

Om det sociala perspektivet och det sociala arbetet i psykiatrin

**Beata
Frankenhaeuser**

Vilken roll har socialarbetaren i arbetet med att hjälpa och stöda klienten i den medicinska kontext som den öppna och slutna psykiatriska vården innebär? Beata Frankenhaeuser skriver.

Mitt intresse för det sociala och för det socialas betydelse för människans välmående väcktes under mina år inom arbetet med utvecklingsstörda i Finland under åren 1974–1994 och senare under mitt arbete 1994–2006 inom handikapp- och mentalvården i Queensland, Australien. Min arbetsplats var en helt nygrundad tredje sektorns organisation vars uppgift var att, på uppdrag av ministeriet för handikappfrågor, ge psykosocialt stöd åt individer med långvarig psykisk sjukdom. Arbetets referensram var den sociala modellen gällande handikapp, social jämlikhet, mänskliga rättigheter och självbestämmande (empowerment). Målsättningen var minskad social isolering enligt klienternas egna önskemål, höjd livskvalitet och minskat behov av psykiatrisk sjukhusvård.

I mitten av 90-talet blev återhämtningsperspektivet aktuellt. I den offentliga diskussionen om psykiatrins och mentalvårdens tjänster hade man länge klagat över att systemet inte fungerar, då brukare av mentalvårdstjänster inte fick den hjälp de behövde. Genom att införa återhämtningsperspektivet i mentalvården ville man göra det möjligt för brukarnas röster att höras och att minska den hierarkiska toppstyrningen.

Jag blev nyfiken, hittade **Marius Rommes** bok *Hearing Voices*, och fortsatte att söka information om psykiska sjukdomar och om möjligheter till återhämtning. I början på 2000-talet hittade jag material också från Skandinavien, då främst av **Alain Topor**, en svensk psykolog som doktorerat i ämnet återhämtning från svåra psykiska sjukdomar.

När jag flyttade tillbaka till Finland år 2006 fick jag arbete som socialarbetare inom psykiatri på Jorvs sjukhus, först på sluten psykiatrisk avdelning, sedan på en öppen ungdoms-avdelning och efter det på olika öppenvårdspolikliniker. Det var både omstörtande och intressant att möta utmaningarna i psykiatri, nu i den medicinska kontexten. Arbetet i den enorma organisation som HUS (Helsingfors universitetssjukhus) är, på en sluten avdelning och sedan i öppenvården, fick mig att reflektera över psykiatrins arbetsformer, organisation, värderingar och framför allt över socialarbetarnas roll och uppgift.

Vad är det meningen att vi socialarbetare skall göra, vad är vår roll i den psykiatriska specialistsjukvården och i relation till psykiatrins uppgift? Sådana frågor ställde jag till mina nya kolleger. Ett osäkert och tvekande svar jag fick var att vi skulle ”avhjälpa hindren för vård”. Det svaret gjorde mig ännu mer förvirrad, eftersom jag inte kunde förlika mig med tanken att det sociala arbetet med klienterna inte har något egenvärde, att vi socialarbetare bara används som instrument för att ”det riktiga arbetet” lättare skulle kunna utföras av andra. Att jag inte är ensam om den här osäkerheten om det sociala arbetets roll i psykiatri har jag fått bekräftat i läsningen av verk av bland andra **Jerry Tew** och **Alain Topor**.

DET BIOMEDICINSKA PERSPEKTIVET

Den psykiatriska socialarbetaren arbetar i ett kliniskt sammanhang. Förmannen är läkare och kollegerna är medicinskt utbildade. Läkare och sjukskötare är de som oftast avgör om klienten behöver socialarbetarens insats. För en utbildad professionell yrkeskår är detta en unik och märklig situation. Patienterna eller klienterna accepteras för vård via en medicinsk diagnostisk procedur som baserar sig på fastställda kriterier som inte inbegriper personens erfarenheter och

möjliga trauman, sociala omständigheter eller socioekonomiska problem.

