

Personligt Ombud

Social praktik i medicinsk diskurs

Rapportserie i socialt arbete. Nr 2, 2006

Personligt Ombud
Social praktik i medicinsk diskurs

Ulrika Järkestig Berggren

Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete
Växjö universitet

Rapporten kan beställas från
IVOSA, Växjö universitet, 351 95 Växjö
E-post: rapport.ivosa@vxu.se
Tel. 0470-70 80 00
www.vxu.se/ivosal/

© IVOSA och författarna
Ansvarig utgivare: Kerstin Gynnerstedt
Redaktör: Verner Denvall
Omslag: Eddie Andersson
Tryckt hos Intellecta DocuSys, Mölndal
ISSN 1652-8573

Innehåll

Innehåll.....	1
Figur- och tabellförteckning.....	3
Abstract	4
Förord.....	5
Sammanfattning	7
1 Inledning	11
Syfte, frågeställningar och utgångspunkter.....	13
Yrkesroll och funktion.....	14
Handlingsmönster som idealtyper.....	18
Interaktionistiskt perspektiv.....	19
Avhandlingens disposition	19
2 Metodfrågor.....	21
Metodologiska utgångspunkter.....	21
Urvals- och materialinsamlingsfrågor	24
Analys	30
Metodproblem	32
Förförståelse.....	34
Etiska överväganden	34
Sammanfattande kommentarer kring studiens giltighet	36
3 Internationella förebilder - Case Management	39
USA och Case Management.....	39
Storbritannien.....	40
Ideologi bakom case management	41
Forskarna om case management	42
Case Managementmodeller	44
Konturer av yrkesrollen	48
4 Sverige och den lokala arenan.....	51
Ombuden.....	51
Klienterna	58
5 Konstruktionen av en problematik	71
Klienternas problem – två bilder.....	71
Omsorgsbrist.....	77
Försörjning	78
Interaktion	79
Konturer av yrkesrollen	81
6 Brister i omsorg: att kvalificera klienter för stöd.....	83
En operationalisering av det sociala medborgarskapet.....	83
Kvalificeringsprocessen	85
Organisationen i fokus.....	88
Konturer av yrkesrollen	89
7 Brister i försörjning: vad ska klienter få?.....	91
Fattigdom.....	91
Fattigdomsbegreppets sociala innebörd- deprivation och exklusion.....	91
Levnadsnivå och livskvalitet.....	94
Bostadsfrågan	95
Utestängning från hyresmarknaden.....	97

Personligt ombud

Differentiering av boendeformer	100
Boendestandard	101
Konturer av yrkesrollen	102
8 Brister i interaktion: hur klienter får stöd.....	103
Bemötande.....	103
Skam	103
Skammens effekter	108
Konturer av yrkesrollen	110
9 Den strukturella uppgiften	111
Ombudens strukturella arbetsuppgift och ansvarsgränser.....	111
Ombudsverksamheternas erfarenheter av strukturellt arbete.....	113
Konturer av yrkesrollen	115
10 Krav på och svårigheter i yrkesrollen	117
Omgivande professionellas erfarenheter av personligt ombud.....	117
Klienternas erfarenheter	119
Ombudens erfarenheter.....	122
Konturer av yrkesrollen	124
11 Konturer av en yrkesroll: Handlingsmönster och funktion	125
Modell över ombudens handlingsmönster.....	125
Ombudets manifesta funktioner.....	138
Funktioner i välfärdssystemet	142
Konturer av yrkesrollen	143
12 Avslutning.....	145
Förväntad funktion: att erbjuda en ny form av samhällsintegrerat stöd	145
Handlingsmönster och funktion i relation till internationella modeller	147
Oförutsedda funktioner	148
Yrkesrollen – en paradox.....	150
Referenser	155
Bilagor.....	163
English Summary	169
Författarpresentation.....	172
Rapporter i serien.....	173

Figur- och tabellförteckning

Figur 1	Relationen mellan avhandlingens centrala begrepp.....	17
Figur 2	Skillnader mellan rehabombud och personligt ombud.....	55
Figur 3	Problemområden i den medicinska respektive medborgardiskursen.....	77
Figur 4	Typologi över handlingsmönster och funktioner.....	126

Abstract

The objective of this licentiate's dissertation is the developing occupational role of 'personligt ombud' (PO), a case manager for persons with severe psychiatric disabilities. The purpose of PO, put forward by a government's commission (Psykiatriutredningen) 1992, was to implement a new way of providing support and to coordinate interventions with an aim to improve the life conditions of persons with severe psychiatric disabilities.

The aim of this licentiate's dissertation is to characterize PO as a phenomenon within disability politics.

The empirical data were collected in three counties, viz the counties of Blekinge, Kalmar and Kronoberg. All POs within these counties were interviewed as well as influential managers. Clients of the POs were also interviewed.

The results imply that POs construct their understanding of their clients' problems within a medical discourse, individualizing the problems as a result of illness. However, in their actions to solve problems they take social measures relating to a citizen discourse, focusing on citizen rights and living conditions. The occupational role of the PO develops within these discourses in conflict.

The POs' courses of action were analyzed as four stylized patterns that can be identified with methods and theory in Social Work: rehabilitation, paternalism, empowerment and advocacy. Empowerment and advocacy can be seen as new courses of action used by POs as professionals within the public sector for supporting this target group.

Conclusions indicate that while formulating medical explanations to their clients' problems, the lack of language to formulate and analyze the structural and social problems is creating a risk of POs strengthening the exclusionary processes. Nevertheless, the occupational role of the PO has developed a new expected function as society integrated support, built on empowerment, advocacy and user control.

Förord

I detta nu drar fåken utanför mitt arbetsrumsfönster. Vildapeln, liksom rosen som klättrar i den, är båda inbäddade i djup snö. När jag påbörjade skrivprocessen med denna licentiatavhandling stack snödropparna upp ur förra vinterns snö. Sedan dess har rosorna blommat, ja utsikten har växlat några gånger under arbetet med denna text. Årstidsväxlingen har påmint mig om att skrivande och forskande också är en utvecklingsprocess och dessutom lika växlande, med storm vissa dagar medan andra dagar kommer med klart solsken.

Vägen in i denna utvecklingsprocess, forskarutbildningen, har jag främst fil. dr. Ritva Gough, Fokus i Kalmar län, att tacka för, min mentor, biträdande handledare, vän och förebild som forskare. Hade du inte uppmuntrat mig, skapat finansiering för forskarstudier och ständigt lyssnat, diskuterat kommit med nya vinklingar och idéer skulle detta inte blivit. Tack Ritva!

