

Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården?

GUNILLA FRAMME

I de flesta vuxenpsykiatriska team ingår en eller flera socionomer, vars psykosociala syn- och arbetssätt ses som ett väsentligt inslag i en huvudsakligen medicinsk kontext. De senaste årens utveckling på psykiatriområdet har ställt dem inför nya utmaningar med ökade krav på att tydliggöra sin yrkesroll och legitimera sin existens inom vården. I denna artikel diskuteras hur ett antal socionomer beskriver och värderar sitt specifika bidrag i det professionella teamarbetet.

Inledning

Inom den vuxenpsykiatriska vården, där patienternas vårdbehov ofta är av omfattande och komplex karaktär, bedrivs arbetet vanligen i mångprofessionella team. Därigenom avser man att uppnå att patienternas problematik kan ges en allsidig belysning samt att stöd- och behandlingsinsatser kan integreras och varieras efter olika behov och krav. Förutom en

förbättrad kvalitet vid diagnostik och behandling, anses denna arbetsform också ge fördelar i form av högre kostnadseffektivitet, nöjdare patienter samt en ökad arbetstillfredsställelse och stimulans för de professionella (Blomqvist 2009; Thylefors 2013).

I dagens psykiatriska team, såväl inom den öppna vården som inom den slutna (haldygnsvården), ingår vanligen åtminstone en kurator/socionom, som förväntas bidra med ett socialt perspektiv och specifika insatser utifrån sin utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet.

Gunilla Framme, FD, universitetslektor, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Att närmare definiera vad detta bidrag i det psykiatriska teamarbetet består av är dock förenat med vissa svårigheter. Kuratorernas kunskapsområde, inom hälso- och sjukvården generellt, uppfattas ofta som komplext och svårdefinierat samt i avsaknad av ett entydigt teoretiskt fundament och tydliga gränser (Olsson 1999). Enligt Svensk kuratorsförening har de flesta kuratorer, utöver sin grundkompetens i form av socionomexamen, även avancerade påbyggnadsutbildningar (www.kurator.se). Dessa är dock av varierande inriktning och karaktär, och några bindande behörighetskrav för yrkesutövningen har hittills inte funnits. De senaste årtiondena har många kuratorer, i synnerhet inom psykiatrin, valt att beskriva sina arbetsuppgifter som behandlande/terapeutiska och utbilda sig i enlighet med detta, snarare än att framhäva och utveckla sin specifika sociala kompetens (Olsson 1999; Dellgran & Höjer 2005; Sjöström 2013). En stor del av kunskapsinhämtandet och socialisationen in i yrket sker dessutom utanför utbildningsinstitutionerna, i form av så kallat icke-formellt lärande med hjälp av kolleger ute på arbetsplatserna (Liljegren & Parding 2010), vilket kan antas bidra till yrkesutövningens variation och svårdefinierade karaktär.

De socionomutbildade kuratorerna har varit en etablerad yrkeskår inom den offentliga vuxenpsykiatrin alltsedan 1950-talet, även om de där vanligen utgjort en liten minoritet i den medicinskt dominerade kontexten. Det faktum att kuratorsrollen uppfattas som svårdefinierad samt kan gestaltas på olika sätt

representerar inget nytt i yrkeskårens historia men har i tidigare skeden inte medfört några större legitimitetsproblem. Efterfrågan på kuratorernas tjänster ökade stadigt under 1900-talets andra hälft, då yrkeskåren gynnades av att den statliga policyn på psykiatriområdet fick en allt tydligare socialpsykiatrisk prägel, vilket resulterade i kortare slutenvårdstider och ett utökat samarbete med andra vård- och servicegivare samt så småningom uppbyggnaden av en diversifierad öppenvård. En form av kulmen på denna utveckling nåddes under 1990-talet, då psykiatriutredningen bland annat hävdade att en meningsfull psykiatrisk behandling inte kan bedrivas utan att de sociala aspekterna samtidigt uppmärksammas (SOU 1992:73, s 22).

Utvecklingen på psykiatriområdet de senaste 10-20 åren har dock varit mindre fördelaktig för kuratorernas verksamhet. Enligt flera bedömare visar den officiella policyn på psykiatriområdet snarare tecken på en ökande medikalisering (Topor 2010; Sundgren 2007), vilket ger upphov till stora frågetecken kring det sociala perspektivets aktuella status och därmed också kring huvudmännens syn på behovet och värdet av socionomernas specifika insatser. I psykiatrisamordningens slutbetänkande *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100, s 455) formuleras heller inga närmare visioner kring socionomernas framtida medverkan i vården.

Genom psykiatrireformen 1995 fick kommunerna ett förtydligt ansvar för psykiskt funktionshinderades boende, samsättning och rehabilitering samt fritid (Lindqvist et al 2010). För socionomerna

inom den region- eller landstingsbase-
rade vården innebar reformen både att
de förlorade en del av sina traditionella
uppgifter på de nämnda områdena och
efter hand också fick nya arbetsuppgifter,
bl.a. i anslutning till att olika former för
samverkan mellan huvudmännen etable-
rades. Samtidigt som de varit engagerade
i denna omställningsprocess, har nya eko-
nomiskt och effektivitetsmässigt motive-
rade principer för styrning, administra-
tion och organisation nått den offentliga
sektorn (Liljegren & Parding 2010). Denna
reformtrend, som brukar betecknas som
New Public Management (NPM), har
ställt socionomerna inom olika delar av
hälso- och sjukvården inför stora utma-
ningar i form av ökade krav på användning
av evidensbaserade metoder samt utvär-
dering (Olsson 2008). De av dem som är
anställda i de psykiatriska verksamhe-
terna upplever dessutom en ökande kon-
kurrens om tjänster och arbetsuppgifter,
dels från personer ur andra etablerade
yrkeskategorier såsom sjuksköterskor,
psykologer och arbetsterapeuter, dels
från personer i olika former av samord-
nande funktioner, såsom kontaktpersoner,
"case managers" med flera.

I en förändrad vårdideologisk omgiv-
ning och i ett dynamiskt samspel med
andra professioner samt med begränsade
resurser till vårdens förfogande, tycks
det alltså vara så att socionomerna inom
psykiatrin för närvarande har vissa svå-
righeter att upprätthålla kontrollen över
det arbetsfält de betraktar som "sitt".
Till detta bidrar naturligtvis i hög grad
det faktum att kuratorerna, till skillnad
från de flesta andra yrkeskategorier som

ingår i ett vuxenpsykiatriskt team, hit-
tills saknat den starka kontrollmekanism
på det professionella fältet som en statlig
legitimation anses utgöra (Liljegren 2008).
Med begrepp hämtade ur den professions-
sociologiska litteraturen kan situationen
beskrivas som att deras *jurisdiktion* är
utmanad (Abbot 1988).

