

Alain Topor, Anne Denhov & Per Bülow

Socialt arbete och människor med psykiska problem

– en introduktion

Psykiatrireformen och socialt arbete

Uppdraget för kommunalt/socialt arbete inom psyk-fältet¹ bekräftades senast i samband med den så kallade psykiatrireformen 1995 (SOU, 1992). Då överfördes sociala verksamheter riktade till människor med allvarliga psykiska problem från landsting till kommun. Drygt tjugo år senare finns endast fragmenterade kunskaper om hur denna grupp använder sig av sociala insatser och om möjligheterna att återhämta sig i Sverige. Reformen hade föregåtts av en rad rapporter under 1980-talet där en allmän inriktning för den svenska psykiatriska vården formulerades kring två centrala tankar: normaliseringen av patienternas livsvillkor och nedläggning av de psykiatriska slutenvårdsinstitutionerna (Socialstyrelsen, 1980; 1982). Tidigare hade reformer med samma inriktning genomförts för äldre (Trydegård, 1996) och för personer med andra former av handikapp (Grunewald, 2010). Socialtjänstlagen (SoL) trädde i kraft 1982 och fastslog kommunernas ansvar för boende och sysselsättning för personer med handikapp, vilket innefattade även personer med allvarliga psykiska problem (APP).

I samband med psykiatrireformen "förtydligades" kommunens redan tydliga ansvar för en del insatser riktade till människor med psykiska funktionshinder.

¹ Språket inom det fält som den här artikeln berör är ideologiskt laddat. Ord som handikapp, funktionshinder, funktionsnedsättning och funktionsvariation ersätter varandra med förhoppning om ett icke värdeladdat språkbruk. Att skriva om "socialpsykiatri", patienter, sjukdomar placerar texten i ett biomedicinskt paradig. I den här artikeln ansluter vi till den diskussion och de överväganden som Wolch och Philo har fört (2000). Vi använder främst ord som person och brukare samt psykiska problem och socialt arbete med personer med psykiska problem. För att beteckna de olika aktörerna som är verksamma, deras praktik och kunskap använder vi begreppet *psyk-fältet* (se Rose, 1996).

Ansvaret gällde att erbjuda meningsfull sysselsättning och anpassat boende till reformens målgrupp. Dessutom fick kommunerna ansvaret att samordna insatserna för gruppen (Markström, 2003; Markström Sandlund & Lindqvist, 2004; Topor et al., 2015; Bergmark, Bejerholm & Markström, 2017).

Under en första period förväntades reformen beröra främst personer med en lång institutionell bakgrund, men med tiden berörde den även yngre personer utan tidigare kontakt med den slutna psykiatriska vården. Reformens målgrupp definierades dock på olika sätt i olika dokument, vilket påverkade beräkningarna om dess omfattning och varierade från 60 000–70 000 personer (Socialstyrelsen, 1996) till 40 000–46 000 personer (Socialstyrelsen, 1998).

Ett viktigt moment i reformen var att kommunerna fick ekonomiska resurser för att uppfylla sitt uppdrag. I samband med en skatteväxling fördes medel över från landsting till kommun. Utöver de ekonomiska resurserna fördes även socialt inriktade verksamheter över, främst boenden och träff- och sysselsättningsverksamheter och deras personal samt de brukare som var kopplade till verksamheterna. Nästan en miljard kronor i statliga stimulansmedel, fördelade över tre år, anslogs till olika projekt för att stimulera utvecklingen av sociala verksamheter och av samverkan mellan kommun och landsting.

Psykiatrireformen och dess genomförande har utsatts för kritik. En återkommande kritik är att människor med APP riskerade att "falla emellan" de olika huvudmännens ansvarsområden. Kritik har även riktats mot kommunernas brist på förberedelse inför sitt uppdrag vad gäller verksamheter som skulle ta emot de personer som skrevs ut från mentalsjukhusen och kompetens hos sin personal (Grönberg Eskel, 2012). Flera såg reformen även som ett skadligt sätt att ifrågasätta läkarnas ställning på det psykiatriska fältet (Heilig, 1999).

Utvecklingsarbetet dokumenterades och utvärderades i olika rapporter från Socialstyrelsen (1997; 1999; 1998; 2003; 2006). I samband med flera våldsamma händelser där personer med psykiska problem var inblandade, tillsatte den dåvarande regeringen 2003 en "psykiatrisamordnare" vars utredning kom att bli en lägesrapport av situationen på det svenska psyk-fältet tio år efter reformen (SoU, 2006).