Ett stort tack vill jag också rikta till docent Jan Petersson, min huvudhandledare. Du har med entusiasm engagerat dig i mitt ämne och ständigt ställt frågor till mig som har öppnat upp nya dimensioner. Du har tagit med mig i ett antal mentala kullerbyttor på vägen och det är oerhört roligt!

Ett tack till professor Tapio Salonen för att du skapat en livaktig seminariekultur i forskarutbildningen i Växjö, som jag känner mig privilegierad att vara en del av och som jag har lärt mig mycket av under dessa tre år. Tack alla ni som tillhör denna miljö och ett speciellt tack till doktorandkollega Karin Kullberg som lagt ned extra arbete på att ge synpunkter på mitt manus.

Vägen in i mitt studieobjekt, personligt ombuds yrkesroll, har kommit till genom ett extern uppdrag för Länsstyrelserna i Kalmar län, Kronbergs län och Blekinge län samt Socialstyrelsen. I detta sammanhang vill jag speciellt tacka fil. dr. Lena Steinholtz Ekecrantz på Socialstyrelsen, Birgitta Wennermark, Länsstyrelsen i Kronbergs län, Cristina Gustafsson, Länsstyrelsen i Kalmar län, och Katrin Söderström, Länsstyrelsen i Blekinge län. Ni har alla varit med under delar av denna resa och bidragit med värdefulla synpunkter.

Jag har också fått hjälp i analysfasen av fil. dr. Peter Westlund, som har granskat texter och bidragit med analytiska idéer vilket jag är mycket tacksam för!

Studien bygger på att ett antal personer har ställt upp på intervjuer, letat material och släppt in mig som observatör i sitt arbete. Ett speciellt tack vill jag rikta till alla er som har eller har haft hjälp av personligt ombud och har varit frikostiga nog att berätta om era upplevelser för mig. Tack också ni alla ombud som detta handlar om, för er öppenhet och beredvillighet att dela med er av era erfarenheter och er vardag.

Det finns också en annan kvinna som betytt mycket för att föra mig in på tankar om forskarutbildning överhuvudtaget. Förra studierektorn för socialt arbete vid Högskolan i Kalmar, Birgitta Olovsson, har kanske inte någon aning om vad vårt tankeutbyte har betytt för mig, men det gav näring till en växande inspiration

Personligt ombud

och törst efter mer kunskap. Högskolan i Kalmar har finansierat delar av mina forskarstudier, tack studierektor Kjell Franzén för ditt stöd.

Ett tack vill jag också rikta till it-ansvarig Olle Nordlander för alla de gånger du kommit till undsättning när mitt och datorns förhållande har brutit ihop.

Tack kära Evelina och Samuel för att ni inte alls tycker att det jag gör på arbetsrummet är viktigt, utan istället tar mig med ut på sådant som är verkligt viktigt, t ex pulkaåkning i fåken!

Slutligen, Jan, min älskade, mitt aldrig sviktande stöd och min strängaste språkgranskare, tack för allt arbete du lagt ned på detta!

Ulrika Järkestig Berggren

Öland Februari 2006

Sammanfattning

Denna licentiatavhandlingens forskningsobjekt utgörs av personligt ombuds framväxande yrkesroll och funktion. Personligt ombud, med förebilder i främst anglo-amerikanska case managementmodeller, var ett av förslagen från Psykiatriutredningen 1992. Ett av problemen som Psykiatriutredningen identifierade som ett problemområde var att psykiskt funktionshindrade personer generellt har sämre livsvillkor än befolkningen i övrigt, till följd av att de inte får vård och stöd som motsvarar deras behov. Avsikten med personligt ombud var att finna en ny form att erbjuda stöd och samordna insatser för psykiskt funktionshindrade personer i syfte att förbättra livsvillkoren. Permanenta personligt ombudsverksamheter startade 2001 då kommunerna fick möjlighet att söka statsbidrag för att driva sådan verksamhet.

Syftet med denna licentiatavhandling är att karaktärisera företeelsen personligt ombud inom handikappolitiken. Studien centreras kring begreppen yrkesroll, handlingsmönster och funktion som kan vara manifesta, d v s förväntade eller latent d v s oväntade. Följande frågeställningar söker jag svar på: Vilka internationella förebilder finns för den svenska företeelsen personligt ombud? Vilka beskrivningar gör de personliga ombuden av klienternas problematik? Vilken funktion har personligt ombud i sitt organisatoriska sammanhang? Vilken funktion har personligt ombud för klienten? Vilka arbetsuppgifter har det personliga ombudet? Vilka handlingsmönster träder fram? Vilka krav på yrkesrollen formuleras av organisationen, klienten och ombudets egna uppfattningar? Studien genomfördes utifrån ett interaktionistiskt perspektiv: ombuden, klienter, arbetsledare, ledningsgruppsledamöter och till viss del samarbetspartners betraktas som medskapare av ombudets yrkesroll.

Materialinsamlingen utfördes i Blekinge län, Kalmar län och Kronobergs län. Samtliga ombud i dessa län (25 personer) intervjuades och utifrån dessa intervjuer valdes de ledningsgruppsledamöter ut som ombuden fann viktiga i sin yrkesroll. Jag har intervjuat 41 ledningsgruppsledamöter. Därefter har jag även gjort intervjuer med 23 klienter. Ombuden har förmedlat flertalet av dessa kontakter, men även lokalavdelningar i Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) har förmedlat intervjupersoner. Några klienter till personligt ombud har också svarat på den skriftliga inbjudan till att delta i studien som jag har lämnat i verksamheterna och på övriga strategiska ställen. Utöver detta deltog jag även i ledningsgruppsmöten i flertalet ombudsverksamheter. Som bakgrundsmaterial för att förstå organisationsformer och beslutsstrukturer har jag tagit del av de dokument som har producerats om personligt ombud i de tre länen: avtal om verksamheten, protokoll från ledningsgruppsmöten, arbets- och målbeskrivningar etc.

Resultaten i studien visar att de personliga ombuden har likheter med internationella förebilder. Bostonmodellen har haft inflytande över de sedan tidigare etablerade rehabombuden i Växjö. Modellens ideologiska fokus på rehabilitering

och sysselsättning har visst inflytande över hur yrkesrollen personligt ombud formas där. Rehabiliteringsideologi med inriktning på att stärka klienter och motivera till förändringar av livsmönster finns även spritt i andra verksamheter. Det personliga ombudet utmärks av brukarinflytande på så vis att klienten är den som ger uppdragen. I detta liknar ombudet främst den amerikanska ”Strength Model”. Det personliga ombudet har dock i den svenska modellen mer en kravställande funktion på myndigheter än en mäklarfunktion.

