

Boendestödjarnas erfarenhetskunskap

Boendestöd - beslut och praktik. Erfarenheter
från Lidingö stads socialpsykiatri

Alain Topor

Institutionen för Socialt Arbete

Stockholms Universitet

Lidingö Stad, maj 2014

Introduktion

Det finns idag krav på att utveckla evidensbaserad praktik. Detta gäller även för psykiatrin och för socialtjänstens arbete med människor med psykiska problem. De ledande aktörerna (SoS 2012, Sackett et al., 2000) som står bakom dessa krav är överens om att insatser måste bygga på tre kunskapskällor för att kunna kallas evidensbaserade:

- Forskning
- Personalens erfarenheter
- Brukarnas erfarenheter och preferenser

När det gäller socialtjänstens insatser har Socialstyrelsen presenterat en forskningsgenomgång i samband med sina Nationella Riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

När det gäller brukarnas erfarenheter och preferenser pågår en rad satsningar på att implementera metoder för att tillvarata dem. Socialstyrelsen har beslutat att satsa på implementeringen av ”Delat beslutsfattande” (”Shared decision making”) i Sverige. Brukarmedverkan utgör även ett av de övergripande målen för statens nuvarande ”PRIO”-satsning och Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram ett positionspapper där de betonar brukarinflytandets centrala roll.

Märkligt nog verkar de professionellas erfarenheter ha den svagaste ställningen i arbetet med att ta fram evidensbaserade insatser. Det görs inga strukturerade ansträngningar för att fånga deras erfarenheter, utan tvärtom ses de ofta som att de som motverkar till att nya effektiva metoder implementeras och kommer brukarna till del.

Följande rapport kan ses som ett försök att fånga dessa evidensbaserade insatsers tredje källa.

I denna rapport beskrivs det stödarbete som boendestödjare bedriver i Lidingö kommun. De arbetar både i stödboenden och med boendestöd. Studiens mål är att bidra till att formulera den erfarenhetsbaserade kunskapen som utvecklats av dessa boendestödjare.

Studien bygger på intervjuer med ett tiotal boendestödjare samt två fokusgrupper där några av de intervjuade deltog. Samtliga intervjuer har skrivits ned i sin helhet, anonymiserats och analyserats. Ur denna analys växte två centrala teman som togs upp i respektive fokusgrupp.

Tack

Ett tack till de anonymiserade boendestödjare som generöst delat med sig av sina erfarenheter, känslor och reflektioner och till de än mer anonymiserade brukarna som förekommer i berättelserna. Ett tack till Madeleine Jonsson och ledningen för Lidingö stads socialpsykiatri som stött detta arbete. Slutligen ett tack till Lidingö stad och CKVO (Centrum för Kompetensutveckling inom Vård och Omsorg) som finansierat denna studie. Jag hoppas att denna text kan återge den rikedom av erfarenheter som jag har fått ta del av.

Socialt arbete med personer med psykiska problem¹

Omhändertagande av människor med psykiska problem har en lång historia inom kommunernas verksamheter. Under 1800-talet och 1900-talets inledande år fanns de på fattighus och försörjningsanstalter samt kvar i sina hem med något stöd från kommunerna (Berge 2006, Sundgren 2011).

Trots att mentalsjukhusen byggdes ut i Sverige under en period från 1890 till 1960-talet i en omfattning som saknar motsvarighet i resten av världen (Sjöström 1992) förblev antalet vårdplatser otillräckligt och personer med allvarliga psykiska problem blev hänvisade till andra former av omhändertagande, bland annat i kommunernas regi.

Under senare hälften av 1960-talet påbörjades minskningen av antalet vårdplatser inom den slutna psykiatriska vården i Sverige. Psykiatriska öppenvårdsmottagningar utvecklades först på några få platser under 1970-talet och blev vanligt förekommande under 1980-talets andra hälft.

På många håll vände sig inte dessa mottagningar till de patienter som skrevs ut från den psykiatriska slutenvården, som ofta behövde stöd i att möta en vardag som de hade hindrats från att hantera på institutionerna. De behövde ofta stöd snabbt och utanför kontorstider.

Öppenvårdsmottagningarna erbjöd i första hand samtalsbehandlingar på bestämda tider en gång i veckan eller mer sällan vilket inte motsvarade de utskrivna personernas behov, utan lockade nya grupper till psykiatrin (Eliasson & Nygren 1981).

¹ I denna text kommer jag att använda begreppet ”psykiska problem”. Det bör ses som en markering mot det obefogade bruket av begreppet ”psykiska sjukdomar”, då som flera påpekat vi inte känner till om dessa problem skulle ha en biologisk bas. Jag kommer även att skriva om människor med allvarliga psykiska problem eller om brukare, men inte om patienter och klienter.

Dåtidens psykiatri blev kallad "svängdörrspsykiatri" med personer som sökte sig till den psykiatriska slutenvården, blev intagna under korta perioder för att skrivas ut och åter bli intagna efter en kort tid av isolering i sina hem.

Utanför mentalsjukhusen fanns mycket lite stöd att få för de som skrevs ut från dessa institutioner. De anhöriga som engagerade sig fick bära en tung börda. Inom kommunens socialtjänst kom en yrkesgrupp att spela en betydelsefull roll för de utskrivna personerna under 1970- och 80-talen; vårdbiträdena inom hemtjänsten. Om deras roll har vi få spår idag, men mycket tyder på att de utgjorde den enda professionella gruppen som kom att möta de utskrivna personerna i deras hem (Topor, 1988; Topor, 1990).

Under 1990-talet började en ny grupp inom socialtjänsten att specialisera sig på att arbeta med personer med psykiska problem i deras hem; s.k. boendestödjare. Träfflokaler startades. Arbetsverksamheter växte fram (SoU, 1991).

1995 genomfördes Psykiatireformen som innebar att kommunens ansvar för boende och sysselsättning för människor med psykiska problem "förtydligades". Sociala verksamheter som hade utvecklats inom psykiatrin, främst inne på mentalsjukhusen, men också på vårdhem och andra former av boenden överfördes med personal och "patienter" till kommunerna.

Statliga stimulansmedel ledde vid flera olika tidpunkter till att nya sociala verksamheter startade runtom i landet parallellt med att antalet psykiatriska slutenvårdsplatser fortsatte att minska. Idag spelar socialtjänsten en självklar roll för många människor med allvarliga psykiska problem.

Många

Hur många personer med allvarliga psykiska problem får stöd i sitt boende; både i sitt eget hem och i någon form av heldygnsvårdsinstitution?

I en inventering som gjorts av olika boenden för personer med psykiska funktionsnedsättningar uppger Socialstyrelsen (2003) att vid årsskiftet 2001/2002 fanns det sammanlagt "ca 850 kommunala boenden för ca 8000 personer" (s 23).

I samband med en ”vägledning” publicerad av Socialstyrelsen (2008) genomfördes en ny inventering. Resultatet skrevs enligt följande:

”Under 2008 besvarade Sveriges kommuner en enkät från Socialstyrelsen om deras insatser för målgruppen och antalet mottagare. Bortfallet var relativt litet och svaren redovisas i tabell 1 nedan:

Tabell 1. Mottagare av boende- och boendestödsinsatser år 2008.

Insats	Antal personer (avrundat)
Bostad med särskild service	6 200
Boendestöd i ordinärt boende	13 000
Hemtjänst i ordinärt boende	2 400
HVB, annan enskild verksamhet	2 000
Summa	23 600

Enkäten visade att knappt 24 000 personer ur målgruppen fick någon form av boende eller stöd i boendet.” (Socialstyrelsen, 2008, s 22). Fler personer med allvarliga psykiska problem tar emot kommunala heldygnsvårdsinsatser än från landstinget, där man räknar med cirka 3000 slutenvårdsplatser idag.

Det handlar alltså om ett omfattande socialt arbete vars innehåll vi knappt känner till och som ofta osynliggörs.

Kunskapsfrågan

Trots socialtjänstpersonalens unika erfarenheter har deras kunskap och kompetens blivit regelbundet ifrågasatta (Grönberg Eskel, 2012). Kritiken förespeglar att psykiatrin skulle besitta *en* kunskap om människor med psykiska problem och ha tillgång till de rätta metoderna för att hjälpa dessa människor i deras hem.

Kritiken bortser från det faktum att psykiatrins personal ofta saknar erfarenhet av att stödja människor med psykiska problem i deras hem. De som utpekats för att sakna den rätta kompetensen är just de som arbetar i brukarnas närmiljö och som har utvecklat en praktisk kunskap. (Andersson, 2009).

Upprepade utbildningsinsatser har genomförts för att bibringa denna personal psykiatrisk baskunskap utifrån bedömningen att:

Många i personalgruppen (kommunal och landstingskommunal) saknar grundläggande psykiatrisk och medicinsk kompetens.

Utbildning behövs i psykiatrisk sjukdomslära, psykofarmaka och de psykiatriska begreppen samt metoder för att främja patienternas inflytande över den egna vården. (Grönberg Eskel 2012 s 58)

Tittar man på den kunskap om psykosociala insatser som samlats in och sprids av Socialstyrelsen via de Nationella Riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, så kan man läsa under ”Åtgärd: Specifikt anpassat stöd i ordinärt boende till personer med schizofreni” att Socialstyrelsen rekommenderar att:

Socialtjänsten bör

- erbjuda personer med schizofreni specifikt anpassat stöd i ordinärt boende (prioritet 2).” Direkt efter det ställs frågan ” Vilken effekt har åtgärden?” och Socialstyrelsens slutsats är att:

Vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och behov av stöd i boendet

- är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att avgöra om stöd i ordinärt boende eller bostad med särskild service ger bättre resultat
- tycks stabilitet i boendet, oavsett boendelösning, minska inläggningar på sjukhus (evidensstyrka 3).

Trots en växande forskningsbaserad kunskap om boendestödets innehåll och innebörd för personer med allvarliga psykiska problem, så är Socialstyrelsens slutsats att vi saknar kunskap.

Att Socialstyrelsen väljer att bortse från den existerande forskningen om sociala insatser beror på att den anslutit sig till en medicinsk forskningstradition där experimentella metoder utgör kärnan i den kunskap som beaktas. Riktlinjearbetet tar ingen hänsyn till den omfattande diskussionen om vilken forskning som man bör ta hänsyn till när det gäller det sociala arbetet (Bergmark, Lundström & Bergmark, 2011).

I de Nationella Riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och liknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2011), finns inte heller någon ansats att integrera den forskningskunskap som finns med personalens och brukarnas erfarenheter.

Ytterst sällan har någon lyft fram att boendestödjarna med tiden borde ha utvecklat en självständig kunskap. En kunskap som de skulle kunna

överföra till psykiatrins personal. En kunskap som bygger på helt annorlunda förutsättningar än den traditionella psykiatrins kunskap. En kunskap som bygger på:

- Möten på personens planhalva
- Fokusering på individens konkreta vardag
- Frånvaron av kollegor under mötet med personen som får stöd
- Frivillighet i insatserna
- Vanligtvis långa och täta kontakter

En kunskap som handlar om att möta människor i deras sociala sammanhang.

Boendestödsarbetet med människor framstår ibland som ett professionellt fält utan professionella, där de som arbetar saknar kunskap och metoder i sitt arbete.

På följande sidor skall vi titta närmare på det.

Syftet med detta projekt har varit att försöka fånga boendestödjarnas praktik och reflektioner, deras kunskap som baseras på denna praktik och på så sätt bidra till att formulera en grund för evidensbaserade insatser inom boendestöd.

Rapporten bygger på individuella intervjuer med ett tiotal boendestödjare och en fokusgruppsträff för fem boendestödjare som deltagit i intervjuerna. De samlades kring ett tema: Biståndsbedömning och boendestöd.

Intervjuerna har spelats in, skrivits ut i sin helhet och anonymiserats, för att försvåra möjligheten att känna igen både personal och brukare. Totalt består empirin av cirka 200 sidor intervjuutskriften.

Samtliga deltagare i denna studie arbetade vid intervjutillfället inom den socialpsykiatriska verksamheten i Lidingö stad. Nio av dem var kvinnor; en var man. De intervjuade boendestödjarna arbetade på olika stödboenden och med boendestöd i brukarnas hem. Då flera år har gått sedan intervjuerna genomfördes kan både de människor och de omständigheter som beskrivs ha förändrats.

Är den kunskap och de erfarenheter som beskrivs i denna rapport generaliseringsbara? Det är en vanlig fråga som ställs i ett sådant sammanhang där kvalitativa data presenteras. Det är en märklig fråga, som om slutsatser som bygger på medelvärden skulle vara mer generaliseringsbara till andra än de som motsvarar medelvärden.

Medelvärdestänkandet är en av de stora riskerna med en primitiv syn på evidensbaserade insatser som enbart skulle bygga på kvantitativa studier (Topor & Denhov 2011).

Alltså är det som presenteras i denna text generaliseringsbart?

Självklart inte, då varje berättelse som studien bygger på utgår från möten mellan två eller flera unika personer, berättade av den ena av dem. Individer som möts i specifika handlingsramar som utvecklats på respektive arbetsplatser. Individer som håller sig till dessa ramar och går bortom dem. Det är erfarenhetskunskapens absolut individuella aspekt.

Absolut. Då bortom de enskilda fallen och det unika samspelet mellan outbytbara personer, finns erfarenheter och känslor som flera kan känna igen sig i och omvandla dem till sina. Flera, men inte alla.

Två berättelser

Det finns två sätt att berätta.

Den korta och den långa.

Den korta är abstrakt och lätt att omvandla till statistik. På det sättet är den slagkraftig. Den kan ge en nödvändig överblick över ett fält.

Den kan göras om till tabell och diagram. Till data i dokumentation och kvalitetsmätningar. Den öppnar för föreställningen att det skulle vara möjligt att erbjuda samma insatser för ett och samma problem. Det handlar bara om att implementera och sedan tillämpa den rätta metoden.

Den långa är konkret och motsägelsefull. Den bygger på människors erfarenheter och egenheter. Lika, men olika. Oersättningsbara i sitt möte. Här finns inget facit, men en hel del kunskap. Den blir inte så lätt att hantera för administratörer och planerare. Den kallas ibland för ”flummig” och anekdotisk. Risken finns att man rycks med och kan dra felaktiga slutsatser ur ett enskilt fall.

Det bör understrykas att ingen berättelse är bättre än den andra. De är olika. Olika och därmed bättre på olika saker. Och ibland bäst tillsammans i ett motsättningsfullt samspel som hindrar en från att göra siffror till verklighetsfrämmande fetischer och anekdoter till övergripande sanningar. Faran är därför att utpeka den ena berättelsen som överlägsen den andra. Det är tillammans som de kan bilda grunden för evidensbaserade insatser.

