

# Att leva som alla andra

## - Normalisering av individer med psykisk ohälsa

Av Tomas Axell

---

Socialhögskolan vid Lunds Universitet  
SOPA63  
Ht-09



Handledare: Claes Levin

## Abstract

Author: Tomas Axell

Title: To live like the common man - Normalization of individuals with mental health problems [translated title]

Supervisor: Claes Levin

Assessor: Åsa Lundqvist

The explanations and solutions to psychological problems have varied throughout history. In recent decades, however, an ideology characterized by social inclusion and autonomy has emerged where the key element has been to make individuals with mental health problems a part of the community rather than to screen them from the rest of society. This essay analyzes the work of five community-based services that in different ways encounter individuals with mental health problems, on the basis of two models of psychiatric rehabilitation: social skills training and social support. Linked to the work of these places, several factors of well-being can be observed. The biggest obstacles in the social inclusion of individuals with mental health problems seems to be related to 1) general negative attitudes, of which negative media coverage plays a big part and 2) structural economical and general social difficulties in becoming a part of society nowadays.

Key words: mental health problems, sense of coherence, adaptation, normalization, social inclusion, social support, social skills training.

## Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>2</b>
1.1 Bakgrund.....	2
1.2 Problemformulering.....	3
1.3 Syfte .....	4
1.4 Frågeställningar .....	4
1.5 Centrala begrepp .....	4
1.5.1 Psykisk ohälsa.....	4
1.5.2 Normalisering .....	6
1.5.3 Integrering.....	6
1.5.4 Rehabilitering.....	6
<b>2 Metod</b> .....	<b>6</b>
2.1 Inledning .....	6
2.2 Kvalitativ och kvantitativ metod.....	7
2.3 Datainsamling .....	7
2.4 Urval .....	8
2.5 Etiska överväganden .....	9
2.6 Analys av material .....	9
2.6.1 Inledning .....	9
2.6.2 Tillvägagångssätt .....	10
<b>3 Tidigare forskning</b> .....	<b>10</b>
3.1 Sociala faktorer .....	10
3.2 Relationens betydelse .....	12
3.3 Media och attityder .....	12
<b>4 Teoretiskt perspektiv</b> .....	<b>13</b>
4.1 Normalisering .....	13
4.2 Makt och disciplin .....	16
<b>5 Analys</b> .....	<b>16</b>
5.1 Att lära sig leva normalt.....	17
5.1.1 Sysselsättning som normalisering.....	17
5.1.2 Rutiner och individanpassning.....	20
5.1.3 Att knyta kontakter.....	22
5.2 Det sociala stödet i livet.....	23
5.2.1 Den goda relationen .....	24
5.2.2 Att mötas i ett annat sammanhang .....	25
5.2.3 Ett annat fokus... ..	26
5.3 Hinder i integreringen .....	27
5.3.1 Skam och attityder .....	28
5.3.2 Ett strukturellt samhällsproblem.....	29
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>32</b>
6.1 Sammanfattning .....	32
6.2 Diskussion.....	33
<b>7 Referenser</b> .....	<b>35</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>37</b>
<b>BILAGA 2</b> .....	<b>38</b>

## Förord

Tack till: Alla intervjupersoner som ställt upp och tagit sig tid att medverka. Min familj och min gudson Albin. Claes Levin för alla intressanta diskussioner och tips. Alla mina vänner. Speciellt Halje för råd och stöd genom beprövad erfarenhet. Johanna och Eva som funnits till hands under hela förloppet.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Olika reformer har påverkat och förändrat den psykiatriska vården genom århundradena och fram till idag. Under de senaste femtio åren har stora förändringar skett och många begrepp har ändrats. Under århundradena har omhändertagandet av personer mer psykisk ohälsa skett på olika sätt, de har exempelvis tagits om hand i kloster eller också har sinnessjuka och fattiga blandats på dårhus (Saxon & Bernström 1998). Tolkningarna av orsakerna till avvikande och svårbegripliga beteende hos vissa medmänniskor har växlat: från antaganden om besatthet orsakad av illasinnade avlidna släktingar till moraliserande tolkningar om att det konstiga beteendet varit ett straff för begångna synder. Åtgärderna har också influerats av sitt historiska sammanhang och de typiska strategierna för att lösa samhällsproblem. Under 1900-talets första hälft byggdes mentalsjukhus i Sverige, vilket då var ett uttryck för en generell institutionaliseringstrend (SOU 2006:100). Allt större mentalsjukhus byggdes så småningom och behandlingen med nyupptäckta mediciner inleddes. På 1970-talet började man tala om en helhetssyn och totalansvar för befolkningen i ett bostadsområde vilket ledde till införandet av en ny organisation, den sektoriserade psykiatrin. Avvecklingen av de stora mentalsjukhusen inleddes och patienterna flyttades ut till eget boende i samhället. Så mycket som möjligt av behandling och rehabilitering skulle nu ske i öppna vårdformer (Saxon & Bernström 1998). Sektoriseringen av den psykiatriska vården i Sverige tycks ha inneburit en breddning av psykiatrins uppdrag och förbättrad tillgänglighet till främst öppenvård. Men det klassiska kärnklientelet för psykiatrin – psykosklienterna – hamnade vid sidan om när öppenvårdarna introducerades. Personerna med allvarligast symptom och de längsta sjukhistorierna utgjorde fortfarande majoritet inne på avdelningarna, där platsreduktion innebar utsortering av de med mindre allvarliga psykiska sjukdomar (SOU 2006:100). Psykiatriutredningen som föregick psykiatireformen studerade de gruppens villkor och resultatet pekade på att gruppen levde under sämre villkor än övriga befolkningen. Psykiatrin bedömdes som ojämn i landet och sågs många gånger som passiviserande för patienterna. Kommunens verksamheter var inte heller direkt anpassad till gruppen

med psykisk ohälsa. Slutbetänkandet (SOU 1992:73) innehöll en rad vårdideologiska ställningstaganden samt ett stort antal förslag, bl.a. på förändringar i lagstiftningen. Regeringen valde i sin proposition (Prop. 1993/94:218) att förtydliga kommunernas ansvar för insatser till personer med psykisk ohälsa. Bland annat genom att justera socialtjänstlagen med ett kommunalt betalningsansvar för patienter som vårdats länge inom psykiatrisk heldygnsvård utan att bedömas vara i behov av det. Regeringens förslag togs av en enig riksdag och därmed kunde den svenska psykiatrireformen träda i kraft den första januari 1995. Psykiatrireformen fokuserar på ”långvarigt och allvarligt psykiskt störda” personer, vilket är en logisk konsekvens av farhågorna kring att denna grupp hamnat utanför i den sektoriserade psykiatrin. Reformen har för kommunernas socialtjänst medfört ett ökat och tydligare ansvar vad gäller planering och samordning av insatser för personer med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa (Saxon & Bernström 1998, SOU 2006:100).

## 1.2 Problemformulering

*”I likhet med många andra inom tvångsvården led min bror av schizofreni. Men hans friska sida bejakades inte av psykiatrin, han fick ingen terapihjälp, erbjöds inga aktiviteter över huvud taget. Den enda behandling han fick var en tvångsinjektion psykofarmaka varannan vecka. En frusen vinterdag, under en entimmespermission, tog han sitt liv. Hans tragiska död pekar på allvarliga systemfel.”* Ruben Andersson ur Dagens Nyheter, 2009.

Förändringarna som skett i och med psykiatrireformen har syftat till att återföra gruppen med psykisk ohälsa i samhället och ge dem förutsättningar för ett självständigt liv integrerade i samhällslivet. Citatet ovan beskriver ett systemfel i vården av gruppen med psykisk ohälsa, och samtidigt visar granskningar från Socialstyrelsen (2005) som gjorts mellan 2002 och 2004 att hälften av kommunerna inte klarar av att leva upp till reformens mål. Att psykiatrireformen är ännu ett steg i det historiska förändringsarbetet med att förbättra situationen för gruppen med psykisk ohälsa är tydligt och den typen av progressiv hållning är såklart positiv. Samtidigt råder dock, i skrivande stund, lågkonjunktur i Sverige och arbetslösheten är hög. Kommunerna tvingas spara in på verksamheter. Samtidigt är målsättningen att gruppen med psykisk ohälsa, som socioekonomiskt har en väldigt svag position i samhället, i allt högre grad ska integreras in bland

oss som vanligen klarar av att leva välfungerande liv. Det verkar onekligen som att kommunerna och socialtjänsterna har en stor utmaning att i dessa tider av ekonomisk kris leva upp till vad som förväntas av dem. Med tanke på hur situationen ser ut är det därför intressant att undersöka hur kommunernas insatser är utformade för att integrera gruppen med psykisk ohälsa i samhället. Att man från politiskt håll väljer att arbeta för att integrera personer med psykisk ohälsa i samhället har en ideologisk grund där autonomi och respekt för individen är tongivande, men finns det dessutom anledning att tro att väl fungerande integrering också hjälper till vid tillfrisknandet?

### 1.3 Syfte

Att undersöka de insatser som finns tillgängliga för personer med psykisk ohälsa och hur man i praktiken arbetar för att integrera gruppen i samhällslivet.

### 1.4 Frågeställningar

- Vad kännetecknar det praktiska arbetet med att integrera personer med psykisk ohälsa i samhället?
- Kan integreringen ha positiva effekter för psykisk återhämtning?
- Vad påverkar integreringen av gruppen med psykisk ohälsa?

### 1.5 Centrala begrepp

#### 1.5.1 Psykisk ohälsa

Till vardags används olika uttryck för att beskriva att man mår dåligt; man känner sig nere, är deprimerad, stressad, uppgiven, har ångest och så vidare. En individ som är i psykisk obalans strävar mer eller mindre medvetet med att komma till rätta med problemen, och en gräns kan sägas gå när man själv eller med närstående inte kan bemästra situationen eller störningen och således har ett behov av psykiatrisk hjälp. Psykiatriutredningen som ligger till grund för psykiatrireformen använder begreppet psykiskt störd, men direktiven har sin tyngdpunkt på de problem som kräver service, stöd och vård som riktar sig till personer vars psykiska ohälsa både är allvarliga och har en väsentlig varaktighet (Knutsson & Pettersson, 1992). För att tydligare definiera vem som tillhör gruppen talar man om konsekvenser av individens psykiska ohälsa. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättning,

aktivitetsbegränsningar hos individen, och/eller bestå i omgivningens utformning eller reaktioner. Till exempel: ”En person har ett psykiskt funktionshinder om han/hon, har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan vara en konsekvens av psykisk störning” (SOU 2006:100,s33). Här talar man alltså om ett funktionshinder sprunget ur en eventuell psykisk störning.

