

SOCIAL VETENSKAPLIG TIDSKRIFT

Årgång 26 • Nummer 1 • 2019

Temanummer: Socialt arbete och psykiska problem

Förord: Två decennier efter psykiatrireformen – Socialt arbete och psykiska problem

Alain Topor, Anne Denhov & Per Bülow 1–4

Introduktion: Socialt arbete och människor med psykiska problem – en introduktion

Alain Topor, Anne Denhov & Per Bülow 5–18

Samhällsvårdens Svarte Petter – samtida och historiska kategoriseringar av barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa

Ulrika Levander & Lina Sturfelt 19–41

Sätta ord på föräldrars psykiska problem för barnens skull – familjestöd som professionell praktik

Pia H. Bülow, Daniel Persson Thunqvist & Elisabet Cedersund 43–64

Boendestöd – innebörder och effekter

Gunnel Andersson & Hjördis Gustafsson 65–85

Evidensbaserad metod eller praktisk verksamhet? – supported employment utan IPS

David Matscheck 87–108

Socialvetenskaplig tidskrift utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete) med stöd av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE).
Socialvetenskaplig tidskrift utkommer med fyra nummer per år.

Redaktion:

Adress:

Socialvetenskaplig Tidskrift, Socialhögskolan, Lunds universitet, Box 23, SE-221 00 Lund.

Fax: 046-222 94 12 Hemsida: <http://www.soch.lu.se/socialvetenskaplig-tidskrift>

Redaktionen är sammansatt av forskare som representerar skilda vetenskapliga discipliner och forskningsområden. Avsikten är att redaktionen för Socialvetenskaplig tidskrift skall cirkulera mellan universitets- och högskoleorter med utbildning och forskning inom ämnesområdet socialt arbete.

Redaktör och ansvarig utgivare:

Professor Anna Meeuwisse, tel. 046-222 31 57, e-post anna.meeuwisse@soch.lu.se

Korresponderande redaktör:

Docent Torbjörn Hjort, tel. 046-222 30 61, e-post torbjorn.hjort@soch.lu.se

Redaktionssekreterare:

Doktorand Mikael Bengtsson, tel. 046-222 01 14, e-post mikael.bengtsson@soch.lu.se

Redaktionsledamöter:

Christofer Edling, sociologi; Robert Holmberg, psykologi; Katarina Jacobsson, socialt arbete; Susanna Johansson, socialt arbete/rättssociologi; Björn Johnson, socialt arbete/statsvetenskap; Åsa Lundqvist, sociologi; Lars Plantin, socialt arbete; Kerstin Svensson, socialt arbete.

Redaktionsråd:

Jan Blomqvist, Stockholm; Thomas Boje, Roskilde; Felipe Estrada, Stockholm; Sven Hort, Växjö; Margareta Hydén, Linköping; Stig Larsson, Lund; Lisbet Lundahl, Umeå; Britta Lundgren, Umeå; Cecilia Modig, Stockholm; Diana Mulinari, Lund; Ingrid Sahlin, Lund; Tapio Salonen, Malmö; Johans Tveit Sandvin, Bodö; Eva-Maria Svensson, Göteborg; Hans Swärd, Lund; Marta Szebehely, Stockholm; Sandra Torres, Uppsala.

Prenumeration:

Prenumerationspris per år, SEK	Sverige	Norden	Övriga länder
Enskild	210:-	240:-	250:-
Institution	375:-	410:-	420:-

FORSA tillhandahåller tidskriften åt medlemmarna.

Enskilda nummer av tidskriften kostar 110:-, dubbelnummer 150:-.

Annonspriser:

Helsida 4.000 kr

Halvsida 2.500 kr

För prenumerationsfrågor:

Nätverkstan Kultur

Box 311 20, 400 32 Göteborg

Tel: 031-743 99 05

maria.felle@natverkstan.net

För frågor om medlemskap i Forsa:

Var god se www.forsa.nu

Språklig bearbetning: Gun Malmros

Engelsk översättare: Alan Crozier

Layout: RPform

Tryck: Norra Skåne Offset, Hässleholm

ISSN: 1104-1420

© Författarna och Socialvetenskaplig Tidskrift

Förord

Två decennier efter psykiatri- reformen

Socialt arbete och psykiska problem

Det är snart ett kvarts sekel sedan psykiatrireformen trädde i kraft år 1995. Upprinnelsen till psykiatrireformen var att levnadsstandarden för psykiskt funktionshindrade låg långt under genomsnittet i Sverige samtidigt som de inte fick del av den allmänt förbättrade sjukvården. Anledningen till de ofördelaktiga levnadsvillkoren ansågs vara den otidsenliga organisationen av vård på mentalsjukhus.

Psykiatrireformen föregicks av förändringar inom psykiatrin och i socialtjänsten. Antalet vårdplatser på mentalsjukhusen minskade under 1980-talet och ersattes av öppenvård. I flera landsting organiserades den psykiatriska vården enligt principerna för sektorspsykiatri, vilket innebar att ett geografiskt område ansvarade för både sluten- och öppenvård. Det socialpsykiatriska inslaget var begränsat till några få orter i Sverige, Nacka-Värmdö (Nacka-projektet), Lycksele (Västerbotten) och i det så kallade PV-projektet i Luleå. Dessa fungerade som projekt och rönt stort intresse. Kommunerna å sin sida blev ålagda i samband med socialtjänstlagen att ansvara för boende och sysselsättning för personer med psykiska problem. De utvecklade både stöd i människors hem och sociala träffpunkter, men utvecklingen var mycket ojämn över landet och samverkan mellan de olika aktörerna var bristfällig.

I och med psykiatrireformen förändrades den rådande vårdideologin, att mentalsjukhuset var den självklara platsen för personer med psykosdiagnoser och andra "psykiska störningar". Terminologin förändrades och psykisk sjukdom övergick till att i högre grad definieras i termer av handikapp och funktionsnedsättning. Begrepp som normalisering och rehabilitering genomsyrade utredningsarbetet som föregick reformen och innebar att vård och service skulle skapa förutsättningar att kunna leva ett "normalt" liv som andra i vårt samhälle. Samtidigt skrev man i utredningens slutrap-

port, "Valfrihet och välfärd" (SoU 1992:73), att både medicinska och psykologiska insatser hade en självklar plats i det kliniska arbetet och att Sverige i dessa hänseenden låg väl framme. De sociala insatserna i stödet till "psykiskt störda", som var begreppet som användes i rapporten, hade inte utvecklats särskilt mycket och forskningen kring sociala insatser hade "varit utomordentligt blygsam" (SoU 1992:73, s. 207). Kuratorerna hade ansvar för de sociala frågorna men flertalet av dem arbetade som psykoterapeuter inom den öppna vården och få prioriterade sociala frågor.

Psykiatrireformen innebar alltså stora förändringar i arbetssätt och organisation för personal som arbetade inom psykiatrin och i socialtjänsten. Osäkerheten var stor inför förändringarna. Personal inom psykiatrisk vård såg sig själva som garant för en adekvat och säker vård och oroade sig för att patienter skulle fara illa utanför psykiatrins hägn. Samtidigt oroade sig socialtjänstens personal för konsekvenserna av att personer som vårdats på mentalsjukhusen nu skulle "flyttas ut" och få sin vård genom socialtjänstens försorg. Debatten kring tidpunkten för psykiatrireformens införande var ibland dogmatisk och hård. Det sociala arbetet misskrediterades och ifrågasattes av delar av den medicinska professionen. Det fanns en oro över att de medicinska behandlingarna på sikt skulle ersättas av icke-medicinska insatser.

Så här i backspeglarna kan vi konstatera att de sociala insatserna för personer med allvarliga psykiska problem har ökat. Men, även om de sociala aspekterna av uppkomsten av psykiatriska problem och betydelsen av återhämtning inte kan ignoreras längre, gör psykiatrin fortfarande anspråk på att vara företrädare för socialpsykiatri. I antologin *Socialpsykiatrins grunder – människans villkor* (Englander & Ingvarsdotter, 2017) presenterar Mikael Sandlund, psykiater i Umeå, under rubriken "Socialpsykiatrisk forskning" en rad doktorsavhandlingar som lagts fram på detta tema. Intressant nog domineras uppräknningen av avhandlingar skrivna av andra professioner än socionomer och samhällsvetare. Sjuksköterskor och läkare, och därmed medicinska fakulteter, tycks dominera den "socialpsykiatriska" akademiska kunskapsproduktionen.

Snart 25 år efter psykiatrireformen är det kanske dags att konstatera att även det fält som skapades utanför den medicinska psykiatrins domäner, "socialpsykiatrin", domineras av forskare utan en samhällsvetenskaplig bas (detta utan att förminska kvaliteten och värdet i deras bidrag). Enbart de olika benämningar på det nya fältet som skapades håller kvar det i den medicinska världen, "socialpsykiatrin" och "kommunpsykiatrin" låter som underavdelningar till psykiatrin, som en medicinsk specialitet. Det tycks dock som om ett nytt fält har skapats och fyllts med spännande verksamheter, praxis, erfarenheter och kunskaper. Ett fält som fortfarande väntar på att bli beforskat och synliggjort.

Det är det sociala arbetet i psykiatrin som är temat i det här numret av *Socialvetenskaplig tidskrift* och består av fem olika bidrag.

I det första bidraget presenterar Alain Topor, Anne Denhov och Per Bülow en översiktlig bild av psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, och hur den har förändrat psykiatrin i Sverige. Det sociala arbetet blev en självklar del i arbetet även om åsikterna om dess meriter var, och är, delade. Samtidigt med ökade sociala insatser har den medicinbiologiska psykiatrin flyttat fram sina positioner. Allt fler personer bedöms lida av psykisk ohälsa och flera nya "psykiska sjukdomar" har "identifierats", framför allt genom publiceringen av den femte upplagan av den amerikanska diagnosmanualen (DSM-5). Gränserna för när ett psykiskt hälsoproblem blir en "sjukdom" har förändrats och allt fler får psykiatriska diagnoser och behandlas med läkemedel. På vissa håll krävs psykiatriska diagnoser för att få insatser från kommunala verksamheter. Genom psykiatrireformen skapades osäkerhet kring ansvarsgränser. När är det psykiatrins huvudansvar och när är det socialtjänstens?

Detta problem, gränsdragning mellan ansvarsområden och vilken huvudman som har det övergripande ansvaret, är ämnet i Ulrika Levanders och Lina Sturfelts artikel. Ansvarsfördelningen har varit speciellt otydlig när det gäller barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten delar ansvaret för målgruppens insatser. I artikeln presenteras hur lagstiftning och statliga utredningar har definierat problemet, från "vanartiga barn" i 1902 års barnvårdslagar fram till 2015 då psykisk ohälsa rapporteras hos ungdomar i så hög grad att det blivit ett folkhälsoproblem som ska förstås och lösas med hjälp av psykiatrisk diagnostik och läkemedelsbehandling.

Följande artikel tar också barnens perspektiv men nu i form av familjestödande samtal. Barn till föräldrar som har psykiska problem har varit, och är än i dag, en bortglömd grupp. I Sverige har en form av familjeintervention, kallad Beardslee, använts under ett årtionde inom den psykiatriska verksamheten. Metoden har följts upp och utvärderats men vad som händer under samtalen är inte studerat i någon större utsträckning. I denna artikel redovisar Pia H. Bülow, Daniel Persson Thunqvist och Elisabeth Cedersund analyser och resultat från familjestödande samtal som inkluderat barn, föräldrar och samtalsledare. Samtalsledarna är samtliga socialarbetare vilket kan ses som unikt då det handlar om barn och föräldrar med psykiska problem, ett område som av tradition anses tillhöra den psykiatriska medicinska professionen.

I och med psykiatrireformen minskades antalet vårdplatser och personer som tidigare levde sina liv på mentalsjukhusen "flyttades ut" i samhället, till egna boenden. En ny funktion inrättades inom socialtjänsten – boendestödare. I det fjärde bidraget presenterar Gunnel Andersson och Hjärdis Gustafsson vad som är det specifika och unika i boendestöd. Boendestödet ska vara stödande vilket skiljer det från "hemtjänsten" som är utförande. Boendestöd ska vara den vanligaste insatsen från kommunens sida riktad till personer med psykiska problem. Författarna poängterar att boendestödet är en komplex social insats samt vikten av att möta individen i det konkreta vardagslivet.

Ett liv utanför mentalsjukhusen avsåg inte enbart ett alternativt boende utan syftet var att "normalisera", att personer med allvarliga psykiska problem skulle ges möjligheten att leva ett liv som alla andra vilket innefattade "meningsfull sysselsättning". Tidigt etablerades i Sveriges kommuner så kallade "dagliga verksamheter" för att möta behovet av sysselsättning men kopplingen till ordinarie arbetsmarknad har varit minimal. Socialstyrelsen har rekommenderat att kommunerna ska använda sig av så kallad supported employment (SE) enligt modellen individual placement and support (IPS). David Matscheck har följt och studerat tre kommuner som utifrån regionala förutsättningar skapat verksamheter med utgångspunkt från IPS. Författaren konstaterar att fragmenteringen av den psykiatriska vården försvårar metodtrohet till IPS-modellen och att det finns ett behov av fortsatt forskning kring relationen mellan livskvalitet, arbete, sysselsättning och ekonomiska villkor.

Alain Topor, Anne Denhov & Per Bülow

Temaredaktörer

Referens

Sandlund, M. (2017) Social psykiatri. I: M. Englander & K. Ingvarsdotter (red.) *Socialpsykiatrins grunder*. Malmö: Gleerups Utbildning.

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-psychoiatrie à l'après psychoiatrie* (Risk management: From anti-psychoiatrie to post-psychoiatrie) 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 boendestödspersonalers 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 psykiatrireformen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4.
- Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. 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 gruppboende. Flyttning i samband med psykiatrireformen*. 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.

Ulrika Levander & Lina Sturfelt

Samhällsvårdens Svarte Petter

– samtida och historiska kategoriseringar av barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa

Drawing the short straw. Contemporary and historical categorizations of children in foster and residential care with mental health disorders

About 67 per cent of children placed in residential care in Sweden suffer from mental health disorders. Although the problem has been recognized for decades, the group's access to sufficient mental healthcare is still lagging. In this article we examine contemporary and historical categorizations of mental health issues among children in foster and residential care. The study examines Swedish commission reports, government bills, and Children's Acts published between 1902 and 2016 where the issue is discussed. Hereby, "the history of the present", and its implications for the targeted group, is analysed and problematized. Our findings show that continuous talk of preventive actions in the name of the all-embracing welfare state repeatedly has downplayed the group's access to mental health interventions. Ever since the establishment of the child psychiatric field in the 1940s, a discursive battle about the public responsibility for the group is also raging. In the 1970s, coordination is articulated as the grand solution, but the problem still persists. Neither the contemporary child rights perspective nor the latest law regulations of forced coordination for children in care have changed the group's underprivileged position. Whether the legal turn will finally lead to recognition of the group's right to adequate mental health care remains an open question.

Ulrika Levander är fil.dr i socialt arbete och universitetslektor vid Socialhögskolan, Lunds universitet.

Lina Sturfelt är fil.dr i historia och universitetslektor i mänskliga rättigheter, Lunds universitet.

Kontakt: lina.sturfelt@mrs.lu.se och ulrika.levander@soch.lu.se

Inledning

När *Ungdomsvårdskommittén* i slutet av 1930-talet fick i uppdrag att utreda frågan om ungdomskriminalitet – något som då förstods som ett stort och hotande socialt problem – ledde det fram till inrättandet av en psykisk barn- och ungdomsvård (SOU 1944:30). Ambitionen med att utveckla en barn- och ungdomspsykiatri (BUP) var att förebygga asocialitet och kriminalitet – och se till så att framtidens unga över huvud taget inte blev föremål för den sociala barnvården. I dag är den målgrupp som en gång var orsak till BUP:s initiering, unga med kombinerade sociala och psykiska problem, en i vårdsammanhang eftersatt grupp. I betänkandet *Källan till en chans* kallas unga i samhällsvård med psykisk ohälsa för "vårdsystemets Svarte Petter" (SOU 2005:81, s. 262). Ingen verkar kunna bemöta deras behov eller erbjuda dem adekvat vård.

Redan för 30 år sedan observerades en ökning av svåra psykiska problem bland barn i samhällsvård (se t.ex. prop. 1989/90:28, s. 48). I samtida betänkanden beskrivs ohälsan i gruppen både som omfattande och allvarlig (SOU 2005:81; SOU 2015:71). Ungas psykiska ohälsa ses i dag som ett av vår tids största folkhälsoproblem (t.ex. Collishaw et al., 2010; Friberg, Hagquist & Osika, 2012; SOU 2001:54; SOU 2006:77; Socialstyrelsen, 2017). Trots stora statliga satsningar på att minska den psykiska ohälsan bland landets unga under senare år (Regeringskansliet, 2012) släpar psykiatriska insatser till barn och unga i samhällsvård fortfarande efter. Att de satsningar som gjorts "i praktiken mera riktats mot generella frågor om förebyggande arbete" kritiseras i det senaste LVU-betänkandet (SOU 2015:71, s. 769).

Problemet med en ökad förekomst av allvarlig psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård har däremot diskuterats regelbundet i statliga utredningar sedan slutet av 1980-talet. En samfäll bild är att det brister i samsyn och samverkan mellan socialtjänst och barnpsykiatri och att mer specifika nationella riktlinjer behöver utvecklas (se t.ex. SOU 1998:31; prop. 1999/2000:149; SOU 2005:81; SOU 2006:100; SOU 2015:71). Till skillnad från inom vuxenpsykiatrin, där krav på samordnad vårdplanering lagstodades genom psykiatrireformen redan i mitten av 1990-talet (prop. 1993/94:218), har ansvarsfördelningen mellan den sociala barnvården och BUP länge varit otydlig. Att krav på samordnade individuella planer (SIP) för personer som omfattas av insatser från både socialtjänst och psykiatri – även barn och unga – tillkom i socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) under 2010 har inte förändrat situationen nämnvärt (SFS 1992:763; SFS 2001:453). Trots att fenomenet har utretts och diskuterats i snart trettio år förefaller problematiken kvarstå.

Detta väcker frågor om varför omhändertagna barn och unga med psykisk ohälsa sällan får tillgång till den vård de behöver. Syftet med den här artikeln är att med hjälp av ett långt historiskt perspektiv undersöka hur problemkategorin psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård växer fram och etableras genom kategoriserings-

praktiker i statliga utredningar, propositioner och barnavårdslagstiftning. Eftersom den svenska sociala barnavården har präglats av en påfallande kontinuitet vad gäller lagstiftning och institutioners livslängd (Andresen, 2011) väljer vi att börja i den första svenska barnavårdslagsreformen 1902, där förutsättningarna för samhällsinsriktningen mot barn för första gången specifikt angavs i svensk rätt (Hollander, 1985). Skapandet av sociala kategorier handlar om att särskilja det avvikande från det normala. Genom att undersöka problemkategorin psykisk ohälsa bland barn i samhällsvård kan de särlösningar som växer fram för gruppen avtäckas. Vilka konsekvenser det får, bland annat för vilka välfärdsstatliga lösningar som ställs till buds – eller inte – är ett centralt fokus i artikeln. Eftersom de kategoriseringar som sätts i olika historiska perioder avspeglar rådande kulturella tankeformationer relateras vår analys också till vilka mer övergripande hälsodiskurser, barndomsdiskurser och välfärdsideologiska idéer som är rådande och i görande under olika tidsepoker. Härigenom undersöker vi hur ”nuets historia” (Foucault, 2008; Beronius, 1991) påverkar samtida lösningar, samtidigt som vi synliggör hur ett problem som i dag ses som alarmerande varken är unikt för vår tid eller att våra nutida förståelseramar är de enda givna.

Kunskapsläget om psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård

Historiskt sett har forskning om barns hälsa varit en central politisk angelägenhet i utvecklingen av den svenska välfärdsstaten (Hörnfelt, 2008). Det nutida intresset för att kartlägga psykisk ohälsa bland landets unga kan i det perspektivet ses som en historisk kontinuitet, med den skillnaden att intresset för psykisk – snarare än fysisk – ohälsa har kommit att öka påtagligt under senare decennier (Zetterqvist Nelson, 2012b; Petersen, Bergström & Cederblad, 2010). Forskningsfältet om barns psykiska hälsa domineras i dag av kvantitativt inriktade folkhälsovetenskapliga studier. Psykisk ohälsa framstår här främst som ett problem som är mest utbrett bland äldre tonårsflickor, och då genom lättare former av ohälsa som oro, ångest och depression (Hagquist, 2010; Friberg et al., 2012; Beckman & Hagquist, 2010; Collishaw et al., 2010). Inom forskning om barn i samhällsvård påvisar flera nordiska registerstudier mycket höga risker för allvarlig psykiatrisk sjuklighet bland barn och unga i dygnsvård (Sallnäs & Vinnerljung, 2009; Egelund & Lausten, 2009; Ståhlberg, Anckarsäter & Nilsson, 2010; Lehmann et al., 2013; Hjern & Vinnerljung, 2014). Socialstyrelsen (2014) konstaterar vidare att förskrivning av psykofarmaka är mycket utbredd till gruppen.

Medan de folkhälsovetenskapliga studierna är jämförelsevis många, finns det relativt lite kunskap om hur diskursiva kategoriseringspraktiker präglar synen på utsatta barn och unga med psykisk ohälsa i Sverige (Andersson Vogel, 2016; jfr Strong &

Sesma-Vazquez, 2015). Ett undantag är Mats Börjessons och Eva Palmblads (2003c) studie om beskrivningar av problembarn, där särskiljandet av barn som inte passar in i skolan undersöks i relation till 1900-talets skiftande medicinska kategoriseringspraktiker. Historiskt-sociologiskt inriktad svensk barnvårdsforskning har också visat hur barnvårdsreformerna vävts samman med rådande barndoms- och välfärdssyner, dock sällan med specifik fokus på psykisk ohälsa (se t.ex. Lundström & Sallnäs, 2003; Swärd, 1993; Svensson, 1998; Mattsson, 2002; Sandin & Halldén, 2003; Andresen, 2011; Sköld, Söderlind & Bergman, 2014; Arvidsson, 2016).

Enligt tidigare forskning kan 1900-talet sägas ha präglats av en ambition att göra välfärdsstaten till garant för en god barndom. Forskningen går dock isär om huruvida den sociala barnvården varit en del av den generella svenska välfärdspolitiken eller inte. Lundström och Sallnäs (2003) hävdar att problem bakom barnvårdsingripanden, både historiskt och i dag, främst betraktas som individuella och moraliska och därför fortlöpande hamnat utanför en bredare socialpolitisk diskurs. Qvarsell (1985; 1995) menar tvärtom att redan det tidiga 1900-talets barnvårdsreform genomfördes av socialpolitiska ideal som omfattade alla barn. Tilltron till att rationell medicinsk sakkunskap kunde lösa sociala problem bidrog under perioden till en dominans av socialmedicinska hälsodiskurser; en dominans som sträckte sig in på den sociala barnvårdens område genom breda satsningar på mentalhygieniska insatser som antogs kunna förebygga psykisk sjukdom (Qvarsell, 1985; Meeuwisse, 1997). I visionen om ett nytt demokratiskt samhälle formades en syn på barndomen som särskild och skyddsvärd i relation till vuxenlivet, där barn betraktades som "samhällets barn" och som representanter för ett framtida gott samhälle (Sandin, 2003; Zetterkvist Nelson, 2003). Med välfärdsstatens framväxt kom också nya expertprofessioner och myndigheter att inta rollen som förvaltare av den goda barndomen (Sandin, 2003; Börjesson & Palmblad, 2003c; Zetterkvist Nelson, 2012a).

Enligt Zetterkvist Nelson (2012a) var efterkrigstidens inrättande av BUP en del i utvecklandet av generella samhälleliga välfärdsinsatser för barn och unga, som skrevs fram i kontrast till en stigmatiserande fattigvård och social barnvård. Sjukvården som ett socialpolitiskt kärnområde blev en del av det större hälso- och välfärdsprojektet för svenska barn och familjer. Mot slutet av 1950-talet kom psykoanalytiskt och psykodynamiskt präglade teoribildningar att bli alltmer dominerande inom barnpsykiatri, vilket också påverkade generella välfärdsstatliga hälsoförståelser av barn (ibid.). Under 1990-talet skedde nya diskursförändringar när ett biomedicinskt och neuropsykiatriskt paradigm började artikuleras och där diagnostisering av unga blivit centralt för prioritet till barnpsykiatriska vårdinsatser (Börjesson & Palmblad, 2003a; Zetterkvist Nelson, 2003; Johannisson, 2006).

Frånsett skiftande hälsodiskurser, utgör introducerandet av ett barnrättighetsperspektiv i den svenska offentligheten under senare decennier också en central diskur-

siv förändring i den problematik vi undersöker. Barnkonventionens barnperspektiv, med fokus på att förstärka barns formella och generella rättigheter, har bidragit till en ny barndomssyn, där barnet alltmer har kommit att betraktas som en kompetent aktör med egen individuell agens (se t.ex. Schiratzki, 2010; Mattsson, 2010; jfr James & Prout, 1990/2015). Förändringen riskerar samtidigt att bidra till att utsatta barns specifika behov hamnar i skuggan (jfr Sandin & Halldén, 2003; Holland, 2010), vilket kan förmodas påverka hur utsatta barns rättigheter i relation till psykisk ohälsa framträder och förändras över tid.

Metod och material

Studien bygger på en omfattande empirisk genomgång och närläsning av offentligt tryckt material i form av statliga betänkanden, propositioner och barnavårdslagar. Empiriinsamlingen utgick ursprungligen från förarbetena till de fyra svenska barnavårdslagreformerna 1902, 1924, 1960 och 1980 och aktuella ändringar därefter. Med förarbetena avses de propositioner och betänkanden som anges som förarbeten i respektive barnavårdslags rättskällor. Materialet har sedan utvidgats till att inkludera ett omfattande strategiskt urval av 26 betänkanden och fem övriga statliga rapporter och utredningar som har skrivits kring barn i samhällsvård, socialt utsatta barn och/eller psykisk ohälsa bland barn och unga under perioden 1897–2016. Utgångspunkten är att dessa texter avspeglar större samhällsövergripande diskurser kring utsatta barn och psykisk ohälsa, samtidigt som de har en styrande effekt på hur vårdinsatser för gruppen utformas (Dahler-Larsen, 2005; Zetterkvist Nelson, 2012a). En del material av möjlig relevans, till exempel om psykisk ohälsa bland vuxna, har av utrymmesskäl prioriterats bort. Fördelningen över tid är ojämn, eftersom mängden material ökar under efterkrigstiden och i synnerhet från 1990-talet och framåt.

Teoretiskt och metodologiskt bygger analysen på att språkanvändning och meningsskapande är avgörande för hur världen förstås och att historiska genealogier utgör en del av vår samtidskontext (Foucault, 2008; Beronius, 1991). Utifrån en diskursanalytisk förståelse, där en diskurs förstås som ett specifikt sätt att tala om vår sociala värld, kan de *kategoriseringar* som görs kring vår undersökta grupp ses som en produktion av positioner; positioner som sätts och ges mening i relation till hur större tankeformationer kring den sociala verkligheten organiseras. Kategoriseringspraktikerna slår därför an till samhälleligt rådande sanningsanspråk som kan variera över tid och mellan olika sociala eller kulturella kontexter (Börjesson & Palmblad, 2008).

I analysen tillämpas vissa analysverktyg från Laclaus och Mouffes (2001) diskursteorier. Med *hegemoni* avser vi kulturellt dominerande föreställningar, som vid en viss tidpunkt tas för givna och sätter rådande sanningsanspråk. När en diskurs är kultu-

rellt dominerande – *hegemonisk* – uppfattas den som objektiv och sann, och får då avgörande betydelse för vad som anses rimligt eller möjligt, exempelvis gällande hanterandet av barn med psykisk ohälsa. Det diskursanalytiska begreppet *artikulation* påvisar att nya ord anknyts till eller utesluts ur en diskurs – och att rådande sanningsanspråk är på väg att omförhandlas. När skilda sanningsanspråk framträder samtidigt – och står i strid med varandra – talar vi om en *diskursiv kamp*. Det signalerar att det råder oenighet om hur ett problem ska förstås.

Huvudfokus i analysen ligger på betänkandena, då vi i likhet med Karin Zetterkvist Nelson (2012a) menar att statliga utredningar kan ses som policydokument som på ett normativt plan stakar ut och ramar in den aktuella verksamheten. Den statliga rösten formas samtidigt i interaktion och kamp med andra – experter, politiker, professionella och institutionella aktörer – vilket präglar framväxten av olika välfärds- och hälsotjänster (ibid., s. 42; Börjesson & Palmblad, 2003a). Studien berör däremot inte aktörer i form av specifika utredare eller regeringar. Vårt att påpeka är också att vi i artikeln använder begreppet *psykisk ohälsa* som en samlingsterm för psykiska problem, i likhet med hur begreppet vanligtvis används i samtiden, även då andra – och skiftande – begrepp används under olika tidsperioder i den undersökta empirin.

Analysen presenteras kronologiskt utifrån rådande hälsodiskurser i tre historiska epoker: 1902–1949 (det socialmedicinska paradigmet), 1950–1989 (det psykodynamiska paradigmet) och 1990–2016 (det biomedicinska paradigmet). Periodindelningen ska dock inte ses som absolut, då diskurser utmanas och omförhandlas successivt och därför både kan överlappa varandra och emellanåt verka parallellt. Inom respektive period undersöks hur rådande hälso- och barndomsdiskurser påverkar den övergripande välfärdsstatliga förståelsen av psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård, vilka kategorier och sanningsanspråk som formas samt vilka konsekvenser det får för vår undersökta problemkategori.

Analys: 1902–1949 Vanart, psykopati och socialmedicin

Förståelsen av fenomenet

Med 1902 års barnavårdslagar skapas för första gången tydliga rättsliga förutsättningar för samhället att omhänderta barn och unga. Härigenom etableras också ett barnavårdsfält organisatoriskt, politiskt och diskursivt (Ohrlander, 1992; Sköld, Söderlind & Bergman, 2014). Bakgrunden till barnavårdsreformen är tidens alarmistiska debatt om ungdomens tilltagande "förvildning", vanart och brottslighet, vars hantering blir den sociala barnavårdens ansvar (Swärd, 1993; Sandin, 2003). Att samhällets barnavård lyfts som en fråga skild från den allmänna socialvården vittnar om att barndomen börjar betraktas som särskild från vuxenlivet och barnet ses

som värdefullt och i behov av skydd; en syn på barnet som "samhällets barn" kan skönjas i barnvårdsreformen (jfr Zelitzer, 1985; Sandin, 2003). År 1924 antas en ny barnvårdsdag, vars förarbeten än tydligare präglas av en reformistisk, optimistisk ton, där barn generellt framställs som uppfostrings- och formbara. Barn lyfts fram som en grupp med särskilda behov och intressen som samhället måste tillgodose vad gäller till exempel rättssäkerhet, skolgång och fattigvård. Barnvårdens centralisering och ett ökat myndighetsingripande skrivs fram som "ett arbete för nationens höjande fysiskt, sedligt och intellektuellt" (prop. 1924:150, s. 39).

