

Lunds universitet  
Socialhögskolan  
SOL 061  
VT-2001

# PERSONLIGT OMBUD I

## KRISTIANSTAD

"BARFOTA - ADVOKAT"

FÖR PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADES

RÄTT I SAMHÄLLET

Författare : Gunwor Nilsson  
Handledare: Staffan Blomberg

## ABSTRACT

The aim of this essay has been to study the work of *personal agents* in Kristianstad. Personal agents was initiated by National Government with the purpose to recognize the needs of mentally disabled, and through a function as coordinators give a better support to these clients. The main questions in this study are focused on the personal agents experience of their work, and how clients and their independent organisations, psychiatry staff and community social workers evaluate the work of personal agents. I wanted an answer to the question : which is the role of personal agents in their relations to clients and authorities, and get a picture of the cooperation between psychiatry and social authorities. In order to get an answer to my questions I have interviewed personal agents, clients, social workers, psychiatry staff and representatives of client organisations. The work of personal agents appeared to be very succesful in order to make the conditions of the mentally disabled better. But the personal agents have been forced to work hard to convince ignorant authorities. My study indicates that there are still problems to be solved before the cooperation between authorities are satisfying.

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	s 2
Förord.....	s 4
<b>1. INLEDNING</b> .....	s 5
1.1 Problemformulering.....	s 5
1.2 Syfte.....	s 6
1.3 Centrala frågeställningar.....	s 7
1.4 Metod.....	s 7
1.5 Urvalsmetod.....	s 8
1.6 Teoretiska utgångspunkter.....	s 9
1.7 Avgränsningar.....	s 10
<b>2 UTREDNING</b> .....	s 11
<b>2.1 Funktionshinder-Handikapp</b> .....	s 11
2.1.1 Begreppen.....	s 11
2.1.2 Normalisering-Integrering.....	s 12
2.1.3 Paternalism-Empowerment.....	s 12
2.1.4 Normalitetsproduktion.....	s 13
<b>2.2 Psykiskt funktionshinder</b> .....	s 14
2.2.1 Begrepp.....	s 14
2.2.2 Definition av begreppet psykiskt funktionshinder.....	s 15
2.2.3 Den psykiska ohälsan och dess konsekvenser.....	s 15
2.2.4 Psykosociala brister.....	s 16
<b>2.3 Psykiatrireformen</b> .....	s 17
2.3.1 Mål och medel.....	s 17
2.3.2 Utvärdering tre år senare.....	s 17
2.3.2.1 Positivt-Negativt.....	s 17
2.3.2.2 Problem.....	s 18
<b>2.4 Samverkan</b> .....	s 19
2.4.1 Samverkan-för vem och varför?.....	s 19
2.4.2 Vad är samverkan?.....	s 19
2.4.3 Varför fungerar det inte?.....	s 19
2.4.4 Hur lyckas med samverkan?.....	s 20
<b>2.5 Psykiskt funktionshindrade och LSS</b> .....	s 21
2.5.1 Pluslag?.....	s 21
2.5.2 Få insatser enligt LSS till psykiskt funktionshindrade.....	s 21
2.5.3 Orsaker.....	s 22
2.5.4 Hur förbättra tillgängligheten?.....	s 22
<b>2.6 Handläggning</b> .....	s 22
2.6.1 Dubbla roller.....	s 22
2.6.2 Mötet.....	s 23
2.6.3 Bemötande.....	s 23
2.6.4 Särskilt utsatta personer.....	s 23
<b>2.7 Personligt ombud</b> .....	s 24
2.7.1 Bakgrund.....	s 24
2.7.2 Utvärdering.....	s 24
2.7.3 De personliga ombudens erfarenheter av försöksverksamheten.....	s 25
2.7.4 Case management-resursmodellen.....	s 25
2.7.5 Statsbidrag.....	s 26
2.7.6 Målgruppen.....	s 26
2.7.7 Personliga ombudens arbetsuppgifter.....	s 26
2.7.8 Ansvar-avgränsningar.....	s 27
2.7.9 Ombudens förhållningssätt.....	s 27
2.7.10 Ombudens utbildning och tidigare erfarenhet.....	s 27
2.7.11 Organisation.....	s 28
<b>2.8 Verksamheten med personliga ombud i Kristianstad</b> .....	s 28
2.8.1 Projektstart.....	s 28
2.8.2 C4-modellen.....	s 29
2.8.3 Projektutvärdering.....	s 29
2.8.4 Ärendestadier.....	s 30
2.8.5 Framtiden.....	s 30

<b>2.9 Redovisning av intervjuvaren</b> .....	s 31
2.9.1 Hur upplever de personliga ombuden sin arbetsituation?.....	s 31
2.9.2 Analys.....	s 32
2.9.3 Vilket ansvar har man som personligt ombud gentemot klienter, respektive gentemot myndigheterna?..s	33
2.9.4 Analys.....	s 33
2.9.5 Hur upplever de övriga aktörerna de personliga ombudens arbete?.....	s 34
2.9.6 Analys.....	s 36
2.9.7 Hur fungerar samarbetet med olika myndigheter?.....	s 37
2.9.8 Analys.....	s 38
2.9.9 Hur har de psykiskt funktionshindrades livssituation förändrats genom att de fått stöd av personligt ombud? .....	s 39
2.9.10 Analys.....	s 41
2.9.11 Vilka av de personliga ombudens insatser har varit viktigast?.....	s 41
2.9.12 Analys.....	s 42
2.9.13 Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?.....	s 43
2.9.14 Analys.....	s 44
<b>3 AVSLUTNING</b> .....	s 44
3.1 Sammanfattning.....	s 44
3.2 Slutdiskussion.....	s 45
Källförteckning.....	s 48
Bilaga 1 a – Intervjufrågor.....	s 50
Bilaga 1 b - Intervjufrågor.....	s 51
Bilaga 2-Ombudens Klientenkät.....	s 52

## FÖRORD

Först och främst vill jag tacka de tre personliga ombuden, Radovan Jawurek, Margareth Ohlson och Stefan Göransson, för att de, trots att de har massor att göra, ställde upp och hjälpte mig med mina intervjuer. Ett speciellt tack riktar jag till Stefan som lagt ned mycket tid på att finna klienter till mina intervjuer, boka tider och föreslå handläggare. Även här var du samordnare!

Självklart vill jag också tacka alla mina ”intervjuoffer” som öppet och utförligt svarat på alla mina frågor, öppenvårdsskötarna Pia Rydberg och Kjell-Åke Bergh, Helen Fasth, socialsekreterare på ungdomsenheten, Hanna Gunnarsson, i.e socialsekreterare på Boendebasen, Bo Torbjörnsson, LSS-handläggare på omsorgsförvaltningen samt ”mina” fyra klienter som får vara anonyma för läsaren men i allra högsta grad ”icke-anonyma” för mig!

Till min handledare på socialhögskolan, Staffan Blomberg, riktar jag ett särskilt tack för att du ”ledde mig in på den rätta vägen”. Din erfarenhet dämpade min ”start-ångest”, sedan försökte jag klara mig själv, ”kan själv”.

En kram följer med det tack jag vill rikta till mina natt-arbetskamrater på avdelning 11 i Hässleholm. Ert stöd och den positiva uppmuntran ni har gett mig har varit guld värt! Det är alltid roligt att åka till jobbet!

Och sist men inte minst, tack till min älskade sambo Åke Wessberg som påminde mig om att livet består av mer än uppsatsskrivning. Din långa erfarenhet av arbete med psykiskt funktionshindrade och din gedigna kunskap på området har du frikostigt delat med dig av samtidigt som du med stort intresse diskuterat mitt arbete med mig. Du har varit , och är min stora energikälla, fortsatt med det!

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Dagens psykiatrivård har vuxit fram ur en brokig samling synsätt och behandlingar, från "uteslutningen" på 1600-talet då alla "dårar" spärrades in på de hospital som tidigare fyllts av de spetälskesjuka, till dagens "medtagande" som innebär att de "avvikande" tas med i samhället, dock fortfarande på andra villkor än vad som gäller för alla andra (Foucault *M Vansinnets historia*, 1983). Vansinne, galenskap, besatthet och dårskap ansågs härska över de människor man lade in på 1700-1800-talens hospital som fungerade som förvaring, arbetsfostran eller som ett sätt att gömma avvikande människor. Först under 1800-talet började man se på vansinnet som en sinnessjukdom som kunde behandlas av läkare. Olika behandlingsmetoder avlöste varandra och i Sverige växte antalet mentalsjukhus stadigt från sekelskiftet fram till 1940-talet. Antalet patienter ökade hela tiden, institutionen blev en plats där man kunde tillbringa ett helt liv. Kritiken mot mentalsjukhusen steg på 1960-talet, institutionen ansågs passivisera patienten samt ge denne en destruktiv sjukhusidentitet, man talade om att patienterna blev hospitaliserade. År 1967 tog landstingen över ansvaret för de psykiskt sjuka från staten och därefter började avhospitaliseringen, utflyttningen av patienter till egna boenden. Sektoriseringen som så sakta inleddes i slutet av 1970-talet tog fart efter 1982 års socialtjänstlag. Den innebar en vidgning av kommunens samhällsansvar vilket betydde att vård och rehabilitering av de psykiskt funktionshindrade skulle vara ett gemensamt ansvarsområde för psykiatri och socialtjänst (Sjöström S, *Nya kulturer i psykiatrin* 1998). Psykiatriutredningen SOU 1992:73, *Välfärd och valfrihet* (SoS 1999:1), slår fast att öppenvården byggts ut, sektoriseringen har genomförts och antalet slutenvårdsplatser har under 1990-talet minskat med 60%.

Kommunernas ansvar låg bl a i att tillgodose behovet av bra bostäder och meningsfull sysselsättning. Det visade sig emellertid vara svårt att förverkliga intentionerna, klientorganisationer och massmedia larmade om psykiskt sjuka som hamnat i ett vakuum mellan psykiatri och socialtjänst, öppenvård och slutenvård. År 1990 startade därför en psykiatriutredning som var unik genom att patient- och anhörig-organisationer var delaktiga i utredningsarbetet. Utredningens förslag resulterade i 1995 års psykiatrireform som gav kommunerna ansvar för boende, sysselsättning, fritid och rehabilitering. Samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och primärvård poängterades i reformen. LSS, en rättighetslag som trädde i kraft i januari 1994, var menad att öka livskvaliteten för de psykiskt

funktionshindrade. Utvärderingar visar dock att antalet personer som fått insatser beviljade är lägre än antalet som har behov av insatser enligt LSS (SoS 1999:1).

Psykiatriutredningen föreslog att "långvarigt och allvarligt psykiskt störda" skulle få rätt till personliga ombud som kunde uppmärksamma den enskildes behov och som genom en samordnande funktion kunde förbättra stödet till denne. Personligt ombud startade 1995 som försöksverksamhet på 10 orter i landet och pågick till 1998. Socialstyrelsens utvärdering 1999:3 visade att den enskildes situation stärkts, samordningen fungerade bättre och insatserna hade resulterat i bättre levnadsvillkor för målgruppen.

Socialstyrelsen har stöd av en beredningsgrupp som bl a har utarbetat kriterier för att avgränsa målgruppen till verksamheten med personliga ombud samt som har formulerat arbetsuppgifterna för de personliga ombuden. På de grunderna startade man i oktober 1999 ett projekt med tre personliga ombud i Kristianstad kommun.

Psykiskt funktionshindrade är en grupp som genom placeringen på mentalsjukhus blev en stigmatiserad avvikargrupp. Gruppen har genom de många förändringarna fått utstå mycket lidande och har inte alltid fått det stöd de som medborgare i ett demokratiskt och jämlikt samhälle borde haft rätt till.

Utvärdering av psykiatrireformen (SoS 1999:1) har visat på stora brister i samverkan samt dåliga satsningar på sysselsättning och rehabilitering. Bristande kunskap om det psykiska funktionshindret jämte otydliga och komplicerade regler och riktlinjer, har visat sig orsaka olikheter i biståndsbeslut mellan olika handläggare i olika kommuner.

Kommunerna har genom 5§ och 6g§ i SoL möjlighet, dock ingen skyldighet, att erbjuda insatsen personligt ombud. Dock ingår det i kommunens ansvar (21§, och 21a§ SoL) att initiera samverkan med andra myndigheter, söka upp psykiskt funktionshindrade personer, kartlägga behoven samt informera om och erbjuda insatser.

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000)

## **1.2 Syfte :**

Syftet med studien är att undersöka hur verksamheten med personliga ombud ser ut i Kristianstad, hur de personliga ombuden upplever sitt arbete, samt hur olika grupper med

intresse av och i verksamheten uppfattar ombudens insatser. Vilka förväntningar finns samt i vilken utsträckning har de infriats hos respektive grupp, överensstämmer de med varandra, med socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheten, eller skiljer de sig åt?

### **1.3 Centrala frågeställningar:**

- Hur upplever de personliga ombuden sin arbetssituation?
- Vilket ansvar har man som personligt ombud gentemot klienter, respektive gentemot myndigheterna ?
- Hur upplever övriga aktörer de personliga ombudens arbete?
- Hur fungerar samarbetet med olika myndigheter?
- Hur har de psykiskt funktionshindrades livssituation förändrats genom att de fått stöd av personligt ombud?
- Vilka av de personliga ombudens insatser har varit viktigast?
- Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?

### **1.4 Metod:**

Jag har valt att göra en kvalitativ studie där jag kombinerar standardiserade frågor med öppna svar med en intervjuguide. Intervjuguiden är baserad på mina centrala frågeställningar men släpper samtidigt fram individuella perspektiv och erfarenheter. Eftersom jag har intervjuat flera olika grupper: ombud, klienter, intresseorganisationer och handläggare/tjänstemän, samt att tiden för intervjuer var begränsad, var det viktigt att ha möjlighet att anpassa frågorna i den aktuella intervjusituationen för att försäkra mig om att jag fick samma typ av information att jämföra med i min analys. De standardiserade frågorna använde jag mig av i intervjuerna inom en och samma grupp . Jag funderade mycket på hur frågorna skulle formuleras för att undvika den s k ”intervjuareffekten”, dvs att jag som intervjuare omedvetet påverkar intervjupersonerna. Det positiva med en standardiserad intervju är att det blir lättare att analysera och jämföra svaren. Svagheter med metoden är att nya ämnen inte tillåts komma upp vilket begränsar möjligheten att ta med individuella skillnader och omständigheter. Men eftersom jag kombinerade standardiserade frågor med en intervjuguide som gjorde det möjligt för mig att anpassa frågorna kunde jag tillhandahålla den ram som gav intervjupersonen möjlighet att uttrycka sina egna uppfattningar i egna ord. Detta kändes extra viktigt med tanke på de svårigheter som kan uppstå i intervjuerna med klienterna. Att formulera behov och



önsknings är ju ett ofta stort problem och dessutom en av orsakerna till att man behöver personligt ombud. (Roos, *Frågeteknik för kvalitativa intervjuer*, 1984:2)

Jag arbetade utifrån ett meso-perspektiv med fokus på insatsen personligt ombud till personer med psykiskt funktionshinder. Min avsikt var inte att få fram fakta och material som är representativt för hela verksamheten, istället ville jag få en inblick i hur etableringen av personligt ombud uppfattas av några olika berörda grupper i Kristianstad kommun. Jag är medveten om att fler grupper berörs, t ex Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men jag valde att inte ta dem med. Delvis på grund av tidsbrist men också för att själva handläggningen av LSS-insatser som huvudsakligen är ett kommunalt ansvar, intresserar mig mest.