I samband med psykiatrireformen genomfördes även flera forskningsprojekt som bland annat följde personer med psykiska problem genom förändringarna (Arvidsson & Eriksson, 2005; Markström, 2003; Bülow, 2004; Andersson, 2009). De nya institutionerna som utvecklades för att omhänderta personer med APP i samhället följdes upp (Topor, 1987; Hansson, 1993; Grönberg Eskel, 2012), Reformen följdes även upp av lokala FoU-enheter (Tidemalm, 1996; Schön, 1996; Andersson, 1997; Andersson et al., 2015b). På senare tid har studier publicerats med fokus på brukarnas och personalens erfarenhetskunskap inom de sociala verksamheterna (Topor, 2014b; Andersson, 2016; Ljungberg et al., 2017; Rask odat.).

De tillgängliga uppgifterna om de kommunala insatsernas omfattning saknar systematik och är svåra att följa upp över tiden. Enligt Socialstyrelsen (1999) fanns 1 500 kommunala verksamheter riktade till målgruppen. Det finns inga uppgifter om hur många de är 2018. Socialstyrelsen publicerade 2008 uppgifter om kommunala insatser för personer med psykiska problem kopplade till deras boende (Socialstyrelsen, 2008). Socialstyrelsen uppgav att det fanns 8 200 platser på kommunala boenden (HVB och Bostad med särskild service), 13 000 personer fick boendestöd i sitt hem och 2 400 fick hemtjänstinsatser. Vanligtvis upphör kommunernas specialiserade insatser för personer med psykiska problem i samband med att de uppnår 65 års ålder. I en del fall ersätts då boendestöd med hemtjänstinsatser. Sammanlagt hade alltså cirka 20 000 personer med APP någon form av socialt stöd i sin vardag. Uppgifter om andra former av stöd som exempelvis sysselsättning och rehabilitering saknas. Senare rapporter från Socialstyrelsen studerar personer med funktionsvariationer utan att särskilja dem med psykiska problem (Socialstyrelsen, 2017).

Psykiatrireformen i kontext

Bakom minskningen av den slutna psykiatriska vårdens omfattning i Västeuropa och Nordamerika låg en omfattande kritik av den psykiatriska vårdens praktik.

En central aspekt av kritiken rörde de medborgerliga rättigheterna för personer med APP (Davidson, Raakfeldt & Strauss, 2010). Fram till 1989 kunde människor med allvarliga psykiska problem i Sverige bli omyndigförklarade och placerade under förvaltare som skulle förvalta personens egendom. Omyndigförklaring innebar även förlust av bland annat rösträtten. Själva intagningen på ett mentalsjukhus genomfördes huvudsakligen mot personens vilja och enbart baserad på beslut från två läkare. Beslutet kunde förlängas av läkare *ad infinitum* utan formell rättslig prövning, vilket annars är en demokratisk rättighet när det gäller frihetsberövanden. Denna lagstiftning avskaffades först 1991 och ersattes med lagen om psykiatrisk tvångsvård, där läkarnas beslut om vård utan personens samtycke prövas i förvaltningsdomstol om tvångsvården bedöms pågå längre än fyra veckor. Det formella medicinska beslutet överprövas i en rättslig bedömning (för en kritisk granskning av lagens tillämpning, se Jacobsson, 2006; Zetterberg, Sjöström & Markström, 2014).

Längre vistelser på totala institutioner (men också rättsosäkerheten kring hela förfarandet) medförde risk för institutionsskador: psykiska "skador" som åsamkades personer i och med att de "behandlades" på psykiatriska institutioner (Barton, 1959). Goffmans klassiska studie om "totala institutioner" (1961) beskrev intagningen av personer som en avklädningsceremoni där deras individualitet suddades ut och de reducerades till en patientidentitet. Totala institutioner kännetecknades av att de

intagna tvingades att leva olika delar av sin vardag, som måltider, fritid, sömn med samma personer, på samma slutna område under personalens överinseende och enligt en av personalen fastställd gemensam plan. Flera aspekter av institutionskadorna ligger nära det som ansågs/anses vara symptom på allvarliga psykiska problem och institutionsskador och symptom på psykiska problem blandades samman i personalens ögon (Barton, 1959).

Psykiatrireformen, och liknande reformer i andra skandinaviska länder, innebär att en betydande del av insatser för personer med APP flyttades ut från psykiatrin. Reformen kan ses som ett försök att åstadkomma en djupgående förändring på psyk-fältet efter upprepade försök till inom-psykiatriska reformer (Markström, 2003; Topor, 2014a). En följd av Psykiatrireformen blev att psykiatrin förlorade en betydande andel av sina medarbetare som utvecklat en social inriktning. Det kan ha bidragit till den biomedicinska inriktningens dominans i dagens psykiatriska vård (Lindkvist, Markström & Rosenberg, 2010).