Begreppet psykisk störning ersatte det tidigare sjukdomsbegreppet ”psykiskt sjuk” och innefattar såväl lättare som svåra tillstånd av psykisk ohälsa. Ett förändrat synsätt under 1970-1980-talet ledde så småningom till denna begreppsändring. Man ville markera att sociala och psykologiska faktorer lika väl som biologiska kan vara orsaken till störningen (Saxon & Bernström 1998). Allvarligt psykisk störning innefattar psykotiska tillstånd och depressioner med ökad risk för självmord, vilket ofta används i samband med tvångsvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Med tiden har konsekvensen av en långvarig psykisk ohälsa kunnat ses ur ett handikappersperspektiv och med ett sådant synsätt förskjuts brister hos individen till brister i omgivningen. Detta kan leda till att omgivningen anpassas till gruppen, till exempel genom utbildning av anhöriga eller markering av samhällets ansvar etc. (ibid.). Det råder alltså en viss begreppsförvirring. I psykiatriutredningen talar man om psykiskt störda och i handikapputredningen om psykiskt handikappade. Psykiskt funktionshindrad, till exempel i socialtjänstlagen. I övrigt används begrepp som brukare, boende, gäst, medlem och så vidare beroende på verksamhet (ibid.). Begreppsanvändningen verkar således vara bunden till dess kontext. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) menar att användandet av begreppet psykiskt störd har en stigmatiserande effekt, och vidare att långt ifrån alla med psykisk ohälsa får någon form av psykisk funktionsnedsättning varför användandet av begreppet psykiskt funktionshindrat är att undvika. Därför förordar man användningen av begreppet psykisk ohälsa (Forsén & Jarmar 2009). Jag har därför valt att använda begreppet psykisk ohälsa och beskrivit de funktionsnedsättningar som återfinns som en produkt av psykisk ohälsa, istället för att använda begreppet psykiskt funktionshindrad.



### **1.5.2 Normalisering**

Normalisering inbegriper ofta beskrivningar av vad som är vanligt eller genomsnittlig och en strävan efter att göra tillstånd normala och att skapa förutsättningar för ett normalt liv (Markström 2003). Vad som definieras som normalt kan dock inte enbart ses som är statistisk genomsnittligt. Normaliteten är aldrig homogen eftersom alla i ett samhälle aldrig har samma normer och eftersom alla inte är normala. Det finns alltid avvikare. Vad som är normalt är dessutom bundet till sitt sammanhang, exempelvis skiljer sig normer i hemmet från arbetsplatsen och hur människor agerar i de olika sammanhangen (Svensson 2007).

### **1.5.3 Integrering**

De integrationsprocesser som har utvecklats i nordisk kontext bygger på en tanke om normalisering i den meningen att olika gruppers levnadsvillkor inte alltför mycket avviker från genomsnittet. Integreringen kan då ses som en socialpolitisk ambition att ge tillhörighet och gemenskap i ett större kollektiv (Lindqvist & Nygren 2006).

### **1.5.4 Rehabilitering**

Rehabilitering innebär rent språkligt att återvinna en förmåga som gått förlorad. Det finns ingen allmänt accepterad definition av vad som konstitueras som rehabilitering av psykiskt funktionshindrade, trots att rehabiliteringsinsatser kan skönjas så långt bak i tiden som på 1800-talet. Men en mer systematiserad och akademiserad form kan sägas ha växt fram under 1960- och 1970-talet. Begreppet förekommer dessutom i olika kontexter såsom medicinsk, psykiatrisk, psykosocial. Trots denna splittring har metoder och verksamheter vuxit fram för gruppen psykiskt funktionshindrade, i takt med framväxten av insatser utanför institutionerna (Markström 2003). Mer om detta i det teoretiska avsnittet.

## **2 Metod**

### **2.1 Inledning**

Metoder för att samla in data presenteras ofta som objektiva instrument för datainsamling, men ska istället ses som redskap sprungna ur olika vetenskapliga traditioner. Teorier och metoder är inte knutna till vissa ämnen eller discipliner

men däremot är de skilda metoderna nära kopplade till de teorier och begrepp som konstituerar dem. Det finns olika metoder av datainsamling. Deltagande observationer undersöker sociala organisationer och social organisering genom att själv delta i det sociala liv som man valt att studera. I svensk socialvetenskap har dock stor plats givits åt öppna, hel eller halvstrukturerade intervjuer som erbjuder en hållbar och trovärdig relation mellan intervjuaren och den intervjuade, men kräver också stor tidsåtgång och analyssvårigheter. Den intervjuade sägs få fram sina åsikter och synpunkter på ett bättre sätt i en öppen intervjusituation. Metoden är induktiv, på så vis att den betraktar sammanhanget och människor som helheter och inte variabler. Utgångspunkten är således sökandet efter att förstå människor utifrån deras egna referensramar (Levin 2008). Varje forskare har en förförståelse och en mer eller mindre tydlig bild av ett empiriskt område eller forskningsämne. En forskningsfråga kan därför inte lyftas utan stöd av en ram av tidigare läsning, ideologi, ontologi, kunskapsteori och vidare mening forskarens erfarenheter, såväl privat som forskningsmässig (Aspers 2007).

## 2.2 Kvalitativ och kvantitativ metod

Skillnaden mellan kvalitativa och kvantitativa metoder grundar sig dels i hur datainsamlingen sker, men också hur uppgifterna bearbetas och analyseras. Kvantitativ datainsamling kännetecknas av att det material som samlas in systematiserats med av statistiska sammanräkningar. Urvalet ska vara så representativt som möjligt för problemställningen. I den kvalitativa metoden spelar denna typ av sammanräkning mindre roll. Syftet är istället att deltagaren i en kvalitativ undersökning ska kunna ge en mer fyllig och detaljerade utsagor. Exempelvis genom öppna och grundliga intervjuer eller observationer. Kvantitativa studier tenderar alltså att vara mer extensiva till sin karaktär, i jämförelse med kvalitativa som då snarare är intensiva (Repstad 2005).

## 2.3 Datainsamling

Jag har valt att utgå ifrån att samla in min data genom att använda mig av kvalitativa intervjuer. Aspers (2007) presenterar fyra intervjustrukturer: strukturerad intervju, semistrukturerad intervju, tematiskt öppen och öppen intervju. I en semistrukturerad intervju får den intervjuade möjlighet att ge större djup i sina svar och vidare en möjlighet för mig som intervjuare att ställa

utvecklande frågor på de svar som presenteras (May 1997). Således finns en fast struktur att utgå ifrån, men som också lämnar möjlighet till sidospår. Jag har valt den kvalitativa metoden eftersom den ger mig möjlighet att få en djupare förståelse för den fråga jag valt att studera i kontakten med de jag intervjuar. Vidare lämnar det utrymme till att i högre grad få mer utvecklade och djuplodande svar. Intervjuerna ger en god inblick i människors upplevelser, erfarenheter, attityder och så vidare (ibid.). Intervjuerna kommer att spelas in på band, transkriberas och i efterhand analyseras genom att koda materialet efter givna mönster. Nackdelen är att jag kommer ha utsagor från cirka 5-6 personer vilket kan tyckas vara ett ganska tunt underlag, men givet utifrån det faktum att det rör sig om en C-uppsats. En kvantitativ metod med utgångspunkt från låt säga en enkätstudie hade givit en större empirisk grund att utgå ifrån, men därigenom förlorar jag även intensiteten i en kvalitativ metod.

## 2.4 Urval

Genom att identifiera ett antal områden som jag tyckte relevanta kunde jag på så vis börja mitt urval av intervjupersoner. Jag började med att själv fundera över vad integrering betyder för mig. Här såg jag dels arbete och fritid som två viktiga komponenter. Vidare kom jag fram till att sociala nätverk antagligen spelar roll och då inte bara till familj och vänner utan också i framkomligheten i kontakten med myndigheter. Boende är en basal men inte helt självklar bekvämlighet för alla, men som antagligen har en viktig del i att bli integrerad. Med andra ord såg jag tre överordnade teman:

- Arbete och sysselsättning
- Boende
- Socialt nätverk

Genom denna tematisering började jag kontakta personer som jag ansåg vara relevanta utifrån varje tema. Jag har valt att intervju personer som arbetar med eller i anslutning till verksamheter eller organisationer i Lund och Malmö. Jag kom i kontakt med två personer som arbetade med sysselsättningsfrågor i form av arbete i vardera kommun. I boendefrågan har jag utgått ifrån en boendestödande verksamhet i en av kommunerna. Utifrån socialt nätverk har jag haft kontakt med ett personligt ombud i en av kommunerna. Slutligen har jag intervjuat en representant för en av den största lokala brukarorganisationen i en av

kommunerna. För att knyta samman alla dessa har jag även haft kontakt med en person som närmast kan sägas arbeta övergripande med frågor som rör personer med psykisk ohälsa i en av kommunerna.

## 2.5 Etiska överväganden

Alla intervjupersoner har vid intervjutillfället blivit informerade om sin anonymitet och sin rätt till materialet. De har blivit informerade om möjligheten att i efterhand ta del av intervjumaterialet för läsning och därtill möjligheten att inte medverka. De har blivit informerade om att intervjumaterialet då inte kommer att användas. På så sätt har jag garanterat dem frivilligheten i deras medverkan. Detta menar jag har varit en viktig del i att få intervjupersonerna att känna sig trygga i intervjusituationen, med vetskapen om att det som sägs inte kommer att användas i uppsatsen om de inte vill. Dessutom har anonymiteten redan vid intervjusituationens påpekats för att även där skapa en trygghet. Anonymitetskravet har jag sett som en given del genom hela uppsatsen, som absolut nödvändigt av respekt för intervjupersonerna och deras medverkan. Genom uppsatsen refererar jag till personerna som "IP1", "IP2" osv. Jag har visserligen beskrivit vilka två områden som jag har hämtat mina intervjupersoner, men inte specificerat vilken av dessa som intervjupersonerna tillhör. Detta för att minska risken för igenkänning.

## 2.6 Analys av material

### 2.6.1 Inledning

Den första ordningens konstruktion består av de tankekonstruktioner som aktören tar för givna i sin livsvärld, såsom föreställningar, sanningar, värden och teorier om sin livsvärld. Detta måste förstås i relation till de givna meningsstrukturerna hos aktören. Det som studeras har sin utgångspunkt i den första ordningens konstruktioner, men målet är att genom vetenskaplig teori förklara forskningsfrågan på en högre abstraktionsnivå. Den andra ordningens konstruktioner syftar till att nå förklaringar till det som noterats på fältet och som alltså tillhör första ordningens konstruktion. Det handlar med andra ord om att teoretiska konstruktioner som bygger på flera empiriska instanser, som kan skilja sig åt men som ändå har något gemensamt. Den andra ordningens konstruktion innefattar idealisering som kanske inte har direkta motsvarigheter i den första

ordningen, så den mening som forskaren har tilldelat en idealtypisk aktör behöver nödvändigtvis inte motsvaras av verklighetens aktörer fullt ut. Forskarens förklaring avser alltså vissa idealiska relationer som baseras på konstruktioner av första ordningen, men som inte tvunget återfinns i sin helhet bland aktörerna. Det är därför viktigt att skilja på enskilda aktörers unika erfarenhet och mening å ena sidan och idealtypiska handlingar och erfarenheter som forskaren konstruerar. Idealtyper är alltså teoretiska konstruktioner i den andra ordningens konstruktion, och syftar till att överbrygga den individuella nivåns uppfattningar, meningar och praktiker. Men idealtypen konstrueras så att den återspeglar meningsnivån hos aktörerna och måste, som tidigare noterats, vara grundad i den första ordningens konstruktioner för att nå en vetenskaplig förståelse (Aspers 2007).