### **1.5 Urvalsmetod**

Jag använde mig av den så kallade "snöbollseffekten" för att få kontakt med intervju-personerna. Genom att kontakta de personliga ombuden och be dem att i sin tur kontakta klienterna sparade jag tid samt förvissade mig om att klienterna i så stor utsträckning som möjligt kom att delta frivilligt. Sekretessen var en viktig faktor att ta hänsyn till. Möjligheten att vara anonym erbjöds klienterna, i första hand för att den beroendeställning man eventuellt kunde känna gentemot sitt ombud eller sin handläggare i mesta möjliga mån skulle reduceras. Jag erbjöd ändå samtidigt klienterna att ha sitt personliga ombud med under intervjuerna, detta för att förmedla trygghet. Jag bad därefter ombuden att rekommendera tjänstemän inom socialförvaltningen med vilka de haft lång kontakt till mina intervjuer. Min avsikt var att träffa huvuddelen av intervju-personerna personligen, dock valde jag att intervjua representanter för intresseorganisationerna per telefon, återigen med tanke på den begränsade tid jag hade till mitt förfogande .

Risken för bortfall försökte jag reducera genom att be ombuden att noga överväga vilka klienter man trodde var minst benägna att "hoppa av", samt att man kanske frågade fler än jag behövde intervjua. Lämpligt antal i ett inledningsskede bedömde jag vara tre till fem personer med insatsen personligt ombud. Antalet var inte bestämt eftersom det ju fanns en viss risk att det kunde bli svårigheter att finna klienter som ville ställa upp men slutantalet intervjuade klienter blev fyra stycken, ungefär som jag hade tänkt mig från början. Antalet intervjuer med handläggare och tjänstemän på kommunen begränsade jag till max tre personer, dessa hade lite olika befattningar ( LSS-handläggare, ungdomssekreterare, 1:e socialsekreterare) men jag kommer fortsättningsvis att i mitt arbete kalla dem handläggare. Alla tre har lång erfarenhet

av socialt arbete, 11, 16 och 25 år, vilket jag tyckte var nödvändigt för att kunna se nyanserna. Min ambition var att intervjua alla tre ombuden men eftersom man just då jag behövde deras uppmärksamhet höll på med ansökningar som man hoppades skulle resultera i att verksamheten permanentades, fick jag veta att jag inte skulle räkna med att alla hade tid att ställa upp. Men även i detta fallet hade jag tur och det slutade med att jag fick intervjua alla tre ombuden. Det faktum att verksamheten vid tidpunkten för min undersökning bedrevs som projekt, medförde att tillförlitligheten till intervjuvaren kunde ifrågasättas. Det måste förutsättas att man vill ha en permanentning av verksamheten och då fanns risken att den information man fick var mer positiv än den skulle varit om det redan var en permanent verksamhet. (Halvorsen, *Samhällsvetenskaplig metod*, 1998)

Eftersom jag var ensam om att både intervjua och anteckna, ville jag använda mig av bandspelare för att vara säker på att få med allt som kom fram under intervjun. Jag var medveten om att det kunde skapa osäkerhet hos intervjupersonen varför jag var noga med att fråga om det fanns något motstånd mot att jag använde mig av bandinspelning. Det visade sig att jag kunde använda mig av bandspelare i samtliga fall. Så här efteråt tycker jag att det var tur, dels för att det inte hade varit lätt att hinna anteckna allt som kom fram, dels hade jag vissa dagar två intervjuer inbokade vilket ökade risken för att blanda ihop svaren. Jag erbjöds att intervjua samtliga klienter i de personliga ombudens lokaler vilket jag accepterade. Samtliga klienter tillhörde den grupp som befann sig i vad man kallar det "vilande stadiet", man har då fått det stöd man ansetts behöva från början men kan, om det behövs, fortfarande ringa sitt ombud. Att klienterna befann sig i ett nästan avslutat stadie anser jag minskade risken för att de skulle känna att de stod i ett slags beroendeställning till verksamheten. Med den utgångspunkten tyckte jag att det var i sin ordning att hålla intervjuerna i ombudens lokaler, det kunde till och med vara positivt genom att klienten förmodligen kunde känna en trygghet i att vara på "känd mark".

## **1.6 Teoretiska utgångspunkter**

Psykiskt funktionshindrade är en utsatt grupp som under lång tid varit föremål för andras bedömningar av vad som varit bäst för dem, ett *paternalistiskt* förhållningssätt. Idag poängteras ökad delaktighet och respekt för den enskilda individens egna behov och önsknings, ett s k *empowerment*-perspektiv. Genom lagstiftning och olika reformer försöker man kontinuerligt möta och åtgärda de problem som uppstår i arbetet mot att uppnå ett mer

jämlikt samhälle där levnadsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder blir normaliserade.

*Normaliseringsprincipen* tolkas olika och kan ses ur både ett paternalistiskt och mer jämlikt perspektiv. Jag kommer att se närmare på och förklara dessa begrepp i min avhandling.

Svårigheter för den långvarigt psykiskt funktionshindrade att etablera kontakt med och utnyttja systemet, har lett till inrättandet av en ny samordnings-funktion, så kallad *case management*. Begreppet inrymmer ett flertal olika modeller som har utvecklats i takt med att behoven blivit tydliga. Psykiatriuppföljningen SoS 1999:3 nämner sex modeller vars effektivitet har blivit vetenskapligt studerade. I Kristianstad arbetar de personliga ombuden enligt *resursmodellen*, en case management-modell som utgår från klientens självbestämmande, egna val och resurser. Istället för att utgå från klientens problem, försöker man stärka dennes resurser genom olika insatser. Relationen mellan case managern och klienten betonas och case managern arbetar som en slags ombudsman till klienten.

Personligt ombud är en insats som riktas till avgränsade delar av målgruppen, dvs de som har stora och varaktiga funktionshinder som leder till svårigheter i den dagliga livsföringen och som har komplexa behov av stöd, vård och service. I Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000 anges att ca 10-20 procent av ca 45000 personer beräknas ingå i den gruppen.

## **1.7 Avgränsningar**

Jag kan inte följa hela den utveckling som skett över lång tid med psykiskt funktionshindrade personer då materialet skulle bli alltför stort. Istället får jag begränsa mig till en kort bakgrundsbild som ges i problemformulering och avhandling. Men genom att studera en detalj i det komplexa system av lagar, allmänna råd, förarbeten och nationella riktlinjer som syftar till att förbättra situationen för de funktionshindrade hoppas jag att få en bild av vad just verksamheten med personliga ombud har för betydelse för målgruppens livssituation i Kristianstad.

## **1.8 Fortsatt framställning**

Genom litteraturstudier inhämtade jag kunskap som hjälpte mig att beskriva de begrepp som är relevanta för målgruppen till verksamheten med personliga ombud, dvs de psykiskt funktionshindrade. Jag har beskrivit psykiatrireformen, dess intentioner samt den utvärdering

som gjorts av Socialstyrelsen. Intentionerna bakom LSS samt uppföljningen av denna lag har jag också beskrivit liksom själva handläggningen och vilka faktorer som kan påverka denna. Samverkansproblemen har jag försökt belysa och slutligen gör jag en beskrivning av själva verksamheten personliga ombud, nationellt och lokalt i Kristianstad. De centrala frågeställningarna är rubriker för min redovisning av intervjuvaren, själva analysen sker sedan i direkt anslutning till varje redovisning var för sig. I analysen försöker jag använda mig av det material som jag tidigare presenterat i själva avhandlingen. Redovisningen av intervjuvaren och de därpå följande analyserna följs sedan av en sammanfattning och en slutdiskussion. Intervjuunderlaget återges i bilaga 1a och 1b, bilaga 2 jämför ombudens klientenkät med utvärderingen från försöksverksamheten.

## **2. Utredning**

### **2.1 Funktionshinder –Handikapp**

#### **2.1.1 Begreppen**

I regeringens proposition 1992/93:159 inför LSS definieras begreppen funktionshinder och handikapp:

”Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition är ett funktionshinder den begränsning eller det hinder som gör att en människa till följd av en skada inte kan utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses som normalt. Funktionshinder är i sig självt inget handikapp. Men kan bli det om den miljö eller den situation som den funktionshindrade befinner sig i är sådan att tillvaron försvåras. Handikapp är en beteckning för de konsekvenser som följer av ett funktionshinder. Det är alltid något relativt och uppstår först i samspelet mellan en individ och den omgivande miljön. En person med funktionshinder kan alltså vara handikappad i en viss miljö eller i en viss situation utan att för den skull vara det i andra. Med en sådan miljörelaterad syn på handikapp är det ... missvisande att tala om handikapp som individuella egenskaper eller om handikappade personer. Det är mer korrekt att tala om personer med funktions-hinder.”(Ur Barbro Lewin, *Funktionshinder och medborgarskap*, 1998, s14)

Den svenska handikappolitiken har sedan 1960-talet betonat en miljörelaterad syn på handikapp. Funktionsnedsättningar ”skall ses som en oundviklig och naturlig del av variationer som finns inom en befolkning”(SOU 1991:46 s137), men de funktionshinder som uppstår p g a den omgivande miljön är ett socialpolitiskt problem som kräver både generella

åtgärder och särskilt riktade, individuella insatser. Målet med handikappreformen –94 och psykiatrireformen –95 var att göra samhället mer tillgängligt för personer med funktionshinder så att levnadsvillkoren blev lika den vanlige medborgarens. De för målet bärande principerna *integrering* och *normalisering* uttrycks i Prop 1992/93:159 (Peter Brusén, Lars-Christer Hyden, 2000, *Ett liv som andra*, s 50) :

”Målet för verksamheten enligt den nya lagen bör vara att människor med ett omfattande funktionshinder ska kunna skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människor som möjligt och i gemenskap med andra människor.”

### **2.1.2 Normalisering - Integrering**

*Normaliseringsprincipen* har sedan 1960-talet varit ett övergripande mål för handikappolitiken i Sverige. Livet för de funktionshindrade som vistades på institutioner skulle göras så normalt som möjligt. Men i takt med att kritiken mot institutionslivets negativa konsekvenser växte blev *integrationsprincipen* en väg att uppnå normaliserade levnadsvillkor för människor med funktionshinder, d v s att de ska leva bland andra och vara delaktiga i samhället på samma villkor som övriga medborgare (Brusén, Hyden, *Ett liv som andra*, 2000).

Mentalsjukhusen som institution kritiserades starkt på 1960-talet. 1950-talets farmakologiska revolution gjorde att mentalsjukhusen förlorade sin funktion av att kontrollera och skydda patienten från att skada sig själv och andra. Neuroleptikans lugnande effekt gjorde att patienterna inte längre behövdes isoleras från omgivningen. Mentalsjukhusens *paternalistiska* hierarki ansågs passivisera patienten samt ge denne en destruktiv sjukhusidentitet. Kritiken mot institutionerna utmynnade på 1970-talet i en orientering mot mer öppna vårdformer med tonvikt på rehabilitering och på 1980-talet inleddes avvecklingen av mentalsjukhusen. Avvecklingen var en del i en stor omstrukturering av psykiatrin som syftade till att ge patienterna större självständighet och integritet. Vårdideologin var att vård i den slutna vården skulle begränsas så mycket som möjligt, att normalisering skulle ske genom *integrering* och interaktion med andra människor samt att patienternas egna resurser mobiliserades bäst i dennes naturliga miljö. ( Ericsson, Persson,Svensson, *Psykiatri i omvandling*, 1989)

### **2.1.3 Paternalism-Empowerment**

Mentalsjukhusens regler formade människor till skötsamma institutionsmedborgare i en *paternalistisk* anda. Patienten ansågs inte veta sitt eget bästa och de överlägsna experterna,

myndigheterna, tog därför makten över och bestämde vad som var bäst för patienten under paternalismens täckmantel : välvilja och beskydd. Folkrörelsernas kamp för demokrati, jämlikhet och rättvisa utmanade den auktoritära paternalistiska andan. Genom att ta avstånd från paternalismens över- och underordning och istället visa på betydelsen av alla människors lika värde, startades en empowerment-rörelse där makten försköts från myndigheterna till den enskilde individen. *Empowerment* kan förklaras som en känsla av kontroll över sitt eget liv, att man känner tillit till sig själv och blir betraktad med respekt av omgivningen (B. Starrin ur Brusén, Hyden, *Ett liv som andra*. 2000).

#### **2.1.4 Normalitetsproduktion**

*Normalisering* används ofta som beteckning för de särskilda stöd- och vårdinsatser som har som mål att skapa ett liv som liknar övriga medborgares. Vardagslivet innehåller en mängd ”färdiga” och självklara roller och mönster som om de överskrids eller sätts ur spel skapar osäkerhet och problem. Människor med svåra och långvariga psykiska störningar som uppvisade ett starkt avvikande vardagsbeteende blev tidigare uteslutna från samhället och dess vardagstillvaro. De senaste decenniernas förändringar har utmynnat i att avvikarna ska integreras i samhället, den psykiskt störde anses nu ha ett funktionshinder som blir ett handikapp då den omgivande miljön är otillfredsställande.

Jan-Håkan Hansson och Tommy Svensson (ur S Sjöström, *Nya kulturer i psykiatrin*, 1998 ) menar att integreringen kan ske på två sätt, antingen genom en normaliseringsstrategi där avvikaren osynliggörs, genom att stödja denne att imitera normalitet kan man undvika att personen blir stigmatiserad. Eller måste man förändra samhället, dvs öka tolerans- och acceptansvillkoren. Den sistnämnda strategin är inget realistiskt alternativ enligt författarna, de menar att det är svårt att urskilja tecken på ökad öppenhet, acceptans och tolerans när det gäller social avvikelser. Behovet av att bevara vardagliga normer för social interaktion och socialt beteende grundas troligen på den känsla av trygghet som ges i en bestämd verklighet. Normer ska inte vara godtyckliga och utbytbara.

Barbro Lewin diskuterar olika normaliseringsperspektiv i *Funktionshinder och medborgarskap*, 1998: Bengt Nirje, ombudsman i FUB (Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna), lanserade *normaliseringsprincipen* på 1960-talet, härledd ur jämlikhetsprincipen. Den utgick från individens rättigheter (och skyldigheter) att leva ett normalt liv efter egna förutsättningar och med respekt för sin integritet och rätt till

självbestämmande. Wolf Wolfensberger, amerikansk socialpsykolog, kritiserades av Nirje som menade att Wolfensberger förespråkade en *paternalistisk* normaliseringsprincip. Wolfensberger utgick från ett utvecklingsperspektiv och menade att det var individens beteende som skulle anpassas till normala levnadsförhållanden.

En annan tolkning av normaliseringsprincipen är ”likabehandling” där medborgarnas behov tillgodoses. Ett sätt att uppnå normalisering kan då vara ”olikabehandling”.