Låt oss ta ett exempel på två olika berättelser om samma ”sak”.

Den korta berättelsen först:

Yngve är en person med långvarig bakgrund inom den psykiatriska vården. Han har en schizofrenidiagnos. Han har ansökt om boendestöd och har bedömts behöva stöd en timme i veckan för att få hjälp med tvätt och hygien.

Den korta berättelsen kan göras än kortare:

Schizofren man med behov av stöd med tvätt och hygien. Beslut: En timme/veckan boendestöd.

Den långa berättelsen:

Den långa berättelsen handlar om hur ett beslut om boendestöd tas och om vad som händer sedan. Det som döljs bakom ”en timme i veckan”, bakom att en person, en boendestödjare, en dag ringer på en annan persons/brukares dörr och, förhoppningsvis, släpps in.

Följande utdrag ur en intervju med en boendestödjare är ett exempel på hur en lång berättelse kan vara. Hon inleder med en allmän reflektion över sitt arbete och jag ber henne att hjälpa mig förstå det med ett exempel:

Man gör allt egentligen. Jag måste tänka efter, det är så självklart när man jobbar men inte när man ska sätta ord på det... Det är väldigt mycket som stöd i olika situationer, som att ja, kanske stöd i vissa saker i lägenheten. Komma igång med städning, tvättning, ta tag i gamla räkningar och papper och ja allt vad det kan vara. Ringa telefonsamtal. Ta sig ut från lägenheten. Myndighetskontakter. Läkarkontakter. Sen hur mycket stöd varje person behöver är väldigt individuellt och olika i olika perioder också.

Biståndsbeslut och genomförandeplan

Det här är en man som är i 60-årsåldern. Han har schizofreni. I biståndsbeslutet står det att han klarar av att sköta sin lägenhet till stor del, men att han gör det på ett väldigt speciellt sätt, och att han behöver hjälp med tvätt, hygien och sådana bitar. Hans beslut är ganska luddigt tycker jag. Jag har försökt att bryta ner det i mindre bitar. Det måste bli lättare när det är konkret. Tillsammans med honom har jag skrivit en genomförandeplan. Det är jag som har gett olika förslag. Han har inte förmåga att formulera sig och säga: ”Det här behöver jag! Kan du hjälpa mig med det?”

Byta kläder och tvätta sig

Oftast funkar det men vissa grejer behöver han liksom lite mer pushning i. Just nu arbetar vi mycket med att byta kläder och att tvätta sig. Han har väl inte duschat på jag vet inte hur många år.

Från första början handlade det om att över huvudtaget prata om hygien. Jag försöker relatera till mig, jag tycker det är lättare att säga, så här gör jag, så här ofta tvättar jag mig och så ett frö. Och sen har jag lagt på lite

mer, lagt på lite mer från gång till gång när jag märker att han har börjat ta till sig det jag säger.

Så just nu är vi i en process, han har ett badkar och han vågar inte duscha i badkaret för det är ett mellanrum mellan badkaret och golvet, där det finns läskiga grejer. Och så har han ganska dålig balans. Han är rädd att ramla.

Det tar lång tid med honom och man kan inte pressa för mycket, för då blir det bara fel. Man får skynda långsamt. Vi hade en diskussion om det här med bostadsanpassning förra vintern, men då tyckte han det blev lite för mycket och då kände jag att det här inte känns bra. Men då sa jag att vi kan prata om det igen framöver. Tills dess har vi pratat om hur han kan tvätta sig så länge han inte vågar bada och så länge han inte har duschkörnan. Jag har visat hur han kan stå över handfatet...

Sen har vi gjort genomförandeplaner på att han ska byta kläder en gång i veckan. Att byta kläder är väldigt onyttigt för honom. Men där har vi också en dialog, jag har jobbat i drygt 1,5 år hos honom och det har tagit ganska lång tid innan vi har kunnat börja prata och ha en öppen dialog, men nu kan jag säga till honom, att: "Nu luktar du inte gott och dina kläder är väldigt smutsiga. Nu är det dags." "Men hur kan du veta att jag måste byta kläder nu?" "Jo för att du har fläckar på kläderna, de luktar inte gott." Det har varit ett par gånger som han har sagt: "Nej jag kan verkligen inte byta kläder just nu, det går inte, det bara går inte." Då märker jag hur han dels får ångest och jag vet inte om han hör röster utifrån eller om han har dem i huvudet, men då märker jag att det blir jobbigt för honom och då börjar han prata med andra förutom mig... Då säger jag till honom att ta det lugnt och inte stressa: "Försök att byta kläder i morgon i stället." Då lugnar han ner sig och han frågar mig om "Varför vill du att jag ska byta kläder nu?" Då får jag ta det igen: "Nu är de smutsiga och nu luktar du svett och jag vet att det var två veckor sen eller en vecka sen du bytte, för du hade samma kläder på dig sist." Ja, då får man dra allt igen. Och då märker jag att han funderar på det där ett tag, så någon gång har han gått med på det: "Ja, jag byter kläder nu då... Tycker du verkligen att jag ska det?" "Ja det tycker jag..."

Alltså det gör mig lycklig i själen; att han har börjat prata med mig på det sättet. Vi tvättar tillsammans nu. Från början när jag började tvätta med honom, då visste han knappt hur han skulle göra, nu kan han tvätta själv i tvättmaskinen. Tvättar sängkläder och så.

Samma yrke och olika personer

Då jag började gick jag dubbelt och träffade honom tillsammans med den boendestödare som träffade honom innan mig. Då fick jag en liten bild

av hur det funkade hos honom. Men boendestödjaren arbetade på ett helt annorlunda sätt än vad jag gjorde. Han sa åt mig att så här och så här ska du göra, det här och det här funkar inte. Så i början var jag väldigt försiktig och vågade inte, men sen märkte jag att det här funkar inte alls för mig och honom. Så började jag lägga upp arbetet mer efter hur vill jag jobba; vad har vi för personkemi tillsammans?

Till exempel så sa den andra boendestödjaren att man kan absolut inte säga åt honom vissa saker. Men då tänkte jag att han kanske inte förstår det jag säger utan jag kanske får förklara på ett enkelt och tydligt sätt vad jag menar. Jag kanske inte ska använda så avancerade ord och istället ta det väldigt konkret och prata i klarspråk. Istället för att säga ”Ja, var det länge sedan du bytte kläder och det kanske vore bra om du skulle göra det ibland...” kan jag säga: ”Att nu är det två veckor sedan du bytte kläder och du luktar inte gott, det är massa fläckar på dem...”

Det tar han. Han tar det mycket bättre än när jag försökte linda in det och vara fin i kanten. Det förstod inte han. Det blev bara jätteröntigt och då funderade han liksom över vad jag egentligen snackade goja om.

Om jag ska vara riktigt ärlig så tror jag att han hade en del fördomar om hur man är när man har en viss diagnos. Han är jätteduktig på många vis, han har jobbat väldigt länge. Jag var precis nyutbildad så jag kom in med en helt annan utgångspunkt, jag hade liksom ingen erfarenhet av hur en schizofren person är. Så för mig blev det mer: ”Jaja då får jag väl testa mig fram vad som funkar eller inte.”

Schizofreni och person

Det är en person som verkligen berör mig på ett väldigt positivt sätt. Hur man kan på något sätt komma varandra så nära, att man kan ha en sådan bra dialog. Jag träffar honom dessutom bara någon timme i veckan.

Han har levt på institution i så många år och blivit så skadad både av det och av sin schizofreni. Jag får se så mycket av den friska sidan av honom, det är en person med schizofreni men hela personen är inte schizofreni utan det är en person bakom. Han är väldigt intresserad av 1900-tals historia och kan väldigt mycket om det. Han är väldigt omtänksam och generös. Till exempel när jag kommer dit så ger han mig alltid en galge att hänga upp jackan på och så kan han fråga: ”Har du läst tidningen? Vill du ha en tidning att läsa?” För ett par veckor sedan, så hade hans brandvarnars batterier tagit slut och då klättrade jag upp på en pall för att kolla om det gick att byta batterierna. Då lägger han handen bakom mig så jag inte ska ramla baklänges och det var verkligen så där speciellt, för att det är knappt att man får skaka hand med honom annars. Och det var verkligen så att han kunde se att jag stod där på en pall och

var rädd att jag skulle ramla. Ja det är smågrejer som ändå, ja...

Att mötas

Han samlar gärna på sig, exempelvis små förpackningar som ska torkas ut. Numera kan jag säga: ”Om du går och byter kläder nu, så tar jag köksbordet.” Det låter han mig göra och det gjorde han inte från början. Jag fick absolut inte röra några av hans saker, men nu kan jag säga att ”Nu kommer jag att plocka bort dina grejer här på bordet och jag kommer att torka. Sedan försöker jag ställa tillbaka dem som de stod, men du får kolla efteråt, så att du får grejerna på den plats du vill ha dem”, och det är inga problem.

Sedan hände en sak som kom att betyda ganska mycket. Han sparade förpackningar på golvet och så hade han något i en förpackning som såg ut som bruna bönor. ”Men vad är det där för någonting? Det luktar konstigt. Nämen det är uppkastningar”, så kom han och lyfte upp det i mitt ansikte och då sa jag bara: ”Nu tar du bort det där ifrån mig *genast!* Man kan inte spara kräk.” ”Nej men det måste torka, annars går det inte att kasta”, svarade han. ”Nej, under inga omständigheter. Nu sätter du på ett lock på det där och sen går vi ut och kastar det *genast*, annars kan jag inte vara kvar här, för då blir jag sjuk...” Och då gjorde vi det.

Och sen kände jag, att ”Oj nu blev jag väldigt upprörd och hård mot honom”, så efteråt förklarade jag varför jag hade reagerat som jag gjorde och att kräk kan innehålla en massa bakterier och jag ville inte bli sjuk, och att det inte var bra för honom eller att ha det hemma hos sig. Han blev väldigt orolig, för han tänker mycket på miljön. För honom var problemet att om han spolade ner det i toaletten eller i vasken då kanske det blev stopp i avloppet. Därför måste han torka det innan han kunde slänga det, för att det ska kunna brännas på soptippen. Jag förklarade att när man kräks så kan man kräkas i toaletten, det är ingen fara med det. För honom var det en rädsla och han försökte göra gott. Det var nog egentligen där det verkligen hände någonting... Jag hade träffat honom i ett halvt år då.

Alltså jag undrade hur han tog det, undrar hur han uppfattade att jag blev så himla bestämd? Men jag tror att det var väldigt bra. Jag tror att ibland ska man vara så professionell, man ska göra allt som är rätt... men ibland tror jag att det kan vara mer professionellt att bara visa att man är människa, att det viktigaste av allt är att vi är ju alla människor. Sen att vissa personer behöver mycket mer stöd och hjälp i vissa saker men i grund och botten är vi människor. Vi är ju inte en schizofren, vi är ju inte en boendestödjare. Så jag tror att ibland kan det vara bra att... ibland blir man ju irriterad på varandra. Oavsett om det är ens barn eller mamma

eller ens kompis... Och varför ska man inte kunna få visa det?

Om jag säger något dumt som boendestödjure, då ska en klient kunna säga till mig: "Hörru du, varför sa du så där? Jag blev ledsen av det." Och jag som boendestödjure ska kunna säga till en klient: "När du sa så där till mig, det kändes konstigt och menar du det egentligen?" För att det är så man klarar sig i livet. Vi är ju där för att, för att de ska kunna leva så som samhället liksom kräver att man ska leva. Eller hur man nu ska förklara det.

Senaste tiden har det varit en del oro och ångest med mediciner så han har kräkts ganska mycket, men nu kan vi spola ner det i toaletten och skölja ut det, så han har verkligen funderat över det vi pratade om, annars skulle han inte ha ändrat sig.

Ut och åka

Sen försöker jag att inte varje gång ska bestå av en massa krav utan att vi ibland bara är. Ett par gånger har han ätit frukost när jag kommit, då har han precis slutat äta. Från början ville han att jag skulle sitta i vardagsrummet då men nu kan jag sitta mitt emot honom när han äter, då sitter jag och läser en tidning, utbyter något ord sådär. Han kan berätta om ett TV-program han har sett, vi kan diskutera om det. Så det blir lite trevligt också och inte bara en massa krav. För att jag tror att han behöver det. Annars blir det som att man kommer in där och är någon med pekpinnar: "Nu ska du göra så och nu ska du göra så." Jag tror man behöver ha lite trevligt också, att finna en gemenskap. För att balansera lite.

Han är ute mycket. Han går och handlar själv. Han har matleverans men frukost gör han själv. Han är i centrum och kollar. Jag träffade honom på bussen och då hälsade han på mig och var jättenöjd över att han köpt en ny väska på rea. Nu vill han att vi ska åka ut på bilutflykt och bara åka omkring på Lidingö. Vi har pratat lite om det. Så vi får väl se. Det krävs planering och ett datum långt fram för att han ska hinna mogna i tanken.

Om han ska orka och städa etc. så behövs det lite belöning och lite lugn och lite positivt, bara lay-back. Det stärker ens relation. Då kanske man kan småprata om andra saker. Jag tror att det behövs att ibland ta en paus från normala arbetet som man gör tillsammans. Det är ungefär så jag skulle försvara det, om någon kritiserade mig för att inte vara professionell när vi sitter och pratar eller om vi kommer ut och åker runt på Lidingö.

Den långa berättelsen innehåller ett antal ledtrådar till och exempel på den erfarenhetskunskap som utvecklats bland boendestödjure. Vi kan alltså börja

formulera de professionellas erfarenhetskunskap, som ett bidrag till en evidensbaserad praktik.

Några punkter kan skissas fram, som vi kommer att återkomma till med andra boendestödjares berättelser om sina erfarenheter och tankar.

Vi har fått en skymt av de vardagliga och speciella situationer som utgör vardagen för brukarna och boendestödjarna.

En grundläggande utgångspunkt som strukturerar mötet är att *vi* är alla människor. Vi i den meningen att bakom brukarens diagnos och boendestödjarens yrkesroll finns även individer.

Det kan ses som en ”naiv” utgångspunkt för ett professionellt arbete med människor med allvarliga psykiska problem (”sjukdomar”). Naiv i förhållande till hela den formella kunskapen som samlats in av den medicinska psykiatrin. Men det verkar vara en naivitet som öppnar dörrar.