När staten görs till garant för den goda barndomen med uppgift att skydda och värna om utsatta barn, intar kategorin vanart en central plats i de problembeskrivningar som görs. Men det är först under 1920-talet som psykisk ohälsa börjar konstrueras som ett problem, då termer som "psykiskt abnorm" och "psykopat" börjar användas för att beskriva en särskild – och extra svårartad – form av vanart (se t.ex. prop. 1924:150; SOU 1935:67). Från 1930-talet ersätter psykopatbegreppet alltmer vanartsbegreppet; det är en förändrad kategoriseringspraktik som avspeglar tidens strävan efter att förstå och åtgärda sociala problem utifrån medicinska förklaringsmodeller, snarare än utifrån tidigare rådande mer moralistiska och filantropreligiösa perspektiv (jfr Qvarsell, 1985; Börjesson & Palmblad, 2003b). Det är alltså både en ny syn på barnet som samhällets barn och en tilltro till att vetenskapligt medicinska framsteg ska bota sociala problem (jfr Qvarsell, 1985) som står på spel i det nationella barnvårdsarbete som är undergörande under 1900-talets första kvartssekel.

Att den medicinska vetenskapen intar en alltmer central roll i bekämpandet av social problematik under mellankrigstiden gör det rimligt att under 1940-talet initiera en ny vårdorganisation med fokus på barnpsykiatrisk behandling (jfr Qvarsell, 1985). Precis som vid inrättandet av den sociala barnvården genom 1902 års barnvårdsreform är det behovet av att bekämpa ungdomsbrottsligheten – eller ungdoms-asocialiteten, som den också kallas – som används för att motivera barnpsykiatrins etablering. I Ungdomsvårdskommitténs betänkande från 1944, där inrättandet av en psykiatrisk barn- och ungdomsvård föreslås (PBU), sägs kriminalitet vara "orsakad av fysiska och psykiska särdrag hos de unga" (SOU 1944:30, s. 9) och "de svårfostrade barnens anpassningsbesvär" pekas ut som "en social nyckelfråga" (ibid., s. 14).

Trots att en psykiatrisk barn- och ungdomsvård initieras för att lösa problemet med ungdomskriminalitet, ramas psykopati och psykisk abnormitet under 1940-talet inte längre in som ett problem enbart bland ungdomsbrottslingar. Även problem bland yngre barn omtalas i psykopattermer. Detta syns exempelvis i diskussionen om landets fyra nationella observationshem för "nervösa och psykopatiska barn" i förskole- och skolåldern. Hemmen ligger under den sociala barnvårdens domän, men särskiljer sig från andra barnhem genom att få statsbidrag och stå under Medicinalstyrelsens tillsyn i stället för Socialstyrelsens. I Socialvårdskommitténs

betänkande från 1944 påpekas att frågan om dessa "psykopathem" inte bör lösas inom ramen för en reformerad barnavårdslagstiftning, utan att den hör hemma inom "psykopatvården i allmänhet för barn" (SOU 1944:34, s. 206f.). Psykisk ohälsa positioneras här potentiellt utanför den sociala barnavårdens ansvarsområde. Det skiljer sig från hur problemet förstods några decennier tidigare, då vanart – som utgjorde den sociala barnavårdens ansvar – mer eller mindre sågs som en konnotation till psykiskt defekt. En diskursiv glidning kring vemns ansvar unga med kombinerade sociala och psykiska problem är synliggörs – och kan förstås som en konsekvens av att inrätta en ny institutionell välfärdssfär: den psykiska barna- och ungdomsvården.

Kategoriseringar och sanningsanspråk

När det under 1900-talet först börjar talas om psykisk ohälsa bland socialt utsatta barn används kategoriseringar som "sjuklighet till kropp och själ", "andlig hälsa", "andlig bristfällighet", "själsligt abnorm", "psykiskt abnorm", "psykiskt defekt", "psykiskt mindervärdig" och "psykopat" (SFS 1902:67; SOU 1922:46; SOU 1935:67; SOU 1937:46). Både religiöst och medicinskt förankrade termer blandas i talet om psykisk ohälsa, samtidigt som den medicinska terminologin vinner mark över tid. Barn och unga med psykiska problem patologiseras i uttryck som ett "sår i samhällskroppen" (SOU 1922:46, s. 190), "skadliga utväxter" (ibid., s. 129), "bottensats" (ibid., s. 227), "vanartsymptom" (ibid., s. 190), "kroniskt kriminella" (ibid., s. 28, 193, 213, 223), "smittsamma" (ibid., s. 29) och "smittofarliga" (SOU 1935:67, s. 41). Under 1920- och 30-talen sammankopplas vanart och kriminalitet ofta med psykisk ohälsa. Ungdomsbrottslingar – särskilt ur underklassen och så kallade "tattarsläkter" – ses generellt som bärare av vanart (SOU 1922:46, s. 221f.). De första decennierna av 1900-talet präglas överlag av en starkt stigmatiserande diskurs om psykisk ohälsa, som vittnar om en syn på det farliga, "onda" psykopatbarnet som särskilt från det generella värnlösa och utsatta barnet.

Medan perioden präglas av en överlag reformistisk syn på barn, där förebyggande statliga insatser ska hindra att psykiska defekter utvecklas tidigt, klassificeras svår vanart som icke-behandlingsbar. Ansvaret att hantera problemet förebyggande innan de vanartade utvecklas till vuxna "samhällsfarliga personer" läggs på staten (prop. 1902:30, s. 19). I detta uppvisas en tydlig särkategorisering av vanartade barn. Betänkandet om tvångsuppfostran av unga förbrytare från 1922 präglas av skarpa dikotomier mellan dels "välartade" (oskyldiga) och "vanartade" (farliga) omhändertagna barn, dels "vanliga" vanartade och "psykiskt abnorma/psykopatiska" vanartade barn (SOU 1922:46).

Behovet av att avskilja "alla dessa särgrupper av vanartade", särskilt de "psykiskt abnorma", återkommer i propositionen till 1924 års barnavårdslag (prop. 1924:150, s. 146). Därefter inrättas speciella statliga institutioner för "skyddsfostran" (se t.ex.

SOU 1935:67, s. 41). Mot periodens slut framställs behovet av dylika särhanteringar som hegemoniskt, där ”de oförbätterliga och mindre förbättringsbara (djupt depraverade, psykopater, antisociala imbecilla och liknande) hålles helt avskilda” (ibid., s. 27) och ”psykiskt smittofarliga” (ibid., s. 41) vårdas på slutna avdelningar.

I 1937 års betänkande om särskilda skyddshem för själsligt abnorma manliga skyddshemselever sker en artikulation av kategorin psykopat (SOU 1937:46). Psykopati används nu för att argumentera för att alla former av minderåriga med själslig eller psykisk abnormitet ska tas in på särskilda psykopatanstalter, vare sig de har gjort sig skyldiga till brott eller inte (ibid., s. 15). Trots att psykisk problematik ses som förbunden med vanart och kriminalitet konstrueras nu psykopati, snarare än asocialitet, som den gemensamma nämnaren för alla dessa ”smittofarliga” minderåriga. Samtidigt är det en väldigt avgränsad andel barn i landet som avses, uppskattningsvis runt 150–200 individer (ibid., s. 20). Genom psykopatbegreppets artikulation framställs den här lilla gruppen samtidigt som potentiellt behandlingsbar, men i behov av speciell, dyr ”abnormpedagogik” på ”vårdtekniskt” särskilda psykopatanstalter (SOU 1937:46, s. 19f.). Den hegemoniska förståelsen av svår vanart som obotlig, utmanas av tron på att även barn i samhällsvård med psykiska avvikelser ska kunna avhjälpas genom nya socialmedicinska vårdtekniker. När PBU etableras under 1940-talet ramas problemet också in som behandlingsbart utifrån en socialmedicinsk terminologi, men då ligger fokus på tidiga och förebyggande mentalhygieniska åtgärder, som ”profylax mot asocialitet” (SOU 1944:30, s. 15). Samtidigt kategoriseras fenomenet fortfarande på 1940-talet i starkt stigmatiserande ordalag, där begrepp som ”psykisk felutveckling”, ”själsliga avvikelser” och ”psykisk underutvecklad” används frekvent (ibid., s.17).

Det centrala sanningsanspråk som periodens kategoriseringspraktiker formar är att barn i samhällsvård med psykisk ohälsa utgör en smittofarlig och icke-behandlingsbar grupp och att det är den sociala barnavårdens ansvar att särskilja och eliminera den; ett sanningsanspråk som utmanas i takt med en ökad tilltro till medicinska och vetenskapliga lösningar.

Konsekvenser

Skyddet av värnlösa barn görs genom det tidiga 1900-talets barnavårdsreformer till ett offentligt ansvar. En paradox i den barndomsdiskurs som är under görande avtäcks dock. Övertygelsen om att psykisk undermålighet både kan ärvas och smitta gör barnavårdsarbetet till en kamp mot nationell degeneration och kartläggningen av svårt vanartade barn till en central framtidsfråga för att kunna avskilja och behandla – eller på sikt genom sterilisering eliminera – dessa barn (SOU 1922:46, s. 228). Samtidigt som utsatta barn måste räddas åt samhället, måste samhället skyddas från det grovt vanartade och farliga psykopatbarnet. Genom de särkategoriseringar som görs kring

vår problemkategori, där psykopati och svår vanart initialt förstås som smittsam och obotlig, exkluderas ”psykiskt abnormala” barn ur diskursen om barnet som samhällets barn.

Vikten av medicinsk och barnpsykiatrisk kompetens för att kunna bedöma och särskilja vanartade barn betonas i de båda barnavårdslagreformerna 1902 och 1924 (SFS 1902:67; SOU 1922:46; prop. 1924:150; SFS 1924:361) och i 1930-talets diskussion om psykopatanstalter (SOU 1935:67; SOU 1937:46). Samtidigt vacklar tidens utredare mellan arv och miljö som vanartens orsaker. Gränserna mellan moraliska, psykiska och sociala problem är överlag oskarpa. Till exempel sägs utomäktenskapliga barn vara mer ”psykiskt mindervärdiga” än andra och alkoholism, ledighet och kriminalitet vara delvis ärftliga ”böjelser” inom vissa släkter (se t.ex. SOU 1922:46, s. 200, 211–213). Under tidsperioden ramas psykisk ohälsa allt tydligare in som ett medicinskt problem, där läkaren/psykiatrikern tillskrivs en nyckelroll i att diagnostisera problemet (jfr Qvarsell, 1995). I takt med en tilltagande artikulering av den socialmedicinska hälsodiskursen, skapas förväntningar på att dylika tillstånd kan botas genom vetenskapliga framsteg.

1950–1989 Psykodynamisk hegemoni och kamp mellan socialvård och BUP

Förståelsen av fenomenet

Hantering av barn och unga med psykisk ohälsa går under efterkrigstiden in i en ny fas, när socialvården utvidgas och den psykiska barna- och ungdomsvården etableras i den expanderande svenska välfärdsstaten. I periodens material synliggörs nu en diskursiv kamp om vad som är den sociala barnavårdens respektive barnpsykiatrians ansvar för barn och unga med kombinerade psykiska och sociala besvär. Kampen kan härledas till att ett nytt institutionellt fält skapas genom att PBU/BUP inrättas, som både positioneras som mer generellt – det riktar sig mot barn i allmänhet – och mer barnpsykiatriskt specialiserat än den sociala barnavårdens stigmatiserande ”fattigvård”.

Ännu på 1950-talet motiveras utbyggnaden av barn- och ungdomspsykiatri i mentalhygieniska ordalag som en verksamhet vars uppdrag är att ”söka bidra till att skapa ett bättre samhälle” och ”stå alla samhällets barna- och ungdomsvårdande organ till tjänst” (SOU 1957:40, s. 29). Detta faller tillbaka på 1940-talets socialmedicinska diskurs med en tilltro till att hela samhället, även de asociala, kan förbättras genom förebyggande insatser (jfr Qvarsell, 1985). Parallellt vinner psykoanalytiska och psykodynamiska tankegångar gehör inom barnpsykiatri, där fokus på tidiga anknytningsmönster mellan barn och föräldrar börjar prägla synen på ungas psykiska

problematik. PBU skrivs nu fram som en medicinsk-psykologisk, snarare än socialmedicinsk, angelägenhet (SOU 1957:40).

Under 1970- och 80-talen används den dominerande psykodynamiska terminologin också frekvent i socialvårdsbetänkanden. ”Sammansatt psykosocial problematik” (SOU 1974:39; SOU 1977:40) och ”psykosociala riskbarn” (SOU 1986:21) utgör återkommande problemkategoriseringar. Mer barnpsykiatrisk kunskap inom socialvården ses som ett sätt att förebygga sociala problem, samtidigt som ett tidigt förebyggande socialvårdsarbete uppges vara medlet för att åtgärda och förhindra psykisk ohälsa bland ungdomen (SOU 1985:14; SOU 1986:21). Barnfamiljen kategoriseras som en ”social nyckelgrupp” (SOU 1974:39, s. 179). Den psykodynamiska förståelsen framstår under periodens senare decennier som hegemonisk, både inom socialvården och barnpsykiatrin; de små barnen och deras föräldrar fokuseras som primära behandlingsobjekt. Parallellt fördjupas den diskursiva kampen om vems ansvar de asociala ungdomarna är. Under början av 1970-talet ser vi hur en ny och central lösning, talet om samverkan, träder in i den offentliga debatten om hur barn i samhällsvård med psykiska problem bör hanteras.

Kategoriseringar och sanningsanspråk

Att nya termer i förståelsen av barns och ungas psykiska ohälsa artikuleras under 1950-talet märks tydligt i Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande *Psykisk barn- och ungdomsvård* från 1957, där neurosläran, objektrelationsteorin och psykoanalysen görs centrala. De första åren i barnets liv – i synnerhet ”moderskontakten” – lyfts fram som avgörande för en ”harmonisk utveckling” och att kunna undvika ”framtida missanpassning” (SOU 1957:40, s. 21f.). PBU:s intresse för yngre barn, snarare än ungdomskriminella, tydliggörs.

En dragkamp mellan PBU och socialvården om de yngre ”psykopatbarnen” initieras. I Barnvårdskommitténs betänkande om en ny barnvårdsdrag (SOU 1956:61; SFS 1960:97) föreslås gruppen förbli barnvårdsnämndernas ansvar. Mentalsjukvårdsdelegationen gör däremot bedömningen att den ordningen ger ”helt otillräckliga resurser för en adekvat differentiering” (SOU 1957:40, s. 143). Att det är angeläget med en differentiering av vården används i betänkandet för att legitimera specialistformerandet av PBU:s gränser utåt (se även *ibid.*, s. 146). Mycket fokus läggs på att differentiera och kategorisera så kallade anpassningssvårigheter och beteenderubbningar bland yngre barn, där ”den goda prognosen” vid psykoanalytisk behandling lyfts fram (*ibid.*, s. 24f.). I Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande *Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar* motiveras en landsomfattande utbyggnad av verksamheten med behovet av insatser för ”de psykiskt sjuka barn och ungdomar, som icke uppvisar direkta asocialitetssymptom men är i lika stort behov av omhändertagande [...] som de asociala” och som till skillnad från de senare

”ej bereds vård på annat håll” (SOU 1958:20, s. 8f.). ”De asociala” ställs mot ”psykiskt sjuka barn och unga” och definieras därigenom ut som målgrupp för PBU.

En paradox i talet om att skapa tidiga förebyggande lösningar på så kallad ungdomsocialitet inom barnpsykiatri är alltså att ungdomskriminella efter hand skrivs ut som målgrupp för den psykiska hälsovården. Detta syns också i Ungdomsvårdskommitténs slutbetänkande från 1951, där frågan om vård av asociala ungdomar speciellt utreds. Redan asociala ungdomar över 15 år kan enligt betänkandet inte ”tas om hand av den förebyggande vården”, det vill säga barnpsykiatri (SOU 1951:41, s. 118). I Barnvårdskommitténs betänkande (SOU 1955:37) några år senare diskuteras i stället möjligheten att inrätta särskilda utredningshem för ungdomskriminella. Frågan om hemmen ska drivas i statlig regi genom ungdomsvårdsskolor eller i landstingsregi i anslutning till sjukhus eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik lämnas öppen. Huruvida asociala unga ska hanteras inom den sociala barnvården eller PBU är alltså varken självklart eller avgjort vid denna tid. I Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande från 1958 föreslås att behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar inrättas i landet (SOU 1958:20). Förslaget realiserar aldrig, varför möjligheten att skapa slutenvårdslösningar för ungdomar med svår psykiatrisk problematik också avskrivs vid denna tidpunkt.

Att det råder oklarheter om vilken huvudman som bär ansvar för unga inom den sociala barnvården med psykiska hälsoproblem återspeglas även återkommande i betänkanden från periodens senare decennier. I 1985 års slutbetänkande om barn- och ungdomspsykiatri beskyls BUP – särskilt från socialvårdens sida – för att inte ta ansvar för så kallade ”multiproblemfamiljer”, vilka definieras som ”familjer där social isolering, våld och kriminalitet, missbruk av alkohol och narkotika, fysisk och psykisk ohälsa förekommer i stor utsträckning och ofta återkommer i generation efter generation” (SOU 1985:14, s. 34). Här framträder, precis som under föregående period, en bild där asocialitet och psykisk ohälsa ”ärvs” och går igen i vissa familjer. Utredarna konkluderar dock att de här svårare fallen är socialtjänstens ansvar. Samtidigt erkänns behovet av BUP:s medverkan, särskilt för ”MBD-barnen” (ibid., s. 37). Även i betänkandet *Barns behov och föräldrars rätt*, som utreder socialtjänstens arbete med utsatta familjer, betonas socialtjänstens behov av barnpsykiatrisk expertis vid LVU-omhändertaganden. BUP ska ha ”ansvar för identifiering/diagnosticering och behandling av de psykiskt svårast störda barnen, ungdomarna och deras familjer” (SOU 1986:21, s. 263). Vad gäller behandling lyfts psykoterapin fortfarande fram som lämpligast.

I 1980-talets socialvårdsbetänkanden beskrivs vår problemkategori i termer av särskilt svårhanterliga ”problemungdomar” med ”tidigt uppkomna personlighetsstörningar”, ”destruktiva livsmönster” och ”dålig förmåga att tillgodogöra sig en ordinär samhällsgemenskap”. Gruppen tillskrivs både utåtagerande asociala beteenden som

normbrott och missbruk och inåtvända ”psykiska symtom, exempelvis apati, psykoser, tvångsneuroser, självmordshandlingar eller svår psykosomatik” (SOU 1986:21, s. 210). Gränserna mellan sociala, psykiska och moraliska problem är precis som tidigare flytande. Då ingen barnvårdsinstans uppger sig klara av ungdomar med kombinerad social och psykisk problematik, och då deras behandlingsprognos uppges vara dålig, framskyntar en psykodynamisk barndomsdeterminism i relation till vår problemkategori. Gruppen positioneras som redan förlorad. Fokus och insatser satsas i stället på barnfamiljen, som lyfts fram som en social nyckelgrupp.

Precis som under föregående period råder det hegemoni om att vägen till psykisk hälsa bland landets unga går via breda förebyggande insatser och att alla sociala och hälsoinriktade verksamheter tillsammans ska arbeta mot detta mål (SOU 1956:61; SOU 1957:40; SOU 1959:37; prop. 1960:10). Under 1970-talet artikuleras dock en ny lösning för de ”psykosociala riskbarnen”: samverkan mellan socialvården och BUP (se t.ex. SOU 1977:40; SOU 1979/80:44). I propositionen om den nya socialtjänstlagen (SoL) som med LVU ersatte 1960 års barnvårdsdag understryks behovet av att utreda ”hur en samordning ska ske av det stöd som ges inom familjerådgivning, PBU/BUP och annan verksamhet, bl.a. socialtjänsten” (prop. 1979/80:1, s. 72). Samverkan intar succesivt en hegemonisk position i periodens social- och mentalvårdsutredningar när det talas om lösningar på kombinerad social och psykisk problematik bland unga. Det innebär att inget tydligt ansvarskrav längre framträder kring unga med kombinerade sociala och psykiska problem. Det sanningsanspråk som formas kring vår problemkategori utgår i stället implicit från att den utgör en ”redan förlorad” grupp.

Konsekvenser

För barn i samhällsvård med psykisk ohälsa får den diskursiva kamp som förs under perioden konsekvenser. Medan yngre barn med psykiska problem huvudsakligen blir föremål för en dragkamp mellan barnpsykiatri och den sociala barnvården – båda vill ”ha” dem – sker ett ”bollande” av asociala ungdomar, vars hemmahörande lämnas olöst. Samtidigt gör talet om samverkan entré, som en universallösning på problemet. Men då det råder oklarheter kring vilken huvudman som bär ansvar för unga i samhällsvård med psykiska hälsoproblem, och inget samförstånd nås, förefaller 1970- och 80-talens tal om samverkan mest som ett förstärkt eko av det ”bollande” av asociala ungdomar som synliggörs redan vid periodens inledning. Svarte Petters inträde i samhällsvården skymtar redan nu.

Jämfört med föregående period är de särkategoriseringar som görs kring gruppen inte lika explicita. Då pekades ”vanarten” och ”ungdomsasocialiteten” ut som en social nyckelfråga, det vill säga som hotet mot en sund samhällsgemenskap. Nu lyfts barnfamiljen fram som en social nyckelgrupp och som det viktiga för att kunna skapa

ett gott samhälle. Barndomsdiskursen är densamma; barn och ungdomar förstås som viktiga för framtiden och positioneras som ett offentligt ansvar. I stället för att unga i samhällsvård med psykiska problem kategoriseras som smittsamma och farliga, bidrar den psykodynamiska hälsodiskursens hegemoni till att gruppen marginaliseras i vårdsammanhang. Problemkategoriens positionering kan förstås som en implikation av det sanningsanspråk som periodens psykodynamiska barndomsdeterminism sätter.

1990–2016 Folkhälsoproblem, biomedicinsk diskurs och barnrättsdiskurs

Förståelsen av fenomenet

Under den sista undersökningsperioden, från 1990 och framåt, sker stora förändringar i de samhällsdiskurser som omger – och formar förståelser av – vår problemkategori. Psykisk ohälsa bland unga lyfts efter millennieskiftet fram som ett omfattande folkhälsoproblem. Stora offentliga satsningar görs för att åtgärda problemet. Parallellt omförhandlas rådande hälsodiskurser kring psykisk ohälsa och den tidigare dominerande psykodynamiska diskursen får konkurrens av biomedicinskt och neuropsykiatriskt inriktade förståelsemodeller (jfr Zetterqvist Nelson, 2003; Johannisson, 2006). Den biomedicinska diskursen och den barnrättsliga diskursen är dock snarare parallella än antagonistiska. Det är svårt att se att det pågår någon diskursiv kamp dem emellan i relation till vår problemkategori under perioden.

Redan i slutet av den förra perioden får det dominerande familjetänkandet, som lägger fokus på tidiga insatser bland mindre barn, också konkurrens av ett begynnande barnrättsperspektiv som lyfter barnet som en egen individ. Nu framställs barnets behov av skydd och omvårdnad som lagstiftningens primära mål (se t.ex. SOU 1986:21, s. 19). Idén om barnets rättigheter märks även i hänvisningar till barnets bästa, föräldrabalken, FN-deklarationen om barnets rättigheter och "FN:s internationella barnkriterier" (ibid., s. 66). Det innebär att en ny syn på barn och barndom är under görande, där barnet i högre utsträckning förstås som en egen individ med egna rättigheter; barnet förväntas vara aktivt i skapandet av sin framtid och positioneras som en kompetent aktör (Sandin, 2003; Holland, 2010; Schiratzki, 2010). Vid periodens slut framstår barnrättsperspektivet som alltmer dominerande.

Under perioden uppmärksammas också att psykisk ohälsa bland barn i samhällsvård ökar. Redan i förarbetena till 1990 års revidering av LVU uttrycks oro för tilltagande svåra psykiska besvär inom gruppen (prop. 1989/90:28, s. 48). I betänkanden från 2000-talet och framåt beskrivs den psykiska ohälsan bland unga i samhällsvård som både utbredd och allvarlig (SOU 2005:81; SOU 2015:71). Vid millennieskif-

tet uppges 40 procent av institutionsplacerade unga ha psykiska svårigheter, en siffra som femton år senare har ökat till 67 procent (SOU 2000:77; SOU 2015:71).

I den nationella satsning mot psykisk ohälsa som görs 2012–2016, den så kallade PRIO-satsningen, lyfts barn och unga fram som en särskilt prioriterad grupp (Regeringskansliet, 2012). Huvudsakligen fokuseras här tillgänglighet till så kallade första linjen-insatser inom barn- och ungdomspsykiatri, där lättare former av psykisk ohälsa prioriteras (Regeringskansliet, 2012). Att politiska satsningar för att åtgärda ungas psykiska ohälsa i praktiken riktas mot förebyggande insatser kritiseras i 2015 års LVU-utredning. Utredarna konstaterar att många frågor kvarstår om hur insatser "vid svårare psykisk ohälsa ska bedrivas och fördelas för att barn och unga i samhällsvård ska tillförsäkras alla de former av stöd och vård som de behöver" (SOU 2015:71, s. 769).

Kategoriseringar och sanningsanspråk

Efter att psykiska problem bland unga har diskuterats mer frekvent i vårt material sedan sent 1980-tal framträder själva begreppet "psykisk ohälsa" som en tydlig problemkategori ett par år in på 2000-talet. Det används då som ett paraplybegrepp för att sammanfatta all form av psykisk problematik, från lättare former av oro och ångest till depressioner och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (se t.ex. SOU 2006:77; SOU 2009:68; SOU 2015:71). I utredningar som beskriver ungas psykiska ohälsa kopplas barnets individuella kompetenser och förmågor också samman med möjligheter till hälsa. Exempelvis syns detta i betänkandet *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa* (SOU 2006:77, s. 28) och i Socialstyrelsens (2009, s. 181) *Folkhälsorapport*, där psykisk ohälsa bland annat sägs orsakas av stress och görs till en fråga om det enskilda barnets kapacitet att hantera stressen. Att "aktivt gå in och lösa" problemen beskrivs exempelvis som "mest verksamt" (ibid., s. 107; SOU 2006:77, s. 192). Handlingsmöjligheten för att lösa problemet förläggs på den enskilde unge, vilket rimmar väl med samtidens syn på barnet som en kompetent aktör.

I betänkanden som berör den sociala barnvårdens unga, eller tvångsingripanden mot dem, talas det däremot om psykisk ohälsa i andra termer. Kategoriseringen av den psykiska ohälsan sker här genom förstärkningsord som "allvarlig", "svår" eller "diagnostiserad" (SOU 2009:68, s. 372, 458; SOU 2015:71, s. 179, 429). Begreppstillskrivningar som "oftare", "vanligare" och "högre" används också och sätts då i relation till "andra barn"; gruppen "upplever oftare än andra barn psykisk ohälsa" och "vidare är läkemedelsanvändningen högre än för andra barn" (SOU 2015:71, s. 755). Gruppens psykiska hälsoproblem diskuteras även i en annan kontext. I stället för att placerade barns individuella kompetenser och förmågor kopplas samman med möjligheterna till hälsa problematiseras frågor om myndighetssamverkan, kvaliteten på vårdens innehåll och behovet av stöd från samhällets sida (SOU 2015:71; SOU

2005:81, s. 106). Gruppen särskiljs – precis som under tidigare perioder – i relation till andra barn, men nu utifrån den agens som de *inte* tillskrivs. Gruppen inkluderas inte som en kompetent aktör inom den nya barnrättsdiskurs som är i görande.

Däremot synliggörs problematiken med unga som har kombinerade sociala och psykiska problem, vilket lyfts fram i flera statliga utredningar kring millennieskiftet. Problemet sägs i betänkandet *Omhändertagen* ha varit känt länge och bottna i såväl bristande samarbete mellan BUP och socialtjänst som i bristen på vårdinstitutioner med psykiatrisk kompetens (SOU 2000:77). Bristen på samordning diskuteras även av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81). BUP:s alltmer medicinska inriktning sägs ha inneburit att unga med neuropsykiatriska diagnoser prioriteras, samtidigt som satsningar på tidigt stöd har lett till att ungdomar med psykiska problem kombinerat med missbruk och kriminalitet i mindre utsträckning erbjuds vård. I Barnpsykiatrikommitténs betänkande *Det gäller livet* från 1998 hävdas att ”barn och ungdomar med tidig risk att utveckla svår psykisk störning samt ungdomar i inledningsfasen till utveckling av psykisk sjukdom skall ges särskild prioritet” vid psykiatrisk vård (SOU 1998:31, s. 27). Det innebär att socialtjänstens barn åter definieras ut från barnpsykiatrisk behandling genom talet om förebyggande insatser. I betänkandet *Omhändertagen* understryks däremot att BUP också har ett ansvar för utåtagerande unga och att de sjukaste ska prioriteras (SOU 2000:77, s. 174). Den diskursiva kampen fortsätter. Samtidigt råder fortsatt hegemoni om att lösningen på problemet heter bättre samarbete mellan de båda instanserna, vilket känns igen från 1970- och 80-talen.

Trots att barnrättsperspektivet intar en alltmer central roll i hanterandet av utsatta barn och unga synliggörs problematiken med psykisk ohälsa inte nämnvärt i barnrättssammanhang. Här fokuseras i stället hur barnets bästa ska införlivas i rådande barnavårdslagstiftningar och hur skyddet för utsatta barn kan stärkas (se t.ex. prop. 2002/03:53; SOU 2000:77; SOU 2001:72; SOU 2016:19). Det är först en bit in på 2000-talet som artikulationer görs för att lyfta barnrättsperspektivet i diskussionen om psykisk hälsa bland barn i samhällsvård. I *Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande* (SOU 2006:100) föreslås att institutionsplacerade unga, genom riksavtalet för utomlänsvård, ska ha rätt till psykiatrisk vård i det landsting de vistas under pågående placering. Förslaget realiseras, men i praktiken står många i gruppen fortfarande utan vård (SOU 2015:71, s. 758).