### **2.6.2 Tillvägagångssätt**

Jag har under alla intervjutillfällen spelat in samtalen med hjälp av en mp3-spelare och min mobiltelefon, detta för att kunna säkerställa inspelningarna ifall den ena tekniska apparaten slutar fungera. Inspelningarna har sedan skrivits ordagrant på dator, med viss reservation för pauser och andra smådetaljer. Inspelningarna har sedan tagits bort av respekt för intervjupersonernas och deras anonymitet. Jag har sedan kodat det empiriska materialet för att kunna analyseras innehållet. Kodningen fungerar som ett sorteringsarbete, där materialet sorteras och kodas enligt ett kodschema som skapas i relation till den teoretiska utgångspunkten och det empiriska materialet (Aspers 2007). Rent praktiskt har jag med färgpennor markerat stycken och avsnitt i intervjutexterna relaterat till mitt kodschema. Genom kodningen har jag delat upp analysen utifrån de teman jag tycker mig ha identifierat i empirin, detta har sedan fått strukturera uppbyggnaden av analysdelen.

## **3 Tidigare forskning**

### **3.1 Sociala faktorer**

Christel Leufstadius (2008) beskriver i sin doktorsavhandling i hälsovetenskap, hur psykiskt långtidssjuka lever sina vardagsliv och hur det är kopplat till känslan av välmående och meningsfullhet. Avhandlingen visar att tid spenderad på aktiviteter och en fungerande dygnsrytm också kan relateras till flera faktorer av

välstånd. Att vara sysselsatt och att ha organiserade aktiviteter och rutiner beskrevs som meningsfullt och gav en känsla av en sysselsättningsbalans. Arbeta beskrevs av deltagarna som en meningsfull del av livet därför att det gav en känsla av struktur i tillvaron, en känsla av normalitet, acceptans, en balanserad vardag och ett ökat välbefinnande. Men det var dock viktigt att kraven på arbetet var väl matchat med individens intressen och förmåga. Socialt umgänge och en känsla av att vara behövd av andra sågs som viktiga aspekter av att känna sig meningsfull. Andra aspekter som också påverkade personernas känsla av att ha en meningsfull tillvaro var möjligheten att kunna sysselsätta sig för att ta hand om sig själv för att må bra. Arild Granerud (2008) har i sin doktorsavhandling i folkhälsovetenskap studerat hur integrering av personer med psykisk ohälsa fungerar. Granerud visar i sin avhandling hur de generellt upplever sig integrerade i samhället samt hur deltagarnas känsla av integrering påverkas av grannars uppfattningar. Grannar kände ofta av skrämmande beteenden hos gruppen och därför en svårighet i kontakten med dem, vilket ledde till att man kände sig osäkra och rädda. Ofta distanserade man sig från gruppen vilket då resulterade i exkludering och segregering. Vidare visar resultatet att avsaknaden av jobb eller en meningsfull sysselsättning ofta ledde till en känsla av värdelöshet och ensamhet. De som hade jobb eller deltog i sociala aktiviteter lyckades dock skapa sociala relationer vilket gav dem en känsla av social integrering. Avslutningsvis konstaterar Granerud att en viktig del i att bli integrerad handlar om utvecklandet av social kompetens och detta i samband med informationsspridning till grannar för att försöka öka kontakten mellan gruppen med psykisk ohälsa och samhället. Kopplingen mellan känslan av sammanhang och psykiskt välbefinnande är föremål för en del forskning. Christopher Alan Griffiths (2007) har i sin artikel "Sense of coherence and mental health rehabilitation" sökt att påvisa ett samband mellan Antonovsky's teorier om KASAM (känsla av sammanhang) och psykisk rehabilitering. Griffiths visar med sin artikel att sambandet existerar och att känslan av sammanhang är en viktig faktor för att kunna hantera stress i rehabiliteringsprocessen. Griffiths menar att det är fruktbart att utgå ifrån ett salutogent perspektiv för att stärka individernas känsla av sammanhang för att därmed kunna ge goda resultat i det psykiska tillfrisknandet. Även Ingela Skärsäter m.fl. (2009) visar att det finns anledning att anlägga ett salutogent perspektiv i arbetet med psykiskt sjuka, i detta fall djupt deprimerade. Att stärka

personerna genom socialt stöd, utbildning och livskunskap kan stärka känslan av sammanhang och därmed också rehabiliteringen av depression. P. Rüesch m.fl. (2004) beskriver i sin artikel sambandet mellan sysselsättningsgrad och objektivt respektive subjektivt välmående. Resultatet visar att deltagare med en sysselsättning hade ett större socialt nätverk och därtill också möjlighet till mer socialt stöd. Vidare visar studien att ett reguljärt jobb i sig inte var viktigt, men att sysselsättningen präglades av en situation som liknar en arbetsplats, och att det gick att relatera till deltagarnas känsla av livskvalité. Stöttande relationer med andra kollegor på jobbet skulle då kunna förklara en högre grad av upplevd subjektiv livskvalité.

Även Anita Bengtsson-Tops (2001) undersöker sambandet mellan känslan av sammanhang och subjektivt upplevd livskvalité i sin doktorsavhandling i medicinsk vetenskap. Studien visar bland annat på ett samband mellan känsla av sammanhang och subjektiv livskvalité, allmänt välbefinnande, tillfredsställelse med allmän och psykisk hälsa.

### **3.2 Relationens betydelse**

Alain Topor m.fl. (2006) beskriver i artikeln "Others: The role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery process" vikten av den sociala kontakten med andra människor - professionella som icke-professionella - i den psykiska återhämtningen. Studien påvisar att det sociala stödet i kontakten med andra människor är avgörande för att tillfriskna, och att det ofta var just relationen till den professionella i sig som var av vikt och inte just utformningen av stödinsatsen eller hjälparens professionella bakgrund. Ofta handlade det om att hjälparen gjorde något utöver det vanliga och kanske till och med gick utöver ramarna för vad som ansågs vara normalt för en professionell hjälpare. Detta beskriver även Ulla-Karin Schön (2009) i sin doktorsavhandling i socialt arbete från Stockholms Universitet. Schön (2009) visar att återhämtningsprocessen från psykisk ohälsa är en social process där relationer till andra människor spelar en viktig roll. Återhämtningen beskrivs som en individuell process som äger rum både inom personen men också i relation till resten av samhället. Även här beskrivs just relationen till behandlaren eller hjälparen som en avgörande faktor.

### **3.3 Media och attityder**

I ett samarbete mellan Örebro Universitet och RSMH (Riksförbundet för social

och mental hälsa) Handikappförbundens samarbetsorgan och Paraplyprojektet släpptes rapporten "Mediebilderna av psykisk sjukdom och psykiatri i samband med våldsbrott - En studie av DN, Aftonbladet och Rapport" av Joel Rasmussen & Birgitta Höijer (2005). I studien undersöks mediebilderna av psykisk sjukdom och psykiatrisk vård i samband med våldsbrott, för att se på vilket sätt psykiska problem och vård sätts in i ett orsakssamband. Tommy Björkman, Bengt Svensson & Bertil Lundberg (2007) beskriver i artikeln "Experiences of stigma among people with severe mental illness .." hur integrationen i hög grad påverkas av stigmatisering av gruppen med psykisk ohälsa. Studien visar att 55 % av deltagarna känt sig annorlunda behandlade efter att ha behandlats inom psykiatri. Nästan hälften hade varit med om att bli nekade jobb de varit kvalificerade för efter att deras psykiska hälsa uppdagats. Dessutom visar det sig att hälften av deltagarna ibland, ofta eller väldigt ofta undvek att berätta om sina psykiska problem.

## 4 Teoretiskt perspektiv

I min analys kommer jag använda mig av begreppsparen *socialt stöd* och *social färdighetsträning* som är två rehabiliteringsformer sprungna ur olika normaliseringsstrategier, detta för att kunna ge en mer teoretisk förståelse av vad jag funnit i min empiri. Min ansats är dock inte att bekräfta eller stärka de teoretiska utgångspunkterna utifrån min empiri, utan att se teorin som ett verktyg i synen på hur man arbetar.

### 4.1 Normalisering

I socialt arbete kan två typer av arbetssätt skönjas som syftar till normalisering. Det ena arbetssättet tar sin utgångspunkt när en person eller familj beter sig eller handlar mot sig själv på ett sätt som väcker någon form av anstöt eller ogillande, och därför måste göras mer normal så att de rättar sig till de normer som är önskvärda. Exempelvis kan denna typ av arbete handla om att få en individ med ätstörningar att närma sig ett mer normalt sätt att förhålla sig till mat, eller liknande arbete inom narkomanvård och inom fängelsevården. Den andra typen av arbetssätt utgår ifrån att ge möjligheter till individer att leva ett normalt liv, då de saknar någon av de egenskaper som sägs vara förutsättningar för så kallad vanlighet. Normaliseringsbegreppet kan sägas ha haft stor betydelse som politiskt



symbolbegrepp, som uppstått ur reaktion mot anstaltsomsorgen där livsform och livskvalité skiljde sig starkt mot resten av samhället (Mallander m.fl. 1998). Välfärdsstaten kan vidare ses som ett sätt att åstadkomma ett ökat kollektivt medvetande och därmed en större social sammanhållning. De integrationsprocesser som utvecklats i Norden bygger på tanken om normalisering i vid mening, det vill säga en strävan efter att se till så att olika samhällsgruppers levnadsvillkor inte avviker för mycket från genomsnittet. I normaliseringsbegreppet sammanfaller en socialpolitisk ambition som utlovar tillhörighet och gemenskap i ett större kollektiv (Lindqvist & Nygren 2006).

Normaliseringsbegreppets framväxt kan enligt Mallander m.fl. (1998) ses som en logisk följd av de politiska målsättningar som format den skandinaviska välfärdsmodellen, som en kritik mot att samhällets ideal om likhet och rättigheter inte nått alla grupper. Men begreppet saknar en egentlig enhetlig definition och ska istället se som ett samlingsbegrepp för olika försök att utveckla alternativ till segregerade omsorgsformer. Istället har specifika normaliseringsskolor utvecklats med olika inriktningar (Mallander m.fl. 1998).

En av dessa inriktningar är den skandinaviska modellen som innebär att man genom den offentliga sektorn skapar förutsättningar för normalitet genom resursöverföring, genom lagstiftningar och service. Resurserna ska garantera att personer med psykisk ohälsa får normala förutsättningar för att kunna leva i samhället och utjämna de olikheter som motverkar detta (ibid.). Den skandinaviska modellen bygger på individens totala livssituation med utgångspunkt i rättighets- och jämlikhetsperspektiv. Detta utifrån rätten till bland annat normal utbildning, boende, arbete och fritid (Markström 2003).

I de anglosaxiska ländernas tradition är istället synen på normalisering i linje med Wolf Wolfensberger, som inriktar sig på de roller och värderingar som kopplas samman med människor i samhället (Mallander m.fl. 1998).