Efter att den psykiatriska specialsjukvården under 1980-talet genomgick en deinstitutionaliseringsreform, mot öppenvård och med en minskning av vårdplatser, skedde en resultatriktad organisationsreform. (Studieresor lär ha gjorts till Toyotafabriker i Japan). Verksamheten har omorganiserats till processer som fokuserar på diagnoser och evidensbaserad specialkunskap i syfte att öka effektiviteten. Patientens remiss skickas först till den psykiatriska poliklinikens akutklinik där en möjlig diagnos fastställs utan att man träffat patienten. Där bestäms det om patienten lotsas vidare till antingen affektpolikliniken eller psykospolikliniken eller om hen får beskedet att remissen skickas tillbaka eftersom hen inte uppfyller diagnoskriterierna. Det här biomedicinska synsättet ser idag ut att ha fått övertaget både professionellt och politiskt i planeringen av det psykiatriska vårdssystemet.

Mitt intryck är att den psykiatriska forskningen, som i hög grad är finansierad av läkemedelsindustrin, är så upptagen av att visa att mentala sjukdomar har enbart biologiska orsaker att de sociala och socioekonomiska aspekterna får allt mindre uppmärksamhet och plats. I den medicinska forskningen blir inte heller patientens erfarenheter och kunskap hörda, eftersom man fokuserar på medicinernas mätbara effekt på sjukdomens symptom via kvantitativa forskningsmetoder. Erfarenhetsbaserad kunskap, det vill säga patientens kunskap om vad som främjar återhämtning, anses inte vara tillförlitlig och vetenskaplig, det vill säga evidensbaserad, kunskap. Därför ställer man heller inte de självklara frågorna till patienten: Vad kunde hjälpa dig? Vad har hänt dig i livet? Hur skall vi göra för att bättre hjälpa dig? Hur kan vi stöda din återhämtning?

ÅTERHÄMTNING

Sedan **Emil Kraepelins** tid i början på 1900-talet har man i psykiatrin haft uppfattningen att svåra psykiska sjukdomar ofrånkomligen blir kroniska, med ett livslångt handikapp och beroende av expertvård som följd. Under de senaste decennierna har dock både personliga vittnesmål och forskning visat att återhämtning, från schizofreni och bipolar-sjukdom, är möjlig och vanlig. Återhämtning, till skillnad från rehabilitering, är en personlig process som drivs av individen själv, ofta med stöd av omgivningens resurser, så som mentalvårdspersonal, medicinering, vänner och familj. Återhämtning behöver inte betyda att man är fri från symptom eller medicinering. Återhämtning betyder att individen får en känsla av kontroll i sitt liv, att livet känns värt att leva och att det levs i ett socialt sammanhang, med eller utan symptom. Psykia-

tern **William Anthony**, en central förespråkare för återhämtningsperspektivet, skriver:

Återhämtning beskrivs som en djupt personlig, unik förändringsprocess av ens attityder, värden, känslor, mål eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen skapar. Återhämtningen kräver att man utvecklar en ny mening med livet och nya livsmål, samtidigt som man lämnar mentalsjukdomens katastrofala effekter bakom sig.

Alain Topor skiljer mellan ”rehabilitering” och ”återhämtning” genom att peka på att man med rehabilitering förstår professionella åtgärder och insatser som riktas mot individen och som skall leda till återställning av funktionsförmåga. Återhämtning, å andra sidan, är en process som drivs av brukarens eller patientens egen kunskap och erfarenhet och av de sätt hen lärt sig hantera olika situationer. Återhämtning är individens egen process och inget någon annan kan göra för individen. Däremot kan omgivningen stödja individens återhämtning genom stödjande insatser och förhållningssätt. **Marjo Romakkaniemi** och **Sanna Väyrynen** beskriver psykosocial återhämtning som ”en förändring i individens handlingsfrihet, vilket innebär både individens upplevelse av att stärka sin egen handlingsfrihet och möjligheterna att agera på olika sociala och samhälleliga arenor.”

Numera finns det en hel del forskning om vad som främjar och vad som hindrar återhämtning. Forskningen, som sedan slutet på 1900-talet pågått i olika länder, visar att en lyckad återhämtning inte är kopplad till speciella behandlingsmetoder, professioner eller organisationer. Den visar också att återhämtning inte har direkt samband med någon specifik vårdmodell. Det är en människas alla erfarenheter och relationer och omständigheter som bidrar till processen.

