

Hemligt och hemligt

Professionella samtal i bostaden

STEFAN SJÖSTRÖM, fil.dr i kommunikation mellan människor, är forskare vid Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, Luleå tekniska universitet (Cufs). Han har givit ut två böcker om psykiatri och är intresserad av mellanmänskliga möten i olika typer av vardagsverkligheter.

två främlingar möts för första gången. De slår sig ner vid var sin sida av ett bord och börjar samtala. Till en början ställer den ene några frågor om var den andre bor, vad han arbetar med och annat som inte sällan diskuteras när människor möts för första gången. Efter någon minut inträffar dock något som bryter mot detta mönster, med frågan: "Hur har du det med alkohol?" När mannen på andra sidan skrivbordet efter några ögonblick svarar att han dricker kanske ett flaskor sprit i veckan, ser kvinnan som frågat honom rakt i ögonen och frågar nu: "Hur mycket öl blir det då?"

En ganska egendomlig situation, där den ena samtalspartnern plötsligt ställer frågor på ett sätt som bryter mot de samtalsregler som vi vanligen följer. Det egendomliga med detta samtal är att det fortsätter som om inget hänt. Mannen och kvinnan fortsätter att samarbeta sig genom samtalet som om det aldrig ställts någon egendomlig fråga. Det blir lättare att förstå denna situation om vi såg att kvinnan hade en vit rock på sig och att det finns en korridor med ett väntrum strax utanför det lilla kontorsliknande rummet.

Det ter sig inte så egendomligt att en läkare på en akutpsykiatrisk avdelning ställer denna typ av frågor till en ny patient, om vilken hon kan läsa i journalen att han haft svåra missbruksproblem. Det är detta som är utgångspunkten för det forskningsprojekt¹ som denna text handlar om: regelmässigheten i *institutionella samtal*, dvs. samtal där en expert samtalar med en lekperson i syfte att förmedla något slags professionell tjänst.

Det är med detta intresse för institutionella samtal som jag intresserat mig för att titta på en ny slags samtal mellan vårdande personal och människor i behov av stöd, nämligen de möten i hemliknande miljöer som sker mellan per-

sonal inom kommunal omsorg och människor med psykiska funktionshinder.

PSYKIATRIREFORMERNA

Bakgrunden till den nya företeelse som blir föremål för undersökning är det reformarbete som bedrivits på det psykiatriska vårdfältet under senare år. Denna omvälvning, som tog sin början under 1970-talet, har skett samtidigt på flera olika nivåer, såväl vad gäller huvudmannaskap, organisation som innehåll i vården.

Från slutet av femtiotalet började det riktas hård kritik mot den etablerade psykiatrins sätt att arbeta. Mentalsjukhusen beskrevs som omänskliga och i avsaknad av någon nämnvärd förmåga att hjälpa de människor som var patienter där (se Goffman 1961/1973).

Under 1960- och 1970-talen började försök med alternativa vårdformer bli vanliga på många håll i världen. En internationell trend på senare år har varit att omfattningen av vård bedriven på mentalsjukhus minskat (Hansson 1993). Denna trend har ofta beskrivits som en *avinstitutionalisering*. Som Hansson påpekar är termen *avhospitalisering* mer rättvisande än *avinstitutionalisering*. Detta eftersom institutionella lösningar fortfarande är mycket framträdande inom psykiatrin. I Sverige har reformeringen av psykiatrin främst förknippats med termen *sektorisering*. Strävan har varit att minska antalet vårdplatser inom den slutna psykiatriska vården och överföra resurser till öppenvård. I takt med att omfattningen av slutenvård minskat har många som tidigare mer eller mindre permanent bott på institutioner flyttat ut i eget boende. En viktig fråga att ställa är nu hur livssituationen ser ut för denna grupp. Farhågor har hysts över att

många riskerar att bli ensamma – de saknar sociala relationer i den "friska" världen (Ericsson et al, 1989).

Inom sjukvården i stort har skett en utveckling där man gått från att huvudsakligen inrikta sig på att bota sjukdom till att alltmer ägna sig åt att hjälpa människor med att hantera mer eller mindre kroniska åkommor. Infektionssjukdomarna från början av 1900-talet är i stort sett utrotade. Dock har andra typer av mer välfärdsrelaterad problem kommit att bli mer framträdande. Det gäller sjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, fetma och diabetes.