Ombuden i studien konstruerar klienternas problem med hjälp av en medicinsk diskurs som individualiserar problemen. Däremot finner de ofta sociala lösningar på problemen. Då sätts bristen på resurser, brist på omsorgsinsatser och bristande interaktion från myndigheter i fokus. En av ombudens arbetsuppgifter på individnivå är att kvalificera klienter för stöd, att begripliggöra problemen så att den ansvariga myndigheten kan acceptera den sökande som klient. Ombudens arbetsuppgifter handlar ofta om problem relaterade till att deras klienter lever under depriverade livsvillkor. De hjälper sina klienter att bryta exklusionsprocesser, att få försörjning, bostad och sociala kontakter. De fungerar som stöd i mötet med myndigheter eller som företrädare när klienten inte själv vill möta tjänstemän i myndigheter. Ombudens arbetsuppgifter formas kring att tillförsäkra klienten rättigheter som ingår i ett socialt medborgarskap.

Ombudens strukturella uppdrag, som formulerats i Socialstyrelsens skrifter som att arbeta med systemfel, inrymmer oklarheter kring hur långt deras ansvar och uppdrag sträcker sig. Rapportörsfunktionen till ledningsgrupp och Socialstyrelsen har utvecklats i alla tre länen. Det har också förekommit försök från ombuden att själva agera för att lyfta och få till stånd förändringar i vad de bedömt vara strukturella problem. Detta har dock varit mindre framgångsrikt.

Ombudsrollen kritiseras av professionella för att ta sig tolkningsföreträde om klienters behov när de professionella anser att kunskapskärna för denna tolkning saknas. Ombuden bedöms av professionella efter samma modell som de använder för att bedöma sina egna handlingsmönster, vilket skapar en svårighet då ombudens yrkesroll bygger på en annan logik, det vill säga klientens önskemål, inte organisationens riktlinjer.

Ombudens funktion som stöd till klienter uppskattas och många klienter ger uttryck för att de vill behålla och behöver detta stöd över lång tid, det bildar en konflikt mot ombudets uppdrag som stöd under en begränsad tid tills någon annan funktion kan ta över. Ombuden själva upplever att de inte enkelt kan bli avlösta från sin funktion som stöd för klienterna. Det stöd som de utgör, flexibilitet i tid och innehåll är ofta svårt att finna inom andra organisationer.

I relation till professionella upplever ombuden att förväntningarna från professionella gärna invaderar deras roll med vad de anser att ombudet kan eller borde göra.

Ombuden har utvecklat fyra handlingsmönster som går att knyta till teori och metod i socialt arbete: rehabilitering, paternalism, empowerment och advocacy

Sammanfattning

(företrädarskap). Ombuden beskriver dock sitt arbete helt ateoretiskt och gör inga referenser till sig själva som socialarbetare. Även om empowerment och företrädarskap båda existerar som metod och teori innebär implementeringen av dem i ombudets yrkesroll en ny företeelse för hur stöd kan förmedlas till psykiskt funktionshindrade av professionella anställda i offentlig sektor.

Ombuden har utvecklat manifesta funktioner för klienterna som innebär att de tar klienternas parti i mötet med myndigheter, i detta möte har också ombudet funktionen som förhandlare om klientens rättigheter. Relaterat till detta möte har också ombudet en funktion som stöd för klientens möjlighet att upprätthålla en positiv självbild, då klienter ger uttryck för att de i mötet med myndigheter ofta känner skam. Klienterna ger också ombudet en handlingsinriktad funktion att hjälpa klienten med praktiska göromål som klienten inte klarar själv.

Slutledningarna i denna licentiatavhandling visar på att personligt ombud som institution, utvecklat en ny förväntad funktion som samhällsintegrerat stöd genom handlingsmönstren empowerment och företrädarskap, som båda är starkt brukarorienterade. Ombuden har dock i sin yrkesroll även visat upp potentiella funktioner. De riskerar genom sin fokusering på medicinska förklaringar till klienternas problem att bidra till att klienter blir fortsatt exkluderade, då de saknar begrepp och språk för att analysera och verbalisera sociala problem. Ombuden riskerar också att användas som ett medel för att skapa rationalitet i andra organisationer. Klienter har blivit avvisade under förevändningen att de har stöd från personligt ombud. Ombudens individuella arbete riskerar att bidra till att omfattningen av en problematik inte blir känd för ansvarig myndighet då klienten istället väljer att nöja sig med att få stöd av ett personligt ombud. Slutligen har Blekingemodellen utvecklat en medierande funktion för brukarinflytande. Ombuden för klienternas synpunkter och problem vidare till ledningsgruppen som agerar för att åtgärda problemen. Klienten har i denna modell en stärkt maktposition.

En slutledning är att ombudens yrkesroll närmar sig ett handikapperspektiv då de visserligen kan definiera problemen som orsakade av individuella brister på grund av psykisk sjukdom, men de söker lösningar på problemen i en social praktik. Detta ger öppningar för att ombudens yrkesroll framöver skulle kunna använda ett utpräglat handikapperspektiv som arbetsmodell för att analysera problem på individ och strukturnivå och därmed överbrygga den skenbara motsättningen mellan dessa nivåer. Personligt ombuds yrkesroll har påbörjat att formera en kunskapsbas i handlingsmönster som kan överbrygga handikappbegreppets universella tolkning kontra behovet av partikulärt erkännande. Empowerment som handlingsmönster svarar upp mot kravet på brukarinflytande och partikulärt erkännande av specifika villkor för individer och grupper, medan advocacy (företrädarskapet) svarar upp mot de universella kraven på att lyfta gruppens rättigheter och lika förutsättningar som medborgare. Personligt ombud kan med handikapperspektivet som kunskapsbas både göra bruk av det som arbetsmodell, men också genom sitt arbete bidra till att ge det ny innebörd.

1 Inledning

Det är som vi ombud säger, vi kan bara göra punktinsatser och det är inte tanken med den här reformen eller den här verksamheten. Man kan hjälpa enskilda hur mycket som helst, men tanken är ju att de här klienterna ska få det bättre som grupp, att man ska lyfta dem på något vis. (Ombud 2)

Det personliga ombudet uttrycker här det uppdrag som hon uppfattar ligger i hennes yrkesroll. Hon ska hjälpa enskilda i ett individinriktat uppdrag, vilket finns beskrivet i de riktlinjer som Socialstyrelsen har dragit upp för verksamheten.¹ Ombudet uttrycker dock att detta inte är tillräckligt, förhoppningarna på henne är större än så. Hon ska åstadkomma en skillnad, positiva förändringar, för psykiskt funktionshindrade som grupp. Detta har efterhand kommit att bli en alltmer omtalad uppgift för ombudsverksamheten och kallas av verksamheten själv för ”systemfelen”.² Ovan uttryckta förväntningar är emellertid inte tagna ur luften. Redan i ett delbetänkande till Psykiatriutredningen från början på 1990-talet reses omfattande förväntningar. I delbetänkandet föreställer man sig att personligt ombud ska kunna påverka samtliga dessa förhållanden för psykiskt störda³:

- Öka möjligheter för goda livsvillkor för psykiskt störda.
- Höja ambitionsnivån när det gäller rehabilitering.
- Minska antalet många och korta vårdtillfällen.
- Öka effektiviteten i resursanvändningen i stöd- och vårdssystem för psykiskt störda.
- Minska behoven av sluten psykiatrisk vård.
- Minska behoven av tvångsvård.