I *Barnskyddsutredningen* från 2009 poängteras att den nya lagregleringen kring samordningsansvar mellan psykiatri och socialtjänst för personer med psykiska funktionsnedsättningar (SFS 1992:763; SFS 2001:453) berör personer i alla åldrar, även barn (SOU 2009:68). Utredarna vill vidare lagstifta om socialnämndens ansvar att medverka till att barn i samhällsvård får tillgång till hälso- och sjukvård på motsvarande sätt som redan gäller för placerade barns utbildning (ibid., s. 480).

I *Utredningen om tvångsvård för barn och unga* (SOU 2015:71) görs vidare en distinktion mellan barns rätt till skydd och barns rätt till viss vårdkvalitet. Utredarna föreslår att en bestämmelse om grundläggande kvalitetskrav för vården, i likhet med vad som redan finns i hälso- och sjukvårdslagen, ska införas i LVU och skriver fram detta som "ett viktigt steg för att genomföra barnkonventionens barnrättsyn i den nya lagen" (ibid., s. 221). Vad som sker i senare års betänkanden är att placerade barns rätt till samordnade vårdinsatser uppmärksammas och att lagreglering eller skriftliga överenskommelser inrättas eller föreslås. Att det handlar om en artikulation, snarare än ett nytt sanningsanspråk, avspeglas samtidigt i propositionen *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige* (prop. 2009/10:232, s. 35, 38, 51) och i betänkandet *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19, s. 114), där psykisk ohälsa enbart omtalas sporadiskt – och när det nämns bara relateras till förebyggande och generellt riktade insatser till barn i allmänhet.

Till skillnad från under de föregående perioderna, då entydiga sanningsanspråk formades om gruppen – som icke-behandlingsbar eller redan förlorad – framträder nu mer motsägelsefulla "sanningar". Å ena sidan osynliggörs gruppen; den förekommer knappt i generella barnrätts- och hälsodiskussioner. Å andra sidan lyfts gruppen fram – och synliggörs – som diskriminerad i betänkanden som särskilt utreder situationen för barn i samhällsvård. I de här sammanhangen artikuleras också behov av tydligare ansvarskrav för hälsoinsatser till gruppen, genom krav på juridisk reglering av samordningsansvar.

Konsekvenser

Att ungas psykiska ohälsa i dag uppmärksammas i rådande hälsodiskurser och politiska prioriteringar – och att barnrättsperspektivet tydligt artikulerar skydd och vård av utsatta barn – förefaller paradoxalt nog få negativa implikationer för utformandet av insatser till barn och unga i samhällsvård. Dessa barns *rätt* till hälsa och psykiatriska insatser lyser fortfarande i stor utsträckning med sin frånvaro. Istället synliggörs hur gruppen och vårdinsatser för den särskiljs i hur den kategoriseras och positioneras i relation till andra barn. När psykisk ohälsa lyfts fram i betänkanden och propositioner med barnrättsfokus, vilket den sällan gör, är det de ungas generella ohälsa som nämns, inte de socialt utsatta barnens. I utredningar där ungas psykiska ohälsa fokuseras tillskrivs det generella barnet ett aktörskap i relation till möjligheten att hantera ohälsan; ett aktörskap som lyser med sin frånvaro i diskussioner om ohälsan bland barn i samhällsvård. De omtalas i stället genom förstärkande kategoriseringar som svår eller allvarlig psykisk ohälsa. I relation till den barnrättsdiskurs där barnet ses som en egen och kompetent aktör varken synliggörs eller inkluderas vår problemkategori i den samtida barnrättsdiskursen. Även om kategoriseringspraktikerna skiljer sig över tid är de särskiljanden som görs kring gruppen historiskt konstanta.

Konstant är också universallösningen samverkan som sedan den lanserades för över 40 år sedan ännu inte har lett till några större förändringar. Under det senaste decenniet framträder emellertid en ny lösning i talet om samverkan mellan socialtjänst och BUP: reglerad samverkan, tron att en tydligare lagreglerad styrning av samarbetet ska lösa gruppens marginaliserade position i vårdsystemet. Juridiska lösningar skrivs fram som en del av en ny samtida hegemonisk barndiskurs: barnrättsperspektivet. Det är alltså först under det sista decenniet som barnrättsdiskursen har börjat artikuleras i relation till vår problemkategori.

Slutsatser

Svarte Petters dilemma

I den här artikeln har vi utifrån ett långt historiskt perspektiv undersökt hur problemkategorin psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård växt fram och etablerats genom kategoriseringspraktiker i statliga utredningar och förarbeten till de fyra barnavårdsreformer som genomförts i Sverige sedan 1902. Centralt i analysen har varit vilka särlösningar som skrivs fram och vad detta får för konsekvenser för gruppens tillgång till olika välfärdslösningar i relation till sin tids rådande hälso- och barndomsdiskurser.

Under undersökningsperioden går problemet psykisk ohälsa från att betraktas som ett smalt "abnormproblem" till ett brett "folkhälsoproblem". Trots förändringen finns uppenbara kontinuiteter över tid, som den starka historiska sammanlänkningen mellan social utsatthet och psykisk ohälsa. Genom historien syns även en återkommande förhoppning om att breda förebyggande psykiska hälsoinsatser för unga ska hindra uppkomsten av sociala och psykiska problem; en konstant som oberoende av rådande hälso- och barndomsdiskurser får diskriminerande effekter för barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa, det vill säga de som redan har problem.

I det tidiga 1900-talets starkt stigmatiserande diskurs kring psykisk ohälsa kategoriseras de "psykiskt abnormalt" hegemoniskt som en "smittofarlig", "oförbättringsbar" grupp som bör avskiljas snarare än erbjudas vård. Positionen som samhällsvårdens Svarte Petter återfinns redan här, i barnavårdsdagstiftningens begynnelse. Den hegemoniska förståelsen av gruppen som obotlig utmanas emellertid av tidens socialmedicinska diskurs med artikulationen att gruppen kan rehabiliteras med nya medicinska vårdtekniker på särskilda psykopatanstalter. Med det psykodynamiska synsättets genombrott och barnpsykiatriens etablering sker under efterkrigstiden ett fokusskifte. Både det förebyggande och terapeutiska arbetet inriktas mot yngre barn, eftersom den tidiga barndomen kategoriseras som grundläggande för människans personlighetsutveckling. Konsekvensen av den psykodynamiska hegemoni som under perio-

den växer fram inom både barnpsykiatri och socialvården blir att insatser till unga med kombinerade sociala och psykiska problem framställs som lägre prioriterade – och gruppen definieras åter ut från samhällsinsatser. Mellankrigstidens idé om särskilda vårdtekniker för dessa ungdomar framstår mest som en historisk parentes.

Efterkrigstiden utmärks alltså av en diskursiv kamp om ansvaret för gruppen. För att lösa Svarte Petters dilemma – att varken vara önskvärd inom BUP eller hanterbar inom den sociala barnvården – artikuleras idén om samverkan under tidigt 1970-tal. Sedan dess har samverkansidealet intagit en hegemonisk position och används parallellt med det likaledes hegemoniska talet om breda förebyggande insatser som en allomfattande lösning. Ändå framkommer det i materialet att problematiken kring gruppens vård kvarstår.

I dag förstås ungas psykiska ohälsa som ett omfattande folkhälso- och samhällsproblem. Paradoxalt nog osynliggörs barn och unga i samhällsvård – en grupp där den psykiska ohälsan är konstaterat hög – även i samtida statliga hälsosatsningar, som fokuserar på generella förebyggande åtgärder och lättare psykisk ohälsa bland ”vanliga” ungdomar. Åter omfattar talet om förebyggande insatser andra grupper än de mest utsatta. Att problemet med psykisk ohälsa ”normaliserats” och generaliserats har alltså inte hjälpt denna grupp. Slutsatsen överensstämmer med tidigare studier av Sandin och Halldén (2003) och Holland (2010) om hur fokus på barns formella, generella rättigheter riskerar att osynliggöra utsatta barns specifika behov. Det är även först under senare år som gruppens rätt till god vård har börjat artikuleras utifrån ett alltmer hegemoniskt barnrättsperspektiv. Dagens lösen är en stark tilltro till juridiska regleringar för samverkan mellan BUP och socialtjänsten, men vilka konsekvenser det får för samhällsvårdens ständige förlorare är ännu oklart. Marginaliseringen och särskiljandet av barn och unga i samhällsvård med psykisk ohälsa framträder trots allt som historiskt konstant i vår långa undersökning, oavsett skiftande kategoriseringspraktiker.

I relation till befintlig historisk-sociologisk barnvårdsforskning (Qvarsell, 1985; 1995; Zetterkvist Nelson, 2003; 2012a; 2012b; Börjesson & Palmblad, 2003a; 2003b; 2003c; 2008 m.fl.) bekräftar vår studie skiftande hälsodiskursers inverkan på tids-typiska förståelser av utsatt barndom och psykisk ohälsa. Liksom dessa ser vi över vår undersökningsperiod ett successivt skifte från en socialmedicinsk till en psykodynamisk hegemoni, och vidare till en artikulation av biomedicinska perspektiv i relation till problemkategorin. Men medan Qvarsells (1985) periodisering främst bygger på psykopatbegreppets användande fram tills mellankrigstiden och Zetterkvist Nelsons (2012a) på behandlingsideologiernas utveckling inom barn- och ungdomspsykiatri 1945–1985, har vår studie täckt fler och längre delperioder (1902–1949, 1950–1989 och 1990–2016). Genom att sätta ”barns psykiska ohälsa” snarare än det snävare ”barnpsykiatri” i centrum har vi även bidragit med ny kunskap om den fortlö-

pande diskursiva kampen mellan den sociala och den psykiska barnvården. Med det långa historiska perspektivet från sekelskiftet 1900 till idag har vi också kunnat visa hur nuets historia formar samtida problem och hur en marginaliserad och understuderad grupp kontinuerligt har särbehandlats och osynliggjorts i statliga välfärds- och hälsoinsatser mot psykisk ohälsa.

Referenser

- Andersson Vogel, M. (2016) Psykisk ohälsa, utsatthet och en legitimerande oro. Diskursiva förståelser av flickor som placerats på särskilda ungdomshem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(2): 109–128.
- Andresen, A. (2011) *Barnen och välfärdspolitiken. Nordiska barnldomar 1900–2000*. Stockholm: Dialogos.
- Arvidsson, M. (2016) *Att ersätta det oersättliga. Statlig gottgörelse för ofrivillig sterilisering och vanvård av omhändertagna barn*. Akademisk avhandling. Örebro: Örebro universitet.
- Beckman, L. & Hagquist, C. (2010) *Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Analys av den officiella bilden, mediebilderna och bilden från forskningen*. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.
- Beronius, M. (1991) *Genealogi och sociologi. Nietzsche, Foucault och den sociala analysen*. Stockholm: Symposion.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003a) Introduktion. I: M. Börjesson & E. Palmblad (red.) *Problembarnets århundrade*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003b) Uppförandeproblem i skolan – och andra kliniska observationer. I: M. Börjesson & E. Palmblad (red.) *Problembarnets århundrade*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2003c) *I problembarnets tid. Förnuftets moraliska ordning*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2008) *Strultjejer, arbetssökande och samarbetsvilliga. Kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Collishaw, S. et al. (2010) Trends in adolescent emotional problems in England. Comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51(8): 885–894.
- Dahler-Larsen, P. (2005) Dokumenter som objektiveret social virkelighet. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Egelund, T. & Lausten, M. (2009) Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child & Family Social Work*, 14(2): 156–165.
- Foucault, M. (2008) Nietzsche, genealogin, historien. I: M. Foucault *Diskursernas kamp*. Höör: Symposion.
- Friberg P., Hagquist, C., Osika, W. (2012) "Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time", *BMJ Open*, 2(5): 1–6.
- Hagquist, C. (2010) Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: An analysis of WHO data 1985–2005. *Journal of Adolescent Health*, 46(3): 258–264.
- Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2014) Barn i social dygnsvård. Summering av tio års registerstudier. *Socionomens forskningssupplement*, 8: 34–39.
- Holland, S. (2010) Looked after children and the ethic of care. *The British Journal of Social Work*, 40(6): 1664–1680.

- Hollander, A. (1985) *Omhändertagande av barn: en studie av barnavårdsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Hörnfeldt, H. (2008) *Prima barn, helt u.a. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923–2007*. Göteborg: Makadam.
- James, A. & Prout, A. (1990/2015) *Constructing and reconstructing childhood. Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Routledge.
- Johannisson, K. (2006) Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I: G. Hallerstedt (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2001) *Hegemony and socialist strategy. Towards a radical democratic politics*. London: Verso.
- Lehmann, S. et al. (2013) Mental disorders in foster children. A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7(1): 1–23.
- Lundström, T. & Sallnäs, M. (2003) Klass, kön och etnicitet i den sociala barnvården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 10(2–3): 193–213.
- Mattsson, T. (2002) *Barnet och rättsprocessen. Rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Mattsson, T. (2010) *Rätten till familj inom barn- och ungdomsvården*. Malmö: Liber.
- Meeuwisse, A. (1997) *Vänskap och organisering. En studie om Fountain House-rörelsen*. Lund: Arkiv förlag.
- Ohrlander, K. (1992) *I barnens och nationens intresse. Socialliberal reformpolitik 1903–1930*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Petersen, S., Bergström, E. & Cederblad, M. (2010) *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien.
- Proposition 1902:30 *Angående uppfostran av vanartade och i sedligt afseende försummade barn*.
- Proposition 1924:150 *Med förslag till lag om samhällets barnavård m.m.*
- Proposition 1960:10 *Förslag till ny barnavårdslag*.
- Proposition 1979/80:1 *Regeringens proposition om socialtjänsten*.
- Proposition 1989/90:28 *Om vård i vissa fall av barn och ungdomar*.
- Proposition 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*.
- Proposition 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Proposition 2002/03:53 *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer*.
- Proposition 2009/10: 232. *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*.
- Qvarsell, R. (1985) Från vanart till psykopati. Om barnpsykiatriens framväxt i Sverige under mellankrigstiden. *Lychnos*. Uppsala: Lärdomshistoriska sällskapet.
- Qvarsell, R. (1995) Socialmedicinen och den sociala ingenjörskonsten. *Nordisk medicinhistorisk årsbok*. Stockholm: Medicinhistoriska museet.
- Regeringskansliet (2012) *PRIO psykisk ohälsa. Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.
- Sallnäs, M. & Vinnerljung, B. (2009) Samhällsvårdade ungdomar som vuxna. En uppföljande registerstudie. *Socionomens forskningssupplement*, 25: 193–213.
- Sandin, B. (2003) Barndomens förvandling. Från särart till likart. I: B. Sandin & G. Halldén (red.) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.
- Sandin, B. & Halldén, G. (red.) (2003) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.

- Schiratzki, J. (2010) *Barnrättens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1902:67 *Lag angående uppfostran af vanartade och i sedligt afseende försummade barn.*
- SFS 1924:361 *Lag om samhällets barnavård.*
- SFS 1960:97 *Lag om samhällets vård av barn och ungdom (barnavårdslag).*
- SFS 1992:763 *Hälso- och sjukvårdslagen.*
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen.*
- Sköld, J., Söderlind, I. & Bergman, A.-S. (2014) *Fosterbarn i tid och rum. Lokal och regional variation i svensk fosterbarnsvård cirka 1850–2000*. Stockholm: Carlssons.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*.
- Socialstyrelsen (2014) *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*.
- Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Till och med 2016*.
- SOU 1922:46 *Betänkande med förslag till lag om tvångsuppfostran åt unga förbrytare m.m.*
- SOU 1935:67 *Betänkande med förslag till lag om tvångsuppfostran m.m.*
- SOU 1937:46 *Betänkande och förslag gällande vården av själsligt abnorma manliga skyddshemselever samt vanartade sinnesslöa gossar m.m.*
- SOU 1944:30 *Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag angående psykiatrisk barn- och ungdomsvård.*
- SOU 1944:34 *Socialvårdskommitténs betänkande IX. Utredning och förslag angående revision av lagstiftningen om barnavårdsanstalter och fosterbarnsvård.*
- SOU 1951:41 *Ungdomen möter samhället. Ungdomsvårdskommitténs slutbetänkande.*
- SOU 1955:37 *Utredningshem. Barnavårdskommitténs betänkande I.*
- SOU 1956:61 *Ny barnavårdslag. Förslag angivet av Barnavårdskommittén. Betänkande II*
- SOU 1957:40 *Psykisk barn- och ungdomsvård. Betänkande 1 av mentalsjukvårdsdelegationen inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.*
- SOU 1958:20 *Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar.*
- SOU 1959:37 *Ungdomsbrottslighet.*
- SOU 1974:39 *Socialvården. Mål och medel. Principbetänkande av Socialutredningen.*
- SOU 1977:40 *Socialutredningen.*
- SOU 1979/80:44 *Socialtjänst.*
- SOU 1985:14 *Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.*
- SOU 1986:21 *Barns behov och föräldrars rätt. Socialtjänstens arbete med utsatta familjer.*
- SOU 1998:31 *Det gäller livet. Barnpsykiatrikommitténs betänkande.*
- SOU 2000:77 *Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga.*
- SOU 2001:54 *Ofärd i välfärden.*
- SOU 2001:72 *Barnmisshandling. Att förebygga och åtgärda.*
- SOU 2005:81 *Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.*
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.*
- SOU 2006:100 *Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande.*
- SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*
- SOU 2015:71 *Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.*
- SOU 2016:19 *Barnkonventionen blir svensk lag*
- Strong, T. & Sesma-Vazquez, M. (2015) Discourses on children's mental health. A critical review. I: M. O'Reilly & N. Lester (red.) *The Palgrave handbook of child mental health. Discourse and conversation studies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ståhlberg O., Anckarsäter H. & Nilsson, T. (2010) Mental health problems in youths committed

- to juvenile institutions. Prevalence and treatment needs. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12): 893–903.
- Svensson, K. (1998) *Straff eller behandling. Om statens strategier mot gränsöverskridande ungdom under 1900-talet*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Swärd, H. (1993) *Mångenstädes svårt vanartad... Om problemen med det uppväxande släktet*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Zelitzer, V.A. (1985) *Pricing the priceless child. The changing social value of children*. New York: Basic Books.
- Zetterqvist Nelson, K. (2003) Debatten om bokstavsdiagnoser. En kamp om politiskt inflytande. I: B. Sandin & G. Halldén (red.) *Barnets bästa. En antologi om barndomens innebörder och välfärdens organisering*. Stehag: Symposion.
- Zetterqvist Nelson, K. (2012a) Från samhällets barn till egna individer. Barnpsykiatrisk behandlingssideologi 1945–1985. *Scandia*, 78(2): 40–67.
- Zetterqvist Nelson, K. (2012b) Barns perspektiv i forskning om barns psykiska hälsa. Förhållningssätt och utmaningar. *Barn*, 1: 9–22.

Tack

Studien har genomförts inom ramen för forskningsprojektet ”Från vanart till rättighetsaktör. Historiska och samtida klassificeringar av psykisk ohälsa bland barn och unga i samhällsvård”, finansierat av Statens institutionsstyrelse (SiS). Vi vill rikta ett tack till Susanna Johansson, Ingrid Sahlin och våra anonyma granskare för konstruktiva förbättringsförslag under arbetets gång.

*Pia H. Bülow, Daniel Persson Thunqvist
& Elisabet Cedersund*

Sätta ord på föräldrars psykiska problem för barnens skull

– familjestöd som professionell praktik

Spelling it out for the children's sake – Family intervention as professional practice

This article presents an analysis of 21 video-recorded family intervention sessions with children and parents in families where one or both parents are diagnosed with mental illness. The starting point for such family interventions is awareness of the risks that children run due to parental mental illness, e.g. development of mental health problems of their own. Previous studies have shown that openness about parents' mental problems can reduce such risks. Family-intervention sessions are developed to assist children and their parents to talk about mental illness and related difficulties. Based on a dialogical and micro-sociological perspective, our objective is to analyse family-intervention sessions as professional practice and to illuminate various communicative means used by social workers to support children and parents in their talk about parents' mental illness and its meaning for the children and the family. The analysis shows how professional practice is formed based on how the social workers solve communicative challenges in conversations with families about mental health problems: to create and maintain family support as a child-focused process; creating and maintaining family support as a child-focused process; spelling out parents' mental problems; and confirming and normalizing.

Pia H. Bülow är professor i socialt arbete vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Daniel Persson Thunqvist är biträdande professor i sociologi vid Linköpings universitet.

Elisabet Cedersund är professor emeritus i äldre och åldrande vid Linköpings universitet, och affilierad professor i socialt arbete vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Kontakt: pia.bulow@ju.se

Inledning

Att barn till föräldrar med psykiska problem löper större risk än andra barn att få problem under barn- och ungdomsåren eller som vuxna är känt sedan länge (Rutter, 1966; Rutter & Quinton, 1984). Likaså är det känt att barn i många fall klarar svåra livsomständigheter som att leva tillsammans med en psykiskt sjuk mamma eller pappa (Bleuler, 1974), bland annat tack vare ställföreträdande föräldrar (Werner, 1997). Viktigt för att motverka att barn får psykiska problem är att de utvecklar en grundläggande förståelse om sig själva och tilltro till den egna förmågan att kunna hantera de livsomständigheter som det kan innebära att leva tillsammans med en eller två föräldrar som har psykiska problem (Rutter, 1987). För det behöver barn få stöd i att kunna prata om sin oro för sina föräldrar och få kunskap om föräldrars psykiska problem (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000).

Under paraplybeteckningen familjeinterventioner har olika modeller av förebyggande insatser för att stödja barn till föräldrar som har psykiska problem utvecklats under de tre senaste årtiondena. En av de mest spridda modellerna riktad till barn och föräldrar tillsammans är den som i Sverige ofta kallas *Beardslee* efter upphovsmannen William R. Beardslee (2002).

Beardslees familjeintervention har använts i Sverige sedan 2006 och genom statliga satsningar har personal, främst inom psykiatrisk vård, genomgått utbildning i modellen (Cederström & Pihkala, 2015). Modellen har utvärderats genom enkäter och efterintervjuer med barn, föräldrar och professionella i bland annat USA (Beardslee et al., 2007), Finland (Solantaus et al., 2009) och Sverige (Pihkala, Cederström & Sandlund, 2010).

Hur familjeinterventioner faktiskt gestaltar sig i samtalen mellan samtalsledare och familjemedlemmar är däremot tämligen outforskat både nationellt och internationellt. Artikelns syfte är att analysera familjestödande samtal med barn och föräldrar som professionell praktik och hur samtalsledare från socialtjänsten med olika kommunikativa medel stödjer barn och deras föräldrar att prata om föräldrars psykiska problem.

Barn som anhöriga

Barn till föräldrar som har psykiska problem är en grupp anhöriga som sällan uppmärksammas. En person som tidigt beskrev barns utsatta position som anhöriga var Manfred Bleuler (1974). I sitt arbete som psykiatriker följde han på nära håll under mer än tjugo år både patienter med schizofreni och deras barn. Bleuler häpnas över hur dessa barn "glömts bort", men menar samtidigt att det till viss del beror på den tystnad barnen själva ålägger sig med. Bleuler beskriver hur svårt det kan vara att få de här barnen att, också som vuxna, berätta om sin barndom i skuggan av föräldrar som

har schizofreni, en självpåtagen tystnad. Bleuler förklarar det med barnens känsla av skam samt erfarenheter av att få sin livssituation förlöjligad. Därefter har ett antal studier försökt fånga barns perspektiv på att leva med föräldrar som har allvarliga psykiska problem (Mordoch & Hall, 2008; Skerfving, 2015; Östman, 2008). I likhet med Bleulers tolkning visar de här studierna att det är vanligt att barn upplever skuld- och skamkänslor för att en förälder mår psykiskt dåligt eller för att man skäms för sin förälders beteende.

Med utgångspunkt i studier genomförda i USA, Storbritannien och Australien uppskattas att ungefär ett av fem barn lever i familjer där en förälder har psykiska problem (Reupert, Maybery & Kowalenko, 2013). I Sverige uppskattas 40 procent av vuxenpsykiatrins patienter ha barn under 18 år (Renberg, 2007; Östman & Eidevall, 2005). Av alla barn födda i Sverige 1987–1989 har nästan 6 procent en förälder som vårdats ineliggande för psykisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). Trots att ett stort antal barn berörs, har barn till föräldrar med allvarliga psykiska problem länge varit "osynliga" (Skerfving, 2005). Deras röster om situationen hemma har många gånger förblivit ohörd. Först 2010 gjordes ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen som innebär skyldighet för personal som möter vuxna som har psykisk funktionsnedsättning eller psykisk störning att uppmärksamma patienters barn och barnens behov av information, råd och stöd (SFS 2017:30).

Lagförändringarna till trots visar en norsk studie, där lagstiftningen i det avseendet liknar den svenska, att mindre än hälften av behandlare inom vuxenpsykiatri ställer frågor till patienter om de har minderåriga barn (Lauritzen et al., 2015). De professionellas ovana att involvera barn i samtal med patienter om deras psykiatriska tillstånd anges som skäl för det. Liknande svar ges i en svensk studie av barnperspektivet inom vuxenpsykiatri (Kejving, Sandlund & Pihkala, 2014). På motsvarande sätt beskriver socialarbetare det som svårt att hantera barns behov i familjer där en eller båda föräldrarna har psykiska problem (Afzelius, Plantin & Östman, 2017). För socialarbetarna är det dock upplevelsen av bristande kunskap om psykiatriska tillstånd som utgör svårigheten för att å ena sidan beakta barns behov av stöd och skydd och å den andra se till föräldrars önskan om stöd i sin situation och roll. I samtliga fall efterfrågas mer utbildning för personal inom socialtjänsten respektive psykiatri samt bland socialarbetarna ökad samverkan mellan psykiatri och socialt arbete. Forskning om samtal med barn och föräldrar, enskilt och tillsammans, är därför ett högst angeläget bidrag till de professioner som möter föräldrar med psykiska problem.

Tidigare forskning

Familjestödjande samtal är relativt outforskade inom samtalsforskning vilket motiverar en undersökning av dem som institutionella och professionella praktiker. Familjestödjande samtal är emellertid besläktade med andra familjesamtal inom familjeterapi (Aronsson & Cederborg, 2012; Cederborg, 1997) och råd- och vägledning (Miller & Silverman, 1995) vilka fungerar som relevanta jämförelsepunkter.

Cederborgs studie från 1997 är en pionjärstudie av autentiska familjeterapeutiska samtal som involverar både föräldrar och barn (4–7 år). Studien visar att de professionellas strategier i familjesamtal är avgörande för att realisera barnperspektivet som ideal genom att möjliggöra att barnet kommer till tals. Det framgår att samtalsledarens sätt att organisera, eller ”orkestrera”, samtalet genom att fördela ordet till olika samtalsdeltagare är centralt. Studien visar emellertid att de analyserade familjesamtalen dominerades av samtal mellan terapeut och föräldrar; barn tilldelades däremot sällan rollen som fullvärdiga samtalsdeltagare utan snarare rollen som åhörare. Aronsson och Cederborg (2012) liksom Miller och Silverman (1995) visar hur samtalsledares bemötande i terapeutiska respektive rådgivande familjesamtal kan möjliggöra ett öppet och samarbetsinriktat klimat för att samtala om svåra och känsliga problem inom familjer. Det framgår hur samtalsledare genom sin respons på föräldrars berättelser om familjeproblem kan förstärka känslor av skuld och skam. Detta reser frågor om hur samtalsledare kan skapa tillit och öppenhet för att tala om känsliga frågor och samtidigt motverka stigmatisering. Slutligen bör poängteras att den forskning som nämns ovan skiljer sig från de familjestödjande samtal som studeras i den här artikeln. En skillnad är att barn primärt ska stödjas i rollen som anhörig till en förälder med vårdkontakter inom psykiatrisk slut- och öppenvård. I familjestödjande samtal (typ Beardslee) är föräldrar den ”identifierade patienten” medan barn vanligen har den rollen i familjeterapeutiska möten.

Metod och material

Analysen bygger på data insamlad inom ramen för en studie av familjestödjande samtal. Projektet inkluderar även intervjuer med barn, föräldrar och samtalsledare vilka dock inte uppmärksammas i följande analys (se Bülow, Persson Thunqvist & Cedersund, 2017). Det studerade familjestödet bygger på en serie samtal i en viss ordning som består av: 1) inledande föräldrasamtal om föräldrarnas psykiska problem, 2) föräldrasamtal inför planering av samtal med barnet/barnen, 3) barnsamtal, 4) föräldrasamtal efter barnsamtal och för planering av familjesamtal, 5) familjesamtal samt 6) avslutande föräldrasamtal. Studien genomfördes i samarbete med professionella vid en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och en enhet inom socialtjänsten som arbetade praktiskt med familjestöd. I analysen som presenteras i den här artikeln

ingår 21 ljud- och bildinspelade möten inom ramen för familjestöd för fyra familjer. Tre av familjerna fullföljde hela den serie av möten som familjestödet utgjorde. En fjärde familj avslutade sitt deltagande efter det första föräldrasamtalet varför endast det första samtalet från den familjen ingår i materialet. De tre fullständiga samtalsserier som ingår består av mellan sex och åtta samtal per familj. Totalt utgörs det inspelade materialet av 17 timmar och 48 minuter samtalsdata. Dessutom ingår data i form av text och bild nedtecknat på blädderblock och whiteboard vilka använts som arbetsredskap under pågående familjestödssamtal.

Deltagare

Alla föräldrar som under studieperioden valde att delta i familjestödjande samtal utifrån det beskrivna samarbetet mellan den vuxenpsykiatriska mottagningen och socialtjänsten, inbjöds att medverka i studien efter att ha fått muntlig och skriftlig information. Föräldrars samtycke att delta i studien inkluderade samtycke till att deras barn fick tillfrågas om att delta. Barn i tioårsåldern och däröver undertecknade en egen skriftlig samtyckesblankett. Mindre barn fick muntlig information och gav sitt muntliga samtycke till att delta. Totalt ingick fem familjer i studien. En familj deltog endast genom föräldraintervju efter avslutat familjestöd och ingår därmed inte i analysen av familjesamtal som redovisas i den här artikeln. Sju personer valde efter information om studien att inte delta i den.

Datainsamling

Inför varje familjestödssamtal förbereddes samtalsrummet genom att filmkamera och separat ljudinspelningsutrustning ställdes i ordning före samtalet för att bli så lite framträdande som möjligt. Ansvarig samtalsledare ansvarade för det. För att minimera onödigt fokus på kameran satte samtalsledaren igång inspelningsapparaturen innan familjemedlemmarna hämtades från väntrummet samt lät inspelningen vara igång när familjen lämnade rummet. Familjen påmindes om inspelningen innan de gick in i rummet och kunde på det sättet välja att till exempel placera sig med ryggen mot kameran. Efter genomförd inspelning hämtades data av någon i forskargruppen. Först i samband med efterintervjuer träffade forskare föräldrar och barn. Dessa delgavs dock genom skriftlig information kontaktuppgifter till projektledaren och inbjöds att ta kontakt om frågor av något slag uppkom. Ingen sådan kontakt efterfrågades eller förekom.

