

# Orden som beskriver?

Om språkbruk på det reformerade psykiatriområdet

Mikael Sandlund

Urban Markström

Psykiatrireformen (1) innebar bl a ett förtydligande av ansvarsgränserna mellan landstingspsykiatrin och kommunernas socialtjänst. Psykiatriutredningen (2) som låg till grund för lagändringarna betonade ett socialpsykiatriskt arbetssätt. 1.2 miljarder kronor avsattes för att stimulera metodutveckling och start av projekt främst i syfte att utöka vård och serviceutbudet för de personer som till följd av sin psykiska störning har allvarliga sociala konsekvenser i sina liv. Många verksamheter har uppstått (3,4), samverkan mellan olika aktörer förefaller också att ha intensifierats. Författarna är engagerade i en rad utvärderingar av psykiatrireformens utfall, och vi har i dessa sammanhang kommit att notera det stora behov som uppstår av att finna nya begrepp och benämningar inom psykiatriområdet. Både vad gäller den grupp i befolkningen som insatserna vänder sig till, och den personal och de verksamheter som förmedlar insatserna. Vi vill ge några exempel på modernt social-psykiatriskt språkbruk och diskutera vad detta språkbruk kan betyda.

Mikael Sandlund, M D, är överläkare vid Psykiatriska kliniken vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Urban Markström är socionom och forskningsledare vid Utvecklings- och fältforskningsenheten vid Umeå socialtjänst. Båda är även verksamma vid Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten.

## Språkets makt

Kunskaps sociologisk teori innehåller föreställningen om kunskap som verklighetens sociala konstruktion (5). Språket har betydelse för hur vi uppfattar världen. Det återger och representerar en verklighet. Inte nog med det - språket är också ett medel för att *skapa* denna verklighet (6,7). En psykiatrisk patient och en profession på fältet kan således "skapas" med benämningarnas makt. Den som får benämna finns i ett överläge (8). Dessa konstruktioner är inte statiska, utan innehåller en dynamik:

---

---

*Språket är ett medel att skapa verklighet*

---

---

genom sociala och språkliga processer rekonstrueras verkligheten ständigt. Om det blir så att benämningar används som medel för social kontroll, innebär detta ett brott mot de grundläggande intentionerna delaktighet och jämlikhet som psykiatriutredningen formulerade (2).

## "Den det gäller"

All verksamhet som inriktas mot att ge stöd, vård eller service direkt till behövande människor, har behov av något eller några ord för att benämna de personer som omfattas av insatsen. Här är floran av begrepp mycket stor. Man har i många fall en önskan om att komma bort från sjukvårdens traditionella begrepp

'patient', vilket i många föreställningsvärld står för något passivt, endast mottagande, nästan viljelöst. Dessutom är en del av dem som omfattas av insatserna före detta långtidsvårdade slutenvårdspatienter i psykiatri, och det kan kännas viktigt att markera ändrade förhållanden med hjälp av en ny benämning. År 1991 var det helt modernt att tala om (9) 'psykiskt långtidssjuka' (eng 'long term mentally ill') i stället för 'kroniskt psykiskt sjuka'. Idag är den adekvata benämningen 'psykiskt funktionshindrade' (10). Denna språkliga förändring sammanhänger med att handikapp-tänkandet förts in på området, bland annat genom handikapplagstiftningen (11,12). Det administrativa begreppet 'medicinskt färdigbehandlad i psykiatrisk heldygnsvård' förekommer ibland, liksom den språkliga bastarden 'slutenvårdsfärdig'. Inom landstingsvärlden gick för några år sedan en stark ram- och målstyrningstrend, vilken på sina håll avsatte begreppet 'kund' istället för patient. Inom socialtjänstens individ och familjeomsorg har av tradition benämningen 'klient' använts, vilket i vissa fall tagits över också av de nya verksamheterna ute i samhället. I hemtjänsten pratar man ibland om 'vårdtagare', eller helt enkelt 'boende'. Ofta är man dock inte nöjd med något av dessa ord, utan det finns behov av något nytt. På en verkstad för arbetsträning kallas de som verksamheten är till för 'medarbetare', medan personalmedlemmarna kallas 'handledare' (13). I många sammanhang har vi stött på benämningen 'målgrupp', 'målgruppsmedlem' eller i värsta fall 'våra vänner', vilket antyder uppgivenhet inför benämningsproblematiken. 'Psykiskt sköra' är ett beskrivande begrepp, men kan ge klangen av kronicitet. Inom RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa) uppfattar vi att 'brukare' är en ganska

---

---

*Inom anhörigrörelsen används allmänt 'den drabbade', för att tala om en person som har psykisk sjukdom*

---

---

allmän beteckning, som finns i sammanställningar som 'brukarrörelse' och 'brukarperspektiv' (det senare inte minst i utvärderings- och forskningssammanhang). Mer direkt anglosaxiskt inspirerad är beteckningen 'consumers movement'. Det anglosaxiska arvet gäller även benämningen 'överlevare' (survivor, i betydelsen "överlevt psykiatri"), som av och till används. I en konsument- eller brukarförening som RSMH kan det också vara naturligt att använda benämningar som 'kamrat' (finns i sammansättningen 'kamratstöd') eller helt enkelt 'medlem'. Inom anhörigrörelsen används allmänt 'den drabbade', för att tala om en person som har psykisk sjukdom.