Naiv i förhållande till den etablerade kunskapen som beskriver allvarliga psykiska problem som ”kroniska”. Som ”sjukdomar”, som endast kan lindras med hjälp av specifika metoder och tekniker, men främst av läkemedel. En etablerad kunskap som beskriver personer med allvarliga psykiska problem som annorlunda än andra. Personer för vilka de vanliga sätten att vara människor emellan inte är till hjälp. Socialstyrelsen beskriver att dessa personer ”tenderar att försjunkna i sig själva, leva i sin egen värld och te sig inaktiva med nedsatt drivkraft och förändrad känslolov...” (Socialstyrelsen 2010, s 107). Naiviteten är att tro att de skulle vara som oss.

Vi kanske kan byta det ofta negativt laddade begreppet ”naiv” mot en ”kontextuell” professionalitet; det vill säga en professionalitet som problematiserar föreställningen om att det skulle finnas en fast kunskap om hur olika människor och kategorier människor är, oberoende deras livshistoria och deras sociala sammanhang och det sammanhang där man möts för att skaffa sig kunskap. Schizofrena är... Svenskarna är... Män är...

Istället prioriteras en kunskap om den konkreta personen i sin livshistoria, i sitt sociala sammanhang. Det kan vara en professionalitet som öppnar för en dialog, eftersom utgångspunkten är att man inte vet. Man kan inte sluta sig till vem den andre är utifrån de kategorier som applicerats på den konkreta individen (”svensk man, schizofren...”).

Dialogens funktion är att ta reda på det man vill veta, men i och med dialogen, så presenterar man även sig själv. Dialogen är ett *samtal* i ord och handlingar; förhandlingar om de problem som ligger bakom biståndsbedömningen och hur de ska kunna hanteras. Men problemfokuseringen är bara en sida av dialogen. Här finns även en tanke om att livet inte bara kan bestå av att klara av problem, utan även av lustar och nöjen.

Förhandlingarna utspelas över en lång tid och parterna lär känna varandra. Tycka om varandra. Den emotionella laddningen i relationen är tydlig. Förändringar växer fram över tiden.

Många aspekter att relationens utveckling och personernas förändringar beskrivs i termer av ”smågrejer”, och just därför riskerar vi att bortse från deras berättelser. Ibland kan vissa händelser få en speciell betydelse för relationen och utvecklingen.

Som i all dialog och förhandling blir den utveckling som inträffar inte ensidig. Det är inte bara brukaren som erövrar färdigheter, utan även boendestödjaren som vidgar sin professionella repertoar.

Dialog, förhandlingar, naivitet kan inte göras om till metod, till ett schema. Men de utgör utgångspunkter för ett professionellt boendestöd.

Mångfald och motsättningar

En brokig bakgrund

Boendestödjarna har en svag professionell ställning. De saknar en gemensam utbildning som skulle kunna ge dem en viss legitimitet i mötet med andra professioner inom vård- och stödfältet, men även i förhållande till anhöriga, i sina egna organisationer och i deras möte med de personer de möter i sitt arbete. Gruppen är dock inte utbildad. Många har olika formella utbildningar och har av sina arbetsgivare fått fokuserade utbildningar i exempelvis ”Ett självständigt liv”, ”PROFS”, ”Psyk E-bas, webbaserad utbildning och handledning”, ”Att förstå-analysa, planera och genomföra stöd”, ”Motiverande Intervjuer” och ”Supported Employment”. Alla arbetar under handledning. Några har på egen hand sökt sig till andra utbildningar, exempelvis som psykoterapeuter.

Det som verkar känneteckna gruppens bakgrund är dess mångfald. Många har en tidigare yrkeserfarenhet inom äldreomsorgen och psykiatrin, främst som mentalskötare, men valde att lämna den psykiatriska vården. Andra har yrkeserfarenheter inom näringslivet och konstnärlig verksamhet.

På 80-talet, när jag började min bana, då jobbade jag både på vanlig geriatrik avdelning och på en intagningsavdelning inom psykiatrin. Jag har även arbetat i Stockholms stadsmission med hemlösa kvinnor.
(Anna)

Omsorgen är också en rekryteringsväg till arbetet som boendestödjare.

Jag jobbade inom omsorgen innan. Några bekanta som jobbade som boendestödjare tyckte jag skulle söka. Nu har jag arbetat här i tio år; det är kul. (Jesper)

Andra kan ha arbetat på olika sociala verksamheter. Några är konstnärer andra har varit egna företagare.

Jag började jobba inom äldreomsorgen. Jag jobbade också inom butiksbranschen. Sen skolade jag om mig och började jobba som socialsekreterare. (Sigrid)

Denna mångsidiga bakgrund vad gäller utbildning och yrkeserfarenhet kan ses som en svaghet, men även som en tillgång. Mångfalden gör det svårare att kunna hänvisa till en gemensam teoretisk utgångspunkt eller referensram. På så sätt blir gruppen mindre likriktad och mindre sårbar för olika modeväxlingar på den psykosociala kompetensmarknaden. Gruppens mångfald kan matcha mångfalden bland de som tar emot boendestödsinsatser. Frånvaron av en enhetlig professionell grund öppnar för en större flexibilitet och förutsättningslöshet i relationen till brukarnas behov.

Hantera mångfalden

Olikhet i bakgrunden, mångfalden i arbetsuppgifter och i uppfattning om hur de skall utföras samt de olika personernas skiftande identitet beroende på situation och de relationer som de befinner sig i är basen för boendestödsarbetet. En svår bas, som hanteras på olika sätt.

Ett försök att hantera mångfalden är att sträva efter enhetlighet. Alla ska göra lika utifrån en gemensam bedömning av brukarens ”verkliga” behov och helst i enlighet med en mall; ett schema.

Ett annat försök att hantera mångfalden är att tycka att i stort alla sätt att försöka hjälpa en annan person kan vara lika bra, bara de strävar efter att hjälpa brukaren och bygger på en någorlunda genomtänkt förklaringsmodell.

Som en återspeglning av mångfalden i boendestödjarnas bakgrund, återfinns alla möjliga hanteringsförsök representerade i gruppen, men också olika inriktningars försök att skaffa sig makten att bestämma vad som är rätt (det egna sättet) och fel (de andras sätt).

I arbetsgruppen har vi lite olika sätt att jobba på. Vissa jobbar mera strukturerat, det ska vara väldigt likadant. De som är strukturerade är väldigt kritiska mot de som är mindre strukturerade. Tycker att de har helt fel. Att det inte ökar klienternas självständighet. Att det är att göra en björntjänst. T.ex. att man åker iväg på teater med en brukare. Det är absolut inte bra, tycker de. Men jag har svårt att tänka på det sättet när jag jobbar. Det är klart att jag har struktur men jag tänker mer på att jag

är hos personen nu. Det är det som har någon betydelse. Det kanske är 50/50 mellan de strukturerade och ostrukturerade.

Ibland så händer det att man kritiserar varandras sätt att arbeta. Men om man själv trivs med ett sätt att arbeta tycker jag man ska arbeta på det sättet. Om det inte skadar brukarna. Om man tror på det. Man måste ju jobba som man själv tror. Gruppen blir mycket rikare om folk jobbar på olika sätt. Det blir dynamik. (Linn)

Linns resonemang kan knytas till Lorens Moschers och Lorenzo Burtis förslag om en samhällsbaserad psykiatri (1988). I sin bok skriver de om fördelarna med att erbjuda människor med allvarliga psykiska problem ett smörgåsbord av insatser. Olika personer kommer att välja olika insatser, och samma person kommer också att välja olika insatser vid olika tidpunkter.

De ”strukturerade” är närmare tankarna med att det finns arbetssätt som är bättre än andra och att alla bör använda sig av dessa metoder. Socialstyrelsen satsar krafter på att implementera de metoder som en viss forskning visat vara de mest effektiva. Dock saknas sådana metoder när det gäller boendestöd.

Biståndsbeslut - en inneboende motsättning

Olikheterna mellan boendestödjarna finns också i ett sammanhang där deras insatser formellt bestäms på en annan nivå. Mötet mellan brukaren och boendestödjaren föregås av ett möte mellan brukaren och en biståndsbedömare. Där är det tänkt att brukaren skall formulera sina behov och biståndsbedömaren bedöma om dessa behov faller under socialpsykiatriens kompetens, vilka behov som skall åtgärdas och hur mycket tid som ska utgå till det.

Biståndsbedömarna verkar kunna delas in i två grupper. Vilken grupp de tillhör beror dels på vilken organisation de arbetar inom och dels på deras egen läggning. Den ena gruppen gör sina bedömningar på sitt kontor. Den person som ansöker om bistånd kommer dit och hans/hennes behov bedöms där. Den andra gruppen går hem till personen och bedömer biståndsbehovet på plats. En kombination av båda tillvägagångssätt kan förekomma.

Beslutet sänds sedan till boendestödsenheten som fördelar ärendena mellan de olika boendestödjarna.

... där står det lite bakgrund. Den här personen har varit med om det här och det här. Senaste inläggningar. Vilka kontakter. Om personen har sysselsättning. Social bakgrund. Vilken diagnos. Och så uppdraget.

Biståndsbesluten kan innehålla jättestora, omfattande beslut. Där kan det stå: ”Har dålig ekonomi, behöver hjälp med att ordna upp ekonomin, och att betala räkningar.” ”Äter inte.” ”Behöver hjälp med att strukturera upp vardagen.” Det kan även stå: ”Jobbiga tankar. Boendestödjaren ska hjälpa till att avleda, hitta på något annat så att personen slipper de här tankarna.” Det kan vara väldigt flummigt ibland... (Sigrid)

I den administrativa världen utför boendestödjarna de beställningar som har lagts på dem inom den angivna tiden. De hjälper till med städning, med matinköp, med att hjälpa brukarna till olika träfflokaler och aktivitetscentra där de kan bryta sin isolering.

I den administrativa världen passar behov – bedömningar – insatser med varandra. I den praktiska världen är det ofta mer komplicerat. Men de flesta låtsas att terrängen anpassar sig efter kartan. Det är kanske oftast enklast för alla inblandade (Ingemarson, Bergmark & Lundström, 2006).

Hur ser boendestödsarbetet ut i vardagsverkligheten?

Boendestödjarnas instrument i den första kontakten med brukarna är genomförandeplanen. Att översätta biståndsbeslutet till vardagsverklighet tillsammans med den person det gäller.

Denna översättning är långt ifrån enkel av olika skäl och kräver en stor kompetens.

När jag får kontakt med personen och vi träffas då gör vi en genomförandeplan där vi undersöker: Vad är det du behöver hjälp med? Vad kan vi bistå dig med? Vad skulle du och jag kunna göra för att förbättra din dag eller vecka eller ditt liv? Det är väl där vi kan uppleva att biståndsbedömaren inte alltid har grepp om hur det ser ut i verkligheten. Många gånger när man sitter tillsammans med klienten och biståndsbedömaren så kan hon fråga: ”Du behöver väl ha hjälp med städningen?” ”Ja”, säger klienten. Ibland är de så rädda att förlora

boendestödet att de säger ja till allt bara för att vi ska komma. Men sen när vi är hemma hos dom och vi börjar prata, så visar det sig att det är många andra saker de behöver hjälp med.

Sitter man på ett kontor så kan man ha svårt att förstå hur vardagen ser ut hemma hos en människa, det är ju självklart. Jag förstår att de inte har tid, det är en massa människor som ska gås igenom, men ibland behöver dom komma ut i verkligheten och se hur det är. Och gör de det, då ser dom hur den här personen bor, dom ser hur det fungerar och det blir ett annat samtal när man är hemma hos någon jämfört med om man t.ex. är på en avdelning på Danderyds sjukhus och dom ska skrivas ut. Det är inte riktigt samma sak. Det vet ju alla, så det är inget konstigt med det.
(Anna)

Återigen ser vi hur ett kontextuellt tänkande fungerar och vilka problem det avslöjar. Boendestödjarna kan ta sin utgångspunkt i biståndsbedömningen, men, tillsammans med brukaren, gå vidare från det. Praktiken möter byråkratisering i en motsättning som inte främst beror på de inblandade människorna, utan på sammanhanget kring deras möten. Det finns en lång tradition av en fri praktik bland boendestödjarna. De rapporterar långt ifrån alltid de avvikelser de gör i förhållande till biståndsbedömningen.

En kontextuell professionalitet öppnar för den professionelles kunskaper om de problem som de människor han/hon arbetar med har, men den öppnar även för en spontanitet i relationen. Den är motsatsen till ett ”bemötande” och en schemalagd interaktion, om en sådan skulle över huvudtaget vara möjlig.

Blau (2008) skriver om betydelsen av det spontana i sociala relationer och att: ”coercing [others] to express their admiration or praise would make these expressions worthless.” (s 17). Han citerar även Goffmans bok (1961) om totala institutioner: ”Action can be coerced, but a coerced show of feeling is only show.” (s 115) Den spontana socialitetens kraft är att den bekräftar och stärker individen som individ och inte som en abstract varelse som reducerats till i detta fall en diagnos, ett bedömt behov.

Idag finns tilltagande ansträngningar från byråkratin att skaffa sig kontroll över praktiken. Bakom dessa ansträngningar finns tankar som allas rätt till samma insatser för samma problem, och att olika bemötanden blir orättvisa. Där finns även synsättet på socialt arbete och sociala insatser som en vara,

som skall kunna beställas och levereras efter standardiserade mått. Köper man ett kilo socker så ska man få ett kilo socker. Köper man en timmes boendestöd inkluderande personlig hygien, så ska alla som köper/får den timmen få samma sak. Då blir rikriktningen en fråga om rättvisa. Och transparens.

När vi får en ny klient, så ska vi göra en genomförandeplan. Biståndsbedömaren har kanske skrivit att "Bertil har en benägenhet att isolera sig. Han kommer aldrig till skott och duscha". Då sätter vi upp i genomförandeplanen att vi stöttar Bertil med att påminna honom att duscha. Det är väldigt konkret. Det är meningen att vi ska arbeta genom genomförandeplanen och det är viktigt att man gör en genomförandeplan inom tre veckor när man har en ny klient. Sedan har vi börjat arbeta i ett program som heter "Vård och omsorg" och det är meningen att en gång i månaden så ska det vi gör uppdateras där. Då kan även biståndsbedömarna läsa det vi har skrivit. (Sanna)

Genomförandeplanen skall ligga i linje med biståndsbeslutet. Om Bertil ska duscha, så bör genomförandeplanen gå ut på att han ska duscha. Sanna säger att det är väldigt konkret, men ändå så förblir det långt ifrån den konkreta vardagen som vi såg skymta i den inledande "långa" berättelsen. Här finns även de reglerande tidsgränserna. Tre veckor för att få in genomförandeplanen i dataprogrammet, uppdateringar varje månad. Datasystemets tid är inte alltid praktikens:

Sen har vi gjort genomförandeplaner på att han ska byta kläder en gång i veckan. Att byta kläder är väldigt onyttigt enligt honom. Men där har vi också en dialog, jag har jobbat i drygt 1,5 år hos honom och det har tagit ganska lång tid innan vi har kunnat börja prata och ha en öppen dialog, men nu kan jag säga till honom, att: "Nu luktar du inte gott och dina kläder är väldigt smutsiga. Nu är det dags."