Databearbetning och analys

Hela forskargruppen deltog i det detaljerade studiet av hela materialet från de 21 filminspelade familjestödssamtalen. Analysarbetet innebar att filmerna vid upprepade tillfällen studerades dels i sin helhet, dels utifrån specifika avsnitt. Analysen

genomfördes både vid gemensamma datasessioner och individuellt av respektive forskare för att i nästa steg diskutera och jämföra tolkningar och möjliga analytiska ingångar. Tematiskt har olika typer av samtal studerats och jämförts, som samtliga första samtal, alla barnsamtal och alla familjesamtal. Ett annat tematiskt spår har varit att följa var och en av de tre kompletta serierna av familjestödssamtal för att identifiera likheter och skillnader mellan olika serier samt för att studera hur samtalen konstitueras som just en serie. Sekvenser av betydelse för analysen har transkriberats (se transkriptionsnyckel i slutet av texten).

Etiska överväganden

Då analysen bygger på en begränsad studie sett till antalet personer och familjer som ingår erfordras särskild varsamhet vid hantering och rapportering av resultat. De samtal som samlats in och analyserats är av sådan art att etiska överväganden har behövts i projektets alla delar. Valet att som forskare inte fysiskt närvara som observatör gjordes för att minska det intrång en sådan närvaro skulle ha kunnat innebära med risk för att försvåra skapandet av en fungerande arbetsrelation mellan samtalsledare och familj. Vidare innebär organiseringen av samtalsserierna att endast samtalsledaren och forskarna har möjlighet att följa allt som sägs inför kameran. Sammantalet innebär det att vi i analysen som följer uteslutit uppgifter om till exempel föräldrars, barns och samtalsledares kön trots att det skulle kunna vara av vikt för analysen. Med samma argument har vi i exemplen hoppat över detaljer som skulle kunna vara identifierande inom familjen likaväl som i relation till utomstående. Namn på personer, platser och liknande har ändrats eller uteslutits helt. Samtidigt motiveras den här typen av detaljerade studier av institutionella samtal av ett behov av ökad kunskap om möten som vanligen är helt dolda för alla utom av deltagarna själva. Det gäller både för professionella och för föräldrar och barn.

Teoretisk referensram

Studiens teoretiska ram utgår från ett dialogiskt (Linell, 2009) och tillika mikrosociologiskt perspektiv (Goffman, 1974; 1981). Det innebär att professionella praktiker studeras i ett kommunikativt perspektiv med betoning på dynamiska, processuella och reflexiva aspekter (Linell, 2009). Utifrån ett dialogiskt perspektiv uppmärksammas den kommunikativa praxis som etableras för att tala om psykiska problem utifrån ett barnperspektiv och en familjehorisont.

En central utgångspunkt är att samtalen måste förstås i relation till de institutionella kontexter som de ingår i. Utifrån syftet att analysera familjestödjande samtal som professionell praktik tillämpas analytiska verktyg som genererats genom forskning om institutionella och professionella samtal (Drew & Heritage, 1992; Linell,

1991). Denna forskning har främst fokuserat samtal mellan professionella (t.ex. läkare) och medborgare, vilka i mötessituationen tilldelas roller som till exempel patient. Sådana samtal villkoras av den institutionella inramningen, det vill säga verksamhetens målsättningar, funktioner och traditioner. Vidare utmärks de i regel av asymmetriska relationer mellan mötesdeltagarna i termer av en ojämlig fördelning av kunskaper om samtalspraktiken och ibland maktbefogenheter med koppling till beslutsfattande och "grindvaktsfunktioner" (Linell, 2011).

Utifrån studiens teoretiska utgångspunkter studeras familjestödjande samtal som professionell praktik utmed åtminstone tre relaterade dimensioner. Det första gäller *samtalens inramningar* (Goffman, 1974) vilka är centrala för att förstå den avgränsning som definierar familjestödjande samtal genom att särskilja dem från andra närliggande praktiker. Samtal och situationsdefinitioner utvecklas dynamiskt och karakteriseras just därför av regler, normer och konventioner för samtal, exempelvis att fördela talar- och lyssnarroller och synkronisera kroppsliga positioner i rummet, att bevara varandras värdighet, att hantera genans och andra emotionellt laddade incidenter.

Den andra dimensionen gäller hur *relationer och roller i samtal* ramar in i institutionella praktiker. I vår studie handlar det om vilka roller som utvecklas i samspelet mellan föräldrar och behandlare, barn och behandlare samt föräldrar och barn som tillsammans träffar och samtalar med en eller två behandlare från socialtjänsten. För barnen och föräldrarna handlar samtalen om dem själva och deras problem som anhöriga och som patienter/klienter, medan de socialarbetare som leder samtalen talar utifrån sin professionella erfarenhet, yrkesmässiga erfarenhet och rutin att genomföra den typen av samtal. Goffmans (1981) begreppsapparat om deltagarroller och deltagarramverk är fruktbar för att synliggöra vilka professionella arbetssätt och kommunikativa medel som behandlare använder för att organisera och hantera samtal som involverar flera deltagare och familjemedlemmar. Samtalens inramningar kan i den meningen kopplas till en kommunikativ arbetsfördelning där deltagare tilldelar varandra olika samtalsutrymme samt komplementära roller knutna till olika förväntningar, rättigheter och skyldigheter. Deltagarroller handlar om hur man deltar i samtalet utifrån olika positioner, till exempel som talare, lyssnare, utfrågare, rådgivare, kommentator eller enbart åhörare.

Den tredje dimensionen gäller frågor om hur *enskilda samtal som ingår i serier av samtal* bildar en helhet. Utifrån ett dialogiskt perspektiv kan uppmärksamheten riktas mot hur sociala fenomen och mellanmännsliga relationer kan transformeras till någonting som ses i ett annorlunda ljus eller perspektiv samt också i termer av hur *formerna* för att samtala förändras, *rekontextualiseras*, när förflyttningar mellan samtalsämnen sker mellan olika kommunikativa situationer, samhällssektorer och samtalskulturer (Linell, 2011).

Att samtala om psykisk sjukdom utifrån ett medicinskt/psykiatriskt perspektiv inom sjukvården är exempelvis något annat än att samtala om den utifrån ett livsvärldsperspektiv på hur sjukdom kan hanteras i vardagen. Vår fråga blir här: Vilka former och ramar utvecklas för att tala om ämnet i familjestödande samtal? Med tanke på att samtalen organiseras som serier av samtal blir det också relevant att beakta eventuella skiften och förändringar som sker inom och mellan olika samtal med olika deltagarkonstellationer.

Analys: familjestödande samtal som praktik

I nedanstående analys är det de professionella samtalsledarna som primärt ställs i fokus genom vårt val att studera familjestödande samtal som professionell praktik. Det betyder inte att vi utesluter föräldrars och barns del i samtalen. Tvärtom är det interaktionen mellan deltagarna i samtalen som är vår analytiska utgångspunkt. Genom analysen identifierades tre utmaningar vilka samtalsledaren som den professionella parten ställs inför och hanterar i samtalen. Den första handlar om *att skapa och upprätthålla familjestödet som en process* trots att samtalsserien innebär möten med olika familjemedlemmar och i varierande konstellationer. Den andra utmaningen och samtidigt den mest centrala uppgiften är att bistå barn och föräldrar att enskilt och tillsammans *sätta ord på föräldrars psykiska problem* – ett ämne som kan upplevas svårt att prata om och där familjemedlemmarna kan ha behov av olika former av stöd. En tredje utmaning handlar om att balansera mellan ett fokus på problem och målet att lyfta fram familjens inneboende resurser. Denna balansakt tycks främst hanteras genom att lyfta fram och *bekräfta* det som fungerar väl *och att normalisera problem* som av samtalsledare beskrivs som "vanliga" i familjer med barn och unga.

I det följande återges (åtta) samtalsutdrag som vi på basis av noggranna transkriptioner och datanära analyser presenterar relativt detaljerat. Det innebär att yttranden återges ordagrant och inkluderar sådant som avbrott, omtagningar, tveksamheter, korta och längre pauser (markerade i sekunder), samtidigt tal och så kallat lyssnarstöd (t.ex. småord som "ja", "mm", "nä", som yttras av samtalsdeltagare som tillfälligt inte har ordet). Syftet är därigenom att gestalta samtalens karaktär. Gemensamt för flertalet samtalsutdrag är att samtalsledarna dominerar samtalsutrymmet innehållsligt. Det är delvis en konsekvens av analysens fokus på just de professionella samtalsledarnas organiserande roll i mötet med föräldrar och barn. Samtidigt tydliggör det en kommunikativ arbetsfördelning där det är samtalsledarna som ansvarar för att initiera, leda och styra samtalen i enlighet med verksamhetens uppgifter och målsättningar. Den frekventa förekomsten av frågor och svar, samtidigt tal och verbalt samt kroppsligt lyssnarstöd (t.ex. nickanden) manifesterar på samma gång den interaktiva dynamiken i de institutionella samtalen.

Att skapa och upprätthålla familjestöd som process

Genom att familjestödet är organiserat som en serie av samtal i en given ordning och i olika konstellationer märks vissa variationer i upplägget beroende på om en eller två föräldrar deltar och antalet barn som ingår i familjestödet. En mycket viktig aspekt för att skapa och upprätthålla familjestödet som en sammanhållen process handlar om att tydliggöra hur dess olika delar är länkade till varandra samt att betona vad som står i fokus. Ramar och roller utgör två viktiga delar i den processuella sammanhangsmarkeringen.

Att sätta in det pågående samtalet i sin kontext som del av familjestödet och att tydliggöra det enskilda samtalets syfte och målsättning var bland det första som lyftes i varje enskilt samtal. Genom en sådan primär *kontextualisering* skapades en grundläggande ram för det just inleda samtalet samtidigt som det placerades inom den större ramen för familjestödet som helhet. Vid det inledande föräldrasamtalet beskrevs i den utvidgade ramen översiktligt det tilltänkta familjestödet med uttryck som "och nästa gång träffas ... och därefter ...".

Samtalsutdraget i nedanstående exempel är inledningen av det första föräldrasamtalet i en familj. Det startar en och en halv minut efter att föräldrar och samtalsledare småpratande kommit in i samtalsrummet. Småpratet fortsätter medan deltagarna sätter sig till rätta runt bordet där kaffe serveras. Samtalsledaren markerar att samtalet formellt inleds genom att dra till sig sitt anteckningsblock och liksom en dirigent med båda händerna "slå an" mötet samtidigt som hen säger "happ". I de följande samtalsutdragen står "S" för samtalsledaren, "B" för barnet och "F" för förälder.

Exempel 1. Första föräldraträffen C1 (1,5 minuter in i samtalet)

- 01 S happ. nej men vi har ju pratat lite om (.) ramen då att
02 idag träffas vi utifrån hu hur ni e:h tänker omkring er
03 situation och hur det har påverkat barnen och familjen.
04 och så nästa gång fokuserar vi lite på speciellt B.
05 /.../
06 eh och sen är ju ambitionen att vi ska träffa då eh B.
07 och sen (.) träffas vi igen då för å liksom snacka lite
08 om vad hur kan vi gå vidare. och målet är ju att ha
09 nån familjeträff så där ni eh med hjälp utav oss få-
10 alltså får beskriva eller svara på de frågor som
11 eventuellt B har då men det får vi se. (.) .h men
12 då så sa vi att vi börjar lite att vi tar tjugo
13 minuter fokus på /.../

Inledningsvis är det ramen för dagens möte som samtalsledaren beskriver med hänvisning bakåt till det möte där föräldrar informerats om familjestödet. På det följer vad som är tänkt för nästkommande möten för att sedan återgå till vad som ska ske här och nu.

Värt att notera är hur samtalsledarens presentation av de kommande samtalen blir alltmer hypotetisk genom att prata om "ambitionen att vi ska träffa" (rad 06) och "målet är ju att ha nån familjeträff" (raderna 08–09). Det sättet att prata om framtida samtal i serien signalerar att det finns en öppning för förhandling om hur fortsättningen ska se ut. I det inledande föräldrasamtalet i en annan familj märks liknande vink om ett visst utrymme för modifikation samtidigt som samtalsledaren ger löfte om guidning genom processen och därigenom också beskriver rollfördelningen mellan professionella och familjemedlemmar: "så lotsar vi ju er igenom det här då så får vi se var det landar nånstans" (B:1).

Frampratandet av samtalsserien utmärks också av en viss försiktighet som "men det får vi se" (rad 11). Dessa tecken på försiktighet eller varsamhet skulle kunna förstås som att den professionella inte vill "skrämma bort" föräldrarna och därmed möjligheten att fullfölja familjestödet ända fram till familjesamtalet och uppföljningen av det, det vill säga två samtal som ligger flera möten fram i tiden.

Samtal längre in i serien inleds vanligen med att både knyta an till tidigare samtal och att peka framåt mot nästa träff. Det sättet att placera in pågående möte i familjestödet som en pågående process sker oavsett om den aktuella familjemedlemmen deltagit i föregående samtal eller skulle vara med i nästkommande. Därigenom arbetar samtalsledaren för att involvera hela familjen i hela samtalsserien trots att barnen i vår studie endast deltar i två möten.

Exempel 2. Familjeträff C5 (2,5 minuter in i samtalet)

- 01 S för när man har en förälder som inte mår bra så påverkas
02 ju hela familjen och och barn. funderar ju. mycket.
03 och så. mer eller mindre. det är lite olika så va så
04 därför så träffade du S, ((vänd mot B)) och ni har ju
05 gått igenom lite saker som du funderade på och sen har
06 vi tagit upp det med F då.
07 B ((nickar))
08 S så idag handlar det ju om att få lite förklaringar och,
09 hur man ska planera vidare och så för att det ska bli så
10 bra som möjligt för dig. för det är liksom (.) du som
11 egentligen är huvudpersonen. här. att det ska vara så
12 bra som möjligt för er barn då.

Familjeträffen ligger i slutet av samtalsserierna men för barnen är det här samtalet deras andra möte i familjestödet. I exemplet ovan lyfter samtalsledaren (S) fram både barnets (B) enskilda samtal med en annan samtalsledare, som är involverad i familjestödet för familjen, och hur det följts upp med ett föräldrasamtal (där barnet inte deltog). Vidare beskriver samtalsledaren hur de båda mötena hör ihop med dagens träff där fokus ligger på "att få lite förklaringar" (rad 08) vilket ska bidra till "att det ska vara så bra som möjligt för er barn då" (raderna 11–12).

Både i samtalens början och slut knyter samtalsledaren an till tidigare respektive framtida samtal inom serien för att placera in det pågående mötet i familjestödets vidare ram. Under samtalet återkommer den professionella till vad som komma ska och vad som hänt i tidigare möten. På så sätt "pratar" samtalsledaren fram serien av samtal i vart och ett av de enskilda mötena.

Exempel 2 innehåller också en sammanhangsmarkering som ger en tydlig anvisning till samtliga samtalsdeltagare om en förväntad rollfördelning där barnet framställs vara "huvudpersonen" i samtalet (rad 11). Andra exempel på uttalade rollfördelningar i familjestödet är framhållandet att det är individen som är expert på sitt eget mående (se kommande exempel 4). På liknande sätt betonar samtalsledarna föräldrars expertis när det kommer an på hur just deras barn reagerar i olika situationer.

Barn och barns perspektiv är centrala fokus i familjestödet och märks tydligt redan i inledningarna av både det första föräldrasamtalet och familjeträffarna. I exempel 1 markeras det efter en kort tvekan när samtalsledaren säger "utifrån hu hur ni e::h tänker omkring er situation och hur det har påverkat barnen /.../" (raderna 02–03), ett tema som fortsätter genom att beskriva hur barnet senare är tänkt att ingå som aktör (raderna 06 samt 09–11). Exempel 2 visar hur samtalsledare snabbt anlägger ett barnperspektiv när hen vänd mot barnet förklarar syftet med familjeträffen (raderna 01–06) och utnämner barnet till samtalets huvudperson (raderna 10–11). På så vis görs barn till aktörer i samtalen.

Exempel 3A och B (som ingår i en längre samtalssekvens) illustrerar ett återkommande mönster där samtalsledare rekapitulerar och vidareutvecklar diskussioner som förts vid tidigare möten om hur man sätter ord på psykisk ohälsa. Samtalet är framåtpåkande i den meningen att frågor också ställs om vilken relevans och betydelse de familjestödjande samtalen kan ha för framtida situationer i familjelivet ("hemma"):

Exempel 3A. Föräldrasamtal D6 (drygt 8 minuter in i samtalet)

- 01 S men tror du du skulle kunna använda dej av det här sättet
- 02 och prata i ett annat sammanhang hemma (.) "ja men idag är
- 03 det här viktigt för mej"=
- 04 F =ja: absolut

Samtalsledaren (S) stämmer på detta sätt av med föräldern (F) hur hen ser på olika alternativa sätt att prata med sina barn i specifika situationer när man som förälder inte mår bra och måste kunna kommunicera gränser för vad man orkar och klarar av att göra i sin vardag. Det fungerar dessutom som förslag till ett möjligt nytt sätt för föräldern att tala med barn om sin sjukdom. Genom att samtalsledaren och föräldern vid det tillfället (3A) har haft flera tidigare kontakter präglas samtalet av en hög grad av införståddhet; det går smidigt att ta upp samtalstrådar från tidigare samtal. Givet att barnet är frånvarande i tvåpartssamtalet blir föräldraperspektivet dominerande. Samtalsledaren växlar emellertid perspektiv genom att aktualisera frågor om samtalsbetydelse för barnen i deras vardagsliv.

Exempel 3B. Föräldrasamtal D6 (drygt 10 minuter in i samtalet)

- 01 S det viktiga är ju inte att jag ska förstå så mycket utan hur
- 02 det här ska leva vidare för er (.) för jag har ju träffat dom
- 03 ((barnen)) i flera sammanhang tidigare (.) ett samtal med
- 04 barnen här och ett familjesamtal (.) och dom är ju unga
- 05 människor (.) och det är ju förmätet att tro att dom liksom
- 06 skulle "oj nu berättar jag mitt livs historia"
- 07 F ja:
- 08 S men jag tänker att man visar på att så här kan man prata (.)
- 09 eller så här kan det gå till (.) och så upplevde ju jag att
- 10 det va bra kontakter med ((barnen))

Roller och relationer mellan samtalsledare och föräldrar modifieras genom samtalsserierna delvis som en konsekvens av att samtalsledarens kunskaper successivt ökar om olika familjemedlemmar. Det förändrar också förutsättningarna för verksamhetens målsättning att kunna ge hjälp till självhjälp i form av råd och stöd som baseras på familjemedlemmars olika perspektiv. Exempel 3B visar hur samtalsledaren (S) kommenterar sin roll och sitt förhållningssätt till hur dennes kunskaper och erfarenheter om barn inom familjen kan användas som resurs för familjestödet. Samtalsledaren tonar ned betydelsen av sin egen expertroll och kunskap om barnen (raderna 01–02) också med hänvisning till att den professionelle inte har tillgång till barnens "livsberättelser" (raderna 05–06). I stället betonas verksamhetens strävan att ge hjälp till självhjälp, "hur det här ska leva vidare för er" (rad 02).

Att sätta ord på föräldrars psykiska problem

En grundläggande uppgift för samtalsledare är att bistå barn och föräldrar att sätta ord på det som upplevs som oroande, svårt eller skamfyllt i relation till föräldrars psykiska problem. Redan i det inledande föräldrasamtalet sätts fokus på hur föräldern själv uppfattar och beskriver sina problem. Genom att omväxlande ställa frågor och omväxlande lyssna och skriva nyckelord på blädderblock eller whiteboard uppmuntar samtalsledaren föräldrar att formulera en kronologisk livs(sjukdoms)berättelse, som till exempel ”och då är du i ålder?” eller ”och det var på grund av ...?”, eller ”vad var det som hände där?”

Som en del av samtalsledarnas självpresentation ingick vanligen att betona sin roll som icke-expert inom psykiatri. Därmed öppnades samtalet för mer vardaglig beskrivning av problemen, och mötena präglas av en lyhördhet för hur föräldrar och barn väljer att omtala problemen.

Exempel 4. Föräldrasamtal A1 (knappt en minut in i samtalet)

- 01 S men du (.) idag då (.) nu var det ju några veckor sen vi
02 träffades
03 F m::
04 S och vi bestämde att vi skulle ägna tiden lite åt (.) dej
05 F m:
06 S och lite hur du tänker (2s) syftet med att vi träffas är ju
07 ändå att du har en kontakt med vuxenpsykiatrin utifrån din
08 ohälsa. och att du har barn och att du funderar hur det där
09 påverkar ditt barn (.) och jag vet ju inte så mycket om dej
10 utan du är ju expert på ditt liv. så det är bra att ha som
11 inramning hur du tänker kring ditt liv och din ohälsa /.../

I exempel 4 ovan är det föräldrarnas kontakt med vuxenpsykiatrin och omsorg om barnet som blir ingången till att prata om problemen som kopplade till psykiatriska tillstånd och till sjukdomsberättelsen. Samtalsledaren närmar sig tämligen direkt i samtalets början familjestödets syfte samtidigt som benämning av föräldrarnas psykiska problem görs med viss försiktighet genom uttryck som ”din ohälsa” och ”hur det där påverkar ditt barn” (raderna 08–09). Att som professionell inte vara den som först benämner problemet ger föräldern rätt att själv välja hur den psykiska ohälsan ska beskrivas och omnämnas. Samtalsledarens agerande liknar vad Jörg Bergmann (1992) fann vid en analys av psykiatrikers inskrivningssamtal med patienter inför inläggning (både frivillig och med tvång) och som han har kallat att utforska genom *fishing*. Det som i exempel 4 kan uppfattas som ängslighet hos den professionella kan i samtalet fungera som ett sådant fiskande efter den andres sätt att prata om och

förstå sina problem. Inbjudan att med egna ord få beskriva sina problem förstärks här genom att samtalsledaren betonar att det är föräldern som är "expert" på sitt eget liv (rad 10). Ett annat sätt som samtalsledare (S) använde var att fråga föräldern (F) om hur problemen benämndes på sjukintyg eller i kontakten med behandlare vid den psykiatriska mottagningen.

I strävan efter att pejla in hur föräldrar själva pratar om sina psykiska problem – och därmed hur de möjligen benämns och kommuniceras inom familjen och utåt mot släkt, vänner och kollegor – märks hur samtalsledare följer upp, söker preciseringar och ibland utmanar föräldrars benämningar av psykiatriska tillstånd när de uppfattas som till exempel vaga, generella eller metaforiska.

Exempel 5. Föräldrasamtal B1 (drygt sju minuter in i samtalet)

- 01 S och då blev det nån? [(xx) depressions,?
02 F [(xx) ja då vart det en rejäl svacka.
03 S ja
04 F men så lämnade jag /.../
05 S okej. (1s) när du säger svacka alltså var svackan att du
06 behövde ligg- behövde du ligga- vara [på sjukhus?
07 F [ja (xx) ja psyk
08 psykmottagningen i X-stad
09 S men inte inneliggande?
10 F jo inneliggande
11 S inneliggande ja mm.

När föräldern i exempel 5 ovan med stöd av samtalsledarens frågor börjar berätta om sina psykiska problem föreslår samtalsledaren (S) på rad 01 att det som hände skulle kunna kallas depression. Detta bejakas av föräldern (F) som dock väljer att beskriva perioden som "en rejäl svacka" (rad 02) för att därefter fortsätta sin berättelse. Samtalsledaren bekräftar i sin tur detta val och använder strax därefter själv ordet "svacka" två gånger i sin uppföljande fråga om det inneburit sjukhusvistelse (rad 05). Exemplet visar ett interaktivt mönster där benämningarna av de psykiska problemen prövas, hur samtalsledaren med visad känslighet antar föräldrarnas val av metafor för att beskriva sin depression och hur metaforens innebörd utforskas och konkretiseras (t.ex. genom frågor, rad 05–06). Det leder till att föräldern förtydligar att svackan handlade om att vara inlagd på en psykiatrisk klinik.

Formulerandet av sjukdomsberättelsen handlar inte bara om hur föräldern själv pratar om sina problem, utan att få föräldrar att reflektera kring hur andra kan uppfatta problemen "men annars i (.) i vardagen när man liksom möter dig vad är det främst för symtom som märks?" (B1).

På det sättet kan benämningar tydliggöras och diskuteras både utifrån hur föräldern själv vill prata om problemen och hur de vanligen omnämns inom familjen. Att undersöka om och i så fall på vilket sätt psykiska problem benämns av föräldrar och barn är en viktig förberedelse inför uppgiften att prata med barnet. Benämningarna och hur det sker är en central del i familjestödet och dess olika delar.

I utforskandet av sjukdomsberättelsen och därmed sättet att prata om de egna psykiska problemen spelar nyckelord som samtalsledaren noterar på blådderblock eller whiteboard en viktig roll genom att utgöra parternas gemensamma fokus.

Exempel 6. Föräldrasamtal B1 (25 minuter in i samtalet)

- 01 S och sen då när ehum för jag förstår ju att den här ((*pekar*
- 02 *på blådderblocket*)) lite (.) mörka tiden börjar, (.) om
- 03 jag förstår dig rätt. (.) började det liksom kännas att
- 04 depressionen gjorde sig påmind igen?

Anteckningarna blir utgångspunkt för nya frågor och förfrågningar om förtydligande från samtalsledarens sida. Som märks i exempel 6 använder samtalsledaren (S) noteringarna i blådderblocket för att prata om och sätta ord på föräldrarnas psykiska problem. Det sker med stor varsamhet och med det som Bergmann (1992), från fynd i psykiatriska inskrivningssamtal, kallat "telling my side", det vill säga genom att samtalsledaren delger sin tolkning från sitt eget perspektiv "för jag förstår ju /.../ om jag förstår dig rätt" (raderna 01 och 03). Försiktigheten märks också i den metaforiska beskrivningen om att den "mörka tiden börjar" (rad 02) för att sedan benämna det som när "depressionen gjorde sig påmind igen" (rad 04). Från föräldrars sida kan samma anteckningar och små teckningar ge en ny bild att kunna reflektera kring.

Att de familjestödjande samtalen genomfördes för barnens skull och därmed hade ett tydligt perspektiv på barns rätt att få information, råd och stöd i samband med föräldrars psykiska problem märktes på flera sätt. Ett sådant var hur samtalsledare arbetade för att knyta föräldrars sjukdomsberättelse till barnen och till deras situation. Genom att skjuta in frågor om barnens ålder vid specifika händelser som en förälder beskriver, fäste samtalsledaren fokus på hur händelser som berättades ur föräldrars synvinkel kunde förstås ur barns perspektiv. Ett annat sätt att föra in ett barnperspektiv i samtal med föräldrar var att fråga om barnets eller barnens reaktioner på olika händelser: "och vad såg barnen då? vad var det för förälder de såg?" (C1). Sådana kommunikativa strategier bidrog till att samtalet bibehöll ett grundläggande familje- och barnperspektiv trots ett tydligt fokus på föräldrars psykiatriska tillstånd. Föräldrars bild av vad barnen vet eller inte vet kan bli viktiga pusselbitar i senare samtal med barnen och där samtalsledaren också försökte skapa sig en egen förståelse för barnens situation och hur barnen uppfattade sina föräldrars psykiska

problem och på vilket sätt de påverkade barnen. Det hände till exempel i barnsamtalet i exempel 7.

Exempel 7. Barnsamtal C3 (knappt 22 minuter in i samtalet)

- 01 S har du tänkt på det efteråt sen?
02 (1s)
03 B vilket?
04 S själva den händelsen? (.) är det nåt som hänger med dig
05 som du är orolig för? har du nån oro för att det ska
06 hända igen eller?
07 B ibland tänker jag på det. liksom så tycker att det
08 är (.) jobbigt. (1,5 s) och jag är ju rädd att det ska
09 hända igen.

I utdraget som kommer drygt 20 minuter in i samtalet försöker samtalsledaren ta reda på i vilken utsträckning föräldrarnas akuta psykiska problem en tid tillbaka påverkar barnet nu. Intressant är hur barnet först inte tycks förstå frågan "vilket?" (rad 02) eller inte känner sig säker på hur frågan kan besvaras. Först när samtalsledaren med det vaga uttrycket "den händelsen" (rad 04) beskriver vad barnet förväntas reflektera kring samt presenterar ett antal frågor som visar vilka slags känslor det skulle kunna handla om (raderna 04–06), utvecklar barnet sitt svar. Svaret följer på sätt och vis de förslag samtalsledaren har lagt fram men omformuleras. Så blir samtalsledarens ord "nåt som hänger med dig" (rad 04) i barnets version "ibland tänker jag på det" (rad 07) och den professionellas ordval "har du nån oro" (rad 05) barnets mer distinkta "jag är ju rädd" (rad 08).

Samtalen med barn anpassades i hög grad till barnets ålder och till vad föräldrar berättat om barnets reaktion på och vetskap om föräldrarnas problem. I samtal med mindre barn användes BOF-dockor som stöd i barnets beskrivning om sitt nätverk. I samtalen med lite äldre barn fungerade blädderblock och/eller whiteboard som gemensamt fokus. Samtalsledarna använde också ett sätt att prata om föräldrars psykiatriska tillstånd som stämde överens med hur föräldrarna hade benämnt problemen. Barnsamtalen var kommunikativt en utmaning då de innebar ett första samtal med ett barn som deltog i familjestödet utifrån sin/sina föräldrars önskemål. Det kan förklara varför barnen i vårt material inte tycktes ha en egen agenda eller egna färdigformulerade frågor inför mötet. I stället fick samtalsledaren både introducera ramen för familjestödet som process och det aktuella samtalet samt leda mötet. Generellt innehöll barnsamtalen inledningsvis en ganska lång stund av prat om vardagliga ting som skola, kamrater och fritidsaktiviteter.

Att bekräfta och normalisera

Ett återkommande och karakteristiskt mönster i de studerade familjestödjande samtalen är att samtalsledarna bekräftar föräldrarna och lyfter fram deras föräldraförmåga. Det kan till exempel yttra sig i uppmuntrande tal om hur föräldrarna generöst och öppet delar med sig av sina erfarenheter och gör sitt bästa för barnen. Samtidigt är det värt att uppmärksamma hur sådan uppmuntran återkommande ges i en komplex balansakt. Den består i att betydelsen av föräldrars sjukdom måste tas på allvar med tanke på barnens situation samtidigt som detta problemfokus inte ska leda till stigmatisering och ökat skuldbeläggande. Samtalsledare tycks hantera balansakten genom att parallellt med ett fokus på problem även bekräfta styrkor i familjer, lyfta fram det som fungerar bra samt peka på förekomsten av stödjande nätverk runt barnet.

