

# ”Valfrihet” och privata lösningar i vården av psykiskt störda

## Magnus Sundgren

Socionom, tidigare verksam som lärare vid Socialhögskolan, arbetat på Barnbyn Skå, socialvårdbyråchef och sedan stabschef i Stockholms socialförvaltning. Frivilligt arbete inom RSMH, medverkat i och varit redaktör för antologier inom socialpsykiatri. E-post: magnus.sundgren@telia.com.

Valfrihet inom vården i Sverige förutsätter privata lösningar. Privata alternativ är ingenting nytt. Missbrukarvården t ex, har erbjudit privata alternativ sedan flera decennier. I Stockholm ges klienten utrymme att välja alternativ som föreläggs dem. Problemet är att de erbjuds biståndsformer som definieras i mätbara termer. Biståndets karaktär blir instrumentellt. Sociala relationer, som är av central betydelse för återgången till normalt liv, lämnas därhän. Ett begrepp i artikeln är ”konkret socialitet”. Begreppet avser det sociala samspelet mellan två eller flera konkreta personer. Biståndsformer upphandlas på en marknad och offentlig upphandling tillåter inte annat än mätbara kriterier. Konkret socialitet kan definitionsmässigt inte upphandlas. Företrädare för brukarrörelsen har uttryckt sig starkt kritiskt till det s k valfrihetssystemet.

Freedom of choice within the healthcare system requires access to alternatives run by privately held operators as a complement to publicly run solutions. Privately held and operated alternatives is not a new phenomenon. In Stockholm substance abuse care has a long standing situation of offering its clients an array of a variety of principals, private and public. The problem however is that these forms of care are defined in instrumental, measurable and therefore mechanized terms. The central factor of social relations, a factor immeasurable in terms of numbers and levels, but crucial for the reentry of a client of care into a normal life, is left entirely out of the process when assessing the caregiver. A central term in this article is “concrete sociability” The term refers to the social interaction between two or more individuals. In the public procurement process of care alternatives a term like “concrete sociability” is not taken into account because it is not by definition measurable. This seriously cripples the assessment of quality in care alternatives. Something that has prompted representatives of the client collective to voice strong criticism of the so called “freedom of choice” system within healthcare.

Följande artikel behandlar det som kommit att betecknas som valfrihet inom vården och dess förutsättning - privatiseringen. Erfarenheterna<sup>1</sup> från Stockholms socialtjänst kommer att vara i fokus. På många håll i landet har under en följd av år utvecklats sk valfrihet i den kommunala vården<sup>2</sup>. Stockholm är ett kanske extremt exempel eftersom omfattningen på de sk valfrihetsreformerna är så mycket större. För de principiella resonemangen i följande text saknar det betydelse att just Stockholm får stå som exempel.

Rubrikens ”valfrihet” har jag satt mellan citationstecken eftersom den valfrihet som en klient inom socialtjänsten ställs inför dels har sina tydliga och begränsande villkor, dels därför att denna valfrihet inte sällan skapar svårigheter för människor med psykiska problem. Valfrihetens begränsningar diskuteras bl a i Hasselbladh m fl (1980).

## Privat vård som alternativ till offentlig är inte nytt

Inom socialtjänstens missbruksvård har sedan decennier de privata alternativen varit många och av skiftande slag. Många behandlingshem drevs som stiftelser eller bolag. Kommuner tecknade kontrakt med dem, oftast med abonnemang på ett antal platser - platsavtal. Valet av kontrakterade behandlingshem skedde ofta, men inte alltid, utifrån en professionell värdering.

Kring decennieskiftet 1989/1990 beslutades politiskt i Stockholm att den institutionella missbrukarvården skulle upphandlas i konkurrens. Eftersom man då inte var villig att kontraktera abonnemangsplatser styrdes upphandlingen av pris per plats inom ett ramavtal utan garantier för vårdgivaren att staden skulle placera något bestämt antal klienter. Stockholm var inte ensam kommun med den här ordningen. Många andra kommuner gjorde likadant. Den konkurrens mellan vårdgivare på en nyetablerad ”marknad” som då uppstod tvingade bort många behandlingshem från marknaden. Det gick inte att överleva utan garanterade inkomster. I vissa stycken var detta en önskvärd sanering av ett fält, som hade erbjudit en del undermåliga vårdalternativ.