Forskningen om återhämtning kommer i stort sett till likadana resultat, men med olika prioriteringar. Ordnade materiella förhållanden minskar känslor av skam, förnedring och hjälplöshet och ger individen en möjlighet att få kontroll över sitt liv. Medmänniskors stöd, både mentalt och praktiskt, är viktigt, liksom insikten om att man har en sjukdom och inte är sin sjukdom. Rätt medicin i rätt dos är ofta viktig, men inte den viktigaste faktorn. Högst sätts vanligen betydelsen av mänskliga relationer och att vara en del av sociala sammanhang, samt tillit och kontinuitet i mänskliga relationer. Det gäller inte minst de professionella hjälparna, familj och vänner. Kamratstöd, som innebär en möjlighet att utbyta erfarenheter med andra i samma situation, spelar en ovär-

derlig roll. Till kamratstödet och goda mänskliga relationer kopplas också en annan mycket viktig faktor för återhämtning – hoppet. Utan hopp finns ingen bättre framtid att se fram emot. Hoppet ger kraft att sträva efter att överkomma barriärer och svårigheter. Psykiatern **Daniel Fisher**, som i sin ungdom fick diagnosen schizofreni och därmed gavs domen om ett livslångt lidande av de professionella, betonar i en intervju att hoppet är den viktigaste faktorn i återhämtningsprocessen. Han påpekar att det värsta som kan hända är att man säger åt dig att du aldrig blir frisk. Han kallar detta för falsk hopplöshet, och tillägger att den är livsfarlig eftersom den leder till passivitet, desperation och ofta självmord.

Brukare av mentalvårdstjänster ser professionella som goda hjälpare då relationen utmärks av tid och engagemang, socialt och emotionellt stöd utan ensidigt fokus på medicinering, och av en känsla av partnerskap och jämlikhet i relationen. En annan betydelsefull faktor som gäller de professionella relationerna är att klienten eller patienten behöver uppleva att bli sedd med ett genuint intresse, som en hel individ med både starka och svaga sidor, i stället för som enbart ett vårdobjekt. Många berättelser vittnar om att en professionalitet som utmärks av distans och klinisk objektivitet i vårdrelationen upplevs som ett hinder för återhämtning. Positiva upplevelser som ofta upplevs som en vändpunkt mot det bättre är när den professionella hjälparen på något sätt bryter det ”professionella regelverket” och visar att klienten eller patienten ses som en vän och samarbetspartner, att vårdrelationen är ett samarbete snarare än en toppstyrd relation, det vill säga en relation mellan en ”expert” och ett ”vårdobjekt”.

SOCIALA PERSPEKTIV OCH SOCIALT ARBETE I PSYKIATRIN

Om man snävt definierar mentala sjukdomar som en biologisk/kemisk obalans i hjärnan och begränsar psykiatrins och mentalvårdens uppgift till att avlägsna sjukdomens symptom, riskerar det i återhämtningsprocessen så viktiga sociala perspektivet att tappas bort. Min erfarenhet av att arbeta i akutteamet där remisserna behandlades blev milt sagt frustrerande. Kraven på en snabb diagnos som ställdes på basen av i remissen beskrivna sjukdomssymptom förde med sig att möjliga sociala faktorer som kunde vara både en orsak till eller följd av allvarliga psykiska problem inte beaktades. Socialarbetarens insatser och kunskap räknades inte heller som ”riktig vård”, trots att ordet ”vård” kan definieras både biologiskt, som de handlingar och insatser som är utformade för att bota en sjukdom eller minska dess symptom, och psykosocialt, med avseende på insatser för en förändring av

sociala och psykologiska faktorer. Socialarbetarens roll riskerar därför att ses som ”hjälpredans”, den som underlättar genomförandet av den ”riktiga vården”, genom att exempelvis ordna upp klientens ekonomiska problem eller reda ut olika möjligheter för yrkesmässig rehabilitering. Eftersom välfärdsbyråkratin är så splittrad, komplicerad och svårtillgänglig har psykiatrins socialarbetare fullt upp med att hjälpa klienterna att få tillgång till sådant de har laglig rätt till, såsom utkomststöd och pensioner. Detta stöd kan ofta bli en faktor som ger kraft till en begynnande återhämtningsprocess, men klienten har ändå ofta behov av hjälp med andra svåra problem i livet.