Psykologen Lars Kebbon delar in normaliseringen i fyra olika delar: fysisk, funktionell, social och samhällsmässig. Den fysiska är i stort sett genomförd genom utflyttningen från institutionerna, den samhällsmässiga anses svårbedömd. Den funktionella normaliseringen som innebär utnyttjande av offentliga tjänster och slutligen den sociala normaliseringen, gemenskapen med andra människor, är mindre utbredd. Pedagogen Anders Gustavsson menar att det finns en ”vardagslivets naturliga segregering” (Lewin, 1998, s 50) där vi väljer bort människor som är ovanliga i vår gemenskap. Familje- och bylojaliteten byts ut mot sammanslutningar där gemenskapen är mer abstrakt och avgörs av utbildning, yrke och intressen. ”Avvikande” människor, t ex de med psykiska funktionshinder, är hänvisade till den egna familjen som inte brukar välja bort dem. Gustavsson menar att den fysiska normaliseringen ökar möjligheten till social integrering men att fördomar om avvikelser måste minimeras samtidigt som solidariteten måste öka. Gustavsson pekar också på det faktum att det också för den funktionshindrade blir naturligt att bilda sammanslutningar med andra med liknande erfarenheter, att de då också avskiljer sig från andra.

Barbro Lewin ser slutligen närmare på normaliseringens betydelse för livskvaliten. Individens funktionsförmåga, kunskap och motivation att ta tillvara de normala levnadsförhållande som erbjuds är viktiga liksom tillgången till *särskilt stöd* och positiva reaktioner från omgivningen.(Barbro Lewin, *Funktionshinder och medborgarskap*, 1998)

## 2.2 Psykiskt funktionshinder

### **2.2.1 Begrepp**

Benämningen på människor som lider av psykisk ohälsa har förändrats genom tiderna, fram till 1858 kallades de hospital-intagna för *dåre* eller *dårhushjon*. I 1858 års sinnessjukvårdstadga började man använda begreppet *sinnessjuk* vilket i sin tur ersattes av uttrycket *mentalt*

*sjuk* 1958. I slutet av 1960-talet började man tala om att en person som led av psykisk ohälsa var *psykiskt sjuk* (B Sjöström, *Kliniken tar över dårskapen*, 1992). Genom att byta ut begreppet *sjukdom* mot *störning* i början av 1990-talet ville man komma ifrån det individinriktade sjukdomsbegreppet och istället betona miljöns inverkan på ohälsan. Den nya psykiatrins förändrade synsätt tydliggjordes genom att man övergav uttrycken *kronisk psykisk sjukdom* och *psykiskt långtidssjuka* och introducerade begreppet *psykiskt funktionshindrad* för att beskriva det funktionshinder som kan bli en följd av psykisk störning. Synsättet skiftade därmed från ett sjukdomsorienterat till ett handikapporienterat perspektiv (SoS 1999:1). Under 1990-talet har kommunernas ansvar för de psykiskt funktionshindrades livsvillkor ökat och nya termer har tillkommit för att benämna personerna, t ex *klient*, *brukare*.

### **2.2.2 Definition av begreppet psykiskt funktionshinder**

Psykiatrireformens målgrupp: "personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar", visade sig vara svåra att avgränsa, oftast fick den personal som kom i kontakt med personerna avgöra vilka som tillhörde målgruppen. Vilket innebar att personer med klara diagnoser och tunga problem gick före dem som inte hade en lika tydlig diagnos men som hade långvariga problem. I syfte att skapa en definition som alla berörda myndigheter kunde använda, förtydligade Socialstyrelsen definitionen av begreppet *psykiskt funktionshinder* :

" Personer 18 år och äldre med svår psykisk störning/sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning med förlust av förmågan (funktionshinder) i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta handikapp bedöms bli långvarigt."

(SoS 1999:8, *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*, s 9)

### **2.2.3 Den psykiska ohälsan och dess konsekvenser**

Målgruppen för den psykiatrireform som trädde i kraft 1995 var personer med "långvarig och allvarlig psykisk störning". Kärngruppen utgörs av de långvariga psykoserna men ca en tredjedel av psykiatrireformens målgrupp utgörs av personer med andra diagnoser, t ex invalidiserande sociala fobier med panikångest eller personlighetsstörningar.

En person som p g a beteende-, känslö- eller tankestörning får svårigheter att tillfredsställa sina psykosociala behov kan sägas ha ett psykiskt funktionshinder. Ett psykiskt funktionshinder har påfallande liten påverkan på individens intellektuella förmåga, istället är det personens verklighetsupplevelse som förändras, beteendet blir annorlunda vilket i sin tur



medför svårigheter att upprätthålla sociala relationer. När problemen blir så svåra att den drabbade förlorar kontrollen över sitt psykosociala liv kan olika former av stöd- eller vårdåtgärder behövas. Funktionshindret kan dock variera i styrka över tiden vilket gör att behovet av stöd och vård också blir olika stort. Schizofreni, känslomässiga störningar, borderlinesyndrom, fobier samt ångest- och tvångssyndrom är exempel på diagnoser som kan medföra psykiska funktionshinder (SoS 1999:1). En person kan vid långvarig schizofreni utveckla en kontaktskygghet, denne kan tendera att isolera sig och få problem med att kommunicera förståeligt. Personen kan plågas av hörselhallucinationer med ett avvikande och för andra ibland skrämmande beteende som följd, klädsel och hygien blir ofta eftersatt.(Cullberg, *Psykososer*,2000)

#### **2.2.4 Psykosociala brister**

Det är svårt att dra några enhetliga samband mellan funktionsnivå, diagnos och symtom. Så kallade "lindriga" diagnoser av icke psykotisk art kan medföra stora funktionshinder för vissa personer medan andra klarar sin psykosociala situation tillfredsställande. Sociala fobier, ångest- och tvångssyndrom kan försvåra för personen att t ex lämna sin bostad och att sköta ett arbete. Andra personer kan trots psykos-diagnos, t ex schizofreni, visa sig fungera utmärkt. ( SoS 1999:1)

Ensamheten är ofta ett stort problem för den psykiskt funktionshindrade. Omgivningens osäkerhet och rädsla och den funktionshindrade personens svårigheter att knyta kontakter gör att det sociala nätverket försvagas. Den psykiskt funktionshindrade är i hög grad beroende av fungerande relationer för att få struktur på och hålla isär inre och yttre upplevelser vilket betyder att när nätverket minskar, minskar också möjligheterna till ett "vanligt" liv i gemenskap med andra. Genom ensamhet och avvikande beteende ökar risken att bli utnyttjad av andra personer. Missbrukare försöker kanske komma åt deras mediciner, de kan ibland utnyttjas sexuellt och risken att själv hamna i ett missbruk ökar. Den psykiskt funktionshindrade har dessutom ofta en ansträngd privat-ekonomi, psykiatriutredningens undersökning av gruppen förtids-pensionerade i åldern 18-45 år visade att gruppen psykiskt funktionshindrade hade det sämre än andra förtidspensionärer. Arbetslösheten är stor, enligt SoS 1999:1 klarar hälften av de psykiskt funktionshindrade inte av ett vanligt arbete och inte heller en skyddad sysselsättning eftersom kraven oftast är för höga. Många har dessutom brister i utbildningen, orsakat av tidiga psykiska besvär och därpå följande sociala problem.

## 2.3 Psykiatrireformen

### **2.3.1 Mål och Medel**

Psykiatriutredningens slutbetänkande *Välfärd och valfrihet*, SOU 1992:73, visade att trots stora och positiva förändringar inom den psykiatriska vården under de senaste årtiondena hade människor med psykiska funktionshinder fortfarande sämre levnadsvillkor än andra jämförbara grupper. Resurser utnyttjades dåligt, samarbetet mellan olika myndigheter och aktörer var bristfälligt.

Psykiatrireformen trädde ikraft i januari 1995 och hade som mål att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället. Reformen förutsatte ett förändringsarbete inom såväl socialtjänst som psykiatri, genom en tydligare ansvarsfördelning skulle berörda aktörers ansvarstagande och samarbete öka. Den psykiskt funktionshindrades inflytande och kontroll över sina levnadsvillkor skulle förbättras genom ökade möjligheter till gemenskap och delaktighet. Genom lagstiftning, stimulansbidrag, skatteväxling och information skulle en mer effektiv samordning av samhällsstödet uppnås.

Ändringar i bl a 21a§ SoL samt i Betalningsansvarslagen 1990:1404 poängterade kommunernas ökade ansvar för bl a boende, sysselsättning och övrigt socialt stöd. Lagen om stöd och service 1993:387 som trädde i kraft i januari 1994 var egentligen en del av handikappreformen men förtydligade kommunernas och landstingens ansvar för de psykiskt funktionshindrade. Genom ett statligt stimulansbidrag på 943 miljoner skulle nya arbetsformer för samverkan mellan landsting och kommun utvecklas. Genom särskilt riktade bidrag på 159 miljoner stimulerades insatser inom speciella behovsområden, däribland verksamheten *personligt ombud*. (SoS 1999:1)

### **2.3.2 Utvärdering tre år senare**

#### **2.3.2.1 Positivt – Negativt**

Socialstyrelsens utvärdering 1999:1 visar på att lagstiftning och stimulansbidrag uppmärksammat de psykiskt funktionshindrades situation och medverkat till en utveckling av olika verksamheter. Bland de positiva effekterna nämns bl a att : målgruppen har kartlagts, alltfler erbjuds daglig verksamhet, rehabilitering och boendestöd, anhörigstödet har ökat och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri har förbättrats framförallt i medelstora

kommuner. Försöksverksamhet med *personliga ombud* har varit framgångsrik och har resulterat i en bättre livssituation för de psykiskt funktionshindrade.

Socialstyrelsen var dock inte odelat positiv i sin utvärdering utan lyfte fram områden som var i behov av utveckling, bl a att de psykiskt funktionshindrades möjlighet till delaktighet och inflytande fortfarande var otillräckligt, insatser enligt LSS gavs inte i den utsträckning som behövdes, samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst fungerade fortfarande dåligt. Eftersom de tre nämnda organisationerna har det främsta ansvaret för att upprätthålla en så god funktionsnivå som möjligt hos målgruppen var det viktigt att samarbetet stärktes.

### **2.3.2.2 Problem**

Socialstyrelsen konstaterar att flera olika huvudmän med olika ansvarsområden, ekonomier, kompetens och organisatorisk belägenhet, orsakar problem med att förtydliga ansvarsfördelningen och förbättra samverkan.

Behoven hos den enskilde psykiskt funktionshindrade kan variera över tid och kan sägas tillhöra tre olika behovsområden. Personen kan behöva försörjningsstöd, psykiatriska vårdinsatser eller sociala insatser i form av boende, sysselsättning, rehabilitering. Det finns de som behöver insatser inom alla tre områdena och andra som bara behöver insatser från ett. Det som är speciellt för de psykiskt funktionshindrade personerna är att man har olika stora behov i olika skeden i livet. Vilket ställer stora krav på samordning och planering mellan de olika aktörerna, liksom kunskaper om funktionshindret och dess konsekvenser för att kunna möta de olika behoven. (SoS 1999:1)

Ett psykiskt funktionshinder medför ofta problem att förstå och beskriva de egna behoven samt att ta emot hjälp. Bristande information eller sämre förutsättningar att ta emot information jämte avsaknad av anhöriga eller andra som kan företräda dem samt en osäkerhet hos aktörerna om vad ett psykiskt funktionshinder innebär, är andra faktorer som medför problem. (SoS 1997:4)

Barbro Lewin (*Funktionshinder och medborgarskap*, 1998) skriver att förutom okunnighet om vilket stöd man kan få och svårigheter att formulera sina behov, kan fördomar och negativa förväntningar, rädsla att bli stigmatiserad samt en misstro mot myndigheter medföra problem och stoppa den funktionshindrade från att få sina behov tillgodosedda.

## **2.4 Samverkan**

### **2.4.1 Samverkan - för vem och varför?**

I psykiatriuppföljningen 1999:5, *Att samverka kring psykiatrireformens klienter*, försöker man ge svar på varför man ska samverka och för vems skull man bör göra det. På frågan varför, har man funnit tre tydliga skäl:

- För det första har vi en moralisk förpliktelse att minska det lidande som ofta uppstår för den enskilde genom de motsägelsefulla budskapen.
- För det andra konstaterar man att en ensam aktör aldrig kan lösa en psykiskt funktionshinderade komplexa problem.
- För det tredje finns det ett kostnadsskäl, vinsten för samhället av en effektiv samverkan är ca 100 000-200 000:- per person och år.

På frågan för vems skull man bör samverka svarar man som väntat att i första hand är det för den psykiskt funktionshinderades skull, samverkan innebär för denne ett bättre liv. Personalen får genom samverkan uppleva hur deras arbete ger positivt resultat, vilket är en viktig stimulans. Trovärdigheten ökar för den offentliga sektorn om den både kan spara pengar och samtidigt visa på bättre resultat. Skattebetalarna gynnas och genom den ökade trovärdigheten ökar betalningsviljan för den gemensamma välfärden, den offentliga sektorns legitimitet stärks.

### **2.4.2 Vad är samverkan?**

SoS 1999:5 konstaterar att drivkraften bakom all samverkan borde vara att man tillsammans kan prestera ett bättre resultat än om man arbetar var för sig. Att lagom doser olikheter skapar en kreativ sfär. Svårigheter att samverka kan uppstå om autonomi och revirbevakning får dominera eller om man förkastar sin egen kompetens och helt hänger sig åt de andra aktörernas ståndpunkter. Bäst är lagom närhet och distans samt en förmåga att ta steget över de egna gränserna, att kunna se helheten och hitta en gemensam arbetsform.

### **2.4.3 Varför fungerar det inte?**

De olika verksamheternas olika arbetskulturer kan göra att det i samarbetssituationerna uppstår begreppsförvirring. Vilket man i SoS 1999:8 förklarar med att verksamheterna har olika utbildningsbakgrund, synsätt och värderingar.

Utvärderingen av psykiatrireformen, SoS 1999:1, visade att samverkansbrister fortfarande fanns mellan socialtjänst och psykiatrisk slut- och öppenvård. Socialstyrelsen menade att orsakerna var avsaknad av ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam kunskapsbas. Olika traditioner och synsätt tar tid att förändra och kräver en arena där ett gemensamt gränsöverskridande arbetssätt kan utvecklas. En outvecklad samverkansform gör att helhetssynen går förlorad, varje aktör handlar efter det egna perspektivet och i strävan att uppfylla det egna verksamhetsmålet bortser man från de konsekvenser det kan få för andra aktörer. Ett exempel är då man från psykiatrins sida medicinerar en patient som därigenom dämpas. Samtidigt försöker man från kommunens sida motivera patienten till arbete. Brist på samverkan gör att insatserna motverkar varandra och ger den psykiskt funktionshindrade motsägelsefulla budskap. (exemplet hämtat ur SoS 1999:5)

Bland de svåraste samverkanshindren nämns rädslan. I ett samverkansarbete måste man vara beredd att offra en del av sin trygghet och säkerhet samt en del av sitt självbestämmande. Man förlorar en del av den kontroll man kanske upplevt tidigare. Ett behov av att bevaka sitt revir kan handla om en strid om resurser. Man kan eftersträva rätten att definiera problemet och försöka övertyga övriga samverkansaktörer om att just detta synsätt är rätt. Vilket kan upplevas som respektlöst av övriga aktörer. (SoS 1999:5)

#### **2.4.4 Hur lyckas med samverkan?**

I SoS 1999:5 uppges en mängd olika faktorer som kan ha betydelse för en lyckad samverkan, t ex tillit, tid, gemensamt synsätt, mod att förlora kontrollen samt engagemang. Det man framhåller starkast är viljan och förmågan att samverka, att vara en *eldsjäl*. *Eldsjälen* beskrivs som en naturresurs som kan rubba berg och som kanske t o m är den viktigaste faktorn i en lyckad samverkan.

