infann sig (jfr. Norvoll, Hem &

Lindemann, 2018). Personalen å sin sida såg behov av att begränsa kontakter med omvärlden, särskilt under den initiala vårdperioden då klienterna bedöms behöva tid för självreflektion och för att "landa" (jfr. Selbekk & Sagvaag, 2016).

Klienterna upplevde genomgående betydande svårigheter att upprätthålla kontakten med sina sociala nätverk under pågående LVM-vård. Det handlade dels om problem att få ta emot samtal, dels begränsningar relaterade till besök. Även ur de anhörigas perspektiv var ett återkommande tema att det är krångligt och tidsödande att upprätthålla kontakten med sina närstående under vårdtiden. Ett gemensamt element för såväl klienter som anhöriga var osäkerhet och maktlöshet inför att inte veta vart meddelanden tar vägen och varför den närstående inte ringer upp. Vad gäller besök var ytterligare ett gemensamt tema för klienter och anhöriga att det upplevs som besvärligt. Det handlar om långa resor som kräver god framförhållning och ekonomiska resurser för att genomföra. Dessutom är besökstiderna mycket begränsade. De anhöriga som trots allt valt att besöka närstående beskrev emellertid besöken som mycket värdefulla, inte minst för att de får se med egna ögon att den närstående återhämtat sig fysiskt och psykiskt. Klienterna gav uttryck för mer dubbla känslor. Kontrasten mellan livet hemma och livet på institutionen är svår att hantera känslomässigt, något som tidigare fängelseforskning påpekat (Casey-Acevedo, Bakken & Karle, 2004; De Motte, Bailey & Ward, 2012). Såväl vår studie som tidigare forskning lyfter samtidigt fram den potentiellt stärkande funktion personliga relationer kan spela i låsta miljöer, då de kan motverka negativa effekter av isolering och avskildhet (Eades, 2009; Moran, 2013).

Personalen å sin sida tenderade i vårt material att dela upp anhöriga utifrån de binära kategorierna "problem" eller "resurs" (jfr. Lee et al., 2012; Misouridou & Papadatou, 2017; Orr et al., 2014). I de fall där anhöriga kategoriseras som resurser, t.ex. genom att motivera den närstående att inte rymma och understödjer den tänkta behandlingsplaneringen, kan regler för exempelvis besök tänjas på. Om de anhöriga däremot kategoriseras som problem, till exempel när de kritiserar institutionen och försöker påverka personalens arbete, aktiveras dock en mer disciplinär approach. Personalens bedömning av anhöriga som resurs eller problem vägleder således arbetet med att begränsa respektive möjliggöra kontakten med anhöriga. Det är långt ifrån säkert att klienter, anhöriga och personal delar bilden av vem som fungerar som resurs och inte. Men som detta avsnitt visat är det personalen som har tolkningsföreträde i dessa värderingar.

### Tema 3: Anhörigas involvering i LVM-vården

Av intervjuerna med såväl personal som klienter och deras anhöriga framgick att anhöriga inte involveras i vården i någon större utsträckning. Därför riktas fokus inte bara på den involvering som faktiskt äger rum utan också (och framför allt) på de för- och nackdelar de olika parterna såg i förhållande till en ökad involvering av anhöriga. De former av involvering som lyftes i intervjuerna var: utbyte av information mellan anhöriga och personal, anhörigas delaktighet i planeringen av klientens fortsatta vård samt olika former av familjesamtal.

## Klienternas perspektiv

Personalen inviterar liksom inte till ens anhörignätverk va, utan man ska koncentrera sig på sig själv här. (Kvinna, 46 år)

Få klienter berättade att de känner till något relationsorienterat arbete på institutionen, och de har inte heller fått frågan om att involvera sina anhöriga. Därtill var klienterna osäkra på personalens kompetens för anhörigarbete och har därför inte explicit efterfrågat detta:

Nej jag tror inte att jag kan få den hjälpen här, dom har inte den kompetensen. Det är en institution ... jag fattar inte varför man sitter här. Det är ju på behandling jag ska, där man kan köra KBT och jobba och få sina verktyg. Här, det är ju bara förvaring, det är bara att ödsla tid. (Kvinna, 31 år)

Den institutionella miljön är, som vi visat tidigare i rapporten, ett annat hinder för att bjuda in anhöriga då den ansågs som alltför låst, konstlad och tidsbegränsad. Sammantaget uppfattade inte klienterna att institutionerna – den rumsliga kontexten, vården och personalen – är inställda på anhöriginvolvering, vilket utgör en barriär för klienterna att både bjuda in anhöriga till möten på LVM-hemmen och för att be om hjälp och stöd i relation till det sociala nätverket.

När vi frågade mer generellt om klienternas inställning till att bjuda in anhöriga på olika sätt kunde vi inte se några entydiga mönster. Några av de intervjuade klienterna ville inte ha sina anhöriga involverade i vården i någon form, andra såg fördelar med informationsutbyte och relationsorienterat arbete.

Informationsutbyte. Bristen på kommunikation mellan personal och anhöriga kan enligt klienterna bidra till ett extra slitage på anhörigrelationerna eftersom de anhöriga inte har tillräcklig kunskap om LVM-vårdens syfte och innehåll. Klienterna beskrev hur deras anhöriga (åtminstone initialt) tror att LVM-vård är kvalificerad behandling, vilket står i kontrast mot deras egen erfarenhet av LVM-vården som en form av förvaring. När klienterna försöker förmedla sina upplevelser av den institutionella vardagspraktiken är det inte alltid de anhöriga litar på att "ingenting händer" och "att det inte är någon riktig behandling". Klienterna efterfrågade därför personalens stöd i att förklara för de anhöriga vad de har att förvänta sig av vården. En klient uttryckte sig såhär:

Det hade nog behövts förklara hela bilden av hur det här fungerar och hur det är tänkt att det ska hjälpa och vad som är tanken med det. Ja, det hade nog underlättat tror jag för dom anhöriga hemma. Än att dom ringer mig och jag säger: "Jamen det händer ingenting, det händer ingenting." Och det blir ju på nåt sätt, frustrationen tar ju lite överhand där. Den kommer ju lätt ut på de anhöriga som sen inte VET hur det fungerar, och sen så låter det ju egentligen mer illa än vad det är i deras öron. Så nån sorts förklaring och helhetsbild hade nog hjälpt för dom anhöriga, det tror jag nog. (Man, 36 år)

Information hade enligt denne man, och andra klienter, bidragit till att minska konflikter i relationen till anhöriga.

Ett annat tema belyser anhöriga som en informationskälla för vårdens utövande, exempelvis genom att bidra med en rikare bild av klienters bakgrund och drogproblem. Förutsättningen för ett sådant informationsutbyte är emellertid att personalen tar initiativ som riktar sig såväl till klienterna som till de anhöriga:

Sedan kanske dom [personal] kan få ställa lite frågor om mig som person, hur jag fungerar och såna saker, från deras [anhörigas] syn och såna saker, så dom får lite mer information om mig, för jag ger kanske inte hela sanningen i vissa lägen. [...] Men jag tror, ja, man måste bli erbjuden och det har jag inte sett här i alla fall. (Man, 33 år)

*Vikten av anhöriga som backar upp.* Inläsningen skapade för klienterna ett ofrivilligt beroende av anhöriga för att ta hand om praktiska bestyr på hemmaplan. Intervjuerna synliggjorde också att det fanns klienter som kände sig motvilligt nödgade att utnyttja anhörigas hjälp i kontakten med socialtjänsten. Bristen på "riktig behandling" på LVM-hemmet gör att de klienter som önskar behandling sätter sitt hopp till att få en passande behandling under friare former efter tiden på LVM-hemmet. Samtidigt uppfattas den vårdplanering som ska möjliggöra en mer adekvat behandling som alltför långsam och oengagerad i händerna på socialtjänst och personal vid LVM-hemmet. Klienterna beskrev återkommande hur de förlitade sig på anhörigas hjälp att "trycka på" för att komma framåt i behandlingsplaneringen, men anhöriga beskrevs också som viktiga för klienternas möjlighet att göra sin egen röst hörd i relation till socialtjänsten och personalen och därmed kunna påverka utfallet av vårdplaneringen:

IP: Ja, jag tror att det är mycket viktigt, för dom lyssnar inte på mig, så att då skulle dom nog förstå allvaret.

I: Tänker du att dom skulle kunna hjälpa dig, att föra din talan på nåt sätt?

IP: Ja, jag har en tid då barnhandläggaren och min socialhandläggare kommer. Det är ju då vi ska prata om p 27:a och sånt. Då hade jag ju velat ha med mig typ pappa, syrran eller morfar eller nån från min sida. (Kvinna, 31 år)

På detta sätt kunde anhöriga fungera som klientens allierade i relation till såväl socialtjänsten som personalen vid LVM-hemmet.