Balansgången mellan ett tydligt fokus på föräldrars psykiska problem och strävan att inte öka risken för stigmatisering genom att till exempel låta alla familjens problem förklaras av föräldrars problem hanterades också genom ett slags normaliserande av problem. Det illustreras i exempel 8 där gränsdragningar görs mellan det som kan förklaras av föräldrars psykiska problem och vad som tillhör vardagen i många familjer där psykiska problem inte finns.

Exempel 8. Föräldrasamtal D6 (nästan 12 minuter in i samtalet)

- 01 S sen har det ju handlat om det här vanliga [med tonårsbarn
- 02 F [ja: m::
- 03 S som "va ska tillåtas och va ska inte tillåtas" (.) de prata
- 04 vi ju om lite också (.) som givetvis hänger ihop med allt (.)
- 05 det du står lite i=
- 06 F =m::
- 07 S och du har haft funderingar kring (B) att (B) har en
- 08 en förmåga att (.) liksom va den som tar hand om och som ser
- 09 och så (.) vilket ju är en jättefin egenskap men det är
- 10 också viktigt att man tar hand om sej själv=
- 11 F =ja::
- 12 S hur känner du i det (.) för det spann du ju på lite ett tag

I det här exemplet hänvisar samtalsledaren (S) (raderna 01–03) till tidigare diskussioner om tonåringars bekymmer (utifrån föräldraperspektivet) som något som handlar om "vanliga tonårsproblem". Det innefattar föräldrars bekymmer att dra gränser mellan vad barn i olika åldrar ska tillåtas att få göra och inte få göra (raderna 03–04). Samtalsledaren skiftar sedan fokus. Återigen med hänvisning till föräldrarnas egna funderingar aktualiseras frågan om det extra ansvar barn som anhöriga till en

förälder med psykisk sjukdom ofta måste axla. Samtalsledaren framhåller barnets ansvarstagande som en berömvärd egenskap (rad 09) men följer sedan upp frågan ur ett barnperspektiv (barns rätt att slippa extraordinärt ansvar) med ytterligare frågor om hur föräldern känner inför det. På det sättet blir de familjestödande samtalen till ett forum där föräldrar kan aktualisera och diskutera frågor om föräldraskap och barns fostran ur en mängd olika aspekter utifrån ett vardagslivsperspektiv och där samtalsledarna kontinuerligt bekräftar vad som utgör "vanliga" problem respektive problem som specifikt är kopplade till en förälders psykiska sjukdom och bekymmer relaterade till den.

Samtidigt som samtalsledarna tonar ned sin expertis när det gäller föräldrarnas barn, ger de återkoppling i kraft av sin yrkesvana att regelbundet samtala med barn och föräldrar. Det som utifrån föräldraperspektivet beskrivs som något avvikande eller särskilt bekymmersamt kan avdramatiseras av samtalsledares respons, till exempel "i (B:s) ålder börjar ju friheten att pocka (.) man ska åka in till stan, gå på bio ...", "lite sår i själen, lite tilltufsad blir man ju i tonåren" (D6).

Utdraget i exempel 8 visar jämförelsevis hög grad av ömsesidigt engagemang i frågorna vilket märks på hur samtalsparterna "pratar i mun" på varandra (raderna 01–02) samt genom hur föräldern omedelbart fyller i eller bekräftar det samtalsledaren säger (raderna 05–06 respektive 10–11). Vid båda de senare tillfällena utgörs förälderns samtalsstöd av ett mer långdraget och därmed betonat "m:." respektive "ja:." vilket ytterligare kan tolkas som tecken på att samtalsämnet engagerar.

Sammanfattningsvis kan det sätt som samtalsledarna bekräftar och normaliserar förstås som ett slags hjälp till självhjälp som innebär att den lärande aspekten av samtalsserierna accentueras. Den har en tydlig framtidsorientering genom att samtalsledarna strävar efter att inge styrka och att ge föräldrar och barn redskap att på egen hand och i framtiden kunna hantera svårigheter relaterade till föräldrars psykiska problem. Det inkluderar råd och stöd i form av erbjudanden om att delta i föräldragrupper eller andra stödfunktioner som finns upparbetade inom familjestödet. Den lärande aspekten av samtalsserierna lyfts också fram explicit av samtalsledare genom en värdering av hur lärdomar från tidigare samtal kan tillämpas framöver i vardagslivet.

Diskussion

De familjestödande samtal som studeras i den här artikeln är värda att uppmärksamma som en särskild typ av institutionellt samtal genom dess stödjande funktion och informella inramning; de sker visserligen i ett institutionellt sammanhang – socialtjänsten – men finns ändå i ett gränsland. I vår studie märks det genom att det är socialarbetare som genomför samtalen med barn och föräldrar om föräldrars psykiska

problem – ett område där socialarbetares expertis inte har en självklar legitimitet. Föräldrarna har i stället en känd fortsatt kontakt med behandlare inom vuxenpsykiatri. Därtill kommer att familjestödet ges som en servicetjänst, det vill säga det handlar inte om en behovsprövad insats.

Dess stödjande funktion innebär att familjestöd av det slag vi har studerat framstår som en i grunden lärande praktik. I så motto har de analyserade familjestödssamtalen stora likheter med Beardlees modell. Familjestödet är en samtalspraktik som tydligt eftersträvar att föräldrar och barn var för sig och tillsammans ska utveckla strategier för att möta och hantera svårigheter som hör samman med föräldrars psykiska problem. Det handlar inte självklart om att förstå problemen på ett nytt sätt. Det handlar snarare om att kunna prata om problemen på ett sätt som gör svårigheter eller oklarheter i vardagen mer hanterbara. Den framträdande roll som samtalsledare intar genom både att ta mer utrymme i samtalet och att värdera beskrivna handlingar avviker på ett distinkt sätt från mer terapeutiskt inriktade samtal men förklaras av målsättningen att vara just lärande.

Familjestödet som professionell praktik är också av stort intresse att undersöka utifrån att det handlar om samtalsserier snarare än om enskilda samtal. I institutionella kontexter sker samtal i praktiken ofta i form av serier av samtal (Linell, 2011). I litteratur författad av terapeuter illustreras sådana samtalsserier som beskrivningar av fall och hur de leder fram till (oftast) lyckade resultat (t.ex. Seltzer, 2006). Forskning om institutionella samtal analyserar däremot sällan samtal som serier även om de studerade samtalen *de facto* är en del av en samtalsserie. I analysen av familjestödjande samtal som professionell praktik framstår just detta arbete att skapa och vidmakthålla bilden av familjestödet som en serie samtal som en central uppgift för de professionella. Det handlar om att hålla ihop serien av samtal och att seriekoppla de enskilda samtalen så att vart och ett ges sin specifika mening för att uppnå helheten. Goffmans rambegrepp (1974) är synnerligen användbart och relevant för att fånga processen att kommunikativt tillskapa familjestödet som en helhet. Begreppets giltighet här bygger dels på görandet, det vill säga det professionella arbetet att tillskapa och upprätthålla olika ramar och dels på betydelsen av ramverk som en bärande konstruktion, en stomme. Genom att familjestödet som vi har studerat utgörs av samtal i olika konstellationer – föräldrar tillsammans och/eller var för sig, barnsamtal och familjeträffar – är samtalsledarens organiserande roll central.

De familjestödjande samtalen i vår studie visar även hur barnperspektiv realiserar i en professionell praktik. Det handlar om samtal med barn och föräldrar om föräldrars psykiska problem. Samtidigt är det samtal för barnens skull. Den professionella praktiken ska syfta till att beakta barnens perspektiv. Dilemmat att möta föräldrars behov av stöd och att samtidigt se till barns behov av skydd, som socialarbetare inom

socialtjänstens ram upplever (Afzelius et al., 2017), framkommer inte i de studerade familjestödsamtalen där stödet explicit utgår från barns behov och där föräldrars behov av stöd utifrån sina psykiska problem ges genom en etablerad kontakt med vuxenpsykiatri. I stället framträder familjestödet som tillfälligt och avgränsat genom ett bestämt antal samtal enligt en förutbestämd, grundläggande struktur. Kanske kan det temporära stödet – om än ofta utsträckt under en relativt lång tidsperiod – och dess lärande aspekt, förklara varför ovan nämnda dilemma enligt våra resultat inte tycktes vara ett problem.

Referenser

- Afzelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2017) Children of parents with serious mental illness. The perspective of social workers. *Practice*, 29(4): 293–310.
- Aronsson, K. & Cederborg, A.-C. (2012) Family therapy and accountability. *Journal of Applied Linguistics & Professional Practice*, 9(2): 193–212.
- Beardslee, W.R. (2002) *Out of the darkened room. Protecting the children and strengthening the family when a parent is depressed*. New York, NY: Little, Brown & Company.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Gladstone, T.R. & Forbes, P. (2007) Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4): 703–713.
- Bergmann, J.R. (1992) Veiled morality. Notes on discretion in psychiatry. I: P. Drew & J. Heritage (red.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bleuler, M. (1974) The offspring of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 1(8): 93–107.
- Bülow, P.H., Persson Thunqvist, D., & Cedersund, E. (2017) *Samtal som familjestödande praktik: barn som anhörig när föräldrar har psykiska problem. Arbetsrapport för Stiftelsen Allmänna Barnhuset*. Jönköping: Hälsohögskolan, Jönköping University.
- Cederborg, A.-C. (1997) Young children's participation in family therapy talk. *American Journal of Family Therapy*, 25(1): 28–38.
- Cederström, A. & Pihkala, H. (2015) Beardslees familjeintervention – en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer. I: U.J. Berggren, L. Magnusson & E. Hanson (red.) *Att se barn som anhöriga*. Växjö: Nka, Linnéuniversitetet.
- Drew, P. & Heritage, J. (red.) (1992) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W.R. (2000) A child's experience of parental depression. Encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, 39(4): 417–434.
- Goffman, E. (1974) *Frame analysis*. New York: Harper & Row.
- Goffman, E. (1981) *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hjern, A. & Manhica, H.A. (2013) *Barn som anhörig till patienter i vården. Hur många är de?* Kalmar: Nka.
- Kejving, G., Sandlund, M. & Pihkala, H. (2014) Att förstärka barnperspektivet på en vuxenpsykiatrisk avdelning. Angeläget, men svårt. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(4): 391–399.

- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. & Martinussen, M. (2015) Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4): 864–871.
- Linell, P. (1991) Samtalet mellan experten och lekmannen. *SPOV. Studier av den pedagogiska väven*, 11: 26–31. Institutet för pedagogisk textforskning, Högskolan Sundsvall/Härnösand.
- Linell, P. (2009) *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Linell, P. (2011) *Samtalskulturer. Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Volym 2. Linköping: Institutionen för språk och kultur, Linköpings universitet.
- Miller, G. & Silverman, D. (1995) Troubles talk and counseling discourse. *The Sociological Quarterly*, 36(4): 725–747.
- Mordoch, E. & Hall, W.A. (2008) Children's perceptions of living with a parent with a mental illness. Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8): 1127–1144.
- Pihkala, H., Cederström, A. & Sandlund, M. (2010) Beardslee's preventive family intervention for children of mentally ill parents. A Swedish national survey. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1): 29–38.
- Renberg, H. (2007) *Nationell kartläggning – stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatrin*. Delrapport. Skellefteå: Psykiatriska kliniken i Skellefteå.
- Reupert, A.E., Maybery, J.D. & Kowalenko, N.M. (2013) Children whose parents have a mental illness. Prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199(3): 7–9.
- Rutter, M. (1966) *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study*. London, Oxford University Press.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3): 316–331.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984) Parental psychiatric disorder. Effects on children. *Psychological Medicine*, 14(4): 853–880.
- Seltzer, W.J. (2006) *Familjehemligheter*. Stockholm: Liber.
- SFS 2017:30. *Hälsa- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skerfving, A. (2005) *Att synliggöra de osynliga barnen. Om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Gothia.
- Skerfving, A. (2015) *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W.R. & Paavonen, E.J. (2009) Safety, feasibility and family experiences of preventive interventions for children and families with parental depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4): 15–24.
- Werner, E. (1997) Vulnerable but invincible. High-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica*, 86(Suppl. 422): 103–105.
- Östman, M. (2008) Interviews with children of persons with a severe mental illness: investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5): 354–359.
- Östman, M., & Eidevall, L. (2005) Illuminating patients with children up to 18 years of age—A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5): 388–392.

Transkriptionsnyckel

(.)	paus kortare än 1 sekund
(1,5)	paus 1 sekund eller längre
.	punkt markerar fallande tonfall
,	kommatecken indikerar tonfall för fortsättning
?	frågetecken markerar frågande tonfall
-	avbrutet tal
:	utdragning av föregående ljud eller bokstav, ju fler kolon ju mer utdraget
<u>betoning</u>	stark betoning av ett eller flera ord
[inledning av överlappande tal
=	sammanbinder ord före och efter likhetstecken trots radbyte/talarbyte
(xx)	ohörbart tal
"xx"	med rösten illustreras att det är en annan talare som citeras
(())	kommentar eller beskrivning av icke verbal aktivitet
/.../	utesluten del från den ursprungliga transkriptionen

Tack

Vi vill rikta ett tack till Stiftelsen Allmänna Barnhuset som finansierade denna studie. Vi riktar också ett stort tack till barn och föräldrar och socialarbetare som låtit oss ta del av deras samtal.

Gunnel Andersson & Hjördis Gustafsson

Boendestöd

– innebörder och effekter

Social support in independent living for persons with psychiatric disabilities – meanings and impacts.

Social support in independent living is the most common social intervention for persons with psychiatric disabilities in Sweden. This article investigates what constitutes *supportive* social support, its meanings and impacts in respect of context, interaction and time. The article emanates from a reanalysis of the results of three user-oriented studies. In total, 56 persons with experience of this type of social support were interviewed. The analytical framework derives from theories of social interaction. The findings reveal that supporting social support is a complex social intervention conveyed through "the doing", the talking and the company of the support worker. The findings also show that the restraints of everyday life are allayed or abrogated due to the support: the undoable becomes doable. Finally there are impacts on the psychosocial situation: it contributes to increased well-being and improved psychiatric conditions.

Gunnel Andersson är fil.dr i socialt arbete och forskningsledare vid FoU Södertörn.

Hjördis Gustafsson är fil.kand i etnologi och har arbetat som forskningsassistent, främst med inriktning mot funktionsnedsättning, vid FoU Södertörn.

Kontakt: gunnel.andersson@fou-sodertorn.se

Inledning

Hon förstår mig jättebra, hon vet vilka problem jag har så jag vänder mig till boendestödjaren nästan varje dag. [...] Relationen är mycket bra. Hon hjälper mig mycket, med allt. (Studie 2)

Boendestöd är ett socialt stöd som socialtjänsten kan erbjuda personer som på grund av psykiska svårigheter inte förmår upprätthålla ett fungerande vardagsliv. Till skillnad från socialt arbete som endast "talas fram" är det ett stöd som innehåller både samtal och handfasta stödjande handlingar. Sedan 2011 är boendestöd den vanligaste insatsen för personer med funktionsnedsättning under 65 år (Socialstyrelsen, 2016). Insatsen erhålls som ett bistånd enligt socialtjänstlagen (4 kap. 1 §) och tar avstamp i psykiatrireformens förarbeten från början av 1990-talet. I dessa betonades vikten av att kommunerna erbjuder boendestöd för att underlätta för personer med "psykisk störning" att bo i sedvanlig bostad (SOU 1992:73). I Socialstyrelsens termbank definieras boendestöd sedermera som "bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende". Till särskilda målgrupper hör här bland annat personer med "psykisk funktionsnedsättning". Vidare fastslår Socialstyrelsen att "Boendestödet anpassas till den enskildes behov av och möjligheter att utveckla ett normalt vardagsliv" (Socialstyrelsen, 2004). Boendestöd kan kortfattat beskrivas som ett stöd i vardagen som äger rum både i och utanför bostaden och där relationsaspekten är en central del av stödet (Socialstyrelsen, 2010).

Med avstamp i avhandlingen *Vardagsliv och boendestöd* (Andersson, 2009) har författarna till den här artikeln genomfört ytterligare studier om boendestöd inom ramen för FoU Södertörn. Artikeln bygger på en återanalys av tre brukarorienterade studiers sammanlagda huvudresultat: Andersson (2009) – studie 1; Andersson och Gustafsson (2014) – studie 2; Andersson, Gustafsson och Bringlöv (2015) – studie 3.

Syftet med den här artikeln är att ringa in vad som kännetecknar ett stödjande boendestöd, dess innebörder och effekter utifrån sammanhangets, samspelets och tidens betydelse. Med innebörd menas betydelse eller mening i vidare bemärkelse, medan effekt snarare avser resultat som följd av en viss påverkan (se Svenska akademien, 2009).

De organisatoriska faktorernas betydelse för boendestödets utformning och innebörder kommer inte att fördjupas i artikeln. Även om de kan ha avgörande betydelse är artikelns huvudinriktning utanför dessa domäner (se till exempel Ingemarsson, Bergmark & Lundström, 2006; Spetze & Gustafsson, 2013; Andersson & Gustafsson, 2017).

Begreppsval

I resultatdelen används begreppet *kapacitetsrestriktioner* för att beskriva vardagslivets svårigheter och begränsningar. Begreppet stammar från tidsgeografien. Ett av kärnbudskapen inom tidsgeografien är att påvisa tillvarons grundläggande restriktioner och därmed synliggöra individens begränsade handlingsmöjligheter (Hägerstrand, 1985). Till kapacitetsrestriktioner hör individens fysiska och psykiska förmåga, materiella tillgångar, kunskap etc. (Åquist, 1992; Ellegård, 2001). De olika begränsningarna kommer till uttryck i samspelet mellan individ och omgivning; det är i vardagen som kapacitetsrestriktionerna blir synliga och de visar sig i beskrivningarna av varför man har boendestöd. Det handlar bland annat om svårigheter att komma sig för, att våga, att kommunicera och att koncentrera sig.

Valet av begreppet kapacitetsrestriktioner baseras på dess icke belastande karaktär. De begrepp som ofta används i sammanhanget, *funktionshinder* och *funktionsnedsättning* (och även *funktionsvariation*), indikerar att människan är sina funktioner. Denna något reduktionistiska människosynen rimmar inte med den mångfacetterade individ som med nödvändighet måste få träda fram i ett stödjande socialt arbete som boendestöd. Begreppet är för övrigt inte förbehållet just personer med psykiska problem, utan gäller alla människor (se Andersson, 2009). I artikeln benämns de personer som beviljas boendestöd för brukare alternativt individer.

Studier om boendestöd

Ett återkommande tema i studier om boendestöd är relationen mellan brukare och boendestödjare och dess betydelse. Redan år 2001 konstaterade Gough och Bennisäter att boendestöd är ett relationsinriktat arbete där samspelet är av avgörande betydelse. Relationens betydelse för ett stödjande boendestöd har sedan befasts och utvecklats i ytterligare studier (se t.ex. Topor, 2014; Andersson, 2016; Brolin, 2016; Ljungberg, Matscheck & Topor, 2017). Bland annat har det sociala klimatet i relationen uppmärksammas, vars byggstenar är ett genuint intresse för individens individualitet, omtanke och omsorg, integritet samt ett visst mått av gillande (Andersson, 2016). En annan aspekt av relationen som lyfts fram är teamarbetet där både brukare och boendestödjare är delaktiga i den stödjande processen (Gough & Bennisäter, 2001; Brolin, 2016; Ljungberg et al., 2017). Avgörande för ett stödjande boendestöd är dessutom både tidskontinuitet och personkontinuitet (Brolin 2016; Ljungberg et al., 2017).

Det är svårt att hitta internationell forskning om boendestöd som i engelsk terminologi närmast motsvaras av *supported housing*. I det begreppet inkluderas dock även annan typ av stöd som organiserade boendeformer (Fakhoury et al., 2002) vilket gör det svårt att urskilja stöd i eget boende. För att nämna någon internationell forskning om supported housing visar flera studier att personer med psykisk funktionsned-

sättning föredrar eget boende (*independent living*) framför kollektiva boendeformer (Tanzman, 1993; Owen et al., 1996; Fakhoury et al., 2002; Harvey et al., 2012). Vidare är hög grad av valmöjlighet och kontroll över både bostad och stödinsatser en viktig faktor (Nelson et al., 2007).

Boendestöd och teori

Det "sociala" är utgångspunkten för en genomgripande förståelse av insatsen boendestöd. Boendestöd är socialt i den meningen att det uppstår och fortgår i ett mellanmänskligt samspel – det är dess ursprung och nav. Ett användbart teoretiskt perspektiv är därför samspelsteori, här främst representerat av socialpsykolog Johan Asplund vars begrepp *social responsivitet*, *konkret* och *abstrakt socialitet* samt *social facilitation* (Asplund, 1987) ligger till grund för förståelsen av boendestödets innebörder och effekter.

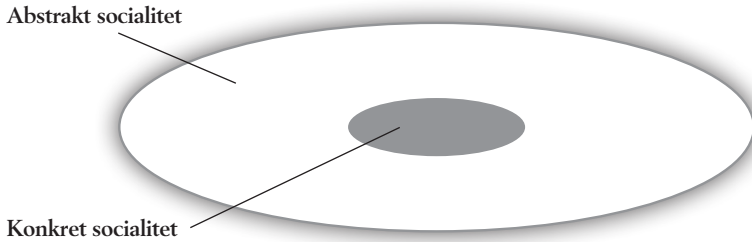
Samspelsteori används för att förstå betydelsen av mänsklig interaktion. Enkelt uttryckt är det i samspelet med andra människor, i en svars- och gensvarsprocess, som vi formar vår bild av oss själva och andra formar sina bilder av oss (Mead, (1934/1995; Asplund, 1987). Asplund (1987) myntar i detta sammanhang begreppet social responsivitet med betydelsen att vi människor träder in i denna svars- och gensvarsprocess, responderar, för att vi helt enkelt har en benägenhet att göra det. Den sociala responsiviteten möjliggör det Mead (1934/1995) kallar attitydövertagande.

Vi ser oss själva mer eller mindre som andra ser oss. Vi tilltalar oss själva omedvetet så som andra tilltalar oss [...]. Vi väcker ständigt hos oss själva, särskilt genom användandet av vokala gester, de reaktioner som vi framkallar hos andra personer, så att vi tar in de andra personernas attityder i vårt eget handlande. (Mead, 1934/1995, s. 68)

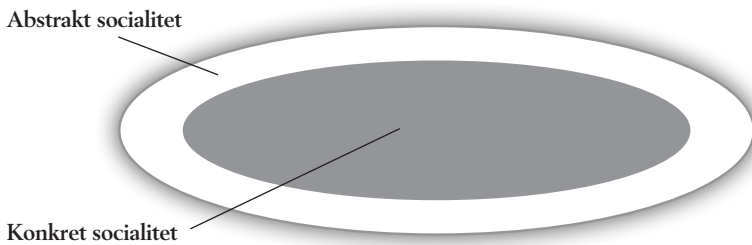
För att fördjupa förståelsen av mänskligt samspel inbegriper Asplund (1987) olika *former* av socialitet: konkret och abstrakt. Med konkret socialitet menas människor "av kött och blod", den konkreta människan med sina egenskaper och erfarenheter. Med abstrakt socialitet avses en anonym, abstrakt samhällsvarelse som bottnar i generaliserade föreställningar om exempelvis brukare, boendestödjare, lokförare, förälder. Asplund menar att vi är *både* abstrakta "figurer" och konkreta individer, samtidigt. Dock i olika grad i olika typer av relationer.

Figurerna nedan ska illustrera två typer av relationer. Den översta domineras av den abstrakta socialiteten och kan liknas vid exempelvis ett möte mellan en kassörskas och en kund. Parterna är i det närmaste anonyma inför varandra. Den andra figuren visar en relation som domineras av konkret socialitet – parterna känner varandra väl – som en vänskapsrelation (se även Sundgren, 2011).

Figur 1. En relation präglad av abstrakt socialitet, till exempel kund–kassörska.



Figur 2. En relation präglad av konkret socialitet, till exempel vänskapsrelation.



I båda relationstyperna finns båda socialitetsformerna närvarande. I den första dominerar den anonymiserade "kunden" och "kassörskan". Den konkreta socialiteten aktualiseras endast genom individernas konkreta närvaro (kroppar, röster, gester etc.). I den andra typen dominerar den konkreta socialitetens samspel som innefattar en genuin kännedom om varandra. Men – den abstrakta socialiteten är ändå närvarande. Den gör sig gällande som tolkningsram; det som sker tolkas utifrån vilka som är inblandade: en kund och en kassörska eller två vänner.

En tankeföljd av detta är att samspelets socialitetsformer tillsammans med boendestödjaren får implikationer för hur brukaren betraktar sig själv. Om den abstrakta socialiteten dominerar samspelet och brukaren bemöts som en avpersonifierad "klient" eller "adhd-diagnos", tenderar den attityden att föras över till individens självbild. Om den konkreta socialiteten får tillräckligt spelutrymme möjliggörs en självbild av en mångsidig individ som kan återerövra eller vidga sina kapaciteter.

Begreppet social facilitation fångar en grundläggande betydelse av själva närvaron av en annan människa och ”hur blotta närvaron av en eller flera personer *underlättar* utförandet av diverse beteenden” (Asplund, 1987, s. 188–189).¹ Social facilitation kan omsättas till boendestödspraktiken genom det faktum att närvaron av boendestödjaren underlättar att genomföra vardagens aktiviteter.

Metod

Artikeln bygger främst på kvalitativa intervjuer med män och kvinnor som har erfarenhet av boendestöd. Deras erfarenheter utgör den empiriska basen för att svara på frågan om vad som är ett stödjande boendestöd.

Deltagare

Totalt ingår 56 personer, 32 kvinnor och 24 män, i de tre studierna.

Tabell 1. Deltagare i de tre studierna utifrån kön, ålder och erfarenhet av boendestöd.

	Studie 1 – 2009	Studie 2 – 2014	Studie 3 – 2015
N	17	14	25
Kön	8 män 9 kvinnor	5 män 9 kvinnor	11 män 14 kvinnor
Ålder	29–61 år	21–34	24–67 år
Erfarenhet av boendestöd	6 mån–6 år	6 mån–7år	Uppgifter saknas

Av de 56 medverkande levde 41 i ensamhushåll, 3 med minderåriga barn och 12 var sammanboende, varav några yngre med föräldrar. Deltagarna i studie 1 har valts ut på två sätt. Inledningsvis rekryterades 9 personer av ett boendestödsteam, därpå följde ett strategiskt urval av ytterligare 8 personer för att få ett brett spektrum av erfarenheter, åldrar, social situation etc. (Andersson, 2009). Deltagarna i studie 2 rekryterades av fyra boendestödsteam i två kommuner och i studie 3 deltog åtta boendestödsteam fördelat på fem kommuner. Att urvalet i huvudsak skett av boendestödjare skulle kunna medföra att de som valts ut varit särskilt positivt inställda eller att de av lojalitetsskäl inte varit kritiska. Då intervjuerna avspeglar en variation av erfarenheter bedömer vi att urvalsförandet varit godtagbart.

Deltagarna kommer dels från olika stadsdelar i Stockholm stad, dels från sex Södertörnskommuner. Sammantaget utgör den geografiska spridningen ett brett socioekonomiskt spektrum.

1 Begreppet social facilitation lanserades av Floyd Allport (Allport, 1924, i Asplund, 1987).

Samtliga 56 personer har psykiska kapacitetsrestriktioner, de flesta med psykiatriska eller neuropsykiatriska diagnoser. I studie 3 ingick enbart personer som även hade stödinsatser enligt LSS. Samtliga har boendestöd och bor i sedvanliga bostäder.

Intervjuer och observationer

Den huvudsakliga empirin utgörs av intervjuer, men i den första studien genomfördes även deltagande observationer. De 62 observationer som ingår i studie 1 varade vanligtvis en till två timmar (så länge boendestödsituationen pågick), två till sex tillfällen per individ. De deltagande observationerna innebar att en tvåpartssituation förvandlades till en trepartssituation där forskaren påverkade den sociala miljön genom sin blotta närvaro (se Patton, 1987). Denna bias är ofrånkomlig men kan mildras genom att observera på ett sådant sätt att situationen blir så "naturlig" som möjligt (se Szebehely, 1995; Andersson, 2009).

Samtliga intervjuer var halvstrukturerade, vilket möjliggör för den intervjuade att uttrycka sin egen förståelse av ett fenomen i egna termer (Patton, 1987; Kvale & Brinkmann, 2009). Sammantaget har 53 intervjuer spelats in på band. Vid tre intervjuer fördes i stället anteckningar (i studie 1 vid ett tillfälle och i studie 3 vid två) utifrån den intervjuades önskemål. Exakta ordalydelser kunde därmed gå förlorade och därmed vissa belysande citat. Då det endast inträffade i 3 fall av 56 bedömer vi att det inte har någon avgörande betydelse för studiens resultat.

I studie 3 deltog boendestödjaren vid fyra intervjuer efter intervjupersonens önskemål. Det är tänkbart att det inverkat på öppenheten i deras utsagor. Det kan dock också ha bidragit till en mer avspänd och kvalitativt bättre intervjusituation genom att brukaren känt sig trygg.

I studie 1 och 2 transkriberades de 30 inspelade intervjuerna i sin helhet. I studie 3 har i stället intervjuerna sammanfattats utifrån relevanta teman vilka sedan lästs av samtliga som genomfört studien. För att validera tolkningen av intervjuerna och sammanfattningarna har samtliga intervjuer avlyssnats av de två medarbetare som inte varit med under intervjun (se Skogens & von Greiff, 2014).

Intervjuerna, som i studie 1 och 2 även innefattade andra teman än boendestöd, varade i studie 1 mellan två och en halv och nio timmar, i studie 2, en till tre timmar och i studie 3 mellan tjugo minuter och två timmar. De längsta intervjuerna genomfördes vid flera tillfällen (se vidare Andersson, 2009). Studie 1 har genomförts av en person, studie 2 av två och studie 3 av tre personer.

Det är cirka tio år mellan den första och sista studiens datainsamlingsperiod. Tidspannet kan ses som en styrka eftersom det visat sig att det finns en kontinuitet i vilka faktorer som lyfts fram som väsentliga för ett stödjande boendestöd. I citaten anges från vilken studie de härrör. I övrigt förekommer inga referenser till de separata studierna.