Socialt arbete på det psykiatriska fältet

I och med SoL och psykiatrireformen (om tidigare kommunalt/socialt arbete med människor med APP, se Berge, 2007, och Sundgren, 2011) förändrades ett antal avgörande aspekter för mötet mellan brukarna och de professionella:

Platsen för mötet mellan personen och de professionella utvidgades i många fall från institutioner till offentliga platser och individens hem.

Den *lagstiftning* som reglerade de professionellas insatser skiljde sig åt beroende på om det gällde medicinska eller sociala insatser, på samma sätt som *insatsens grund*: en sjukdom formulerad i en medicinsk diagnos kontra behov hos en individ i sitt sociala sammanhang.

De *professionellas och ledningens bakgrund och utbildning*, från läkarledda verksamheter med personal huvudsakligen skolad i ett biomedicinskt och individualiserande perspektiv till socialarbetarledda verksamheter med personal med skiftande erfarenhets- och utbildningsbakgrund, ofta social och humanistisk.

Det institutionella landskapet

Det terapeutiska eller institutionella landskapets (Parr, 2000) utveckling har studerats i flera olika länder och analyserats i termer av följande:

- Avhospitalisering, det vill säga minskningen av den psykiatriska slutenvårdens omfattning utan att lokalsamhällebaserade strukturer byggs upp för att bidra till de utskrivnas integration och för att förhindra att nya personer blir intagna

(Castel, 1981). I sin renodlade form ledde avhospitalisering till bland annat övergivenhet, kriminalitet och hemlöshet (Dear & Wolch, 1987; Rosenberg, 2009).

- Transinstitutionalisering, då personer i samband med avhospitalisering förflyttas till eller hamnar på andra institutioner, som fängelser (Chow & Priebe, 2013; Wacquant, 2009).
- Reinstitutionalisering, som innebär att nya institutioner byggs upp för ett ersätta de gamla, totala institutionerna. Inom forskningen som intresserat sig för re-institutionaliseringen förs även en diskussion om att inte enbart definiera institutioner i termer av "sten och cement". I stället analyseras nya institutioner i termer av nätverk av mindre institutioner spridda i lokalsamhällen (Priebe et al., 2008; Konrad, 2002; Topor et al., 2015).
- Avinstitutionalisering, vars innebörd är ett radikalt ifrågasättande av den biomedicinska psykiatrin, inte bara i termer av institutioner utan även kunskap och praktik. Den inriktningen bygger på ett problematiserande av normalitetstänkandet som ligger bakom den psykiatriska diagnostiken och av läkemedlens centrala ställning som behandlingsinsats. Avinstitutionalisering, både begrepp och praktik, bygger ofta på en analys av psykiatrins dubbla funktion: att vårda och att kontrollera (Basaglia, 1983; Foucault, 1972; De Leonardis, Mauri & Rotelli, 1986).

Dagens läge och framtidsutsikter

I samband med minskningen av den slutna psykiatriska vårdens omfattning och psykiatireformens genomförande fanns förväntningar om att det var möjligt att de förändrade villkoren för brukarna och personalen skulle leda även till förändringar när det gällde

- samhällets förhållande till "vansinnet" och stigmatisering av personer med denna typ av problematik
- de uttryck som psykiska problem skulle ta sig när personerna inte längre självklart hotades av inspärning och tvångsvårdsinsatser, utan integrerades i samhället
- de professionellas praktik, när de skulle möta personer med problem under andra förutsättningar och på andra platser
- kunskapen om psykiska problem, deras uppkomst och utveckling inklusive återhämtning.

Mycket tyder på att så har varit fallet, även om utvecklingen inte varit ensidig och rätlinjig. Utvecklingen har lett till några problematiska följder.

Förändringarna på det psykiatriska fältet inträffade samtidigt som socialförsäkringssystemet försvagades under 1990-talet. Åter framhövdes en form av arbetslinje som villkorade och tidsbegränsade olika former av stöd, samtidigt som ersättningsnivåerna sjönk. Psykiatriutredningen hade betonat den utsatta ekonomiska position som många människor med psykiska problem hade, inte bara i relation till den övriga befolkningen, utan även i förhållande till andra funktionsnedsatta grupper. Tio år efter reformen visade det sig att inkomstklyftorna mellan personer med APP och den övriga befolkningen inte bara var kvar, utan hade ökat (Socialstyrelsen, 2006). Den utvecklingen blev verklighet samtidigt som flera studier pekade på att den relativa fattigdomen vanligtvis uppfattats som symptom på psykiska problem. Studier i USA (Davidson et al., 2004), på Irland (Sheridan et al., 2015) och i Sverige (Ljungquist et al., 2015) visade att en förbättring av ekonomin för denna grupp kunde leda till minskade symptom som depression och ångest, en förbättring av sociala relationer med andra och en bättre livskvalitet.