Wolfensberger menar att den låga status som funktionshindrade har beror på de negativa symboler som funktionsnedsättningen medför. Människor som värderas lågt tenderar då att tilldelas roller som är samhälleligt nedvärderade och som vidare ökar utanförskapet. Normaliseringsarbetet utgår då ifrån att bryta de

negativa rollförväntningarna genom att tilldelas kulturellt värdesatta roller och stöd att upprätthålla dessa (ibid.).

Genom integrering i samhällslivet via till exempel arbete och bostadsmiljö kan individen tillgodogöra sig socialt anseende. Men det är viktigt att medlen för att motverka nedvärderingsprocessen ska vara kulturellt värdesatta, i utformningen av allt från den fysiska miljön, aktiviteterna, reglerna till val av tidsrytm och språkbruk. Detta eftersom att verksamheterna signalerar värden om deltagarna och därför måste utformas så att de reducerar stigmatisering och olikhetsskapande processer (ibid.).

I anslutning till Wolfensbergers form av normalisering kan ännu en modell härledas; Bostonmodellen. Här betonas maximal valfrihet, funktionshöjning och effektivitet. Utgångspunkten är att möjligheten att välja, och att i rehabiliteringen hjälpa klienterna att komma fram till vad deras val innebär gällande arbete, bostad och socialt liv. Det kan handla om att lära människor personlig hygien och ekonomi, medicinering, att uppföra sig på en arbetsplats och så vidare. Tanken är att målgruppens problem uppstår i bristande kunskaper och kommunikationssvårigheter, som genom pedagogiska tekniker och träning kan övervinnas, till det så att säga rätta beteendet (ibid.).

Enligt Markström (2003) kan rehabilitering av personer med psykisk ohälsa ses som ett normaliseringsarbete och att de mål och strategier som binder samman idéerna bakom normaliseringsideologierna också kan knytas samman med i huvudsak två rehabiliteringsmodeller.

I den anglosaxiska normaliseringstraditionen med utgångspunkt från Wolfensberger kan vi se att imitation av normala vanor och beteenden är centralt, och då med betoning på full delaktighet i samhället. Närheten till Bostonmodellen är också tydlig (ibid.) Markström (2003) menar att detta kan kopplas samman med rehabilitering genom *social färdighetsträning*. Vidare kan vi utifrån den skandinaviska normaliseringstraditionen se en inriktning som snarare utgår ifrån livskvalité, och som kan återfinnas i exempelvis Klubbhusrörelsen som bygger på att återupprätta självrespekten hos sina medlemmar snarare än att förändra beteenden. Detta kan ses som en form av rehabilitering genom *socialt stöd* (ibid.).

## 4.2 Makt och disciplin

Närheten till Foucault är intressant ur ett makt- och disciplinperspektiv. Foucault definierar normalisering som en process där individer genom ständigt upprepade korrigeringar, bedömningar och olika mättningsåtgärder anpassas till ett på samma gång homogeniserande och individualiserande beteende. Den enskilde bedöms därmed efter hur han ses som avvikande från det normerande beteendet. Normen representerar en annan form av makt än lagen, där normen istället hör hemma inom den disciplinära formen av makt och lagen till vad Foucault kallar suveränitetsmakt (Nilsson 2008).

De två maktformerna kan knytas till institutioner: suveränitetsmakten till rättsapparat och statsbyråkrati, den disciplinära makten till fängelser, skolor, militärväsen, mentalsjukhus etc. Normaliseringen ska utifrån detta perspektiv ses som en aktivitet för att med olika medel rätta till något eller någon till det som i varje specifikt sammanhang framställs som normalt. Den disciplinära makten har vuxit fram som den i det moderna samhället konstituerande formen av makt främst genom sin överlägsna effektivitet och ändamålsenlighet. Den disciplinära maktens målsättning är inte att straffa mindre, utan mer effektivt. Hemligheten ligger inte i dess repressiva funktion, utan i att den utgör en positiv, produktiv och dynamisk kraft. Den disciplinära makten tar sitt uttryck i små korrigeringar som tillsägelser, instruktioner, regelsystem, dagordningar men också med belöningar och uppmuntran i olika former (ibid.).

Den disciplinära maktens främsta uttryck är fängelset, där fången blev både en kategori och en definition av det subjekt som underkastades den disciplinära maktens praktiker. Men detta kan också ses utifrån framväxten av ett disciplinärt samhälle, där de disciplinära teknikerna kommit att genomsyra allt fler områden och sektorer i samhället (ibid.).

## 5 Analys

Mycket av fokus i mina intervjuer har varit verksamheternas praktiska arbete. Jag har försökt att i största möjliga mån prata om vad man *de facto gör* och min målsättning har varit att komma bortom vad man *säger* att man gör, eller vad de tänkta *målen* är. Därför kommer min analys också baseras på hur rehabiliteringen

av personer med psykisk ohälsa ser ut i det konkreta dagliga arbetet. Inledningsvis kommer jag visa hur man genom sysselsättningsplatser ger människor med psykisk ohälsa möjlighet att vara delaktiga i en sysselsättning och gemenskap. Vidare kommer jag visa hur boendestöd arbetar med att hjälpa människor med psykisk ohälsa i sin vardag. Detta kommer jag att jämföra med det arbete som det personliga ombudet och brukarorganisationen utför. Efter att ha redovisat detta kommer jag problematisera normaliseringsideologin genom att ställa den emot attityder i samhället och medias påverkan av dessa. På så sätt vill jag väcka frågeställningar som jag åter kommer ansluta till i min slutdiskussion. Löpande i texten kommer relevant forskning att varvas med mina empiriska fynd.

## 5.1 Att lära sig leva normalt

Som jag tidigare beskrivit så kännetecknas den anglosaxiska normaliseringstraditionen av en rehabiliteringsmodell som utgår ifrån *social färdighetsträning*. I min studie har jag kunnat identifiera tre verksamheter som jag menar har de drag som karaktäriseras av denna rehabiliteringsmodell. Två sysselsättningsverksamheter och en verksamhet med inriktning på boendestöd. Verksamheterna är visserligen delvis skiljda i sin huvudsakliga praktik, men samtidigt syftar alla till att på något sätt ge personer ur målgruppen de verktyg eller träning som är tänkt att hjälpa dem att fungera i det dagliga livet och i framkomsten i samhället. Som en del i att leva ett mer normalt liv.

### 5.1.1 Sysselsättning som normalisering

På de två sysselsättningsplatser jag utgår ifrån i min studie erbjuds människor med psykisk ohälsa en miljö som påminner om en vanlig arbetsplats och till detta en praktisk sysselsättning. Det är alltså, som benämningen sysselsättning vittnar om, inte tal om lönearbete i dess vanliga bemärkelse då ingen lön betalas ut och deltagandet är helt. Sitt ekonomiska uppehälle verkar de allra flesta få ifrån Försäkringskassan i form av sjukersättning. Istället för lön erbjuds då en *meningsfull* sysselsättning. En av sysselsättningsplatserna ger visserligen 5 kr per arbetad dag, något som vad man kallar för "trivselpeng". Men pengarna hamnar i en gemensam kassa som används vid gemensamma utflykter eller aktiviteter och ska alltså inte ses som en lön per se. Att sysselsättningsplatserna inte betalar någon lön motiverar man med att ett, så att säga, "riktigt" arbete med lön hade ställt ett helt annat krav på arbetstakten (saker och ting måste bli klara i tid) och

därför ett högre krav på individernas prestation - vilket man menar hade skapat en för stor press på individerna. Istället fokuserar man alltså i verksamheterna på att det arbete som utförs alltså ska präglas av en meningsfullhet, så att det arbete som utförs ska kännas betydelsefullt. Detta gör man genom att koppla allting man gör till externa kunder, så att det som produceras också har betydelse för de som köper varorna eller tjänsterna. Man gör alltså ingenting meningslöst som hamnar i ingenstans.

"(..) och sen så också att vi har liksom sagt att det är en meningsfull sysselsättning och då har vi kopplat meningsfullheten till att allting vi gör här går någonstans va, att vi säljer det här till en kund som är nöjd i andra änden va så vi liksom inte sitter o har terapi då.. Utan allting går till försäljning(..)" – IP2

Den konkreta sysselsättningen som utförs bygger uteslutande på praktiskt arbete som i olika grad kan sägas vara anpassade för att vara lätta att ta till sig. Exempelvis väveri-, -snickeri, -tryckeri och caféverksamhet. Individerna får själv välja i vilken verksamhet de vill vara och därefter får de det stöd som de behöver för att klara av arbetsuppgifterna. Det ska vara enkelt att ta sig an arbetsuppgifterna och det ska gå att anpassa till vilken grad av hinder man har till följd av sin psykiska ohälsa - så någon tidigare erfarenhet av arbete eller yrkesfärdigheter krävs inte. På så vis är verksamheten väldigt inkluderande för de som har svåra hinder eller som kanske inte haft ett arbete tidigare.

Utifrån detta menar jag att det blir tydligt att det praktiska arbetet i sig inte är det överordnade syftet med verksamheterna, utan snarare arbetssituationen *som sådan* och den *sociala träningen*. Det är alltså inte tal om arbetsträning eftersom tanken inte är att lära ut en viss form av arbete som ska ge vidare anställning. Detta stärks genom att intervjupersonerna själva säger att det finns andra platser som man kan skicka vidare personerna till om det skulle vara aktuellt att försöka få ett lönearbete, till exempel verksamheter som är mer inriktade på arbetsträning.

"(..) Sen finns det ju andra insatser som vi har i kommunen som vi också skulle kunna lotsa vidare till då, där man har en helt annan målsättning när det gäller att komma ut i lönearbete eller andra typer av arbete. Vi har inte riktigt den målsättningen, är det så att en person har en önskan att komma ut så jobbar vi ju för det så att säga men vi har heller inga tidsbegränsningar utan folk kan få vara här länge man vill (..)" – IP2

"(..) Så att många går ju vidare till någon annan typ av arbetsrehabilitering

men här finns dem som .. det är ju inte många.. men som har varit här sedan 1995 när det startade (..) Men det är en liten grupp idag, de flesta går ju vidare. Man kanske går till någon arbetsrehabilitering (..)" – IP1

För att återknyta till vad jag menar med att verksamheterna kännetecknas med social färdighetsträning, så menar jag att det finns två aspekter av detta. Dels utifrån en social aspekt där sysselsättningsplatsen fungerar som en social träning genom att ha tider att sköta, att fungera som på en arbetsplats i ihop med andra, att ha arbetsuppgifter och så vidare. Sysselsättningsplatserna ger med andra ord en social träning genom det sammanhang som bereds deltagarna. Men färdighetsträningen kan också ses i de moment som sker i det praktiska arbetet, där personalen fungerar vägledande. I de praktiska momenten kan jag se en aspekt av att lära sig hantera inte bara *momentet i sig* men också hantera de hinder som är resultat av den psykiska ohälsan.

"(..) sen kan man ju jobba upp och träna upp en förmåga, koncentrationsförmåga till exempel om man bara sitter o jobbar i fem minuter.. och.. du kanske inte har något tidsbegrepp, att man jobbar med olika typer av lösningar med timstockar och klockar och sådana här saker så att man kan träna upp den utan att behöva tänka på det (..)" – IP2

Vad som är intressant med sysselsättningsverksamheterna är alltså det faktum att personerna ur målgruppen bereds plats i en arbetsplatsgemenskap och därigenom en delaktighet i ett *socialt sammanhang*. Genom arbetsplatsen får man arbetskamrater och en given plats återkomma till genom det schemalagda arbete som man tilldelas.