Utredarna fäste som synes i personligt ombud stora förhoppningar vid att ett problematiskt område inom handikappolitiken skulle finna en form för en mer rationell och samhällsintegrerande praktik.

Alla dessa förväntningar reser frågor kring utformningen av personligt ombuds yrkesroll. Förhoppningarna ovan om minskat antal vårdtillfällen verkar ha

¹ Socialstyrelsen 14/2000

² På personligt ombuds hemsida, www.personligtombud.com, beskrivs detta strukturella uppdrag först bland ombudets uppdrag trots att det inte fanns med i Socialstyrelsens riktlinjer för verksamheten. Detta uppdrag har troligen vuxit fram under Socialstyrelsens utbildningar för personliga ombud. Det finns omtalat som ”systemfel” i utbildningsmaterialet. Se tex ”Socialstyrelsen 2002 *Personligt ombud Teser och tips*.”

³ SOU 1991:88. Beteckningen psykisk störning förekommer i Psykiatriutredningen och har nu ersatts i utredningar och offentligt tryck med ”psykiskt funktionshinder”. Jag använder dock de beteckningar som brukats vid de historiska tidpunkter som jag beskriver. Detta gäller genom hela avhandlingen.

infriats om man får tro Björkman, som studerat personligt ombuds påverkan på slutenvårdsutnyttjande.⁴ Kvarstår gör dock fortfarande frågan vilken yrkesroll och funktion denna nya verksamhet kan ta i det svenska välfärdssystemet vilket redan har en mängd aktörer som är till för att ge stöd till psykiskt funktionshindrade personer.

Den internationella förebilden till personligt ombud uppstod efter avinstitutionaliseringen i USA där den kallas case management och i Storbritannien där den också kallas care management. Case managerrollen uppstod i USA redan under 1950-talet, men har utvecklats och fått fäste i socialpolitiska program på allvar under 1980-talets inflytande av New Public Management (NPM). NPM ska förstås som en reformagenda för den offentliga sektorn med breda anspråk på förändring av den traditionella förvaltningsorganiseringen i riktning mot en mer marknadslig organisering.⁵ Christensen och Lægreid talar om en reformvåg i sammanhanget och lyfter fram att den framför allt förknippas med att ekonomisk effektivitet ska vara ledstjärna inte bara i privat verksamhet utan också i offentlig verksamhet.⁶ I Storbritannien har reformen ”care management” tydliga inslag av NPMs reformagenda. Intentionerna med funktionen enligt reformagendan var dels att effektivisera och minska kostnader i den offentliga sektorn, dels att styra och kontrollera hur resurser fördelades till behövande individer i ett välfärdssystem som befann sig i omvandling till att i större utsträckning bygga på privat verksamhet.⁷ Det finns fog enligt Psykiatriutredningens delbetänkande⁸ för att tänka att det finns en koppling också i den svenska företeelsen personligt ombud, men jag har inte tagit fasta på att undersöka denna dimension. Mitt fokus är sprunget ur de motiveringar som finns för personligt ombud som institution i Psykiatriutredningens slutbetänkande och Socialstyrelsens meddelandeblad (riktlinjer för personligt ombud verksamhet) och här har effektivitetsmålen tonats ned. Psykiatriutredningen föreslog i sitt slutbetänkande att en reform med personligt ombud, skulle genomföras framförallt för att komma tillrätta med de stora brister som utredningen noterat i välfärdssystemet avseende livsvillkoren för personer med psykisk störning. Utredningen konstaterade att människor med psykisk störning inte fick del av resurser i samma utsträckning som andra grupper och därmed inte tillräckligt för att uppnå normaliserade livsvillkor.⁹

Managerrollen utvecklades ursprungligen i USA på 1950-talet med samma motivering som Psykiatriutredningen använde i sitt slutbetänkande. Den skulle vara en strategi för att motverka den fragmentarisering av behandling och socialt stöd,

⁴ Björkman 2000

⁵ Hood 1991

⁶ Christensen och Lægreid 1999

⁷ Baldwin 2000 sid 96

⁸ SOU 1991:88

⁹ SOU 1992:73

samt försörjning som uppstod efter nedläggningen av de stora institutionerna.¹⁰ Dessa institutioner hade till uppgift att ge individen behandling, omsorg och försörjning. I nedläggningen av mentalsjukhusen i Sverige, fokuserades på hur medicinsk behandling skulle organiseras, ett exempel på detta är sektoriseringen av psykiatrin. I Psykiatriutredningen skilde man på vårdbehov och behov av omsorg och sociala insatser som övergick till kommunernas ansvarsområde. Mentalsjukhusets försörjningsroll överfördes till de allmänna systemen för försörjning. Psykiskt funktionshindrade personer ska tillförsäkras resurser för försörjning genom det allmänna socialförsäkringssystemet och därmed har inte längre psykiskt funktionshindrade personers behov av försörjning tydliga och självklara lösningar. Behoven måste prövas individuellt och är inte heller längre en del i omsorgs- eller vårdinsatser. Personligt ombud har som en av sina viktigaste arbetsuppgifter att föra samman individens behov av vård-, stöd-, serviceinsatser när individen lever i samhället och ska använda de allmänna systemen för att få sina behov tillgodosedda. Detta är enligt Psykiatriutredningens betänkande ett medel för att förbättra livsvillkoren för psykiskt funktionshindrade personer.

Det personliga ombudet som lösning på brister i psykiskt funktionshindrade personers livsvillkor kan dock sägas vara en paradox. Ombuden kommer i denna studie i flertalet fall från landstingens psykiatriska verksamhet. De anställs som personliga ombud av kommunerna. Dessa två organisationer, landsting och kommun, får betraktas som ansvariga för hur behov som försörjning och stöd i övrigt har osynliggjorts och resurser har tilldelats i alltför liten omfattning för att erbjuda gruppen normaliserade livsvillkor.¹¹ Med arbetslivserfarenhet från den ena organisationen och anställning i den andra är ombudens uppdrag nu att se till så att psykiskt funktionshindrade får del av det stöd de har rätt till. Med denna organisatoriska inramning kan frågetecken resas kring vilket handlingsutrymme som personligt ombud tar och tillåts ta i praktiken. Vilken logik kommer de att arbeta efter, vilka funktioner får de för välfärdssystemet och vilka funktioner, som inte redan existerar, får de för klienterna.