*Hjälp med distanserade och konfliktfyllda relationer, stöd till anhöriga.* Våra intervjuer visar att det finns klienter som önskar professionellt stöd i att upprätthålla, hantera och förändra sina anhörigrelationer under LVM-vården. Som vi redan har varit inne på berättade klienterna om trassliga relationer till anhöriga: relationella svårigheter som i vissa fall förstärkts av den påtvingade distansen och begränsade och ibland förödmjukande kommunikationsmöjligheter under LVM-vården. Ett annat tema var det reparationsarbete av sociala relationer som väntar efter LVM-vårdens slut. En man förklarade hur kontinuerliga samtal med anhöriga under vårdtiden hade minskat "kontrasten" mellan inläsning och hemkomst och förhoppningsvis underlättat för honom att återvända hem efter att vården avslutats:

Så att det inte hade blivit den där fasaden när man kommer ut. Den här stora kontrasten och att bli mer avstängd än normalt sett. Ja normalt, när jag är ute. Då kommer ändå dom här frågorna, men dom blir inte så stora, det är inte så mycket man vill veta för man har pratat ofta ändå, det har inte hänt så mycket mellan gångerna liksom. Nu blir det ett halvår. (Man, 36 år)

En kvinna önskade personalens stöd att prata med anhöriga om villkoren för relationen efter LVM-vården, men också hjälp att reda i gamla konflikter:

Där måste jag ha lite mer hjälp. Alltså där måste vi två sätta oss ner med nån personal eller nåt och få prata igenom det. För han fattar inte att han har gjort fel mot mig, men jag förstår att jag har gjort fel mot honom. Jag har gått ut och missbrukat och så, så jag hoppas att den blir bättre. Att han förstår att han dricker ganska häftigt och han kan inte dricka när jag kommer hem. (Kvinna, 27 år)

Ett återkommande tema i intervjuerna med klienter var att de upplever att deras anhöriga var i behov av eget professionellt stöd, även om de var klara över att detta inte ingår i LVM-vårdens uppdrag. Dels var de, som vi redan varit inne på, bekymrade för sina anhörigas situation och mående. Dels menade de att de anhöriga behövde hjälp för att förstå sin närståendes förändring, men också hjälp att komma vidare. En kvinna förklarade riskerna med att de anhöriga inte "hänger med" i sin närståendes utveckling:

Det är mitt åttonde LVM det här. Det går hand i hand. Och det blir inte bra alls, för man är borta ett halvår, man kanske är på behandling och det händer massa saker med en. Och omgivningen och ens anhöriga, dom hänger inte med. Det måste ju bli en dominoeffekt, dom hänger ju inte med i förändringen. För dom blir det ju bara att man försvinner ifrån dom ett halvår. Och sen när man kommer tillbaka, så tror dom att allt är som vanligt igen eller, fast till det bättre då, att man inte dricker längre liksom. [...] Det kan vara därför vi åker runt i dom här LVM-karusellerna. (Kvinna 46 år)

### Anhörigas perspektiv

De anhöriga förmedlade i intervjuerna hur de vill bidra till att klientens vård ska bli så bra som möjligt och att själva vara ett gott stöd till sin närstående under och efter LVM-vården. Detta betyder emellertid inte en beredskap att (åter) fungera som vårdare till sin närstående. Anhörigas motivation till att delta i vården framstod därför som tude-lad: dels ville anhöriga göra allt de kan för att hjälpa sin närstående ut ur sitt predika-ment, dels önskade de själva frigöra sig från en ohållbar och omöjlig livssituation.

*Betydelsen av information.* Personalen beskrevs i termer av "vänliga", "varma" och "professionella", men en tydlig tematik i intervjuerna var att de anhöriga önskar att personalen ska kontakta dem i större utsträckning och ge en lägesbeskrivning av såväl kli-entens eventuella framsteg som vårdplaneringens fortskridande. Anhöriga som aktivt försökt få information av personalen beskrev detta som att "konstant arbeta i motvind", något som var särskilt svårt att förstå för dem vars närstående förmedlat att de uttryck-ligen hade bett personalen att delge anhöriga sådan information:



Men då är det detta med sekretess hela tiden. Att dom inte, även om [dotter] säger att, "ja men det är okej att ni pratar med mina föräldrar" så är det väl det ändå, att dom inte ... Det är mer det att jag inte vet riktigt vad som händer där inne, eller vad som sägs eller hur det pratas eller hur det är kring ... eller hur dom gör eller så. Och när [dotter] säger "man klarar ju sig själv här inne" och dom jobbar ju och skojar där inne och sånt här, men man får ju lik-som inte nån att ... man vet ju inte hur det går eller hur det fungerar. (Mamma)

Brist på information från personalen får i sin tur konsekvenser för de anhörigas förmåga att hantera sin egen situation, men även att vara ett stöd för sina närstående. För de anhöriga framstod just "att inte veta" som det som är svårast att hantera. Engagemang utan information upplevs alltså som stressande och frustrerande, men framför allt försvårar det för anhöriga att förbereda sig för tiden efter LVM-vården:

Och det tänker jag att det, det är ju jätteviktigt för ... vi människor, det handlar om att ta nästa steg, att det är det nätverket som finns kvar som också är involverade i den personen som har problem. Det är ändå till oss han kommer att komma. Efteråt på ett eller annat sätt. Det är vi som kommer att komma få hantera det på nåt sätt. Om inte vi har ... om vi inte vet, så kan vi inte heller ta rätt beslut tänker jag. (Pappa)

*Använd oss som resurs!* Som framgår tidigare i rapporten vittnade de anhöriga som deltagit i vår studie samstämmigt om brister i den vård som deras närstående erbjudits (inklusive frånvaro av sådana erbjudanden), inte minst vad som hänt efter tidigare LVM-vård. Även om de anhöriga hoppades på ett bättre utfall denna gång, tycktes de ändå uppleva tiden efter LVM-vården som potentiellt osäker. Anhöriga var övertygade om att deras omfattande kunskap om sin närståendes historia och livssituation utgör en resurs för personalen när det gäller vårdbehov och behandlingsplanering:

Om dom planerar till exempel återfallsprevention eller såna där saker, om det skulle finnas såna saker som jobbar förebyggande. Då hade det varit bra om dom hade ringt och pratat med oss som känner till hela historien. Det gör ju, det gör ju hon också naturligtvis men ibland kan det väl vara bra att få en lite ... från en anhörig som vet hur det är. För det är inte säkert att man säger hela sanningen alltid. (Pappa)

Precis som pappan i det här citatet beskrev, var de anhöriga angelägna om att personalen ska få hela bilden av sin närståendes historia och problem. Ett positivt exempel gav en mamma som blivit inbjuden att berätta om sin son som del i en psykologisk utredning på LVM-hemmet:

Det var jättebra, jättepositivt och inte bara då utan också efteråt att hon [psykolog] har ... vi har kunnat kontakta henne och hon har haft nån summering och jag tyckte det var jättebra att få träffa henne. (Mamma)

Som vi visat tidigare uppfattade de anhöriga tvångsvården som ett "nödvändigt ont" och på samma gång som en integritetskränkande och repressiv intervention. Att engagera sig i vården kunde för de anhöriga därför också vara ett sätt att backa upp och ge moraliskt stöd till sin närstående i den utsatta situationen. "Den som är inneliggande där blir av med all integritet och självbestämmande och allting", sa en mamma.

Ett annat tema handlade om att stötta klienterna inför och under möten när viktiga beslut skulle tas om den närståendes framtid och hjälpa dem att till fullo förstå vilka olika alternativ som stod till buds:

Men alltså, jag som förälder skulle egentligen vilja vara med på ett par sådana där samtal när man planerar insatserna för honom framåt. För att jag skulle kunna hjälpa lite med det helt enkelt och stödja honom och kanske förstå nånting som han inte förstår i vad som gäller och vad som händer. Att han inte riktigt har full koll på alla instanser och vad man behöver göra för att ... och lägenheter eller så. Till exempel. (Pappa)

Ett återkommande tema var att de anhöriga upplevde att vårdplaneringen går alldeles för långsamt och hela tiden skjuts på framtiden. Något som väcker frustration, men också en anledning till att ta egna initiativ genom att ringa behandlingshem och serva personalen med information och telefonnummer till passande behandlingsalternativ. Ett annat skäl för involvering var erfarenheten av att deras närstående inte blivit lyssnade på och därför behöver uppbackning. En mamma berättade om hur hon "ligger på" socialtjänsten för att försäkra sig om att planeringen genomfördes som den skulle:

Jag har väl ringt nån gång då och legat på för dom har ju lovat henne olika ställen som hon skulle få komma till. Och då har ju dom sagt att det ska bli det, men sen har dom ändå kommit med andra förslag. Så det har ju dragit ut på tiden innan hon fick flytta, emot vad dom sa från början, och då har jag väl ringt och undrat varför dom håller på och gör så och lurar henne liksom. [...] Man har ju inte så mycket rätt när man sitter därnere. Då är det alla andra som ska bestämma åt en, så man har ju inte mycket att säga till om. Själv då. Då måste man ju hjälpa till där. Så att det blir bra. (Mamma)