Lokala överenskommelser som styr det praktiska samarbetet saknas fortfarande på många håll. I Kristianstad startades 1998 en gränsöverskridande samverkansmodell, den s k C4-modellen som inbegriper socialtjänst, psykiatri, primärvård, omsorg/omvårdnad, arbetsmarknadsfrågor och försäkringskassa. Modellen baseras på den enskildes behov och använder två olika instrument i sitt samverkansarbete : *CAN-skattning* och en *Individuell plan*. CAN-skattningen bedömer klientens behov utifrån klientens, kontaktpersonens samt eventuell anhörigs föreställning. Den individuella planen är ett samverkansdokument som skall

upprättas mellan klienten och de berörda myndigheterna. (Kristianstad kommun, *C4-modellen, Samverkan mellan huvudmän i psykiatri*)

## 2.5 Psykiskt funktionshindrade och LSS

### **2.5.1 Pluslag?**

LSS är en *rättighetslag* vilket innebär att dess personkrets ska definieras, rättigheterna som personkretsarna kan kräva utifrån lagen ska också preciseras och slutligen ska den enskilde ha möjlighet att i förvaltningsdomstol pröva myndighets beslut om LSS-insatser. I LSS 1 § definieras tre olika personkretsar, de psykiskt funktionshindrade återfinns i personkrets tre som dessutom innefattar människor med fysiska funktionshinder. I LSS 9§ definieras insatserna för särskilt stöd och service i punkterna 1 t o m 10. Punkt 10, daglig verksamhet, gäller dock inte personkrets tre utan är endast tillgänglig för personkretsarna ett (personer med utvecklingsstörning) och två (begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder).

LSS är dessutom en *s k pluslag*, vilket innebär att den inte ”tar över” annan lagstiftning. LSS ska tillämpas när insatser enligt SoL och HSL, som utgör samhällets grundläggande skydd, inte räcker för att täcka den enskildes behov. Insatser enligt en eller flera av lagarna utesluter inte insatser enligt de andra utan alla tre kan bli aktuella för att täcka en enskild individs behov. Men i propositionen till LSS (prop. 1992/93:169) står det att myndigheter i första hand skall ge insatser enligt LSS om individen ansöker om insatser enligt denna lag, och i andra hand enligt SoL. Som fördel för den enskilde anges att LSS innehåller tydligt krävbara insatser samt att de är avgiftsfria. (Ulf Sjöberg, *Handläggning av LSS-frågor*, 1999)

Men enligt SoS 1997:4 finns det hinder mellan LSS och SoL, bl a att handläggarna har liten kunskap om LSS samt att SoL-insatser är mer decentraliserade medan LSS-insatser är mer centraliserade. Många personer som skulle kunna söka insatser enligt LSS har istället fått insatser enligt SoL, t ex hemtjänst, och eftersom det fungerar bra enligt handläggarna finner de oftast ingen anledning att ompröva dem. Pluslags-funktionen blir då eftersatt.

### **2.5.2 Få insatser enligt LSS till psykiskt funktionshindrade**

Utvärderingen från handikappreformen, SoS 1997:4, visade att endast tre procent av samtliga personer som beviljats LSS-insatser tillhör gruppen psykiskt funktionshindrade.

Handikapputredningen hade beräknat att 7000 personer med psykiska funktionshinder skulle behöva LSS-insatser men vid undersökningen 1996 var det bara cirka 1000 personer som hade någon insats enligt LSS. Den undersökning som gjordes 1998 visade emellertid att det visserligen skett en ökning med cirka 49 procent men att antalet beviljade LSS-insatser fortfarande var lågt i förhållande till de ursprungliga beräkningarna. Hela 80 kommuner hade dessutom inte beviljat insatser enligt LSS till någon person med psykiskt funktionshinder överhuvudtaget. Man beviljade vanligen insatser enligt SoL istället. (SoS 1999:1)

### **2.5.3 Orsaker**

I SoS 1999:1 anges flera skäl till varför så få personer med psykiskt funktionshinder har LSS-insatser :

- Lagstiftningen är svårhanterlig, insatserna enligt LSS stämmer inte med de psykiskt funktionshindrades behov, varför insatser enligt SoL ofta ges istället.
- Brist på etablerade rutiner skapar osäkerhet hos handläggarna.
- Olika begrepp avseende psykiskt funktionshindrade anses svårtolkade, t ex ”varaktighet”, ”omfattande behov” och ”svårigheter i vardagen”.
- Den enskilde måste själv begära insatsen vilket betyder att denne måste ha information om LSS. Många har dock problem med att ta emot information och saknar dessutom anhörig eller annan som kan företräda dem.

### **2.5.4 Hur förbättra tillgängligheten?**

Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen, SoS 1997:4, underströk att kommunens LSS-handläggare behöver bättre kunskaper om psykiskt funktionshinder och dess konsekvenser för att bättre kunna fastställa personkrets-tillhörighet och bedöma behov. Handläggaren måste ha kunskap om målgruppens livsvillkor, svårigheter och möjligheter och kunna förstå den enskildes behov och önskemål. Utvärderingen ansåg även att de psykiskt funktionshindrade behöver någon form av *personligt ombud* eller en kontaktman som företräder deras intressen i kontakten med olika myndigheter.

## **2.6 Handläggning**

### **2.6.1 Dubbla roller**

Svårtolkade begrepp, brist på rutiner och otydliga regler och riktlinjer skapar helt naturligt olikheter i biståndsbeslut mellan olika handläggare, arbetsgrupper och kommuner.

Bedömningarna blir subjektiva, besluten har samband med handläggarens kön, ålder, attityder samt vilken organisationskultur, d v s vilka arbetsmetoder och vilket handlingsutrymme som råder på den aktuella myndigheten. (SoS 1998:11, *Arbetsmetoder och socialbidrag*, Ingrid Byberg, doktorand i socialt arbete, Stockholms universitet) De strategier som handläggaren kan använda för att hantera vaga och ibland motstridiga mål, beskrivs av forskaren Lipsky i *Street-level Bureaucracy*, 1980. Lipsky menar att handläggarna har dubbla förväntningar på sig, de ska fungera både som klientens ombud och som gate-keepers, en slags portvakt som håller vissa klienter borta från verksamheten. Han säger vidare att det är i *mötet* mellan klient och handläggare som den verkliga policyn utvecklas. (CUS-skrift 1995:1, *Att besluta om socialbidrag*, Lars-Charister Hyden, Pia Kyhle-Westermarck, Sten-Åke Stenberg)

### **2.6.2 Mötet**

Lipsky konstaterar att man aldrig kan komma ifrån tolkningen, tjänstemän i vissa serviceorganisationer kan i viss utsträckning efter eget gottfinnande avgöra hur regelverken ska tillämpas. Den ingående personliga kontakt som krävs i arbetet med klienter kan inte styras enbart av formella regler. I mötet mellan handläggare och klient har handläggaren ett övertag. Denne har ett tolkningsutrymme som är inbyggt i organisationen genom lagstiftningen. (SOU 1998:121)

### **2.6.3 Bemötande**

I SOU 1998:121, *Arbetsförhållanden och attityder*, fann man två orsaker till dåligt bemötande: negativa attityder och otillräckliga resurser. Handläggarens handlingsutrymme och förhållningssätt styrs av verksamhetens ekonomiska ramar, klienten i sin tur får sin självuppfattning påverkad av handläggarens attityd. I propositionen 1999/2000:79, *Från patient till medborgare*, sammanfattar förre statsrådet Bengt Lindqvist betänkandet *Lindqvists Nia* och säger att han funnit stora brister i bemötandet av personer med funktionshinder. Många känner sig kränkta, kontrollerade och ifrågasatta. Klyftan mellan lagarna och hur de uppfylls i realiteten gör att misstron mot myndigheterna ökar.

### **2.6.4 Särskilt utsatta personer**

Eftersom myndigheterna brister i sitt informationsansvar måste den enskilde själv undersöka vilken hjälp som finns att få. Detta är inte oproblematiskt, kontakter med myndigheter kan med telefontider och handläggare med olika ansvarsområden bli en snårskog som är



svårforcerad. Alla har dock inte förmågan att föra sin egen talan och har kanske inte heller någon anhörig som ställföreträdare.

Att kunna ta egna initiativ är grundtanken bakom målet att se på funktionshindrade som aktiva medborgare istället för passiva omsorgstagare. De som saknar förmågan att ta egna initiativ måste därför få stöd och hjälp för att få sina rättigheter tillgodosedda. Människor med psykiska funktionshinder tillhör de särskilt utsatta personer som riskerar att leva i både social och materiell misär om inte stöd ges. Men med stöd av engagerade människor kan livsvillkoren för dessa personer förbättras avsevärt. (SOU 1999:21, *Lindqvist Nia*)

## 2.7 Personligt ombud

### **2.7.1 Bakgrund**

Psykiatriutredningen, SOU 1992:73, *Välfärd och valfrihet*, poängterade bl a att ansvaret för personer med psykiskt funktionshinder måste bli tydligare så att insatser och resurser blir mer lättillgängliga. Man hade funnit att problemen att samordna insatserna var så stora att ett särskilt personligt ombud behövde inrättas som samordnare. (SoS 1999:1) Psykiatriutredningen hade inspirerats av den stödform som man utvecklat i USA och Storbritannien, s k *case management*. Regeringen avsatte 24 miljoner kronor under åren 1995 till 1998 till en försöksverksamhet med personliga ombud på tio orter i landet.

### **2.7.2 Utvärdering**

Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheten, *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*, Psykiatriuppföljningen 1999:3, konstaterar att personer med psykiskt funktionshinder som fått stöd av personligt ombud har fått en bättre social, psykologisk och psykiatrisk situation. Vidare visade utredningen att :

- ombudens vanligaste arbetsuppgifter var råd och stöd
- behovet av slutenvård hade minskat hos målgruppen
- insatsen uppskattades av de funktionshindrade
- de personliga ombuden hade ökat antalet beviljade insatser enligt LSS från tidigare 5-10% beviljade insatser till 80% bifall
- verksamheten kan organiseras och drivas med flera olika huvudmän och samarbetspartners, t ex brukarorganisationer

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000)

Man fann dessutom att effektivitets- och samordningsvinsterna var stora, vilket talade för en fortsatt verksamhet med personligt ombud.

### **2.7.3 De personliga ombudens erfarenheter av försöksverksamheten**

Utvärderingen visar att bland de positiva erfarenheter som de personliga ombuden upplevde i samband med försöksverksamheten fanns friheten att pröva olika alternativ som kunde innebära en bättre tillvaro för klienten och t o m medverka till att inläggning på sjukhus kunde undvikas. Ombuden upplever dessutom att man har fått en bredare inblick i vilket utbud av vård- och stödkontakter som samhället erbjuder vilket har medfört att man också ser de brister som finns. Relationen till klienterna upplevdes som annorlunda, något man tror beror på att man arbetar på klientens villkor.

Ensamarbetet har visat sig vara en negativ erfarenhet, möjligheterna att dela med sig av det tunga i arbetet var små. Känslan av att inte räcka till, jämte en svårighet att sätta gränser för vad man ska och kan göra, upplevdes som en risk att bli "utbränd". Bland andra negativa erfarenheter nämndes motståndet i form av ointresse och långa handläggningstider från de olika organisationerna. Man upplevde dessutom att det fanns en bristande respekt för klienterna och menade att deras rätt till olika insatser förmodligen inte hade bifallits om inte de personliga ombuden funnits. ( SoS 1999:3)

### **2.7.4 Case management - resursmodellen**

I psykiatriuppföljningen SoS 1999:3 beskriver man sex olika modeller av *case management* som sinsemellan rymmer flera olika funktioner, t ex samordning av vård och stöd, direkta behandlingsinsatser samt resurs- och rehabiliteringsinsatser. Gemensamt för modellerna var dock att de som arbetade enligt dessa hade som målsättning att förhindra att personen de hjälpte blev inlagd på sjukhus, nästa prioritet var att förbättra personens levnadsvillkor och höja dennes psykosociala funktion.

I Kristianstad arbetar de personliga ombuden enligt den s k *resursmodellen* som utgår från klientens självbestämmande, egna val och resurser. Man fokuserar inte på klientens sjukdom utan försöker stärka och utveckla de resurser personen har. Relationen mellan klienten och ombudet betonas, de personliga ombuden arbetar som klientens ombudsman och försöker, dels genom direkta insatser och dels genom fördelning av andra stöd- och vårdinsatser, stödja klienten så att denne kan uppnå egna uppsatta mål. (SoS 1999:3)

### **2.7.5 Statsbidrag**

Utvärderingen ligger till grund för det statsbidrag som regeringen beslutade om i maj 2000 och som hade som syfte att bygga upp fler verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen samordnar uppbyggnaden och länsstyrelsen fördelar statsbidraget. Socialstyrelsen har stöd av en beredningsgrupp som bl a har utformat kriterier för vilka som omfattas av insatsen personligt ombud, och som har definierat ombudens arbetsuppgifter.

### **2.7.6 Målgruppen**

Psykiatrireformens målgrupp består av cirka 45 000 personer men endast 10-20 % anses ha behov av det mer kvalificerade stöd som insatsen personligt ombud innebär. Beredningsgruppen fastslår att personligt ombud bör erbjudas personer med psykiskt funktionshinder (18 år och äldre) som:

- ”har ett långvarigt funktionshinder som innebär ett omfattande och långvarigt socialt handikapp som medför stora hinder för ett fungerande vardagsliv
- har komplexa behov av vård, stöd och service och som har behov av kontakt med socialtjänst, primärvård och/eller den specialiserade psykiatrin (utan krav på diagnos) och andra myndigheter. ”

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000, s 6)

### **2.7.7 Personliga ombudens arbetsuppgifter**

Beredningsgruppen har formulerat de personliga ombudens arbetsuppgifter enligt följande :

- ”att tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service
- att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs
- att bistå och – om fullmakt finns – företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter etc
- se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter” (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000, s 6)

De personliga ombuden kan sägas fungera som mäklare och advokater, samordningen av olika myndigheters insatser tillhör ombudens huvudsakliga arbetsuppgifter. Men eftersom sekretess råder mellan de olika myndigheterna förutsätter arbetet att ombudet har klientens samtycke.

### **2.7.8 Ansvar – avgränsningar**

De personliga ombuden kan enligt beredningsgruppen :

- ”inte besluta om insatser (myndighetsutövning)
- inte ta över huvudmännens ansvar för samordning av insatser från olika myndigheter (men väl, som framgått, se till att ansvariga huvudmän samordnar sina insatser)
- inte svara för behandling eller annan vårdinsats som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen.”

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000, s 7)

### **2.7.9 Ombudens förhållningssätt**

Gemensamma principer för de personliga ombudens arbete är :

- ”den funktionshindrade bestämmer själv – ombudet ska stödja den funktionshindrade med resurser för att nå egna mål
- personkontinuitet – samma ombud över tid
- långsiktighet/tålmod – en ”grundbult” för att nå resultat i arbetet med denna grupp
- nära relation – lära känna den funktionshindrade och etablera en förtroendefull relation innan mål kan formuleras och förändring påbörjas
- arbeta i den funktionshindrades naturliga miljöer bl.a. genom hembesök
- arbeta flexibelt i nuet – den funktionshindrades unika behov och just nu aktuella funktionsnivå och hälsotillstånd är utgångspunkt för allt arbete.”