Syfte, frågeställningar och utgångspunkter

Personligt ombud är den svenska varianten på en funktion (case manager) som förekommer i flertalet länder i västvärlden och som kommit till efter nedläggningen av de stora mentalsjukhusen. I internationell litteratur finns omfattande forskning¹² kring case management, men på grund av att personligt ombud nyligen har implementerats i större skala i Sverige finns ännu ytterst få studier utför-

¹⁰ Markström 2003 sid 13-14, Meeuwisse 1997 sid 77 ff, Baldwin 2000 sid 21 ff

¹¹ Detta har också understrukits i en rad uppföljningar av psykiatrireformen, Socialstyrelsen 1997a, Socialstyrelsen 2003a, Socialstyrelsen och Länsstyrelserna 2004

¹² Se kapitel 3

da i en svensk kontext.¹³ I denna studie undersöks vilken yrkesroll som personligt ombud hittills har utvecklat i det svenska välfärdssystemet. En utgångspunkt i denna studie är att yrkesrollen utvecklas i en ömsesidig interaktion med omgivande aktörer. Psykiskt funktionshindrade personers situation, problem och önskemål ställer krav på ombudet och formar dess arbetsinnehåll. Ombudets arbetsinnehåll å andra sidan är tänkt att påverka psykiskt funktionshindrade personers livssituation. Även ledningsgrupper och samarbetspartners från andra organisationer påverkar utvecklingen av ombudets yrkesroll.

Syftet med denna studie är att karaktärisera företeelsen personligt ombud inom handikappolitiken. Studien centreras kring funktion och yrkesroll. Vilka funktioner utvecklar personligt ombud? Hur tar konstruktionen av yrkesrollen form?

För att kunna besvara syftet har jag sökt svar på följande frågeställningar:

- Vilka internationella förebilder finns för den svenska företeelsen personligt ombud?
- Vilka beskrivningar gör de personliga ombuden av klienternas problematik?
- Vilken funktion har personligt ombud i sitt organisatoriska sammanhang?
- Vilken funktion har personligt ombud för klienten?
- Vilka arbetsuppgifter har det personliga ombudet?
- Vilka handlingsmönster träder fram?
- Vilka krav på yrkesrollen formuleras av organisationen, klienten och ombudets egna uppfattningar?

Yrkesroll och funktion

I denna avhandling är begreppen yrkesroll och funktion nyckelbegrepp. Begreppet yrkesroll används sällan i forskningssammanhang, istället förekommer oftare 'profession' och 'professionalisering'. Professionsbegreppet brukar användas för att beskriva yrkens status och prestige på arbetsmarknaden i jämförelser med andra yrken. Viktiga kriterier på ett yrkes professionalisering är att det har byggt upp och hävdar en egen kunskapskärna, att det förhåller sig självständigt i förhållande till andra yrken och kräver en akademiserad utbildning för utövande.¹⁴ Dessa kriterier är inte tillämpliga på personligt ombud som ny konstruktion, då jag ännu inte kan urskilja någon egen kärna av kunskap, och det inte heller existerar en specifik akademisk utbildning som leder till yrket personligt ombud. De personer som anställs som personliga ombud kommer från andra yrkeskategorier,

¹³ En avhandling i omvårdnad har publicerats om försöksverksamheterna 1995-2000, av Björkman 2000. Implementeringen av personligt ombud påbörjades 2001 som permanent verksamhet och 2005 har 80% av Sveriges kommuner anställt personligt ombud. Se Socialstyrelsen 2005

¹⁴ Johansson 2001 sid 18 f, Brante 1999

Inledning

vissa av dem så kallade semiprofessioner¹⁵ och har därmed en kunskapskärna med sig, men själva funktionen som ombud kan inte bygga på denna kärna. Den måste finna en ny bas. Vari denna bas kan komma att bestå är en intressant fråga, men kan inte besvaras idag. För att fånga in det initiala skedet av personligt ombuds tillkomst, där ännu inga tecken på en professionaliseringsprocess kan skönjas har jag sökt efter andra begrepp. Begreppen funktion och yrkesroll kan fungera som verktyg i en analys som måste fånga uppkomst och initial utveckling av nya funktioner och en ny yrkesroll.

I denna studie kommer jag att använda begreppet funktion på ett mycket pragmatiskt sätt. I Socialstyrelsens meddelandeblad har ombudets arbetsuppgifter formulerats:

- ”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”¹⁶

I dessa fyra arbetsuppgifter framskymtar två funktioner. Den första funktionen innebär att vara ett samhällsintegrerat stöd som knyter samman olika myndigheters vård och stödinsatser för den enskilde. Ombudet har här en funktion för ett organisatoriskt sammanhang, som enligt Psykiatriutredningen präglats av brist på samordning och stöd som anpassats till att psykiskt funktionshindrade idag lever i samhället, istället för på institutioner. Den andra funktionen är den ombudet fyller för sina klienter. Här ska ombudet svara upp mot psykiskt funktionshindrade personers livsvillkor, önskemål och behov. Denna funktion formuleras i meddelandebladet som en individuell uppgift, men har efterhand kommit att också få en strukturell tolkning, där ombudets funktion tolkas som en strukturell uppgift att förbättra livsvillkoren för psykiskt funktionshindrade som grupp.

Jag använder mig i denna studie av Mertons funktionsbegrepp och betraktar ”funktion” som en konsekvens, vilken en företeelse har för en annan enhet, exempelvis större enheter som välfärdssystemen och handikappolitiken. Men jag använder funktionsbegreppet i denna studie också i förhållande till klienter. Merton skilde på manifesta och latent funktioner.¹⁷ De manifesta funktionerna är de

¹⁵ Trydegård 2000 betecknar biståndsbedömare och verksamhetschefer inom äldreomsorgen som semiprofessionella, då hon hävdar att dessa yrken saknar kunskapskärna och inte har en auktorisation kring vilka akademiska krav som ställs på den som ska utöva yrket. Semiprofessioner brukar yrken kallas som utvecklats i riktning mot en profession men inte uppfyller samtliga kriterier på en profession.

¹⁶ Socialstyrelsens meddelandeblad 14/2000

¹⁷ Merton 1968

förväntade och medvetna konsekvenser som företeelsen syftar till. De latenta funktionerna däremot är oväntade konsekvenser som uppstår för någon enhet.¹⁸ I kapitel 11 analyserar jag de manifesta funktioner för klienter och välfärdssystem som har blivit synliggjorda. I avhandlingens sista kapitel analyserar och diskuterar jag också vilka latenta funktioner/ konsekvenser som börjar ta form eller kan anas i personligt ombuds yrkesrollsutveckling.