Som nämndes inledningsvis i detta avsnitt var det inte stöd för egen del som de anhöriga var ute efter i kontakten med LVM-vården. Det var den närståendes situation och vård som var i fokus. För att få stöd för egen del nämndes det egna personliga nätverket som den främsta källan. Det kan emellertid också vara svårt att vända sig till någon som inte befinner sig i samma situation: "Det är lätt att prata om vad man tror skulle ha hänt om man själv hade ett barn som var missbrukare, men det är inte förrän man själv hamnar i den situationen som man vet." Ett alternativ som lyftes i intervjuerna var olika typer av stödgrupper och kanske framför allt de alternativ som står att finna via internet:

Anhöriga till missbrukare heter det, en internetgrupp med folk som har liknande problem och vad man ska göra. Det är bl.a. SIS-hem som kommer på tal, man kan läsa om anhöriga

som skrivit jättemycket om hur det är, hur personalen är. Och till och med om dödsfall. När deras anhöriga dör så får dom stöd av andra personer. Det är bara anhöriga i den, jag tror det är flera tusen på den Facebooksidan. (Pappa)

När det gällde familjeorienterade samtal under LVM-vården uttryckte de anhöriga att de gärna ställer upp i sådana om det kan vara hjälpsamt för deras närstående. Det var dock inget de själva kommit på tanken att initiera inom ramen för LVM-vården.

## Personalens perspektiv

IP1: Det är klart att vi har fokus väldigt mycket i arbetet på våra klienter. Men dom har ju ett nätverk kring sig och utan det nätverket så kan det vara svårare att fånga upp en motivation liksom, så ja ...

IP2: Ja, det är lite klivet där faktiskt.

IP3: Ja, det känner jag. (Fokusgrupp 1)

Citatet ovan speglar den ambivalens till mer direkt arbete med klienternas sociala nätverk som var ett genomgående tema i fokusgrupperna. Personalens utgångspunkt var att klienterna behöver tid att "arbeta med sig själva", medan arbetet med det sociala nätverket mer naturligt introduceras i ett senare skede av vården. Parallellt underströk personalen de anhörigas motiverande funktion och eventuella potential att utgöra en resurs i arbetet med klienten. Vi går nu vidare och diskuterar personalens syn på möjligheter och barriärer för anhörigas delaktighet i vården.

*Klientens rätt att neka.* I samtliga fokusgrupper betonade personalen klientens rätt att neka anhöriginvolvering, vilket ansågs som det största hindret för att bjuda in anhöriga till samtal om klienterna och deras vård. Klienternas förmodade motstånd mot att göra anhöriga mer delaktiga hänförde personalen till konflikter i relationerna, men också till att det är ett för tidigt skede i processen. Klienterna ses inte som tillräckligt motiverade och dessutom saknas tid. Klienternas scheman är redan fullteknade med aktiviteter inom institutionen. Ett annat skäl som anfördes var att klienterna bedöms ha en mer komplex problembild än tidigare med mer uttalad psykiatrisk problematik, vilket fördröjer vårdprocessen. Klienternas fokus och tid ockuperas till exempel av rättegång, abstinens och medicinering, snarare än av funderingar kring anhöriga:

Och sen är det ganska tidigt. Sex månader ska dom vara här, och dom är inte här sex månader heller. Och fokuset på deras ... det är nog inte kontakt med anhöriga liksom den biten, utan dom har så mycket annat i huvudet. Det är ju ADHD-medicinering, det är abstinens, och det är sjuk ... det är tandvärk och det är ju alla krämporna som kommer, och det är rättegång, och man har överklagat, och det är så mycket här inne. Alltså ... det [anhörigfokus] kommer nog lite längre fram. (Fokusgrupp 3)

De flesta klienter är alltså enligt personalen inte intresserade av att involvera sina anhöriga i vården under tiden på LVM-hemmet, vilket är en central anledning till att an-

höriga "ofta stängs ute". Att klienterna släpper på sekretessen är förstås en självklar grundförutsättning för anhörigas delaktighet. Samtidigt uttrycktes ett motstånd mot att samtala med anhöriga, även när klienterna godkänner detta, vilket motiverades med att LVM-vård i sig är en kränkning och att det därför är viktigt att inte kränka klienten ytterligare genom att "prata över huvudet" på dem med deras anhöriga. Att få klienternas förtroende att föra enskilda samtal med deras anhöriga innebär inte heller nödvändigtvis att man har klienternas tillstånd att prata om allt, vilket ställer krav på en balansgång i samtalen som inte är alldeles enkel att hantera:

Det [samtal med anhöriga] är undantagsvis och på nåt sätt så känns det inte alltid bra även om klienten har sagt att du får prata med mamma. Jag vill ha med den personen ifråga i samtalet. Så det blir rättvist tycker jag ... för nånstans så aktar man ju sig för vad man säger så man inte säger för mycket. (Fokusgrupp 1)

Samtal med anhöriga om klienternas vård tycktes på detta sätt förknippas med en risk att förlora klientens förtroende. Personalen framhöll samtidigt att anhöriga är en ibland, på grund av ovanstående dilemma, förlorad möjlighet till värdefull information om klienternas bakgrund när personalen själva har svårt att nå fram till klienten. Vetenskapen om att anhöriga levt med klienternas droganvändning under lång tid och känner till deras reaktioner och handlingsmönster, utgör ett motiv för att kontakta anhöriga för att ställa frågor om klienten. Detta, menade den här personalen, gäller särskilt de yngre klienterna med mindre insikt om sina drogproblem:

Det svåra är väl om man tänker att det finns ett nätverk som sitter inne med väldigt mycket kunskaper om klienten och att vi inte når det utifrån sekretessen. Då kan man ibland känna sig lite bakbunden. Speciellt med våra yngre klienter, tänker jag, som kanske inte själva har insikt alls om sitt problem. Då kanske man hade önskat att dom var femton och ett halvt och man kunde ringa mamma och fråga lite extra. (Fokusgrupp 1)

Här ser vi hur anhörigas unika kunskap om klienten erkändes som mer sammanhållen och komplett än personalens, socialsekreterarnas eller för den delen klienternas egen, men att denna kunskap är svår att komma åt. Trots rädslan att köra över klienten gavs emellertid exempel på när anhöriga har använts som informationskälla, men då genom strategin att lyssna på anhöriga, men inte ge information tillbaka:

Jag får lyssna på vad du säger, jag får inte berätta så mycket själv om jag inte får godkännandet, men det skulle vara skönt att veta hur du ser på det här, du som har känt honom så länge. (Fokusgrupp 3)

Enligt personalen var det alltså ofta klienterna som hindrar anhörigas delaktighet. Ett parallellt och lika dominerande tema var hur personalen själva satt stopp för involvering av dem som identifieras som problematiska anhöriga.

*Svårigheten med problematiska relationer.* Personalen var eniga om att "problematiska relationer" och "medberoende" utgör ett stort hinder för anhörigas involvering. Som vi har sett finns en strävan att skydda klienterna dels från konflikter och bråk som antas kunna uppkomma i interaktionen, dels från kontakt med anhöriga som uppfattas ha ett negativt inflytande på klienten. En central tematik var risken att involvera anhöriga som personalen befarar kan tänkas protestera mot och kritisera personalens och socialtjänstens arbete:

Jag har ju varit med om att neka besök till anhöriga på grund av att pappan i det här fallet inte var en bra kontakt. Han var helt emot socialtjänstens planering, han var helt emot den planering vi hade. Man försöker nå klienten i samtal då med planering och sen ringer klienten och rådfrågar pappa och pappa tar bort allt hopp då: "Det här ska vi inte följa eller göra", och då vänder klienten och man får börja om på noll igen då. (Fokusgrupp 3)

Det är värt att notera att i motiven för att inte engagera anhöriga kunde urskiljas en återkommande betoning på klienterna som "vuxna människor". Eftersom klienterna är myndiga bör inte deras föräldrar eller andra anhöriga, enligt personalen, ha för mycket inflytande när det gäller klienternas framtid. Ett alltför stort engagemang och vilja att påverka sina vuxna närståendes vårdplanering sågs därför i sig som ett tecken på en underliggande relationsproblematik, vilken antogs kunna vara skadlig för klienten och/eller försvåra arbetet för personalen. De närstående som kräver att få vara (alltför) delaktiga är ofta de som "inte är nån bra relation". (Fokusgrupp 1) Anhörigas involvering i och inflytande över vården riskerar också att förvärra den "medberoendeproblematik" som personalen uppfattade hos många anhöriga:

Jag är lite klugen. Just dom hamnar gärna i en medberoendeproblematik som inte är till gagn i längden. Sen har jag absolut ingenting emot att man som anhörig finns i närheten, men ... hur mycket ska dom lägga sig i och vad är det ... vad är det för nytta med det? [...] Många gånger att, att man vill ha full kontroll på vad som ska hända, man saknar tillit till att vi gör vårt jobb, att socialtjänsten gör sitt jobb, att läkare gör sitt jobb, utan att dom måste hela tiden vara där och veta allting och tycka. (Fokusgrupp 4)

I stället för att "lägga sig i" och komma med egna synpunkter, hänförde personalen anhörigas roll till att vara ett naturligt stöd vid sidan av vården och framför allt att finnas där för klienten efter LVM-vården.