Mot denna bakgrund har ett projekt
genomförts inom fyra verksamhetsområ-
den för psykiatri i Västsverige, där socio-
nomer i fokusgrupper och efterföljande
workshops fått beskriva och värdera sitt
kunskapsbidrag och sin yrkesroll inom den
psykiatriska vården. Projektet har haft det
dubbla syftet att både generera ett veten-
skapligt underlag att användas i undervis-
ningssammanhang och att bidra till någon
form av kunskapsutveckling i de berörda
socionomkollektiven.

Syftet med denna artikel är att redo-
göra för och diskutera några av huvud-
dragen i socionomernas samtal kring sitt
kunskapsbidrag och sin yrkesroll. De mera
specifika frågeställningar jag avser att
behandla är: Vad ser de som det specifika
och unika med sitt perspektiv och arbets-
sätt? Hur avgränsar de sitt kunskaps- och
arbetsområde i de sammanhang där de
verkar? Hur värderar de sina insatser och
legitimerar sin existens i den psykiatriska
vården?

I det följande kommer jag företrädesvis
att benämna de personer som deltagit i
denna studie "socionomer". I vissa fall har
jag bedömt att sammanhanget är sådant,
att den traditionella och något mer spe-
cifika yrkesbeteckningen "kurator" är att
föredra men avser då endast personer som
också har en socionomexamen.

Tidigare forskning kring socionomernas kunskapsområde och yrkesroll inom psykiatrisk vård

I sin avhandling *Kuratorn förr och nu* analyserar Siv Olsson (1999) kuratorernas arbetsuppgifter, psykiska revir och sociala position över tid, från starten 1914 och fram till och med 1980-talet. Under denna tid genomgick arbetsområdet inom såväl den somatiska vården som psykiatrin stora förändringar, bland annat genom utveckling av ny kunskap, omorganisationer och ändrad lagstiftning men också som en följd av kuratorernas professionaliseringssträvanden.

Medan de första kuratorerna, enligt Olsson, i regel såg sig som patienternas ombudsmän, tog deras efterföljare på 1970- och 1980-talen avstånd från "fixarrollen" och ville snarare framstå som behandlare eller psykoterapeuter. Denna utveckling ser hon som olycklig, då den medför en uppenbar risk att sociala problem medikaliseras eller psykologiseras och att patienterna därmed inte får den kvalificerade sociala hjälp de har rätt till. Professionaliseringssträvandena under denna period ledde inte heller till en förbättrad status och legitimitet för yrkeskåren som helhet utan snarare till motsatsen, konstaterar hon (Olsson 1999).

På det internationella planet har i en rad studier uppmärksamats hur socialarbetare inom psykiatrisk vård de senaste årtiondena ställts inför nya svårigheter och utmaningar. I flera länder, bland annat i Kanada, har svårigheterna handlat om att nå erkännande och status trots avsakna-

den av formell legitimation och skyddade, yrkesspecifika uppgifter (O'Brien & Calderwood 2010). I den rådande kontexten med ökade krav på evidens för de valda interventionerna tycks dock den allra största utmaningen ligga i att på ett övertygande sätt kunna artikulera vad socialarbetarnas specifika bidrag inom den psykiatriska hälso- och sjukvården består av och vilken betydelse det har. Denna utmaning rapporteras socialarbetarna stå inför, i bland annat Storbritannien (Ray et al 2008; Liyanage 2010), Australien (Renouf & Bland 2005), USA (Bransford & Bakken 2002) och Kanada (O'Brien & Calderwood 2010).

I flera av de nämnda studierna framkommer en spänning mellan två olika roller, å ena sidan en traditionell socialarbetarroll som patientens företrädare i förändringsprocesser med syftet att uppnå social rättvisa ("advocacy") och å den andra en senare utvecklad roll med inriktning mot behandling. I den amerikanska studien beskrivs hur socialarbetare i psykiatrisk vård, i sin strävan efter klinisk relevans, professionell status och legitimitet, i alltför stor utsträckning ägnat sig åt individuell psykoterapi och "counselling" (Bransford & Bakken 2002). Därmed har de, enligt författarna, förbiset sina förpliktelser att verka för social förändring. I en senare genomförd studie i Kanada framkommer att socialarbetarna inte tvingats välja den ena inriktningen framför den andra. De ansvariga forskarna menar dock att socialarbetarnas strävan att förena dessa båda roller kan vara en bidragande faktor till deras marginalisering i sina respektive kliniska kontexter

(O'Brien & Calderwood 2010). Även i Australien ses det som en stor utmaning för socialarbetarna inom den psykiatriska vården att både behålla sitt kritiska samhällsperspektiv och samtidigt bli accepterade i den kliniska, individuellt orienterade kontexten (Renouf & Bland 2005).

Inom den professions sociologiska litteraturen har bland andra Evetts (2009) och Liljegren (2008) samt Liljegren och Parding (2010) analyserat styrningen av professionella grupper argumentation och handling utifrån två olika idealtypiska logiker, organisations- respektive yrkesprofessionalism. Inom organisationsprofessionalismen byggs legitimitet för den egna professionen genom dess relation till den organisatoriska strukturen, via regelverk, en specifik arbetsdelning och dokumenterbara resultat. I yrkesprofessionalismen står i stället klienten/patienten i fokus, både då det gäller vad som ses som relevant kunskap och då det argumenteras för en viss arbetsdelning (Liljegren 2008).

De nya trenderna på det organisatoriska området (NPM), som även nått hälso- och sjukvården, har inneburit att de professioner som är verksamma på detta fält i större utsträckning än tidigare behövt organisera och legitimera arbetet utifrån organisationsprofessionalismens logik. Detta innebär ett dilemma för socionomer, som i hög grad anses följa yrkesprofessionalismens logik och se klienten/patienten samt dennes vardagliga sammanhang som sitt primära kunskapsobjekt. Inom ramen för denna logik bygger en stor del av den tillämpade kunskapen på erfarenhet och kan därför vara svårare att artikulera (Liljegren & Parding 2010).

Forskare, främst från Storbritannien, har i flera fall funnit att socialarbetare i psykiatrisk vård rapporterar en lägre grad av tillfredsställelse med sin arbetssituation och en högre förekomst av stress än exempelvis sjuksköterskor och arbetsterapeuter (Reid et al 1999; Onyett et al 1997; Carpenter et al 2003). Detta förhållande anses i stor utsträckning ha att göra med socialarbetarnas upplevelse av en oklar yrkesroll och en "kollision" mellan de egna värderingarna och den medicinska modellens. Men det ses också som en konsekvens av att socialarbetarna i de undersökta samhällsbaserade teamen i Storbritannien hittills haft en annan huvudman än övriga personalkategorier och därför en mera marginell ställning (Onyett et al 1997; Carpenter et al 2003). Det har uppmärksamats hur de i dessa fall ofta upplevt en känsla av "övergivenhet", då de ansett sig sakna tillräckligt stöd från sin arbetsgivare. Samtidigt framförs synpunkten att deras organisatoriska särställning också har gett dem en unik möjlighet att utmana den rådande medicinska kulturen (Bailey & Liyanage 2012).