Analys

Inför den här artikeln sammanfördes och återanalyserades resultaten från de tre studierna. Den första studiens resultat utgick från följande huvudteman: *när boendestödet äger rum, var det sker, hur det går till, vad som förmedlas samt vem/vilka* som är involverade. Samtliga aspekter är väsentliga för att besvara frågan om vad som kännetecknar ett stödjande boendestöd (se Burke, 1945/1969; Andersson, 2009) och kom att utgöra utgångspunkt för den fortsatta analysen. Resultaten i de två senare studierna fångades till avgörande delar upp av de övergripande kategorierna i studie 1. Processen har bestått av upprepade genomläsningar och ständig jämförelse (se Charmaz, 2006) mellan de olika studierna. I takt med att nya infallsvinklar uppdagades inom de ursprungliga kategorierna omformulerades de till: *vardagens sammanhang, att prata och att göra, att göra det ogörliga görbart, när stödet brister, det sociala samt tidens betydelser*. Dessa teman utgör även artikelns disposition.

Analysprocessen genomfördes av den forskare som varit med i samtliga studier (huvudförfattaren) men diskuterades regelbundet med andreförfattaren (som var inläst på studie 1 och deltagit i studie 2 och 3) för att minimera forskarbias.

Vardagens sammanhang

Personer som ingår i studierna bor i sedvanliga bostäder, i det som brukar kallas "eget boende". Eget boende inbegriper inte bara bostaden; för att upprätthålla ett vardagsliv krävs interaktion med den omgivande världen (transporter, affärer, sociala mötesplatser, rekreativmiljöer etc.) Boendestöd måste därför betraktas som ett *platsöverskridande* stöd som kan äga rum både i och utanför hemmet.

Det faktum att boendestöd äger rum i personens vardagsmiljö har flera innebörder. En sådan är att boendestödjaren även kommer i kontakt med livssammanhang där problemen inte är det centrala vilket ger boendestödjaren en *unik kunskap* om personen som andra professioner svårligen kan få. Att komma hem till någon säger något om vem den personen är; den materiella omgivningen berättar en tolkningsbar historia (se Østerberg, 1985; Lantz, 1996).

Boendestödjaren och Erik går in i köket för att titta på Eriks köksstolar. De pratar om att åka till Ikea för att inhandla lampor och några nya stolar. Att de går in i köket och börjar prata om vad Erik har och inte har föranleder Erik att titta i sina kökskåp. Boendestödjaren ser att Erik har samma kaffekoppar som hon har hemma. De börjar prata om kaffekopparna och Erik berättar att han fått dem av sin mormor. På tal om mormor så visar han ett fotografi på väggen som föreställer morfar. Samtalet fortsätter om Eriks släkt, hans ursprung och liv. (Studie 1)

Samspelet i en boendestödsituation inkluderar även den materiella och fysiska miljön; en skål skapar samtal om ett svunnet arbetsliv, ett hörnskåp en historia om skoltiden, en gammal skivback blir en inkörsport till samtal om musik. Brukaren blir "känd" för boendestödjaren i samspel med omgivningen; platsen förmedlar personen. Detta förstärker möjligheten att bli betraktad som en mångfacetterad människa och inte bara som en person som har problem. Utifrån ett samspelsteoretiskt perspektiv får detta återverkningar på självbild och handlingsmönster. När boendestödjaren efterfrågar intressen, kunskap, humor etc. blir dessa sidor bekräftade och får "liv" i en ömsesidig social process (se Asplund, 1987).

En annan innebörd är att stödet finns *där problemen manifesteras*: i vardagen. Boendestödjaren är närvarande där problemen tar sig uttryck, i det konkreta levda livet. Den konkreta socialiteten som frammanar den konkreta människan och hennes subjektivitet blir i det närmaste en oundviklig del av samspelet i individens egen vardagsmiljö. Boendestödjare har på det sättet unika möjligheter att förmedla stöd jämfört med kontorsbaserade professionella insatser.

En tredje innebörd av ett stöd i vardagsmiljö är att det ständigt inträffar *oväntade och oplanerade händelser*. Detta blir till en del av boendestödets grundläggande förutsättningar. Det kan handla om brev eller telefonsamtal som måste åtgärdas, en trasig dator, ett tomt kylskåp, en "dålig dag" som kräver samtal och inte den planerade städaktiviteten. Möjligheterna att förutspå och besluta om vad som ska ske i en boendestödsituation är därför ytterligt begränsade.

Slutligen: Ett vardagsliv i ordinarie boende kräver även interaktion med den omgivande världen. Som fastslagits ovan innebär ett stödjande boendestöd ett platsöverskridande stöd. Det handlar inte endast om att få vardagens praktiska sidor att fungera. Boendestöd är också en fråga om att *vidga vardagsvärlden*. I många intervjuer påtalas vikten av att ta sig ut och uppleva något annat tillsammans med boendestödjaren:

Så att man kanske får lite mer inspiration till det tråkiga eller vad man säger. Kanske gå på bio ... eller bara gå ut och gå med någon kanske, eller ja ... [...] Att göra roliga saker, det kanske gör så att man orkar med de tråkiga sakerna. (Studie 2)

Kapacitetsrestriktioner kan innefatta problem att möta och interagera med den sociala omgivningen. För att garantera komma ut genom dörren och vidare ut i det offentliga livet kan sällskapet av en boendestödjare vara avgörande.

Att prata och att göra

Typiskt för boendestöd är att stödet kommuniceras både genom göromål och samtal, genom *att prata och att göra*. Därtill kommer själva *sällskapet* av boendestödjaren.

Själva "görandet" inkluderar ofta vardagens praktikaliteter: sysslor i anslutning till hemmet och stöd i kontakter med det omgivande samhället. Det kan också röra sig om mer utåtriktade aktiviteter som en promenad eller ett cafébesök.

Det karaktäristiska för samtalet är spännvidden. Boendestödsamtalen löper från det vardagliga småpratet till samtal om komplexa och svåra problem. Det lättsamma vardagspratet blandas med problem och bekymmer, stort och smått om vartannat.

Vi pratar inte bara problem utan vi pratar om allt möjligt liksom, vi pratar om allt möjligt. Boendestödet har stöttat mig många gånger genom att jag *kan prata med dem*. Så när det varit jobbigt har jag kunnat prata med dem om det som varit jobbigt just då; nu tänker jag så här, nu känner jag så här, alltså när de har varit här då, och vi har kunnat prata om det och då har det blivit problemprat, men då har jag behövt det och då har de stöttat mig. (Studie 1)

Den stödjande aspekten rör samtalens spännvidd men även anpassningen till vad som krävs i ett specifikt "nu"; vardagsprat, skämt och skoj kan snabbt förbytas till problemorienterade samtal och möjligheten att ventilerat sina bekymmer.

Det typiska för samspelet i en boendestödsituation är sammanlänknings av görandet och pratandet; samtalen pågår ofta *under tiden* man promenerar, städar, lägger i tvätt eller dricker kaffe.

När boendestödjaren kommer hem till Lena sitter de först en stund och pratar om vad som hänt sedan sist. Därefter reser de sig. Lena går in i köket för att diska medan boendestödjaren börjar städa inne på toaletten. Trots att de två parterna inte utför "projektet diska" tillsammans, så blir det genomfört. Innan Lena går in i köket *pratar* man om vad som ska göras. Det är ungefär samma mönster varje gång, först prata, sedan göra. Genom en gemensam förhandling kommer parterna fram till att Lena ska diska och boendestödjaren städa. Under tiden ropas det och pratas det mellan rummen. Lena diskar för att boendestödjaren är där. Lena diskar i förhållande till en annan människa. – Varför det? frågar intervjuaren. Lena svarar: – Det är lättare när man är två. (Studie 1)

Kvinnan diskar i ett socialt samspel. Ibland kan hon göra det på egen hand, men det sker högst oregelbundet. Uttalandet "det är lättare när man är två" kan översättas till det som inledningsvis förklarades som social facilitation (Asplund, 1987): närvaron av boendestödjaren underlättar – och kan vara själva förutsättningen för – att komma

igång med en rad vardagshandlingar. Det sker sällan i tystnad; samtal och sysslor vävs samman. Görandets och pratandets aktiviteter är på det sättet inbäddade i det gemensamma skapandet av nya vardagsvanor och handlingsmönster som utmanar brukarens kapacitetsrestriktioner.

I detta samspel refererar både boendestödjare och brukare ofta till sina respektive liv; det sker en utväxling av erfarenheter dem emellan som skapar en form av jämbördighet som visar sig genom en *strävan efter social balans*. Att boendestödjaren berättar något om sin familj kan göra att brukaren pratar om sin.

Det blir väldigt tråkigt om dom är så privata att de vägrar berätta något alls om sig själva. [...] Det kan innebära att man känner sig utlämnad. (Studie 2)

Utgångsläget för relationen är "mottagarens" och "givarens". Strävan efter social balans uttrycks även genom ständiga positionsbyten: mottagaren blir också givare och givaren blir också mottagare. Det kan ske med så enkla medel som att boendestödjaren blir den som tar emot tips och råd och brukaren den som förknippas med kunskap och kompetens och inte bara svårigheter och problem. En uppluckring av utgångspositionerna, den sociala balansen, kan bara uppstå i den konkreta socialitetens ömsesidiga samspelsform.

De [boendestödjarna] tycker det är spännande med det jag har att berätta. Det är ju alltid en fördel om man har något man är bra på. (Studie 1)

Positionsbytet, att brukaren blir den som "ger", kan i sin enkelhet handla om att boendestödjaren låter sig bjudas på kaffe. Detta kan också ses som en social handling som manifesterar en ordnad och normaliserad vardag. Att boendestöd utspelar sig i vardagsmiljö och inte i kontorsmiljö, underlättar sannolikt för det omvända givandet och mottagandet.

Den sociala balansen kommer även till uttryck genom överenskommelser om hur olika projekt ska genomföras. Ofta deltar båda parter även aktivt i det som ska göras.

För att understryka betydelsen av ett samspelsmönster som präglas av social balans presenteras ett samspel som *inte* fungerat och en boendestödsituation som *inte* upplevts stödjande. Det handlar om delaktigheten i det praktiska.

Av principskäl är det vissa som inte diskar. Och det verkar vara lika med dammsugning. För några veckor sedan [under en boendestödsträff] så plockade jag undan och dammsög i hallen. Och det som jag hade ställt in i badrummet det står fortfarande kvar. Det är sänt som jag skulle behöva hjälp med, att plocka tillbaka. [...] Jag slet som ett djur, hon gjorde ingenting, jo hon höll i två mattor när vi gick

ut. Och jag blev så ledsen efteråt för jag hade behövt den hjälpen, när jag hade dammsugit hälften hade jag behövt att hon sagt: men du nu dammsuger jag resten så kan du börja plocka tillbaka. (Studie 3)

Ett stödjande samspel har olika konnotationer för varje enskild individs samspel med varje enskild boendestödjare. För vissa personer betyder ett stödjande boendestöd att boendestödjaren är initiativrik, påhittig och drivande. För andra får detta i stället kontraststödjande effekter. En kvinna beskriver att hon får fel stöd, hon behöver handfast hjälp och inte pådrivande motivation: "Det är inte påputtning jag behöver. Motivation ... det är så jävla dumt. Jag är så fruktansvärt motiverad, men jag kan inte" (Studie 3).

Avslutningsvis: det sociala samspelet i en boendestödsituation betingas av både pratandet och görandet och ömsesidighetsaspekten bör ses i ljuset av de båda uttrycken. I ett stödjande boendestöd, i det växelvisa samspelet i vardagens olika projekt, återfinns ömsesidigheten som ett socialt samspelsmönster.

Med Asplunds (1987) termer är ett stödjande socialt samspel i detta sammanhang kryddat med en rejäl dos konkret socialitet. Det ömsesidiga växelspelet och stävan efter social balans bygger på den konkreta socialitetens samspelsform. Boendestödjaren träder fram i sin individualitet, och brukaren träder fram i sin. Den abstrakta socialiteten finns dock ständigt närvarande: samspelet tolkas utifrån att den ena parten är just boendestödjare och den andra brukare, inte kund och kassörska, inte två vänner.

Att göra det ogörbara görbart

En vanlig kapacitetsrestriktion rör svårigheter att genomföra rutinartade vardagshandlingar i hemmet.

Sist jag bodde själv då gick det väldigt fort. Det vart så mycket disk, det vart aldrig städat, skurat, tvättat ordentligt. [...] Och jag vill inte bli av med den här lägenheten. [...] Det räcker med att jag mår dåligt i några dagar så kommer jag av mig helt och hållet för då skiter jag oftast i allting och då kan det förfalla ganska fort med disk och såna där grejer och då orkar man inte alltid ta tag i det direkt. (Studie 2)

Citatet illustrerar hur det psykiska tillståndet inverkar på förmågan att upprätthålla en vardagens ordning. Det empiriska materialet visar en rad exempel på personer som, baserat på tidigare erfarenheter, ser en direkt koppling mellan kaos i hemmet och psykisk kollaps. Det visar också att boendestöd kan stävja eller förhindra ett sådant förlopp. En effekt av insatsen boendestöd är (åter-)upprättandet av en vardagens ordning med bäring på det psykiska tillståndet.

Att upprätthålla vardagens ordning är också en fråga om att stävja en självbild som "psykiskt sjuk" eller en icke kapabel individ. Boendestödjaren kan i den bemärkelsen sägas skapa en motkraft mot annalkande kaos i både yttre och inre bemärkelse.

Det är dock inte bara (o-)ordningen i hemmet som kan vara en källa till – eller spegla – personens psykiska tillstånd. En annan vanlig vardagsorsak till stegrande oro och ångest utgörs av öppnade brev.

På Lisas köksbord ligger några kuvert, öppnade. Hon har väntat på att boendestödjaren ska komma innan hon öppnar dem. Särskilt *ett* brev som kommer från en myndighet har oroat henne. Boendestödjaren läser upp innehållet. Det krävs att Lisa besöker myndigheten. Boendestödjaren tonar ned händelsen, avdramatiserar det kommande besöket. Någon kommer att följa med. Man diskuterar saken. (Studie 1)

I den stund boendestödjaren öppnar brevet startar en social process som förvandlar ett individuellt problem till en delad angelägenhet, till något som finns mellan parterna. Det svårhanterliga hot som brevet representerat förvandlas till ett konkret och hanterbart problem.

Att göra det ogörbara görbart kan förstås som social facilitation (Asplund, 1987): boendestödjarens närvaro underlättar för brukaren att utföra vissa aktiviteter.

När stödet brister

Artikeln ambition är att ringa in vad som kännetecknar ett stödjande boendestöd. Detta kan också göras genom att påtala när stödet brister. Studierna visar att det kan handla om att boendestödjaren inte uppmärksammar "det för ögat dolda" eller inte ser individen i sitt vardagssammanhang.² Nedan citeras en person som beskriver vilken typ av stöd hon skulle behöva.

Jag behöver någon som lägger upp mitt liv lite grann, som hjälper mig med det administrativa. Helst ska den se mina behov, som att nu har jag trasiga skor, då ska den se att ja, du behöver nog nya och sen putta på lite så att det blir gjort. Och gärna lite innan. Allt, tandläkaren, läkaren, om kökslampan inte funkar, en droppande kran ... allt. Om jag har en dålig period – kanske försiktigt kolla, hur är det med maten hemma, ja men tar du dig ut, har du några dvd-filmer att titta på, böcker och så där. Försöka se till att mitt liv över huvud taget håller den här standarden. Och det fattar man ju efter att ha pratat med mig ett tag hur jag vill ha det. (Studie 3)

² Detta kan bero på flera saker: Handläggaren har inte uppfattat behovet eller inte accepterat det och därmed inte formulerat det i "beställningen". Boendestödjaren håller sig till "beställningen" och/eller uppfattar inte behovet.

Studierna visar att det blir problematiskt när boendestöd omformuleras till ett alltför ensidigt och rutinartat praktiskt stöd i hemmet. "Det är ett problem eftersom jag som människa är mer än vad som finns inom dessa fyra väggar" (Studie 3). En av intervjupersonerna formulerar tänkvärt skillnaden mellan hemtjänst och ett stödjande boendestöd.

Intervjuperson: Jag hade hemtjänst förut, i stället för boendestöd, och dom kom bara in och röjde och det var inte speciellt kul.

Intervjuare: Då brydde de sig inte om dig?

Intervjuperson: Nej, nej, jag är inte målet. Det är bara att städa där jag är. (Studie 3)

Ett stödjande boendestöd måste kunna omfatta vardagslivets olika projekt och situationer och den praktiska sidan av stödet endast vara en del av sammanhanget.

Det sociala

Det har varit väldigt nyttigt för mig [med boendestöd]. Jag får sällskap. När man känt sig lite låg har man haft nån att prata med. Det är det sociala som är viktigt. (Studie 3)

Det sociala är ett oavvisligt element i boendestödet: boendestöd *är* socialt. Dels som en ständigt närvarande faktor, oavsett vad boendestödjaren och brukaren gör tillsammans. Dels i form av samtalets och sällskapets betydelse. Här handlar det om att boendestöd skapar ett *socialt sammanhang*, är *avlastande* och innefattar *social samvaro*.

Typiskt för en boendestödsituation är att den är återkommande och återkopplande. Vid varje återseende bekräftar boendestödjaren att det handlar om ett återseende genom kommentarer som: har du ny tröja? vad fin du blivit i håret, hur har det gått med ...? Därmed bekräftas relationen på nytt. Den sociala upprepningen skapar ett återkommande *sammanhang* och brukaren sammanbinds med något utanför sig själv. I detta återkommande sammanhang formulerar brukaren sin vardag, och därmed sig själv: "Jag brukar berätta vad som har hänt under veckan."

För personer som saknar regelmässiga sociala kontakter kan boendestödjaren bli en vardagens centralfigur, den enda person som regelbundet kommer på besök, som bryr sig och intresserar sig. Men även personer som har vänner och anhöriga beskriver att boendestödet lindrar en plågsam ensamhet. Kapacitetsrestriktioner av olika slag kan medföra en social isolering i hemmet utan att det behöver betyda avsaknad av sociala relationer. Att träffa boendestödjaren ger en distraktion från en problemfylld eller enahanda vardag – det lättar upp och dämpar ångest som gror i ensamhet.

Intervjuperson: Det kan vara jätteskönt för mig att bara sitta och snacka.

Intervjuare: Vad är det som får dig att må bra?

Intervjuperson: Det är väl när jag är med någon av de här människorna, för då får jag prata med någon, man får höra vad andra har att säga, de berättar kanske roliga saker som hänt dem. (Studie 2)

Boendestödjare skiljer sig från många andra professionella genom sin närvaro i individens egen vardagsmiljö. I egenskap av sin profession skiljer sig boendestödjaren samtidigt från andra vardagsnära relationer; boendestödjaren får en särställning i förhållande till anhöriga och vänner. I stället för att belasta närstående med problem och bekymmer vänder man sig till boendestödjaren.

Intervjuare: Vad kommer det sig att du till exempel inte pratar med din mamma om [problemet]?

Intervjuperson: För att jag inte vill att hon ska bli orolig. (Studie 2)

Förutom att inte vilja skapa oro kan det handla om att inte vilja ”nöta ner” viktiga och nära relationer med att ständigt vara den som behöver stöd och hjälp. Boendestödjaren blir en social buffert i förhållande till släkt och vänner och därmed avlastande för det sociala nätverket. *Avlastning* som en effekt av ett stödjande boendestöd aktualiseras således både i förhållande till brukarens sociala omgivning och till de egna svårigheterna och problemen.

Ytterligare ett tema har med vardagslivets mer lättsamma och njutbara sidor att göra och fångar betydelsen av *social samvaro* med boendestödjaren. I samtliga studier framkommer önskemål om att få uppleva annat än vardagsbestyr tillsammans med boendestödjaren.

Det skulle vara bra med en boendestödjare som hjälpte till med roliga aktiviteter, inte bara tråkiga hushållssysslor. [...] Det vore kul att gå och handla kläder och planera inför det. Kanske gå och träna tillsammans. (Studie 3)

Här bör även vikten av vem som är boendestödjare betonas. Som konstaterats är en boendestödsituation i högsta grad en samspelssituation; samspelet är det *medel* genom vilket stödet förmedlas. På det sättet blir *boendestödjaren* och hur han eller hon uppfattas av brukaren, avgörande för det stöd som kommer till stånd.

Intervjuare: Får du det boendestöd du vill ha?

Intervjuperson: Nej, jag vill ha dom som jag hade förut. (Studie 3)

Citatet belyser att kvalitén på boendestödet hänger samman med boendestödjaren. Så gott som samtliga intervjuade har erfarenhet av olika boendestödjare och kan jämföra när det fungerat och inte, ibland formulerat i en saknad efter en boendestödjare som var "mycket bättre".

Hon var mycket bättre, hon hade fötterna framåt om man säger så. Då blir jag lite så där, att jag orkar göra saker, när någon är glad och trevlig. Då blir jag så där, vad roligt, för annars är jag lite deprimerad i mig själv. (Studie 3)

Den tidigare boendestödjaren gjorde kvinnan glad och "uppåt" genom *sitt sätt att vara*. Den specifika boendestödjarens närvaro hade således effekter på personens psykiska välbefinnande. Kvinnan i citatet pekar på ett obestridligt faktum utifrån en teoretisk förståelse av det sociala samspelets upprinnelse och betydelse: social responsivitet, svar och gensvar, i den konkreta formen av socialitet, rör inte bara språket utan även "konkreta känslor" (Asplund 1987, s. 171).

Tiden

Slutligen är även tiden en komponent av betydelse för stödets innebörder och effekter. Boendestöd är vanligtvis ett i tid mycket begränsat inslag i brukarens vardag. Samtliga studier visar att det vanligast förekommande är boendestöd cirka två timmar i veckan, uppdelat vid ett eller två tillfällen. Därutöver finns variationer från varje dag till mer sällan än varje vecka.

Studierna påvisar att det inte är ovanligt att önska mer boendestöd, antingen längre tid vid varje tillfälle och/eller oftare. Önskan om mer tid handlar dels om att hinna uträtta mer, dels om tid till annat än vardagspraktikaliteter.

Önskan om längre boendestödtid kan hänga samman med kapacitetsrestriktioner som svårigheter att "komma igång" – startsträckan är lång och besvärlig. Det kan också kopplas till möjligheten att lämna bostaden och uppleva något annat än vardagsbestyr: "Ta mig ut härifrån, komma ut härifrån, åka iväg, se nånting annat. Det räcker om jag kommer till [centrum] eller så, gå och fika" (Studie 3).

Att både hinna med vardagens praktikaliteter och andra aktiviteter har ofta visat sig problematiskt inom ramen för den stipulerade tiden. Det uppstår en tidsmässig konkurrens där det praktiskt inriktade stödet tenderar att prioriteras framför sociala önskemål och behov.

Ytterligare en tidsaspekt av vikt är *när* stödet äger rum. Studierna visar att boendestöd oftast erbjuds kontorstid på vardagar men att det finns önskemål om andra tidpunkter, som under helger och på kvällar, för att kunna nyttja stödet på bästa sätt.

Det är dock inte bara den faktiska boendestödtiden som har betydelse; genom att

även uppmärksamma *tiden mellan* träffarna kan innebörder av stödet lyftas fram som annars riskerar att förbises. En sådan är *vetskap om sällskap*. Vetskapen att en specifik boendestödjare kommer en specifik dag kan bidra till att man "håller ut".

Jag visste ju att någon skulle komma så då kunde jag ju vara ensam. Hade jag bara varit ensam och ensam och ensam, då tror jag inte att jag klarat mig lika bra hemma själv. Utan det hade nog blivit sjukhus i såna fall. (Studie 1)

Slutligen hänger tiden också samman med antalet boendestödjare. I våra studier har det varierat mellan en och fem boendestödjare per person men det vanligaste har varit två. För personer med ett flertal boendestödjare kan det innebära att det dröjer veckor innan man möter samma person igen. Detta medför svårigheter att upprätthålla ett kontinuerligt stöd i en kontinuerlig relation.

Diskussion

Syftet med artikeln är att lyfta fram vad som kännetecknar ett stödjande boendestöd, dess innebörder och effekter. Studierna visar att de kapacitetsrestriktioner som begränsar vardagslivet kan mildras eller upphöra genom insatsen boendestöd. Tillsammans med boendestödjaren skapas andra handlingsmönster och handlingsalternativ: det ogörbara blir görbart. Ett stödjande boendestöd påverkar den sociala situationen vilket inverkar på välbefinnandet och ett möjligt förbättrat psykiskt tillstånd. Boendestöd måste förstås som en komplex social insats – det "utförs" inte i någon enkel endimensionell mening – där en rad faktorer har betydelse för om det blir ett stödjande och därmed effektivt stöd:

- Att boendestöd äger rum i vardagens sammanhang betyder att det innefattar *olika* platser. Det kräver ett platsöverskridande stöd och inte endast stöd i hemmet. Den förankringen möjliggör ett expansivt stöd för individen att erövra erfarenheter och vidga sin vardagsvärld. Här skulle vi vilja flika in att socialtjänstlagen föreskriver just det, uttryckt i möjlighet "att delta i samhällets gemenskap och leva som andra" (5 kap. 7 §) och att en av psykiatrireformens övergripande målsättningar var att människor med "psykiska störningar" skulle få en förbättrad livssituation (prop. 1993/94:218). Psykiatrireformens intentioner torde gälla än i dag.
- Ett innehållsligt och tidsmässigt flexibelt stöd. Studierna innehåller en omfattande empiri som styrker att det ständigt inträffar oplanerade och oväntade händelser i människors vardagsliv. Till detta kommer att kapaciteten fluktuerar. Det kräver en boendestödjare som kan vara flexibel både vad gäller

tid och vad som bör ske tillsammans med den konkreta individen i den aktuella stunden (jfr Ljungberg et al., 2017). Ett detaljreglerat stöd är dömt att misslyckas och skapar kontrastödjande förutsättningar.

- Betydelsen av *både* samtal och göromålsinriktade handlingar: boendestöd är, till skillnad från socialt arbete som endast sker i samtalets form, sammanlänkat av olika kommunikationssätt. Likväl behöver betydelsen av "det sociala" betonas, dels som något ständigt närvarande oavsett vad boendestödjaren och brukaren gör tillsammans, dels genom samtalets och sällskapets betydelse, både inom och utanför vardagens nyttopektra (jfr Brolin, 2016; Ljungberg et al., 2017).
- Betydelsen av vem som är boendestödjare och den relation som skapas. Att relationen upplevs stödjande av brukaren är avgörande för ett stödjande boendestöd. Det kräver att endast ett fåtal boendestödjare är involverade i en och samma person (se även Andersson, 2016; Brolin, 2016; Ljungberg et al., 2017).

Slutligen: Resultatet pekar, tillsammans med annan forskning (se t.ex. Brolin, 2016; Ljungberg et al., 2017), samstämmigt mot vad som kännetecknar ett stödjande boendestöd, dess innebörder och effekter. Dock visar studierna som ligger till grund för den här artikeln på faktorer som riskerar att omvandla boendestöd till en ineffektiv och möjligen kontrastödjande insats. Det handlar om risken med att överbetona den praktiska sidan av stödet och undervärdera "det sociala", det olämpliga i ett detaljreglerat stöd och risken med diskontinuitet.

När boendestöd blir uppgiftsstyrt och att utföra praktiska sysslor dess mål och mening, säger det något om både människosyn och synen på socialt arbete; individen betraktas utifrån sina funktioner och vardagslivet som en räckta praktikaliteter (se Sundgren, 2011). Det sociala arbetet består i att träna upp dessa funktioner med hjälp av boendestöd ur ett ensidigt görandeperspektiv. Boendestöd blir då en "görandets praktik" där de sociala aspekterna av stödet får en underordnad betydelse (jfr Andersson & Gustafsson, 2017). Det är flera problem med detta. Det går inte att bortse från boendestödets sociala innebörder: boendestöd är socialt. Samspelet, samtalet och sällskapet är en del av boendestödsituationen oavsett vad som står i ett beslut om stödets innehåll. Kvalitén på samspelet kan skapa ett stöd som är både stödjande och bristande eller till och med kontrastödjande. Ett stödjande boendestöd måste innefatta synen på att en människa existerar i ett sammanhang. Det inkluderar idén om ett socialt liv utanför nytto sfären. Välbefinnande och psykiskt välmående kräver mer än frånvaron av psykiatriska symptom; det kräver också att livet ibland är lite roligt, trevligt och intressant (Rook, 1987; Davidson et al., 2006). Det tycks finnas en risk att detta underskattas när det gäller stöd till människor med psykiska kapacitetsrestriktioner.

Det finns ytterligare en risk i sammanhanget: När görandets praktik dominerar och

”görändemålen” tycks ha uppnåtts, kan det tas som intäkt att avsluta insatsen utan att brukaren är redo för det och utan att hänsyn tagits till de sociala innebörderna av stödet (se även Brolin, 2016). Ej heller till effekten av sociala facilitationer: det faktum att det är lättare när man är två.

Empirin visar vidare att beslut och beställningar som detaljreglerar ett boendestöd som utspelar sig i ett föränderligt vardagssammanhang är dömda att misslyckas. Resultatet blir ett boendestöd som existerar i praktiken och ett annat som formuleras i administrationens värld (jfr Andersson & Gustafsson, 2017).

Boendestödjarens förmåga att möta den konkreta individen i det konkreta vardagslivet, just den dagen, just den stunden, är grundläggande för ett stödjande boendestöd. Den konkreta socialitetens samspelsform (Asplund, 1987) är en ofrånkomlig del av ett stödjande boendestöd. Den är en förutsättning för att anonymisera brukaren, för den mångfacetterade individen att träda fram.

Likväl är den abstrakta socialiteten, här företrädd av professionen ”boendestöd” och ”brukare”, också ofrånkomlig. Den abstrakta socialiteten finns närvarande i det faktum att det är en boendestödjare och brukare som möts, inte två vänner. Den abstrakta socialiteten kan sägas företräda förväntningar på att boendestödjaren ska vara stödjande och brukaren i behov av stöd. Den tolkningsram som omger relationen är genomsyrad av den abstrakta socialiteten, den tränger in i den konkreta socialitetens sociala samspel och bestämmer tolkningen av det som sker.

Asplunds (1987) begrepp konkret och abstrakt socialitet kan ses som ett bidrag till en professionsdiskussion om det sociala arbete som boendestöd utgör (se även Sundgren, 2011; Ljungberg et al., 2017). Det slitna uttrycket att vara ”personlig” men inte ”privat” som ett slags professionsideal har – förutom dess oklara innebörd – ingen grund i studiernas relativt omfattande empiri. I den ömsesidiga process av svar och gensvar och positionsbyten som pågår i en boendestödsituation, blir båda parter individer med erfarenheter som den andre efterfrågar. Boendestödjaren och brukaren frammanar den unika personen av ”kött och blod” i ett ömsesidigt samspel där den konkreta socialiteten är oundgänglig.