Personalen uttryckte emellertid stor sympati för de svårigheter det innebär att vara anhörig till någon med drogproblem. Snarare än att involvera anhöriga i vården är det önskvärt att kommunerna tar större ansvar för de anhörigas situation och erbjuder dem eget stöd. Om kommunerna misslyckas med att fånga upp anhöriga som kategoriserats "som en del av problemet", riskerar klienten att hamna på "ruta ett" när hen återvänder hem:

IP1: Tänk när hon kommer ut och gjort ett LVM och så kommer tillbaka till dom här föräldrarna och har tillgång till dom och dom inte har fått arbeta med sitt medberoende. Då är det ju på ruta ett igen.

IP2: Visst.

IP1: Så det är ju jätteviktigt där tycker jag att kommunerna har jättestort ansvar. (Fokusgrupp 2)

Även om institutionens eget arbete med svåra och konfliktfyllda relationer inte var en framträdande del av den vardagliga praktiken, var det några i personalen som arbetat länge inom LVM-vården som erinrade sig att man förr arbetade mer handfast med relationsarbete med det sociala nätverket, men att det då varit framgångsrikt, inte minst tack vare att det fanns expertis inom familje- och nätverksorienterat arbete knuten till institutionen:

Förr handlade det ju mer om att det fanns såna konflikter i relationerna som var negativa och liksom att missbruket satt i det här så att ... det var inte så mycket planering utan det var saker som stod på bordet att redas ut. Så det var ju mer på tapeten då, i början på tvåtusen-talet där, men det var ju jättebra. [...] Ofta kunde det ju varit nån extern psykolog eller nån terapeut med också som, som höll i samtalet. Och det var ju jättebra oftast. (Fokusgrupp 3)

*Expertis, tid och andra resurser.* Ett annat återkommande tema i intervjuerna med personalen var bristen på beredskap i organisationen för att ta emot anhöriga och att arbeta med anhörigrelationer. Som en personal uttryckte det: en övergång till mer fokus på anhörigas involvering "blir väldigt ... det blir kompetensarbete!". (Fokusgrupp 4) För att möjliggöra mer systematiskt relationsorienterat arbete vid institutionen krävs en större kunskap om sociala nätverk som implementeras i hela personalgruppen. Att enstaka personer utbildar sig i nätverksarbete bedömdes som otillräckligt<sup>7</sup>:

Nu är jag typ själv och så går tiden till jäkla massa annat. Om man hade några fler här på stället som också kunde, så kunde man göra mer jobb tillsammans och växa med det och få oss allihop att [arbota med nätverk] mera, mer aktivt. (Fokusgrupp 2)

Personal efterfrågade också generellt mer extern expertis som kan leda och utveckla familje- och nätverksorienterat arbete. En motsatt uppfattning som parallellt framträdde i intervjuerna var att fokus på (sam)arbete som involverar anhöriga skulle krocka med deras grunduppdrag, dvs. att arbeta med klienterna, vilket också var en anledning till att personalen efterfrågade mer expertis utifrån. I citatet nedan antyds att personalens lojalitet med sina klienter kan försvåra samarbetet med deras anhöriga:

---

7 Vid tiden för den empiriska studiens genomförande fanns ett nystartat utvecklingsarbete med inriktning på nätverksinsatser för yngre klienter där ett par av de medverkande institutionerna deltog.

IP1: Det är ju lätt att man blir lite partisk också. Om man sitter med en klient som man har kommit väldigt nära och så samtidigt jobbar med nån som man kanske träffat två-tre gånger.

IP2: Ja, det blir svårt för oss. Då skulle det vara nån extern som bara jobbade med det.

Intervjuare: Typ att man anställde nån familjeterapeut som hade det som uppdrag?

Flera IP: Ja. (Fokusgrupp 1)

Tidsbrist var en annan återkommande faktor i intervjuerna, som försvårar involvering av anhöriga. Uppdraget har enligt personalen blivit större, men resurserna mindre. Organisering av nätverksmöten, med flera inblandade parter, är en tidskrävande process. Här betonades också att klientgruppen är särskilt svår med ständig risk för våld och flyktförsök, vilket gör att personalen behöver prioritera säkerhetsaspekter. Förutom brist på expertis och tid, uttryckte personalen också att det saknas lämpliga lokaler. Med undantag för en institution som aktivt arbetat med att skapa trivsamma rum för möten med anhöriga, var ett dominerande tema i intervjuerna att det saknas en inbjudande och avslappnad miljö:

För min egen del skulle jag ju vilja ha bara som ett fysiskt utrymme som var anpassat just för att ta emot anhöriga där man skulle kunna ha samtal. Det har vi inte nån sådan möjlighet i dag direkt. Då får man sitta här [konferensrum] och det är inte så härligt. Vi är ju så otroligt begränsade. (Fokusgrupp 4)

Det geografiska avståndet till institutionerna var ytterligare ett problem som uppfattades hindra anhöriga från att både besöka institutionen och från att involveras i vården. Precis som anhöriga själva berättat tidigare i rapporten, misstänkte personalen att det är långt ifrån alla som har tillräckligt med ekonomiska medel och tid för att resa till institutionen för att delta i kortare möten.

#### *Att involvera anhöriga mer, när de bedömts vara en resurs*

För ett antal år sen jobbade man mycket mer med nätverk och sen föll det av olika anledningar och resurser och pengar och hej och hoj faderittan. Men att jag tänker att det ska väl vara på väg uppåt igen att man utbildar mer i nätverk och nätverksledare och nätverksmöten, att man ska ta det mer i bruk. Alla behöver ett nätverk, så vi borde alla jobba lite mer med nätverk. (Fokusgrupp 2)

Det mest tongivande i fokusgrupperna var hinder och problem i involveringen av anhöriga. Samtidigt, som illustreras av citatet ovan, fanns det också röster som önskade en större möjlighet att engagera de anhöriga. Här framhölls den psykologiska utredningen som ett välfungerande sätt att göra anhöriga delaktiga och fånga in deras erfarenheter och perspektiv. Information från anhöriga kan, när omständigheterna är de rätta, enligt personalen ge redskap och en riktning i arbetet med klienten: "Vad ska jag börja jobba med som kontaktperson? Vad ska jag fokusera på?" (Fokusgrupp 4) Nätverksmöten

nämndes som ett annat strukturerat sätt att involvera anhöriga, dels vid planeringen av klientens fortsatta vård och hemgång, dels för att få igång ett samtal med klienten om andra saker än just missbruket:

Nätverksmöten tänker vi att vi ska etablera på hela [LVM-hemmet] egentligen, att arbeta med mer. För det är ju ett väldigt effektivt sätt att få klienten att öppna upp för andra saker än liksom bara drogerna. Och liksom få föräldrarnas och anhörigas bild av vad som kanske har gått fel, men kanske framför allt av vilka resurser som finns och så där. Så det är ett väldigt bra sätt. (Fokusgrupp 1)

De gånger jag har haft det [nätverksmöten] så har det ju varit, väldigt lyckosamt faktiskt. Och då är det ofta dom som kanske har en civiliserad bakgrund. Man är familjefar kanske, man har ett jobb i vissa fall också och ett uppbyggt nätverk så. Ofta blir det bra planeringar, när man sitter ner allihop så. I det fallet var både fru och barn med på det, vuxna barn var det. Det är synd att man inte har det mer, kan jag tycka. (Fokusgrupp 3)

Personal beskrev således även undantag, när anhöriga har involverats på olika sätt och när anhöriga fungerat som en viktig allierad i arbetet med att motivera klienten till behandling.

Vi har ju ett exempel, en kvinna som har varit i nätverksprojektet här. Hennes pappa hade ju missbruksproblem och hade varit i behandling när hon kom hit, och pratade gott om det, och stöttade sin dotter i detta. Och det hade säkert en jättepositiv inverkan och där var väl föräldrarna vad jag förstår, inbjudna på nåt aktivt sätt i detta också med socialtjänsten. Efter fyra–fem veckor kom hon på det att, ”ja just det. Jag fattade inte alls vad jag höll på med där ute så nu är jag här. När jag pratar med pappa så okej, nu fattar jag”. Sen finns det flera andra fall också. (Fokusgrupp 4)

Här ansågs anhöriga, med sin speciella relation till klienten, kunna vara ett effektivt sätt att påverka klienten i enlighet med personalens uppdrag. Samtidigt kvarstod enligt personalen emellertid, som vi har sett, frånan av ett antal strukturella förhållanden för att kunna implementera ett sådant arbete mer rutinmässigt på institutionerna.