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000, s 7)

### **2.7.10 Ombudens utbildning och tidigare erfarenhet**

Utvärderingen visar också på att det inte går att bestämma någon speciell utbildning eller erfarenhet som mer lämplig än någon annan, den personliga lämpligheten och intresset för arbetet är istället avgörande. Dock bör de personliga ombuden ha kunskaper om :

- psykiskt funktionshinder, vilka problem det kan medföra
- vilka stöd-, vård- och serviceinsatser som finns
- den lagstiftning som gäller för målgruppen.

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000)

### **2.7.11 Organisation**

Kommunen är huvudman för verksamheten, dvs kommunen har det fulla ansvaret för de personliga ombuden. Verksamheten kan dock överlåtas av kommunen på annan entreprenör men huvudansvaret kvarstår. Utvärderingen av försöksverksamheten med personliga ombud, SoS 1999:3, visar på vikten av att dessa arbetar oberoende, för att bli trovärdiga i sin roll krävs det att de har en fristående roll utanför kommunens traditionella verksamhet, bl a genom den lokalmässiga placeringen.

I de fall där den enskilde inte vill ha kontakt med myndigheter kan brukarorganisationerna bli ett alternativ till de kommunalt anställda personliga ombuden. Socialstyrelsen föreslår med hänvisning till bemötandeutredningen (SOU 1999:21, *Lindqvist nia*), att RSMH, IFS med fler brukarorganisationer, skulle kunna driva egen verksamhet med personligt ombud med personer som har egna erfarenheter av psykiskt funktionshinder.

Enligt SoS 1999:1 är intresse-/brukar-organisationernas medverkan inte oproblematisk, risken att bli betraktad som partisk kan minska den legitimitet som man nu har som intressepolitisk påtryckare och kritiker. Organisationernas nuvarande medverkan har haft ett stort inflytande på handikappolitiken och deras synpunkter väger tungt i olika överväganden och beslut.

## **2.8 Verksamheten med personliga ombud i Kristianstad**

### **2.8.1 Projektstart**

En samverkansgrupp bildades i Kristianstad 1997 med Bo Lang som projektledare. Syftet var att försöka nå upp till psykiatrireformens intentioner. Man inventerade målgruppen psykiskt funktionshindrade och utformade C4-modellen, en arbetsmetod som går ut på att öka den enskildes delaktighet och inflytande i planering och genomförande av insatser. Projektets styrgrupp samt intresseföreningarna ( RSMH, IFS och Ananke ) började diskutera behovet av personliga ombud under 1998 vilket resulterade i att man 1999 annonserade efter tre ombud. För helhetens skull ville man helst att de kom från tre olika områden : omsorg, psykiatri och socialförvaltning. (Källa: intervju med Stefan Göransson, P.O.)

Tre personliga ombud anställdes : Radovan Javurek (som också är samordnare för de personliga ombuden), Stefan Göransson och Margareth Ohlsson, alla tre med lång erfarenhet av människor med psykiskt funktionshinder. Projektet startade den 15:e oktober 1999 och

skulle pågå till och med december 2001. Verksamhetsmålet för projektet sammanfattas i Socialförvaltningens *Utvärdering av verksamheten med personliga ombud*, 01-04-04, s 4 :

”Personliga ombud skall verka för att så många som möjligt som drabbats av svåra och långvariga psykiska funktionshinder skall få en samordnad insats av stöd, service och vård som de behöver och har rätt till.”

Verksamheten tillhör organisatoriskt socialförvaltningens vuxenenhet men har egna lokaler ”på stan”, helt i linje med verksamhetsmålet som understryker vikten av att de personliga ombuden ska kunna :

”arbeta fristående från myndigheter på klientens uppdrag och att ha förmåga att arbeta med nätverk och kunna samordna stöd, vård och serviceinsatser”.

(*Utvärdering av verksamheten med personliga ombud*, 01-04-04, s 4)

### **2.8.2 C4-modellen i Kristianstad**

Modellen är en samverkansmodell och arbetar för att samordna de olika former av samhällsstöd som finns kring individen. Dokumentet godkändes och undertecknades av chefer från sex verksamheter: socialtjänst, psykiatri, primärvård, omsorg/omvårdnad, arbetsmarknadsfrågor och försäkringskassa. Modellen består av två samverkansinstrument, *CAN-skattning* och *individuell plan*, vilka har kommit att bli de personliga ombudens huvudsakliga arbetsredskap. CAN-skattningen bedömer den psykiskt funktionshindrades behov utifrån dennes, kontaktpersonens och ibland även den anhöriges föreställning. Olika uppfattningar kan bli grund till en diskussion om vad som ska prioriteras och hur man bäst kan tillfredsställa behoven. Den individuella planen upprättas mellan klienten och berörda myndigheter och ska ge klienten större delaktighet och möjlighet att styra planering och genomförande av insatser

### **2.8.3 Projektutvärdering**

Socialförvaltningens egen utvärdering av verksamheten med personligt ombud jämför projektets mål med resultaten från den statistik som ombuden fört över sitt arbete. De personliga ombuden i Kristianstad har medverkat till att 87 procent av ansökningarna om insatser enligt LSS har beviljats. Jämför med Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheten där man uppnådde 80 procent beviljade insatser och med tiden innan personligt ombud infördes då endast 5-10 procent av de psykiskt funktionshindrade blev beviljade insatser. Utvärderingen innehåller också resultat från en patientenkät samt från intervjuer med representanter från andra myndigheter och intresseorganisationer. Dessa

resultat jämför man sedan med Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheten, SoS 1999:3, *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*. Den klientenkät som genomfördes visade att klientgruppen är mycket positiv till verksamheten med personliga ombud i Kristianstad och i jämförelse med SoS 1999:3 visade det sig att klienternas tillfredsställelse är högre i Kristianstad än riksgenomsnittet.(Se bilaga 2)

#### **2.8.4 Ärendestadier**

Ett klientärende kan indelas i olika stadier :

- *motivationsstadiet*, den tid det kan ta att skapa en trygg relation till klienten
- *det aktiva stadiet*, beskriver själva samarbetsfasen när det personliga ombudet blir en ombudsman för klienten och ser till att klienten får sina rättigheter tillgodosedda
- *det vilande stadiet*, är en slags nedtrappningstid, en tid då klienten anses ha fått det stöd som behövts men också en tid då klienten när den behöver kan ringa sitt personliga ombud
- *det avslutade stadiet*, då klienten inte längre har behov av personligt ombud

#### **2.8.5 Framtiden**

Socialförvaltningens utvärdering visar att verksamheten med personliga ombud varit framgångsrik i alla avseenden vilket har resulterat i att ärendetrycket har ökat. Det man kan se som är negativt är att de personliga ombuden är en utsatt grupp genom att man arbetar med klienter som har en tung problematik och att förväntningarna på deras arbete är höga. Ett annat observandum är risken för att genomströmningen av klienter kan avstanna om det saknas instanser som kan "ta över" klienten. Personliga ombud kan då bli en slags kontaktperson vilket inte är förenligt med verksamhetens intentioner.

Den allmänna uppfattningen bland de olika aktörerna, dvs klienter, handläggare, psykiatrik, intresseorganisationer och personliga ombud, är att klienternas livssituation har förbättrats. Samarbetet mellan de olika aktörerna har också blivit avsevärt bättre. På de grunderna föreslogs socialnämnden att bifalla en permanentning av verksamheten samt att tillstyrka att ännu ett personligt ombud anställdes. (*Utvärdering av verksamheten med personliga ombud*, 01-04-04, Flemming Lindskov, Radovan Javurek)

Ärendet föredrogs och godkändes av socialnämnden den 19 april -01, mitt under arbetet med denna uppsats. Beslutet kommer att bifogas den ansökan som ställs till länsstyrelsen om statsbidrag för att permanenta och utöka verksamheten. ( Norra Skåne, 01-04-21 )

## 2.9 Redovisning av intervjuvaren

Jag arbetar med varje central frågeställning var för sig och återger en sammanfattning av de svar mina intervjupersoner gett på mina frågor. Ibland återger jag svaren direkt i kursiverad stil. Varje fråga avslutas med en analys. Intervjufrågorna återges i bilaga 1a och 1b.

### **2.9.1 Hur upplever de personliga ombuden sin arbetsituation?**

Ombuden beskriver sitt arbete som fritt och flexibelt vilket ger ett handlingsutrymme de saknat på tidigare arbetsplatser. *"Arbetsrutiner hindrar spontaniteten, flexibiliteten"*. Samtidigt som man tycker att man lärt sig mycket om lagar och social service, *"...det har varit som en gigantisk lektion i samhällskunskap"*, vill man fortsätta att lära : *"Kan alltid förbättra. Ska inte fastna. Vill inrikta mig mer på den juridiska biten"*. Att de faktiskt håller på och utformar en helt ny yrkesroll beskrivs som ett krävande men samtidigt givande arbete. Eftersom verksamheten var ett tidsbegränsat projekt ville de *"...visa hur bra verksamheten var"* vilket gjorde att de var mer resultatnriktade från början. Men att man lärde sig av kollegorna att ta det lite lugnare.

Alla uppger att vid problem vänder man sig i första hand till den egna arbetsgruppen som ju består av tre olika individer med olika kompetens och erfarenhet. Ombuden har tillgång till och kan rådgöra med juridisk expertis vid behov, dessutom har de handledning var 14:e dag. I handledningen diskuterar man olika ärenden, tar olika ställningstaganden som fungerar som en slipning av det personliga ombudets yrkesroll. Trots att ombuden inledningsvis hade stora problem med oförstående myndigheter kan de se att attityderna har förändrats till att bli mer positiva. Det som upplevs svårast just nu är att det har blivit en kö av klienter som de inte hinner ta emot. *"Är stressad av kön"*, *"Svårt att säga nej, har dåligt samvete hela tiden"*, *"Frustrerande att inte hinna med"*. Även om ombuden inte har möjlighet att ta emot personen försöker de tipsa denne om hur man kan gå vidare. Det ombuden upplevt som svårast eller mest problematiskt är i huvudsak segdragenheten hos myndigheterna, pappersexercisen som drar ut på tiden. De personliga ombuden får stilla åse klienternas lidande vilket är frustrationsskapande. *"Utbrändheten är en risk!"*



Ordet *eldsjäl* (som bl a används i SoS 1999:3, *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*) tolkas olika av ombuden. Någon tycker att det är nödvändigt att vara en eldsjäl för att göra ett bra jobb medan en annan tycker att *"ordet är lite huvudlöst, engagemang är bättre"*. På frågan om vad man upplever som mest positivt svarar man bl a *"att sättet att arbeta fungerar"*, *"roligt att jobba som jag har velat i många år, känns roligt hela tiden, känns som om man öppnar portar, bryter fördomar"*. *"Att lyckas ger näring"*, *"Ur etisk synvinkel: det goda vinner och det onda förlorar sin makt"*.

Bland de huvudsakliga arbetsuppgifterna nämns *"att företräda människor med långvariga, svåra psykiska funktionshinder, se till så att de får rätt hjälp, råd och stöd. Att samordna insatser, göra bedömningar. Min funktion liknar lite den traditionella kuratorsrollen, den s k fixaren"*. Man är observant på rättsliga frågor, en slags *"barfotaadvokat"*, *både medmänniska och professionell samtidigt"*. Ombuden berättar om C4-modellen, det samverkansdokument som undertecknats av chefer från sex olika organisationer och som de hela tiden hänvisat till i kontakten med myndigheterna. CAN-skattningen och den individuella planen har visat sig vara arbetets grundbult. *"Fingertoppskänsla"*, *"känna av"*, *"bekräfta"*, *"inte ha en övertro eller förvänta sig att man ska bota klienten"* är ombudens beskrivning av viktiga egenskaper.

## **2.9.2 Analys**

De personliga ombuden i försöksverksamheten tyckte att ensamarbetet var betungande och kände en oro för att bli utbrända. De personliga ombuden i Kristianstad framhåller inte ensamarbetet som negativt. De känner stöd från både arbetsgrupp och arbetsledning. Att man har tillgång till utomstående experter i form av handledning och juridisk rådgivare är en annan stödfaktor. Men i likhet med de personliga ombuden i försöksverksamheten har de en känsla av att inte räcka till och man upplever en stor frustration över de olika organisationernas motstånd och segdragenhet.

Här har vi tre engagerade personer med lång erfarenhet, med ideal och mål som man hela tiden arbetar efter med övertygelse. De är öppna för att lära av varandra och vågar satsa på att utforma en helt ny yrkesroll trots att de stött på hårt motstånd till en början. Tillfredsställelsen med arbetet verkar vara stor samtidigt som en frustration över att inte hinna hjälpa de som behöver det växer.

### **2.9.3 Vilket ansvar har man som personligt ombud gentemot klienter, respektive gentemot myndigheterna?**

Socialstyrelsen har med stöd av beredningsgruppen fastslagit att de personliga ombuden aldrig kan besluta om insatser, besluten ligger alltid hos myndighet och klient. Ombuden får heller inte ta över det samordningsansvar som myndigheterna har. De personliga ombuden i Kristianstad är tydliga med de befogenheter de har : *”kan inte ta beslut, bedriver ingen myndighetsutövning alls. Handlar endast enligt klientens önskemål.”*, *”Representerar formellt klienterna genom att jag får mandat av dem”* . *”Personligt ombud har alltid skriftlig fullmakt för varje kontakt man tar som representant för klienten. Sekretessen viktig.”*

Socialstyrelsen menar att flexibilitet och tålamod är nödvändiga egenskaper för att etablera en förtroendefull relation till klienten och anpassa arbetet efter dennes aktuella hälsotillstånd/funktionsnivå. Ombuden i Kristianstad berättar under mina intervjuer att *”det kan ta lång tid att få ett förtroende”*, *”viktigt med förtroendet, har inget myndighetsansvar, kan istället bekräfta klientens ibland negativa syn på myndigheterna. Frågar då vad man kan göra, vad kan personligt ombud göra?”* , *”Är alltid på klientens sida, ovillkorligen, kan ge råd och stöd men klientens egen vilja är alltid styrande.”* *”...måste ta sjukdomen på allvar, inte förvänta sig att man ska bota klienten, måste få ta lång tid.”*

Socialstyrelsens utvärdering av försöksverksamheten visade att de personliga ombuden bör ha en fristående placering utanför kommunens verksamhet för att bli trovärdiga i sin ombudsroll. De personliga ombuden i Kristianstad håller med : *”Viktigt med fristående placering, klienten ska inte behöva gå till en offentlig byggnad. Ska kännas tryggt.”* En av klienterna tog spontant upp placeringsfrågan under intervjun : *”Det har varit tal om att flytta verksamheten till socialkontoret, vore helt fel, skulle kännas som om man gick dit för att hämta pengar. Jag tror att de jobbar bättre om de får vara för sig själv.”*

### **2.9.4 Analys**

De personliga ombudens ansvar gentemot myndigheterna är att inte ”ta över” deras ansvar. Att företräda klienten inför myndigheterna kan då sägas bli de personliga ombudens ansvar gentemot både klient och myndighet. Och för att inte komplicera den rollen har både socialstyrelsen och de personliga ombuden i Kristianstad kommit fram till att en fristående placering utanför kommunens ordinarie verksamhet är nödvändig. Med tanke på att många

klienter har en negativ erfarenhet av myndigheter måste man stödja denna uppfattning. Den utvärdering som gjorts av socialförvaltningen tillsammans med de personliga ombuden i Kristianstad uttrycker farhågor om att det saknas instanser som kan ”ta över” klienten, myndigheternas samordningsansvar blir då svårt att upprätthålla. Vilket gör de personliga ombudens arbete svårare eftersom deras uppgift är att ”se till att ansvariga huvudmän samordnar sina insatser”.