I en studie av Peck och Norman (1999) framkommer att socialarbetarnas upplevelse av professionell identitet är starkt förknippad med existensen av en egen och specifik kultur, vilken bland annat kännetecknas av en demokratisk inställning där stor vikt läggs vid patientens synpunkter och rätt till självbestämmande. I förlängningen kan socialarbetarnas dagliga umgänge med den medicinska personalen samt kravet på att inordna sig i den gängse hierarkin leda till en förlust av professionell identitet, menar flera av de nämnda

forskarna (Onyett et al 1997; Peck och Norman 1999; Carpenter et al 2003). Det framhålls också att det krävs ett starkt stöd och handledning från professionen för att säkerställa att de mångprofessionella teamen även fortsättningsvis skall kunna tillgodogöra sig ett tydligt bidrag av det sociala syn- och arbetssättet (Carpenter et al 2003).

I en aktuell artikel av Bailey och Liyanage (2012) beskrivs hur det sociala arbetet inom den psykiatriska vården har påverkats av de senaste årens politiska och organisatoriska förändringar i Storbritannien. En tydlig utvecklingstrend är att en stor del av det arbete som tidigare utförts av specialiserade socialarbetare numera har överförts till vårdsamordnare ("generic care co-ordinators") i team, som vanligen består av både socialarbetare och personer från andra professioner, framför allt sjuksköterskor, men där alla har likartade uppgifter. Socialarbetarna som är verksamma i dessa team rapporteras uppleva en delvis ny form av konflikt, nämligen mellan sin ursprungliga, specialiserade och unika socialarbetarroll och rollen som samordnare med uppgifter av mera allmän karaktär.

Psykosocialt arbete: systeminriktning och empowerment

Större delen av socionomernas specifika insatser inom hälso- och sjukvården i Sverige benämns vanligen psykosocialt arbete, som är en form av socialt arbete och en inriktning inom socionombildningen. Enligt Bernler och Johnsson

(2001) är psykosocialt arbete en systematisk och målinriktad verksamhet, som förutsätter en god relation och bedrivs i förebyggande eller behandlande syfte. Den utgår enligt dessa författare ifrån ett sammanhängande teoretiskt perspektiv med systemteori och psykodynamisk teori som grund samt präglas av det psykosociala synsättet, där individen alltid ses i sitt sammanhang. Arbetet bedrivs med inriktning på de sociala system i vilka patienten ingår och omfattar specifika metoder eller förändringsstrategier i relation till individer, familjer och grupper.

Enligt dessa författares definition är psykosocialt arbete vidare ett förändringsarbete, som bedrivs utifrån tre olika förhållningssätt. I enlighet med denna "tredelade handlingsmodell" tar behandlaren i det första fallet helt över ansvaret för att en förändring skall komma till stånd, framför allt genom olika former av service och resursförmedlande åtgärder. I det andra fallet föreslås patienten att vidta vissa åtgärder. De flesta former av förebyggande psykosocialt arbete samt råd- och stödsamtal hör hit. I det tredje fallet åstadkoms förändringar genom insikts- och medvetenhetsskapande tekniker, där syftet är att patienten själv skall ta ansvar för sin förändring (Bernler & Johnsson 2001; Lundin et al 2007).

Merparten av det psykosociala arbetet utgörs av någon form av behandling, som definieras som "en systematisk, positiv interferens i individers och gruppers problemskapande processer" (Bernler & Johnsson 2001, s 25). Både det behandlande och det förebyggande arbetet hör

hemma inom den tradition av socialt arbete som av Payne (2005) benämns den "reflexivt-terapeutiska", vars syfte är *empowerment*, det vill säga att människor skall få kontroll och makt över såväl sina egna känslor som sin livssituation och därmed uppnå välbefinnande och frigörelse.

Metod och material

Det empiriska materialet som artikeln bygger på har samlats in i perioder under åren 2008-2013 genom intervjuer i fokusgrupper och uppföljande workshops med socionomer, anställda vid fyra olika verksamhetsområden för psykiatri i Västsverige. Vid dessa tillfällen har deltagarna i interaktion med varandra gett sina perspektiv på det övergripande temat "Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården?" samt resonerat kring ett antal öppna frågeställningar. Dessa var konstruerade utifrån dokument i form av självpresentationer som tidigare (2004 respektive 2008) utarbetats av socionomgrupperna vid två av verksamhetsområdena.

Inom de berörda verksamhetsområdena har samtliga socionomer (70-75 personer) fått information om studiens syfte och erbjudande om deltagande i fokusgruppsintervjuerna genom sina respektive yrkesföreträdare. Av de 24 personer (19 kvinnor och 5 män) som därefter frivilligt anmälde sig bildades sex grupper, varav två träffades vid två tillfällen med ett par månaders mellanrum och de övriga grupperna vid endast ett tillfälle. Sammanlagt har åtta gruppinter-

vjuer på vardera cirka en och halv timme genomförts. Två av verksamhetsområdena bidrog med två grupper vardera och de övriga med endast en från varje. Deltagarna i respektive grupp tillhör således samma övergripande organisation och delar i stor utsträckning arbetsvillkor och professionella erfarenheter samt träffas någorlunda regelbundet inom yrkesgruppen på "kuratorsmöten" och i andra sammanhang. De kan därför sägas utgöra "naturliga" grupper, vilket anses vara en stor fördel för interaktionen i fokusgrupper (Billinger 2005).

Deltagarna i fokusgrupperna utgör ett brett spektrum av socionomer med ofta mycket lång erfarenhet från både heldygnsvård och öppenvård. Flertalet arbetar idag inom allmänpsykiatriska verksamheter, medan några är anställda vid specialiserade enheter inom bl. a. psykosvård, neuropsykiatri och beroendevård. Det är rimligt att anta att det inför deltagandet i fokusgrupperna skett en viss, spontan selektion huvudsakligen av socionomer som uppfattar sig ha en förhållandevis trygg yrkesidentitet för egen del och som dessutom hyser ett starkt intresse för professionens utveckling. Denna omständighet kan dock inte anses ha påverkat studiens validitet i negativ riktning.

Intervjuerna/samtalen har spelats in, transkriberats och sammanställts i en preliminär, beskrivande och tematisk analys (Wibeck 2010). De berörda socionomkollektiven har sedan erbjudits att ta del av detta material, vilket lett till förnyade diskussioner i workshops med långt fler deltagare än de ursprungliga gruppmed-

lemmarna (sammanlagt drygt 50 personer). Även dessa workshops, som ägt rum vid sex tillfällen under åren 2008-2013, har dokumenterats. De förnyade diskussionerna har inneburit att analysen kring några teman kunnat förtydligas, medan vissa av de ursprungliga utsagorna fått en nedtonad betydelse eller problematiserats. I allt väsentligt har dock den preliminära analysen bekräftats. Förfarandet med workshops kan sägas ha ökat studiens interna validitet, samtidigt som det stimulerat till en konstruktiv utvecklingsprocess inom de berörda socionomkollektiven, vilket också varit en del av syftet. Studien har således haft karaktären av deltagandeforskning (Wibeck 2010).