Samtidigt med 1990-talets ekonomiska kris och den försvagning av trygghetssystemen som följde publicerades en ny upplaga av den amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994). Många år senare publicerade Allen Frances (2013), samordnaren för den här upplagan av diagnosmanualen, en bok där han bland annat ansåg att de omedvetet startade tre epidemier genom manualen. Det gällde diagnoserna depression, bipolär störning samt neuropsykiatriska störningar. Epidemierna berodde på att kriterierna för respektive diagnos sänktes och de blev därmed lättare att få. En orsak bakom sänkningen, anser Frances, var påtryckningar från läkemedelsindustrin som producerade ett antal studier för att påvisa sina produkters effektivitet. Studierna, som finansierades av läkemedelsbolag, har senare utsatts för en omfattande kritik (Lewis & Lieberman, 2008; Kirsch, 2009; Götzsche, 2013; Moncrieff, 2009; 2013; Frances, 2013; Whitaker, 2014; se även Riksrevisionen, 2016). Följden av förändringarna i diagnosmanualen blev en praktik där beteenden och erfarenheter som tidigare ansågs normala nu sjukdomsförklarades, diagnostiserades och behandlades, främst med olika medicinska insatser. Olika problem som kunde vara kopplade till nya krav på arbetsmarknaden (Standing, 2011) och new public management blir inte längre definierade som samhällsproblem, utan som individuella problem. Kraven på samhällsreformer ersätts med krav på individuella lösningar med flera terapeuter, tidigare insatser och bättre diagnostik, som inte angriper problemets rot (Priebe, 2016).

De positiva aspekterna av förändringen av det institutionella landskapet som vi beskrivit kan även ha en baksida. Psykiatrisk vård har två sidor, en vårdande och en kontrollerande (Basaglia, 1983). De stora institutionerna av sten och cement, som tidigare var förlagda långt ifrån städerna, finns inte längre. Den psykiatriska

slutenvården har dock inte upphört, utan specialiserade avdelningar finns nu på somatiska sjukhus. Dessutom har det visat sig att vissa stödboenden har utvecklat specifika regelsystem som skiljer sig från dem som gäller i samhället (Andersen, Larsen & Topor, 2016; Brodin, 2016) och som påminner om de slutna institutionernas förhållningssätt. De flesta insatser som utvecklats i samband med nedläggningen av mentalsjukhusen, boendestöd, träff- och aktivitetslokaler samt psykiatriska öppenvårdsinsatser, kan definieras som samhällsbaserade insatser och som "avinstitutionaliseringens institutioner"; det är verksamheter som är nödvändiga för att människor med APP inte ska bli övergivna utan tvärtom få adekvat stöd för att leva integrerade liv i samhället. Flera studier (Priebe et al., 2008; Topor et al., 2015) pekar dock på att dessa nya, små institutioner som är utspridda i lokalsamhället kan beskrivas som nätverk av mikroinstitutioner vars effekt kan vara lika segregering som mentalsjukhusen en gång var. Dessutom riskerar mikroinstitutionerna att medföra en tidigare otänkbar form av kontroll av människors vardag (Högström, 2018).

Låt oss nu se i vilken utsträckning de förväntningar som var kopplade till avinstitutionaliseringens reformarbete har förverkligats. Förväntningarna handlade dels om möjligheten för personer med APP att integreras i samhället och att slippa leva betydande delar av sina liv på slutna institutioner, dels att förändrade/normaliserade levnadsvillkor (inklusive stöd i lokalsamhället) skulle förändra deras problem, förmodade psykiska symptom och därmed deras identitet. Förändringarna av personens identitet ingick i en förväntan att personer med APP skulle återhämta sig från sina psykiska problem. Den här utvecklingen var kopplad till förändrade arbetssätt för att hjälpa och stödja personerna. Tillsammans skulle de nya villkoren leda till nya kunskaper om psykiska problem och människor som brottades med dem.