Vanligen följde socialsekreterarna Socialtjänstlagens (SoL) bestämmelse om den enskildes rätt att vara med och bestämma om behandlingen. Icke desto mindre kom priset för en vårdplats att styra valet av plats och behandlingshem. Frånsett de nödvändiga professionella övervägandena i valet av behandling så var någon absolut valfrihet aldrig aktuell. Ett exempel på prisets avgörande roll, ett ärende som kom på min lott att hantera, var, när en klient i uppenbart behov av LVM<sup>3</sup>-vård nekades sådan vård av en dåvarande distriktsnämnd med hänvisning till att LVM-vården kostade för mycket. Nämnden ifråga var alltså beredd att

<sup>1</sup>Med erfarenheter avser jag både mina egna i min roll som stabschef och som medlem eller adjungerad till RSMH:s distriktsstyrelse. Härutöver använder jag dokument från Stockholms stad.

<sup>2</sup>Från januari 2009 finns också en Lag om Valfrihet (LOV, Lag 2008:962) som bl a reglerar upphandlingen av vård och omsorg hos kommuner och landsting. Se Kammarkollegiets ”Valfrihetswebb”.

<sup>3</sup>LVM, Lag om vård av missbrukare i vissa fall

åsidosätta lagen för priset.

Inom äldreomsorg och barnomsorg fanns sedan länge privata alternativ. Inom barnomsorgen var de privata alternativen främst föräldrakooperativ och inom äldreomsorgen fanns privata vårdhem och äldreboenden.

Den mest genomgripande ”kommunala” privatiseringen skedde inom skolans område. I nära anslutning till kommunaliseringen av skolan (1991) följde den s.k. friskolereformen (1992), som innebar en fri, om också kontrollerad, etablering av skolor alltifrån lågstadiet till gymnasiet. Skolorna finansieras med s.k. skolpeng, som ”följer” eleven till den skola han eller hon har valt. Det s.k. fria skolvalet.

## BUM<sup>4</sup> – en marknadsorienterad vändpunkt i kommunal ekonomi?

Den s.k. beställar-utförarmodellen är ett uttryck för den styrfilosofi inom offentlig verksamhet som benämns New Public Management, NPM<sup>5</sup>. Organisationen delas upp i beställare och utförare. Inledningsvis tillämpades modellen inom den kommunala organisationen. Marknadsorienteringen i modellen medger emellertid andra utförare än kommunens egna. Allt fler privata vårdgivare kontrakteras också efterhand. I förlängningen av styrfilosofin NPM uppträder det s.k. kundvalssystemet. Kundvalssystemet omvandlas till ”valfrihet” och ”valfrihetsreformer”. Kundvalssystemet förenas med

ett s.k. pengsystem, d.v.s. en kalkylerad summa pengar beräknad i huvudsak på genomsnittet av kostnader per individ för en viss utförd tjänst inom ett visst verksamhetsområde. ”Pengen” följer sedan med till den utförare som den enskilde har valt.

Skolpengen är ett exempel på detta. Systemet med skolpeng har utsatts för en ofta mycket stark kritik då resursfördelningen inte sker efter skiftande behov hos den enskilda individen (se t.ex. Antman 1994). Motsvarande kritik har riktats mot olika grenar av vården där s.k. valfrihet införts – också där pengsystemet inte genomförts – t.ex. primärvård.

I Stockholm har det man kallar valfrihet införts inom en rad verksamhetsområden: Hela skolområdet; äldreomsorgen; vissa verksamheter för funktionshindrade som får stöd enligt LSS; familjerådgivning, SFI och vuxenutbildning; boende, boendestöd och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade (Stockholm a, 2010).