I fokusgrupper ligger betoningen på det kulturella snarare än det individuella (Billinger 2005). I interaktionen med varandra i såväl fokusgrupper som workshops har socionomerna således tonat ned individuella skillnader och specialkompetenser och istället strävat efter att konstruera och lyfta fram det för yrkeskåren allmänna och gemensamma. Resultaten från dessa samtal skiljer sig inte i något avgörande avseende mellan de olika verksamhetsområdena. Det material som kommer att presenteras i resultatdelen nedan kan alltså ses som en del av socionomernas diskurs eller den "kärna" av kunskaper, mål och värderingar samt erfarenheter av att utöva sin yrkesroll i en psykiatrisk kontext, som de flesta kan ställa sig bakom. Dessa konstruktioner får dock tills vidare ses som specifika för socionomkollektiven inom de fyra verksamhetsområden som deltagit i studien och kan inte utan vidare generaliseras.

Resultat: Socionomernas arbetsområde, perspektiv och arbetssätt

Under de tre närmast följande rubrikerna presenteras innehållet i socionomernas samtal i fokusgrupperna kring sitt kunskapsbidrag och sin yrkesroll. Därefter ges en sammanfattning av de uppföljande diskussioner som ägt rum i samband med workshops.

En vidare syn – "Vi ser snäppet längre"

Deltagarna i fokusgrupperna framhåller inledningsvis att deras specifika bidrag inom sina respektive team kännetecknas av en strävan efter att uppmärksamma hela det komplexa systemiska sammanhang, som patienten lever i, genom att se "personen i situationen" eller människan "i sin kontext" och "i sitt vanliga, vardagliga sammanhang". Som de ser det, bidrar de därigenom till att *vidga* perspektivet kring den enskilde patienten, ett perspektiv som utan deras medverkan i vården riskerar att bli alltför snävt och ensidigt.

Socionomernas vidare perspektiv innebär, menar de, att de klarare än andra yrkeskategorier kan se *samband* mellan faktorer i individens tidigare och aktuella sociala liv, såsom relationer, arbete och boende, och sjukdomssymptomen samt uppmärksamma hur dessa i sin tur påverkar familjen och det omgivande nätverket. Enligt deras sätt att se har symptomen både en förhistoria och medför konsekvenser framåt i tiden.

Vi har en helhetssyn, som alla andra också säger sig ha. Men vi har en annan förmåga att se patienter i ett större sammanhang. Vad är det för yttre faktorer som påverkar symptom och sjukdomsförlopp? Hur påverkar sjukdomen familjen? Allt som finns utanför vården, relationer inom nätverket och i arbetslivet, ser vi på ett annat sätt än vad många andra yrkesgrupper gör. /.../ Vi ser snäppet längre.

De anser sig också ha en inom vården unik förmåga att analysera och handla utifrån olika nivåer. Inom vården i stort är det vanligt, menar de, att endast se till individen och dennes symptom, medan de själva även lägger stor vikt vid interaktionsmönster inom familjen och andra närstående grupper samt vid strukturella faktorerers betydelse.

Det finns någonting i vår yrkesroll, som gör att vi ser bredden och inte går vilse i symptomseende. Vi kan se problem på olika nivåer och se sambandet mellan dem. /.../ Där tror jag vi har ett försprång. Vi kan skifta tidsperspektiv och prata historia, nutid eller framtid. Vi kan också skifta nivåer och röra oss mellan individ- och samhällsnivå.

Socionomerna uppger att de på senare år har breddat sin roll och utvecklat sin metodik till att i allt större utsträckning träffa hela familjerna och delar av övriga nätverket, i syfte att uppmärksamma och lindra den psykiatriska problematikens konsekvenser för patienternas närstående, i synnerhet de berörda barnen. Detta framhåller de samfällt som den kanske

allra viktigaste socionomuppgiften för närvarande, även om de samtidigt menar att ett barn- och närståendeperspektiv bör vara en angelägenhet för alla inom vården.

Barnens situation – det är så himla viktigt och det känns så bra att vi verkligen fokuserar på detta! /.../ Här har jag en specialistkompetens, som inte andra i teamet har ännu.

I detta avseende upplever de också att de har stöd för sina insatser såväl i den nationella policyn som hos chefer och övriga personalgrupper. Flera av dem vittnar dock om hur deras vidare analys- och behandlingsbegrepp i andra sammanhang kan vara svårt att förankra i omgivningen, i synnerhet i de fall då det också handlar om att identifiera och bearbeta den psykiatriska problematikens sociala orsaker:

Det är tydligt att vi representerar en syn på problem som inte passar in i ett individuellt perspektiv. Vår analys och behandling av problem kan innefatta andra system som patienten är delaktig i, familj eller annat nätverk. I sjukvården kan man se att yttre faktorer kan påverka patienterna men det stannar vid det, och behandlingen riktas ändå in mot individens tankar, beteende och biologi.

En annan aspekt av socionomernas helhetssyn, som framhålls i varierande utsträckning, baseras på de breda kunskaper de har om samhället, i synnerhet om välfärdssystemens och vårdens uppbyggnad och reglerande lagstiftning. Deras

kunskaper innefattar också, menar de, en reflekterande hållning till hur problem och företeelser skall definieras samt vilka värden och attityder som bör vara rådande inom vården. Därmed bidrar de i hög grad till att patienterna får tillgång till den vård och de samhälleliga resurser de har rätt till samt behandlas och hänvisas vidare i systemen på ett värdigt och korrekt sätt. Som framgår av följande citat menar de också att de samtidigt medverkar till att samarbetet med andra myndigheter och instanser utanför vården underlättas:

Andra personal kategorier kan ha orealistiska krav och förväntningar på vad t.ex. socialtjänsten kan göra. /.../ Man skall visserligen utgå från patientens behov, men man måste också se till vad som är rimligt, realitetsanpassat och i enlighet med lagstiftningen. (Jag ser mig) som en företrädare för det som sker utanför vården.

Relations- och kunskapssyn – "Vem har tolkningsföreträde, vi eller patienten?"

Socionomerna menar att de i sitt arbete bär med sig en rad värderingar, som kan härledas till en "socialarbetarkultur". Som det allra starkaste uttrycket för denna kultur nämner de den stora vikt de lägger vid att försöka upprätta goda och hållbara relationer till sina patienter, som de ser som kapabla och ansvarstagande individer med en stor och värdefull kunskap om sig själva och sin situation:

En sak som jag ofta tycker saknas i vården är att man ber om patienternas egna berättelser och frågar vad de själva ser för orsaker till sina problem. Varför har detta hänt dig? Jag tycker att man får väldigt mycket information genom detta. Det ligger säkert också mycket sanning i detta. Det tycker jag kanske inte att andra yrkeskategorier fäster lika stor vikt vid.