Det är omöjligt att förneka i dag att människor med APP klarar sig i samhället, utan att det skett några avgörande förändringar när det gäller de medicinska insatserna under de senaste 30 åren (Priebe, Craig & Burns, 2013; Rose, 2018). Brukarna har alltid utvecklat olika sätt att hantera sina egna svårigheter och intresset för brukarnas egna strategier har vuxit i samband med ett ökat fokus på brukarinflytande och återhämtning (Börjesson & Karlsson 2011; Eriksson, 2015) och att nya metoder att hjälpa människor utvecklats på basis av deras egna hanteringssätt. Metoder som *hearing voices* (Romme & Escher, 2003; Karlsson, 2007), men också *öppen dialog* (Andersen, 2011; Seikkula, & Olson, 2003) samt *delat beslutsfattande* (Deegan & Drake, 2006) bygger på och har utvecklats av, eller i samarbete med, människor med egna erfarenheter av både psykiska problem och psykiatrisk vård. Brukarnas nya maktposition kan märkas lokalt med försök till "självvald inläggning", där brukaren kan välja om hen ska läggas in i psykiatrisk slutenvård samt läkemedelsfri behandling.

De nya förutsättningarna som växte fram i samband med avinstitutionaliseringen

i Sverige innebar också att nya professionella grupper utan psykiatrisk utbildning mötte personer med APP i deras egen miljö och utvecklade nya arbetssätt, som inte nödvändigtvis byggde på ett diagnos- och institutionellt tänkande. Boendestöd, men även arbetet i olika verksamheter som träfflokaler och arbetsinriktade verksamheter, är exempel på detta (Andersson, 2016, Larsen & Topor, 2017; Topor & Ljungberg, 2016). Flera studier pekar på betydelsen av relationellt arbete vilket skapat grunden för en ny professionalitet. Det relationella arbete som utvecklats inom det sociala arbetet kännetecknas av att brukarnas erfarenheter av att vara delaktiga utformar den dagliga praktiken. Brukarna nämner att även erfarenheten av att bli sedda som människor och inte enbart som patienter/diagnoser, blir ett stöd att (åter)skapa ett förtroende för sig själva, ofta genom konkret hjälp med att hantera vardagliga utmaningar (Topor, 2001; Borg & Kristiansen, 2004; Ljungberg et al., 2015; 2017; Andersson, 2016).

Förändringarna ledde även till ett erkännande av människors möjligheter att gå vidare i sina liv. Återhämtning från allvarliga psykiska problem erkändes som en faktisk möjlighet för många personer med APP (Topor 2001; Warner, 2004). Flera studier pekar på att ett återhämtningsinriktat arbete innebär att personens ställning som agent sedd i sitt sociala och livshistoriska sammanhang, bortom en diagnos (Frank & Davidson, 2014; Ljungberg et al., 2015), har en central plats i en sådan process. Dessutom visar studierna att sociala insatser (Andersson, 2009; Topor & Ljungqvist, 2017) främjar en återhämtningsprocess när det gäller både allvarliga psykiska problem (Topor, 2001) och missbruksproblem (von Greiff & Skogens, 2014) och kombinationer av dessa problem (Ness, Borg, & Davidson, 2014; Skogens, von Greiff & Topor, 2018). I en nyligen genomförd svensk studie visade det sig att 16 procent av de studerade personerna som fått en psykosdiagnos för första gången inte hade kontakt med vare sig den psykiatriska vården eller socialtjänstens specialiserade verksamheter de sista fem sammanhängande åren av en tioårsuppföljning. Motsvarande siffror för de två sista åren var 31 procent (Topor et al., 2018).

Det är intressant att se att den här praktiska kunskapen, metoderna och erfarenheterna inte satt några tydliga spår i Socialstyrelsens kunskapsredovisningar och nationella riktlinjer (Jacobsson & Meeuwisse, 2018). Eftersom sociala och socialpsykologiska insatser låter sig svårligen underkastas forskningsmetoder som randomiserade kontrollerade studier (Bergmark, Bergmark & Lundström, 2011), blir de därför kraftigt underrepresenterade i svenska statliga kunskapsgenomgångar som ligger till grund för nationella riktlinjer (Hydén, 2008; Topor, 2006).

Nya motsättningar

Paradoxalt nog har psykiatrireformens framgångar lett till ett ökat intresse för medicinska lösningar på livsproblem även där forskningen inte funnit någon biomedicinsk grund. Avstigmatiseringen av ett antal psykiska problem har lett till att personer kan framträda offentligt med sina diagnoser och att betydligt fler personer vänder sig till den psykiatriska vården för att få en diagnos och en medicinsk behandling. Problem kopplade till försämringar på bostads- och arbetsmarknaden samt de växande klyftorna i samhället definieras allt oftare i individuella termer och inte som uttryck för behovet av sociala reformer.