## Psykiskt funktionshindrade – ”valfrihet” i Stockholm

Den enskilde söker bistånd hos en stadsdelsförvaltning. Biståndsbehovet utreds inom en specialiserad enhet – Socialpsykiatri – med vanligen socialsekreterare som biståndshandläggare. Till sin hjälp att bedöma biståndsbehovet har hon ett bedömningsinstrument, DUR<sup>6</sup>, som består av 3 delar (Stockholm b, c, d, 2009): en frågeguide som

<sup>4</sup>BUM – beställar-utförarmodellen, se Hasselbladh m fl (2008) kapitel 8

<sup>5</sup>En diskussion och analys av NPM finns i Hasselbladh m fl (2008)

<sup>6</sup>DUR – dokumentation, utredning, resultat

består av frågor med öppna svar, en systematisk del med givna svarsalternativ samt en uppföljningsdel. Hårtill kommer en manual för användande av DUR (Stockholm e, 2010) samt skriften ”Ersättningsystem inom socialpsykiatri i Stockholm” (Stockholm f, 2009). Dokumenten är inte direkt tillgängliga för allmänheten på stadens öppna nät, men kan erhållas på begäran.

DUR-utredningen är systematiskt uppdelad på 11 s k livsområden. Den systematiska delen avslutas med lika många skattningsskalor plus en skala som betecknas ”hela livssituationen”. Värdena i skalorna löper från 7 (mycket bra) till 1 (inte alls bra). Den systematiska delens svar kan dataregistreras och registret bli föremål för statistisk bearbetning.

När utredningen gjorts och biståndsbehovet och -insatsen klarlagts och beslutats, görs en beställning hos någon utförare. Hela processen, även uppföljningen är manualstyrd. Beställningsmöjligheterna är schablonstyrda utifrån fem insatstyper – särskilt boende, stödboende, boendestöd och sysselsättning, cirkelverksamhet. För varje insatstyp utom cirkelverksamhet definieras insatsens omfattning i tre nivåer utifrån ett poängsystem. Varje nivå bestäms med ett poängintervall där den största spännvidden i intervallet (särskilt boende och boendestöd) omfattar 32 poäng (40-72 poäng). I boendestöd relateras poängtalet i intervallet till timintervall. Lägsta nivån av boendestöd omfattar 1-7 timmar per vecka, nivå 2 omfattar 8-18 timmar och den högsta nivån 19 timmar eller

mer per vecka. Varje nivå har ett fixerat pris, oberoende av tidsåtgång per nivå, som utföraren kan tillgodogöra sig som ersättning för insatsen. Den summa som anges för respektive nivå i respektive insatstyp är den ”peng” som följer den enskilde om och när hon byter utförare för den givna insatsen. Enligt beställningsanvisningarna kan som exempel en beställning respektive en genomförandeplan formuleras på följande sätt (Stockholm f).

En beställning exemplifieras sålunda:

**”Ex: Livsområde: Psykisk hälsa**

Vad ska göras:

Pelle hämtar sin dosett på psykiatrien en dag i veckan. Han åker dit kollektivt själv, men behöver påminnas till att börja med. -visst stöd

Delmål: Att Pelle klarar uppgiften helt själv utan påminnelse.”

En genomförandeplan exemplifieras på följande sätt:

**”Ex: Personlig hygien**

Vi ger Stina stöd genom att påminna.....

Delmål: kopplat till arbets sättet, utföraren ska följa upp sina arbets sätt i syfte att utvärdera om det är ett arbets sätt som gör att beställarens/den enskildes delmål går att uppnå.”

Man kan naturligtvis inte dra för stora slutsatser av exemplen, men det bör åtminstone tills vidare noteras att det rör sig om instrumentellt orienterade insatser. Och det tycks tyda på att konstruktörerna av peng-schablonen tänker sig insatser generellt i instrumentella termer.