### **Det man gör / verksamheternas benämningar**

Namn-givandet av nya verksamheter ute i kommunerna tycks ha varit föremål för en del möda. Ambitionen synes vara att *konstituera*, eller att genom benämning *konstruera* en ny praktik. En grupp av namn är de som utgörs av metaforer och som ska associera till någon form av utvecklings- och rehabiliteringsoptimism. Det kan handla om en avstamp, en trampolin, en brygga, en stege eller en trappa. En annan tendens är att lyfta fram intentionerna om samverkan och samarbete i namnet, oftast genom ett inledande "Sam-" eller med hjälp av metaforer av typen bro, nav, kärna eller nät. En tredje tendens är att utgå från ett positivt tillstånd eller en känsla - Lyckebo, Skogslyckan, Smörlyckan,

---

---

*En tendens är att utgå från ett positivt tillstånd - Lyckebo, Smörlyckan, Café Harmoni*

---

---

Danielsro, Trivselhuset, Café Harmoni. Strävan efter samhällsintegrering och normalisering påverkar även namngivandet av verksamheterna. Det mest "normaliserade" är naturligtvis att över huvud taget inte konstruera ett namn, utan istället använda verksamhetens gatuadress. Är det exempelvis frågan om ett boende med särskilt stöd där hyresgästerna bor i egna lägenheter förefaller den tanken logisk.

Något paradoxalt talas ofta om "en kommunal psykiatri". Den organisatoriska basen för verksamheter som har fått del av de nya benämningarna heter fortsatt i många kommuner 'psykiatri', om än i kommunal regi. Efterhand börjar på många håll dessa verksamheter dock att ordnas in under handikappsektioner inom socialtjänsten, vilket går i samma riktning som psykiatireformens målsättningar, och möjliggör ett avpsykiatriserat språkbruk.

### **Benämningar på de professionella**

Övergången från slutna till mer öppna former av vård, stöd och service för psykiskt funktionshindrade har inneburit nya förutsättningar för det praktiska arbetet med gruppen: Arbetet sker i högre grad i den enskildes miljö utifrån dennes behov och egna val. Man kan se det som en maktförskjutning från personal till brukare. Det ställs ökade krav på ett flexibelt arbetssätt och på ökad tillgänglighet. Det samhällsbaserade stödet har generellt inneburit mindre arbetsgrupper, inte sällan tvärprofessionellt sammansatta. Allt mer ansvar

förskjuts till informella och ideella vårdgivare (anhöriga, vänner, grannar, brukarföreningar), ibland med argumentet att "normaliserad" blir man lättast genom ett icke-professionellt stöd. Förändringarna har medfört att t ex hemtjänstpersonal utan tidigare utbildning eller erfarenhet av psykiatriområdet tillförts fältet (14). Detta samtidigt som den landstingsdrivna psykiatriska vården uppvisar en motsatt tendens, nämligen en högre grad av specialisering (15). Sammantaget kan man säga att ett "vardagslivsfält" håller på att inmutas i arbetet med psykiskt funktionshindrade (16).

Utvecklingen i Sverige har inneburit en ökad tilltro till den anställda personens förmåga att lindra det psykiska handikappet och/eller dess konsekvenser. Båda handikapp-lagstiftningen och psykiatireformen stimulerar framkomsten av nya grupper professionella som ska jobba nära den sjuke, ibland med kontrakt direkt med den som behöver servicen, i stället för att tillhöra någon organisation som socialtjänst eller psykiatri. Det sker en tyngdpunktsförskjutning från organisation till person. Några exempel som vi stött på: personliga ombud (försvenskning av engelskans 'case management') (17), stödperson (rättighet enligt psykiatrisk tvångsvårds-lagstiftning) (18), personlig assistent (enligt LSS) (11), ledsagare (LSS), kamratstödjare, kontaktperson (både i sjukvård, socialtjänst och via LSS), psykiatriombud, boendehandledare, boendestödjare, råd och stödare, psykiatrisamordnare, rehabiliterare, psykosocial assistent.

Vad som utmärker många av yrkesbeteckningarna är att de inte primärt utgår från en