Hur lång tid kan det ta för att bygga en relation där man kan ta upp den andras personliga hygien utan att kränka vederbörande. Att inte angripa hans/hennes värdighet?

Kunskapens kontextberoende

Ett genomgående tema i boendestödjarnas erfarenheter är kunskapens beroende av det sammanhang där den uppstår. Att kunskapen om en annan person uppstår i mötet mellan konkreta personer med sina historier. Att kunskapen, och de personer som bildar sig en uppfattning om varandra, även är beroende av platsen där de möts och tiden då de möts.

Boendestödjarnas kunskap blir problematisk då de arbetar i en organisation där åtgärderna skall bygga på andra personers bedömningar av brukarnas behov. Inom den organisationen förväntar ledningen sig att ett biståndsbeslut som att se till ett ”Bertil bör duscha” ska leda till att olika boendestödjare ska möta Bertil på liknande sätt och få honom att duscha. Ibland toppas bedömningarna och förväntningarna av föreställningen om att det borde finnas evidensbaserade metoder att få personer med diagnosen schizofreni att duscha, bryta sin isolering eller börja laga mat.

Kunskapens kontextberoende illustrerades i biståndsbedömarnas bedömningar. Den återkommer i berättelser med hänsyn till:

- Boendestödjarnas olika personligheter. Det den ena kan göra kan/vill inte den andre göra.
- Platsens olika betydelse för ens handlingsutrymme. Det man kan göra på en plats, gör man inte på en annan.

I båda dessa aspekter möter vi boendestödsarbetets specifika villkor. Ofta möter de en person under långa tider i huvudsak i personens hem eller på offentliga platser. Specifika metoder som eventuellt kan tillämpas under korta möten på den professionellas hemmaplan är svåra att föreställa sig inom boendestöd.

Boendestödjarna som personer

Att olika personer som arbetar inom vård och omsorg är olika är en självklarhet. Det kan ses som en tillgång, men betraktas ofta som ett problem. Ett problem blir det främst om man utgår från att god vård och omsorg är att alla brukare skall få samma tjänst; att vård och omsorg bör betraktas som varor, eller är varor. I boendestödjarnas berättelser

återkommer skildringar av olika personligheter bland kollegerna och av ”personkemins” betydelse för det arbete man utför.

Genom åren har jag lärt mig att vi ser så olika på människor utifrån vilka vi är och att det som den ena uppfattar som problem kanske inte jag alls tycker är ett problem. Det kanske jag löser på ett helt annat sätt.

Till exempel förklarade en kollega för mig att en man som jag arbetade med var väldigt svårpratad och att det var väldigt tungt att arbeta med honom. Men det jag kan se och lärt mig nu när jag jobbat nästan ett år med honom är att han är en högutbildad person och att han är mycket intresserad av naturen. Och om detta är det inga problem att få honom att prata. Jag upplever det inte som jobbigt att han kan vara tyst och inte pratar hela tiden, utan det är ganska okej faktiskt. Jag har en helt annan upplevelse än den person som träffade honom tidigare. (Anna)

Olika personer finner olika ingångar till varandra. Att få en person som lever isolerat att träffa andra, eller en person som inte sköter sin hygien att tvätta sig är oftast ingen enkel instrumentell fråga. Oftast beror inte en bristande personlig hygien på att det inte finns vatten. Social isolering beror kanske inte på att personen inte hittar ytterdörren i sin lägenhet. Folk har vanligtvis dusch hemma. Och de vet hur en dusch fungerar. Det handlar om något annat. Då är det inte frågan om att enbart lägga fram en plan för hur en person ska duscha, eller gå ut och träffa andra. En plan som skulle kunna följas av alla anställda oberoende kön, ålder och personlighet. Det handlar om att finna eller skapa en väg.

Platsens betydelse

Platsen för mötet mellan behandlaren och personen som ska få hjälp omnämns sällan i den moderna psykiatrin. Det verkar som om dessa möten sker i ett vakuum. Eller att den fysiska omramningen för deras möte inte skulle spela någon roll. Att det är ett abstrakt möte mellan förnuft och vansinne; mellan en expert och en ”sjuk” person med en ”funktionsnedsättning”. Den professionelles blick utforskar patienten/klientens brister och behov, ser bortom dess masker, avslöjar dess sanning.

Boendestödjarnas arbete gör att de möter samma personer i olika sammanhang. I dessa olika sammanhang föds en insikt om ”sanningens” beroende av den kontext där den växer fram.

Våra klienter har aldrig råd att åka någonstans, så de behöver verkligen komma bort till en annan miljö, så varje år hyr vi en stuga på en ö i en vecka ungefär. Sen åker personal och klienter dit. Jag har varit med i tre år. Det är väldigt intressant. Man lär känna varandra på ett annat sätt. Man kommer varandra mycket närmare. Just det här när man går upp på morgonen, äter lunch tillsammans. Gör utflykter tillsammans på dagarna. På kvällarna sitter man och spelar kort eller snackar. Många blir mycket mer öppna. De blir mycket gladare, positivare. Det första en klient gjorde när han kom dit var att lägga sig i gräset vid vattnet och titta rakt upp i himlen... Man blir lite mer som kompisar. Man lagar mat tillsammans. Det känns ganska avslappnat. Några av mina klienter har varit med. Det blev en helt annan atmosfär mellan oss efteråt. (Rigmor)

Platsens betydelse för hur man är och för den man är gäller inte enbart brukarna, utan även personalen. Socialpsykologiskt innebär det att hur man är inverkar på andras gensvar på en och därmed på hur man uppfattar sig själv; på ens identitet. Det verkar som om vissa platser (ön) suddar ut något av gränserna mellan att vara patient/klient och avvikande och personal inom normens gränser, medan andra platser befäster dessa gränser.

Då var det ju mycket det här med personal och patienter. Jag minns en morgon när jag kom in på intagningsavdelningen, så hade vi ett pentry i korridoren där patienterna kunde koka sitt kaffe. Och vi hade en stor kanna färdigbryggt kaffe, och vi var väl tre eller fyra personal. Så kommer det en patient och säger: Kan jag få en halv mugg kaffe? Och då säger vi: ”Nej, det här är personalens kaffe.” Och vi höll alla med. Och jag undrar fortfarande, nästan 30 år senare, Hur kunde vi säga så? Hur kunde vi göra så? Det skulle jag aldrig göra idag. Det kommer kanske en patient som har kommit in på natten, och frukosten är kanske om en timme. Han ber om en halv pappersmugg kaffe. Man kan säga okej, du kan få en nu. Varför inte göra så istället? Alltså det där lilla. (Anna)

Platser där man möter den andra enbart i egenskap av patient eller personal kan befästa de skilda rollerna. Personalrollen; att vara någon som hänvisar till att det åtrådda kaffet är ”personalens kaffe”, eller en annan personalroll som svarar ”okej”.

Vår kunskap om en annan person är alltså beroende av:

Tiden: Hur lång tid har vi på oss för att lära känna varandra? Kan vi ses flera gånger?

Rummet: Var ses vi? Kan vi träffas på olika platser? Vem bestämmer det? Vilka handlingsramar finns på de platser där vi möts?

Person: Vilka är de som ska lära känna varandra? Kön, ålder, härkomst och livshistoria, men också makten över relationen är några av de faktorer som påverkar kunskapen.

Ömsesidighet: Vår kunskap om andra personer är följden av en ömsesidig process, hur många ”objektiva instrument” (skattningsskalor mm) vi än sätter mellan oss, hur neutrala vi än föreställer oss vara. Vår kunskap om den andre är beroende av den andres kunskap om oss.

Det lilla och det lilla extra

Ordinary things contains the deepest mysteries
Evans in Högström 2012

Arbetsfördelningen mellan socialtjänsten och psykiatrin

Utgångspunkten är tydlig. Alla de personer som boendestödjarna möter har en långvarig behandlingskontakt med den psykiatriska vården. Många av dem har en fortsatt kontakt, samtidigt som de betraktas som ”medicinskt färdigbehandlade”. Psykiatrins specialister har gjort de möjliga insatserna och uppnått ett maximalt resultat med de insatser de har till buds. Många brukare som boendestödjarna har kontakt med har enbart enstaka kontakter med öppenvårdspsykiatrin. Få har en samtalskontakt. Några blir intagna i slutna psykiatrisk vård i samband med kriser.

I den arbetsfördelning som förekommer mellan psykiatrin och socialtjänsten är det psykiatrins uppgift att behandla. Socialtjänsten ska se till att människors vardagsvillkor normaliseras, via anpassade boendeförhållanden och aktivitetsmöjligheter. Kommunens personal ska inte behandla ”sjukdomar”, utan hjälpa till så att ”funktionsnedsättningar” inte blir ”funktionshinder”.

Vardagens situationer

Ett paradoxalt fenomen som blir tydligt i boendestödjarnas berättelser är att vardagens situationer och händelser verkar kunna få en stor betydelse för brukarnas situation och problem. Inte för alla. Inte alltid. Men ändå.

Han fyllde 50 i somras. Han har ingen direkt diagnos utan de har skrivit att han har långvarigt psykiskt funktionshinder. Men den killen han hör ju röster och han kan skrika på kvällarna för att han tycker det är jobbigt att höra dom här rösterna. När han får ångest då stoppar han fingrarna i halsen och kräks och då ringer grannen. Nu mår Niklas dåligt. ”Ok, ska vi spela Casino?” ”Ok”. Så då löser det sig med ångesten lite. Casino är ett bra sätt för honom att koppla bort.

Jag vet faktiskt inte hur jag ska förklara att hans röster dämpas när vi spelar Casino, men det är precis som att då måste han fokusera sig på spelet. Och så sitter ju vi och pratar och så där så jag tror att han blir ju stimulerad på ett annat sätt än om han är hemma ensam.

Igår åkte vi och köpte påslakan. Då har han nog heller inga röster. Sedan bäddade vi rent och städade hela lägenheten inför julen och det blev jättefint. Det är ju meningen att vi ska hjälpas åt, det är ju det boendestöd handlar om, men jag vet inte om jag gör det för att vara schyst men jag dammsuger och torkar golven för då vet jag att det blir ordentligt gjort. Han blir jätteglad när jag gör det men han uppskattar ju verkligen och säger det också att ”jag är väldigt tacksam att du hjälper mig”.

När han kom till oss satt den här killen bara hemma i sin lägenhet och var väldigt isolerad. Han kedjerökte. Men idag, han är jätteaktiv, han går på ett arbetscentrum, han går och tränar, så han har så mycket att göra nu. Han har också slutat röka. Helt otroligt. (Sanna)

Sannas berättelse kan skrivas på ett annat sätt:

Bakgrund: En person med en allvarlig psykisk problematik, som är medicinskt färdigbehandlad, men som fortsätter att uppvisa besvärliga symptom såsom röster, passivitet och social tillbakadragenhet.

Socialpsykiatriska insatser: Casino, småprat, hjälp att ta hand om sitt hem, besöka ett arbetscentrum, det ”lilla extra”. Insatserna har utvecklats i samspel med personen.

Resultat: Inga/minskade röster i stunden, deltagande i olika aktiviteter samt minskad isolering. ”Han blir jätteglad”.

Boendestödjarnas berättelser väcker frågor. Var börjar ”behandlingen”? Var slutar ”socialt stöd”? Vad händer när socialt stöd inverkar på symptomen på psykisk ”sjukdom”? Är då socialt stöd behandling? Eller är ”sjukdomen” ett socialt fenomen?

Det lilla

I föregående avsnitt tog Anna upp ett tema som återkommer i boendestödjarnas praktiska kunskap. ”Det där lilla”.

De enkla situationerna som bildar vår vardag. Enkla och små vardagssituationer som man vanligtvis inte reflekterar över, men som ibland verkar kunna utgöra en trevlig paus under en dag, men också, ibland, kunna få en utomordentligt stor betydelse för en persons tillstånd och situation. Små händelser med stor symbolisk kraft när det gäller att bidra till människors självuppfattning. Små saker som de flesta verkar vara medvetna om att de kan ha en stor betydelse, men som ändå sällan beaktas.

Det lilla som hjälper finns i förhållande till andra, lika små, situationer som befäster personens roll som patient, som sjuk, som en diagnos som behöver ett speciellt bemötande. Små situationer som ofta växer fram ur skrivna och oskrivna regler och rutiner. På olika institutioner finns risken att regler och rutiner växer fram ur enskilda händelser, men appliceras sedan på alla alltid. Exempelvis kan låsta dörrar på en psykiatrisk verksamhet bli en rutin för att en patient rymde för något år sedan. Denna rymning suddar bort alla dagar då ingen patient rymde och på grund av denna rymning blir alla patienter inlåsta (Om dörrar och rutiner se Pehrsson, 2014).

Det lilla i Annas exempel var en kopp kaffe. Men i den lilla kaffekoppen finns en värld av relationer, makt, definition av vem man är och vem den andre är. I kaffekoppen kan den andres värdighet dränkas. Det lilla innehåller det stora. Handlingar är kommunikation.

Vad gör det lilla till litet?

Genomgående rör det sig om vardagliga händelser och vardagliga samtal.

Handlingar och ord som ingår i utbytet mellan vanliga människor, som de sällan reflekterar över.

Det lilla är spontant och inte planerat. Planeras det lilla, så är det inte längre litet.

Samma samtal, samma handlingar kan därför vara spontana och små eller planerade och ”bemötande”, beroende på sammanhang.

Bemötande är motsats till det lilla. Bemötande hör inte till vardagens relationer, utom när dessa relationer inte längre fungerar som de ska.

Bemötande utbildar man sig i, går i handledning för. Planerar.

Det lilla är sig själv nog. Bemötande syftar till något vidare. Exempelvis skrivs ibland att det är viktigt för doktorer att upprätta en arbetsallians med sina patienter för att de då följer läkarnas ordination bättre. Relationen blir ett instrument för att uppnå någonting annat.

Det lilla blir liten i ett sammanhang. Ett sammanhang som fokuserar på Metoder och Tekniker och Formell Expertis.

Det lilla tas inte upp i läroböckerna i psykiatri eller på utbildningarna om psykiska problem. Det lilla förekommer inte i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer. Det lilla tas inte upp i de stora sammanhangen.