### **2.9.5 Hur upplever de övriga aktörerna de personliga ombudens arbete?**

Alla fyra klienterna svarade JA! på frågan om de var nöjda med den hjälp de fått av personligt ombud. En hade fått information om verksamheten genom försäkringskassan, en annan genom sin arbetsterapeut, den tredje fick veta att verksamheten skulle starta då han gick en kurs på psyk-mottagningen och den siste, slutligen, fick vetskap om personliga ombud då han var inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning. Klienterna är enbart positiva och berättar vad personligt ombud hjälpt dem med : *”De stöttar en med det man inte klarar av själv. Går inte att hitta något negativt.”*, *”Personligt ombud har hjälpt mig att skaffa god man, känns skönt att slippa den jobbiga kontakten med myndigheterna, jag blev så orolig innan när breven kom.”*, *”Var mer instängd i lägenheten innan, personliga ombudet kom hem, pratade lite, försökte ta med mig ut. Värst är stora folksamlingar, känner mig förföljd. Är bättre nu, har lärt mig att kontrollera det. Kraften och lusten att leva har kommit tillbaka.”*, *”...personliga ombudet och jag började med att göra en CAN-skattning och då kom vi fram till att mina behov inte var tillgodosedda vad det gällde mina alkoholproblem. Ombudet gick då vidare till min socialsekreterare.”*, *”Personligt ombud har hjälpt mig mycket, bryr sig.”*

Handläggarna hos kommunen förväntar sig att *” de personliga ombuden ska ha ett professionellt förhållningssätt, kunna samverka så att de psykiskt funktionshindrade får den hjälp de har rätt till.”* *”...de ska slåss för sina klienter, föra deras talan. Göra en del av det jobb som vi skulle ha gjort om vi hunnit.”* Man upplever att de personliga ombuden är ytterligare ett hjälpmedel samtidigt som man konstaterar att arbetsbördan ökat på grund av att personliga ombud driver frågorna. Men att det är bra eftersom det håller lågan brinnande så att de inte åsidosätter folk. *”Blir konflikter ibland och det ska det ju bli, det är konstruktivt!”* En handläggare upplever att personligt ombud gjort att de psykiskt funktionshindrade uppmärksammas och att förståelsen för klienternas behov har ökat. Nästa handläggare tyckte att på hennes arbetsplats hade man redan den förståelse som krävdes (!) medan den tredje handläggaren först svarade att *”nej, det visste vi innan”* men ändrade sig under intervjuens

gång och menade att personligt ombud faktiskt hjälpt till att öka förståelsen. Handläggaren ändrade sig efter att ha påmint sig om ett nätverksmöte där en läkare förklarat hur sjukdomen hos handläggarens klient yttrade sig, hon menade att hon faktiskt förstod klientens beteende bättre sedan. *”Personligt ombud är ytterligare ett hjälpmedel för oss, en möjlighet att få hjälp i svåra ärenden. Har själv för lite kunskap, tycker det är jättesvårt att jobba med psykiskt funktionshindrade.”*

Den samlade uppfattningen är positiv : *Personligt ombud är en pådrivande kraft som gör att man måste vara på hugget själv som handläggare”, ” Bra verksamhet”, ”De har en ödmjuk hållning, personligt ombud är måna om att hjälpa. Personligt ombud är väldigt ambitiös, jag blev själv inspirerad! Var noga med att tala om att det var för klientens skull man arbetade, jag kände mig inte trampad på.”* Man framhöll även CAN-skattningen som ett suveränt hjälpmedel. *”Fick allt på papper, både patient och anhöriga hade fått uttala sig, behoven blev snabbt tydliga vilket jag inte hade kunnat förvänta mig genom det sedvanliga arbetet.”*

Psykiatrins öppenvårdsskötare har lång erfarenhet av målgruppen för personligt ombuds verksamhet och menar att personligt ombud gör ett bra jobb, de är kunniga på sitt område. De tror att förståelsen för de psykiskt funktionshindrades behov har ökat på grund av att de personliga ombuden har varit väldigt aktiva med att informera om sin verksamhet, vilket har ökat medvetenheten hos andra organisationer. Öppenvårdsskötaren har lärt sig CAN-skattning vilket man tycker ger en helhetssyn. Personligt ombud ser till att uppföljning och utvärdering fungerar bättre. *”De är positiva och trevliga att ha kontakt med”*. Man menar att personligt ombud är klientens förlängda arm och att deras arbete inneburit avlastning för egen del, personligt ombud gör mycket av det som öppenvårdsskötaren fick göra innan. Vidare tycker man att tryggheten har ökat för klienten, klientens nätverk har utökats och man ser *”en klar förbättring i samverkansärenden.”* *”En del kan tycka att personligt ombud står lite för mycket på klientens sida och driver lite väl mycket ibland, men det får man ta tycker jag, det är viktigt att det äntligen finns någon som står enbart på klientens sida och som inte är någon myndighet.”*, *”Är väldigt, väldigt nöjd med deras arbete, de är alltid lätta att nå. De har ett bra läge på stan, lätt att slinka in, personligt ombud är medkännande, har humor, men kan ta tag i saker när det behövs.”*

Telefonintervju med Sonja Nilsson, ordförande i IFS, Kristianstad : Sonja berättar att man från IFS sida ser mycket positivt på verksamheten personliga ombud. Hon menar att det är

mycket Bo Langs förtjänst att det har blivit så framgångsrikt i Kristianstad. Bo Lang som egentligen är anställd på länsstyrelsen i Malmö, var utlånad som projektledare för C4-modellen, ett samverkansprojekt mellan psykiatrin och olika huvudmän. Sonja berättar att i den försöksverksamhet som pågick på tio orter i landet hade olika huvudmän, bl a så var RSMH och IFS huvudmän för några. Men när det blev tal om hur verksamheten skulle utformas fortsättningsvis drog sig föreningarna tillbaka, man menade att det fanns risk för partiskhet. De personliga ombuden är visserligen anställda av kommunen men man poängterar vikten av deras oberoende, bl a genom att de har egna lokaler. Sonja berättar att de verkar ha fullt upp att göra, de har så många klienter de kan ta och det står klienter på kö. Hon berättar att det gäller att kunna lagstiftningen och vet att ombuden har överklagat negativa beslut och vunnit. Sonja berättar vidare att hon fått uppfattningen att även anhöriga är nöjda och att hon nyligen fått veta att man eventuellt kommer att anställa ytterligare ett ombud.

### **2.9.6 Analys**

Handläggare och öppenvårdsskötare konstaterar att de personliga ombuden för sina klienters talan framgångsrikt vilket visserligen orsakar konflikter ibland och ökar arbetsbördan, men man ser också att det är nödvändigt för att förbättra de psykiskt funktionshindrades levnadsvillkor. Genom att informera och vara tydliga med vilken roll man har som ombud, har man vunnit förtroende hos alla berörda myndigheter. Ingen känner sig överkörd utan upplever personligt ombud som ett redskap, ytterligare ett hjälpmedel att nå det gemensamma målet : *att människor med ett omfattande funktionshinder ska kunna skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människor som möjligt och i gemenskap med andra människor* (Brusen, Hyden, 2000) .

Klienternas ökade trygghet är tydlig, de personliga ombuden har lyckats med att ”etablera en förtroendefull relation” samt med ”att stödja den funktionshindrade med resurser för att nå egna mål”, helt enligt socialstyrelsens riktlinjer. Socialstyrelsen anger inte vilken utbildning som är att föredra utan anser att personlig lämplighet och intresse är avgörande. De personliga ombuden har vunnit respekt hos alla berörda aktörer genom att de visar en ödmjuk attityd samtidigt som de är tydliga och envisa i sitt arbete med att företräda sina klienter i kontakten med myndigheterna.

### 2.9.7 Hur fungerar samarbetet med olika myndigheter?

Öppenvårdsskötarna berättar att det *"nästan var omöjligt"* att få LSS-insatser beviljade till målgruppen tidigare men att det blivit bättre efter tillsättandet av personligt ombud. Ombuden är sammankallande, skickar ut inbjudan, protokollför och bestämmer ofta ny uppföljningsträff när de är med. Tidigare var det vanligt att ett ärende kunde bollas mellan olika förvaltningar, *"man var osäker på var gränserna skulle dras"*. Öppenvårdsskötarna berättar att det kunde *"bli lite krig på vårdplaneringsmötena, övriga aktörer tog inte hänsyn till att klienten faktiskt var med"*. *"Många handläggare tänker lite i gamla banor ännu."*

Handläggarna konstaterar att det inte är lätt att få LSS-insatser då man har ett psykiskt funktionshinder och pekar på svårigheten att bedöma och dra gränser, det saknas tydliga riktlinjer. *"LSS-frågor tar tid, mer än t ex beslut om hemtjänst. Lättare att bedöma fysiskt funktionshindrade."*, *"Nya riktlinjer vore bra, just nu är det bara domstolsutslag som gäller., Som tyvärr är en inskränkning av flexibiliteten."* Handläggarna ser också att ansvarsfördelningen mellan förvaltningarna komplicerar handläggningen, *"...folk kan komma i kläm, det är inte bara kommunen och psykiatrin som ska strida om saker och ting utan även två verksamheter inom kommunen."*, *"Klienten kan hamna mellan två stolar, den stora frågan blir vilken myndighet som bäst kan hjälpa"*. En handläggare berättar att hon *"upplevt att personer fått orimligt mycket hjälp efter att de fått stöd av personligt ombud. Här arbetar vi efter att personen ska klara sig själv!"* En annan hade tidigare upplevt att *"kontakten med psykiatrin var mycket dålig, svårt att samarbeta"*, men att det fungerade bättre efter att personligt ombud förmedlat kontakten. Alla handläggare upplevs vara medvetna om att personligt ombuds insatser är tillfälliga, att övriga aktörer ska *"ta över"* efterhand. *"Personligt ombud blir ett stöd för handläggaren som kan bolla frågor med denne och få tips om vilka man ska ta kontakt med. Personligt ombud är som spindeln i nätet."* Ett visst motstånd har dock funnits, *"...blev samordnare med tiden, ville inte från början, tyckte det var svårt eftersom jag inte kände klienten"*, *"...lite missförstånd i början, så är det ju alltid när man börjar ett nytt samarbete, men det blev aldrig någon irritation."*

På boendebasen i Kristianstad beviljar man fortfarande boende och kontaktperson enligt SoL och som handläggaren sa : *"...sunt förnuft. Man måste vara restriktiv, t ex med klienter som vill ha obegränsat med hjälp"*.

Man har mer eller mindre svårt att urskilja den grupp som kan komma ifråga för personligt ombuds insatser. Två av handläggarna visste ganska klart att funktionshindret ska vara stort, omfattande och varaktigt, den tredje tyckte sig inte kunna avgöra vem som hade rätt till ombud men trodde *"i princip när personen mår dåligt och det inte finns missbruk med i bilden."* Psykiatrins öppenvårdsskötare menade att ett långvarigt psykiskt funktionshinder gav rätt till personligt ombud om man behövde få behov i form av sysselsättning, fritid, boende tillgodosedda. Klienterna svarade bl a *"alla ska ha som behöver det, det ska räcka med att vara svag eller att man inte känner till lagar"*, *"Alla som har ett psykiskt funktionshinder"*, *"önskar att många skulle få det, många är sjuka och behöver hjälp"*.

Ombuden berättar att man stötte på hårt motstånd till en början i kontakten med myndigheterna men att det blivit bättre. *"Stor turbulens från början, vissa ringde och klagade på ombuden och kallade oss inkompetenta."* Ombuden fick stöd från cheferna, en av dem sa : *"...jag säger till dem att så länge ni klagat så vet jag att de jobbar bra!"* Att det kunde bli turbulent förstår man av *"...jag är nog det enda ombudet som blivit utslängd från socialförvaltningen"*. Att det blivit bättre : *"...idag blir jag betraktad som anställd, inte inkräktare"*. Ett ombud konstaterar att *"det tog cirka ett år innan man passerat barnsjukdomarna, myndighetspersonerna kunde känna sig överkörda. God relation idag, verksamheten har blivit inplanterad på ett positivt sätt, C4-modellen har varit till stor hjälp"*.

Trots att ombuden kan se attityd-förändringarna strävar man fortfarande efter att *"...höja legitimiteten, bli betraktade som proffs och att våra bedömningar tas på allvar"*.

### **2.9.8 Analys**

De personliga ombudens arbete har visserligen ökat antalet beviljade insatser enligt LSS till målgruppen, men från kommunens sida har man fortfarande svårt att bedöma målgruppen eftersom man saknar tydliga riktlinjer. Avsaknaden av riktlinjer understödjer dessutom "bollandet" mellan de olika förvaltningarna. Utvärderingen av handikappreformen, SoS 1997:4, visar att handläggarna beviljar insatser enligt SoL av gammal vana, trots att personen ska kunna söka insatsen enligt LSS. LSS ger rätt till särskilt boende och kontaktperson medan SoL beviljar dessa insatser som bistånd enligt 6g §. Beslut enligt denna paragraf kan (ännu) inte överklagas vilket beslut enligt LSS kan.

Kontakten mellan psykiatri och kommun har tydligen inte varit konfliktfri, samarbetet utmynnade ofta i missförstånd på båda sidor. Det får dock anses lovande att samarbetet har förbättrats sedan de personliga ombuden tagit på sig en samordnarroll. Att kunskapsluckorna, eller kanske ännu hellre "förståelsen för de psykiskt funktionshindrades behov" fortfarande är bristfälliga blir tydligt, jag tänker då på den handläggare som sa att hon upplevde att en person fått orimligt mycket hjälp efter stödet från ombudet. Hon tyckte att detta motarbetade deras ambition att klienten ska klara sig själv!

Det är tydligen svårt att dra gränser för vilka som kan få insatsen personligt ombud. Klienterna t ex tycker att alla som behöver det ska få hjälp. Det ska räcka med att vara svag och ha svårigheter att förstå lagarna. De personliga ombuden följer socialstyrelsens riktlinjer och använder sin erfarenhet och kunskap i bedömningen, handläggarna är inte riktigt klara över vilka som är berättigade till personligt ombud, man vet att det ska vara ett omfattande och långvarigt funktionshinder men en av handläggarna drog slutsatsen att missbruk inte fick vara med i bilden. Hon tänkte nog inte på alla de med flera diagnoser, dubbel-, trippeldiagnoser t ex.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att de psykiskt funktionshindrades situation har uppmärksamats, samverkan mellan psykiatri och socialtjänst har förbättrats, helt i likhet med socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen, 1999:1. Verksamheten med personliga ombud har en betydande roll i denna förändring.