### Sammanfattande kommentar

I detta avsnitt har vi presenterat klienternas, de anhörigas och personalens olika perspektiv på anhörigas involvering i vården. Samtliga parter konstaterade att anhöriga involveras i mycket liten utsträckning.

I samtliga deltagargrupper synliggjordes en frustration över att inte förstå den andres situation, eller inte kunna få den andra parten att förstå den egna situationen. Behovet av information var dock mest tongivande i intervjuerna med anhöriga. Precis som i tidigare internationella studier av anhöriga (ex. Haskell et al., 2016; Orr et al, 2013) hade anhöriga i denna studie förväntat sig att bli involverade i högre grad, men framför allt delges mer information av personalen. Enligt anhöriga är det svårt att vara ett gott



stöd till klienten vid sidan av och efter tvångsvården, utan att få information om klientens vård och efterföljande behandling.

Klienter i sin tur var frustrerade över att deras anhöriga inte förstår deras situation och önskade att personalen informerar deras anhöriga om vad LVM-vården går ut på. Av intervjuerna med personal framgick att det, även när klienten samtyckt till att anhöriga informeras, finns en oro att klienten ska bli kränkt.

Det fanns också röster i alla deltagargrupper som framhöll fördelar med att utnyttja anhörigas kunskap som resurs i samtalen med socialtjänst och personal, förutsatt att det är frivilligt för klienterna. Personalen var dock kritisk till, och bromsade, involvering av anhöriga som kategoriseras som "problem". Det finns flera studier som visar att professionellas föreställningar om anhöriga som en "del av problemet" skapar barriärer för anhörigas deltagande i vården, både vad gäller anhöriga med egna erfarenheter av droganvändning (Lee et al 2012; Orr et al 2013; 2014) och anhöriga som anses för engagerade i vården (Misouridou & Papadatou, 2017). Den senare anhörigkategorin var särskilt framträdande i intervjuer med personal; anhörigas medverkan ansågs kunna underblåsa en redan dysfunktionell relation till klienten, ett så kallat "medberoende".

Personalens förklaring till varför anhöriga "lägger sig i" skiljde sig markant från de anhörigas perspektiv på varför de "trycker på", samt "backar upp" klienterna. Anhöriga uttryckte, i ljuset av tidigare negativa erfarenheter av vården, en ambition att förhindra att tvångsvårdens möjlighet till förändring går förlorad på grund av bristande och senfärdig vårdplanering. Anhöriga var med andra ord kritiska till såväl LVM-vårdens som socialtjänstens arbete, vilket dock inte hindrade utan snarare tycktes motivera en stor beredskap att engagera sig i deras närståendes vård – även inom ramen för rådande villkor.

Mot bakgrund av klienternas ofta komplexa relationer till anhöriga såg vi klienter som – under rätt förutsättningar – önskar och välkomnar personalens stöd att upprätthålla och hantera relationer under LVM-vården. I linje med tidigare forskning i Storbritannien och Norge (Lee et al., 2012; Orford 2009, 2010; Orr et al., 2013; Selbekk & Sagvaag, 2016) visar vår analys att både klienter och personal upplevde att bristande kompetens och otillräckliga resurser bromsar involvering av anhöriga. Klienterna efterfrågade en explicit inbjudan från personalen till att både tala om anhöriga och att bjuda med anhöriga på möten, men saknade också en inbjudande miljö: institutionens rumsliga kontext upplevdes inte anpassad för nätverksorienterade möten, vilket också var något som personalen bekräftade. Personal framhöll brist på tid och kompetens och förmedlade en osäkerhet kring huruvida anhörigarbete är något som kan och bör prioriteras. Personalens resonemang korresponderar väl med tidigare forskning om professionellas perspektiv: tillräckligt med beredskap och stöd i organisationen är enligt flera forskare en förutsättning för involvering av anhöriga (Lee et al., 2012; Sagvaag, 2016; Orford et al., 2009). Konkreta tillgängliga metoder för anhörigarbete samt tydliga rutiner kring arbetet är dessutom en förutsättning för rollegitimitet, det vill säga uttalat stöd "uppifrån" för att involvera och arbeta med det sociala nätverket (Lee et al., 2012).

# Avslutande diskussion

I detta avsnitt summerar och diskuterar vi studiens resultat med fokus på några av de centrala teman som presenterats i rapporten. Avslutningsvis lyfter vi fram några preliminära tankar för en diskussion kring anhörigperspektiv inom LVM-vården.

Ambitionen med rapporten har varit att ge en allsidig och ingående bild av anhörigrelationer som de framträder i ljuset av den vardagliga institutionella praktiken på LVM-hemmen. Även om vårt material återspeglar varierande erfarenheter kan vissa mer generella mönster skönjas.

## Klienternas sociala relationer viktiga men komplicerade

Såväl klienterna och deras anhöriga som personalen framhåller meningsfulla och stödjande sociala relationer som centrala element för uppbyggnaden av ett framtida "drogfritt liv", vilket också ligger helt i linje med vad en samstämmig återhämtningsforskning visar. Genom de sociala banden kan klienterna få tillgång till olika former av "kapital" som gynnar återhämtningsprocessen (Cloud & Granfield, 2008) och bidra med "identitetsmaterial" (Biernacki 1986) för att utveckla, stärka och konsolidera alternativa sociala identiteter till den som följer av droganvändningen (Neale et al., 2012). Men såväl den tidigare forskningen (t.ex. Brown et al., 2015; Veseth et al., 2019) som informanterna i den här studien pekar samtidigt på relationernas komplexitet och hur de villkoras och kompliceras såväl av droganvändningen som av andra faktorer.

De anhörigrelationer som främst har varit i fokus i vår studie är de som kan hänföras till den närmaste familjekretsen. Familjeband förknippas (idealt) med stabilitet, kontinuitet och solidaritet, eller med andra ord kulturella normer som säger att man ställer upp för varandra och håller ihop (se t.ex. Skårner 2001). Järvinen och Bloch (2017) menar att finns en förväntan att vi investerar i familjemedlemmar på sikt genom sympatiutbyte, och familjemedlemmar kan därför förvänta sig en viss "kredit", dvs. att det är okej att övertrassera sympatikonot under längre tid i jämförelse med andra relationer. Normen att man ska ställa upp för varandra är stark och ihållande, även då de anhöriga inte längre känner att den närstående "förtjänar det", vilket såväl de anhöriga som en del av klienterna ger tydligt uttryck för i vår studie.

Men vi har även sett hur klienternas droganvändning och livsstil utgör ett moraliskt och socialt brott mot just detta familjekontrakt; förväntningarna på ömsesidiga och "normala" relationer inom familjen blir inte uppfyllda, vilket skapar konflikter, skuld-känslor och en tendens till undandragande från båda parter i relationen (jfr Orford et al., 2010, Andersson & Skårner 2015). I detta av ambivalens präglade spänningsfält

mellan hur det är och hur det borde vara navigerar både klienterna och deras anhöriga mellan att bevara relationen, försöka förändra den eller sätta den på en, åtminstone tillfällig, paus. Genom de anhörigas sätt att hantera spänningsfältet framstår klienten som tudelad: Å ena sidan "missbrukaren" och de stereotypa attribut som förknippas med denne; det är den gestalten som man vill avsluta relationen till. Å andra sidan den "verkliga" närstående som man vill få tillbaka i en bättre, mer välfungerande version. Det som här framträder i vårt material kan förstås på olika sätt. Det kan ses som en slags motståndsb berättelser mot stigmatiserande föreställningar genom att framhålla (dolda) kvaliteter om personens verkliga natur (jfr Andersson & Skårner 2017), samtidigt som det på ett annat plan kan bidra till att förstärka stigman och stereotypa attribut förknippade med droganvändning. Ingen vill identifiera sig med "missbrukaren" – och från de anhörigas perspektiv: just deras närstående stämmer inte överens med schablonen!

## Familjesolidaritet kontra medberoende

En tendens som framför allt blir tydlig i personalens beskrivningar, men som färgar även de anhörigas och någon gång också klienternas, är att de anhörigas – särskilt föräldrars – engagemang och omsorg om sina vuxna barn kategoriseras i termer av "medberoende". Det finns ingen entydig definition av begreppet, men det utgår från att de anhöriga dras in i den närståendes problem och utvecklar en beroenderelation som utgör ett eget problemtillstånd, där bland annat "möjliggörande" av den närståendes fortsatta droganvändning är ett centralt drag. En viktig tankefigur i medberoendediskursen är en uppmaning till de anhöriga att sätta gränser genom att "stänga dörren" och inte engagera sig i de närståendes liv så länge de har en aktiv droganvändning (Nordgren et al., 2020). Begreppet har fått en omtalad kritik för att den patologiserar den anhörige och gör denna till själva problemet (se t.ex. Palmblad et al., 2013). Medberoendebegreppet har emellertid, trots kritik och avsaknad av vetenskapligt stöd (Gerdner, 1999), fått stor spridning när det gäller att uppmärksamma och definiera anhörigas situation såväl inom behandlingsverksamheter som i populärvetenskapliga livsberättelser om att leva med drogproblem. I fokusgrupperna med personal användes begreppet genomgående och utan problematisering för att klassificera anhöriga som "problem".