Den form av relationer de önskar skapa tycks dessutom skilja sig från den traditionella inom vården, då de säger sig vara mindre styrda av "expertkunskap" och försöker möta patienterna på ett mera "mänskligt plan":

Inom medicinen finns ett tydligt expertperspektiv, där man anser sig kunna bedöma vad patientens problem handlar om och också vet vad som behövs för att "bota". I detta känner jag mig alltmer obekvämt. Vår yrkesgrupp är mer beredd att "börja där klienten är", att samforska kring vad som är problem och hur de skall lösas. /.../ Vem har tolkningsföreträde, vi eller patienten?

En annan aspekt av socionomernas perspektiv och arbetssätt, som de själva framhåller som viktig och utmärkande för deras yrkesgrupp, är att inventera och använda sig av tillgängliga resurser, såväl i omgivningen och i samhället i stort som hos den enskilde individen. Detta innebär att försöka se "människan bakom diagnosen", inte minst det friska hos personen samt dennes styrka, motståndskraft och möjligheter.

Jag tänker så här: De (patienterna) har drabbats av en sjukdom, men jag fokuserar inte enbart på sjukdomen utan har en

annan kunskap, en annan tyngdpunkt. Patienten har också en annan styrka, på andra områden.

Denna frigörande inriktning, som av socio-
nomerna ofta betecknas som *empowerment*, beskrivs av en annan av intervju-
personerna på följande sätt:

Hjälp till självhjälp är ett viktigt redskap. Där tycker jag att vi är speciella. Att både försöka stärka patienten men också att försöka förändra det som går därute. För att han ska kunna ta makten och inte vara i händerna på myndigheterna.

Avgränsningar – ”Mina verktyg är helt annorlunda”

Enligt de socionomer som deltagit i denna studie är kompetenserna i de psykiatriska teamen till stora delar överlappande, och en väsentlig del av den kunskap som används är gemensam för flertalet professioner. I synnerhet inom öppenvården förekommer en hög grad av överskridande av traditionella rollgränser, och arbetsuppgifter fördelas ofta på andra grunder, såsom aktuell arbetsbelastning, personlighet och specialintressen, än efter ett strikt hänsynstagande till grundkompetenser, menar de.

Socionomerna värderar som regel diskussionerna och olika former av samarbete inom sina respektive team mycket högt. Även om deras grundinställning är att alla yrkeskategorier har något väsentligt att tillföra, har samtalen i fokusgrupperna till stor del kommit att beröra områden, där deras kunskaper och värde-

ringar står i någon form av motsatsställning till andra perspektiv och arbetssätt. Mest framträdande är hur de i olika formuleringar avgränsar sig mot det medicinska, individ- och sjukdomsinriktade synsättet, som de ser som det dominerande inom vården. Ibland uttrycker de dessa skillnader som att de ”talar ett annat språk”:

Mina verktyg är helt annorlunda och ligger inte i att utifrån diagnosen förklara patientens problematik. Istället ställer jag konkreta frågor som: Hur ser relationerna ut? Hur klarar han sina relationer? Hur kan han hantera sitt arbetsliv? Hur ser fritiden ut? Hur relaterar patienten själv till sitt vardagsliv?

De avgränsar sig också gentemot vad de definierar som ett ansvarsövertagande omvårdnadsperspektiv och som i första hand företräds av skötare och sjuksköterskor. De själva som yrkesgrupp påtar sig visserligen ibland vad de betecknar som en företrädarroll i syfte att bevaka patientens rättigheter och intressen men menar, att de samtidigt har ett mera dialogiskt förhållningssätt med frigörande ambitioner.

Jag tänker inte att människan har drabbats av en bestående sjukdom, som man bara kan lindra genom att patienten underhålls med medicinering. /.../ I vissa situationer får man ju ta över och göra saker åt patienterna, men det är viktigt att då göra rätt bedömning. Det gäller att inte fortsätta att ta över utan försöka lämna tillbaka ansvaret och uppmuntra till egna initiativ.

Socionomerna framhåller att psykologernas perspektiv och arbetssätt ofta har stora likheter med deras eget, men att det vanligen också finns avgörande skillnader. De menar att psykologer ibland tenderar att se individen som skild från sitt sociala sammanhang. Dessutom arbetar psykologer ofta, som socionomerna ser det, utifrån ett avgränsat tema och med en specifik metodik, som de strävar efter att följa under hela behandlingen eller hela samtalet, oavsett om det efter hand visar sig att patienten exempelvis inte har någonstans att bo eller saknar mat för dagen. I motsats till detta uppfattar socionomerna sig som mera flexibla och situationsanpassade och försöker lägga sig "på rätt nivå" vid valet av insatser.

Reflektioner i samband med workshops

Vid de tillfällen som givits till reflektion över den preliminära analysen i workshops har socionomerna bland annat understrukit den vikt de lägger vid den terapeutiska alliansen och förtydligat hur de ser på den professionella relationens karaktär. De har också betonat den specifika kompetens många av dem har då det gäller familjebehandling, vilken innebär att de oftare än andra yrkeskategorier "tar in andra i rummet" och riktar sina insatser även till familjemedlemmar, inte minst de berörda barnen, och andra viktiga personer i det omgivande nätverket.

Det framkomna materialet har också gett upphov till såväl självkritiska som framåtblickande diskussioner. Enligt deras eget förmenande utsträcker de sällan

sina insatser till att omfatta försök till förändring av förhållanden på en strukturell nivå, det vill säga i det vidare nätverket eller på en övergripande samhällsnivå, även om de i sina analyser och i sina dialoger med patienterna beaktar också denna nivå. Insatser på en strukturell nivå faller visserligen utanför det psykosociala arbetet, som Bernler och Johnson (2001) definierar det. Det är dock en utbredd uppfattning bland socionomerna att det borde vara förenligt med deras roll inom psykiatrin att påtala systemfel och agera för mer generella lösningar av de individuella problemen, men att det finns begränsat utrymme för detta i deras respektive organisationer. Här framhålls ibland att beteckningen socionom är att föredra framför kurator, då den inte begränsar yrkesutövningen till traditionella uppgifter och förväntningar utan ger större möjligheter till nytänkande och utveckling.

Den aktuella ideologiska och organisatoriska kontexten som socionomerna befinner sig i samt de förutsättningar som getts för samtalen i fokusgrupperna har uppmanat till en form av "försvarstal" för den egna professionen. I efterföljande workshops har framkommit att många av socionomerna känner sig kluvna inför denna form av professionsbaserad etnocentrism, då den tycks strida mot deras demokratiska och altruistiska värderingar samt lojaliteten med det egna teamet. Även i övrigt framträder i såväl fokusgrupper som workshops vad som kan betecknas som ett paradoxalt förhållande till den egna kompetensen och dess hävdande i ett vidare professionellt sammanhang.