### **2.9.9 Hur har de psykiskt funktionshindrades livssituation förändrats genom att de fått stöd av personligt ombud?**

Handläggarna och öppenvårdssköterna inom psykiatrin upplever att klienternas delaktighet har ökat, *"personligt ombud sitter inte och pratar över huvudet på klienterna"*, *"den struktur som mötarna erbjuder samt att klienten hela tiden får ta del av besluten, underlättar för denne att få veta vem som ska göra vad och när det ska ske."* Fler valmöjligheter har getts, *"erbjudandena blev flera, min klient fick försörjning och sysselsättning genom att han fick kontakt med personligt ombud. Hade inget innan, låg bara hemma på sängen."*

Handläggarna tror också att klienten upplever ett annat bemötande *"föreställer mig att det blir lättare för den enskilde att ta emot hjälp, stödet från personligt ombud och gemensamma*



*träffar mellan ombud, handläggare och klient kan minska misstänksamheten mot myndigheter.”*

De personliga ombuden anser också att klienternas delaktighet har ökat: *”Klientens upplevelse av att ha inflytande har förändrats”*. Ett av ombuden beskriver en mötessituation: *”...kan behöva bryta eller till och med skjuta upp ett möte för att rådgöra med klienten eller för att denne ska hinna tänka efter. Kan bli frustrerande för myndigheterna.”* Ombuden ser dock att det fortfarande finns brister, *”i kunskap, förståelse, bemötande, det ställs alldeles för höga krav.”* Man definierar en del av behoven: *”... behövs mer flexibla boendestöd, de svårt sjuka, t ex de med schizofreni, behöver tillsyn dygnet runt. Behövs fler samtalsresurser från psykiatrins sida, grupper med svåra tvångssyndrom lider oerhörda brister och behöver någon slags kognitiv beteendeterapi.”*

En av klienterna upplevde att personalen på psykiatriska vårdavdelningen ändrade förhållningssätt efter att personligt ombud pratat med dem och förklarat hur klienten kände sig. Samma klient berättar att han känner sig mer trygg, lusten att leva har ökat och på en skala från ett till tio beskriver han att livssituationen har förändrats från 3-4 före insatsen personligt ombud, till 10 efter stöd från ombudet. *”Så känner jag det!”* En annan klient hade svårt att sätta siffror på hjälpen men beskrev att han var mer orolig innan och kände sig *”mycket bättre nu efter att jag fått personligt ombud”*.

Den tredje klienten berättar att han blev sämre bemött innan personligt ombud kom in i bilden och *”satte press på handläggaren”*. *”Handläggaren ville halvera antalet timmar jag har kontaktperson men med personligt ombuds hjälp fick jag behålla samma antal timmar.”* Personligt ombud har ökat känslan av delaktighet genom att *”...han tar reda på vilka rättigheter man har och kan hjälpa till så att man kan utnyttja det”*. Livssituationen graderades av klienten till cirka 7 före personligt ombud och till cirka 8,5-9 efter stöd av ombudet.

Nästa klient graderade livssituationen till 2 före ombudsinsatsen och till 6-7 efteråt, *”...har blivit mer intresserad av omgivningen och jobbet”*. Personligt ombud beskrivs som *”stöd och påpuffare, funnits i bakgrunden men jag har skött det mesta själv”*. Samme klient hade svårt att svara på om bemötandet från handläggaren ändrats genom att personligt ombud kom in i bilden eller om det berodde på att den första handläggaren slutade och det kom en ny. *”Den*

*förste handläggaren upplevde jag som oengagerad, slarvig, dryg. Hans outtalade budskap var ungefär : 'det förstår du väl själv att två behandlingar får räcka'. I kontakten med den andre handläggaren var personligt ombud med, jag fick en känsla av att jag bemöttes med större respekt". Klienten berättar att han höll på att bli uppsagd av sin arbetsgivare på grund av att han glömt lämna läkarintyg för första dagen, men att ombudet tryckt på genom att skriva brev till arbetsgivaren och begära svar på vad man hade gjort för honom i rehabiliteringssyfte. "Efter ett halvårs förhandlingar blev jag till sist erbjuden en omplacering. Ett intyg från min läkare på psykkliniken hjälpte till."*

### **2.9.10 Analys**

De personliga ombuden kan, enligt socialstyrelsen, fungera som en slags mäklare eller barfotaadvokat i syfte att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade. En handläggare beskriver hur hennes klient tidigare levde i social och materiell misär, han låg bara hemma på sängen. Genom stödet av personligt ombud fick han både sysselsättning och försörjningsbehov tillgodosedda. Livsvillkoren måste därför anses avsevärt förbättrade för denne man. I *Lindqvist nia* konstateras att man funnit stora brister i bemötandet av psykiskt funktionshindrade personer. Flera av klienterna vittnade i intervjuerna om att man upplevde sig bli bemött med större respekt efter stödet av personligt ombud. Delaktigheten har ökat, detta beskrivs av öppenvårdssköterna som har erfarenhet av att övriga aktörer tidigare *"pratade över huvudet på klienten"*.

Klienterna blir bemötta med större respekt, de personliga ombuden förtydligar att klienten är huvudpersonen i samarbetet. Klienterna verkar uppleva en ökad trygghet som i förlängningen kan medföra att misstron mot myndigheterna minskar.

### **2.9.11 Vilka av de personliga ombudens insatser har varit viktigast?**

Från psykiatrins sida menar man att *"det blivit en klar förbättring i samverkansärenden"* och att *"uppföljning och utvärdering fungerar bättre"*. Öppenvårdssköterna har lärt sig CAN-skattning och upprättar individuella planer som snabbt ger en helhetssyn på vilka behov klienten har.

Handläggarna beskriver personligt ombud som en pådrivande kraft som visserligen ökat arbetsbördan men som tar tillvara klientens intressen och uppmärksammar de psykiskt funktionshindrades behov. Samverkansmodellen visar att *"myndigheten inte är så farlig"*. *"I*

*samband med psykiatrireformen fick kommunen ta över ansvaret för de psykiskt funktionshindrades 'normala liv', dvs sysselsättning, boende. Då blev gruppen synlig för oss, sedan har det bara svällt och blivit mer och mer. De finns överallt nu och pockar på ett vettigt bemötande. Det har varit en stor omställning för oss och är det fortfarande.”* Handläggaren berättar vidare om hur komplicerat det blir då insatserna till målgruppen är uppdelade mellan olika förvaltningar och menar att de personliga ombuden har en oerhört viktig roll i att se till att klienterna får den hjälp de har rätt till. De personliga ombudens samordnande roll, den där de är lite ”spindeln i nätet” har varit den viktigaste insatsen.

Ombuden framhåller att deras fristående ställning har gjort att de personer som behöver deras stöd fått det bättre. Klienterna blir bekräftade och känner sig nöjda. *”Bemötandet hos handläggarna har förändrats, det märks att de anstränger sig mer när de personliga ombuden är med.”* Allt fler psykiskt funktionshindrade har blivit medvetna om att de har samma rätt som andra till hjälp, vilket är en lika viktig insats som att ha lyckats skapa goda relationer med myndigheterna, trots hårt motstånd.

Klienternas syn på frågan om vilka av ombudens insatser som varit viktigast var att de fått sina behov tillgodosedda. Man hade fått hjälp med olika saker, de viktigaste var : *”...kontakt med myndigheterna, hjälp med läkarkontakt och olika ansökningar”, ”...var mer instängd i lägenheten innan, personligt ombud hör av sig, pratar, vet att jag inte är så bra på att höra av mig själv”, ”...att få behålla min kontaktperson som jag haft i 11 år”, ”...det viktigaste var att jag fick behandling för mitt alkoholberoende”.*

CAN-skattningen omtalas ofta av alla parter liksom samverkansdokumentet, C4-modellen. Behoven blir tydliga och det blir lättare att avgöra vem som ansvarar för vad och genom dokumentationen blir det lättare att göra en uppföljning.

### **2.9.12 Analys**

Klienterna har fått hjälp med flera olika saker, det som utmärker den tillfredsställelse de känner är att de blivit bemötta med respekt. Ett ökat samarbete mellan myndigheterna där C4-modellen varit grundbulten är också tydlig.

### 2.9.13 Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?

Ombuden själva är övertygade om att verksamheten med personliga ombud kommer att behövas i framtiden. *"Även om attityderna i samhället förändras kommer funktionshindret ändå att vara av den karaktären att ett stöd behövs."* Man tror att även om myndigheterna utvecklar ett bra samarbete kommer ombudets roll fortfarande att vara betydelsefull : *"...funktionshindret gör ju ofta att man inte är förmögen att söka hjälp hos myndigheter, personligt ombud som 'är en ofarlig person' blir då mycket viktig."*

Psykiatrins öppenvårdsskötare tror att man även i framtiden kommer att behöva personligt ombud eftersom det hela tiden kommer nya klienter. En av skötarna menade att det kanske inte kommer att behövas i samma utsträckning som idag, att det kommer att lugna ner sig när *"...kommunen lärt sig tänka annorlunda, bemöta på ett annat sätt"*.

Handläggarna konstaterade att det absolut kommer att behövas personliga ombud i framtiden och motiverar : *"...psykiskt funktionshindrade är en grupp som måste lyftas upp",* *"...eftersom vi har ett mycket hårt och komplicerat samhälle där det är lätt för svaga människor att falla emellan, att bli kränkande behandlad"*. En av handläggarna hänvisade till de stora samarbetsvårigheterna hon upplever sig ha haft med psykiatrin: *"Psykiatrin är något stort, svårtillgängligt och odefinierbart för mig. Personligt ombud blir då ett mellansteg."* Samme handläggare berättade om den frustration hon kände då psykiatrin gjorde en annan bedömning än hon själv hade gjort. Samtidigt kunde hon förstå att även psykiatrin måste prioritera och jämförde med handläggarnas prioriteringsdilemma med gruppen missbrukare.

Klienterna i min intervju var alla eniga om att personligt ombud kommer att behövas i framtiden. De berättade att det finns många som behöver hjälp. Att dessa personer kanske inte vet vilken hjälp de kan få, kanske vågar de inte ta reda på saker och ting. Många vet inte heller om att personligt ombud finns. En av klienterna såg två orsaker till att personligt ombud kommer att behövas : *"Det finns myndigheter/myndighetspersoner som brister i sitt bemötande, som inte förmår möta medborgarna på ett naturligt eller professionellt sätt. Så finns det människor som på grund av sjukdom eller språksvårigheter behöver någon som stöd för att komma i kontakt med myndigheter."*

### **2.9.14 Analys**

Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen, SoS 1999:1, visar att försöksverksamheten med personligt ombud varit framgångsrik och resulterat i att de psykiskt funktionshindrades livssituation blivit bättre. Men delaktigheten och inflytandet var fortfarande otillräckligt, samverkan mellan psykiatri och socialtjänst fungerade fortfarande dåligt. Av den ena handläggarens svar kan man skönja att så är fallet också i Kristianstad. Öppenvårdsskötarens uttalande visar att hon tycker att kommunen fortfarande har en del att lära. Sammanfattningen av intervju svaren blir att om bara samarbetet blir bättre mellan de olika aktörerna kommer inte de personliga ombuden att behövas i samma utsträckning. Funktionshindret som sådant har dock den egenskapen att det alltid kommer att behövas stöd från personliga ombud för att psykiskt funktionshindrade ska få sina behov tillgodosedda.

## **3. Avslutning**

### **3.1 SAMMANFATTNING**

Verksamheten personligt ombud föreslogs i regeringens proposition 1993/94:218, *Psykiskt stördas villkor*. Syftet var att de psykiskt funktionshindrades behov skulle uppmärksammas samt att insatserna från olika myndigheter skulle samordnas. En försöksverksamhet med personligt ombud pågick mellan -95 och -98 på tio orter i landet och banade väg för en utbyggnad av fler verksamheter. I maj 2000 beslutade regeringen om statsbidrag till kommuner som vill starta verksamheter med personliga ombud. I Kristianstad var man tidigt ute, redan i oktober -99 startade ett projekt med verksamheten personligt ombud som skulle pågå i två år. Ombuden förde noggrann statistik över sitt arbete och kunde presentera mycket goda resultat i den utvärdering som lades fram inför socialnämnden under våren 2001. Socialnämnden i Kristianstad var också positiv och beslutade att söka statsbidrag för att permanenta och utöka verksamheten. Behovet av personligt ombud har visat sig vara stort, psykiskt funktionshindrade är en grupp som alltför länge saknat det stöd de som medborgare i ett demokratiskt land har rätt till. De tre ombuden i Kristianstad är ”handplockade”, alla har både lång erfarenhet och ett brinnande intresse av att förbättra de psykiskt funktionshindrades behov. Kommunerna blev lite överraskade och tagna på sängen då de plötsligt, i samband med psykiatrireformen -95, fick en massa ansvar för en grupp funktionshindrade man egentligen haft väldigt lite med att göra tidigare. Att förstå de komplexa och varierande behov som en psykiskt funktionshindrad kan ha kräver både kunskap och erfarenhet. Ombuden stötte på stora hinder till en början av oförstående myndigheter som ju redan arbetade under stark

ekonomisk press. Ombuden arbetade dock envist vidare, uppbackade av den egna övertygelsen och stödjande chefer. Och idag, ett och ett halvt år senare, kan man se att attityderna från myndigheternas sida blivit mer positiva. Nu oroar man sig istället för hur man ska hinna med, det tar ofta lång tid att få igång ett samarbete med myndigheterna, pappersexercisen är segdragen. Det har också bildats en kö av klienter som behöver deras stöd vilket upplevs som stressande av ombuden. Klienterna är dock nöjda. Det visar både den utvärdering som de personliga ombuden själva gjort och de intervjuer jag gjort i samband med denna uppsats. En stor framgång har varit den stora ökningen av beviljade insatser enligt LSS som skett efter att verksamheten med personligt ombud startade.

Samtliga övriga aktörer hade bara gott att säga om ombuden, låt vara att man kanske inte gjorde det till en början (ett av ombuden blev till och med utslängd från socialförvaltningen) men nu menar man att konflikterna har visat sig vara konstruktiva. Alla kan känna tillfredsställelse med sitt arbete, man arbetar ju mot samma mål : att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade. Av mina intervjuer kan jag utläsa att klienterna i högre grad blir bemötta med respekt, förståelsen för deras funktionshinder har ökat. CAN-skattningen har visat sig vara en grundbult i arbetet och har underlättat samordningen mellan myndigheterna. Personliga ombud fungerar som en brobyggare, arbetet blir dock aldrig helt avslutat eftersom nya klienter hela tiden tillkommer, människor som på grund av sitt funktionshinder har svårt att göra sin röst hörd.

### 3.2 SLUTDISKUSSION

I psykiatriuppföljningen 1995:5, *Att samarbeta kring psykiatrireformens klienter*, framhålls förmågan att vara en *eldsjäl* som avgörande för en lyckad samverkan. Men eldsjälar slocknar ibland, det vet vi idag och vi kallar det för *utbrändhet*. Det är ett allvarligt tillstånd som i svåra former kan bli livshotande. Med den vetskapen är det märkligt att förorda eldsjälar som bättre än andra, ett arbete i en tyst svalka kan vara lika framgångsrik. Ombuden i Kristianstad har både en känsla av att inte räcka till och upplever en frustration över trögheten hos myndigheterna. De ser hur deras klienter lider och tycker att utbrändheten ligger på lur. Men är risken för utbrändhet en faktor att verkligen räkna med i dess allvarliga bemärkelse? Som jag ser det, utan att förringa de personliga ombudens upplevelser, är risken inte överhängande, trots att förväntningarna på dem är stora. Detta är nämligen erfarna personer som lyckats med något de tror på. De är ”hjälpare”, medmänniskor och proffs samtidigt, den positiva

erfarenheten arbetet ger tror jag är den "feed-back" som behövs för att uthärda problemen. Först när "inputen" tar slut ökar risken för den utmattning som kallas utbrändhet enligt min mening. Det viktiga är att ombuden själva är observanta, på varandra, sig själva, och att de inte ger avkall på den egna, viktiga handledningen.