Jag hade till exempel två klienter som blev accepterade för vård i specialsjukvården på grund av svår depression. Båda hade svåra trauman från barndomen, med ackumulerande sociala och mentala problem som följde: fattigdom, alkoholism och våld i barndomshemmet, besvärlig skolgång och en besvärlig ungdom. Båda hade dyslexi. Den ena hade dessutom vad jag kommit att kalla ”FPA-relaterat trauma”: hen hade nått gränsen för vad hon kunde stå ut med av obegripliga brev och beslut, den fullständiga känslan av maktlöshet och förnedring som folkpensionsanstaltens procedurer hade medfört under många års försök att ensam förstå och klara av byråkratin och utkomsten. Den andra klienten har nu avslutat sin mångåriga terapi och fått medicin som hjälper. På grund av skamkänslor hade båda dolt sina sociala och ekonomiska problem och tillkortakommanden för såväl läkare, sjuksköterskor som terapeut. Jag vill tro att båda blev hjälpta av att inte bli behandlade som vårdobjekt utan som medmänniskor. Och av att inte behöva tampas med FPA ensamma. Båda lever nu liv med acceptabel livskvalitet. De har fortsatt stöd av andra socialarbetare och har fått ny kontakt med sina familjer. Socialarbetarens stöd och hjälp gavs på deras villkor och utanför polikliniken, de blev sedda som medmänniskor med styrkor och svagheter snarare än som en diagnos, och samarbetet upphörde först när de sociala och ekonomiska problemen var lösta och de var starka nog att gå vidare.

Medan psykiatrins medicinska modell fokuserar på diagnos och symptom är alltså det sociala perspektivet i mentalvården bredare. Det förnekar inte det lidande som en psykisk sjukdom för med sig eller att mediciner kan ge lindring och därmed möjligheter att orka med vardagen, men samtidigt ser det människan som mer än sin sjukdom. Det sociala arbetets värderingar innebär och kräver ett ständigt engagemang för social rättvisa, partnerskap med servicebrukaren, förmåga att se individer i sitt sociala sammanhang och hur detta sammanhang påverkar både problematiska beteenden och återhämtningen.

UTMANINGAR

Gould skriver om hur socialarbetarens insats i multiprofessionella team riskerar att uppfattas som något marginellt i den medicinska kontexten. Socialarbetaren antas vara en del av ett multiprofessionellt medicinskt team där medarbetarna är läkare, sjukskötare, psykologer och ergoterapeuter. Men begreppet multiprofessionellt arbete är vagt; jag har hört läkare hävda att de arbetar multiprofessionellt och med det avse endast samarbetet mellan läkare och sjukskötare, trots att både socialarbetare och psykologer finns i arbetsteamet. Men inte heller vi socialarbetare har alltid en klar bild av vår roll och plats. Många socialarbetare ger terapi, andra säger att de ”bara” gör socialarbete. Vad menar vi med ”bara socialarbete”? Menar vi att vi är ”bara fixare” som hjälper till med ansökningar, bostäder och FPA-problem? Eller tänker vi också på psykiatriskt socialt arbete i begrepp som autonomi, självbestämmande, social rättvisa och mänskliga rättigheter? Socialarbetare har en så vid och komplicerad utbildning och kompetens att det är svårt att definiera vår roll och uppgift för utomstående. Det är alltså inte helt okomplicerat att som socialarbetare arbeta inom ett medicinskt paradigm. Vems värderingar gäller? I ”Från reformintention till praxis” skriver **Nina Karlsson** och **Kristian Wahlbeck**:

de finska mentalvårdsreformerna sedan 1990-talet återspeglar ett ideologiskt och strukturellt nytänkande i form av satsning på social delaktighet [...] samt en vilja att decentralisera servicestrukturerna. [...] De flesta målsättningar har varit att [...] fokusera på utveckling av klientnära tjänster, samt främja brukarnas initiativ och förmåga att reda sig i samhället.