Denna svängning inom vården i stort leder till ett annorlunda förhållningssätt till patienter, vilket också avspeglas i hur man ser på psykiatriska patienter. Denna förskjutning i synsätt kan beskrivas med begreppet *handikappisering* (jfr Hydén 1998.). Människor som tidigare f.a. definierats som psykiskt sjuka förstås nu i ökad utsträckning som handikappade. Uppgiften för vården blir då att hitta vägar så att individen kan leva ett så "vanligt" liv som möjligt. I detta sammanhang kan man förstå de starka strävanden efter *normalisering* som kan iakttas i t.ex. ambitionerna bakom den senaste stora psykiatriska reformen, som fått benämningen Psykiatrireformen (se SOU 1992:73). Normaliseringen omfattar flera dimensioner av den psykiskt stördes liv. Det handlar t.ex. om att hitta ett normalt boende, dygnsrytm, arbete, fritid och socialt liv. Problem som uppstår här handlar om hur man definierar vad som är normalt och vad som blir rimligt att se som normalt givet de speciella förutsättningar och begränsningar som gäller för individen med psykisk störning. Hur mycket är det t.ex. rimligt att sträva efter att en klient med en svår störning ska arbeta? Vilka typer av

arbetsuppgifter kan man förvänta sig att hon klarar?

NYA UTMANINGAR FÖR PERSONAL

En konsekvens av förändringarna på det psykiatriska fältet är en förändrad arbets-situation för de yrkesgrupper som arbetar med människor med psykiska funktionshinder. Traditionella yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor och mentalskötare hamnar i en situation där man måste förändra sitt arbetssätt, dels på grund av att arbetsuppgifter förnyas, dels därför att de måste relatera sitt arbete till en ny organisatorisk kontext. Samtidigt gör nya grupper intåg på det psykiatriska fältet: socionomer, hemtjänstpersonal, vårdbiträden, jurister, lärare m.fl. Dessa har sina specifika traditioner av förhållningssätt till de människor de möter i yrkesutövningen. Etablerade interaktionsmönster måste nu tillämpas och anpassas till en ny kategori klienter – människor med psykiska funktionshinder.

Qvarsell (1982) har framhållit hur viktigt mentalsjukhuset som organisationsform var för etablerande av läkarna som profession. Inom de professioner som traditionellt arbetat med människor med psykisk störning (läkare, psykologer, sjuksköterskor, mentalskötare) har utbildningen varit mycket hårt knuten till sjukhuset som miljö. Förutom att teoretiska delar bygger på kunskap som i huvudsak genererats i sjukhusmiljö, innehåller vårdutbildningarna också stora inslag av praktik, där studenter i en lärlingsroll deltar i arbetet på vårdavdelningar. Här kan praktikanten under överinseende av erfarna yrkesmänniskor tränas i att tillämpa den teoretiska kunskap som man tillägnat sig tidigare under utbildningen. Praktiken

anses vara ett nära nog outhärligt sätt att tillägna sig den tysta – eller hemliga – kunskap som är nödvändig för all kvalificerad yrkesverksamhet. Den strukturerade miljö som sjukhusavdelningar utgör innebär mycket goda förutsättningar för denna typ av lärande: sjukhusets höga grad av specialisering innebär att praktikanten under en kort tid kan möta många fall. Specialiseringen innebär också att praktikanten genom att vistas på olika typer av avdelningar får tillfälle att under systematiska former se exempel på skilda varianter av problem hos patienter. Den psykiatriska vårdavdelningens karaktär av "total" institution (jfr Goffman 1961/1973) innebär också att ett övningsmaterial av patienter i hög grad är tillgängligt för praktikanten. De goda förutsättningarna för övning på autentiska fall förstärks även av det faktum att patienter i allmänhet är vana vid att möta praktikanter på sjukhus.