Den föreställning om att den anhörige har ett eget problem, som närmast likställs med den närståendes, som förmedlas genom medberoendediskursen, riskerar att förstärka de anhörigas känslor av skuld och otillräcklighet och att de sorteras bort som en resurs för sina närstående och som en samarbetspartner i vården. Våra resultat öppnar upp för mindre patologiserande tolkningar. Om vi anlägger ett perspektiv som utgår från föreställningar om familjesolidaritet och det ömsesidiga beroende som kännetecknar nära relationer hamnar de anhörigas sätt att agera i ett annat ljus. Med ett sådant synsätt ses den anhörige snarare som en stark och kompetent person som klarar stress och motgångar, som kämpar för sina och sin närståendes rättigheter och som försöker hitta konstruktiva utvägar i en svår situation. Eller för att tala med Orford et al. (2010) som menar att man måste utgå från att anhöriga, utifrån rådande omständigheter,

har goda skäl för sitt sätt att agera. Det vi ser i vår studie är hur de anhöriga (mer eller mindre framgångsrikt) försöker utveckla motstrategier (jfr Orford et al., 2013) som har ett dubbelt syfte, dvs. både att försöka förändra den komplicerade situationen och behålla den grundläggande relationen till den närstående med de känslor och band som hör till samspelet (jfr Andersson & Skårner, 2017). Som Hammarberg et al., (2018) påpekar är det knappast någon som förväntar sig att anhöriga till exempelvis personer med funktionsnedsättning eller demenssjukdom skulle distansera sig från sina närstående eller att de anses som "medberoende" för att de fortsätter att ge stöd efter bästa förmåga. En tolkning som ligger nära till hands är att medberoendediskursen kan associeras till det samhälleliga stigma som är förknippat med narkotikaanvändning (Fraser et al., 2017) och som inte bara drabbar den som är bärare av stigmat utan också de som finns i personens närhet (Goffman, 1973).

## Anhörigrelationer under LVM-vården

Som varje institution har LVM-hemmet inneslutande tendenser (Goffman, 1961/2007). Vistelsen kan ses som en reträttplats och som ett skydd mot en problemfylld tillvaro i världen utanför, men samtidigt hålls klienten isolerad från det samhälle som hen så småningom kommer att återvända till. LVM-hemmet har därmed drag av vad Goffman (1961/2007) benämner som den "totala institutionen", vilken bland annat kännetecknas av att alla aspekter av livet (som arbete, fritid och sömn) utförs på en och samma plats och under samma auktoritet. Den inneslutande karaktären symboliseras av hinder och barriärer mot umgänge med världen utanför och för medlemmarna att avlägsna sig från institutionen – något som naturligtvis är särskilt påtagligt i vård som bedrivs bakom låsta dörrar. Tiden på en LVM-institution kan för klienten sägas utgöra en slags påtvingad "mellantid" som kan upplevas mer eller mindre meningsfull, och där syftet är att ge möjlighet till fysisk och psykisk återhämtning och motivera till fortsatt behandling och mer genomgripande förändring. Tvångsvården har på så sätt en karaktär av ett *ofrivilligt moratorium*: ett strukturerat uppskjutande av ansvar – en frist, en tid att söka sig till en ny plattform eller en inlåst och meningslös transportsträcka i väntan på att återfå rätten att själv styra över sitt liv (Billquist & Skårner, 2009). Samtidigt som klienterna stängs in, stängs alltså yttervärlden ute. Klienterna avskärmas från sin vardagstillvaro och sina relationer som de tillfälligt och ofta abrupt tvingas bryta upp från. Institutionstillvaron innebär en fränkoppling från identiteter och livsuppgifter som är förknippade med familjeliv och andra sociala sammanhang.

Våra resultat klargör hur möjligheten att kommunicera fritt och därmed också att upprätthålla och konsolidera relationer eller att reda i gammalt groll är starkt kringgårdad och i stor utsträckning regleras av personalen. Till detta kommer den osäkerhet som vi tidigare i rapporten har sett hos de anhöriga när det gäller LVM-vårdens syfte och innehåll, vilken kan leda till misstro och konflikter mellan klienter och anhöriga. Kort sagt: många av klienterna har ansträngda relationer till sina anhöriga före LVM-vården och många har en utmaning i att efter LVM-vården reparera sina relationer –

och det moratorium som de befinner sig i under den ofta ganska långa tid som de tillbringar på LVM-hemmet kan i vissa fall försvaga eller försämra de sociala banden till människor i världen utanför. Lite tillspetsat reses frågan: Om det yttersta syftet med LVM-vården är att stärka klienterna att leva ett "vanligt liv", vilka blir konsekvenserna av att utestänga den "vanliga världen" från vården?

## Anhörigas delaktighet och funktion i vården

Vår studie visar att det trots större betoning på anhöriga i olika policydokument med fokus på bland annat missbruks- och beroendevård som redovisades inledningsvis i rapporten – såväl avseende relationsfokuserat arbete som på anhöriga som samarbetspartners – inte sker någon större ansats till anhöriginvolvning på LVM-hemmen. Vi har identifierat flera faktorer som bidrar till detta:

*För det första* en individuellt orienterad syn på behandling och återhämtning från drogproblem med fokus på individuella tillkortakommanden, där också de lösningar som förespråkades var individuellt orienterade insatser. En vårdideologi där anhöriga framför allt betraktas och behandlas som "outsiders" (jfr Selbekk, Adams & Sagvaag, 2018). I linje med en sådan individorienterad hållning, uppfattade personalen i vår studie att klienterna först behövde "landa" på LVM-hemmen och med hjälp av självreflektion fokusera på inre processer och på sina drogproblem. Det relationella arbetet passade enligt personalen bättre i ett senare skede och företrädesvis efter vistelsen på institutionen. Detta gäller särskilt kontakt med och involvering av anhöriga som personalen bedömde som problematiska. En alltför intensiv kontakt med anhöriga inledningsvis i vården antogs emellertid alltid kunna störa klienternas inre förändringsprocess.

*För det andra* lägger personalen, i likhet med Selbekk et al., (2018), stor tyngd på klienternas rätt att bestämma själva i relation till anhöriga och att neka anhörigas involvering i vården. Tvånget, som är specifikt för LVM-vård, kan ha stärkt personalens betoning på klientens autonomi och rättigheter. Just eftersom klientens självbestämmande är starkt begränsat menade personalen att det var viktigt att inte inskränka klienternas frihet mer. Personalen föreföll emellertid framför allt utgå från att klienterna inte ville involvera sina anhöriga. Någon information från personalen om möjligheten att bjuda in anhöriga och arbeta med relationer sade sig klienterna i allmänhet inte fått. Eller med andra ord – de hade inte fått ett tydligt erbjudande som de kunde tacka nej till. Klienternas rätt att välja om och i vilken utsträckning deras anhöriga ska involveras i vården begränsas också av personalens överordnade tolkningsföreträde när det gäller att avgöra vilka val som anses konstruktiva och socialt önskvärda. I vår studie kommer detta bland annat till uttryck i personalens binära kategoriseringar av anhöriga som "problem" eller "resurs". En inneboende logik i all tvångsvård är att klienten ses på en gång som ansvarig och "vuxen", och som någon som är i behov av skydd, kontroll och vägledning. En grundläggande förutsättning för rätten att bestämma själv inom ramen för tvångssituationen är alltså att besluten går i linje med det övergripande målet om att

vården ska leda till ett framtida drogfritt liv. Ett villkorat självbestämmande som innebär att klienten visserligen uppmuntras att ta egna initiativ och beslut, men inte har rätt att fullt ut bestämma vad som är ett konstruktivt val (jfr t.ex. Svensson, 2001). Vi ser en klar tendens till att klienternas rätt att utnyttja sitt självbestämmande framför allt aktiveras när de uttrycker en vilja som ligger i linje med personalens när det gäller värdet av och nyttan med anhörigas engagemang.