SoS 1999:5 exemplifierade hur en samverkansbrist kunde drabba den enskilde funktionshindrade : Psykiatrin medicinerar en patient som därigenom dämpas. Kommunen försöker samtidigt motivera personen till arbete. Enligt socialstyrelsen en brist på samverkan som resulterar i att insatserna motverkar varandra och den funktionshindrade kommer "i kläm". Exemplet vittnar om okunnighet och bäddar för misstånd. De mediciner som används vid behandling av psykiska sjukdomstillstånd är väl utvecklade idag och syftet är inte att dämpa patienten, bara symtomen. Den medicinska behandlingen är sällan allenarådande, kompletterande behandlingar i form av samtalsbehandling, anhörig- och patientutbildning samt uppföljning av hälsotillståndet är vanliga och meningen är att hjälpa den drabbade tillbaka till ett så normalt liv som möjligt. Tråkigt att se att socialstyrelsen nedlåter sig till dylika oprofessionella uttalanden.

Men samverkansbristerna blir ändå tydliga i min undersökning. De personliga ombuden har vunnit förtroende hos handläggarna men ombuden upplever fortfarande inte att de tas riktigt på allvar, att de blir betraktade som de proffs de faktiskt är. En handläggare påstår helt frankt att hade de bara tid skulle de gjort det jobb som de personliga ombuden utför! Samme handläggare berättade att hon upplevde att klienter fått alldeles för mycket hjälp efter att de fått hjälp av personligt ombud. Handläggaren själv tycks sakna insikt om att hon troligtvis har bristande kunskaper om vad ett psykiskt funktionshinder innebär. Jag tror att osäkerhet och rädsla för det okända ligger bakom till viss del men att det döljs bakom en självsäker fasad. Det är tydligt att man behöver värna om sitt eget verksamhetsområde, man hävdar sin autonomi och bevakar sitt revir (SoS 1999:5). Psykiatrin har här ett stort ansvar att utbilda och dela med sig av sin kunskap på området!

Kommunen beviljar boende och kontaktperson enligt SoL 6g§ som inte kan överklagas, istället för att använda sig av LSS som erbjuder samma insatser. LSS-beslut kan dock överklagas. Samtidigt klagas man från kommunens sida över att man saknar tydliga riktlinjer, att man har svårt att göra bedömningar. Man inväntar domstolsutslag som får bli vägledande för olika bedömningar. Skärpning kommunen! Det är inte bra att låta domstolsutslag utforma

riktlinjerna, risken finns att de blir statiska. Enkelt för handläggarna men förödande för målgruppen som i allra högsta grad är beroende av en flexibel handläggning.

Insatsen personligt ombud ges till personer med ett långvarigt funktionshinder som medför stora hinder för ett fungerande vardagsliv. Personen ska ha komplexa behov av vård, stöd och service från olika samhällsinstanser. Klienterna tycker dock att ”alla som behöver det ska få hjälp. Det ska räcka med att vara svag och ha svårigheter att förstå lagarna”. Ja, man kan undra. Om det nu är så svårt att få hjälp, om handläggarna måste vara ”gate-keepers” på grund av besparingar, om de samtidigt har otydliga riktlinjer, finns det då inte stor risk att de psykiskt funktionshindrade kommer i kläm? De som ofta har svårt att göra sig hörda? Så länge dessa svårigheter att få hjälp från sjukvård och olika myndigheter kvarstår, anser jag också att ”alla som behöver det” ska få rätt till personligt ombud. Vilket förmodligen hade medfört att fler ombud behövde anställas.

I mina delanalyser visar jag att verksamheten med personligt ombud har ökat förståelsen för psykiskt funktionshindrade hos berörda aktörer, alla känner större tillfredsställelse med sitt arbete och klienten blir bemött med större respekt än tidigare. Klientens trygghet kan förhoppningsvis öka tilliten till myndigheterna. Levnadsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade är på väg att normaliseras. Fördomar håller på att raseras, de som tidigare ”uteslöts” från samhällsgemenskapen genom ett paternalistiskt bemötande, håller på allvar på att bli ”medtagna”. ”Medtagen” i bemärkelsen att bli betraktad med respekt av omgivningen och känna kontroll över sitt liv, så kallad empowerment. Men jag ropar inte hej! ännu, målgruppen är stor, resurserna begränsade och ombuden få. Förändringsarbete måste få ta tid men att man är på rätt väg är tydligt. Den viktigaste uppgiften är att göra de psykiskt funktionshindrade delaktiga av det goda och skydda dem från det onda. Dels det onda som finns inom dem, dvs ångesten och andra symtom som följer med sjukdomen, dels det onda som finns runt omkring, människors fördomar och oförstående bemötande.

Avslutningsvis vill jag gratulera Kristianstad kommun som tidigt beslutade sig för att satsa på verksamheten personliga ombud. Detta har resulterat i att en stor grupp människor håller på att återfå det människovärde de länge försakats.



## KÄLLFÖRTECKNING

### **Litteratur**

- Brusen Peter, Hyden Lars.Christer (red), (2000) *Ett liv som andra, Livsvillkor för personer med funktionshinder*, Studentlitteratur, Lund
- Cullberg Johan, (2000) *Psykosser*, Natur och Kultur
- Ericsson, Persson, Svensson,(1989) *Psykiatri i omvandling*, LIBER, Stockholm
- Foucault Michel, (1983) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*, Arkiv förlag
- Halvorsen Knut, (1998) *Samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund
- Lewin Barbro, (1998) *Funktionshinder och medborgarskap*, Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 55, Stockholm
- Sjöberg Ulf,(1999) *Handläggning av LSS-frågor*, Norstedts Tryckeri, Stockholm, andra upplagan
- Sjöström Bengt, (1992) *Kliniken tar över dårskapen*, Daidalos, Göteborg
- Sjöström Stefan (red), (1998) *Nya kulturer i psykiatrin*, Del II, Alain Topor, Studentlitteratur

### **Internet**

- Personliga ombud i Kristianstad, <http://www.kristianstad.se/personligaombud>
- RSMH, <http://www.rsmh.se/rattsprojektet>
- Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000, <http://www.sos.se/sos/publ/mb0014.htm>

### **Offentligt tryck**

- Allmänna råd från socialstyrelsen 1994:1, *LSS*, Socialstyrelsen, Stockholm,
- CUS-skrift 1995:1, *Att besluta om socialbidrag*, Lars-Christer Hyden, Pia Kyhle-Westermarck, Sten-Åke Stenberg, Socialstyrelsen, Gotab, Stockholm
- Proposition 1993/94:218, *Psykiskt stördas villkor*
- Proposition 1999/2000:79, *Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken*
- SoS 1997:4, *Handikappreformen, Slutrapport 1997*, Socialstyrelsen, Stockholm
- SoS 1998:11, *Arbetsmetoder och socialbidrag*, Ingrid Byberg, doktorand i socialt arbete, Stockholms universitet
- SoS 1999:1, *Välfärd och valfrihet?, Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*, Socialstyrelsen, Stockholm
- SoS 1999:3, *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*, Socialstyrelsen, Stockholm

- SoS 1999:5, *Att samverka kring psykiatrireformens klienter*, Socialstyrelsen, Stockholm
- SoS 1999:8, *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*, Socialstyrelsen, Stockholm
- SOU 1991:46, *Handikapp Velfärd Rättvisa, Betänkande av 1989 års Handikapputredning*, Allmänna Förlaget, Stockholm
- SOU 1998:121, *Arbetsförhållanden och attityder*, Fritzes, Stockholm
- SOU 1999:16, *När åsikter blir handling*, Fritzes, Stockholm
- SOU 1999:21, *Lindqvist nia*, Fakta infodirekt, Stockholm

### Tidskrifter

- Norra Skåne, *Vill fortsätta med personliga ombud*, 01-04-21
- Revansch nr 1-2, 2001, Årgång 21

### Tryck

- C4-modellen, *Samverkan mellan huvudmän i psykiatri*, Kristianstad kommun, 1998
- Hilte Mats, *PM för uppsatsskrivare*, Socialhögskolan, Lunds universitet, 2001
- Lindskov Flemming, Javurek Radovan, *Utvärdering av verksamheten med personliga ombud*, Kristianstad, 2001
- Roos Hans-Edvard, (1984:2) *Frågeteknik för kvalitativa intervjuer*, Socialhögskolan, Lund

## Intervjufrågor till Personliga Ombuden :

## BILAGA 1a

1. Berätta lite om dig själv, ålder, utbildning, yrkesbakgrund?
2. Hur startades verksamheten, av vem/vilka ?
3. Hur och av vem är du anställd?
4. Var är verksamheten placerad?
5. Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?
6. Vilka befogenheter har du som personligt ombud?
7. Vad avgör om en person med ett psykiskt funktionshinder har rätt till personligt ombud?
8. Hur får du kontakt med de personer som behöver stöd av ett personligt ombud?
9. Vilken formell relation har du till dessa personer?
10. Händer det att du får motivera klienterna till att ta emot din hjälp?
11. Vilken relation har du till de myndigheter som du kommer i kontakt med i ditt arbete som personligt ombud?
12. Hur sker mötena med myndigheterna, är din klient alltid med ?
13. Upplever du att klienten är mer delaktig än tidigare och kan välja t ex bostad, sysselsättning?
14. Om du ser tillbaka, vad tycker du har varit viktigast med ditt arbete?
15. Vad i ditt arbete tror du har haft störst betydelse för dina klienter?
16. Vad i ditt arbete har du upplevt som svårast?
17. Vad har varit det största problemet respektive det största glädjeämnet?
18. Finns det någon möjlighet till kompetensutveckling?
19. Om problem uppstår, vart vänder du dig?
20. Har du eget stöd, t ex handledning?
21. Känner du dig nöjd med det arbete du utför eller finns det något du vill förändra eller förbättra?
22. Hur ser du på din egen, dvs det personliga ombudets framtida roll i Kristianstad kommun?

## Intervjufrågor till klienten :

1. Berätta lite om dig själv, ålder, utbildning, yrkeslivserfarenhet?
2. Hur fick du kontakt med ditt personliga ombud?
3. Visste du innan vilka insatser kommunen kunde erbjuda och visste du hur man ansökte om dessa?
4. Hur fick du veta det?
5. Har du, innan du fick ett personligt ombud, själv eller tillsammans med anhörig, sökt och nekats insatser?
6. När tycker du att man ska ha rätt till personligt ombud?
7. Vad ska ett personligt ombud hjälpa till med?
8. Hur sker kontakten med olika myndigheter, träffar du själv de personer som kan bevilja olika former av stödinsatser, t ex arbete, bostad, m m ?
9. Vad har ditt personliga ombud hjälpt dig med?
10. Vad känns viktigast av det ditt ombud har hjälpt dig med?
11. Är du nöjd med den hjälp du får av ditt personliga ombud?
12. Finns det något du skulle vilja förändra eller förbättra i ert samarbete?
13. Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?
14. På en skal 1-10, hur vill du gradera din livssituation före respektive efter att du fått ett personligt ombud?
  - Bemötandet annorlunda än förut- ändrats ?
  - Mer motiverad efter P O ?
  - Mer delaktig, kan påverka den egna situationen?

## Intervjufrågor till kommunens handläggare:

1. Berätta lite om dig själv, ålder, utbildning, yrkesbakgrund?
2. Vilken befattning har du, hur länge har du arbetat med/haft kontakt med gruppen psykiskt funktionshindrade?
3. Hur sker kommunens uppsökande verksamhet, dvs hur upplyser man de psykiskt funktionshindrade om vilka möjligheter de har att få hjälp av kommunen?
4. Hur upplevde du handläggningen av LSS-insatser till persongrupp tre, dvs de psykiskt funktionshindrade, innan kommunen införde personligt ombud?
5. Vad stödde du dina beslut i handlägnings-ärendena på, var det t ex interna regler, nationella riktlinjer eller förarbetet till lagstiftningen ?

## BILAGA 1b

6. Kände du att det fanns ekonomiska påtryckningar från organisationen som gav utslag i prioriteringarna?
7. Vilken slags stöd hade du från din organisation i dina beslut?
8. Vilka förväntningar hade/har du på de personliga ombuden?
9. Vilka förändringar har du upplevt efter etableringen av personliga ombud?
10. Vad avgör om en person med ett psykiskt funktionshinder har rätt till personligt ombud?
11. Ett psykiskt funktionshinder kan innebära svårigheter att förstå och beskriva de egna behoven samt att ta emot hjälp. Upplever du att motivationen att ta emot hjälp har förändrats efter stöd från personligt ombud?
12. Har de personliga ombuden medverkat till att förståelsen för de psykiskt funktionshindrades behov har ökat?
13. Om ja, vad tror du att det beror på?
14. Upplever du att klienten blivit mer delaktig i besluten och kan välja t ex bostad, sysselsättning?
15. Hur har införandet av personligt ombud underlättat planering och samordning med andra myndigheter?
16. Vad är din samlade uppfattning av de personliga ombudens arbete?
17. Vilken är din roll i samarbetet med personliga ombud och klienter?
18. Finns det något du skulle vilja ändra på eller förbättra vad det gäller de personliga ombudens arbete?
19. Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?

### Intervjufrågor till psykiatri-personal:

1. Berätta lite om dig själv, ålder, utbildning, yrkesbakgrund, vilken befattning har du, hur länge har du arbetat med/haft kontakt med gruppen psykiskt funktionshindrade?
2. Det ingår i kommunens ansvar att bl a söka upp funktionshindrade personer, kartlägga behoven samt informera om och erbjuda insatser. Har du någon uppfattning om hur kommunens uppsökande verksamhet sker, dvs hur upplyser man de psykiskt funktionshindrade om vilka möjligheter de har att få hjälp av kommunen?
3. Hur upplevde du handläggningen av LSS-insatser till persongrupp tre, dvs de psykiskt funktionshindrade, innan kommunen införde personligt ombud?
4. Psykiatrins arbetsområde sträcker ju sig över flera kommuner, kan du se skillnader vad det gäller insatser till psykiskt funktionshindrade, mellan Kristianstad och de övriga kommunerna inom ert upptagningsområde?
5. Vilka förväntningar hade/har du på de personliga ombuden?
6. Vilka förändringar har du upplevt efter etableringen av personliga ombud?
7. Vad avgör om en person med ett psykiskt funktionshinder har rätt till personligt ombud?
8. Ett psykiskt funktionshinder kan innebära svårigheter att förstå och beskriva de egna behoven samt att ta emot hjälp. Upplever du att motivationen att ta emot hjälp har förändrats efter stöd från personligt ombud?
9. Har de personliga ombuden medverkat till att förståelsen för de psykiskt funktionshindrades behov har ökat?
10. Om ja, vad tror du att det beror på?
11. Upplever du att den funktionshindrade personen blivit mer delaktig i besluten och kan välja t ex bostad, sysselsättning
12. Hur har införandet av personligt ombud underlättat planering och samordning med andra myndigheter?
13. Vilken är din roll i samarbetet med personliga ombud och klienter?
14. Vad är din samlade uppfattning av de personliga ombudens arbete?
15. Finns det något du skulle vilja ändra på eller förbättra vad det gäller de personliga ombudens arbete?
16. Kommer det att behövas personliga ombud i framtiden?

## Klientenkät

### Klienternas tillfredsställelse med personligt ombud verksamhet