Det som händer i den nya psykiatrin ställer på flera sätt till med problem sett utifrån hur den traditionella formen för utbildning har sett ut. När sjukhusvården minskar, försvinner också en central del av basen för träning av vårdpersonal. Situationen i de mindre institutionaliserade miljöerna tillåter inte på samma sätt praktikanter att under systematiska former ställas inför ett stort antal fall. Vidare kan man inte ta för givet att den relation som etableras mellan t.ex. ett vårdbiträde i hemtjänsten och en boende kommer att se likadan ut om ytterligare en person deltar i besöket. Dessa vårdrelationer kommer förmodligen att i större utsträckning präglas av individuella anpassningar till varje klient, vilket försvårar en systematisk kunskapsinhämtning. När vårdinsatserna utspelas i klientens hem, kan man också förvänta att det blir svårare att motivera vårdtagare att ta emot ytterligare besökare

när det huvudsakliga syftet enbart är för att tillgodose utbildningsbehov.

INSTITUTIONELLA SAMTAL

Projektet fokuserar några aspekter av kommunikativa problem, vilka kan formuleras inom ramen för vardagslivets sociologi (jfr Garfinkel 1967; Heritage 1983). Den första aspekten gäller den typ av omsorg som bedrivs utanför institutioner där patienter vistas under en stor del av sin tid. Det handlar om bemötande av klienter som finns utanför vårdavdelningar, sjukhem och andra slutna institutioner. En betydande del av omsorgen och vården av människor med psykiska problem sker nu under former där den institutionella strukturen är betydligt mer oklar, som när landstingets öppenvårdspersonal gör hembesök, när boendehandledare hjälper en klient i tvättstugan, eller i relativt informella dagverksamheter där man tar en fika tillsammans. En viktig följd av detta är att det blir nödvändigt med en långt större flexibilitet i arbetet, vilket ställer nya krav på personalen.

Sett ur ett kommunikationsperspektiv innebär detta en radikalt förändrad situation för både personal och patienter. Interaktionen i traditionella institutionella miljöer – exempelvis sjukhus – präglas av en mycket hög grad av strukturering och ordning (jfr Agar 1985; Drew & Heritage 1992; Prottas 1979; Sjöström 1997). Därigenom har det utvecklats en systematisk professionell kompetens i hur man bemöter patienter eller klienter. Sjukhusmiljön innehåller många drag som strukturerar kommunikationen. Det faktum att patienter innan samtalet med läkaren, sjuksköterskan eller dietisten placeras i ett väntrum demonstrerar att den professio-

nelle arbetar under tidspress och därför bara har en begränsad mängd tid att ägna åt den aktuella patienten. Den fysiska miljön i ett undersökningsrum ger också signaler om vilken slags samtal det rör sig om. Man samtalar ofta över ett skrivbord, där en undersökande läkare sitter vid sin arbetsplats (med pennor, telefon, böcker, diktafon osv.) medan patienten sitter på en gäststol utan eget skrivbord. Läkaren utövar en relativt stor kontroll över denna typ av samtal, i synnerhet genom att vara den som ställer frågor. Det är läkaren som avgör när samtalet är avslutat och som dessutom tillfälligtvis kan lämna rummet under samtalet. En viktig förutsättning för samtal på sjukhus är att medborgare i allmänhet socialiserats till att agera funktionellt när de inträder i rollen som till exempel patienter på ett sjukhus (jfr Johansson 1994; Mishler 1984; Sätterlund Larsson 1989), eller sökande av socialbidrag på en socialförvaltning (Cedersund 1992; Fredin 1993; Kullberg 1994). Och denna socialisation fungerar även om varje enskild institutionell miljö kan sägas vara sluten och i en mening hemlig.

De etablerade mönstren för interaktion sätts ur spel när professionella möter klienter utanför dessa tydligt institutionella kontexter. I de fall där den professionelle besöker sin klient i bostaden kan man förvänta sig att relationen till klienten konstrueras annorlunda än på sjukhuset. När den professionelle samtidigt blir en gäst i någons hem, förändras den hierarkiska relationen mellan parterna – experten får svårare att hävda en självklar roll att vara den som styr interaktionen (jfr Gaunt & Lantz 1996; Melin Emilsson 1998; Olsson 1995; Thomas 1986; Öhlander 1991, som alla har beskrivit liknande företeelser inom äldreomsorgen). Det är faktiskt inte längre självklart att ett samtal