För det tredje, omständigheter som kan hänföras till den organisatoriska kontexten. Bristande tid, lokaler, personalresurser och kompetens beskrevs som hinder för att ökad involvering av anhöriga i vården var svår att realisera. Personalens utsagor konfirmerar här den tidigare forskning (t.ex. Orford et al., 2010; Orr et al., 2014) som samstämmigt pekar på att faktorer som brist på tid, personalkontinuitet, social nätverkskompetens och särskilda metoder att involvera anhöriga skapar barriärer för arbete med det sociala nätverket. När arbetet med anhöriga av personal upplevs som mer resurskrävande och något som läggs ovanpå det andra, snarare än integreras i existerande arbete, styrs arbetet in mot det individuella (Selbekk & Sagvaag, 2016). Därtill kan brist på roll-legitimitet och stöd från ledningen, dvs. en uttalad och förväntad uppgift att utföra familjeorienterat arbete, skapa ytterligare osäkerhet kring att initiera detta, särskilt när andra uppgifter får större prioritet (Lee et al., 2012). I vår studie signalerade personal på flera sätt att arbetet med anhöriga inte upplevdes helt och hållet berättigat och legitimt inom organisationen. Även när personalen hade klienternas tillstånd att samtala med anhöriga upplevde flera att detta "kändes fel" i den speciella kontexten. Andra pekade på att de hade fel yrkesroll och kompetens för att arbeta med anhöriga och att det stod i konflikt med deras primära uppgift att arbeta med klienten.

Sammanfattningsvis ser vi samma tendenser som i Selbekk och Sagvaags (2016) studie: att något som närmast kan liknas vid en *gravitationskraft*<sup>8</sup> i relation till både behandlingsideologi och praktik styr arbetet vid institutionerna mot klienternas individuella processer. Individorienteringen förstärks av att själva förutsättningen för placeringen är att klienten hålls isolerad från samhället och att det finns regler och restriktioner för att hålla miljön drogfri och förhindra rymningar. Vistelsen vid ett LVM-hem kan förvisso ses som ett skydd mot ett destruktivt liv – men riskerar också att stänga ute de delar av det sociala livet som, precis som för andra människor, utgör ett fundament i livet.

---

8 Författarnas översättning av "Force of gravity" (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1069).

# Till sist

Med de resultat som presenterats i rapporten som grund vill vi avslutningsvis föra ett kort resonemang kring vilka lärdomar vi kan dra av klienternas, de anhörigas och personalens berättelser. Framställningen syftar inte till att presentera några konkreta förslag utan snarare tillföra diskussionen om den vardagliga professionella praktiken på LVM-hemmen några preliminära uppslag och tankegångar utifrån vad som framkommit i rapporten.

De skilda erfarenheter som redovisats talar för att ett medvetet och artikulerat anhörigperspektiv har en potential att bidra både till en meningsskapande struktur för klienterna under den tid som de befinner sig vid LVM-hemmet och till deras möjlighet att bevara och utveckla sina relationer efter det att vården avslutats eller övergått i andra former. Att vidga perspektivet utanför individen och se och bekräfta klienterna i allmänmänskliga roller och identiteter utgör i sig en motvikt till den stigmatiserade identitet som följer av droganvändningen. Våra intervjupersoners berättelser, var och en utifrån sitt perspektiv, synliggör också att relationers komplexitet inte är enkel att vare sig förstå eller hantera, vilket pekar på nödvändigheten av en lyhörd och samarbetsorienterad hållning hos personalen för att skapa en klargörande och framåtsyftande dialog, där de intentioner och värden som klienterna själva lägger i de sociala banden blir vägledande för hur kontakt och samarbete mellan olika parter utformas.

En annan lärdom är att det framstår som orimligt att utgå från en enda strategi avseende anhöriginvolvering. Relationer ser olika ut och har olika förutsättningar, och såväl klienter som anhöriga har olika inställning, vilket kräver dialog och flexibilitet. En rimlig slutsats av studiens resultat är alltså vikten av att uppmärksamma och vara lyhörd för både individuella och relationella processer, förutsatt att klienterna så önskar. Här kan vi se paralleller till Selbekk et al., (2018) som konstaterar att när det saknas grundläggande element för att bygga vidare på relationer, till exempel relationer där det förekommer våld, kan det finnas anledning att utgå från klienter och anhöriga som enskilda aktörer, med rätt till stöd för egen del. När starka band bibehållits trots påfrestningar, kan det vara mer gynnsamt att utgå från att problemet involverar flera parter och att samtliga inblandade behöver stöd i övergången mot en förändring hos klienten.

Studiens resultat understryker vikten av att det inte ensidigt är upp till personalen att avgöra när fokus bör ligga på individen respektive på relationen; lyhördheten ligger i att fånga upp vad anhöriga och klienter själva uppfattar som en meningsfull och framkomlig väg. Vår studie har också visat att det finns en risk för att klienter och anhöriga glider ifrån varandra under tiden som klienten befinner sig i vård och att klienten kan upplevas ha ett "försprång" i förändringsprocessen när de anhöriga lämnas utanför. Parterna kan därför redan under vistelsen vid LVM-hemmet behöva stöd i att förmedla sina respektive förståelsehorisonter och orientera sig mot ett fungerande samspel i

den rådande situationen. I andra fall utgör de begränsningar och restriktioner i tid och rum som följer av tvångssituationen motiv för att inte involvera de anhöriga i vården så länge klienten är kvar på LVM-hemmet.

En fråga som infinner sig är vem som har rätten att definiera vad som är att betrakta som en "sund" och "normal" relation? Vi ser, som vi redan varit inne på, en tendens till att klienterna ges större möjlighet att använda sin handlingsfrihet när den ligger i linje med vad personalen anser är ett önskvärt och lämpligt sätt att upprätthålla kontakt med anhöriga – eller inte. Det går emellertid inte att bortse från att nära och ömsesidiga relationer är på ett grundläggande plan betydelsefulla för människor "i sin egen rätt", dvs. de har ett socialt och emotionellt värde som går utöver antaganden om de anhörigas vilja och förmåga att bidra till att målen för vården uppfylls.

En rimlig slutsats är att det tolkningsföreträde som följer av personalpositionen – och som accentueras av tvångssituationen – kring hur livet bäst ska levas, inte bör användas för att oreflekterat klistra schabloniserade föreställningar om exempelvis "medberoende" på de anhörigas engagemang. Eller att hänvisningar till klienternas "bästa" och förgivettagna behov av att "landa" slentrianmässigt brukas för att legitimera inskränkningar i klienternas möjlighet att hålla kontakten med sina anhöriga och det sociala livet utanför institutionen.

I detta ingår att regler och rutiner för klienternas möjligheter till kontakt med sina anhöriga inte används för att dölja organisatoriska tillkortakommanden som personalbrist eller icke funktionella lokaler. Reglerna syftar till att förhindra "det dåliga" som exempelvis intag av droger och rymningar. Men samtidigt som det dåliga stängs ute, stängs även annat och andra möjligheter ute, vilket kan motverka de långsiktiga målen med LVM-vården. Rent konkret handlar det om att skapa rumsliga, tidsmässiga och sociala förutsättningar för klienterna att upprätthålla sina kontakter med anhöriga på ett så värdigt och " normalt " sätt som möjligt – givet de begränsningar som finns inbyggda i tvångssituationen (jfr Moran, 2013).

Detta för oss in på de organisatoriska förhållanden som ramar in och villkorar den vardagliga praktiken på LVM-hemmet. I fokusgrupperna med personal lyftes enskilda erfarenheter av välfungerande samarbete med anhöriga, och det höjdes röster som – alla hinder till trots – förespråkade en mer nätverksorienterad hållning i arbetet. Ett utvecklat nätverksperspektiv kräver emellertid att det finns element som stärker, tydliggör och synliggör en sådan orientering: att det ges tid, plats och en tydlig struktur i vardagsarbetet och stöd och resurser i form av utbildning och handledning. I likhet med andra forskare (se t.ex. Lee et al., 2012; Selbekk & Sagvaag, 2016; Orford et al., 2009) menar vi att nya arbetsmetoder, med ledningens hjälp, måste förankras i personalens sätt att tänka kring arbetet i riktning som innefattar även en social och relationsorienterad syn på drogproblem. En utvidgning av arbetssättet till att, när det är relevant och klienten önskar det, också omfatta klienternas sociala relationer förutsätter också förändringar i hur personalen ser på anhöriga och anhörigas roll i vården, kompetensutveckling hos personalen och att nödvändiga resurser ställs till förfogande. Och – en arbetskultur där nätverksorientering uppfattas som legitim, önskvärd och prioriterad.



# Referenser

- Andersson, B., & Skårner, A. (2015). Standing up! Stödgruppsverksamhet för anhöriga till personer med drogproblem. Trestad2.
- Andersson, B., & Skårner, A. (2017). Stackare eller skurk – från myndighetsbedömning till anhörigrelation. I Andersson, B., Petersson, F., & Skårner, A. *Den motspänstiga akademikern: festskrift till Ingrid Sahlin*. Egålité.
- Best, D. W., Ghufuran, S., Day, E., Ray, R., & Loaring, J. (2008). Breaking the habit: A retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review*, 27, 619–624.
- Biernacki, P. (1986) *Pathways from Heroin Addiction*. Temple University Press
- Billquist, L., & Skårner, A. (2009). En påtvingad relation? Kontaktmannaskapets utövande och villkor inom LVM-vården. Statens institutionsstyrelse.
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence*, 163, 179–185.
- Braun, C., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, S., Tracy, E. M., Jun, M., Park, H., & Min, M. O. (2015). Personal network recovery enablers and relapse risks for women with substance dependence. *Qual Health Res*, 25(3), 371–85.
- Casey-Acevedo, K., Bakken, T., & Karle, A. (2004). Children visiting mothers in prison: The effects on mothers' behaviour and disciplinary adjustment. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 37, 418–430.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Substance use and misuse*, 43, 1971-86.
- De Motte, C., Bailey, D., & Ward, J. (2012). How does prison visiting affect female offenders' mental health? Implications for education and development. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(4), 170–179.