Den tekniska konstruktionen av DUR läser i och för sig inte den möjliga insatsen till i förväg definierade insatstyper. Men när koppling sker till resursberäkning och poängsättning begränsas insatserna till just de insatser på vilka resurs- och poängberäkningen vilar. Därmed inskränks naturligtvis valfriheten till att i allt väsentligt avse val av utförare. Endast s k cirkelverksamhet blir då en fråga om mer öppna intressebaserade val. Men den ”peng” som följer val av cirkelverksamhet är (2011) endast 80 kr (82 kr i privat regi) per kurstillfälle om 3 timmar. Det innebär att cirkelverksamhet endast kan innefatta vad som kan kallas hobbyverksamhet på relativt låg nivå. Kvalificerade önskemål, som t ex skrivarkurs med kvalificerad undervisning, är inte möjliga att tillgodose, oavsett hur återhämtningsstödande de än kan vara. Som exempel kan nämnas att en inledande skrivarkurs om 8 sammankomster under 8 veckor med 3 timmar per sammankomst kostar hos Skrivarakademin i Stockholm (ht 2011) 3750 kr, d v s 469 kr per 3-timmarspass. Långt ifrån de 82 kr som följer med den enskilde klienten. En sådan kurs är således utsluten enligt gällande peng-beräkning i Stockholm samtidigt som vi kan se att kreativ verksamhet har en gynnsam effekt på återhämtning från svår psykisk störning (jfr t ex Davidson 2011).

När man betraktar de verksamheter, som erbjuds, är det av betydelse att veta att verksamheterna upphandlas enligt gängse offentliga upphandlingsregler. Verksamheter kan således försvinna och nya komma till. När

en verksamhet försvinner i upphandlingskonkurrensen måste de berörda klienterna föras över till motsvarande verksamhet hos annan vårdgivare efter den nya upphandlingen. Vad som styr upphandlingen är i väsentlig mån priset, inte klienternas mer svår fångade återhämtningsgrad. När en ny upphandling sker av en given verksamhet med en ny entreprenör upphävs det val som en gång gjorts.

### Vad betyder ”valfrihet”?

Den valfrihet, som erbjuds i Stockholm ”betyder” i allt väsentligt *val av utförare* inom ramen för det *mätbara bistånd* som redan definierats genom *beställarens beslut*. Beslutet har visserligen föregåtts av ”samråd” med klienten, men eftersom det rör sig om mätbara insatser blir dessa i allt väsentligt av instrumentell art. En eventuell förändring av insatsen förutsätter en ny behovsprövning försåvitt den inte ryms inom den definierade, beställda, avtalade och således i förväg prissatta insatsen. Hur stor är sannolikheten att en utförare ökar sin insats, även inom ramen, om kostnaderna (t ex fler timmar) ökar?

I en numera klassisk bok inom sociologin, *Om undran inför samhället*, citerar Johan Asplund (1970) den franske författaren och kritikern Alfred Jarry<sup>7</sup>:

”Varför påstår varenda människa att ett fickur är runt, vilket är bevisligen falskt, alldenstund det sett i profil bildar en smal, elliptisk rektangel, och varför i helvete har man lagt märke till formen bara det ögonblick urtavlan var

<sup>7</sup>Alfred Jarry, 1873 – 1907, kanske mest bekant för sin pjäs Kung Ubu

intressant?”

Vad Asplund vill säga med citatet är att saker och ting kan ses ”som något annat”. Asplund tar fäste i Friedrich Nietzsches begrepp ”perspektiviskt seende” (jfr Asplund aa s 28) men använder själv Wittgensteins begrepp ”aspekt” (ibid). Man kan förstå sociala fenomen olika. Man kan förstå någonting som något annat.

Idékonstruktörerna av valfrihetssystemen betraktar valfrihet som en möjlighet att välja mellan enkelt beskrivbara och mätbara objekt. Det som bestämmer vilka alternativ den enskilde klienten får välja mellan är det som systemets konstruktörer definierar som klientens behov. De ser ”urtavlan” med sina siffror och visare, men förstår inte se eller beskriva ”fickuret” som något annat än en plan, rund yta med siffror och visare. Utgångspunkten för att definiera behov och valalternativ är paternalistisk och följer i vårt fall en gammal traditionell, psykiatrisk bild av den andre, den ”svårt psykiskt sjuke”. Till exempel:

”De karakteristiska symtomen på schizofreni har ofta klassificerats i de två breda kategorierna positiva och negativa symtom. Till kategorin negativa symtom hör att personerna tenderar att försjunka i sig själva, bli inaktiva med nedsatt drivkraft och oförmåga att fatta beslut och få ett förändrat känsloliv. Till de positiva symtomen hör bland annat hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar.” (Socialstyrelsen 2011, s 94)

Med en paternalistisk syn på världen vet man ”den andres” behov och arrangerar valmöjligheterna därefter. Kan man bygga under dem med ”evidens” – så mycket bättre. Men kan man se världen på ett annat sätt? Kan det vara problematiskt att helt luta sig mot den psykiatriska världsbilden? Är den ”evidens” man åberopar en konsekvens av perspektivvalet?

Kan man således se ”fickuret” som något annat än en plan yta? Man skulle med ett begrepp lånat från G H Mead (1934/1972) ”taking the role of the other”<sup>7</sup>, ta den andres perspektiv, helt enkelt förstå behoven i de psykiskt funktionshinderades perspektiv.

”I berättelserna från människor med svåra psykiska problem framstår sociala relationer till vänner, familjemedlemmar och professionella som avgörande för återhämtningsprocessen. Det handlar dock ofta om varaktiga relationer.” (Topor 2004, 138, se även Denhov 2011)

Kan man upphandla varaktiga sociala relationer? Sociala relationer är socialt samspel. Kan man upphandla socialt samspel?

”Medan mötet med arbetsvägledaren inte gjorde mig nervös alls (i motsats till mötet med en psykolog – min anm.). Där visste jag att vi skulle prata om jobb. Men när vi väl hade pratat om jobb, så kom vi ganska snart in på vad jag hade upplevt. Det var en person som var intresserad och som svarade upp på det som jag berättade. Det

<sup>7</sup>Meads begrepp har dock en något annan innebörd än den jag ger begreppet här (jfr Mead 1972 s 73)

blev en dialog. Det var inte bara det att hon lyssnade. Hon kunde avbryta mig och be mig förklara något eller ställa en motfråga. Hon lyssnade inte bara med öronen, utan hon tänkte efter och förde kommunikationen framåt. Och det satte jag stort värde på. Så arbetsvägledaren blev en viktig person. Det blev till och med så att när jag kände att jag ville ta livet av mig, så tänkte jag att jag kanske skulle vänta lite, så att jag fick träffa arbetsvägledaren en gång till” (”Oscar” i intervju. Topor aa, s 146).

I berättelserna återfinns ofta tydliga inslag av händelser eller samspel som är särskilt betydelsefulla (jag nyttjar här bl a Andersson 2009, Topor 2004, Sundgren & Topor 2005 och d:o 2011):

Det kännetecknande för andras insatser är (se Topor 2004, Andersson 2009)

- att det handlar om något som går utöver det förväntade

- att det handlar om något som den andre inte gjort för andra

- att det handlar om att någon tar av sin tid, sina krafter och sina resurser och erbjuder brukaren trots att den andre inte behövde göra det eller att det förändrades av någon ny situation

- det handlar om att den andre såg något hos brukaren som tilltalade henne

- det handlar om ”utvaldhet” – d v s en särskild uppmärksamhet och bekräftelse

Och ofta kännetecknas dessa situationer av att de utspelar sig som vardagliga händelser.

I berättelserna framträder också andra

aspekter:

- att göra lite mer

- att finnas kvar

- den professionelles genuina nyfikenhet

- att göra ”något annat” än regelboken föreskriver

- att vara en person – inte en professionell roll

- att tillåta skiftande intensitet i tid

- att ha tid till förfogande (d v s att inte mäta ut tiden)