över huvud taget kommer till stånd, att den professionelle får tillträde till patientens hem. Det blir nu den professionelle som blir gäst hos klienten, vilket ökar den senares möjligheter att kontrollera interaktionen. Faktorer i klientens vardagsliv blir mer påtagliga och svårare att bortse från under samtalet. Det kan t.ex. gälla när telefonen ringer, familjemedlemmar finns närvarande eller det blir dags att gå ner till tvättstugan. I denna typ av möten kan man också förvänta en förskjutning av expertens roll från terapeutisk till pedagogisk. Vidare uppstår nya typer av vårdetiska problem när den offentliga omsorgen når ända in i klientens hem. Samtidigt som klienten kan sägas få mer inflytande genom att interaktionen utspelas på hennes hemmaplan, kan man inte bortse från att den nya psykiatrins betoning av hemmet också kan ses som en mer raffinerad form av social kontroll än de vad som var möjligt på de gamla institutionerna (jfr Foucault (1991). Utifrån svenska förhållanden rör det sig om nya empiriska fenomen, vars kommunikativa aspekter inte blivit föremål för forskning (jfr Sjöström, 1994; Barham 1992; Estroff 1985; Lopez (1996).

ATT FÅNGA DET INFORMELLA OCH FLYKTIGA

I den tradition av kommunikationsforskning som intresserat sig för institutionella samtal har det dominerande metodiska valet varit att spela in samtal mellan experter och klienten. Detta har varit relativt enkelt att administrera, eftersom samtalen utspelas sig vid bestämda, inplanerade tidpunkter och på förutsägbara platser, t.ex. på sjukhuset. Den relativt tydliga strukturen i miljön och parternas vana vid lik-

nande situationer innebär också att de troligen inte störs särskilt mycket av närvaron av en bandspelare.

För att fånga samtalen i hemmiljöer blir det svårare att använda bandspelare. Dels för att det helt enkelt blir svårare att hitta en naturlig startpunkt i ett vardagligt flöde av händelser som ter sig tämligen triviala. När ska man slå på en bandspelare? Och hur gör man det utan att själva inspelandet blir ett mycket påtagligt – och störande – inslag i situationen? Vad som händer i våra hem är också något som vi är vana vid att hålla hemligt för utomstående.

Jag har valt att studera dessa möten genom deltagande observation kombinerat med intervjuer med både boende och personal. Under något år kommer jag att följa en grupp människor med psykiska funktionshinder som lever i olika slags boendeformer på ett bostadsområde i en svensk stad. Förhoppningen är att observationerna ska skapa förutsättning för en mer "autentisk" inblick i vad denna kommunikation är för något. Deltagarobservationerna är också en viktig utgångspunkt i de djupintervjuer som genomförs: det skapar gemensamma referensramar och möjlighet att ställa frågor utifrån konkreta erfarenheter som jag i viss mån delar med de som ska beskriva sin verklighet för mig. Med några av de boende, som är ganska reserverade mot människor de inte känner, vore det knappast möjligt att genomföra intervjuer om jag inte först hade lärt känna dem under fältarbetets gång.

Som man kan förvänta sig har fältarbetet inledningsvis visat sig vara knepigare än vad jag tänkt mig. Ju mer hemliga förhållanden som gäller, desto svårare har det varit att kunna följa möten mellan personal och boende. Och i miljöer som lättare låter sig utforskas – som det gruppboende för sex personer som bemannas av perso-

nal dygnet runt – blir det svårare att upprätthålla perspektivet av hemlighet. Några av de äldre männen som bor där har tillbringat många år på stadens mentalsjukhus, som låg i samma område (den fastighet som nu är gruppbostad har faktiskt en gång i tiden varit bostad för mentalsjukhusets läkare). Dessa män talar ibland om gruppboenden som "avdelningen", vilket pekar på att avståndet mellan psykiatireformens ideal och den levda verkligheten för målgruppen kan bli ganska stor. Detta exempel illustrerar varför termen *ominstitutionalisering* kanske är bättre än *avinstitutionalisering* eller *avhospitalisering* (jfr Hansson 1993).

Det pekar också på nödvändigheten att problematisera den ursprungliga utgångspunkten och fråga sig vad det hemlika i den nya psykiatrin egentligen innebär. Det är först med detta som parallellen till de traditionella institutionella samtalen blir riktigt fruktbar.

NOT

- ¹ Projektet *Att möta människor med psykisk störning i hemmiljö – kommunikation utan institutionell form* finansieras av Rådet för arbetslivsforskning och beräknas avslutas hösten 2002.