Å ena sidan reagerar socionomerna ofta negativt då det framförs exempel på hur företrädare för andra professioner, bl.a. sjuksköterskor, tycks hävda någon form av specialistkompetens inom områden socionomerna betraktar som "sina". De menar också, att det leder till en försämrad kvalitet inom vården då kunskaper och färdigheter som de betraktar som specifika för deras profession, exempelvis på det juridiska området och inom familjebehandling, av andra ses som generell och gemensam för alla. Å andra sidan säger de sig inte vilja ha "ensamrätt" på några begrepp eller arbetsuppgifter och är ofta tveksamma till att se sig själva som specialister. I vissa sammanhang, inte minst då gäller ett barn- och anhörigperspektiv, strävar de efter att både profilera sig själva som specialister, samtidigt som de vill "missionera" och sprida sitt perspektiv till alla inom vården.

Diskussion

Under de båda närmast följande rubrikerna kommer jag att återvända till och behandla de tre frågeställningar som formulerats i inledningen. Diskussionen knyts ihop och problematiseras i ett avslutande avsnitt under rubriken "Spänningsförhållanden och legitimitetsproblem".

Ett vidare synsätt, dialogism och flexibilitet vid val av insatser

Den första frågeställningen gällde vad socionomerna ser som det specifika och unika med sitt bidrag inom vården. I deras

samtal är *det vidare synsättet*, som de vanligen kallar "psykosocialt" omväxlande med att de säger sig ha en "helhetssyn", den aspekt som framträder allra tydligast. Genom att stå för detta, systemteoretiskt grundade, perspektiv anser de sig ha en viktig och komplementär funktion att fylla i en verksamhet, som i deras ögon annars är alltför individinriktad och medicinskt orienterad. Ett grundläggande antagande i deras analyser är att den psykiatriska problematiken inte uppkommit i ett "vakuum" utan är tydligt kopplad till individens sociala liv (jfr Tew 2005). De aspekter de kan tillföra den samlade bedömningen i teamet medför därför ofta, att patientens problematik inte bara framstår som mera komplex utan samtidigt också som mindre avvikande och "patologisk".

Socionomerna ger, för det andra, uttryck för en specifik *relations- och kunskapsyn*, som de härleder till en "socialarbetarkultur" och därför ser som unik inom vården. Enligt denna är den terapeutiska alliansens karaktär avgörande för behandlingens resultat. I dialog med de berörda försöker socionomerna reflektera över situationen i hela dess komplexitet. Därvid säger de sig sträva efter att inte enbart identifiera problemskapande processer utan också att lyfta fram patientens och nätverkets styrkor och resurser (Bernler & Johnsson 2001). Patienten och dennes nätverk ses som bärare av en högst valid kunskap. "Man ber om patienternas egna berättelser", säger en av socionomerna. "Vi har större förmåga att börja där patienten är", säger en annan. Dessa och liknande uttalanden, som i förstone

låter som slitna fraser utan djupare innebörd, kan ses som uttryck för ett induktivt förhållningssätt eller *responsivitet*. Detta är ett av de viktigaste kännetecknen för den kunskapssyn som Seikkula och Arnkil (2005) benämner *dialogisk*. Syftet med såväl dialoger som åtföljande insatser är empowerment, det vill säga att människor skall kunna återta kontrollen i sina liv och utveckla tillfredsställande sociala relationer.

En dialogisk kunskapssyn ställer stora krav på följsamhet och flexibilitet vid val av insatser. Socionomernas möjligheter till *varierande insatser* på såväl individ- som grupp nivå, samt i enlighet med den "tredelade behandlingsmodellen" (Bernler & Johnsson 2001), kan urskiljas som den tredje av de kvalitéer, som de själva menar är kännetecknande för deras bidrag inom vården. Frågan är dock i vilken utsträckning socionomerna i praktiken använder sig av hela den repertoar av insatser de säger sig ha tillgång till.

Enligt Olsson (1999) tog kuratorer under 1970- och 1980-talen avstånd från resursförmedlande insatser och service motsvarande det första förhållningssättet i den "tredelade handlingsmodellen" (Bernler & Johnsson 2001). I det aktuella materialet finns inga tecken på att socionomerna betraktar denna typ av insatser som någon form av "dirty work", alltså arbete som är mindre värt och som man tar avstånd ifrån (Liljegren 2008). Det verkar dock variera högst avsevärt både hur de värderar dessa insatser och i vad mån de faktiskt använder dem. I vården idag utförs denna typ av uppgifter ofta av andra professionella med uppgifter av

samordnande karaktär. En del av socionomerna förefaller vara nöjda med denna ordning, då det ger dem möjlighet att arbeta med uppgifter av mera behandlande karaktär. Andra menar dock att det leder till en försämrad kvalitet och bristande rättssäkerhet inom vården, om inte socionomerna behåller ett övergripande ansvar för dessa insatser.

Även om en stor del av socionomernas behandlingsarbete fortfarande sker i relation till individer, förefaller det som om arbetet på senare år allt mer kommit att förskjutas mot den interpersonella nivån. Många socionomer arbetar idag med barngrupper och med olika metoder för stöd till barnfamiljer (Beardslee et al 2003), vilket också tycks ge dem legitimitet och uppskattning av omgivningen. De ägnar sig dock inte åt arbete på strukturell nivå i någon större utsträckning. Denna typ av insatser tycks ändå vara starkt förknippad med deras professionella identitet och framträder vid de uppföljande diskussionerna som en form av "dåligt samvete", något som de egentligen borde ägna sig mera åt men känner sig förhindrade att utföra i sina aktuella organisationer.

Avgränsningar och legitimeringar

De båda andra frågeställningarna som formulerades i inledningen – "hur socionomerna avgränsar sitt kunskaps- och arbetsområde" samt "hur de värderar sina insatser och legitimerar sin existens" - hänger intimt samman med den första och har i någon mån redan berörts. Tre aspekter eller kvalitéer har identifierats, som socionomerna ser som utmärkande för dem

som professionell grupp. Genom dessa aspekter, som tillsammans utgör vad som brukar benämnas "psykosocialt (behandlings)arbete", avgränsar de sig också från andra yrkeskategorier samt legitimerar sin existens inom vården.

I framhållandet av sitt vidare synsätt avgränsar socionomerna sig i första hand från det medicinska perspektivet men också ifrån andra yrkeskategorier, bl.a. psykologer, som de menar inte alltid ser patienten i sitt sammanhang. Det framkommer att andra professionella grupper också anser sig ha en "helhetssyn" och ibland också avsevärda kunskaper på det sociala området. I förhållande till dessa anser socionomerna dock att deras helhetssyn är unik genom att den grundar sig i gedigna kunskaper i systemteori. Ett annat spår som socionomerna ofta följer då de argumenterar för värdet av sitt sociala perspektiv och sin helhetssyn är att de med sina breda, samhällsvetenskapliga och juridiska faktakunskaper står för en kvalitets- och rättssäkerhetsaspekt inom vården.

Även genom sin dialogiska relations- och kunskapssyn samt genom sin bredare repertoar av insatser avgränsar de sig från det biomedicinska perspektivet, men i hög grad också gentemot personal som företräder ett "omvårdnadsperspektiv" samt från psykologer. I enlighet med språkbruket inom vården betecknar socionomerna större delen av sitt bidrag i psykiatrin som behandling. De gör dock tydligt att de har ett annorlunda behandlingsbegrepp än de flesta andra samt att deras insatser i större utsträckning kännetecknas av ett "emancipatoriskt kunskapsintresse" (Nygren et al 2006).