Yrkesrollen är också under konstruktion. Jag har valt att genomgående tala om en yrkesroll istället för profession för att karaktärisera personligt ombud. Guvå har använt sig av yrkesroll som teoretisk konstruktion i fyra tolkningar: strukturellt, interaktionistiskt, psykologiskt och systemrelaterat.¹⁹ Den strukturella tolkningen fokuserar på status och position. Status är den position, vilken en aktör är placerad i inom ett system.²⁰ Det strukturella yrkesrollsbegreppet är därmed byggd på yttre förväntningar. Beteenderepertoaren är begränsad i fördefinierade befogenheter och skyldigheter. Yrkesrollen ger förutsättningar för ett uniformt beteende oberoende av olikheter på grund av personlighet och eftersom den är styrd av utifrån pålagda förväntningar, ibland formaliserade i befattningsbeskrivningar har individen begränsade möjligheter att gestalta eller omförhandla den. Den interaktionistiska tolkningen av en yrkesroll anknyter till symbolisk interaktionism och rollbegreppet. Mead definierar roller som skapade i mötet med andra.²¹ Rollen kopplas här samman med situationen. Den skapas när individer träder in i en gemensamt definierad situation, snarare än som i den strukturalistiska tolkningen träda in i en position. Av detta följer att rollen är föränderlig då dess existens är beroende av individerna. Förståelsen av rollen som beroende av den specifika situationen förutsätter också att individer som samspelar i en situation ska ha en någorlunda gemensam definition av situationen för att de ska kunna framträda i sina roller. Även om tolkningen av yrkesroll här lägger fokus på föränderlighet, anser jag att det genom den gemensamma tolkningen av den ändå skapas en viss kontinuitet. Även Goffman pekar på att roller i viss utsträckning är bestämda när han definierar roll som ”i förväg fastställda handlingsmönster som rullas upp under ett framträdande och som kan läggas fram eller spelas upp också vid andra tillfällen.”²² Roller förutsätter också varandra i ett interaktionistiskt perspektiv, där den enes rolltagande blir beroende av den andra. Exempel på sådana möten är ombudet och klienten. Det finns inga klienter till ombud om det inte finns några ombud och vice versa.²³ Den psykologiska tolkningen utgår också från att roller skapas i interaktion, men tar mer utgångspunkt i individens inre

¹⁸ Andersen 2000 sid 256-258

¹⁹ Guvå 2001 sid 39

²⁰ Parsons 1951 sid 25-26

²¹ Mead 1969

²² Goffman 1974/1959 sid 23

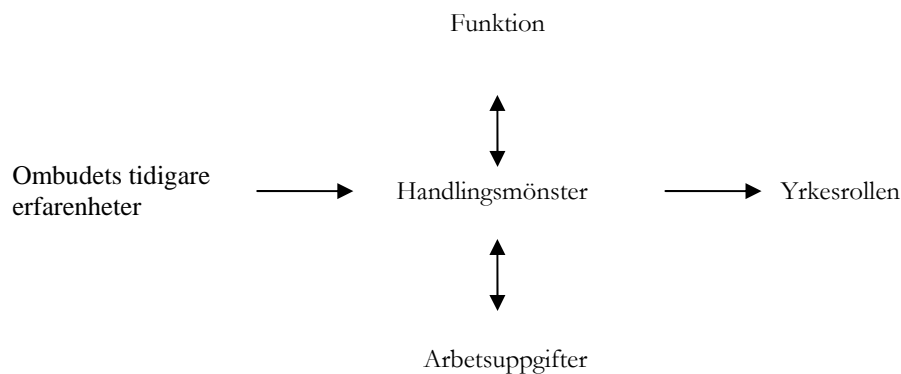
²³ Guvå, G 2001 sid 40-41

Inledning

föreställningar om sig själv och den roll man vill visa upp.²⁴ Den systemrelaterade tolkningen av yrkesrollen, slutligen, bygger på att organisationen betraktas som ett system. Yrkesroller definieras av de uppgifter som en individ tilldelas för att genomföra organisationens huvuduppgift. Den kan beskrivas som kittet som får organisationens delar att utvecklas mot samma mål.²⁵

Det specifika i denna studie av personligt ombud är att yrkesrollen befinner sig under konstruktion. Det innebär att man inte bara går in i ett rolltagande utan deltar i processen att utforma yrkesrollen som andra senare ska träda in i. Följden blir att jag måste lämna ett statiskt betraktelsesätt för ett dynamiskt och processuellt. Jag har inspirerats av Guvås konstruktioner av yrkesrollen när jag har konstruerat nedanstående figur som avser att beskriva hur de grundläggande begreppen, yrkesroll, funktion och handlingsmönster relateras till varandra i denna studie:

Figur 1 Relationen mellan avhandlingens centrala begrepp



Denna figur är en stark förenkling av ett mycket komplicerat skeende. Avsikten med figuren är endast att peka ut de centrala begreppen och deras relation till varandra. De personer som anställts som personliga ombud har sina tidigare arbetslivserfarenheter med sig in i uppgiften att utveckla en ny yrkesroll som personligt ombud. De utvecklar handlingsmönster i det interaktionistiska samspelet med främst klienter. Handlingsmönstren bygger också på tidigare arbetslivserfarenheter och individuella uppfattningar som inryms i den psykologiska tolkningen av yrkesrollen och på den utbildning och de riktlinjer de har fått i starten av sitt arbete som personliga ombud, det vill säga den strukturella inramningen. De konkreta arbetsuppgifterna utformas också i samspelet med klienterna. En betydande del av min studie lyfter frågor om vad som faktiskt uppmärksammas i mö-

²⁴ Guvå, G 2001 s 42

²⁵ Guvå 2001 sid. 38 ff.

tet med klienten och blir konkreta arbetsuppgifter. Detta formar sedan ombudets handlingsmönster och ytterst ombudets yrkesroll. Det betyder att det finns en växelverkan i hur arbetsuppgifter och handlingsmönster påverkar varandra.. Även de funktioner som ombuden fyller för välfärdssystemet och för klienterna utvecklas genom handlingsmönstren men kan också tänkas komma att påverka hur handlingsmönstren förändras. Yrkesrollen, slutligen, definieras i figuren som resultatet av detta samspel. I yrkesrollen ingår alltså de konkreta arbetsuppgifterna, de specifika återkommande handlingsmönstren och de funktioner ombudsverksamheten fyller.