LITTERATUR

- Agar, Michael, 1985. "Institutional discourse." I: *Text* 5, 147–168.
- Barham, P., 1992. *Closing the Asylum. The Mental Patient in Modern Society*. Harmondsworth: Penguin.
- Cedersund, Elisabet, 1992. *Talk, text and institutional order. A Study of communication in social welfare bureaucracies*. Linköping Studies in Arts and Science No. 78. Linköpings universitet.
- Drew, Paul & Heritage, John, 1992. *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eriksson, K.; Persson, L. G. & Svensson, R., 1989. *Psykiatri i omvandling*. Stockholm: Liber.
- Estroff, Sue E., 1985. *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M., 1991. *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. London: Penguin Books.
- Fredin, Erik, 1993. *Dialogen i socialt arbete. En studie av socialbyråsamtal i ljuset av modern dialogteori*. Studies in Communication No. 36, Linköpings universitet.
- Garfinkel, H., 1967. *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gaunt, D. & Lantz, G. (red.), 1996. *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Stockholm: Liber.
- Goffman, E., 1973 (orig. 1961). *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltlivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Hansson, J-H., 1993. *Organizing Normality. Essays on Organizing Day Activities for People with Severe Mental Disturbances*. Linköping Studies in Arts and Science. Linköpings universitet.
- Heritage, John, 1984. *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Hydén, L-C., 1998. "Den 'nya' psykiatrin – från psykisk sjukdom till handikapp." I: Stefan Sjöström (red.), *Nya kulturer i psykiatrin*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, Marita, 1994. *Communicating about Health in Health Care. Perspectives on life style and post-operative complications*. Linköping Studies in Arts and Science No. 116. Linköpings universitet.
- Kullberg, Christian, 1994. *Socialt arbete som kommunikativ praktik. Samtal med och om klienter*. Linköping Studies in Arts and Science No. 115. Linköpings universitet.
- Lopez, Margarita, 1996. "The Perils of Outreach Work: Overreaching the Limits of Persuasive Tactics." I: Dennis, Deborah & Monahan, John (ed.), *Coercion and Aggressive Community Treatment. A New Frontier in Mental Health Law*. New York: Plenum Press.
- Melin Emilsson, U., 1998. *Vardag i olika världar. Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. Lund: Arkiv.
- Mishler, E., 1984. *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Olsson, Erik, 1995. *Delad gemenskap*. Linköping Studies in Arts and Science No. 134. Linköpings universitet.

- Prottas, Jeffrey M., 1979. *People-processing. The street-level bureaucrat in public service bureaucracies*. Lexington: Lexington Books.
- Sjöström, Stefan, 1994. "Professionell vänskap." I: Eriksson, B. E. & Näsman, E., *Samhällsvetenskap och vardagsserfarenhet. Teori, praktik, etik*. Stockholm: Liber.
- Sjöström, Stefan, 1997. *Party of Patient? Discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings*. Umeå: Boréa.
- Sjöström, Stefan (red.), 1998. *Nya kulturer inom psykiatrin*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*.
- Sätterlund Larsson, Ullabeth, 1989. *Being Involved. Patient participation in health care*. Linköping Studies in Arts and Science No. 36 Linköpings universitet.
- Thomas, Annika, 1986. *Vardagsvanor och ritualer*. Stockholms socialförvaltning, FoU-rapport nr 52.
- Qvarsell, R., 1982. *Ordning och behandling. Psykiatri och sinnessjukvård under 1800-talets första hälft*. Umeå: Umeå universitet.
- Öhlander, Magnus, 1991. *Engagerad distans: en stu-*

die av vårdbiträdens relationer till pensionärer i ett servicehus. Stockholms socialförvaltning, FoU-rapport 1991:3.

- Öhlander, Magnus, 1999. *Skör verklighet – en etnologisk studie av demensvård i gruppboende*. Lund: Studentlitteratur.

SUMMARY

Domesticated Institutional Discourse

The article takes its departure from the tradition of research on institutional discourse, conversations between experts and clients in settings like hospitals, social welfare bureaus/offices, courts etc. In the reformed care for people with psychiatric disorders, a new kind of expert-client communication occurs, namely in the home of the client. The article discusses how features in communicative context such as discursive dominance, social control, and power relations change when the counterparts leave the structured environment of the hospital and enter the living room of the client.