Och ändå hör jag talas om specialsjukvårdsdistrikt som inte anser sig behöva socialarbetare och om psykiatriska socialarbetarbefattningar som ändras till sjuksköterskebefattningar. Socialarbetarnas och sjuksköterskornas roller blir också alltmer diffusa och sammanblandade, trots att socialarbetarnas roll och uppgifter alltmer begränsas till att enbart hjälpa till med blanketter och ansökningar. Sjuksköterna, som har ”sina egna patienter”, tycks ofta ta hand om problem som tydligt hör till socialarbetarens bredare ansvarsområde.

Vad skall vi tycka om det här? Är inte slutresultatet för klienten viktigare än professionella gränser och rivalitet mellan professionerna? Här är jag kluven. Allt samarbete över gränser är bra. Men då skall villkoren vara likvärdiga och jämlika. Olika professioners insatser skall ses som lika viktiga. Den medicinska professionen skall inte ha makt att ensam definiera patientens eller klientens behov.

Den psykiatriska specialsjukvården har blivit en affärsrörelse vars resultat räknas enligt produktivitet, och därmed räknas kompetens och duglighet enligt resultat, det vill säga hur många klienter man ”behandlar” per arbetsdag, inte enligt om man lyckas hjälpa människor att återhämta sig eller inte. Också socialarbetaren tvingas försvara sin position enligt samma kriterier. Detta sätt att se på arbete med människor strider mot det sociala arbetets innersta väsen och principer.

Som ett problem för socialarbetet i psykiatri ser jag också risken att socialarbetaren genom att identifiera sig med arbetsmiljön tar över språkbruk och förhållningssätt från medicinen. Här avser jag till exempel vanan att kalla brukarna av socialarbetstjänster för patienter också i öppenvården, samt risken att socialarbetaren övertar det medicinska bruket att se individen främst som en diagnos. Jag är bekymrad över risken för att ”professionalitet” förstås som ett krav på att man kyligt och ”objektivt” ser klienten som ”den andra”, den som inte är som vi, som ”arbete” istället för som en medmänniska, ett förhållningssätt som är vanligt i ”expertisprofessioner” som medicinen och juridiken.

En annan problematisk aspekt av att vara socialarbetare i den medicinskspsykiatris-

ka kontexten är situationer där socialarbetaren på avdelningen blir vittne till oetiska övergrepp mot patienter. Alla övergrepp strider mot det sociala arbetets grundläggande värderingar. Socialarbetets yrkesetik definierar socialarbetarens roll som bevakare av de mänskliga rättigheterna. Socialarbetare har vittnat om hur dessa situationer är tunga då man upplever att det i den psykiatriska hegemonin känns lönlöst att ens försöka väcka en diskussion om ”vårdarbetets” etiska dimensioner.

SLUTORD

Trots att mentalvårdsarbetet i Finland utvecklats mot öppenvård i stället för sjukhusvård och vikten av att klientens sociala behov sätts i centrum betonas uttryckligen ser jag den medicinska modellens allt starkare ställning i psykiatri som ett hot mot det sociala perspektivet och mot återhämtning. Jag har i denna artikel velat visa att det sociala arbetet i sig, med dess grundläggande värderingar, metoder och ideologi, är centralt för en återhämtning från psykiska sjukdomar.

Artikeln är en bearbetad version av artikeln ”Terveyssoseaalityön käyttömittömit mahdollisuus psykiatrian ympäristössä” i boken *Terveys ja sosiaalityö* (PS-kustannus 2014).

Beata Frankenhaeuser har arbetat inom handikappområdet och psykiatri under hela sitt yrkesliv. Som pensionerad har hon fortsatt i samma spår, och fyller sina pensionärsdagar med frivilligarbete i Kyrkslättnejdens mentalhälsoförening Kisu rf.