Handlingsmönster som idealtyper

Handlingsmönstren analyseras i kapitel 11, med hjälp av en idealtypisk konstruktion i syfte att kunna tydliggöra skillnader och likheter. I idealtypen skalas det tillfälliga bort och kvar blir det väsentliga. Därför kan idealtypen vara fruktbar att använda som analysverktyg för att förtydliga företeelser och objekt. Spicker har pekat på att idealtyper kan konstrueras på två skilda sätt: dels som teoretiska konstruktioner och dels som empiriska generaliseringar.²⁶ Idealtyper relateras till varandra i en typologi för att i en analys förtydliga vad som uppfattas som specifikt för ett fenomen.²⁷

Teoretiskt konstruerade idealtyper används för att tydliggöra grova drag av ett fenomen, dessa behöver dock inte existera i sin idealiserade form, de är tankefigurer. Spicker tar Tönnies Gemeinschaft och Gesellschaft som exempel. Att Spicker talar om dem som teoretiska konstruktioner innebär inte att de saknar bas i empiriska data. Däremot är de inte beroende av att verifieras av empiriska data. De kan ha en empirisk närhet i att de använder sig av empiriska iakttagelser för att argumentera för de tankefigurer som används.

Idealtyper härledda ur empiriska generaliseringar konstrueras, enligt Spicker, genom att man iakttar vissa ”familjelikheter”. De har alltså till skillnad från den teoretiska konstruktionen en empirinärhet samtidigt som man också i den empiriska idealtypen söker en kvalitativ skillnad. Exempel på detta är Titmuss tre originalmodeller för välfärd (the residual, the industrial achievement-performance model, the institutional redistributive model).²⁸ Modellerna har Titmuss formulerat ur iakttagelser av verkligheten, och därefter har han avgränsat dem genom att lyfta fram vissa specifika drag. Idealtyperna blir modeller eller förenklade avbilder. De övergår då till att bli teoretiska konstruktioner på ett visst avstånd till verkligheten. Om man kommer närmare och studerar modellerna i detalj mångfaldigas de i ett mindre överskådligt spektrum.

²⁶ Spicker 1988 sid 78 ff

²⁷ Brante 1994

²⁸ Spicker 1988 sid 78, 149 f

I praktiken är det inte helt enkelt att hålla de två tillvägagångssätten vid idealtypskonstruktion skilda från varandra. Jag har dock vid konstruktion av fyra handlingsmönster utgått från empirin, där jag har kunnat iaktta dessa existerande perspektiv och hur de uttrycks i talet. Perspektiven har avlägsnats från den omedelbara empiriska närheten när jag avgränsat dem från varandra genom respektive perspektivs definition av problem samt klientens roll som subjekt eller objekt i samspelet med ombudet. I ett närmare studium av perspektivens detaljer faller dessa idealtyper sönder i blandformer, men de empiriskt grundade teoretiska idealtypskonstruktioner som förekommer i studien tjänar syftet att sätta sökljuset på skillnader i ombudens handlingsmönster.

Interaktionistiskt perspektiv

I denna avhandling står företeelsen personligt ombud i fokus, inte personligt ombud som individ. Det betyder att fler än ombuden själva och deras organisations-tillhörighet har inflytande över hur företeelsen konstrueras. Detta gäller specifikt för personligt ombuds yrkesroll då den inte inramas av eller definieras av en organisation som andra yrkesroller och professioner vanligtvis gör. Styrdokumentet för verksamheten personligt ombud uttrycker att ombudet ska ha en ”fristående ställning” organisatoriskt och lokalmässigt. Deras uttryckliga uppgift är att agera på klientens uppdrag och önskemål. Det betyder att det personliga ombudets yrkesroll skapas av samspelet med klienterna i första hand, men även arbetsledning och ledningsgrupp interagerar med ombudet och är medskapare av yrkesrollen. Ombudsrollen och klientrollen förutsätter varandra. Utan den ena rollen går den andra förlorad. Detta betyder att det inte räcker med att studera enbart ombud för att få veta något om hur yrkesrollen utvecklas. Läsaren kommer att märka att stora delar av avhandlingen handlar om samspelet med klienterna och det beror på att jag antagit ett interaktionistiskt perspektiv som innebär att yrkesrollen konstitueras i samspel med andra aktörer. Klienterna utgör de viktigaste relationerna för konstruktionen av personligt ombuds yrkesroll då de presenterar arbetsuppgifterna och ofta agerar tillsammans med ombudet. För att fånga yrkesrollen som skapas i interaktionsprocessen, får både ombud, klienter och ledningsgruppsledamöter därför komma till tals i denna studie.

Avhandlingens disposition

Denna licentiatavhandling kretsar kring det personliga ombudets yrkesrollsutveckling. I kapitel 1 har jag redogjort för mina utgångspunkter, studiens syfte och frågeställningar samt givit en kort introduktion till studieobjektet. Avhandlingens metodologiska tillvägagångssätt, analysverktyg, metodproblem och etiska överväganden beskrivs i kapitel 2. Därefter följer kapitel 3 som tjänar som en bakgrund då det ramar in det personliga ombudets internationella förebilder och de existerande modeller av case management som utvecklats främst i USA, men

även i Storbritannien. I kapitlet redogör jag även för de mer framträdande forskningsfrågor som förekommer i internationell forskning om case management. Därefter presenteras i kapitel 4 den svenska arenan, tankarna bakom reformen personligt ombud och de lokala verksamheterna som ingår i studien. I det andra avsnittet i kapitel 4 presenteras klienterna, de benämningar som används om dem och ombudens prioriteringar och avgränsningar i urvalet av presumtiva klienter.

Efter att ha redogjort för agenterna i avhandlingen presenteras i kapitel 5 hur ombuden förstår och konstruerar klienternas problematik. I kapitlet kontrasteras ombudens tal om hur de förstår klienternas problematik mot deras skildringar av hur de handlar konkret. Denna analys är av central betydelse för att förstå hur ombudens arbetsuppgifter och handlingsmönster utvecklas, samtidigt som kapitlet genom att identifiera tre problemområden också strukturerar kommande tre kapitel. De problemområden som blir synliggjorda i kapitel 5 är brister i omsorg, brister i försörjning och brister i interaktion. I kapitel 6, 7 och 8 analyseras dessa problemområden och därmed förflyttar jag fokus från ombudens tal om problematiken till en analys av hur de beskriver att de agerar rent konkret, det vill säga hur de beskriver sina arbetsuppgifter. I dessa kapitel ges en mer djupgående analys av hur problematiken ter sig för ombud och klienter. Det kan här framstå som om det är problemen i sig som är intressanta, men det är fortfarande ombudets yrkesroll som är central. Problematiken måste dock analyseras för att ombudets arbetsuppgifter och handlingsmönster ska bli synliggjorda och begripliga.