Det sociala arbetet som gjort det möjligt för tusentals människor att leva sina liv utanför de stora och slutna institutionerna är i dag osynliggjort. De metoder som pekas på i nationella riktlinjer hämtar ingen näring från denna vardagliga praktik, trots den växande forskningen som analyserar dess hjälpande faktorer. Tjänsterna riktade till människor med psykiska problem sker nu i huvudsak i lokalsamhällen (men även via nätet och e-hälsa) och har blivit förhållandevis lättillgängliga. Det innebär att information om människor och deras livsvillkor samlas in och centraliseras med möjligheter till en omfattande kontroll av så kallade riskpopulationer via nationella register. Hur socialt arbete kommer att kunna verka på psykifältet får framtiden utvisa. Det är av stor vikt att socialarbetare, sociala forskare, brukare och anhöriga formulerar och sprider sina erfarenhets- och forskningsbaserade kunskaper.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4:e upplagan. Washington: APA.
- Andersen, A.J.W., Larsen, I.B. & Topor, A. (2016) Caring through discipline? Analyzing house rules in community mental health services in Norway. *Scandinavian Psychologist*, 3. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e1>
- Andersen, T. (2011) *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (1997) *En gruppbostad blir till. Dokumentation av psykiatrireformen, delrapport I*. Stockholms stad: Hägersten och Liljeholmens stadsdelsförvaltningar.
- Andersson, G. (2009) *Vardagsliv och boendestöd. En studie om människor med psykiska funktionshinder*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Andersson, G. (2016) What makes a supportive relation supportive? The social climate in supported housing for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Mental Health*, 14(5): 509–529.
- Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A. & Topor, A. (2016) *Från patient till person. Om allvarliga psykiska problem. Vardag, vård och stöd*, Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G., Denhov, A., Bülow, P. & Topor, A. (2015) Aloneness and loneliness. Persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(4): 353–365.

- Andersson, G., Gustafsson, H. & Bringlöv, Å. (2015) *Boendestöd. Stockholm Södertörn Gotland. Delrapport. Intervjustudie*. Rapport nr 133/15. FoU Södertörn.
- Arvidsson, H. & Ericson, B.G. (2005) The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(3): 185–192.
- Barton, R. (1959) *Institutional neurosis*. Bristol: Wright.
- Basaglia, F. (1983) *Psykiatrin utan mentalsjukhus*. I: F. Costa & A. Topor (red.) *Alternativ till psykiatrin*. Arlöv: Prisma.
- Berge, A. (2007) *Sjukvårdens underklass*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Bergmark, M., Bejerholm, U. & Markström, U. (2017) Policy changes in community mental health. Interventions and strategies used in Sweden over 20 years. *Social Policy & Administration*, 51(1): 95–113.
- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Borg, M. & Kristiansen K. (2004) Recovery-orientated professionals. Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5): 493–505.
- Brolin, R. (2016) *"Jag kan öppna fönstret när jag vill"*. Boendesituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning. Linnaeus University Dissertations No 259/2016. Akademisk avhandling. Växjö: Linnaeus University Press.
- Bülöw, P. (2004) *Efter mentalsjukhuset. En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*. Linköping dissertations on Health and Society No 5. Akademisk avhandling. Linköping: Linköpings universitet.
- Börjeson, M. & Karlsson, M. (2011) *Brukarmakt. I teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Castel, R. (1981) *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychiatrie* (Risk management: From anti-psychiatry to post-psychiatry) Paris: Les Editions de Minuit.
- Chow, W.S. & Priebe, S. (2013) Understanding psychiatric institutionalization. A conceptual review. *BMC Psychiatry*, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/169>.
- Davidson, L., Raakfeldt, J. & Strauss, J. (2010) *The roots of the recovery movement in psychiatry. Lessons learned*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J. (2004) Supported socialization for people with psychiatric disabilities. Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4): 453–477.
- Dear, M. & Wolch, J. (1987) *Landscape of despair. From deinstitutionalization to homelessness*. Cambridge: Polity Press.
- Deegan, P. & Drake, R.E. (2006) Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv.*, 57(11): 1636–1639.
- De Leonardis, O., Mauri, D. & Rotelli, F. (1986) Deinstitutionalization, another way. The Italian mental health reform. *Health Promotion*, 1(2): 151–165.
- Eriksson, E. (2015) *Sanktioner motstånd. Brukarinflytande som fenomen och praktik*. Akademisk avhandling. Lund Dissertations in Social Work 47. Lund: Lunds universitet.
- Foucault, M. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris: Gallimard. (sv. övers. 1983) Vansinnets historia under den klassiska epoken. Lund: Arkiv förlag.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal*, New York: HarperCollins.
- Frank, D.M. & Davidson, L. (2014) The central role of self-esteem for persons with psychosis. *The Humanistic Psychologist*, 42(1): 24–34.
- Goffman, E. (1961) *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New