"(..) Det är ju liksom det här med att få ett sammanhang, eller att vara en del av ett sammanhang. För det är ju ofta det man efterfrågar, när man väl kommer till oss har man haft sin sjukdom och man har varit inlagd och så (..)" – IP2

Att känna att man tillhör ett sammanhang kan genom Griffiths (2007) förstås som en faktor i att hantera stress i rehabiliteringsprocessen och utifrån Bengtsson-Tops (2001) är känslan av att tillhöra ett sammanhang kopplat till välmående. Sammanhanget som arbetet bidrar till att skapa ger vidare en struktur i vardagen som har en rehabiliterande effekt. Dels genom struktur i tid, genom uppdelningen mellan arbete och fritid men också en rumslig struktur mellan hem och arbetsplats. Dessutom sker en form av bytesrelation med omvärlden via arbetet och genom det bidraget blir de medborgare i vidare mening (Topor 2001).

Sysselsättningsplatserna kan alltså sägas ge ett sammanhang genom tillhörigheten på arbetsplatsen, men också en känsla av att tillhöra en del i samhället. Samtidigt är det dock intressant att intervjupersonerna själva menar att det varken är behandling eller rehabilitering man säger sig syssla med, utan man ser det helt enkelt som sysselsättning.

"(..)Vi erbjuder ju meningsfull sysselsättning så det är ju ingen rehabilitering men sen indirekt så är det ju ändå det här. Men vi dokumenterar ju inte o jobbar inte riktigt på det viset men visst är det en form av rehabilitering här.. men det kallas inte så utan det är sysselsättning vi erbjuder. (..)" – IP1

Det verkar således ligga en viss ambivalens i vad man ser sig själva göra. Men sett till den forskning som finns så verkar det hursomhelst som att verksamhetens utformning och det sammanhang som bereds har de drag som vi kan se har en positiv effekt för psykiskt välmående såsom som beskrivs av Griffiths (2007), Bengtsson-Tops (2001) och Topor (2001).

### **5.1.2 Rutiner och individanpassning**

När man introduceras på sysselsättningsplatserna får man ta del av någon form av arbetsplan eller dokument där man får specificera vad det är man vill utveckla eller träna på. Det är alltså väldigt mycket beroende på vad personen själv känner att han eller hon vill träna på. På båda sysselsättningsplatserna har jag noterat detta individanpassade arbetssätt och de drag som återfinns inom Bostonmodellen är tydliga. Tanken är att individen själv ska kunna sätta upp sina egna mål och att dessa sedan stöds och följs upp av personalen. När individen känner att det är dags att gå vidare kan nya mål sättas upp. Båda intervjupersonerna beskriver detta på ungefär samma sätt:

"(..) vi har ju då samarbetsdokumentet, om det är något speciellt man önskar att träna på. Att passa tider, fungera i ett större sammanhang, en större grupp och få struktur på vardagen, någon att prata med. Alltså det är ju olika (..) Så kan vi följa upp den om man önskar (..)" – IP1

På samma sätt arbetar boendestöden, men då utifrån praktiska problem i vardagen som individerna kan tänkas behöva hjälp med. Då handlar det om att identifiera vad som inte fungerar och försöka hitta en lösning så att individen lättare ska kunna ta sig fram i sitt vardagsliv. Det kan till exempel handla om att en person har svårt att *komma igång* med sin tvätt, men som inte har några som helst problem att sköta själva tvättningen. Då fungerar boendestödet som en aktivering,

som påminner om att sätta igång med tvättningen. Ofta finns det inga generella lösningar utan det verkar alltid vara ett samspel med individen för att försöka hitta en rutin som fungerar. Även här återfinns den tydliga planeringen, genom bland annat dokument och schema:

"(..) vi har en sådan här individuell arbetsplan som vi gör tillsammans med våra klienter, där vi skriver ner vilket stöd de behöver. Sen, ovanpå det, har vi något som heter överenskommelse om stöd och hjälp. Och det är ju ett levande verktyg som kan variera från vecka till vecka (..)" – IP5

Men fokus för boendestöden är att individerna alltid ska klara så mycket som möjligt på egen hand, och att stödet sätts in när det verkligen behövs. Intervjupersonen är noga med att poängtera, att man inte åker hem till folk och städar deras lägenheter eller sköter deras hygien. I det levande verktyget som boendestödet beskriver blir stödet anpassat till nya problem som kan dyka upp över tid eller om individen själv känner att det behövs stöd i vissa behov. Det här sättet att arbeta på ger en tydlig bild av vilken nivå individen ligger på och därigenom kan verksamheten också anpassa insatserna efter varje individ. Att man anpassar sig på det här sättet beror på att de individer man möter i verksamheterna ofta har väldigt varierade behov och problem.

Vad jag vidare tycker mig ha noterat i alla dessa tre verksamheter är betoningen på att skapa en rutinmässig tillvaro med tydliga strukturer. Det bakomliggande motivet verkar vara att försöka få personerna att på olika sätt närma sig en mer normal vardag. På sysselsättningsplatserna handlar det mycket om att hitta en struktur och rutin i förhållande till arbetet, till exempel att passa tider och att ha känna att man har någonstans att ta vägen under veckodagarna.

"(..) det är ju för att skapa en tydlig struktur, att vi jobbar mycket med basala saker som att komma i tid, att gå hem i tid, höra av sig när man inte kan komma och sådana saker. (..) Det är just den där tydliga strukturen vi vill upprätthålla (..)" – IP2

Detta är ett exempel på hur verksamheterna kan sägas arbeta med social färdighetsträning, där rutiner man skapar i vardagen också kan kopplas till Leufstadius (2008) beskrivning av hur arbete fungerar som en meningsfull del av livet, eftersom det ger en känsla av struktur i tillvaron. För boendestöden handlar det mer om att hitta en struktur i tillvaron som gör det enklare att fungera utifrån



basala behov, men som på grund av de hinder som uppkommit av den psykiska ohälsan inte fungerar och bromsar upp tillvaron. Vikten av rutin och struktur någonting som tillhör människans natur och en viktig del att kunna fungera, menar intervjupersonen:

"(..) Det är ju så att man måste ha rutiner, det vi försöker lära är ju mycket rutiner. Att få in rutiner på olika sätt. Alla människor är ju rutinmänniskor på något sätt. Vissa kan vara mycket flexibla men med våra brukare är det ofta så att man behöver fasta tydliga rutiner för att fungera." – IP5

Vad jag noterat är att mycket av utgångspunkterna i verksamheterna verkar till synes vara att hjälpa individerna i att hitta rutiner i tillvaron som kan få dem att närma sig ett liv som är mer normalt. Genom sysselsättningen kan det alltså ses genom den träning som rutinerna på arbetsplatsen bidrar till och i boendesituationen snarare rutiner i mer vardagliga behov.

### **5.1.3 Att knyta kontakter**

Genomgående för alla intervjuer är beskrivningen av gruppen med psykisk ohälsa som isolerad och med bristande sociala kontaktnät. Naturligtvis finns det undantag vilket man också ger uttryck för, men sammantaget är bilden entydig utifrån vad intervjupersonerna berättar. Ofta verkar det som att personerna har blivit av med sina kontaktnät då anhöriga och vänner inte orkat hålla kvar kontakten, som blivit för tung. En av intervjupersonerna exemplifierar detta, men också hur det kan se annorlunda ut beroende på vilken diagnos man har:

"(..) En del har ju hemskt dåligt [kontaktnät]. De har ingen kontakt med sina anhöriga, de har inga vänner. Man lever rätt så isolerat och på grund utav sin sjukdom naturligtvis (..) Sen ser det helt olika ut, tittar vi på gruppen med ADHD. Där finns släkt och vänner, där finns allting. Om man generaliserar." – IP5

Sett till gruppen med schizofreni så visar studier att personer med diagnosen ofta har ett mindre socialt nätverk än friska personer, avhängigt av svårigheter att ta initiativ till social kontakt och att utveckla och upprätthålla relationer (Bengtsson-Tops 2001). Vidare är personer som vårdats inom slutenvården på grund av psykisk sjukdom ofta ensamare än personer inom andra diagnosgrupper samt att skilsmässor var vanligare, inom en viss tid efter slutenvården (SOU 2006:100). Samtidigt visar Bengtsson-Tops (2001) att det finns ett samband mellan subjektivt

livskvalité och förekomsten av ett fungerande socialt nätverk. Vi kan utifrån Granerud (2008) och Rüesch m.fl. (2004) se att arbete ger förutsättningar att knyta kontakter med arbetskamrater och ger en känslan av integrering. Sociala kontakter verkar enligt tidigare studier onekligen vara en viktig del i att dels integreras, men även som en faktor för psykiskt välmående. Den sociala aspekten kan knytas till sysselsättningsplatserna där deltagarna genom sin sysselsättning ges möjlighet att knyta kontakter till sina arbetskamrater. Intervjupersonerna har dock lite olika syn på detta, den ena (IP2) tycker sig se att det knyts mindre kontakter än vad man skulle kunna tro - att man har sina arbetskamrater, men att det stannar där. IP1 beskriver dock hur kontaktnätet kan komma att utvidgas genom de relationer som knyts mellan arbetskamraterna. Vidare hur denne (IP1) själv kan hjälpa till att uppmuntra till detta.

"(..) just nu på [specifik verksamhet] har vi ett jättestort gäng tjejer på kanske 30 till 50 års åldern som har funnit varandra som har hur roligt som helst, nu ska de ut och träffas privat och fika ihop (..) därför kan ju jag nu ibland vara den här länken att 'skulle inte x kunna följa med på detta också' (..) - IP1

På samma sysselsättningsplats (IP1) har man dessutom friskvårdsaktiviteter tillsammans en gång i veckan - till exempel stavgång eller simning - vilket också kan ses som ett sätt att utveckla samhörigheten mellan personerna på sysselsättningsplatsen. Utöver detta ser man till att ha gemensamma fester vid speciella tillfällen, bland annat om somrarna då man gemensamt dukar upp bord ute och äter mat ihop. Detta verkar som sagt vara unikt för just den sysselsättningsplatsen, i relation till den andra. Men tydligt är att sysselsättningsplatserna åtminstone har en potential att verka för utvecklandet av ett socialt nätverk, som ovan beskrivet. Detta kan förstås genom Granerud (2008) som menar att arbete kan ha en integrerande och relationsskapande effekt.

## 5.2 Det sociala stödet i livet

Till den skandinaviska normaliseringsideologin kan som tidigare beskrivits en rehabiliterande modell genom *socialt stöd* knytas. Jag har identifierat två verksamheter som jag menar arbetar på ett sätt som anknyter till denna form. Det handlar då inte om att social träning eller att förändra beteenden, utan snarare att på olika sätt vara tillgänglig som stöd och arbeta med att förbättra individens livssituation på olika sätt. Skiljelinjen menar jag är att dessa verksamheter inte

arbetar för att *anpassa* individen till samhället, utan snarare fungera som *stöd i förhållandet till* och *i* samhället. Det finns också ett helt annat mått av relationsskapande.