Psykiska sjukdomar är stora saker. Svåra saker. Tillstånd som kräver expertis. Inte vardagens expertis, utan den expertisen som distanserar sig från vardagen. Sjukdom är ett avbrott i vardagen. Den sjukas vardag är inte vardag. De behöver inte arbeta. Deras prioritet ska vara att följa behandlingen; läkarens ordination. De sjuka kan omhändertas på speciella platser byggda för att ta hand om sjuka kroppar. Problem hör till vardagen.

Det lilla har ytterligare en nackdel; den är individuell. Det som passar den ene passar inte den andre. Än svårare är att det som en professionell kan göra för och med en brukare, kan inte en annan professionell göra. Inte med samma följd. Det som skrivits ner i en biståndsbedömning eller en genomförandeplan, kan inte övertas av någon annan. Inte på samma sätt. Även om två personer skulle göra samma sak, säga samma ord, så skulle de verka på olika sätt för en och brukare.

Det lilla är ingen tyst kunskap. Boendestödjarna pratar om sina erfarenheter när man frågar dem om dessa. Men det är en tystad kunskap, då det är så sällan man frågar dem om den, utan vänder sig till dem främst för att ”implementera” nya metoder, som andra utvecklat i helt andra sammanhang.

Det lilla extra

Det lilla kan även kopplas till ett annat tema som återkommer i boendestödjarnas berättelser. Det ”lilla extra”. Handlingar och samtal som går utöver det som finns i biståndsbedömningen eller i genomförandeplanen. Handlingar och samtal som går utöver det som görs för alla andra med samma biståndsbedömningar.

Det lilla extra betonar att handlingen eller samtalen inte hör till "basutbudet" i den verksamhet som utgör ramen för mötet mellan brukaren och den professionelle. Sammanhanget avgör om det lilla är "extra" eller inte. Att bli bjuden på en kopp kaffe när man kommer till en verksamhet kan hör till det lilla, om det hör till vanligheterna och till det lilla extra, om kaffekoppen är ett ovanligt erbjudande.

Det finns en flytande gräns mellan det lilla och det lilla extra. Det är inte alltid klart för aktörerna i en situation om en handling hör till det lilla eller det lilla extra. Ett tillrättaläggande kan markera gränsen dem emellan. Att bjuda en brukare på en cigarett kan vara accepterat eller förbjudet. Det finns områden som är tabubelagda. Alkohol och pengar. Att låna ut pengar till en brukare kan inte hör till det lilla (se Topor 2001).

Det lilla extra kan bli det lilla.

Både det lilla och det lilla extra omnämns i brukares berättelser om hjälpande professionella. De beskrivs i situationer som bidragit att upprätta eller återupprätta individen som någon mer än sin diagnos och en roll som patient.

Det lillas stora betydelse

Det "lilla" har uppmärksamats en hel del i den forskningslitteratur som undersöker hjälpande relationer och återhämtning (Borg & Davidson, 2007; Denhov, 2012; Person Pagels & Topor, 2007; Topor, 1999; Topor, 2001). Där verkar det "lillas" funktion huvudsakligen vara att upprätthålla eller upprätta individens värdighet.

Det "lilla extra" förekommer i en del av den forskningslitteratur som undersöker uppkomsten av hjälpande relationer mellan professionella och personer med olika problem såsom psykiska problem eller missbruk (Ware et al., 2004; Topor, 2001; Topor & Denhov, 2012).

Ware et al. (2004) skriver om "Getting extra-things" och "extraness":

"Getting extra things from practitioners was very meaningful for interviewees."

Det lilla extra kan vara saker men också handlingar: en skjuts, ett skämt, att dela någonting personligt, en kopp kaffe, ett samtal om någonting annat än psykiska problem, ett grattis. Någonting som *inte* hörde till den professionellas arbetsuppgifter. Någonting som bröt upp den formella indelningen mellan professionell och patient/klient.

Det som värderades speciellt, enligt Ware och hennes kollegor var de hjälpande professionellas beredskap att gå utanför sin formella roll för att kunna vara till hjälp.

Hur kan det komma sig att ”små saker” kan få en stor betydelse för personer som bedömts ha allvarliga och ofta långvariga psykiska problem?

Det finns inga definitiva svar, men den svenska socialpsykologen Johan Asplund kan ge oss ett bidrag till ett svar. Att göra rättvisa till Asplunds arbete låter sig inte göras här, och den intresserade hänvisas till Asplunds egna arbeten (1987a, 1987b) samt till Sundgrens introducerande text (2005).

En aspekt av Asplunds arbete är att människor ingår i två typer av sociala interaktioner.

Den ena är konkret, med våra vänner och nära, där vi samspelar utifrån många av våra personliga egenskaper och vår personliga historia. Samspellet har en emotionell laddning, oftast att man tycker om varandra, men även negativ, exempelvis vid en skilsmässa. I denna typ av socialt samspel bekräftas vi som de unika personer vi är.

I den andra typen av social interaktion framträder vi inte främst som en person, utan som en abstrakt varelse; en kund, en patient, en försäljare. Här är våra personliga egenskapers betydelse reducerad till ett minimum. Som kund vill jag köpa en bestämd vara. Som patient vill jag ha en diagnos och en behandling som botar mig. Expediten och läkaren kan vara mer eller mindre trevliga, men jag blir aldrig intresserad av dem som personer, och de blir inte intresserade av mig utöver det nödvändiga.

I en vanlig vardag ingår båda typer av sociala interaktioner. Problem uppstår när vår vardag under en längre tid töms på den ena typen av socialt samspel. Att bli sjuk, träffa en läkare och bli diagnosticerad och behandlad påverkar inte ens självbild, så länge sjukdomen inte är varaktig eller inte inverkar på andra delar av ens liv. Men vid allvarliga psykiska problem är det ofta just det som sker. Mångas sociala nätverk krymper och vänner, arbetskamrater

och en del anhöriga ersätts med personal som ska behandla och stödja. Människor man kände, som man hade många gemensamma erfarenheter och intressen med försvinner. Nya människor kommer in enbart utifrån den sjukdom och de funktionsnedsättningar som man har bedömts ha och med bestämda roller.

Det sociala samspelet som bildar ens vardag blir mer och mer abstrakt då man befinner sig i det främst som en diagnos och en funktionsnedsättning. Ens tillkortakommande blir grunden till det nya sociala samspelet man kommer in i.

Estroff (1993) skiljer mellan ”jag *har* sjukdomar”, där personen förblir den han/hon var och har en sjukdom, och ”jag *är* sjukdomar”, där sjukdomen uppfattas påverka själva personen, som därmed ses alltmer i ljuset av sin diagnos. Även normala beteenden kan då omtolkas till ”symptom” på sjukdomen. När denna typ av socialt samspel blir dominerande tenderar individens självbild alltmer att motsvara den abstrakta bilden av en ”psyksjuk” och allt mindre av en person med en historia, intressen och tankar som går långt utanför de psykiska problem som han/hon brottas med.

I detta sammanhang kan ”det lilla” ses som ett uttryck för att den professionelle, som skulle förhålla sig till den abstrakta patienten (låt oss inte glömma vår samtids förkärlek för manualbaserade insatser, där varje steg i samspelet mellan brukare och professionell är noga förplanerat) och följa genomförandeplanen, gör ett avsteg. Ett avsteg som bygger på den konkreta personen som den konkreta boendestödjaren kommit i kontakt med.

Asplund betonar att människor behöver växla mellan konkret och abstrakt socialitet. Ingen kan leva enbart i den ena eller den andra. Och ingen boendestödjare kan avkrävas att på arbetstid mot alla visa upp ett genuint intresse och engagemang som leder till att han/hon förväntas göra det lilla extra till alla hela tiden. När det lilla blir till ett krav upphör det. Från att bygga på ett spontant socialt samspel blir det en schemalagd handling.

I det lilla och det lilla extra stiger både brukaren och boendestödjaren av sina abstrakta roller, ur sitt abstrakta sociala samspel, och möter varandra utifrån andra egenskaper. För brukaren blir det en bekräftelse på honom/henne som någonting mer än en diagnos och ett biståndsbeslut. Som någon som fortfarande kan väcka intresse och lust hos en annan person.

Denna, ytligt sett, enkla bekräftelse har visat sig kunna spela en betydande roll i människors återhämtningsprocess (Topor 2004).

Vardagens oändliga lätthet

Vardagen är navet i boendestödsarbetet. Vardagen *kan* reduceras till en följd av uppgifter som en person måste klara av; gå upp på morgonen, äta frukost, tvätta sig och klä på sig och gå till ett arbete. De som inte klarar av en uppgift ska lära sig. Genom att lära sig att utföra vardagens alla uppgifter blir man normaliserad.

Och vardagens beståndsdelar ingår i boendestödjarnas arbete. Hygien, dygnsrytm, aktiviteter och hemmets skötsel återkommer i berättelserna.

Men vardagens hantverk kan också vara så mycket mer. Dess olika moment är oskiljaktigt förbundna med något annat i boendestödjarnas erfarenheter. Ett annat som består av känslor, omtänksamhet, personligt engagemang. Ömsesidighet.

Här växlar man från en person som blir ”normaliserad” till normaliserade levnadsvillkor. Individens *görs inte* till något. Istället erbjuds han/hon villkor för att skapa sig ett liv där de egna förutsättningarna och lustarna spelar en central roll

En möjlig tolkningsram som kan läggas på många av de erfarenheter som görs i det dagliga arbetet är ”förhandlingar”.

Tre världar möts. Den behövandes, den anställde hjälparens och den institutionen som organiserat deras möte. Behovsutredningen är genomförd. Biståndsbeslutet är fattat.

Mötets yttre ram är given. Platsen: brukarens hem är utgångspunkten. Tiden: Ett bestämt antal timmar under en bestämd period. Syftet: Vad insatsen ska inriktas på och leda till.

Återstår att ge liv åt de ord som skrivits ner.

Den formella maktbalansen är given. Men i praktiken är det en annan sak. Hur får man någon som inte tvättat sig på länge att göra det? Hur får man någon som inte lämnat sin bostad att vilja och våga gå ut? Hur får man någon som levt isolerad att börja träffa och umgås med andra?

Svaret verkar vara att man inte kan "få" detta att inträffa. Att den andra inte är och inte kan bli någon som ställs i duschen, som ett ting. Att man inte kan knuffa någon som inte vill ut från sitt hem.

Det är oftast så med de här fallen, utifrån den egoistiska sidan av mig själv, så är det de här fallen när jag känner: Vilket bra arbete jag har gjort, och kolla vad bra det är för klienten, och jag ger mig kredit för det. Det är mina lyckligaste fall, när klienterna säger: "Wow, Vad du har hjälpt mig. Det är tack vare dig."

En viktig aspekt i många berättelser är boendestödjarens personliga engagemang och förmåga att uttrycka sin tillfredsställelse när det går bra för en brukare. Viktigt är också att kunna se sin roll i skeendet och detta blir lättare om brukaren tillerkänner boendestödjaren en roll i sin återhämtningsprocess.

En kille som jag träffar har sedan i somras börjat säga: "Jag är så glad över att du är min boendestödjare. Så här mycket har jag aldrig pratat med någon annan. Så här mycket har jag inte utvecklats sedan jag var tonåring." Och idag sa han: "Ibland så önskar jag att jag träffat en sådan person redan när jag var tonåring, som jag kunde se upp till. Det hade hjälpt mig väldigt mycket."

Han har utvecklats jättemycket under de två år jag har känt honom och han ger mig kredit för det. Och det är också kul att han vågar det, för när jag skulle ta över honom från en kollega, så var det jättesvårt. Min kollega sa att han inte ville ha någon kvinnlig boendestödjare. Det skulle inte fungera. Så det ansågs vara ett jättesvårt och komplicerat fall, och alla i min arbetsgrupp sa: "Det finns bara en kvinnlig boendestödjare som har tid, vad ska vi erbjuda honom?" Men då sa jag: "Vi testar, sen får vi se."

Från början, när vi skulle städa, kunde han säga: "Kärring, ska du bestämma över mig?" Då speglade jag det lite tillbaks och sa att jag inte tyckte det var så trevligt att han sa sådana saker om mig. Så det var hårt och första året var jag så trött på honom. I början satte han på TV:n och tittade på golf medan jag satt där i två timmar. Och jag försökte med att han skulle stänga av Tv:n, men det ville han inte. Då sa jag: "Men kan jag inte gå nu?" "Nej, du ska vara här till klockan 3", sa han. Men nu

sätter han inte ens på Tv:n många gånger när jag är där. Utan vi sitter och snackar.

Ett centralt begrepp som lyser genom berättelserna är det sätt som brukarna och boendestödjarna handskas med den oklara maktbalansen som finns mellan dem. Båda besitter en viss makt över sin situation, men saknar makt över den andras situation. Boendestödjaren har inga tvångsmedel och befinner sig på brukarens ”hemmaplan”. Brukaren har sökt hjälp för problem som han/hon har och fått en avlönad person som skall vara den hjälpen. Men brukaren saknar maktmedel att få boendestödjaren till handlingar som går utanför biståndsbeslutet.

I många fall inleds därför en förhandling. Inte så att de nödvändigtvis sätter sig på var sin sida om ett bord och kommer med olika bud och motbud. Förhandlingarna pågår hela tiden, som mellan de flesta människor som delar en situation. Förhandlingar uppstår när ingen av parterna enväldigt kan besluta över den andra. Förhandlingar innebär ett givande och tagande. Förhandlingar är aldrig riktigt avslutade utan pågår så länge förändringar pågår.

Ja, men då har det hänt något med honom under åren. Han duschar varje dag, gissar jag. Jag berättade: ”Jag går upp 20 minuter i 6 och så går jag in i duschen. Sen kommer jag ut från duschen, sätter på frukost, äter frukost och sen åker jag iväg till jobbet. Jag beskrev precis hur jag gör. Det gör jag varenda morgon.” ”Oj, lite mycket”, tyckte han. ”Det kanske det är när man inte jobbar”, svarade jag, ”men i alla fall varannan eller var tredje dag eftersom du bara sitter hemma.”

Och det här med att tvätta kläder. ”Hur ofta ska man göra det?”, frågade han. ”Ja, hemma hos oss tvättar jag varje kväll, men vi har barn. Men i alla fall en gång i veckan. Du har inte så mycket kläder att byta, du måste ju tvätta dom.” ”Oj”, sa han. Men idag sa han: ”Nästa måndag ska vi tvätta.” Så han har förändrats så mycket. Jag brukar ta upp det på våra möten, för det är så kul. Det är ju inte bara på grund av mig. Jag vill ju tro det ibland, bara för att må bra. Han vill ju reflektera och han vill träffas. Efter sommaren så sa han: ”Läkaren har sagt att jag är sjuk och det blir liksom inte bättre. Men jag ska fan motbevisa det.” Det var så kul. ”Det är klart du ska. Det är klart du kan det.” Han har autismdiagnos och psykos.