De menar att sjukvårdspersonalen ofta arbetar på ett ansvarsövertagande sätt, i enlighet med de båda första förhållningssätten i den nämnda handlingsmodellen, vilket riskerar att skapa kroniska vårdtagare. Å andra sidan ser de också att framför allt psykologer ibland saknar förmåga att växla från insikts- och medvetenhetskapande tekniker, motsvarande handlingsmodellens tredje förhållningssätt, till insatser i enlighet med de båda andra förhållningssätten, trots att patientens basala behov inte är tillgodosedda. I förhållande till detta ser socionomerna sin responsivitet och sina möjligheter att växla mellan olika förhållningssätt som en tillgång. Det kan vara högst adekvat att i vissa lägen ta över hela eller delar av ansvaret från patienten och arbeta utifrån de båda första nivåerna i handlingsmodellen. Ett ansvarsövertagande förhållningssätt bör dock, som de ser det, helst vara tillfälligt och ingå som ett led i en långsiktig strategi, vars syfte är empowerment.

Spänningsförhållanden och legitimitetsproblem

I samtalen i fokusgrupper och workshops har betoningen legat på det för yrkeskåren allmänna och gemensamma, medan interna skiljelinjer och specialkompetenser hamnat i bakgrunden. Ett spänningsförhållande, motsvarande det mellan "counselling" och "advocacy" som rapporterats från bland annat USA (Bransford & Bakken 2002) och Kanada (O'Brien & Calderwood 2010), kan skönjas även i detta material men förefaller mindre aktuellt än i flera av de internationella studierna.

De flesta av de här berörda socionomerna tycks anse att rollerna som behandlare/terapeut och patientens företrädare eller ombudsman (Olsson 1999) är förenliga, även om det varierar var de lägger tyngdpunkten i sin professionella vardag. Med större tydlighet framträder dock en kluvenhet inför att å ena sidan vilja "sticka ut" och framhålla sin särart som profession och å den andra att "smälta in" i den omgivande vårdkontexten och betona likheterna (jfr Sjöström 2013). Det förefaller också som om det föreligger en betydande diskrepans mellan den interna diskursens och verklighetens legitimeringsstrategier.

I interaktionen med yrkeskolleger, i fokusgrupper och workshops, formulerar dessa socionomer tydligt hur och varför de "gör skillnad" i den psykiatriska vården. De uttrycker då ett i flera avseenden radikalt perspektiv på sitt arbetsområde – ett perspektiv som i nära anslutning till aktuell forskning kring återhämtning (se t ex Tew 2005; Schön et al 2009) utgår från patienternas egen kunskap och syn på förändring, sätter empowerment och social rättvisa i fokus samt utmanar det traditionella expertsystemet i synen på relationernas betydelse och utformning. Efter hand, och i synnerhet medan den preliminära analysen av fokusgruppsintervjuerna processats i workshops, har dock ett paradoxalt förhållande till den egna kunskapen och rollen, samt en kluvenhet mellan att vilja "sticka ut" och att "smälta in", kunnat iakttas.

Samtalen i workshops har i första hand inneburit att de analyser som gjorts av fokusgruppernas diskurs kunnat bekräftas och ibland även förtydligas. Samtidigt

har denna process alltså blottat mer av diskursens komplexitet och spänningsförhållande. Det är uppenbart att de senare diskussionerna i workshops, med ett redan framtaget material som grund, erbjudit delvis annorlunda förutsättningar för reflektion. Olikheterna mellan de mindre fokusgrupperna och de större samlingarna i workshops, med avseende på både samtalsmiljö och deltagarunderlagets karaktär, är också faktorer som på olika sätt kan ha bidragit till att det nämnda spänningsförhållandet kommit till uttryck.

I samtalen i fokusgrupper och workshops tycks socionomerna kunna argumentera för sin existens utifrån såväl organisations- som yrkesprofessionalismens logiker, något som enligt Evetts (2009) också är nödvändigt för att en profession skall bli framgångsrik och överleva på sikt. Det förhållandevis radikala perspektiv de formulerar kan tolkas som att de i högre grad än andra yrkeskategorier i de mångprofessionella teamen hänvisar till den yrkesprofessionella logiken. Detta utesluter dock inte att de också ser sig som samarbetsinriktade medlemmar i sina respektive team och som lojala och värdefulla medarbetare i sina övergripande organisationer, genom att bidra till bättre kvalitet, smidigare relationer med omgivningen och högre effektivitet.

Samtidigt som de själva anser att de "gör stor skillnad" i den psykiatriska vården ger de exempel på hur de i praktiken, där stödet från professionen ofta är begränsat, har svårt att hävda sin särart och ofta tonar ned eller kompromissar med sina värderingar och begränsar sin repertoar. De vittnar också om en utsatt

situation för många yrkeskolleger, oförtjänt låg status i sina organisationer och legitimitetsproblem för professionen som helhet. Denna bild är dock inte entydig. I synnerhet då det gäller arbetet på den interpersonella nivån med stöd till barnfamiljer, tycks de ha funnit ett arbetsområde, där de egna professions-specifika värderingarna ligger i linje med vad som ses som viktigt och eftersträvänt i organisationerna. Något förenklat uttryckt tycks det ändå vara så att de i den sociala praktiken – till skillnad från i den interna retoriken – har svårigheter att handla och legitimera sin existens utifrån såväl yrkesprofessionalismens som organisationsprofessionalismens logiker. Detta ger anledning till några avslutande reflektioner.

Socionomer inom psykiatrisk vård kan sägas befinna sig i ett konstant spänningsfält mellan olika värderingar, perspektiv, logiker och lojaliteter (jfr Renouf & Bland 2005). I detta komplicerade och utmanande professionella landskap framstår bandet till den egna professionen överlag som påfallande svagt. Socionomerna i denna studie ger uttryck för att de i sin aktuella yrkesutövning har relativt få och ostrukturerade inomprofessionella kontakter, med kolleger och intresseorganisationer samt med utbildnings- och forskningsinstitutioner. För en del verkar denna situation vara resultatet av en medveten prioritering av samarbetet inom, och lojaliteten med, det egna teamet. Andra vittnar dock om en känsla av övergivenhet från professionens sida, liknande den som rapporterats bland socialarbetare i Storbritannien (Carpenter et al 2003;

Bailey & Liyanage 2012), även om de organisatoriska förutsättningarna inte är jämförbara. Oavsett hur man uppfattar situationen för egen del finns det en utbredd oro för att kvalitén i yrkesutövningen på sikt kan komma att bli lidande, om inte det inomprofessionella stödet förbättras (jfr Carpenter et al 2003).