- att ha mycket tid vid behov

- att tillåta intensitet i det sociala spelet och inte bryta efter klockan

- att personal tar sig tid

”Konkret socialitet” är ett begrepp formulerat av Johan Asplund (1987)<sup>9</sup>. Betydelsen hos ”konkret socialitet” kan mycket förenklat formuleras som mötet mellan personer som inte spelar ”sina roller”. Det är inte ”läkaren” som möter ”patienten”, det är inte ”biståndsbedömare” som kartlägger en ”klient”. Det är Bengt som möter Anders, må vara att Bengt är doktor. Det är Anneli som ska hjälpa Berit att få ett bra boendestöd, må vara att Anneli är socialsekreterare och biståndsbedömare. Man kliver naturligtvis aldrig helt ur sina tillskrivna roller, men poängen är att båda – Bengt och Anders respektive Anneli och Berit – framträder för varandra som konkreta personer, var och en med sina kunskaper och erfarenheter, intressen och böjelser. De skymms inte av rollernas masker. Men heller inte av en instrumentalisering av ”dialogen” (jfr Hasselbladh m fl, 2008 s 149).

De berättelser, som återhämtnings-

<sup>9</sup>För en diskussion om begreppet ”konkret socialitet” se Sundgren (2005) och Sundgren (2011)

forskningen<sup>10</sup> samlar, handlar oftast om den konkreta socialitetens centrala betydelse för återhämtning.

Kan man upphandla konkret socialitet? Valfrihetssystemets och därmed privatiseringens och upphandlingens avgörande problem handlar om att valet begränsas helt av de villkor som formuleras av biståndsgivaren. I princip återstår endast ett (1) ”fritt” val – valet mellan olika biståndsgivare, men bara om de har upphandlats. I övrigt – val av insats och kvantiteten av denna insats avgörs ytterst av biståndsgivaren. Inte ens målet för insatsen kan väljas eftersom målen endast formuleras i mätbara termer. I den mån man som klient har icke mätbara mål – mentala, sociala, emotionella, intellektuella – saknas förutsättningar för att välja. Ett annat problem med det splittrade, privatiserade vårdutbudet med många olika utförare, består i att huvudmannen, d v s kommunen eller landstinget, helt saknar styrmedel för en samlad utveckling av vård och omsorg där återhämtning i dess grundläggande mening har prioritet framför mätbara insatser som mest liknar ADL-träning/social träning. Vårdhuvudmannens föreställning om vad som är bäst för den enskilde och att detta goda åstadkoms genom konkurrens avgör helt den enskilda klientens möjligheter eller omöjligheter. Företrädare för brukarrörelsen har pekat på bl a sådana aspekter. RSMH:s stockholmsdistrikt har i remissvar givit sina synpunkter på den s k valfriheten i Stockholm:

”Att definiera vård- och omsorgsalternativ till enbart verksamheter med *mätbara* kvaliteter är att göra dem till varor. Inte till livsformer.” (RSMH 2008, kursiv i original)

”Det finns en särskild poäng med socialtjänstens omsorg om psykiskt funktionshindrade, en poäng, som psykiatrin inte kan uppnå. Den nationella och internationella återhämtningsforskningen pekar på det *sociala* livets centrala betydelse för psykiskt funktionshindrades möjligheter till återhämtning från svår psykisk ’sjukdom’.” (RSMH 2008, kursiv i original)

”Det sociala livet är, för den ”friske” inte uppstyckat i från varandra skilda livsrum – boende, arbete, fritid etc. De olika delarna av vardagen flyter samman på ett sådant sätt att vi kan uppfatta helheter i våra liv. Livet blir förhållandevis enhetligt. En funktionell och rationalistisk syn på den funktionshindrades behov tenderar att stycka hans eller hennes liv i ett boende, ett arbete eller en daglig sysselsättning, fritidsaktiviteter i från varandra skilda sociala och rumsliga enheter. De socialpsykiatriska verksamheter som lyckas bäst att hjälpa sin brukare är de som kan erbjuda ett mer sammanhållet livsrum.” (RSMH 2008)

Valfrihetssystemet bygger på en funktionalistisk idé om att varje sådant partiellt livsrum – boende, arbete, sysselsättning etc. – tillgodoser en avskild aspekt av ett funktionshinderspek-