Jag svarar alltid rakt på, utifrån hur jag gör. Han frågar: ”Hur gör du?” Och ibland frågar han: ”Vad svarar du till barnen när...” Och då berättar jag att: ”Så här gör jag.” Sen är jag också noga med att säga att folk inte alltid tänker samma.

Boendestödjaren är där som en person, inte enbart som en ”boendestödjare”. Här berättar Sigrid hur hon gör hemma hos sig; inte som en norm som skall överleva, utan som ett exempel på hur det kan vara. Hennes sätt att göra i sitt eget liv blir ett sätt att förhålla sig till. Inte att tvingas leva upp till. Brukaren beskrivs med många förmågor och tillgångar, men också med diagnoser som skulle utgöra stora hinder för honom att förhålla sig till Sigrid och hennes värld. Diagnoser som borde utgöra än större hinder för att ta till sig av Sigrids sätt att sköta sitt liv och utifrån dem skapa sitt eget sätt, egna normer.

Han har sagt: ”Jag är så glad att du har sagt det här till mig.” Från början så sa han: ”Jag vill träffa en tjej och så småningom bilda familj.” Så jag sa: ”Du måste sköta dig själv lite bättre innan du träffar en tjej.” ”Men hur ska jag göra?” ”Ja men så här och så här. Du ska inte lukta svett, det är inte så fräscht.” Då kan han ta det och säga: ”Oh, vad glad jag är.” Men jag kanske inte skulle säga det till vilken klient som helst. Det beror på relationen, man måste också känna efter att det är läge att ta upp det där. Och inte tidigt i relationen. Så där pratar jag inte med alla mina klienter. Man känner efter var man befinner sig. Det kan man bara känna en dag, nu sitter vi här och har trevligt.

Vi har det jättemysigt nu. Det är nästan oförskämt trevligt. Det kanske blev trevligare när han började bekräfta mig. Jag vet att det är så fel att säga, men det kanske blev så. När han började bekräfta att det här är betydelsefullt för honom. Det kanske var då jag tänkte, att det kanske inte är så dumt.

Ett möte mellan två personer; de må vara brukare och boendestödjare (eller patient och psykolog, läkare... eller klient och socialsekreterare, biståndsbedömare...) innebär alltid att båda parter blir definierade av varandra och av samspelet däremellan.

I den traditionella bilden av professionalitet, står den professionelle över sådana mellanmännsliga saker. Han/hon vilar tryggt i vetenskapens famn och håller sig neutralt till den andra personen (Parsons 1951). Även när

han/hon uttrycker en känsla, så är det en välavvägd åtgärd som bygger på en objektiv bedömning av vad som är bra för patienten.

Det är knappast troligt att någon människa skulle kunna agera på detta sätt i verkligheten. Det är knappast troligt att det skulle finnas ett neutralt och ett objektivt sätt att bedöma andra människor, hur väl utbildad man själv skulle vara. Att tro detta innebär att göra sig blind för sina egna föreställningar.

Den bild av ett professionellt arbete som förmedlas av boendestödjarna pekar på denna ömsesidiga definition i det sociala samspelet.

De största händelserna har ju kommit nu under sommaren. Han åkte iväg och var i Rom med sin syster, och det gjorde honom jättegott. Och där har vi något gemensamt, för jag är en Rom-älskare. Vi pratade mycket om det innan han åkte och när han kom hem så blev han också en Rom-älskare. Och då mådde han så bra. Han sa, ”Oh, jag har bott med min syster i tio dagar och det var så trevligt.”

Och då märkte jag på honom, vad bra han verkade må i sig själv. Sen var det sommaren och han mådde bara jättebra och väldigt bekräftande och väldigt tacksam. Och sen var han bortrest igen och åkte med sin mamma till Grekland. Och när han kom hem var han stolt över att han klarade av de här sakerna, stolt över sin kontakt med sin familj, och stolt över vem han är. Bara stolt, stolt, stolt. Och han ska motbevisa läkarna. Och ingen TV när jag kommer utan då sitter vi och pratar. Boka tvättid kan jag behöva påminna honom om. Och så säger han: ”Nu ska vi städa.” Han som hatade att städa. Det tog ett halvt år för honom att köpa dammsugare. Så han är verkligen en solskenshistoria.

En solskenshistoria. Ur Sigrids berättelse kan anas en återhämtningsprocess. En person som åter tar makten i sitt eget liv och går bortom de problem och svårigheter han har brottats med under ett antal år. Vi kan inte veta vad denna utveckling beror på, men det finns en grund för att anta att ”det lilla”; de förhandlingar som brukaren förde med boendestödjaren utgjorde viktiga steg i denna utveckling.

Att Sigrid som person har varit betydelsefull i denna process är tydligt. Därmed uppstår ett problem i förhållande till den spridda föreställningen att boendestödjarna inte skall utveckla personliga relationer till de brukare som de möter. På en del arbetsplatser försöker ledningen och även kollegor bryta sådana relationer och motverka att de uppstår.

Ur ett administrativt perspektiv är det förståeligt. Det är lättare att organisera arbetet om alla kan betraktas som lika. Som klossar som man kan förflytta utan att mellanmännsliga processer uppstår. Att reducera arbetet till en metod; ett antal steg som ”vem som helst” kan utföra. Ur ett sådant perspektiv är relationer och känslor obekväma. En brukare vill bara ha med en boendestödjure att göra. Hur ska man göra vid semestertid? När boendestödjuren går på utbildning? Byter jobb. Känslor är besvärliga. Och då finns lockelsen att låtsas att man kan leva i en värld utan känslor och mellanmännsliga relationer. Eller att andra ska ta hand om ”den biten”. Terapeuter och psykologer skall ta hand om känslor och relationer. Som om man kunde delegera till andra det som uppstår när människor möts.

Boendestödjurens berättelser är fyllda av relationer och känslor, ibland förmedlade i handlingar, ibland i ord. Att tro att de kan tas bort är som att föreställa sig att människor är ting. Och om det är någonting som boendestödjurens erfarenhetsbaserade kunskap pekar på så är det att så inte är fallet, oberoende vilka diagnoser människor har fått.

Han hade boendestöd två gånger i veckan första året. Då pratade jag med biståndsbedömaren och sa att det är för mycket. Att sitta och titta på TV, det går inte. Och han sa: ”Men det är trevligt med sällskap.” Han ville att någon bara ska sitta där. Så hade han haft det med många boendestödjure förut. Då hade de suttit och tittat på TV tillsammans; de hade samma intressen. Sen kom jag. ”Nej, här ska vi inte titta på golf, titta på hur det ser ut här.” Det hade han jättesvårt att acceptera och jag hade svårt att acceptera att sitta och titta på golf. Så vi tog bort torsdagar så blev det bara måndagar och då upptäckte han att vi måste göra något av den här dagen. Han var ju missnöjd med att man tog bort en dag. Men om det medförde att han tänkte: ”Nej, nu måste vi använda de här två timmarna till något som gör att det blir bra.” Jag vet inte. Det är svårt. Men jag har aldrig varit rädd för att ta upp de här sakerna för jag har känt; att killen måste börja duscha. Han är 33 år och vill något med sitt liv.

Men det är bara vad jag tycker och respekterar om andra tänker annorlunda. Och jag kände att han tog det på ett bra sätt, han är glad. Det blev lyckat den här gången.

Samtidigt som man måste vara tydlig med vad boendestödet ska vara, så tänker jag också att man kanske måste våga gå utanför ramen ibland. Det måste finnas en öppenhet, vi måste gå in lite mer i relationen och skapa

boendestöd. Individuellt, för det ser jätteolika ut från person till person. Vi kan inte säga: Vi jobbar så här och så här med alla eller att vi inte gör så här med alla. Det blir inte så bra. Det måste ju finnas även där att man måste få gå lite på egen intuition och känsla. I den här relationen så är det okej att prata hygien och så där. Men att det finns en relation där det inte är okej av olika anledningar. ”Nej det går inte, inte nu.” Att man lite mer individuellt anpassar. Är det så att du behöver samtal och sällskap, är det det du behöver och det du mår bra av, så ska du få det. Men eftersom biståndsbedömaren ser efter behov, och de ska vara praktiska helst, så kanske man säger: ”Jag behöver det och det”, även om man känner att man bara behöver sällskap. ”Jag vill prata med någon på dagarna, för att kanske kunna komma vidare i mitt liv.” Det jag menar är att vi skulle kunna erbjuda boendestöd som passar alla. Vi skulle ha den flexibiliteten i vår personalgrupp, att nu kommer du hit och ska träffa en individ och utifrån den relationen ni får, börjar vi skraddarsy boendestödet som passar just den personen. Vilket inte betyder att det passar den andra som du får nästa vecka. Man måste hitta balansen. (Sigrid)

Förhandlingar

Förhandlingar är ett begrepp som sällan används i Sverige för att beskriva relationen mellan brukare och professionella. Samtidigt som vi har sett i detta långa exempel (och i andra) tydliga illustrationer på en sådan förhandlingsprocess. En process där parterna steg för steg lär känna varandra, varandras behov och förmågor och utifrån det inleder ett givande och tagande som kan leda dem långt utanför de vägar de hade i sina respektive utgångspunkter. Förhandlingar handlar om maktbalans. Att ingen part kan tvinga den andra dit han/hon vill, utan måste argumentera, lyssna på den andres argument och kompromissa. Förhandlingarna i detta fall innehåller även en hel del känslor. Båda parter uttrycker sin glädje över relationen och även den betydelse som den andras erkännande har för relationen.

Göra, lyssna och prata

Göra

Beskrivningarna av boendestödjarnas arbete fokuserar på att *de gör saker*. Avgränsningen till vårdbiträdena inom hemtjänsten är att de senare gör saker *åt* dem de besöker, medan boendestödjarna gör saker *tillsammans med* brukarna med avsikt att de, på sikt, ska klara av att göra dessa saker på egen hand, av egen fri vilja.

I boendestödjarnas berättelser visade sig vardagen vara mer komplicerad än retoriken.

Om vårdbiträdenas faktiska arbete vet vi inte mycket.

När det gäller boendestödjarna verkar de i många fall få med sig brukarna på att städa, diska, promenera. Och ibland börjar brukarna sköta dessa göromål på egen hand, eller med minimalt stöd från boendestödjarna. Och ibland gör boendestödjarna saker åt brukarna.

I de fall som beskrivits ovan blir det dock tydligt att detta sker ofta i en dialog mellan brukaren och boendestödjarna. En dialog där de konkreta personerna träder fram, bortom ”brukaren” och ”boendestödjaren” och där dialogen kan ses som en konkret vardaglig förhandling som utgör en relations själva väv. Förhandlingar där ingen av parterna är utbytbar. Kommer en annan boendestödjare är det svårt/omöjligt för den att överta det samspel som utvecklats mellan den tidigare boendestödjaren och brukaren. Brukare och boendestödjare är abstrakta begrepp som kan vara bra att ha i en abstrakt verksamhetsplanering, men som förlorar mycket av sin mening i det konkreta mötet, när boendestödjaren ringer på brukarens dörr och de omvandlas från sina abstrakta roller till konkreta personer med en ålder, ett kön, ett ursprung och livshistoria, kunskaper och intressen.

Konkreta handlingar är en viktig nivå i det arbete som skildras av boendestödjarna.

När Jesper berättar om hur en brukare och han utvecklade en hjälpande relation börjar det i konkreta handlingar:

Jag var en karl som kunde skruva lite och laga saker, smörja. Jag fick göra praktiska saker. Vi skulle ut och handla och titta på saker. Nio år senare kan jag fortfarande fixa hennes lampor.

Men handlingar är inte enbart handlingar, utan även ett språk. En person som får boendestöd är inte enbart någon som har psykiska problem. Han/hon har ett konkret liv med konkreta och ibland svårlösta problem som upptar dem mer än de psykiska problemen. Får man hjälp att byta en lampa, så slipper man leva i en mörk lägenhet. Får man sällskap till en träfflokal kan ett socialt liv utvecklas.

Att man får en lampa bytt av någon som inte skulle behöva byta lampan ("Det hör inte till mina arbetsanvisningar" "Jag får inte byta lampor...") kan betyda att boendestödjaren ser mer till personen än till de abstrakta ramarna som omger hans arbetsbeskrivning. Att personen står över denna arbetsbeskrivning. Är viktigare än regler och rutiner. Det är ett budskap. Ett språk. Men även att hålla sig till innehållet i genomförandeplanen kan vara ett sätt att förmedla att det vi kommit överens om håller. Brukarens ord får konkreta konsekvenser, om brukaren verkligen deltagit i beslutsprocessen.

Prata

Handlingar öppnar också för någonting som sällan nämns när det gäller boendestödsarbetet: att lyssna och att prata. De flesta människor som boendestödjarna besöker har stora problem och flera lever relativt isolerade. I den formella arbetsfördelningen som fastställts mellan kommun och landsting ska psykiatrin ha hand om behandlingen, inte bara de medicinska insatserna, utan även olika former av samtalsbehandlingar. Kommunen skall garantera människor med funktionsnedsättningar en skälig levnadsnivå.

Många boendestödjare skildrar dock en kluven erfarenhet av att brukarnas och sina egna kontakter med psykiatrin. Å ena sidan, lever många med föreställningen om och förväntningar på psykiatrins kompetens att behandla och bota eller åtminstone ta itu och lindra människors psykiska lidande och, å andra sidan, kan en del beskriva erfarenheter där psykiatrins fokus på mediciner och ovilja att se boendestödjarnas arbete och kontextuella faktorer skapar problem:

Kontakten med psykiatrin har väl varit lite till och från. Nu har han en kontakt med en sjuksköterska som han träffar någon gång då och då; inte så ofta. Men han får mycket medicin. Förra året skulle de göra en ordentlig utredning av honom, men det slutade med att dom fick avbryta för att han pratade om andra saker.

Personalen från psykiatrin är inte så intresserad av vårt arbete, dom kommer inte och ser hur vi arbetar och de frågar inte heller om det. Vi berättar för dem vilka förändringar som vi märker hos personen, men då tycker dom ju att det beror på deras mediciner. Men det kanske inte bara är medicineringen som ligger bakom förändringarna. Allt runtomkring. Ja, dom ser nog inte hela bilden där. Dom tänker på sina mediciner.
(Laura)

I förhållande till andra människors erfarenhet och reflektioner över dessa erfarenheter finns en risk att en kultur uppstår där alla hoppas att en expert, någon som vet hur saker skall göras, skall träda in. Boendestödjarna, med sin låga professionella status, hamnar lätt långt ned i en sådan expert-hierarki. De förväntas inte prata problem med brukarna. De ska andra göra. De som kan. Men de flesta brukare som boendestödjarna möter saknar den typen av kontakt.