### 5.2.1 Den goda relationen

Både Topor m.fl. (2006) och Schön (2009) visar i sina studier att just *relationen* till hjälparen har stor relevans i återhämtningsprocessen för den som tar emot hjälpen. I intervjun med det personliga ombudet blir det för mig tydligt att arbetets utgångspunkt ligger i relationsskapandet med klienterna och att hela tiden ha respekt för klienternas vilja. Man gör ingenting utan att klienterna är medvetna om det, som att ringa myndigheter bakom deras rygg och så vidare. Det är ett långsiktigt arbete som bygger på att man som ombud först försöker skapa en relation till klienten genom att, helt enkelt, bli vän med personen. Det kan handla om att bara ta en kopp kaffe ihop och prata om vad som helst. Ombudet kan i denna kontakt tipsa om olika insatser, till exempel försöka få in personen på ett boende eller ansöka om diverse insatser. När man sedan har skapat en relation och fått ett förtroende så är fokus att utifrån det vara till hjälp för att förändra deras livssituation. Vad denna förändring kan vara varierar väldigt mycket beroende på vad personerna har för behov. Men kärnan i arbetet är att fungera som ett stöd i allt de kan tänkas behöva ha hjälp med. Typiskt sätt beskriver intervjupersonen att mycket arbete går åt till att hålla koll på tider, hjälpa till i kontakten med myndigheter, se till att klienterna kommer iväg på möten och liknande.

"(..) ibland är det att man ska gå med dem till läkare, till exempel. De har ett besök hos läkaren mellan åtta och nio och då får jag ringa klienten, eller försöka få tag i klienten innan så att hon är med (..) så jag håller reda på deras läkartid, tandläkartid och alla andra tider (..) sen ibland bara dricka kaffe med någon på stan på något café och snacka bara (..)" – IP3

Men det kan också handla om att bara göra helt normala saker ihop med dem, saker som ändå kan spela en viktig roll. Aktiviteter som inte har så mycket med konkreta behov i hjälpen med myndigheter eller andra formella kontakter. På det här sättet fungerar ombudet som en allsidig kontakt för personen och stödet begränsas således inte till formalia. Intervjupersonen beskriver detta vidare:

"(..) Jag har varit ute och simmat med en som låg inne på härbärke. Han sa till mig att 'Jag har inte varit på simhall på flera år'. Ja, men då åker vi och

simmar, sa jag. Så då åkte vi och simmade. (..) – IP3

Intervjupersonen menar att det handlar om att ta fram det friska i personerna och sedan realisera det. Topor m.fl. (2006) menar att personer som gör något utöver det vanliga också visar för individen att det är dem som fokus ligger på, och inte på de tänkta regelverken eller det som för verksamheten är kutym. Genom att frångå vad som faktiskt verkar vara okay, så bildas en allians mellan klienten och hjälparen - då klienten ser att hjälparen faktiskt vågar vara okonventionell för deras skull. När en person gör något utöver det vanliga blir hon eller han en verklig person; relationen slutar vara neutral och istället känsloladdad (Topor m.fl. 2006). Att det viktigaste kanske inte är *vad* man gör utan snarare då *hur* man gör det. Detta menar också intervjupersonen är viktigt, när jag frågar vad denne tror är viktigt för att kunna nå framgångar i hjälpen.

"(..) Får de en bra socialsekreterare, då är det.. ofta beror det på om det är en bra människa de träffar på, som är socialsekreterare. Som har den goda viljan alltså, att kunna göra förändring. Eller det kan vara en vårdare på psykkliniken som kan göra skillnad för dem. En människa som gör det där lite över det vanliga för dem tror jag betyder mycket. (..) – IP3

I Topor m.fl. (2006) studie talade de flesta respondenterna om vikten av att hjälparen gick över och bortom vad som förväntades av dem. Att göra mer innebar att de visserligen gjorde vad som förväntades av dem, men att de utförde arbetet på ett sätt som ingav en känsla av att något ovanligt skett och att den professionella hjälparen hade gått bortom vad kraven för arbetet specificerade. Att de tog initiativ som inte direkt var kopplat till deras psykiska ohälsa och såg någonting av värde i relationen till klienten. Det här tenderar, menar Topor m.fl. (2006), vara kopplat till att relationen präglades av vad som vanligen kan betraktas som en vänskapsrelation. Detta menar jag går att koppla till det sätt som det personliga ombudet arbetar på och dennes förhållning till klienten, där utgångspunkten i hög grad är just att bygga en vänskapsrelation där tillgänglighet, respekt och ömsesidighet tycks vara tongivande.

### **5.2.2 Att mötas i ett annat sammanhang**

Brukarorganisationen jag kommit i kontakt med arbetar en hel del med att på olika sätt hjälpa sina medlemmar i sin vardag. Dels så har man en samtalsgrupp, som dock var inaktiv vid intervjutillfället, men som varit uppskattad av deltagarna.

Verksamheten fungerar också som en social mötesplats för medlemmarna, där man tillsammans träffas och tittar på film, har spelkvällar och dylikt. På så sätt får man tillfälle att träffa andra som har liknande erfarenheter av psykiatrin - men istället möts man som individer och inte brukare, klient, patient och så vidare.

"(..) tanken är att driva frågor som, vad ska man säga, socialpolitiska frågor som berör psykiatri.. Alltså våra medlemmar har ju alla på något sätt någon relation till psykiatrin, antingen att man själv mår dåligt eller att man har anhörig som mår dåligt (..) Och vi bedriver aktiviteter; öppna aktiviteter." – IP6

Även det personliga ombudet talar om detta och menar att det kan vara en del i att få en annan gemenskap och träffa nya vänner. Genomgående i flera av intervjuerna talar man om vikten av att ha ett fungerande nätverk och en gemenskap att knyta an till. I gemenskaperna i brukarorganisationen blir det då också möjligt att stötta varandra och därigenom kan man själv utifrån sin egen situation också hjälpa andra, menar en av intervjupersonerna:

"(..) att de hittar ett sammanhang där de trivs och där de får lov att vara, att bli sedda och där de även kan se andra, och hjälpa andra. När de själva har blivit hjälpta, så det är ju en kedjereaktion. Att de också kan vara stöd för andra människor sen." – IP4

Att träffa andra människor med psykisk ohälsa i andra sammanhang än det psykiatriska området kan fungera som en viktig källa till hopp, att kunna se att den psykiska ohälsan inte nödvändigtvis behöver vara kronisk - genom att kunna se andras framgångar som bevis på det (Topor m.fl. 2006). Schön (2009) visar att det finns en kraft i att träffa andra och känna igen sig i deras erfarenheter. Detta för att dels bryta isoleringen men också som en arena för identifikation, normalisering, sammanhang och möjligheten att kunna vara till hjälp för andra. Schön (2009) visar att mötet med andra kan vara en väg till att våga vara sig själv och samtidigt känna sig accepterad. Brukarorganisationen som sociala mötesplats och dess aktiviteter kan med andra ord ses som ett forum för återhämtning.

### **5.2.3 Ett annat fokus...**

Om verksamheterna som arbetar med social färdighetsträning kan tänkas tala i termer av hinder, individuella lösningar och så vidare - så kan jag här se att utgångspunkten snarare är i termer av rättigheter, bemötande, respekt och så vidare. En aspekt av detta är relationen till hjälparen eller till välfärdssystem i stort och då utifrån frågan om bemötande. I intervjuerna har det talats om vikten

av att bli bemött på ett bra sätt, med vänlighet och respekt. Självklarheter kan tyckas, men det verkar onekligen som att det finns en tendens att personer med psykisk ohälsa råkar ut för illa behandling - vilket jag också kommer återkomma till senare. Så här beskriver intervjupersonen från brukarorganisationen det:

"(..) Jag vill inte tro att det är så illa, men jag får mer och mer klart för mig att vi lever i ett jäkla människoovänligt samhälle idag. (..) Kommer man in till en läkare eller någonstans där man har med något offentligt att göra, och man blir bemött vänligt, då reagerar man. Jag har till och med börjat upptäcka att jag tackar dem för vänligheten. (..) Och vi är inte så annorlunda. Blir vi dåligt bemötta, så är det ingen hit." – IP6

Om det här tillhör vanligheten kan ju diskuteras, men även den specifika kommunen jag har utgått ifrån har uppmärksammat problemet och satt in resurser för att stävja detta. Representanten från brukarorganisationen berättar om det samarbete man har med andra brukarorganisationen inom det psykiatriska fältet och representanter för kommunen, för att tillsammans arbeta med att förbättra bemötandet av gruppen med psykisk ohälsa. Det verkar finnas all anledning att arbeta med frågan således. Intervjupersonen (IP4) som har en övergripande roll i arbetet med personer med psykisk ohälsa beskriver vikten av bemötande och menar att detta är en av de viktigaste bitarna att jobba vidare med.

"(..) bemötandet är nästan överordnat behandlingen säger dem själva. Får jag ett bra bemötande så.. det är klart att behandlingen är viktigt och så vidare också, men det dåliga bemötandet kan omkullkasta förutsättningarna för goda behandlingar."-IP4

Det verkar onekligen som att det finns en faktor i återhämtningen som går bortom konkreta metoder och insatser, där relationen och kvalitén på relation spelar stor roll. Exempelvis som ovan citat påvisar vikten av ett gott bemötande i relation till brukaren; med andra ord *hur* relationen ser ut, och inte bara själva *inhållet* i vad hjälparen kan erbjuda genom specifik insats vilket både Schön (2009) och Topor m.fl. (2006) beskriver.

### 5.3 Hinder i integreringen

Hittills har jag beskrivit hur de olika verksamheterna arbetar för att stödja och anpassa gruppen med psykisk ohälsa till att fungera som en del i samhället. Genomgående för alla intervjuer är dock aspekter bortom deras verksamheter som påverkar och hindrar gruppen att ta sig in i samhället. Jag kommer nu beskriva vad intervjupersonerna menar påverkar integreringen i samhället.

### 5.3.1 Skam och attityder

Flera av intervjupersoner menar att det fortfarande finns ett stigma i att ha psykiska problem - att det inte är lika enkelt att säga att man har fått en benfraktur som en psykos, en skam i att i perioder ha psykiska problem. Det verkar dessutom av intervjuerna att döma att det fortfarande finns en rädsla för gruppen med psykisk ohälsa, där fördomar och okunskap om att gruppen skulle vara farligare än gemene man.