Sammantaget sätter resultaten fingret på något väsentligt: vad är avsikten med boendestöd? Om syftet är ökade kapaciteter, både praktiskt och socialt och som inkluderar individens välbefinnande, måste detta också få konsekvenser för var och när stödet utspelar sig, med vem och hur (se Burke, 1945/1969). Om vi tänjer tanken: hur expansivt skulle ett samhällsstöd till människor med psykiska kapacitetsrestriktioner kunna bli? Hur långt är vi benägna att tänka, och vad hindrar?

Referenser

- Andersson, G. (2009) *Vardagsliv och boendestöd. En studie om människor med psykiska funktionshinder*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
- Andersson, G. (2016) What makes supportive relationships supportive? The social climate in supported housing for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Mental Health*, 14(5): 509–529.
- Andersson, G. & Gustafsson, H. (2014) *Vardagsliv och samhällsstöd. En studie om personer mellan 20 och 35 år med psykisk funktionsnedsättning*. Rapport nr 132/14. Stockholm: FoU-Södertörn.
- Andersson, G. & Gustafsson, H. (2017) *Boendestöd på papper. Boendestöd i praktiken*. Rapport nr 152/17. Stockholm: FoU Södertörn.
- Andersson, G., Gustafsson, H. & Bringlöv, Å. (2015) *Boendestöd – Stockholm Södertörn Gotland. Delrapport. Intervjustudie*. Rapport nr 133/15. Stockholm: FoU Södertörn.
- Asplund, J. (1987) *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Brolin, R. (2016) *"Jag kan öppna fönstret när jag vill". Boendesituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Akademisk avhandling. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Burke, K. (1945/1969) *A grammar of motives*. Berkeley och Los Angeles: University of California Press.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London, UK: Sage.
- Davidson, L., Shahar, G., Staeheli Lawless, M., Sells, D. & Tondora, J. (2006) Play, pleasure and other positive life events: "Non-specific" factors in recovery from mental illness? *Psychiatry*, 69(2): 151–163.
- Ellegård, K. (2001) Att hitta system i den välkända vardagen. En tankeram för studier av vardagens aktivitetsmönster och projekt. I: K. Ellegård & E. Wihlborg (red.) *Fånga vardagen. Ett tvärvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Fakhoury, W.K., Murray, A., Shepherd, G. & Priebe, S. (2002) Research in supported housing. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(7): 301–315.
- Gough, R. & Bennisäter, L. (2001) *Boendestöd – och vad det kan bli*. Fokus-Rapport 2001:7. Forskning och kunskapsutveckling socialtjänst. Kalmar län: Kommunförbundet.
- Harvey, C., Killackey, E., Groves, A. & Herrman, H. (2012) A place to live. Housing needs for people with psychotic disorders identified in the second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9): 840–850.
- Hägerstrand, T. (1985) *Time-geography. Focus on the corporeality of man, society and environment*. Reprinted from *The science and praxis of complexity*. New York: United Nations university.
- Ingemarson, M., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2006) *Att planera för boendestöd. Om planer, trepartssamtal och klientmedverkan i socialpsykiatrin*. Rapport 2006:3. Stockholm: Centrum för kunskapsutveckling i praktiken i Stockholm.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, G. (1996) Människan, hemmet och tingen. I: D. Gaunt & G. Lantz (red.) *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Stockholm: Liber.
- Ljungberg, A., Matscheck, D. & Topor, A. (2017) *Boendestöd. Erfarenhetsbaserad praktik och kunskap*. FoU-rapport nr 27/2017. FoU-Nordost.
- Mead, G.H. (1934/1995) *Medvetandet jaget och samhället. Från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L. & Trainor, J. (2007) Housing choice and control, hous-

- ing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaption of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2): 89–100.
- Owen, C., Rutherford, V., Jones, M., Wright, C., Tennant, C. & Smallman, A. (1996) Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 47(6): 628–632.
- Patton, M.Q. (1987) *How to use qualitative methods in evaluation*. Center for Study of Evaluation, University of California. Newbury Park: Sage publications.
- Proposition 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*.
- Rook, K.S. (1987) Social support versus companionship. Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6):1132–1147.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- Skogens, L. & von Greiff, N. (2014) Recovery capital in the process of change. Differences and similarities between groups of clients treated for alcohol or drug problems. *European Journal of Social Work*, 17(1): 58–73.
- Socialstyrelsen (2004) *Boendestöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. [<http://app.socialstyrelsen.se/Termbank/Insats.ppt>. Hämtat: 2018-03-27]
- Socialstyrelsen (2010) *Det är mitt hem. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016) *Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet. Service, stöd och vård för psykiskt störda*.
- Spetse, B. & Gustafsson, H. (2013) *Boendestöd – Stockholm Södertörn Gotland. Delrapport. Kartläggning*. Rapport 119/13. FoU Södertörn.
- Sundgren, M. (2011) Det sociala arbetets elementära former. I: M. Sundgren & A. Topor (red.) *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Svenska Akademien (2009) *Svensk Ordbok utgiven av Svenska Akademien*. Stockholm: Norstedts.
- Szebehely, M. (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Avhandling. Lund: Studentlitteratur.
- Tanzman, B. (1993) An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5): 450–455.
- Topor, A. (2014) *Boendestödarnas erfarenhetskunskap. Boendestöd – beslut och praktik. Erfarenheter från Lidingö stads socialpsykiatri*. Lidingö: Lidingö stad.
- Åqvist, A. (1992) *Tidsgeografi i samspel med samhällsteori*. Akademisk avhandling. Lund: Geografiska institutionen, Lunds universitet.
- Österberg, D. (1985) *Materiell och praxis. I: S. Andersson, T. Johansen, G. Nilson & D. Österberg. Mellan människor och ting*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.

David Matscheck

Evidensbaserad metod eller praktisk verksamhet?

– supported employment utan IPS

Evidence-based method or practical support for users? – Supported Employment without IPS

Since the Mental Health Reform of 1995, the social service in Sweden is required to offer "meaningful activities" to persons with mental health impairments. This requirement has usually been met by the social service's "daily activities" centres, which do not have contact with the competitive labour market. "Supported Employment" (SE) is a method which can be used to help people with mental health, neuropsychiatric or intellectual impairments to regular work places. Based on international research, the SE model "Individual Placement and Support" (IPS) is recommended in national guidelines as an evidence-based method. However, IPS can be difficult to implement, since the model requires integrated teams, while in the Swedish system health care, social service and vocational rehabilitation belong to different sectors. Another reason is that subsidized forms of employment and internship are more usual in Sweden than in many other countries. This study investigates SE practices in three municipalities which do not follow all of the IPS model's eight "basic principles". The results show that after 18 months many persons who had been totally without regular activities, or had access only to a daily activities centre, had some form of work or internship at regular workplaces. Twenty per cent had paid employment. The author interprets IPS as a "packaging" of SE which the municipalities have "translated" locally to offer SE activities which benefit users. This can also be seen as evidence-based practice (EBP), in which the best available research has been combined with the wishes of users and the professionals' judgement of what is possible to offer in practice. Further research is needed concerning the value for users of prolonged internships which do not lead to paid employment.

David Matscheck är socionom, master i socialt arbete och vik. universitetsadjunkt vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet samt tidigare projektledare vid FoU Nordost..

Kontakt: david.matscheck@socarb.su.se

Inledning

Ett område som har stor betydelse för normalisering av levnadsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning, för inkludering i samhället och för återhämtning är sysselsättning (Denhov, 2005; Tew et al., 2012). Sedan 1995 års psykiatrireform är socialtjänsten skyldig att enligt socialtjänstlagen (SoL) erbjuda ”meningsfull sysselsättning”. Insatserna har i huvudsak varit begränsade till ”sysselsättningsverksamhet” eller ”daglig verksamhet” (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010). Denna typ av verksamhet har, i likhet med till exempel särskilt boende, kritiserats för att vara alltför institutionslik och exkluderande (Rosenberg, 2009). Trots projektinsatser och andra statliga stimulanser har sysselsättningsgraden på ordinarie arbetsplatser för denna grupp förblivit låg i jämförelse med övrig befolkning (SOU 2006:100; SCB, 2016).

Supported employment (SE) är en metod som har fått mycket uppmärksamhet för att kunna hjälpa fler personer med psykisk funktionsnedsättning att få arbete. Principen bakom SE kallas för *place then train*, vilket är i motsats till den traditionella arbetsrelaterade rehabiliteringens trappstegsliknande *train then place* (Areberg, 2013). Den manualbaserade modellen för SE, *individual placement and support* (IPS), har framför allt utifrån internationell forskning framhållits av Socialstyrelsen som evidensbaserad (Socialstyrelsen, 2011; Socialstyrelsen, 2015; Socialstyrelsen 2018). Forskning har dock visat på svårigheter med att implementera IPS i Sverige, dels därför att IPS förutsätter integrerade arbetsteam, medan det svenska systemet är uppdelat i separata system för hälso- och sjukvård, socialtjänst och arbetsmarknadsfrågor (Markström et al., 2015). Och dels på grund av den stora förekomsten av subventionerade sysselsättningsformer i Sverige som till exempel praktik och lönebidrag (Nygren, 2012).

Samtidigt har många kommuner upptäckt behovet av arbetsformer som främjar sysselsättning på ordinarie arbetsplatser. I en del kommuner har man valt att starta egna verksamheter som bygger på SE-idén om *place then train*, men som inte kan leva upp till IPS-modellen i alla sina delar. Vissa av dessa verksamheter ger stöd även till personer med andra typer av funktionsnedsättning, framför allt autismspektrumstörning och utvecklingsstörning.

I den här artikeln undersöks SE i en organisationskontext som kännetecknas av sektorisering och subventionerade sysselsättningsformer. Inledningsvis görs en genomgång av bakgrunden till hur SE har utvecklats, tillkomsten av den manualbaserade versionen av SE som utgörs av IPS, IPS som evidensbaserad metod samt den forskning som hittills har gjorts om implementeringen av SE och IPS i Sverige. Sedan undersöks relationen till evidensbaserad praktik (EBP) i en kontext som den svenska, där det finns strukturella hinder för att implementera IPS med hög programtrohet.

Det empiriska underlaget består av material från en undersökning av tre socialtjänstverksamheter med utgångspunkt i SE. Studien gjordes ursprungligen av en FoU-

enhet där uppdraget var att utvärdera de resultat som uppnåtts av SE-verksamheter i tre kommuner. Under datainsamling framstod att dessa tre kommuner kunde karakteriseras som att antingen inte ha kunnat implementera IPS fullt ut, ha gjort bedömningen att det inte skulle vara möjligt att implementera SE enligt samtliga IPS grundprinciper eller ha startat en egen SE-verksamhet innan man var medveten om IPS-modellen och valt att fortsätta med verksamheten såsom man själv hade skapat den. I artikeln redovisas vilka anpassningar som har gjorts och vilka resultat som studien visar.¹

Sysselsättning som en fråga för socialtjänsten

I internationell forskning framhålls arbete som en viktig del i återhämtningsprocessen för personer med psykisk funktionsnedsättning, eftersom den främjar anknytning till sammanhang inom det större samhället (Tew et al., 2012). Frågan är dock vad som menas med "arbete"? På svenska finns även begreppet "sysselsättning", och i socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453, 5 kap. 7 §) finns uttrycket "meningsfull sysselsättning".

Socialtjänstens sysselsättningsverksamheter erbjuder ofta främst trygghet, med ett minimum av arbetsträning (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010; Ineland, Molin & Sauer, 2009). Sysselsättning på ordinarie arbetsplatser torde innebära långt större möjligheter att delta i samhällets gemenskap och det finns forskning som visar att personer som har ett arbete är mer nöjda med sina liv än personer som endast deltar i socialtjänstens sysselsättningsverksamhet (Eklund, Hansson & Ahlqvist, 2004). En anledning till detta kan vara att samhället runt omkring ser arbete som en viktig parameter för återhämtning (Leff & Warner, 2006).

Supported employment (SE) kom till som ett alternativ till skyddade verkstäder för personer med utvecklingsstörning (Marrone & Gold, 1994). Så småningom började den ideella verksamheten Fountain House och andra tillämpa SE i olika former för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det som styrde SE var idéer som bland annat place then train, individens motivation till att arbeta samt integrering i arbetslivet (ibid.).

Så småningom utkristalliserades IPS som en manualbaserad modell för SE (Becker & Drake, 1994). I IPS preciseras åtta *grundprinciper* som under åren har varierat något i sin exakta utformning, men som i huvudsak fortsatt handlar om place then train: 1) Målet för insatsen är ett konkurrensutsatt arbete på den öppna arbetsmarknaden; 2) sökandet efter arbete inleds i ett tidigt skede; 3) alla som vill arbeta får stöd av IPS;

¹ För en mer komplett genomgång av det empiriska underlaget i studien, se Matscheck (2018). Materialet har omarbetats, bland annat den teoretiska analysen och diskussionen som presenteras i denna artikel.

4) arbetssökandet grundar sig på personens intressen och preferenser; 5) insatserna integreras i det psykiatriska teamet (dvs. en intensiv teambaserad form av samverkan); 6) ekonomisk rådgivning ges i ett tidigt skede; 7) insatsen ges till personen så länge hon eller han önskar; 8) mycket tid avsätts till att engagera arbetsgivare och rekrytera arbetstillfällen (Areberg, 2013).

Just målet att få ett konkurrensutsatt avlönat arbete har varit den huvudsakliga parametern i de studier som återopats inför att rekommendationer skulle göras genom nationella riktlinjer (Öjehagen et al., 2006) – forskningsöversikterna Crowther et al. (2001) och Bond, Drake och Becker (2008) samt även till exempel Twamley, Juste och Leyman (2003). Studierna i översikterna har huvudsakligen inriktats på personer med *severe mental illness*, vilket är ett ganska otydligt uttryck som förefaller omfatta framför allt schizofreni och andra psykosrelaterade sjukdomar samt bipolär störning. Det finns också studier som visar att IPS har effekt för personer med psykisk funktionsnedsättning och samtidigt missbruk (Mueser, Campbell & Drake, 2011).

De allra flesta studierna har gjorts i USA, förutom enstaka i Canada, Australien och Storbritannien. En mer nyligen gjord översikt (Nøkleby, Blaasvaer & Berg, 2017) omfattar även några få studier från Hong Kong och Japan. En studie har gjorts i fem europeiska länder (Burns, White & Catty, 2008). En studie från Nederländerna (van Erp et al., 2007) visar samtidigt att det inte alltid är lätt att implementera IPS-modellen i europeiska sammanhang. Hinder hittades i form av organisatoriska problem samt inadekvat finansiering, ledning och samverkan mellan organisationer. Under senare år har dock flera studier i europeiska länder visat positiva resultat för IPS (Rinaldi et al., 2010; Hoffman et al., 2012), även om en studie från Storbritannien inte hittade några signifikanta skillnader mellan IPS och sedvanlig vård (Howard et al., 2010).

När det gäller kvalitativa aspekter av IPS är bilden inte lika klar. Lövgren, Markström och Sauer (2017) framhåller att internationell forskning betonar värdet av arbete, men även de mer osäkra effekterna av IPS för livskvalitet och till exempel minskade återfall i sjukdom. En forskningsöversikt (Charzyńska, Kucharska & Mortimer, 2015) hittade dock studier som visar att IPS kan ge förbättrad livskvalitet och välbefinnande.

Det är betydligt svårare att hitta studier om SE och IPS för personer med andra funktionsnedsättningar. En översikt om SE för personer med autismspektrumstörningar (Westbrook et al., 2012) kunde inte identifiera tydlig evidens för vilken modell som fungerar bäst för den gruppen. En nyare studie i USA (McLaren et al., 2017) har dock visat lovande resultat. Noel et al. (2017) har hittat liknande resultat för en blandad grupp unga personer med olika funktionsnedsättningar, inklusive utvecklingsstörning och andra kognitiva problem, som tidigare studier hittat för psykisk funktionsnedsättning. Lövgren, Markström och Sauer (2015) framhåller dock

att i forskning om utvecklingsstörning överlag ges mindre vikt åt SE. I stället problematiseras oftare begreppet *arbete* i relation till målgruppen, ofta genom kvalitativa studier.

Bilden av SE och IPS kan problematiseras vidare utifrån frågan om personlig ekonomi. Är det arbetet som ger den eventuella större livskvaliteten eller är det den ökade tillgången till pengar? Vissa studier (Ljungkvist et al., 2016; Davidson et al., 2004) visar att även en ganska minimal ökning i inkomst kan ge större livskvalitet, helt frånsatt frågan om sysselsättning.

IPS under svenska förhållanden

Implementeringen av IPS i Sverige har lett till flera forskningsprojekt som resulterat i ett antal artiklar. De flesta av dem har ingått i någon av tre doktorsavhandlingar – Nygren (2012), Areberg (2013) och Lexén (2014). Dessutom har ett projekt av Socialstyrelsen som gett stöd till 32 försöksverksamheter under åren 2011–2013 (flera av vilka undersökts i nämnda avhandlingar) utvärderats av Topor, Ljungberg och Åberg (Socialstyrelsen, 2014) avseende projektets resultat och av Markström et al. (2015) avseende implementeringen av IPS. I en annan avhandling (Gustafsson, 2014) har tre verksamheter studerats som beskrivs som ”inspirerade av SE” och som vänder sig även till personer med andra funktionsnedsättningar.

Denna forskning visar att det finns viktiga skillnader mellan svenska förhållanden och förhållanden i USA och i många andra länder som påverkar hur SE fungerar. Bidragssystem är mer utbyggda i Sverige, vilket Areberg (2013) framhåller kan minska motivationen till lönearbete. Villkoren enligt lagen om anställningsskydd (LAS) kan göra arbetsgivare försiktigare med att anställa. Samtidigt finns det i Sverige fler former av subventionerade anställningar, till exempel lönebidrag och offentligt skyddade anställningar (OSA), än i andra länder. Praktik är också vanligare i Sverige. Nygren et al. (2011) kommenterar att många personer i deras studie stannade i praktik under långa perioder. Ändå visar inte minst Bejerholm et al. (2015), där 46 procent hade fått anställning efter 18 månader, att stöd enligt IPS kan leda till reguljärt arbete även i Sverige – trots att även dessa författare kommenterar att den stora förekomsten av praktik kan fördröja för många personer att få anställning.

Flera av de svenska studierna har hittat kvalitativa effekter av IPS som ökad livskvalitet (Areberg, 2013) och förbättrade kognitiva funktioner (Lexén, 2014). Ett osäkert område är dock personlig ekonomi. Anställning torde rimligen resultera i högre inkomst än olika ersättningsformer, men många anställningar var på deltid. I Topor och kollegors utvärdering (Socialstyrelsen, 2014) upplevde 72 procent av deltagarna att deras ekonomiska situation var oförändrad.

Ett minst lika stort problem för IPS är sektoriseringen i den svenska välfärdsstaten. Markström et al. (2015) framhåller vikten av ett tätt teamarbete med starkt

organisatoriskt stöd, men i likhet med Topor och kollegor (Socialstyrelsen, 2014) fann de att det delade huvudmannskapet mellan stat (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan), landsting (bl.a. psykiatrin) och kommun (socialtjänstens socialpsykiatri) var ett hinder för framgångsrik implementering. Över hälften av de verksamheter som de utvärderade hade inte alls eller bara till viss del lyckats uppnå en rimlig följsamhet till ursprungsmodellen, bland annat på grund av en låg grad av integrering med psykiatrin. En uppföljning av denna utvärdering visade att åtta av de fjorton verksamheterna hade lagts ner inom tre år (Bergmark, Bejerholm & Markström, 2018).

Att implementera IPS i Sverige kräver alltså samverkan mellan parterna, vilket i sådana verksamheter kräver mycket samarbete på många olika plan (Bergmark, 2017). En möjlig lösning skulle kunna vara samordningsförbund – en särskild organisationsform avsedd att underlätta för samverkan mellan socialtjänsten, landstinget, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Forskning visar dock att även samordningsförbund kan få problem på grund av parternas svårigheter att implementera och finansiera verksamheter som ligger utanför deras kärnverksamhet (Ståhl, 2010; Andersson, 2016).

Metodtrohet eller lokal översättning?

Evidensbaserade metoder och evidensbaserad praktik (EBP) inom socialt arbete har som bekant diskuterats häftigt i Sverige under de senaste 10–15 åren, även om debatten kanske har svalnat något under de allra senaste åren.

Grundtanken i evidensbaserade metoder är att testa en specifik metod genom effektstudier, där randomiserade kontrollerade (RCT) studier som jämför insatsen med en kontrollgrupp anses vara de säkraste (Sundell, 2008). Den ursprungliga studien ska sedan kunna replikeras i andra studier. De översikter som Socialstyrelsen (2010) har hänvisat till är systematiska översikter (Anttila, 2008), där man har hittat RCT-studier som visat att IPS haft effekt. Vidare ska den evidensbaserade metoden kunna implementeras i andra verksamheter. IPS har, förutom grundprinciperna, även en manual som verksamheterna ska följa så exakt som möjligt (Socialstyrelsen, 2012) och en "trohetsskala" för att kunna bedöma i vilken grad verksamheten lever upp till de viktigaste delarna i metoden (Markström et al., 2015).

Vad som utgör EBP formuleras lite olika i olika källor, men det är vanligt att den representeras som tre cirklar där den bästa rådande evidensen (helst RCT-studier) är en cirkel, de professionellas erfarenhet en cirkel och brukarens önskemål den tredje cirkeln. De tre cirkelarna överlappar i ett område i mitten (Jergeby & Sundell, 2008). Idén om evidensbaserade metoder kan problematiseras med hänvisning till nyinstitutionalismens teorier om hur nya idéer sprids. Erlingsdottir (1999) använder, med

hänvisning till Czarniawska och Joerges (1996) och även till bland annat Latour (1986), *idémodellen*. Enligt idémodellen sker en process av "lösryckning" från idéns ursprungliga kontext, "förpackning" i en form eller modell lämplig för vidare spridning och "resande" till en ny kontext där den "översätts" för att användas som handling i den nya kontexten. Vidare kan metoden implementeras genom en strategi som kan antingen göras "hård", vilket kräver stor trohet till ursprungsmodellen, till exempel genom att få höga poäng på en trohetsskala, eller "mjuk", med större utrymme för lokala modifikationer (Markström & Grape, 2011). Ett annat relevant begrepp är "drift". Drift kan vara antingen oönskad, där implementering leder till att metoden inte längre liknar den ursprungliga, eller önskad, där det sker en nödvändig anpassning (ibid.; Fixsen et al., 2005).

Vidare kan spridning av SE och IPS kontextualiseras utifrån begreppet *governance*. Governance handlar bland annat om behovet av "mjuk" statlig styrning i ett läge där direkt styrning inte har visat sig vara tillämplig (Pierre, 2012). När det gäller EBP har styrning inte skett genom till exempel lagstiftning, med möjlighet till sanktioner för den som inte använder den, utan genom bland annat Socialstyrelsens riktlinjer, som är ett slags rekommendationer – ett tydligt exempel på mjuk styrning.

Metod

I den här studien har det saknats möjligheter till de kontrollerade jämförelser som görs i RCT-studier. Därför har verksamheterna först beskrivits och resultaten för de sammanlagda verksamheterna sedan aggregerats. Metoden grundar sig på fallstudiedesign, där även en intervjustudie med brukare är inplanerad (Yin, 2009). Frågan om hur verksamheterna har anpassat idén SE har undersökts genom en beskrivning av respektive verksamhet och arbetssättet som verksamheten tillämpar. Frågan om verksamheternas resultat har undersökts genom att inhämta kvantitativa data. För att beskriva underlaget har uppgifter om bland annat typ av funktionsnedsättning, kön, ålder samt sysselsättning och försörjning sammanställts. Eventuella förändringar i sysselsättning och försörjning har undersökts kvantitativt från inskrivning för en period av 18 månader.

Datainsamling, bearbetning och analys

Underlag till frågan om hur verksamheterna arbetar med SE har inhämtats genom intervjuer med arbetscoacher i respektive verksamhet. Författaren har även fått tillgång till dokument och blanketter som verksamheterna använder i arbetet. I analysen jämförs dessa data med grundprinciperna enligt IPS-modellen. IPS-trohetsskala används inte i analysen, eftersom verksamheterna inte har gjort något försök att följa alla punkterna i skalan.

Underlag till frågan om verksamheternas resultat har inhämtats via en enkät till arbetscoacherna. De har enskilt utifrån personlig kännedom eller tillsammans med den berörda personen fyllt i enkäten. Ett formulär lämnades för varje person vid inskrivning och var sjätte månad samt vid eventuell utskrivning.

Uppgifter samlades in för samtliga personer som var aktuella i verksamheterna under insamlingsperioden. Verksamheterna som studerats är pågående och har inte kunnat följas från start, vilket har försvårat arbetet med att hitta ett gemensamt urval och en gemensam datainsamlingsperiod. I två kommuner, som här benämns kommun 1 respektive kommun 2, startades verksamheten för över tio år sedan, medan den som benämns kommun 3 gjorde en nystart år 2015. I tabell 1 redovisas datainsamlingsperioden för respektive kommun samt antalet personer om vilka data har samlats in. Data har samlats in om totalt 226 personer. Av dessa kunde 94 följas i 18 månader eller till avslut och det är uppgifter om de här personerna som används i analysen.

Tabell 1. Datainsamling per kommun.

	Verksamhet startade	Datainsamling	Totala antalet aktuella personer	Antalet personer 18 månader eller till avslut
Kommun 1	2004	2014-01-01 – 2016-06-30	68	18
Kommun 2	2007	2014-01-01 – 2016-06-30	64	20
Kommun 3	nystart 2015	2015-09-15 – 2017-06-30	94	56
Summa			226	94

Inkomna data har sammanställts och bearbetats av författaren med hjälp av dataprogrammet SPSS. Beräkningar av resultat efter 18 månader har gjorts i korstabeller med signifikansberäkningar av skillnader mellan respektive mättillfälle enligt Kendalls tau-b respektive Kendalls tau-c (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2003). 35 personer hade avslutats, därav 26 tidigare än efter 18 månader. Även de här personernas situation utgör resultat för verksamheterna och inkluderas i beräkningarna tillsammans med de personer som var aktuella efter 18 månader. Att betrakta de här personerna som bortfall skulle snedvrider de totala resultaten. Däremot redovisas kortfattat även resultat för dessa 35 personer.

Överväganden – studiens validitet och reliabilitet

De tre verksamheterna i studien arbetar inte efter en manual, utan är i stället inspirerade av IPS eller av SE som princip. De har utvecklats åt var sitt håll och har ingen gemensam modell. De visar på tre olika sätt att förhålla sig till IPS och SE och utgör därmed en intressant grund för artikelns analys och diskussion. Samtidigt aktualiserar frågan huruvida verksamheternas resultat ska analyseras tillsammans eller var för sig. Beskrivningarna (se nedan under Resultat) visar att verksamheterna arbetar på sätt som till mycket stora delar liknar varandra och i flera hänseenden framstår som mycket likartade grundprinciperna för IPS. Att slå ihop data från verksamheter i tre kommuner har den huvudsakliga fördelen att det ger ett större underlag och författaren har bedömt att arbetsätten är tillräckligt lika för att motivera en gemensam redovisning och analys av inkomna data.

Data har samlats in genom arbetscoacherna i stället för direkt av forskaren. Det ingår i arbetscoachens uppgifter att göra en kartläggning av varje brukares situation och arbetscoacherna har därför den information som efterfrågats avseende bland annat funktionsnedsättning, utbildning och arbetslivserfarenhet och följer inte minst personens sysselsättning och försörjning. Men även om enkäten oftast fylldes i tillsammans med kunden, kan studiens reliabilitet inte anses vara optimal.

Beroende på tillvägagångssättet är studiens data i flera avseenden oprecis. Det gäller bland annat den exakta typen eller graden av svårigheter, där uppgifterna stannar vid breda kategorier av funktionsnedsättning enligt de uppgifter som samlats in av arbetscoacherna i sina kontakter med brukarna. Detsamma gäller exakta uppgifter om till exempel när och hur länge personen fått sysselsättning och precisa uppgifter om inkomster och försörjning. Även studiens generaliserbarhet i förhållande till verksamheter i andra kommuner eller hos andra typer av huvudmän begränsas av bristen på en tydlig gemensam modell i de tre kommunerna. Sammantaget kan dock resultatet ge underlag till att i enlighet med studiens syfte diskutera dessa och liknande verksameters roll i den aktuella organisationskontexten.

Vidare kan konstateras att den här studien är ett exempel på praktiktäna forskning, där empiri utformats i dialog mellan författaren och representanter (arbetscoacher) från verksamheterna som studerats. Datainsamlingen styrdes av både vad verksamheterna ville få veta om sina resultat och av forskarens bedömningar. De teoretiska framställningarna och diskussionerna i denna artikel är en vidareutveckling som författaren gjort utifrån den grunden.

Etiska frågor

I enlighet med FoU-enhetens policy har Vetenskapsrådets forskningsetiska principer om information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande beaktats noga. Enkätsvaren som författaren har fått del av om enskilda personer är avidentifierade

och endast verksamheterna har tillgång till kodningsnycklarna. Uppgifterna är fak-tarelaterade och innehåller inga bedömningar eller värderingar om den enskilda personen. Arbetscoachen har lämnat information om syftet med studien både skriftligt och muntligt till samtliga berörda personer och deras deltagande har varit frivilligt. Etikprövning har dock inte gjorts, eftersom det efter tidigare kontakter med Etikprövningsnämnden inte var praxis på FoU-enheten när datainsamling påbörjades och undersökningen betraktades som en internvärdering innan det vetenskapliga intresset uppmärksammats.

Begrepp

I den här artikeln används begreppet *funktionsnedsättning*. Personerna som berörs har underliggande diagnoser, men arbetscoacherna kan inte förutsättas ha egen information om detta. Dessutom torde det vara viktigt att använda sociala begrepp för analys av frågor som berör socialtjänstverksamheter. Funktionsnedsättning (tidigare "funktionshinder") är också begrepp som tillämpas i bland annat lagarna SoL och LSS.

Resultat

Hur arbetar de tre verksamheterna?