Den paradoxala situationen uppstår att de som skulle behöva prata om sina erfarenheter sällan möter experter på att bearbeta svåra erfarenheter, samtidigt som de som de möter inte anses vara experter nog och inte bör prata om dessa erfarenheter. Resultatet kan då bli tystnad. Tystnad kring det som bekymrar människorna och som skapar oro, ångest och andra psykiska problem.

Men brukarna pratar med boendestödjarna. Och i de flesta fall verkar boendestödjarna svara. De utbyter erfarenheter, tankar, reflektioner, som folk gör mest. Som folk behöver som mest.

Detta anses ibland inte höra till boendestödjarnas arbetsuppgifter. Men motsatsen verkar problematisk.

Vad händer när en brukare möter en boendestödjare som vägrar att lyssna på honom/henne när han/hon försöker berätta om en erfarenhet och bara hänvisar till någon annan? Asplund (1987a & b), som nämndes tidigare, skiljer mellan *social responsivitet*, vår grundläggande benägenhet att svara på andras tilltal och *asocial resposnlöshet*, att inte besvara den andres tilltal.

Asocial responslöshet kan ses som en fientlig handling som kräver en betydande ansträngning och som kan få förödande konsekvenser för den utsattas självbild.

Så ofta pratar boendestödjarna med brukarna om deras erfarenheter. Samtal pågår. Sam-tal, där två personer har valt att tala med varandra och tillsammans.

Jag pratar ju jättemycket med honom. Det är inte så att jag bara går in och kör på. ”Nu ska vi göra det här, kom igen.” Man går in och sätter sig. ”Hur är det idag? Hur känns det? Vad skulle du vilja göra? Vill du göra det? Nej. Varför inte då?” Ibland säger han bara: ”Nej jag vill inte, jag är trött.” Men sen vet jag, för vi har haft andra samtal då han berättat för mig, att han har röster som säger åt honom att det är farligt. Saker kan hända. Han har vanföreställningar också. Så då vet jag att när han säger det så ligger det något annat bakom. Man kanske också måste respektera att det är jätteotäckt. Det blir verkligen en bedömningsfråga. Man går på någon slags känsla. Jag brukar säga: ”Strunta i det där nu, du är ju så stark. Du klarar väl av det här.” ”Gör jag det?” säger han då. ”Ja, det gör du.” ”Är du säker? OK, då går vi då.” Men det kan ändå bli situationer då jag tänker, ”Vad är rätt nu då? Vad är professionellt?” Men sedan finns situationer då han är mycket mer bestämd, han säger kanske: ”Nej! Jag tänker inte gå ut idag.” (Linn)

Bakom vardagliga handlingar och även uppmaningar till den andre om att han/hon kommer att klara en uppgift, finns timmar av samtal, där man lärt känna varandra. Mot den bakgrund minskar risken att uppmaningen blir en hurtig men grundlös uppmuntran, utan den bygger på en gemenskap, kännedom, som också accepterar den andres gränser och gränssättningar.

Lyssna

Att prata förutsätter ytterligare en handling som återkommer i många boendestödjares berättelser: att lyssna.

Jag vet inte, jag försöker vara lyhörd med henne när hon pratar med mig så jag låter henne prata till punkt. Jag tar henne på allvar, jag tror att hon känner det också. Till exempel är det väldigt viktigt för henne att man ringer innan man kommer hem till henne. Jag kan förstå henne för jag är

likadan själv. Jag vill också att mina vänner ringer först innan dom kommer. (Sanna)

Att lyssna är inget passivt förhållningssätt, utan en handling som förmedlar till den som pratat att man inte bara lyssnat, utan även hört vad den andre sagt. Sanna lyfter här en väsentlig aspekt av detta aktiva lyssnande; när den professionelle jämsätter sig med brukaren. Att jämsätta är att upprätthålla och i handling ge näring åt föreställningen att den person som har allvarliga psykiska problem förblir en person som man kan ha en dialog med.

Att nämna betydelsen av att lyssna och att bli lyssnad på kan verka banalt, men dess betydelse poängteras av många som sökt sig till psykiatrin och socialtjänsten. De beskriver det som ingen självklar erfarenhet (Topor & Denhov, 2012)

Första gången jag kom hem till honom hade jag en beskrivning av honom som en tystlåten person; inte den som först öppnar munnen. Men nu är det han som börjar prata. Förändringen bygger kanske på en slump. Det började med att han hade ett fotografi hemma där han och hans fru var ute och vandrade någonstans i Europa. Och då sa jag: ”Jaha, ni brukade vandra”, och så kom vi in på vandring och jag tycker också om vandring. Och så pratade vi om vandringsleder i Europa och i Sverige. Det är ett ämne som ju aldrig tar slut, det finns alltid något att diskutera. Om platser man har varit på, om bra ställen, och vad man kan se där. Det var vårt första gemensamma intresse. Det är svårt att inte vara personlig, tycker jag.

Att lyssna handlar om att fånga det som den andre tar upp. Att ta vara på det som sägs. Inte tolka. Att lyssna handlar om att visa att man inte bara lyssnat utan även hört. Ett sätt att visa att man har hört är att bekräfta det man har hört och att ställa frågor om det man hört. Att visa att man vill höra mera.

Att ha någon som lyssnar kan vara som att få en möjlighet att tänka vidare. Ett tillfälle att låta tankar som gick runt i huvudet på en att lämna sina inkörda cirklar, omvandlas till ord riktade till en annan person som är beredd att lyssna på dem, utan att fördöma dem, utan att omedelbart besluta om någon åtgärd riktad mot den person som vågade uttala högt hittills tystade tankar. På så sätt kan tankar ta nya banor, testa nya vägar, utvecklas åt oväntade håll, upptäcka nya perspektiv och förändras:

Det blir inte att man tar ställning utan man får ju lyssna på hennes upplevelser och inte liksom förklara bort dem, man får mer bara finnas i hennes upplevelser, inte ta ställning för eller emot utan bara finnas där som en lyssnare i princip. Hon berättade hur hon kände och hur det var och dom här känslorna... Till slut så accepterade hon att hon hade varit sjuk. Hon kunde till och med berätta att hon hade varit tvångsvårdad. Alltså hon vågade berätta om de här svåra sakerna som hade hänt och hemska upplevelser; tvångsmedicinering och bältning, sådana tunga saker. Och det tror jag också gjorde att hon kunde gå vidare. Att hon accepterade Att hon hade den här psykosproblematiken, att hon måste handskas med den på ett bra sätt så att hon inte hamnar där igen. Att man kanske inte kan köra på med full fräs för att det pallar man inte. Man måste bli lite lugnare, så det finns tid för rekreation, tid för henne, att hon fick liksom acceptera det. Jag tror det bottnade i och med alla samtal vi hade så att till slut bottnade hon väl i sig själv att ”Det är inget att farligt att säga att jag har haft det här, att jag har varit jättesjuk.” Att hon kunde prata om det och kanske gå vidare. (Lisbeth)

Många viktiga samtal är viktiga just för att de inte handlar om symptom. Problem och insatser. Det är viktigt att prata om problem, men inte bara om dem, så att individen inte reduceras till dem i sitt sociala sampel. När både brukaren och den professionelle tar sig tid att även tala om trevliga saker som de varit med om tar de sig ett utrymme att framstå som personer bortom sina roller. ”Small talk”, vardagspratets betydelse i hjälpande relationer har betonats i forskningen om återhämtningsprocessen (Borg & Davidson 2007).

Jag tänker ibland om alla de personer man träffar. Det blir för lätt när man träffar dom att man är här och nu och så ser man den här människan som är psykiskt sjuk och faktiskt många av dom har haft ett yrkesliv och att de har mycket mer att berätta. (Anna)

Att ha det bra

En känslig aspekt av både det lilla och det lilla extra är att de oftast verkar vara kopplade till känslor. Mest positiva känslor. De ses som ett uttryck för att den professionelle tycker om en. Att man inte längre är en bland alla andra patienter eller klienter som bör få ett bra bemötande, utan att man

kommit vidare och setts och bekräftats som en person som den professionelle blivit intresserad av, som den professionelle tycker om. En professionell som man själv tycker om. Det kallas ibland personkemi. En känsla som kan uppstå plötsligt med en gång eller som behöver tid att utvecklas. Det lilla är då både ett sätt att bygga upp de känslomässiga banden, men även ett sätt att uttrycka den ömsesidiga positiva relationen.

En del av mitt arbete har varit att titta på det här friska som han har gjort. Han tycker ju om att berätta vad han har jobbat med. Han har inte varit sjuk så länge, han har kanske varit sjuk i 10 år. Man måste se att man har gjort en massa saker och har åstadkommit något.

x) Ja, jag tror faktiskt det. Just det här att jag tycker att han är mera öppen. Han har varit en långdistansare och sprungit långa lopp men nu har han ju inte sprungit på 15 år. Men

Vi var ute idag i nästan en timme. Han är otroligt rask i benen när vi är ute och går. Och han märker ju att han mår bra av det. Han sa: ”Jag är trött och andfädd men jag mår bra. Det här ska vi göra fler gånger.” Och jag ser att han mår bra av det. Under de senaste åren, för han har varit ganska deprimerad. Nu vet jag inte om det beror på mig, inte bara av samtalen utan också det här att komma ut och röra sig, eller om det beror på att han håller på att bli bättre av medicinen, men jag upplever honom som gladare, mera tillgänglig att kunna diskutera, att han får mer energi, att han tar sig för saker och att han inte är så totalt handlingsförlamad.

(Anna)

Att ha det skönt

En återkommande aspekt i berättelserna handlar om att ha en skön stund, ofta tillsammans med någon annan. Någonting som bryter med den uppgiftsorientering som biståndsbeslutet och genomförandeplanen för med sig.

Vår egen självbild skapas i mötet med andra. Basala erfarenheter som att våra tankar duger, våra känslor är okej, vår kropp och vårt sociala samspel med andra kan vara källor till sköna upplevelser.

Davidson et al (2011) publicerade en artikel med titeln ”Nöjen, glädje och andra positiva livshändelser – Icke-specifika faktorer² i återhämtningen från psykisk störning”. När de ska sammanfatta resultaten från en rad vetenskapliga studier skriver de:

Dessa studier har konsekvent påvisat att upplevelser av glädje, nöje och andra positiva händelser, på en rad inbördes relaterade sätt spelar en avgörande roll för återhämtningen hos personer med allvarliga psykiska störningar. De ger respit från störningen och dess effekter och erbjuder något att se fram emot; de utgör en källa till förnyat hopp och engagemang; de genomsyrar livet med en känsla av mening och mål; de visar hur man på olika sätt kan bidra till andras liv och till samhället i stort, och bekräftar därmed ens värde som människa; de leder till återupptäckandet av de områden av styrka, kompetens och hälsa som alljämt finns kvar, trots envisa funktionsproblem, och de fungerar som ett sätt att återuppbygga en känsla av social förmåga som kan utnyttjas för att bekämpa störningen och dess effekter och konsekvenser. (s 69)

Att spela Casino, att åka en vecka till en ö, att ta en biltur och sätta sig och titta på himlen eller havet och alla andra exempel på ”trevligheter”, som boendestödjarnas berättelse tagit upp är inte någonting som kan göras efter det att alla måsten bockats av. Om det då finns tid kvar. I de insatser som boendestödjarna erbjuder kan dessa insatser spela en avgörande roll för olika brukares återhämtningsprocess.

Relation

Ibland får en brukare och en boendestödjare en speciell relation. En bra relation. De lär känna varandra och utvecklar ett speciellt samspel där boendestödjaren kan vara till hjälp för brukaren i hans/hennes utveckling. I detta sociala samspel, som i allt socialt samspel som bygger på en personlig relation, är de oersättliga.

Att uppnå en sådan *arbetsallians*, en relation som är hjälpsam är ett mål i de flesta ”människovårdande” situationer.

² Icke specifika faktorer är aspekter som förekommer i olika framgångsrika behandlings- eller stödinsatser, oberoende av deras teoretiska förankring och att de hänvisar till olika metoder.

Ett flertal studier har visat att i den relationen finns nyckeln till att den professionella insatsen ska bära frukt. Alla boendestödjare som intervjuades nämnde att de varit med i ett sådant samspel. Relationer som leder till utveckling.

Alltså, det som är viktigt för mig det är ju att ha en god relation med min klient. Jag har en tjej som bara vill ha mig, hon vill inte ha någon annan. Det viktiga för mig är att hon inte isolerar sig. Hon har inget jobb, men det är en tjej som åker ut och träffar sina vänner så det är okej om hon bara har mig inom vår organisation. Jag känner att hon har blivit bättre därför att hon och jag har en bra relation. (Sanna)

Samtidigt har de ofta fått höra att denna typ av relationer inte borde förekomma i deras yrke.

Istället för att se den betydelse dessa relationer kan ha, lyfts fram problemen som relationerna också innebär. Att viktiga relationer även innebär ett beroende och att andra boendestödjare därmed inte kan ersätta den som är i en sådan situation. Att gå in i en sådan relation framställs som ett uttryck för bristande gränssättning och för en oprofessionell hållning. Boendestödjaren engagerar sig och att engagera sig är lika med att engagera sig för mycket. Boendestödjaren tar ställning för brukaren ”mot” sin egen organisation. Kritiken riktas därför även mot den emotionella laddningen i relationer; att boendestödjaren tycker om brukaren, istället för att tycka om alla brukare lika mycket eller ingen av dem och förhålla sig neutral till dem alla. Denna kritiks yttersta punkt går ut på att boendestödjarna inte bör utveckla relationer med brukarna, som om det vore möjligt. Om någon anstränger sig för att inte utveckla en relation till en annan person den möter regelbundet är inte följden att det inte uppstår någon relation, utan att det växer fram en dålig relation.