”(..) och man blir så stigmatiserad och man drar alla över en kam och man vet idag att det finns evidens på det, forskning på att människor med schizofreni har ingen större våldsbenägenhet än någon annan, det är i samband med missbruk som det så att säga sker. Det finns så mycket förutfattade meningar om farlighetsgrader och rädslor kring det här med psykisk ohälsa (..)” – IP4

En av intervjupersonerna nämner att det dessutom finns en låg tolerans *inom* gruppen för de hinder man har till följd av den psykiska ohälsan, och att det då skulle vara sprunget ur en låg tolerans i det övriga samhället. Björkman m.fl. (2007) menar i sin studie att integrationen i hög grad påverkas av stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa, att attityderna från allmänheten gentemot gruppen ofta kantas av rädsla, misstänksamhet och intolerans precis som Granerud (2008) påtalar. Studien visar att 55 % av deltagarna känt sig annorlunda behandlade efter att ha behandlats inom psykiatrin. Nästan hälften hade varit med om att bli nekade jobb de varit kvalificerade för efter att deras psykiska ohälsa uppdagats. Dessutom visar det sig att hälften av deltagarna ibland, ofta eller väldigt ofta undvek att berätta om sina psykiska problem. Men samtidigt, menar intervjupersonen som arbetar med boendestöd att det inte är några problem för deras brukare i kontakten med grannar.

”(..) vi märker inte så mycket attityder med de som bor i egna lägenheter och sådant. Där vi ser att grannarna är avogt inställda, det är ytterst sällan. Och i de fallen kan man nog säga att grannen är knäppare än brukaren, för det finns ju udda personer ändå (..) och det är säker inte bara våra brukare som har problem då, utan andra grannar också (..)” – IP5

Överlag tycker de flesta intervjupersonerna att attityder i samhället är ett av de stora problemen i integreringen. Problemen verkar bland annat uppstå när det exempelvis ska startas upp en ny verksamhet för personer med psykisk ohälsa i anslutning till bostadsområden, och personer i området verkar lägga ner väldigt

mycket energi på att motverka detta. Som bakomliggande orsak till detta menar de flesta av intervjupersonerna härstamma i medias bild av personer med psykisk ohälsa. Man menar att media ger en onyanserad bild av de problem som finns och att allt oftast målar upp bilden av personer med psykisk ohälsa som farliga och potentiella mördare. Bilden som lyfts i media är ofta negativ och ofta beror det på, menar en av intervjupersonerna, att det inte finns någon anledning att skriva positiva saker eftersom det inte genererar lösnummer.

"(..) Ja det är ju svårt alltså, för media har ju.. de är ju inte intresserade av information. Det säljer ju ingen tidning. Att informera om något som är helt ofarligt. Men de har ett jävla ansvar, men det är ju tredje stadsmakten så är det ju. Det är den största boven, det kan jag säga. (..)" – IP2

"(..)Man kan läsa i tidningen 'psykiskt sjuk sprang omkring med kniv', 'psykiskt sjuk gjorde det och det, 'Polis sköt psyksjuk'. Psyksjuk, psyksjuk, psyksjuk. Vem är den psyksjuka då? Det står ju aldrig 'polis sköt hjärtsjuk' eller någonting sådant." – IP6

I Rasmussen & Höijers (2005) studie beskrivs hur individualiserade och psykiska förklaringar blir dominerande i media, liksom den institutionella förklaringen som lyfte problemen inom den psykiatriska vården och vårdpolitiken. Ofta förklarade själva betäckningen "psykiskt sjuk" frågan om "varför?". Förutom att psykisk sjukdom blev förklaringen på det fruktansvärda våldet, växte även bilden av personer med psykisk ohälsa fram som plötsliga, oberäknliga och irrationella. Studien problematiserar bilden av personer med psykisk ohälsa som farliga genom att peka på studier som visar att det är generellt få av personer med psykisk ohälsa som är farliga för andra. Däremot visar man att personer med psykisk ohälsa som begår våldsbrott ofta har gemensamt en kombination av traumatisering, missbruk och hemlöshet. Men sådana fakta, menar man, hamnar i skymundan i ett nyhetsflöde koncentrerat till psykisk ohälsa relaterat till våldsbrott. Detta leder till ytterligare stigmatisering av gruppen genom att psykisk ohälsa och våld konstrueras till en kausal kedja. Detta mönster känns igen bland flera av de intervjuade. Man menar att media lyfter fram allt som är negativt och att bilden ofta är onyanserad och skapar en felaktig syn på gruppen med psykisk ohälsa.

### **5.3.2 Ett strukturellt samhällsproblem**

Från Nationell psykiatrisamordningen är man tydligen med att arbetslinjen har tappats bort för personer med som de definierar som psykiskt funktionshindrade



och att arbetslinjen i framtiden måste ses som central och gälla fullt ut för gruppen. Arbetslinjen, som innebär att aktiva åtgärder ska användas för att personerna ska kunna återkomma till arbete och att en anställning alltid går före åtgärder eller bidrag (SOU 2006:100). Intressant är ju då att redan nu se hur gruppen idag har det rent ekonomiskt. I SOU 2006:100 benämns gruppen med psykisk ohälsa som psykiskt funktionshindrade och jämförs då med andra handikappgrupper. Utifrån detta kan vi se att gruppen med psykisk ohälsa har lägre disponibel inkomst än befolkningen i övrigt. Ungefär hälften av personerna har svårigheter att klara löpande utgifterna och har ekonomiska svårigheter som är större än hos andra grupper med funktionshinder. Samtidigt saknar gruppen sysselsättning i högre grad än andra grupper funktionshindrade som man jämför med. Endast en tredjedel av de som uppger sig ha psykiska funktionshinder har någon form av sysselsättning. Personer ur gruppen är vidare arbetslösa i högre grad än befolkningen i övrigt. (ibid.). Jag har i de flesta intervjuer noterat att man ofta pratar om problemen utifrån det faktum att personer med psykisk ohälsa som grupp har väldigt svårt att ta sig in i samhället. Ofta handlar det ju om att hitta ett sammanhang som man trivs i, men det verkar av intervjuerna att döma som att personer med psykisk ohälsa ofta utestängs från vissa sammanhang i samhället. Generellt sett handlar detta om utanförskapet på arbetsmarknaden, då de jag intervjuar ger en bild av ett samhälle som för alla just nu är svårt att komma in i. Att man stått utanför arbetsmarknaden eller aldrig varit en del av den över huvudtaget.

”(..) det är ju svårt överhuvudtaget att komma in i samhället. Säg att man är frisk idag så är det ju svårt att komma in idag i samhället överhuvudtaget idag. Men har man då varit ifrån.. det blir ju ännu svårare att passa in, det är inte helt enkelt. Det är högt tempo, det är så jäktigt och det är svårt att bryta den här gränsen att ta mod och gå vidare (..)” – IP1

”(..) de konkurrerar ju också med alla andra mindre kvalificerade arbetsuppgifter.. det är ju mycket ungdomar som går arbetslösa och som inte då har psykisk ohälsa och det.. de konkurrerar ju naturligtvis med dem också. (..)” – IP4

I min intervju med brukarorganisationen anlägger representanten ett tydligt klassperspektiv där gruppen med psykisk ohälsa tillhör den exkluderade grupp som hamnat i utanförskap på samma sätt som missbrukare och hemlösa. Gruppen ses utifrån det här perspektivet som en arbetskraftsreserv som man inte tar ansvar

för, som skickas runt på olika träningsinsatser och praktikplatser med dåliga resultat. Kontentan är alltså att samhället är väldigt svårt att ta sig in i, och extra svårt för gruppen med psykisk ohälsa. Det verkar dessutom som att det finns en passiviserande effekt i växelspelet mellan arbetsmarknadsåtgärderna och försäkringssystemet, vilket exemplifieras på följande sätt:

”Det största hindret skulle jag säga är sjukbidraget. (..) Att man kan ju se på sysselsättning att.. man.. jag kan inte det helt fullständigt men, när man är inom sysselsättning så kan de se att man har större förmåga än vad man kan de dem där.. Då kanske det skulle bli någon typ av.. att de skulle få lön eller ersättning, då sjunker ju sjukbidragsdelen och ofta förlorar man rent ekonomiskt på det. Vilket gör att det blir ingen morot. Utan många väljer att hålla sig kvar där för att de förlorar ekonomiskt annars.” – IP5

Detta beskrivs som en "inlåsnings effekt" (jmf Ekholm & Bergroth 2006) där de ekonomiska incitamenten för att skaffa ett jobb blir underordnade den trygghet som återfinns i det sociala skyddsnätet, och menar att det finns en rädsla i att bli av med den ekonomiska tryggheten om man skulle få ett arbete. Att personerna ur gruppen inte återfår sin sjukersättning om deras hälsa försämras efter återgång till arbete, vilket då leder till att man inte försöker återgå till arbete. Onekligen verkar ekonomiska faktorer för gruppen vara påtagliga och sett till vad intervjupersonerna berättar, en väldigt svår situation för gruppen med psykisk ohälsa att ta sig fram i, hur mycket man än anpassar sig sina beteenden och levnadsmönster.

## 6 Avslutning

### 6.1 Sammanfattning

Förklaringarna och lösningarna på psykiska problem har varierat genom historien. De senaste decennierna har dock en ideologi präglad av integrering och autonomi vuxit fram där fokus har varit att i hög grad göra personer med psykisk ohälsa delaktiga i samhället istället för att skärma av dem. Synen på hur detta ska gå till varierar men en normaliseringsideologi har med olika inriktningar vuxit fram i debatten. Å ena sidan kan vi se en rehabilitering influerad av en anglosaxisk form av normalisering som inriktar sig på att på olika sätt förändra beteenden och attityder kring gruppen med psykisk ohälsa - hit kan rehabilitering genom social färdighetsträning knytas. Å andra sidan står den skandinaviska modellen dit rehabilitering genom socialt stöd knyts. För att återgå till uppsatsens inledande frågeställning, *"Vad kännetecknar det praktiska arbetet med att integrera personer med psykisk ohälsa i samhället?"*, så visar jag i det första avsnittet hur personer med psykisk ohälsa får hjälp med att utifrån olika aspekter av social färdighetsträning träna sig i moment som för de allra flesta människor är naturliga och självklara. Att klara av att hantera ett arbete och att sköta sin livsföring i hemmet är saker som den här gruppen i olika grad har svårigheter med och som de genom verksamheterna kan få hjälp i att klara av, för att närma sig ett mer normalt liv. I det andra avsnittet visar jag hur personer med psykisk ohälsa på olika sätt får tillgång till socialt stöd, genom brukarorganisationen och det personliga ombudet. Till den andra frågeställningen, *"Kan integreringen ha positiva effekter för psykisk återhämtning?"* har jag kopplat det praktiska arbetet till en rad faktorer som stimulerar psykiskt välmående. Detta kan ses utifrån delaktigheten i ett sammanhang, en rutinmässig tillvaro men också kraften och vikten av relationen till hjälparen. Utifrån min sista frågeställning, *"Vad påverkar integreringen av gruppen med psykisk ohälsa?"*, har jag visat hur attityder i samhället kan tänkas påverka integreringen av gruppen med psykisk ohälsa och kopplat detta till den massmediala bilden av gruppen samt hur generella samhällsproblem påverkar gruppen och relaterat detta till intervjupersonernas upplevelser av integreringen.