- Eades, D. N. (2009). Displacement through incarceration: An opportunity for personal reengagement. *The Journal of Adult Protection*, 21(1), 36–45.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *The International Journal of Drug Policy*, 44, 192–201.
- Gerdner, A. (1999). Problem kring begreppet "medberoende" – kritisk granskning av ett omstritt begrepp utifrån forskning och behandlingserfarenhet. *Socionomen* nr 4: 53-63.
- Goffman, E (1973) Stigma Den avvikandes roll och identitet. Rabén & Sjögren
- Goffman, E (1961/2007) Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor. Rabén & Sjögren.
- Haskell, R., Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., & Wells, S. (2016). Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/ addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(9), 1-14.
- Järvinen, M., & Bloch, C. (2017). Sympathy and misery in families with drinking problems. *Acta Sociologica*, 60(1), 75-88.
- Kidorf, M., Latkin, C., & Brooner, R. K. (2016). Presence of drug-free family and friends in the personal social networks of people receiving treatment for opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 70, 87–92.
- Lee, C. E., Christie, M. M., Copello, A., & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19, 244–252.
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2002). Beating the dragon. The recovery from dependent drug use. Pearson Education.
- Misouridou, E., & Papadatou, D. (2017). Challenges in engaging parents in the drug and alcohol treatment: The professionals' perspective. *Qualitative health research*, 27(13), 1948–1958.
- Moran, D. (2013). Between outside and inside? Prison visiting rooms as liminal carceral spaces. *GeoJournal*, 78, 339–351.
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2012). *The everyday lives of recovering heroin users*. RSA.

- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 3–12.
- Nordgren, J., Richert, T., Svensson, B., & Johnsson, B. (2020). 'Say no and close the door? Codependency troubles among parents of adult children with drug problems in Sweden'. *Journal of Family Issues*, 41(5), 567–588.
- Norvoll, R., Hem, M. H., & Lindemann, H. (2018). Family members' existential and moral dilemmas with coercion in mental healthcare. *Qualitative Health Research*, 28(6), 900–915.
- Orford, J., Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M., Copello, A., Velleman, R., Walley, G. (2005) *Coping with alcohol and drug problems*. Routledge.
- Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Velleman, R., Ibanga, A., & Binnie, C. (2009). Increasing the involvement of family members in alcohol and drug treatment services: The results of an action research project in two specialist agencies. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16, 379–408.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: a summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 44–62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, 78(1), 70–77.
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2013). Carer involvement with drug services: a qualitative study. *Health Expectations*, 16, 60–72.
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2014). Involving families and carers in drug services: are families "part of the problem"? *Families, relationships and societies*, 3(3), 405-424.
- Richert, T., Johnson, B., & Svensson, B. (2018). Being a parent to an adult child with drug problems: negative impacts on life situation, health, and emotions. *Journal of Family Issues*, 39, 2311–2335.
- Runquist, W. (2012). Legitimierung av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM. Doktorsavhandling. Égalité.

- Selbekk, A. S., & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociology of Health & Illness*, 38, 1058–1073.
- Selbekk, A. S., Adams, P. J., & Sagvaag, H. (2018). A problem like this is not owned by an individual: affected family members negotiating positions in alcohol and other drug treatment. *Contemporary Drug Problems*, 45, 146–162.
- Skårner, A. (2001). Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet.
- Skårner, A., & Regné, M. (2003). "Det är dom här jag har och inte har". Om LVM-vårdades sociala nätverk. Statens institutionsstyrelse.
- Smith, J. E., Smith, PhD., Robert, J., Meyers, PhD., Julia, L., & Austin M. S. (2008). Working with family members to engage treatment-refusing drinkers: the craft program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(1-2), 169-193.
- Socialstyrelsen (2013). Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Socialstyrelsen
- Statens institutionsstyrelse (2013). Personer intagna på SiS LVM-hem 2012. En tabell sammanställning av DOK inskrivningsintervju. Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2014). *Riktlinjer för utformning och genomförande av SiS LVM-vård*. Statens institutionsstyrelse
- Statens institutionsstyrelse (2019a). Personer intagna på SiS LVM-hem 2018. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Statens institutionsstyrelse
- Statens institutionsstyrelse (2019b). *Rutin för besök av barn på LVM-institution*. Statens institutionsstyrelse
- Svensson, B., Richert, T., & Johnsson, B. (2020). Parents' experiences of abuse by their adult children with drug problem. *Nordic Studies of Alcohol and Drugs*, 37(1), 69-85.
- Svensson (2001) *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1. Statens institutionsstyrelse.

- Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T., & Floersch, J. E. (2014). Social support: A mixed blessing for women in substance abuse treatment. *Journal of Social Work Practice in Addictions, 10*(3), 257–282.
- Veseth, M., Moltu, C., Solgaard Svendsen, T., Nesvåg, S., Ekerøth Slyngstad, T., Waagan Skaalevik, A., & Bjornestad, J. (2019). A stabilizing and destabilizing social world: Close relationships and recovery processes in SUD. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 6*, 93–106.
- Von Greiff, N., & Skogens, L. (2012). Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling – vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 29*(2), 195–209.

# Författarpresentation



**Karin Berg** arbetar som universitetslektor i socialt arbete på Göteborgs Universitet. Hennes övergripande forskningsområden är våld i nära relationer och anhörigperspektiv i relation till substansbruk och missbruksbehandling. Särskilt fokus är socialt stöd och självhjälsorganisationer. Berg forskar också om rapporteringssystem av missförhållanden i socialtjänsten (lex Sarah).



**Frida Petersson** är socionom, fil. mag. i kriminologi och docent i socialt arbete. Hon har en bakgrund som praktiker inom missbruks- och beroendevården i Göteborg, bl.a. som handläggande socialsekreterare. Peterssons övergripande forskningsintresse ligger inom områdena social exkludering och kontroll, substansbruk och missbruksbehandling, hemlöshet, samt mötet mellan klient och system inom välfärdsstatens organisationer. Av särskilt intresse är att studera insatser riktade mot s.k. "problemgrupper" i samhället – t.ex. personer som använder droger, bostadslösa och/eller kriminella – med fokus på om det sker ytterligare exkludering eller utdefiniering som en konsekvens av sociala insatser.



**Anette Skårner** är socionom och professor i socialt arbete, med en bakgrund som fältarbetare och behandlare inom missbruks- och beroendevård. Hennes centrala forskningsområden är droger och drogproblem, sociala nätverk, sexualitet samt social exkludering och kontroll. Ett centralt forskningsintresse är exitprocesser från problematisk droganvändning och de relationsmässiga utmaningar som människor ställs inför i samband med ett uppbrott. Andra spår i hennes forskningsverksamhet är den dubbla funktionen av stöd och kontroll som utmärker professionella hjälprelationer samt studier med fokus på anhörigskap och drogproblem.

Vad händer med relationerna till närstående när en person blir dömd till tvångsvård och placerad på ett LVM-hem? Hur förstås och hanteras dessa relationer under vårdtiden? I den här rapporten undersöker författarna den roll och betydelse som anhöriga till klienter inom LVM-vården har och ges i behandlingsarbetet. Frågorna diskuteras ur såväl klienternas och deras anhörigas som personalens perspektiv och erfarenheter.

En utgångspunkt för rapporten är att vägar in och ut ur ett skadligt bruk eller beroende sker i ett socialt sammanhang och därför både berör och involverar de människor som finns i personens närhet. Meningsfulla och stödjande sociala relationer lyfts ofta fram som centrala element i att bygga upp och etablera ett stabilt ordinarie liv. Samtidigt är sociala relationers inflytande på skadligt bruk och beroende och deras lösning komplext och bär med sig både möjliggörande och begränsande aspekter.

Rapporten bygger dels på en enkätstudie som besvarades av SiS samtliga LVM-hem, dels på intervjuer genomförda med klienter, anhöriga och personal vid fyra utvalda LVM-hem. Centrala teman i resultatdiskussionen handlar om de utmaningar som finns för klienter att upprätthålla kontakten med anhöriga under pågående LVM-vård, behandlingspersonalens arbete med att begränsa respektive möjliggöra kontakt med anhöriga och om de hinder för kontakt som finns i institutionsmiljöns utformning. Rapporten bidrar med djupare förståelse för anhörigas betydelse och roll i samband med LVM-vård och erbjuder en viktig kunskapsgrund för fortsatta reflektioner och insatser inom området.

ISBN 978-91-87053-94-8