En bred forskning pekar på att stjälpande professionella kännetecknas av brukarna som de som behandlar dem som en diagnos, som alla andra, som efter en mall. Stjälpande professionella är de som inte försöker se personen bakom problematiken. Stewart (2012) studerade hur det kom sig att unga personer med en psykosdiagnos hoppade av sin kontakt med psykiatrin. Dessa unga människor pekade på problem med hur personalen hade sett på dem ”Indifferent,... focus on medication,... the diagnosis was more important than themselves as people,... rude, distant...” vilket ledde till att:

They experienced increased sense of despair, guilt, anger, hopelessness, depression, and a loathing for certain care providers. (s 340)

Mångsidigheten bland boendestödjarna och de olika arbetsverktyg som de förfogar över ökar deras möjligheter att möta människor på den nivå de befinner sig och följa dem i deras utveckling. En relation kan börja med att en boendestödjare byter en brukares glödlampa, men den stannar inte där utan byggs vidare med samtal, promenader, stunder av delad tystnad, hårt gemensamt arbete för att överkomma ångest, fobier, skrämmande röster etc. En hjälpande relation utvecklas på en bas av gemensamma erfarenheter som leder till en ömsesidig tilltro.

Ett professionellt arbete

Det förekommer många försök att definiera ett professionellt arbete.

Ett vanligt förekommande sådant försök är att framställa professionellt arbete som det som följer de metoder som förekommer i olika riktlinjer. De kallas ofta för ”evidensbaserade” och ”best practice”.

Problem med ensidig evidens

Det torde råda en stor enighet om att den hjälp som erbjuds människor med olika problem och sjukdomar bör, för det första, inte skada dem och, för det andra, förbättra deras tillstånd. Men efter att man kunnat konstatera att de flesta är eniga om det, så uppstår problemen. Den definition på evidens som tillämpas i Sverige definierar evidens för en metod genom att den visat sig vara överlägsen andra insatser i experimentliknande situationer.

Det är den evidens som sprids bland annat genom Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer. Men denna evidensdefinition är problematisk och andra länder har andra definitioner. Här ska nämnas några av de problem som diskuteras i forskarvärlden.

Den evidens som exempelvis tas upp i de svenska Nationella Riktlinjerna bygger på statistiska beräkningar. Det vill säga att den säger att en metod passar många med en typ av problem. Men inte att den passar alla med den typen av problem. Alltså det behövs flera metoder om olika personer skall kunna få hjälp.

Ett annat problem är att olika länders nationella riktlinjer pekar ut olika metoder som evidensbaserade. Som om en metod skulle fungera på norrmän, men inte på svenskar och tvärtom. Även inom ett och samma land kan olika producenter av riktlinjer vara oense. Den enas evidens är inte den andras (Karlsson, Bergmark & Lundström, 2013). Vems riktlinjer ska gälla, och varför?

Ett tredje problem är att det som visar sig kunna vara effektivt i en studie med dess speciella omständigheter, inte alltid är det i praktiken.

Forskningsituationer och vardagsarbete är två olika sammanhang och samma insats kan därför leda till olika resultat.

Ett fjärde problem med denna typ av evidens är den inbyggda strävan att alla professionella skall följa en och samma metod som följer en och samma manual med tätt schemalagda steg i sitt möte med brukaren. Det finns ingen plats för vare sig brukarens eller den professionelles erfarenheter, vilka, samtidigt, anses vara nödvändiga aspekter av ett evidensbaserat arbete (SoS, 2012). Om det professionella reduceras till att följa en manual finns det inte någon plats för att vara professionell. Om brukarens roll går ut på att acceptera att följa den metod som de professionella är tillsagda att följa, så finns det knappast något utrymme för brukarinflytande.

Ett annat sätt att beskriva ett professionellt arbete har vuxit fram ur bland annat återhämtningsforskningen, som i stor utsträckning bygger på brukarnas erfarenheter av hjälpande professionella.

Utgångspunkter för ett socialpsykiatriskt arbete

Tew (2011, s 10-16) utgår från en ram för socialpsykiatri som definierats av Englands motsvarighet till Socialdepartementet i Sverige och skissar på några centrala värden för ett socialpsykiatriskt arbete. Utgångspunkten är att bygga upp ett partnerskap mellan de professionella och brukarna, som överskrider de föråldrade indelningarna mellan ”dom” och ”oss”. Ömsesidighet och respekt är grunden för att kunna bygga upp en hjälpande relation som innebär att resurser och kompetenser läggs ihop i en samproduktion.

Den första punkten blir då att erkänna den diskriminering och de ogynnsamma omständigheter som bidrar till att folk utvecklar psykiska problem och leder till ett förtryck ända in i behandlingsapparaten.

Den andra punkten handlar om att göra det möjligt för människor att kräva att ha makt över sina egna liv; att vara medborgare fullt ut. Arbetet bör orienteras mot sociala förändringar och innebär en demokratisk syn på fördelningen av kunskap och informationer mellan de olika aktörerna.

Den tredje punkten handlar om en syn på psykiska problem, som försök att kommunicera om ett livsproblem och inte som symptom på någon sjukdom.

Den fjärde och sista punkten handlar om att se personen som en aktör i sitt sociala och kulturella sammanhang och att inte reducera henne/honom till ett abstrakt symptom som ska behandlas isolerat från detta sammanhang.

Detta, menar Tew, understryker vikten av professionella värden såsom hederlighet, respekt för individualitet och värdighet vilka innebär en beredskap för ”positivt risktagande”. Ett positivt risktagande innebär att hjälpa brukaren att definiera vad som för honom/henne är personliga mål som är värda att ta en ”acceptabel” risk för att uppnå. Tew citerar Patricia Deegan, en ledande röst inom den amerikanska brukarrörelsen som formulerade det på följande sätt:

Vi måste ha möjligheten att försöka och misslyckas och försöka igen.
Om de ska bidra till återhämtningsprocessen får inte professionella inom det psykiatriska fältet ta ifrån oss våra möjligheter att misslyckas. (s 147)

Med dessa punkter i bakhuvudet kan vi se att boendestödjarnas berättelser är fyllda med ifrågasättanden i ord och handlingar av en uppdelning mellan ”dom” och ”vi”. Vi såg det i den återkommande beskrivningen av handlingar, ord och tankar som utgick från att det existerade en grundläggande gemenskap mellan brukarna och boendestödjarna, som i exemplet med ”det lilla”, kring en kopp kaffe, men också i hur ofta boendestödjarna gick tillbaka till egna erfarenheter i sina samtal med brukarna.

En punkt i Tews uppräkningslista som däremot saknas i boendestödjarnas berättelser är ett medvetande om det strukturella förtrycket som brukarna utsätts för i samhället. En brist på makt och de valmöjligheter som makt för med sig, ligger bakom såväl psykiska problems uppkomst som de resurser som står till buds för att hantera dem och deras eventuella lösning. Inte heller formulerar de någon strategi för brukarnas erövring av ett medborgarskap. Processen med biståndsbedömning och genomförandeplan omvandlar brukarens makt som medborgare till en fråga om att möta rätt biståndsbedömare eller rätt boendestödjare. Inte till en fråga om rättigheter. Som en boendestödjare nämner i en intervju, så kan brukaren taktiskt erkänna behov som de inte har för att kunna behålla kontakten med en boendestödjare eller få en stötid.

Betoningen av brukaren som en person och inte någon som kunde reduceras till sina symptom togs även upp i flera intervjuer på den interpersonella

nivån. Återigen kan exemplet med hur samma person/boendestödjaren hade hanterat en fråga om att få en kopp kaffe när hon arbetade inom den psykiatriska slutenvården respektive på ett stödboende vara en illustration av ett medvetande av den diskriminering som brukarna har utsatts för och fortfarande utsätts för.

Så...

Vi befinner oss i en unik situation.

Med undantag från våra nordiska grannländer finns inget kommunalt socialt boendestödsarbete i några andra länder, där psykiatrin intar en dominerande position och där kommunerna och socialt arbete inte har samma ställning och ansvar som i Sverige.

Under de senaste decennierna har boendestödjarna utvecklat olika praktik utifrån lokala förutsättningar. En mångsidig praktik som gör det möjligt för människor, som tidigare ansågs vara dömda till ett liv på slutna institutioner, att leva ute i samhället. En praktik som genererar kunskap.

Boendestödsarbetet förekommer inte i de flesta andra länderna. Därför saknar vi forskning som motsvarar de krav som Socialstyrelsen valt att ställa på den kunskap som tas upp i deras kunskapssamlingar.

Men forskning finns i de nordiska länderna. En högstående kvalitativ forskning där boendestödjarnas insatser och betydelse studeras.

Här finns ett unikt utrymme att ta tillvara på den praktik och de kunskaper som den utvecklade istället för att tvinga på denna praktik manualer och schema hämtade från helt andra sammanhang, under helt andra förutsättningar.

En central aspekt som bör tillvaratas och utvecklas är brukarnas medverkan i boendestödsarbetet och kanske främst i biståndsbedömningsarbetet. Denna medverkan är tänkt att ske både i varje enskild fall, men också när det gäller verksamheternas inriktning.

Tar vi tillvara på dessa tre aspekter; forskningsresultat, brukarnas erfarenheter och preferenser och de professionella boendestödjarnas erfarenhetskunskap; då kan det bli möjligt att utveckla en evidensbaserad praktik.

Men för att detta ska vara möjligt krävs att brukarnas och de professionellas erfarenheter uppvärderas och att forskning om deras kunskap och praktik får ett aktivt stöd.

Referenser

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Arlington: American Psychiatric Association.

Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd – en studie om människor med psykiska funktionshinder*. Avhandling Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet, 2009.

Asplund, J. (1987a). *Det sociala livets elementära former*, Göteborg: Korpen.

Asplund, J. (1987b). *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*, Göteborg: Korpen.

Berge, A. (2007). *Sjukvårdens underklass*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete: Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Blau, P.M. (2008). *Exchange and power in social life*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Borg, M. & Kristiansen K. (2004). Recovery-orientated professionals: Helping relationships in mental health services, *Journal of Mental Health*, 13, 493-505.

Borg, M. & Davidson, L. (2007). The nature of recovery as lived everyday experience, *Journal of Mental Health*, 17, 129-140.

Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M.J. (2003). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person? In Ralph, R. & Corrigan, P. (Eds.), *Recovery and Mental Illness: Consumer visions and Research Paradigms*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Davidson, L., Shahar, G., Staeheli Lawless, M., Sells, D. & Tondora, J. (2011). Nöjen, glädje och andra positiva livshändelser – Icke-specifika faktorer i återhämtningen från psykisk störning, in Sundgren, M. & Topor,

A. (red) *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm: Bonnier Utbildning. Först publicerad (2006) Play, pleasure, and other positive life events: "Non-specific" factors in recovery from mental illness? *Psychiatry*, 69, 151-163.

Denhov, A. (2007a). *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt*. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatrins Södra.

Denhov, A. (2007b). Relationer, viktigare än metoder? Patienter beskriver hur de professionella varit till hjälp i psykiatrisk vård, I Topor, A., Broström, K. & Strömwall, R. (red) *Vägen vidare. Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*, Stockholm, RSMH – Psykiatri Södra Stockholm.

Denhov, A. (2012) *Hjälpande personal – Brukarperspektiv*. Stockholm: FoU-enheten Psykiatri Södra.

Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 417-424.

Eliasson, R. & Nygren, P. (1981). *Psykiatrisk verksamhet 1. Samhälle, människosyn och modern själavård*, Malmö: Prisma.

Estroff, S. (1993). Identity, disability and schizophrenia: the problem of chronicity, in Lindenbaum, S & Lock M. (reds.) *Knowledge, power and practice – The anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley: University of California Press.

Grönberg Eskel, M. (2012). *Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande. Akademisk avhandling*. Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Karlstad University Studies 2012:54.

Högström, E. (2012). *Kalejdospiska rum – Diskurs, materialitet och praktik i den decentraliserade psykiatriska vården*. KTH Arkitektur och samhällsbyggnad: Doktorsavhandling i Planering och beslutsanalys med inriktning på Urbana och regionala studier.

Ingemarson, M., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2006). *Att planera för boendestöd: om planer, trepartssamtal och klientmedverkan i socialpsykiatrin*. Stockholm Förlag: CKP - Centrum för kunskapsutveckling i praktiken.

Karlsson, P., Bergmark, A. & Lundström, T. (2013). Procedures and claims among US evidence producing organisations: the case of the Incredible Years programme, *Evidence and Policy*, <http://dx.doi.org/>

Mosher, L.R. & Burti, L. (1988). *Community mental health - Principles and practice*, New York: W.W. Norton & company. Svensk övers. (1995) Socialpsykiatri - en praktisk handbok, Stockholm: Bonnier Utbildning.

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, nr 21, 452-460.

Pehrson, Å. (2014). "Jag har väskan bredvid huvudet när jag sover" - en rapport om dörrar och lås inom psykiatrisk heldygnsvård. Psykiatri Södra Stockholm. FoU-enheten.

Person Pagels, K. & Topor, A. (2007). Man kan väl inte ha blå julgardiner, eller? Att arbeta med brukarnas önskemål. Metodutveckling inom socialpsykiatrin, *Psykisk Hälsa* 2/2007, s 59-71.

Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes R. B. (2000). *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM* (2nd ed.) London: Churchill Livingstone.

Sjöström, B. (1992). *Kliniken tar över dårskapen - Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*, Uddevalla: Daidalos.

Socialstyrelsen (2002). *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2008). *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller liknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella Riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2012). *Om evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18920/2012-12-20.pdf>
- SOU (1991). *På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda*, SOU 1991:47.
- Stewart, K.D. (2012). Factors contributing to engagement during the initial stages of treatment for psychosis, *Qualitative Health Research*, 23, 336-347.
- Sundgren, M. (2005). Den sociala blicken – att se det förbisedda, in Sundgren, M. & Topor, A. (red) (2005) *Social Psykiatri*, Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Sundgren, M. (2011). Socialtjänsten och de psykiskt funktionshindrade, s 156-176, in Sundgren, M. & Topor, A. (red) *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450- 455.
- Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress*, New York: Palgrave Mcmillan.
- Topor, A. (1988). *Tvetydighetens tid. Dokumentation från ett boendekollektivprojekt för äldre långtidsvårdade mentalpatienter*, Stockholm: Stockholms Socialförvaltning FoU-byrån. Rapport nr 16.
- Topor, A. (1990). *Hemtjänsten, människor och psykiska problem. Vårdbiträdenas samlade tystnader*, Arlöf: Almqvist & Wiksell.
- Topor, A. (1999). Om det obetydligas betydelse – återhämtning från svåra psykiska störningar, *Psyke* nr 1.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Topor, A. & Denhov, A. (2011). Evidensbaserade insatser - Vilken och vems evidens? in Sundgren, M. & Topor, A. (red) *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonniers.

Topor, A. & Denhov, A. (2012). Recovery and time – inside the blackbox of working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 239-254.
<http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2012.703544>

Ware, N.C., Tugenberg, T & Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness, *Psychiatric Services*, 55, 555- 550.