## 6.2 Diskussion

I det teoretiska avsnittet nämnde jag Foucault och hans perspektiv på normalisering, som utifrån denne kan ses som en form av disciplinering (Nilsson 2009) Man kan ju därför fråga sig vilka incitament som ligger bakom den progressiva utvecklingen av psykiativården med utgångspunkt ur avinsitutionaliseringen. Som en cynisk iakttagelse noterar jag i Nationell psykiatrisamordningens utredning (SOU 2006:100) att det stadgas att gruppen behövs som framtida kraft på arbetsmarknaden. Man skulle kunna tänka sig att detta innebär att en foglig och disciplinerad grupp av personer med psykisk ohälsa behövs, som en produktiv del av samhället. Men ännu mer cyniskt vore det dock att bortse från de positiva effekter som integreringen faktiskt tycks generera när den fungerar. Vad jag dock är skeptisk till och vill problematisera är den nyliberala och individualiserade synen på personer med psykisk ohälsa, som tar sig uttryck i den anglosaxiska normaliseringstraditionen *snarare* än dess uttryck som jag mött i verksamheterna. Jag vill alltså lyfta frågan bortom verksamheterna, eftersom det inte är dem jag vill problematisera då det vore ohederligt givet det positiva arbete de utför i sin kontext. Den individualiserade rehabiliteringen har fördelar och ger gott resultat, som jag beskrivit, och det är snarare med utgångspunkt i den ideologiska sfären som jag vill ställa mig kritisk. Detta utifrån Wolfensbergers idétradition vars fundament bygger på att förändra individens beteende och uttryck till mer kulturellt värderade roller, för att på så sätt passa in i genomsnittssamhället. Men också Bostonmodellens starkt individualiserade utgångspunkt. Jag ska nu beskriva vad jag menar är problemet med denna individualiserade synen på gruppen.

Utifrån ett individperspektiv ska förändringen mot integrering ses som positiv givet de faktorer som genererar välmående - och rent humanistiskt är trenden mot ökad autonomi och frihet av godo för individerna i gruppen. Men bortom detta, bortom en nyliberal syn på problem - där utgångspunkten från individen allt mer betonas, så menar jag att problemet måste ses utifrån sin samhälleliga kontext. För att exemplifiera vad jag menar tänker jag nu utgå ifrån det faktum att så många ur gruppen, som tidigare beskrivits, står utanför arbetsmarknaden. Vad vi kan se är att vi har en grupp som socioekonomiskt verkar tämligen homogen, som visserligen består i individuella problem - men som måste förstås ur ett större

perspektiv. Man kan komma långt med att träna personer i ett rätt beteende, att det kan främja deras chanser att få jobb. Hållningen tycks ju, utifrån ett individualiserat perspektiv, vara att personerna inte får jobb på grund utav hinder sprungna ur psykisk ohälsa, att de inte klarar av att sköta ett jobb på grund utav de hinder som de har - och det ska lösas genom att ta bort dessa hinder. Men om vi angriper problemet från ett annat håll? Om problemet inte alls är deras hinder i vardagen, utan snarare samhällets bristande förmåga att anpassa sig till deras hinder, eller behov? När det gäller andra funktionshinder anpassar sig samhället - det vore orimligt att anta att alla kan gå i trappor, vissa behöver ramper och hissar. Det löses inte genom att lära rullstolsburna att på smidigaste sätt ta sig upp till sjätte våningen med smarta individanpassade knep. Nej, det löses genom att samhället ger de förutsättningar som behövs. Samhället anpassar sig. En kanske inte helt jämförbar liknelse kan tyckas, men jag tycker ändå poängen är tydlig. Det här tycker jag är kärnan i problemet med den individualiserade utgångspunkten, som rehabilitering genom social färdighetsträning är ett uttryck för. Det är fantastiskt att människor lär sig bemästra hinder medelst social färdighetsträning, verkligen. Men så länge det inte ligger till grund för hela orsaksförklaringen och lösningen. Problemet måste ses bortom individen och förstås som ett strukturellt problem i samhället som inte överbyggs bara av att en grupp lär sig anpassas till helheten. Istället bör fokus gå bortom den individualiserade synen som den anglosaxiska normaliseringstraditionen tar sin utgångspunkt i, och snarare se att samhället som helhet måste anpassa sig. Istället för att till exempel anpassa gruppen till arbetsmarknaden, så bör arbetsmarknaden också anpassas till gruppen, så att den får tillträde i högre grad. Och det måste få kosta pengar. Det är till exempel inte bara individernas beteende som ska anpassas till samhället för att stävja negativa attityder, även samhällets attityder och beteenden måste förändras och anpassas till gruppen. Kort sagt menar jag, att utgångspunkten för normaliseringen av personer med psykisk ohälsa inte enbart ska ha sin grund i en individualiserad syn där individerna i gruppen ska förändras, utan att samhället som helhet måste förändras. *Samhället* bör också normaliseras och anpassas, inte bara gruppen med psykisk ohälsa!

## 7 Referenser

- Aspers, P (2007) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber.
- Bengtsson-Tops, A (2001) *Severely mentally ill individuals living in the community: Needs for care, quality of life and social network* (Akademisk avhandling). Lund: Lunds Universitet.
- Björkman, T; Svensson, B & Lundberg, B (2007) "Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences". *Nordic Journal of Psychiatry*, 61,5,332-338.
- Dagens Nyheter (2009) *Min brors död avslöjar systemfel i psykiatrin* (elektronisk) Dagens Nyheters hemsida <<http://www.dn.se/opinion/debatt/min-brors-dod-avslojar-systemfel-i-psykiatrin-1.927282>> (2009-10-29)
- Ekholm, J & Bergroth, A (2006) *Analys av rehabiliterande komponenter i verksamhet som bedrivs i klubbhus, sociala kooperativ, ideella organisationer och kommuner*. Rapport av en utredning 2006. Socialstyrelsen.
- Forsén, J & Jarmar, H (2009) *Behov av att ändra lagstiftningen m.m. när det gäller samhällets behandling av människor med psykisk ohälsa* (elektronisk) Riksförbundet för Social och Mental Hälsas officiella hemsida. <<http://www.rsmh.se/Behovavatt%20andralagstiftningen.pdf>> (2010-01-14)
- Granerud, A (2008) *Social integration for people with mental health problems: Experiences, perspectives and practical changes* (akademisk avhandling). Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Griffiths, C A (2007) "Sense of coherence and mental health rehabilitation". *Clinical Rehabilitation*, 23, 1, 72-78.
- Knutsson, G & Pettersson, S (1992) *Psykiskt störda - välfärd och valfrihet*. Stockholm: Publica.
- Leufstadius, C (2008) *Spending my time* (akademisk avhandling). Lund: Lunds Universitet.
- Levin, C (2008) "Att undersöka 'det sociala' - några ingångar". I Meeuwisse, A; Swärd, H; Eliasson-Lappalainen, R & Jacobsson, K (red) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lindqvist, R & Nygren, L (2006) "Social teori och socialt arbete". I Meeuwisse, A; Sunesson, S & Swärd, H (red) *Socialt arbete en grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.
- Mallander O; Meeuwisse A & Sunesson S (1998) "Normalisering". I Denvall, V &

- Jacobson, T (red) *Vardagsbegrepp i socialt arbete*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Markström, U (2003) *Den svenska psykiatrireformen* (akademisk avhandling). Umeå: Boréa.
- May, T (1997) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, R (2008) *Foucault - en introduktion*. Malmö: Égalité.
- Rasmussen, J & Höijer, B (2005) *Mediebilderna av psykisk sjukdom och psykiatrin i samband med våldsbrott*. Hägersten: Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH).
- Repstad, P (2005) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Rüesch, P; Graf, J; Meyer, P. C; Rössler, W & Hell, D (2004) "Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders". *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 9, 686-694.
- Saxon, G & Bernström, I (1998) *En bärande relation*. Stockholm: Natur och kultur.
- Schön, U (2009) *Kvinnor och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*. (akademisk avhandling). Stockholm: Stockholms Universitet.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet
- Skärsäter, I; Rayens, M; Peden, A; Hall, L; Zhang, M; Ågren, H & Prochazka, H (2009) "Sense of Coherence and Recovery From Major Depression: A 4-Year Follow-up". *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 2, 119-127.
- Socialstyrelsen (2005) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder: Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004*. Rapport från Socialstyrelsen.
- Svensson, K (2007) "Normer, normalitet och normalisering". I Svensson, Kerstin (red) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, A (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Topor, A; Borg, M; Mezzina, R; Sells, D; Marin, I & Davidson, L (2006) "Others: The role of family, friends and professionals in the recovery process". *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 1, 17-37.

## BILAGA 1

### Intervjuguide

- Inledande information (samtalet spelas in, anonymiserat, banden förstörs, uppsatsen skickas ut när den är klar m.m.)
- Berätta om dig själv. Bakgrund, utbildning, ålder etc.
- Hur skulle du beskriva er verksamhet?
- Hur ser en vanlig dag ut i er verksamhet?
- Hur kommer det sig att ni jobbar så?
- Skulle ni kunna arbeta annorlunda? I så fall, hur då?
- Har ni något uppsökande arbete?
- Hur hamnar man hos er?
- Har ni några krav på era klienter? Varför?
- Hur har ni valt att benämna dem ni jobbar med? Varför?
- Skulle du kunna beskriva den typiska besökaren?
- Hur ser samarbetet ut med andra instanser/verksamheter?
- Arbetar ni med att stödja klienterna i kontakten med familj, vänner, etc.?
- På vilket sätt skulle du säga att er verksamhet hjälper personer att komma in i samhället?
- Hur ser du på begreppet integrering? Beskriv vad det betyder för dig.
- Vad skulle du säga påverkar att komma in i samhället?
- Hur bör man arbeta för att så ska ske?
- När hamnar man utanför samhället, när brister integreringen? Varför?
- Hur ser era klienters sociala nätverk ut?
- Är det viktigt tror du?
- Hur ser möjligheterna för arbete ut hos gruppen?
- Hur tror du att stigmatisering påverkar gruppen?



## BILAGA 2

### **Personligt brev till intervjupersonerna**

*Hej!*

*Mitt namn är Tomas Axell och jag studerar på Socionomutbildningen i Lund.*

*Jag skriver just nu en C-uppsats som handlar om integrering av psykiskt sjuka i samhället. Jag har därför valt att intervjua personer som arbetar inom områden relaterade till gruppen psykiskt sjuka.*

*Jag är därmed angelägen om att få intervjua dig om er verksamhet och din syn på integrering av psykiskt sjuka i samhället.*

*Intervjun beräknas ta ungefär 60 minuter och kommer spelas in på band. Bandet kommer att transkriberas till text och efteråt kommer banden att förstöras. Det transkriberade materialet och din medverkan kommer vara anonymiserat och du kommer ha fri tillgång att ta del av materialet.*

*Om du skulle känna dig obekvämt med materialet eller att delta har du även i efterhand möjlighet att dra dig ur och materialet kommer då inte att användas i uppsatsen.*

*Uppsatsen skrivs under handledning av Claes Levin som nås på:*

*Socialhögskolan*

*Lunds Universitet*

*Box 23, 221 00 Lund*

*Tfn: xxx*

*e-post: xxx*

*Tiden är knapp så jag skulle vara väldigt tacksam om du ville ställa upp eller har tips på personer att kontakta!*

*Tacksam för svar.*

*Mvh,*

*Tomas Axell*

*E-mail: xxx*

*Tfn: xxx*