<sup>10</sup>Återhämtning (engelsk term recovery). Återhämtningsforskningen studerar förekomsten av återhämtning från olika psykiska störningar och vad det är som bidrar till denna process. Denna forskning visar den centrala betydelsen av sociala och emotionella faktorer samt ”brukarens” egna insatser i sin egen återhämtning.



tema

trum. Att genomföra ett sådant system leder till en splittring av ett samlat livsrum som måste förbli samlat om återhämtningen ska bli möjlig. **Rakt på sak – vårdvalssystemet förhindrar eller minskar brukarens möjligheter att återhämta sig.** (RSMH 2008, fet i original)

”Vi har försökt säga samma sak i avslutning till frågan om konkurrensut-sättningen av socialpsykiatrins olika verksamheter. Så vitt vi har förstått har den politiska och administrativa ledningen hittills intet lyssnat på vår både konkreta, erfarenhetsmässiga och teoretiska sakkunskap.” (RSMH 2008)

Valfrihet och privatisering framstår mer som ett styrinstrument för den paternalistiska, politiska och administrativa, maktutövningen dold under de-visen ”Patienten/klienten i centrum” än organisering av vård och omsorg med utgångspunkt i de psykiskt funktionshindrades behov så som de själva uttrycker den. Finns någon annan lösning?

## Referenser

- Andersson, Gunnel (2009) *Vardagsliv och boendestöd – en studie om människor med psykiska funktionsbinder*, Akademisk avhandling, Rapport i socialt arbete nr 131, Stockholms Universitet.
- Antman, Peter (1994), Systemskifte i skolan, Af-tonbladet 13-14/5 1994, KRUT nr 2 1994 eller <http://www.abc.se/~m9339/askolan.html>
- Asplund, Johan (1970), *Om undran inför sambället*, Lund, Argos
- Asplund, Johan (1987), *Det sociala livets elementära former*, Göteborg, Bokförlaget Korpen
- Davidson, Larry (2011), Nöjen, glädje och andra positiva livshändelser, I Sundgren & Topor (red) 2011, *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm, Bonnier utbildning
- Denhov, Anne (2011), Hjälpande relationer i Sundgren & Topor, *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm, Bonnier Utbildning
- Hasselbladh Hans, Bejerot Eva, Gustafsson Rolf Å (2008), *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, Lund, Academia Adacta
- Mead, George Herbert (1972), *Mind, Self and Society. From the standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, The University of Chicago Press (*Sv övers Medvetandet, jaget och sambället, från socialbehavioristisk ståndpunkt*, Lund, Argos)
- RSMH 2008, Remissvar 2008-03-03 på förslag i Stockholms stad om ”Införande av valfrihets-system inom omsorgen enligt LSS och SoL om personer med funktionsnedsättning, Dnr 326-244/2008”
- Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning.
- Stockholm a, 2010, <http://www.Stockholm.se/valfrihet>
- Stockholm b, 2009-11-28: DUR – dokumentation, utredning, resultat, Del I – Guide (utredningsstöd)
- Stockholm c, 2009-11-28: DUR – dokumentation, utredning, resultat, Del II – systematisk del
- Stockholm d, 2009-11-28: DUR – dokumentation, utredning, resultat, Del III – uppföljning
- Stockholm e, 2010-08-26/2009-03-03: Manual för användande av DUR
- Stockholm f, 2009-09-28: Ersättningsystem inom socialpsykiatri i Stockholm
- Sundgren, Magnus, (2005), Att se det förbisedda i Sundgren & Topor (red) *Social Psykiatri*, Stockholm, Bonnier Utbildning

Sundgren, Magnus (2011), Det sociala arbetets elementära former i Sundgren & Topor (red) *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm, Bonnier Utbildning

Sundgren, Magnus & Topor, Alain (red) (2005), *Social Psykiatri*, Stockholm, Bonnier utbildning

Sundgren, Magnus & Topor, Alain (red) (2011), *Psykiatri som socialt arbete*, Stockholm, Bonnier utbildning

Topor, Alain, (2004), *Vad hjälper, Väger till återhämtning från svåra psykiska problem*, Stockholm, Natur och Kultur