Avgörande för en yrkesgrupps framgång anses dess kunskapsmässiga kvalitéer vara, tillsammans med de strategier som utvecklats för att knyta innehållet i de professionella aktiviteterna till viktiga värden i den omgivande kontexten (Abbott 1988). För att socionomerna inom psykiatrin på ett framgångsrikt sätt skall kunna möta aktuella och framtida utmaningar, krävs sannolikt att den egna professionen, inklusive dess utbildnings- och forskningsinstitutioner, i större utsträckning än hittills engageras i en kreativ dialog för erfarenhetsutbyte, kunskaps-spridning och extern kommunikation.

Studien som jag redogjort för och diskuterat i denna artikel kan ses som ett bidrag till en sådan utvecklande process. Förhoppningsvis kommer denna studie att följas av flera, i olika delar av landet och med varierande infallsvinklar och metodik. På sikt kan detta leda till att socionomerna på ett nationellt plan utvecklar och artikulerar ett forskningsbaserat och sammanhängande perspektiv på de professionella aktiviteterna samt gemensamma referensramar, som är tillräckligt vida och dynamiska för att rymma arbetsområdets variation och komplexitet men som ändå är avpassade och tydliga nog för att kunna kommuniceras och knytas till viktiga värden i omgivningen.

Referenser

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Bailey, D. & Liynage, L. (2012). "The Role of the Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care". *British Journal of Social Work*, 42(6):1113-1131.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J. & Cooper, A.B. (2003). "A family-based approach to prevention of depressive symptoms in children at risk. Evidence of parental and child change". *Pediatrics*, 112:119-131.
- Bernler, G. & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Billinger, K. (2005). "Fokusgrupper – en datainsamlingsmetod." I Larsson, S, Lilja, J Mannheimer, K (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella team*. Diss. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.
- Bransford, C. & Bakken, T. (2002). "The evolution of mental health care policy and the implications for social work." *Social Work in Mental Health*, 1 (1), 3-26.
- Carpenter, J., Schneider, J., Brandon, T. & Woof, D. (2003). "Working in Multidisciplinary Community Mental Health Teams: The Impact on Social Workers and Health Professionals of Integrated Mental Health Care". *British Journal of Social Work*, 33(8): 1081-1103.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2005). "Rörelser i tiden. Professionalisering och privatisering i socialt arbete". *Socialvetenskaplig Tidskrift*, nr 2-3, 246-267.
- Evetts, J. (2009). "New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences". *Comparative Sociology*, 2, 247-266.
- Liljegren, A. (2008). *Professionellt gränsarbete – sacionomexemplet*. Diss. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Liljegren, A. & Parding, K. (2010). "Ändrad styrning av välfärdsprofessioner – exemplet evidensbaserad i socialt arbete." *Socialvetenskaplig Tidskrift*, nr 3-4, 270-288.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Malmö: Gleerups Utbildnings AB.
- Liynage, L. (2010). "The Social Work Contribution to Community Mental Health Teams (CMHTs)". Paper presenterat på *Changing Health*, 6th International Conference on Social Work in Health and Mental Health. Dublin: 2010.
- Lundin, A., Benkel, I., de Neergard, G., Johansson, B.-M. & Öhrling, C. (2007). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Nygren, L., Blom, B. & Morén, S. (2006). "Kunskap i socialt arbete". I Blom, B., Morén, S. & Nygren, L. *Kunskap i socialt arbete. Om processer och användning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- O'Brien, A.-M. & Calderwood, K. (2010). "Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work". *Social Work in Mental Health*, 8:319-335.
- Olsson, M. (2008). "Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård – professionellt verksamhetsfält och akademiskt ämne". *Socionomen*, nr 6, 10-13.
- Olsson, S. (1999). *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Diss. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Onyett, S., Pillenger, T. & Muijen, M. (1997). "Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams". *Journal of Mental Health*, 6: 55-66.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory* (3 uppl.) New York: Palgrave Macmillan.
- Peck, E. & Norman, I. (1999). "Working together in adult community mental health services: Exploring inter-professional relations". *Journal of Mental Health*; vol. 8(3):231-243.

- Ray, M., Pugh, R., Roberts, D. & Beech, B. (2008). SCIE Research Briefing 26: *Mental Health and Social Work*. Hämtad 2011-03-23 från www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing26/index.asp.
- Reid, Y., Johnson, S., Morant, N., Kuipers, E., Szmukler, G., Thornicroft, G., Bebbington, P. & Prosser, D. (1999). "Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 301-308.
- Renouf, N. & Bland, R. (2005). "Navigating Stormy Waters: Challenges and Opportunities for Social Work in Mental Health". *Australian Social Work*, 58 (4), 419-430.
- Schön, U.-K., Denhov, A. & Topor, A. (2009). "Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness". *International Journal of Social Psychiatry*, 55:336-347.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2005). *Sociala nätverk i dialog*. Stockholm: Mareld.
- Sjöström, M. (2013). *To Blend in or Stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Diss. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sundgren, M. (2007). "Att bygga en monolit. Kommentar till Nationell Psykiatrisamordnings förslag SOU 2006:100". *Psykisk Hälsa*, nr 3, 11-19.
- Svensk kuratorsförenings hemsida. Hämtad 2011-03-23 från www.kurator.se.
- Tew, J. (ed.) (2005). *Social Perspectives in Mental Health. Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Thylefors, I (2013). *Babels torn. Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & Kultur
- Topor, A. (2010). "Medikaliseringen av det psykosociala fältet. Om en kunskapssammanställning från Socialstyrelsen, IMS". *Socialvetenskaplig Tidskrift*, nr 1, 67-81.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Summary

What difference do we make?

Social workers' articulation of their specific contribution to professional mental health teams

The article refers to a study where 24 mental health social workers, in order to define and articulate their contribution to the mental health system, first were interviewed in focus groups and then took part in workshops based on the preliminary analysis of the interviews. The study was carried out in a setting where the social workers were experiencing serious challenges to their professional legitimacy and jurisdiction.

The social workers claim that their psychosocial perspective enables them to address the links between the person's symptoms and his/her social life. In particular, they pay great attention to the ways in which the symptoms affect the person's family, especially the children. They try to establish and engage in a mutual relation with the patient, whom they regard as a rational and responsible person. In this partnership, the person's own experience is valued as the most valid knowledge.

Apart from defining themselves as different from professions associated with the biomedical model, the social workers also distinguish themselves from professional groups representing an over-protective perspective of care, which tends to sustain the illness. In relation to the psychologists they regard themselves as more responsive to the patient's needs and in possession of a more diversified repertoire of models for action.

The social workers taking part in this study seem to be able to integrate "treatment" and "advocacy", although there are differences in their orientations and approaches. They maintain that their contribution is an important and necessary complement to the dominant medical model. In some respects they express an emerging, more radical, social perspective, where issues of power and social justice are central and where the traditional expert system is challenged. At the same time there are signs of reductions of their work, which they have made in order to adjust to their organizations.

An ongoing discussion and dialogue within the profession is seen as essential by the author in order to develop the knowledge and articulate a base of shared values and frames of reference, which are wide enough to contain the complexity of the work and at the same time sufficiently clear to be communicated and connected to important and legitimizing values in the context.