- York: Doubleday & Co. (sv. övers. 1973) *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets villkor*. Angered: Rabén & Sjögren.
- von Greiff, N. & Skogens, L. (2014) The mechanism of treatment. Client and treatment staff perspectives of change during treatment for alcohol problems. *Nordic Social Work Research*, 4(2): 129–143.
- Grunewald, Karl (2010) *Från idiot till medborgare. De utvecklingsstördas historia*. 2 uppl. Stockholm: Gothia.
- Grönberg Eskel, M. (2012) *Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande*. Akademisk avhandling. Karlstad University Studies 2012:54. Karlstad: Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Karlstads universitet.
- Götzsche, P.C. (2013) *Deadly medicines and organised crime. How big pharma has corrupted health-care*. London: Radcliffe.
- Hansson, J.H. (1993) *Organizing normality. Essays on organizing day activities for people with severe mental disorders*. Akademisk avhandling. Linköping: Tema Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet.
- Heilig, M. (1999) Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatri! *Läkartidningen*, 96(47): 4427–4433.
- Hydén, M. (2008) Evidence based social work. Att sammanställa systematiska kunskapsöversikter. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 15(1): 3–19.
- Högström, E. (2018) 'It used to be here but moved somewhere else': post-asylum spatialisations – a new urban frontier? *Social & Cultural Geography*, 19(3): 314–335.
- Jacobsson, K. & Meeuwisse, A. (2018) 'State governing of knowledge' – constraining social work research and practice, *European Journal of Social Work*, DOI: 10.1080/13691457.2018.1530642
- Jacobsson, M. (2006) *Terapeutens rätt. Rättslig och terapeutisk logik i domstolsförhandlingar*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Karlsson, L.B. (2007) *Berättelser om inre röster. Ett fenomenologiskt och kommunikativt perspektiv*. Akademisk avhandling. Stockholm. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Kirsch, I. (2009) *The emperor's new drugs. Exploring the antidepressant myth*. London: The Bodley Head.
- Konrad, N. (2002) Prisons as new asylums. *Current Opinion Psychiatry*, 15(6): 583–587.
- Larsen, I.B. & Topor, A. (2017) A place for the heart: A journey in the post-asylum landscape. Metaphors and materiality. *Health & Place*, 45(5): 145–151.
- Lewis, S. & Lieberman, J. (2008) CATIE and CUtLASS. Can we handle the truth? *British Journal of Psychiatry*, 192(3): 161–163.
- Lindkvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010) *Psykiska funktionshinder i samhället*. Malmö: Gleerups.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015) The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4): 471–495.
- Ljungberg, A., Matscheck, D. & Topor, A. (2017) *Boendestöd. Erfarenhetsbaserad praktik och kunskap*. Stockholm: FoU Nordost. [www.founordost.se]
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2015) Money and mental illness. A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Mental Health Journal*, 52(7): 842–850.
- Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater*. Umeå: Boréa.

- Markström, U., Sandlund, M. & Lindqvist, R. (2004) Who is responsible for supporting "long-term mentally ill" persons? Reforming mental health practices in Sweden. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(2): 51–63.
- Moncrieff, J. (2009) *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment*. New York: Palgrave Mcmillan.
- Moncrieff, J. (2013) *The bitterest pills. The troubling story of antipsychotic drugs*. New York: Palgrave Mcmillan.
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014) Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3): 107–117.
- Parr, H. (2000) Interpreting the "hidden social geographies" of mental health: Ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. *Health & Place*, 6(3): 225–237.
- Priebe, S. (2016) A social paradigm in psychiatry. Themes and perspectives. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(6): 521–527.
- Priebe, S., Burns, T. & Craig, T. (2013) The future of academic psychiatry may be social. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5): 319–320.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jørgensen, P., Wiersma, D. & Wright, D. (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5): 570–573.
- Rask, M. (odat.) *Upplevelser av boendestödjspersonals stödjande arbete. En intervjustudie med personer med psykiska funktionshinder*. Boendeprojektet, Delrapport 5. Växjö: Växjö universitet.
- Riksrevisionen (2016) *Säkra och effektiva läkemedel. Hur hanterar staten läkemedelsindustrins inflytande?* RiR 2016:9.
- Romme, M. & Escher, S. (2003) *Förstå och hantera röster. En vägledning för dem som arbetar med rösthörare*. Stockholm: Psykiatrin Södra FoU-enhet/RSMH.
- Rose, N. (1996) *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2018) *Our psychiatric future*. Cambridge: Polity.
- Rosenberg, D. (2009) *Psychiatric disability in the community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era*. Akademisk avhandling. Umeå universitet.
- Schön, U-K. (1996) *Psykiatrireformen – västra Stockholm. De medicinskt färdigbehandlade patienternas boende och slutenvård. 6 månader efter*. FoU-enheten/VSSO. Rapport 8/96.
- Seikkula, J. & Olson, M.E. (2003) The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3): 403–418.
- Sheridan, A., Drennan, J., Coughlan, B., O'Keeffe, D., Frazer, K., Kemple, M., Alexander, D., Howlin, F., Fahy, A., Kom, V. & O'Callaghan, E. (2015) Improving social functioning and reducing social isolation and loneliness among people with enduring mental illness. Report of a randomized controlled trial of supported socialization. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3): 241–250.
- Skogens, L., von Greiff, N. & Topor, A. (2018) Initiating and maintaining a recovery process. Experiences of persons with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(3): 101–113.
- Socialstyrelsen (1980) *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård*. Socialstyrelsen anser 1980:2.
- Socialstyrelsen (1982) *Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus*. Socialstyrelsen redovisar 1982:8.
- Socialstyrelsen (1996) *Psykiatrireformen. Årsrapport 1996*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:4.
- Socialstyrelsen (1997) *Är vi på rätt väg? Årsrapport för psykiatrireformen 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:6.