Socialpsykiatrivetsksamheterna i de tre kommunerna erbjuder insatser till personer med alla typer av psykisk funktionsnedsättning – psykosrelaterade, depressioner och bipolära tillstånd, personlighetsstörningar med mera. SE-verksamheterna riktar sig dessutom till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – autismspektrumstörningar, adhd med mera – och även till personer med utvecklingsstörning. Insatsen SE beviljas som bistånd enligt SoL, men personer i de två sistnämnda grupperna har ofta även stöd enligt LSS.

I samtliga tre kommuner finns en indelning mellan biståndshandläggning ("myndighet") och utförarverksamheter. SE hör till utförarverksamheterna. I kommun 1 och kommun 3 har SE egna enheter. I kommun 2 är SE knuten till respektive verksamhet inom socialpsykiatri och LSS.

Det finns ett samordningsförbund, men bara en av kommunerna var under datainsamlingsperioden medlem och samordningsförbundet var inte aktivt i SE-verksamheten. I kommun 1 startades verksamhet redan år 2004 utan att någon involverad kände till eller hade kunskap om IPS. I stället utvecklades arbetssättet efter egna idéer. Enligt informanterna kom man i efterhand att identifiera verksamheten som SE, men har gjort bedömningen att det inte skulle vara meningsfullt att försöka uppnå metodtrohet enligt IPS.

I kommun 2 startades SE några år senare med den tydliga ambitionen att följa IPS

så nära som möjligt. Informanterna har berättat om IPS-kurser som arbetscoacher, biståndshandläggare och personal från den lokala psykiatriska mottagningen gick tillsammans när verksamheten startades och som länge bidrog till en god samverkan. Däremot framhöll informanterna att det inte har varit möjligt att tillämpa IPS fullt ut, eftersom det bland annat inte har kunnat bildas ett gemensamt IPS-team.

I kommun 3 visar socialnämndens dokumentation att SE-verksamhet startades efter en egen modell år 2007. Informanterna berättar att man i längden inte var nöjd med hur verksamheten fungerade, en omorganisation och nystart gjordes därför år 2015 med ambitionen att framför allt snabbare kunna hitta arbetsplatser åt respektive person. Arbetscoacherna fick gå en konsultledd utbildning i SE, men enhetschefen gjorde bedömningen att det inte skulle vara möjligt att uppfylla framför allt IPS-grundprincipen om att integrera insatsen med psykiatrin.

I samtliga tre kommuner använder SE-verksamheten en uppsättning av rutiner, dokument och mallar som utvecklats på egen hand, vilka författaren har studerat. Eftersom verksamheterna utvecklat rutinerna på var sitt håll är de olika, men alla har som syfte att uppnå en överenskommelse med brukaren om hur hjälpen ska se ut, kartlägga tänkbara typer av arbetsplatser, personliga och hälsfaktorer som kan påverka behovet av stöd med mera.

I alla tre verksamheterna får brukaren en arbetscoach, som sedan är huvudsakligen ansvarig för att ge stöd till brukaren i alla faser av processen och även ha kontakt med arbetsgivaren. I kommun 1 och kommun 3 arbetar arbetscoacherna i en egen SE-enhet, medan SE-insatsen i kommun 2 integrerats i övriga sysselsättningsverksamheter.

När verksamheterna beskrivs enligt grundprinciperna för IPS, framgår följande:

1. *Arbete på den öppna arbetsmarknaden är målet för insatsen.* Den principen är inte tydlig i någon av de tre verksamheterna. I kommun 1 framställs praktik som ett första mål och ansvaret flyttas över till Arbetsförmedlingen när anställning blir aktuell. I kommun 2 framhåller man i enlighet med IPS arbete som mål, men många når inte längre än praktik. I kommun 3 framställs "sysselsättning" i något oklar betydelse som mål och även studier framställs som en möjlighet.
2. *Sökandet efter arbete inleds i ett tidigt skede.* Den principen följs i alla tre verksamheterna. Kontakten inleds med någon form av information och introduktionsamtal, följda av en snabb kartläggning av personens intressen och behov av stöd på arbetsplatsen. Arbetsökandet börjar så snart som möjligt.
3. *Alla som vill arbeta får stöd.* Den principen stämmer för alla tre verksamheterna. Insatsen beviljas av biståndshandläggare eller socialsekreterare som ett bistånd enligt SoL och utgår i likhet med allt bistånd ifrån personens behov. I övrigt är dock kriteriet "vilja att prova arbete eller praktik".

4. *Arbetsökande grundar sig på personens intressen och preferenser.* I alla tre verksamheterna åtföljs den inledande kartläggningen av kontakter, studiebesök och intervjuer på arbetsplatser. Kontakterna grundar sig just på personens intressen och preferenser. Formerna skiljer sig något mellan verksamheterna.
5. *Insatserna integreras i det psykiatriska teamet.* Samtliga tre verksamheter har kontakter med den psykiatriska vården genom lokala samverkansavtal som omfattar området psykisk funktionsnedsättning. Ingen av verksamheterna har dock någon formell samverkan med psykiatri rörande SE/IPS eller något team kring den enskilde personen, utan arbetscoacherna arbetar på egen hand.
6. *Ekonomisk rådgivning ges i ett tidigt skede.* Den ingår i någon form i alla tre verksamheterna.
7. *Insatsen ges till personen så länge hon eller han önskar.* Eftersom biståndsbeslut fattas av myndighetsavdelningen, har inte verksamheterna den formella möjligheten att bestämma detta. Beslut enligt SoL är normalt tidsbegränsade, ofta till sex månader eller ett år. Informanterna i alla tre verksamheterna framhåller att biståndsbesluten normalt förlängs om personen önskar fortsätta, men det har i vissa fall blivit diskussioner kring huruvida stödet skulle förlängas sedan en person fått anställning.
8. *Mycket tid avsätts till att engagera arbetsgivare och rekrytera arbetstillfällen.* Alla tre verksamheterna har utvecklat någon form av egen platsbank och vissa arbetscoacher har särskilt ansvar gentemot arbetsgivare.

Vilka resultat har verksamheterna uppnått?

Totalt 94 personer kunde följas under 18 månader eller tills de blev utskrivna ur SE-verksamheten. Av dem var 59 personer (63 procent) fortfarande inskrivna i verksamheten och 35 hade blivit utskrivna. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning var vanligast, 52 procent, medan 34 procent hade psykisk funktionsnedsättning och 14 procent hade både psykisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Eftersom endast 4 personer hade utvecklingsstörning har de räknats till gruppen personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. En del personer hade flera typer av psykiska funktionsnedsättningar, både psykosrelaterade och andra, framför allt depressioner eller bipolära. Personer med neuropsykiatriska nedsättningar hade bland annat autismspektrumstörning eller adhd, ibland i kombination. En mindre andel, 11 procent, hade någon form av alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk, men endast en person var inskriven i verksamheten på grund av missbruket. Fördelningen mellan kvinnor och män var ganska jämn och personer i alla åldrar omfattades (tabell 2).

Tabell 2. Undersökningsgruppen 18 månader. Procentuell andel, n = 94.

SE-verksamhet	Antal
Inskriven	63
Utskriven	37
Kön	
Kvinna	46
Man	54
Ålder (födelseår)²	
1950–59	3
1960–69	18
1970–79	22
1980–89	28
1990–97	29
Funktionsnedsättning	
Psyisk funktionsnedsättning	34
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	52
Både psykisk/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ³	14
Missbruk (alkohol, narkotika eller läkemedel)	11

Efter 18 månader hade andelen som hade sysselsättning på någon form av arbetsplats (lönearbete inkl. lönebidrag, praktik eller studier) ökat från 16 till 62 procent. Andelen som helt saknade sysselsättning hade sjunkit från 48 till 21 procent. Andelen som gjorde praktik eller praktik i kombination med sysselsättningsverksamhet ("daglig sysselsättning") ökade från 15 till 37 procent. Andelen som hade anställning i någon omfattning (inkl. lönebidrag) ökade från 1 till 20 procent och 4 procent studerade (tabell 3).

2 Fördelningen skilde sig något mellan grupperna. Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning var oftare födda 1980–89 eller 1990–97.

3 Eftersom endast fyra personer hade utvecklingsstörning har dessa personer inkluderats under neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Tabell 3. Sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader inkl. personer som avslutats. Procentuell andel, n = 94.

	Ingen	Sysselsättning SoL eller LSS	Praktik ⁴	Anställning hel- eller deltid ⁵	Studier hel- eller deltid
Inskrivning	48	36	15	1	0
18 mån eller avslut	21***	17***	37***	20***	4

*** $p < 0,001$

Av de 35 personer som hade avslutats i verksamheten hade 9 (26 procent) anställning i någon omfattning, 3 (9 procent) hade sysselsättning enligt SoL eller LSS, 2 (6 procent) hade annan sysselsättning och 9 (26 procent) hade ingen sysselsättning. När det gäller skälet till utskrivning hade 5 personer slutat på grund av sjukdom, 2 hade flyttat till andra kommuner och 3 personer hade av biståndshandläggare inte beviljats beslut att fortsätta. De övriga 25 personerna som fortfarande hade kunnat vara aktuella hade avslutats av egen vilja.

Förändringarna i sysselsättning var signifikanta för personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller båda (tabell 4).

Tabell 4. Förändring i sysselsättning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader för personer med olika funktionsnedsättningar. Procentuell andel ur respektive grupp.

Typ av funktionsnedsättning	Praktik, anställning eller studier hel- eller deltid
Psykisk (n = 32) *	
– Inskrivning	12
– 18 månader	50
Neuropsyk (n = 49) ***	
– Inskrivning	19
– 18 månader	68
Psyk och neuropsyk (n = 13) **	
– Inskrivning	15
– 18 månader	67

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

4 Ibland i kombination med sysselsättningsverksamhet enligt SoL eller LSS.

5 Inklusiva lönebidrag.

Beräkningar av förändringar i sysselsättning gjordes också utifrån kön, ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet. Signifikanta förändringar hittades i samtliga dessa grupper.

En tredjedel av de personer som hade fått anställning hade lönebidrag, offentligt skyddad anställning (OSA) eller var anställda på Samhall. De övriga hade ordinarie anställning. Av de personer som hade arbete eller praktik, hade drygt 40 procent en arbetsplats eller praktikplats under hela perioden, medan övriga bytte arbets- eller praktikplats en, två eller i vissa fall tre gånger. Av de personer som gjorde praktik var 73 procent på arbetsplatsen halvtid eller mindre. Även en majoritet av löneanställningarna var på deltid.

Andelen som hade någon del av försörjningen genom lön av arbete ökade från 1 till 20 procent (vilket precis motsvarar andelen som fått anställning). Andelen som hade sin försörjning helt från offentliga medel minskade från 94 till 75 procent. Andelen som hade olika former av försörjning genom Försäkringskassan var vid inskrivning 82 procent, och andelen som hade hela försörjningen därifrån sjönk något. Detsamma gäller den mindre andelen som erhöll försörjningsstöd från socialtjänsten (tabell 5).

Tabell 5. Försörjning vid inskrivning jämfört med efter 18 månader inkl. personer som avslutats. Procentuell andel, n = 94

	Sjuk- eller aktivitetsers., sjukpenning helt	Sjuk- eller aktiviteters., sjukpenning del	Försörjn- stöd helt	Försörjn- stöd del	Lön helt	Lön del	Annat
Inskrivning	81	1	13	0	0	1	5
18 månader*	71	11	4	2	9	11	4

*Nio personer försörjde sig delvis genom sjukersättning och delvis genom lön av arbete, varför den totala summan uppgår till mer än 100 procent.

Någon statistisk analys har inte genomförts på grund av de små antalen i flertalet kategorier.

Analys

De tre studerade verksamheterna arbetar med personer med alla typer av psykisk funktionsnedsättning samt personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning. Alla tre verksamheterna har utvecklat egna arbetskompendier med mallar och rutiner som syftar till att snabbt kartlägga respektive persons förutsättningar, intressen och det stöd han eller hon kommer att behöva på arbetsplatsen. De rutinerna ligger till grund för att fem av IPS åtta grundprinciper följs. Sökandet efter arbete inleds i ett tidigt skede, alla som vill får stöd av SE, arbetssökan-

det grundar sig på personens intressen och preferenser, ekonomisk vägledning finns och tid avsätts till att engagera arbetsgivare och rekrytera arbetstillfällen (Areberg, 2013).

Det är dock inte tydligt att verksamheterna egentligen följer grundprincip 1, att målet ska vara ett konkurrensutsatt arbete, eftersom fler personer får praktikplats än de som får någon form av anställning. En stor skillnad mot IPS gäller grundprincip 5, eftersom insatserna inte har kunnat integreras i den psykiatriska vården – det finns inga gemensamma team där psykiatrin är med. Inte heller princip 7, att stödet inte ska vara tidsbegränsat, är självklar, eftersom socialtjänsten tillämpar biståndsbedömning enligt 4 kap. 1 § SoL genom tidsbegränsade beslut.

Detta är inte en RCT-studie, därför kan jämförelser inte göras med andra metoder för att visa verksamheternas effektivitet och de data som har inhämtats och de analyser som gjorts är grövre än i många studier som har gjorts om IPS. Ändå är tendenserna i materialet tillräckligt tydliga för att kunna visa verksamheternas huvudsakliga resultat. Färre personer hade efter 18 månader ingen sysselsättning eller endast sysselsättning inom socialtjänstens verksamheter. De personer som hade fått lönearbete kunde i större utsträckning försörja sig själva. Förändringarna var ungefär lika för varje grupp oavsett typ av funktionsnedsättning, kön, ålder, utbildning eller arbetslivserfarenhet. Den dominerande sysselsättningsformen var praktik, oftast på deltid, men en grupp (20 procent) fick anställning i någon form och omfattning.

I jämförelse med internationell forskning om IPS, framför allt i studier som gjorts i USA (Crowther et al., 2001; Bond et al., 2008) framstår de här resultaten som sämre. Här ska dock påminnas om att resultaten varierar och har dessutom ibland beräknats på olika sätt.

Även i jämförelse med en RCT-studie om IPS som gjorts i Sverige (Bejerholm et al., 2015), där 46 procent hade fått anställning efter 18 månader med IPS och 11 procent i kontrollgruppen, är resultaten i denna studie klart sämre. Att 20 procent hade fått löneanställning efter 18 månader är dock i närheten av resultaten i Nygren et al. (2011), eftersom 25 procent hade fått anställning efter ett år, och bättre än de samlade resultaten för de 32 försökskommunerna i Socialstyrelsens IPS-projekt, där 16 procent hade fått anställning vid mättillfället (Socialstyrelsen, 2014). Samtidigt ska noteras att om man tar hänsyn till antalet personer i praktik, finns liknande tendenser i flera studier. I till exempel studien av Nygren et al. (2011) hade 71 procent ingen sysselsättning vid baslinje, men efter ett år hade den siffran sjunkit till 6 procent, framför allt då 72 procent gjorde praktik. Även i studien av Bejerholm et al. (2015) bidrog praktik till den stora minskningen i antalet personer som saknade sysselsättning.

Med utgångspunkt i idémodellen (Erlingsdottir, 1999; Czarniawska & Joerges, 1996), kan IPS analyseras som en förpackning av idén SE och har spridits genom

bland annat nationella riktlinjer. Verksamheterna i den här studien har haft olika ingångar till SE och IPS. I kommun 1 hade man vid verksamhetens start inte kännedom om IPS och när man fick kännedom valde man att behålla SE-verksamheten som den var, medan man i kommun 2 bemödade sig redan från början att följa IPS så nära man hade möjlighet. I kommun 3 tog man ställning till vilka delar av IPS man kunde genomföra. Verksamheterna arbetar således med SE och har hittat egna förhållningssätt till IPS. Dessa lokala anpassningar kan analyseras som översättningar av IPS-modellen. Verksamheterna kan också sägas ha följt de nationella riktlinjernas rekommendationer (Socialstyrelsen, 2011), men det måste i så fall talas om en mjuk implementering (Markström & Grape, 2011), eftersom riktlinjerna rekommenderar specifikt IPS och verksamheterna har endast kunnat följa en del av IPS grundprinciper.

Diskussion

I en form av mjuk statlig styrning har Socialstyrelsen publicerat riktlinjer som med hög prioritet rekommenderar SE enligt IPS-modellen för personer med psykisk funktionsnedsättning och även för personer med missbruk. IPS har dock visat sig vara svår att implementera i Sverige, inte minst på grund av sektorsindelningar (Markström et al., 2015; Bergmark et al., 2019).

Kommunerna i denna studie har skapat egna SE-verksamheter i syfte att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning i att få sysselsättning på ordinarie arbetsplatser. Deras arbetsätt stämmer väl med flera IPS grundprinciper, inte minst den ursprungliga SE-idén om *place then train*. Kommunerna har förhållit sig till IPS och anpassat SE till egna modeller som de har bedömt vara lämpliga för lokala förhållanden och den sektoriserade organiseringen av välfärdstjänster.

En fråga som kan ställas är förstås om resultaten hade blivit bättre om man hade kunnat följa IPS-modellen fullt ut. Men poängen här är att kommunerna inte har kunnat göra det. Lokala översättningar kan kritiseras för att urvattna ursprungsmodellen och därmed riskera att förlora de verksamma delarna i en metod, det som kallas för oönskad drift (Markström & Grape, 2011; Fixsen et al., 2005). Men kommunerna i den här studien har kunnat visa resultat. Många personer som helt saknat sysselsättning, eller som endast haft sysselsättning inom en av socialtjänsten driven verksamhet, har kunnat få sysselsättning i någon form och omfattning på ordinarie arbetsplatser, även om endast en mindre andel har fått löneanställning och därmed kunnat ändra sin försörjning. Därför borde de lokala översättningarna i detta fall betraktas som viktiga för att verksamhet som är till gagn för brukarna ska kunna bedrivas.

Verksamheterna kan också sägas ha följt EBP. Det mesta av forskningen som gjorts om SE visar att metoden, åtminstone om den följs enligt IPS, har effekt framför allt för personer med psykisk funktionsnedsättning. Evidensen är inte lika stark för personer med autismspektrumstörning och personer med utvecklingsstörning, men det finns i alla fall forskning. Även de andra två delarna av EBP kan sägas ha uppfyllts. SE, även på det sätt det tillämpats i verksamheterna, utgår från den enskilde brukarens önskemål, vilket torde uppfylla EBP:s krav på att brukaren ska vara delaktig. Den professionella expertisen kan tolkas som att ha bestått i verksamheternas bedömning av hur SE bäst kunnat implementeras utifrån de lokala förutsättningarna.

Samtidigt kvarstår frågan om vad det innebär för brukarna att fler gör praktik än får anställning samt att många av anställningarna är i subventionerade former. De studier som i övrigt har gjorts i Sverige verkar argumentera för att man bör sträva efter större metodtrohet till IPS, just utifrån tanken att fler får arbete. Därför borde frågan också ställas hur viktigt det är för personerna i de här grupperna att få ett konkurrensutsatt lönearbete. Areberg (2013) har till exempel i en RCT-studie funnit att gruppen som fått IPS hade fått högre livskvalitet än den som fått traditionell rehabilitering, men resultaten visar inte eventuella skillnader mellan de personer som fått reguljär anställning, subventionerade anställningsformer eller praktik. Eklund, Hansson och Ahlqvist (2004) har visat att personer som har arbete är mer nöjda med sina liv än personer som går på socialtjänstens "daglig sysselsättning". Det kan förefalla som att vistas på en praktikplats torde för många ge åtminstone delvis samma effekt, men frågan behöver undersökas noggrannare och djupare. Samtidigt ska noteras att sysselsättning på en socialtjänstverksamhet också kan pågå under mycket lång tid utan utsikter för brukaren att gå vidare till något annat.

I övrigt är den mest uppenbara skillnaden mellan lönearbete och praktik att lönearbete ger större inkomst och därmed större tillgång till pengar, vilket stämmer (i den grad frågan har kunnat undersökas) med resultaten i den här studien. Även om forskning om IPS visar ökad livskvalitet, förefaller det inte vara klart i vilken grad det är sysselsättningen eller om det snarare är den förbättrade ekonomin, eller både och, som leder till detta resultat.

Konklusion och avslutande reflektion

IPS-verksamhet med stor metodtrohet bör kanske betraktas som en ideallösning som många gånger inte kommer att helt kunna realiseras i praktiken. Genom att använda sig av lokala översättningar har de tre kommunerna i denna studie kunnat erbjuda många personer i alla åldrar sysselsättning på ordinarie arbetsplatser. Ur ett återhämt-

ningsperspektiv torde kommunernas initiativ och resultat därför kunna betraktas som klart positiva, genom att de erbjuder brukarna möjlighet att bryta de inlåsnings som annars är inbyggda i socialtjänstens ”daglig sysselsättning”.

Samtidigt är det författarens förhoppning att kommande studier kan ge fördjupad kunskap, inte minst kring i vilken grad praktik och subventionerade anställningsformer är till gagn för de personer som tillhör de här målgrupperna.

Referenser

- Andersson, J. (2016) *Locked-in collaboration*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Anttila, S. (2008) Systematiska översikter. I: U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.
- Areberg, C. (2013) *Individual placement and support for persons with severe mental illness. Outcomes of a randomised controlled trial in Sweden*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Becker, D.E. & Drake, R.E. (1994) Individual placement and support. A community health center approach to vocational rehabilitation. *Community Health Center Journal*, 30(2): 193–206.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M. & Rinaldi, M. (2015) Individual placement and support in Sweden. A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1): 57–66.
- Bergmark, M. (2017) *Integrerade psykosociala insatser. Policy, implementering och praktik i ett komplext verksamhetsfält*. Akademisk avhandling. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.
- Bergmark, M., Bejerholm, U. & Markström, U. (2019) Implementations of evidence-based interventions. Analyzing critical components for sustainability in community mental health services. *Social Work in Mental Health*, 17(2): 129–148.
- Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, D.R. (2008) An update on randomised controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4): 280–290.
- Burns, T., White, S.J. & Catty, J. (2008) Individual placement and support in Europe. The EQOLISE trial. *International Review of Psychiatry*, 20(6): 498–502.
- Charzyńska, K., Kucharska, K. & Mortimer, A. (2015) Does employment promote the process of recovery from schizofrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(3): 407–418.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R. & Huxley, P. (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). *The Cochrane Systematic Review*, (11).
- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996) Travels of ideas. I: B. Czarniawska & G. Sevon (red.) *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.
- 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.
- Denhov, A. (2005) Arbete eller sysselsättning. I: M. Sundgren & A. Topor (red.) *Socialpsykiatri*. Stockholm: Bonniers.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktyglåda: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

- Eklund, M., Hansson, L. & Ahlqvist, C. (2004) The importance of work as compared to other forms of daily occupations for well-being and functioning for persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(5): 465–477.
- Erlingsdottir, G. (1999) *Förförande idéer. Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling. Lund: Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- van Erp, N.H.J., Giesen, F.B.M., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., McHugo, G.J. & Drake, R.E. (2007) A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(11): 1421–1426.
- Fixsen, D., Noom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005) *Implementation research. A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute (FMHI).
- Gustafsson, J. (2014) *Supported employment i en svensk kontext. Förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Studies from The Swedish Institute for Disability Research 59. Akademisk avhandling. Örebro: Örebro universitet.
- Hoffman, H., Jäckel, D., Glauser, S. & Kupper, Z. (2012) A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2): 157–167.
- Howard, L.M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P. & Thornicroft, G. (2010) Supported employment. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5): 404–411.
- Ineland, J., Molin, M. & Sauer, L. (2009) *Utvecklingsstörning, samhälle och välfärd*. Malmö: Gleerups.
- Jergeby, U. & Sundell, K. (2008) Evidensbaserat socialt arbete. I: U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.
- Latour, B. (1986) The powers of association. I: J. Law (red.) *Power, action and belief*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Leff, J. & Warner, R. (2006) *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lexén, A. (2014) *Work and psychiatric disabilities. A person, environment and occupation perspective on individual placement and support*. Akademisk avhandling. Lund: Lund University.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010) *Psykiska funktionshinder i samhället*. Malmö: Gleerups.
- Ljungkvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2016) Money and mental illness. A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Mental Health Journal*, 52(7): 842–850.
- Lövgren, V., Markström, U. & Sauer, L. (2017) Towards employment. What research says about support to work in relation to psychiatric and intellectual disabilities. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 16(1): 4–37.
- Markström, U. & Grape, O. (2011) *Metod på drift. En studie om implementeringen av en nationell utbildningsinsats om case management enligt ACT-metoder för personer med psykiskt funktionshinder*. Artikelnr 2011-9-20. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B. & Bergmark, M. (2015) *Implementering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. Exemplet IPS och ACT*. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI), Lunds universitet.
- Marrone, J. & Gold, M. (1994) Supported employment for people with mental illness. Myths and facts. *Journal of Rehabilitation*, 60(4): 38–47.
- Matscheck, D. (2018) *Supported Employment. För sysselsättning och delaktighet*. FoU-rapport nr 29. Danderyd: FoU Nordost.

- McLaren, J., Lichtenstein, J.D., Lynch, D., Becker, D. & Drake, R. (2017) Individual placement and support for people with autism spectrum disorders. A pilot program. *Administration Policy and Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3): 365–373.
- Mueser, K.T., Campbell, K. & Drake, R.E. (2011) The effectiveness of supported employment in people with dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(1–2): 90–102.
- Noel, V.A., Oulvey, E., Drake, R.E. & Bond, G.R. (2017) Barriers to employment for transition-age youth with developmental and psychiatric disabilities. *Administration Policy and Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3): 354–358.
- Nygren, U. (2012) *Individual placement and support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext. En väg till arbete för personer med psykiskt funktionshinder?* Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1509. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Nygren, U., Markström, U., Svensson, B., Hansson, L. & Sandlund, M. (2011) Individual placement and support – A model to get employed for people with mental illness. The first Swedish report of outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3): 591–598.
- Nøkleby, H., Blaasvaer, N. & Berg, R. (2017) *Supported employment for arbeidsøkere med bistandsbehov. En systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Pierre, J. (2012) Governments and institutional flexibility. I: D. Levi-Faur (red.) *The Oxford handbook of governance*. Oxford Handbooks Online.
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N. & Singh, S.P. (2010) The individual placement support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health*, 19(6): 483–491.
- Rosenberg, D. (2009) *Psychiatric disability in the community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- SCB (2016) *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2015*. Information om utbildning och arbetsmarknad. Rapport 2016:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2011-1-3*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012) *Manual för att bedöma programtroheten för individanpassat stöd till arbete. Enligt modellen individual placement and support*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) *Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner. Individual placement and support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning. Artikelnr 2013-12-19*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2015-4-2*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2018-09-06*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
- Ståhl, C. (2010) *In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return-to work and labour market reintegration*. Linköping University Medical Dissertations No. 1171. Akademisk avhandling. Linköping: Linköpings universitet.

- Sundell, K. (2008) Effektutvärderingar. I: U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012) Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3): 443–446.
- Twamley, E.W., Jeste, D.V. & Lehman, A.F. (2003) Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8): 515–523.
- Westbrook, J.D., Nye, C., Fong, C.J., Wan, J.T., Cortopassi, T. & Martin, F.H. (2012) Adult employment assistance services for persons with autism spectrum disorders: Effects on employment outcomes. *Campbell Systematic Reviews*, 2012:5.
- Yin, R.K. (2009) *Case study research. Design and methods*. 4 uppl. London: Sage.
- Öjehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Gustafsson, C., Cruce, G., Nyström, M., Glad, J., Jonsson, A.-K. & Fredriksson, M. (2006) *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. En sammanställning av systematiska översikter*. Artikelnr 2006-110-37. Stockholm: Socialstyrelsen.

Vägledning till författarna

Socialvetenskaplig Tidskrift publicerar artiklar, forumartiklar, debattinlägg, bokrecensioner, presentation av aktuella avhandlingar och andra nyheter inom forskningen.

Redaktionen välkomnar manuskript från alla områden inom det socialvetenskapliga forskningsfältet. Manuskript ska vara skrivna på svenska.

Såväl originalartiklar som forumartiklar referebedöms av två oberoende personer med hög vetenskaplig kompetens.

Originalartiklarna ska vara teoretiska eller empiriska originalarbeten eller översiktsartiklar av något socialvetenskapligt intresseområde. Dessa artiklar ska innehålla ett svenskt och ett engelskt abstract (max 300 ord vardera) samt en engelsk titel. Artiklarna ska inte överskrida 7800 ord inklusive engelskt abstract, fotnoter och referenser. Den svenska sammanfattningen inkluderas inte i dessa sidor då den enbart används i förhållande till referees.

Forumartiklar: Utöver mer traditionella vetenskapliga artiklar, välkomnar SVT välargumenterade och kritiska/reflekterande essäer och kommentarer kring aktuell forskning, politik, teori och metoder som är relevanta för tidskriftens läsare. Artiklar som publiceras i Forum genomgår samlagsgranskningsförfarande som övriga artiklar, men formen kan vara friare. Texten ska inte överskrida 5000 ord.

Debattinlägg kan gälla teoretiska och metodologiska frågor eller behandla kontroverser inom forskningsfältet, forskningspolitiska frågor m.m. Debattinlägg ska inte överskrida 2500 ord.

Bokrecensioner och presentationer av avhandlingar publiceras vanligen efter överenskommelse med redaktionen. Dessa texter ska inte vara längre än 2000 ord.

Manuskripten ska sändas in i Word-format med e-post till den korresponderande redaktören torbjorn.hjort@soch.lu.se.

Följebrevet ska beröra följande frågor:

- Författarnamn, med titel och institutions-tillhörighet
- Kontaktuppgifter till korresponderande författare
- Om projektet är etikprövat
- Om liknande manus publicerats eller är under bedömning för annan tidskrift eller förlag
- Kommentarer om huruvida den gjorda anonymiseringen kan försvåra bedömningen av manuskriptets kvalitet

För ytterligare anvisningar om utformning av manuskripten se:

<http://www.soch.lu.se/socialvetenskaplig-tidskrift/forfattaranvisningar>

Redaktionen påtar sig inte ansvar för manuskripten.

Artiklarna publiceras både i tidskriften och senare elektroniskt.

B**PP**

Sverige, Port Payé

SOCIALVETENSKAPLIG TIDSKRIFT utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete). Tidskriften kommer ut med fyra nummer per år och speglar den vetenskapliga utvecklingen och diskussionen inom hela det sociala området. I tidskriftens redaktion och redaktionsråd ingår kvalificerade forskare från discipliner som socialt arbete, sociologi, psykologi, juridik, statsvetenskap, etnologi, historia och samhällsmedicin. Tidskriften vänder sig såväl till aktiva forskare som till dem som är intresserade av utveckling och kunskapsförmedling inom sociala verksamheter, t.ex. kommuner, landsting eller statliga verksamheter.

FORSA
FÖRBUNDET FÖR FORSKNING I SOCIALT ARBETE

ISSN 1104-1420