---

---

*Det sker en tyngdpunktsförskjutning från organisation till person*

---

---

specifik utbildning eller grundprofession. Man heter inte vad man *är* utan snarare vad man *gör*: Bakom dessa beteckningar kan dölja sig skötare, vårdbiträden, socionomer, psykologer, socialpedagoger, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, etc. Någon klarare befattningsbeskrivning finns inte alltid, tvärtom kan tjänstebeskrivningarna vara väldigt brett formulerade - bakom titlarna exponeras en mångfald av erfarenheter och synsätt som antyder upplösta gränser - mellan discipliner, mellan yrkesgrupper, mellan hög- och lågutbildade, mellan formella och informella vårdgivare. Någon större enhetlighet tycks heller inte finnas - med en 'handledare' kan i en kommun avses personal på ett boende, medan i en annan kommun personal på en arbetsrehabiliteringsverksamhet. Vårt intryck är däremot att en viss differentiering skapats efter hand vad gäller kopplingen mellan typ av kompetens och verksamhetstyp. Särskilda boenden med äldre, långtidsvårdade personer tenderar att ha personal med fram för allt erfarenhet från omvårdnadsarbete, exempelvis skötare och sjuksköterskor, medan verksamheter med tydliga ansatser att bedriva rehabilitering i högre utsträckning har personal med utbildning och erfarenhet från rehabiliteringsområdet, exempelvis arbetsterapeuter och socialpedagoger. Det är med andra ord svårt att prata om *en* ny praktik då det uppenbart finns väldigt skiftande synsätt, arbetssätt och kulturer mellan verksamheterna.

### **Spelar benämningarna någon roll?**

En aspekt har med konsumentupplysning och rättssäkerhet att göra. Det är rimligt att man som användare av stöd, vård och service får veta något om den verksamhet man besöker; något om kompetens och inriktning på dem som jobbar där. Alltför optimistiskt laddade

---

---

*Det är viktigt för att förhindra "avprofessionalisering", och strategier som går ut på att allt går lika bra som något annat, bara man är glad och optimistisk*

---

---

beteckningar (för mycket av -lyckor, -framsteg) kan rimma illa med den faktiska verklighet som råder för den tänkta målgruppen, och suggerera fram anspråk utöver det som är rimligt att uppnå. Endast mot bakgrund av saklig information kan man som individ träffa autonoma val.

En annan aspekt är att de nya benämningarna bidrar till att skapa en verklighet, en ny praktik och en ny professionell medvetenhet. Man bör reflektera över och beskriva det arbete som utförs, för att kunna jämföra det med det som andra gör, och det som tidigare gjorts. Därur kan så småningom en kunskap växa fram om vad som är unikt, verkningsfullt eller i övrigt värt att hålla fram. Ett gynnsamt utfall är om man i de nya verksamheterna kan komma fram till att man är "specialist på att låta brukaren var specialist". Så kan nya yrkesidentiteter växa fram.

Fältet behöver beskrivas vetenskapligt, med hjälp av metodologiskt välgjorda studier. Om de professionella kan bevara och höja sin professionella status, kan detta bidra till högre status även för de psykiskt funktionshindrade.

Att en vårdavdelning blir ett anpassat boende, behöver inte innebära att innehållet förändras. Det kan handla om samma människor, men en organisatorisk förflyttning från psykiatri till socialtjänsten. "Avdelning 13" blir "Glädjelyckan", patienterna blir hyresgäster, skötarna blir boendehandledare, rondan blir konsultation, "psykiatrisk vård" blir "psykiatrisk omvårdnad". Men fortfarande är kan-

ske dörren mellan människorna och omvärlden låst. Låt benämningarna motsvara innehållet, på ett verksamhetsområde där mycket utveckling och nytänkande fortfarande behövs!

## REFERENSER

1. Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.
2. SOU 1992:73 Välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda. Stockholm, Allmänna förlaget, 1992.
3. Socialstyrelsen. Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatireformen 1998. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4. Stockholm, 1998.
4. Socialstyrelsen. Psykiatireformens förverkligande. Projekt som fått stimulansmedel. Psykiatriuppföljningen 1998:1. Stockholm, 1998.
5. Berger P, Luckmann T: Kunskaps sociologi. Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet. Stockholm, Wahlström & Widstrand, 1979.
6. Shotter J: Conversational Realities. Constructing Life through Language. London, Sage, 1994.
7. Gergen K: Towards Transformation in Social Knowledge. London, Sage, 1994.
8. Glass J M: Private terror / public life. Psychosis and the politics of community. Ithaca, Cornell University Press, 1989.
9. Sandlund M: Forskning om vård av psykiskt långtidssjuka, Stockholm, MFR, 1991.
10. Socialstyrelsen. Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar - avgränsning och samverkan. Psykiatriuppföljningen 1997:15. Stockholm, 1997
11. Regeringens proposition 1992/93:159, om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm, 1993.
12. Sandlund M: LSS och psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen, Handikappreformen, underlagsrapport, Stockholm, 1997.
13. Markström U: Pro- eller jäkt? En utvärdering av Nätkraft, ett arbetsrehabiliteringsprojekt för psykiskt funktionshindrade. UFFE:s skriftserie 3/98, Umeå, 1998.
14. Ramon S: Mental health in Europe. Ends, beginnings and rediscoveries. London: McMillan Press, 1996.
15. Goodwin S: Comparative mental Health Policy. From Institutional to Community Care. London: Sage, 1996.
16. Meeuwisse A: Vänskap och organisering. En studie av Fountain House-rörelsen. Lund: Arkiv förlag, 1997.
17. SOU 1991:88. Stöd och samordning kring psykiskt störda - ett kunskapsunderlag. Stockholm, Allmänna förlaget, 1991.
18. Lag (1191:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.