- Socialstyrelsen (1998) *Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatireformen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4.
- Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1991:1.
- Socialstyrelsen (2003) *Boende för personer med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006) *Handikappomsorg. Lägesrapporter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008) *Boende för personer med psykiska funktionshinder. En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017) *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1992) *Välfärd och valfrihet. Service, stöd och vård för psykiskt störda*. SOU 1992:73.
- SOU (2006) *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. SOU 2006:100.
- Standing, G. (2011) *The precariat. The new dangerous class*. London: Bloomsbury.
- Sundgren, M. (2011) Socialtjänsten och de psykiskt funktionshindrade. I: M. Sundgren & A. Topor (red.) *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Tidemalm, D. (1996) *Från psykiatrisk avdelning till gruppbostad. Flyttning i samband med psykiatireformen*. FoU-enheten/psykiatri. VSSO, rapport nr 5/96.
- Topor, A. (1987) *EMMA. En studie i brott med den psykiatriska vårdens och socialtjänstens traditionella metoder*. FoU-byrån, Rapport nr 73. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Topor, A. (2001) *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. Stockholm: Avdelningen för socialt arbete, Stockholms universitet, SSSW No 18. Sv. övers (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Topor, A. (2006) Vetenskaplighetens dunkla subjektivitet. Om en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13(3): 195–211.
- Topor, A. (2014a) Socialpsykiatri. I gränstrakten mellan medicin och socialt arbete. I: U. Pettersson (red.) *Tre decennier med socialtjänstlagen. Utopi, vision, verklighet*. Malmö: Gleerups.
- Topor, A. (2014b) *Boendestödarnas erfarenhetskunskap. Boendestöd – beslut och praktik. Erfarenheter från Lidingö stads socialpsykiatri*. Stockholms universitet & Lidingö Stad, Institutionen för socialt arbete. [<http://www.lidingo.se/ahosswebbar/socialpsykiatri/arkivnyheter/lidingosboendestodjaredelarsinaerfarenheteriunikrapport.5.598c000614806e-52d95a9f.html>]
- Topor, A., Andersson, G., Bülow, P., Stefansson C.-G. & Denhov A. (2015) After the asylum? The new institutional landscape. *Community Mental Health Journal*, 52(6): 731–737.
- Topor, A. & Ljungberg, A. (2016) “Everything is so relaxed and personal” – The construction of helpful relationships in individual placement and support, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19: 275–293.
- Topor, A. & Ljungqvist, I. (2017) Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 53: 823–831.
- Topor, A., Stefansson, C.G., Denhov, A., Bülow, P. & Andersson, G. (2018) Institutional recovery. A ten-year follow-up study of persons after their first psychosis diagnosis; a critical reflexive approach. *Psychosis*, 10: 263–274.
- Trydegård, G.B. (1996) *En förändringens tid? Äldreomsorgen ur ett medborgarperspektiv*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.

- Wacquant, L. (2009) *Punishing the poor. The neoliberal government of social insecurity*. Durham & London: Duke University Press.
- Warner, R. (2004) *Recovery from schizophrenia - Psychiatry and political economy*. 3:e upplagan. New York: Brunner Routledge.
- Whitaker, R. (2014) *Pillerparadoxen. Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre?* Stockholm: Karneval förlag.
- Wolch, J. & Philo, C. (2000) From distributions of deviance to definitions of difference. Past and future mental health geographies. *Health & Place*, 3: 137–157.
- Zetterberg, L., Sjöström, S. & Markström, U. (2014) The compliant court. Procedural fairness and social control in compulsory community care.