De tidigare kapitlen har huvudsakligen fokuserat på ombudens individuella uppgift att stödja enskilda klienter. I kapitel 9 däremot ges en deskription och analys över ombudens strukturella uppgift, som i den praktiska verksamheten omtalas som ”systemfelen”. I Kapitel 10 analyseras de krav på och svårigheter i personligt ombuds yrkesroll som framkommit, sedd från de professionellas (ledningsgruppsledamöter), klienternas och ombudens perspektiv.

Därefter görs i kapitel 11 en mer sammanfattande analys av ombudens handlingsmönster med hjälp av en idealtypisk konstruktion. I kapitlets andra del presenteras en analys av de manifesta funktioner som yrkesrollen hittills utvecklat för klienter och välfärdssystem.

Avslutningsvis i kapitel 12 diskuteras avhandlingens resultat och slutledningar invävt i en sammanfattande analys av personligt ombuds yrkesroll, dess förväntade funktion som en ny form av samhällsintegrerat stöd samt funktioner som får betraktas som oväntade konsekvenser. Avslutningsvis diskuteras behov av och möjligheter att utveckla en egen kunskapsbas och vari denna kan bestå.

2 Metodfrågor

Detta kapitel beskriver själva forskningsprocessen och de överväganden, utgångspunkter, val och problem som jag har hanterat under vägen. Först beskriver jag de vetenskapsteoretiska utgångspunkter jag har haft med mig in i studien. Därefter redogör jag för hur urval, materialinsamling och analys gick till. Ett avsnitt behandlar de metodproblem som uppkommit och även problem som jag inte har upplevt men som på grund av studiens kontext skulle ha kunnat uppkomma. Därefter redogör jag också för de etiska överväganden som jag har gjort och kapitlet avslutas med några kommentarer kring hur jag uppfattar studiens giltighet.

Metodologiska utgångspunkter

Denna studie bygger på interaktionistiska och socialkonstruktionistiska hörnstenar. Symbolisk interaktionistisk teoribildning utgjorde utgångspunkten genom att jag intog ståndpunkten att studieobjektet, d v s det personliga ombudets yrkesroll och funktion, utvecklas i interaktion med omgivningen. Anknytningen till symbolisk interaktionism leder också till uppfattningen att klienten skapas i interaktion med ombudet och andra aktörer. De viktigaste aktörerna i denna interaktion kallas ”den signifikanta andra”. Ett annat betydelsefullt begrepp myntat av Mead är ”den generaliserande andra”. Det utgörs av samhället i övrigt och kan beskrivas som i samhället internaliserade normer. Individerna uppfattar dessa normer, attityder och förväntningar hos den generaliserande andre om hur man förväntas bete sig, men får också genom denna process en återspeglning av hur samhället betraktar henne och vilken roll hon förväntas ta.²⁹ Interaktion sker också i själva forskningsintervjun då jag som forskare betraktar och tillsammans med individen skapar ett meningsbärande innehåll i samtalet. Detta perspektiv har haft betydelse i hur intervjupersoner skulle väljas då det var viktigt att nå de personer som ombuden uppfattar som signifikanta andra för sin yrkesroll. Interaktionsbegreppet är grundläggande i studiens inriktning, då själva forskningsobjektet, ombudets yrkesroll, uppstår i interaktionen mellan personliga ombud och klienter. Däremot kommer inte symboliskt interaktionistiska begrepp att användas i analysen. De inskränker sig till att fungera som utgångspunkt i studien.

Om jag har valt symboliskt interaktionistiska utgångspunkter för studien, har jag för analysen istället valt att använda mig av en socialkonstruktionistisk ansats. Detta kan tyckas märkligt men dessa båda teoribildningar ligger till viss del i linje med varandra. Båda har sitt tidiga ursprung i den amerikanska pragmatismens filosofer och teoretiker som Dewey, James och Mead,³⁰ även om Berger och Luckmann från sociologisk utgångspunkt, oftare betraktas som socialkonstruk-

²⁹ Trost & Levin 2004 sid 68 ff

³⁰ Roddwell 1998 sid 3 ff, Burr 1995 sid 9 -11

tionismens grundare.³¹ Gergen, en av företrädarna för socialkonstruktionism inom psykologi, jämför symboliskt interaktionistiska utgångspunkter med socialkonstruktionistiska.³² Han konstaterar att symbolisk interaktionism liksom socialkonstruktionism utgår från att det inte finns någon tanke, eller medvetenhet om det egna jaget utom det som skapas i social interaktion. Därefter kritiserar han symbolisk interaktionism och säger att den trots sitt fokus på social interaktion ändå innehåller ett stort mått av individualism. Teorin beskriver hur ett enskilt subjekt utvecklar en medvetenhet om sig själv och världen och kommunikation i sammanhanget är kommunikation mellan individuella subjekt. Hans andra kritiska argument är att symbolisk interaktionism innehåller ett stort mått av determinism, det vill säga hur vi tänker om världen och oss själva bestäms av andra. Gergen menar att socialkonstruktionistiska tankesätt lämpar sig att använda om man vill söka sig bort från teoretiska förklaringar i orsak och effekt som skiljer ut individer. Socialkonstruktionismen kan brukas för att formulera teorier som går bortom den klassiska uppdelningen i individens fria vilja visavi determinism.³³

Vad utmärker då en socialkonstruktionistisk ansats? Burr beskriver fyra huvuddrag som hon anser bildar en minsta gemensamma nämnare. Det första är en kritisk hållning till all förgivettagen kunskap. De kategorier som vi delar upp världen i är inte ”reella” i en oberoende verklighet, andra kategoriseringar kan tänkas.³⁴ Ett exempel i denna studie är benämningarna på de personer som ombuden ska hjälpa. Gruppen har gått under många beteckningar. Jag väljer att betrakta dessa benämningar som etiketter vilka gör det möjligt att beskriva och förstå ett fenomen. I detta fall utgör de olika etiketter på avvikande beteende från vad som generellt betraktas som ”normalt”. Ett konstruktionistiskt perspektiv betyder inte att man ifrågasätter om fenomenet existerar, men uppfattningen av objektet d v s etiketten ”psykisk störning” eller diagnosen ”schizofreni” behandlas som en konstruktion.³⁵

Burrs andra huvuddrag tar upp att all förståelse av världen är beroende av historisk och kulturell kontext. Detta betyder att all förståelse och föreställningar om världen, är produkter av specifika sociala och ekonomiska villkor som råder i en kultur under en viss tid. Ett exempel på detta kan lånas från Svensson och Fredén³⁶ som beskriver Benedicts studie ”Patterns of culture”³⁷ i vilken hon studerat bl a Kwakiutlkulturen på Nordamerika västkust. I denna kultur gavs en mycket hög värdering till de beteenden som vi skulle betrakta som paranoidea.

³¹ Burr 1995 sid 10. Berger och Luckmann utkom 1966 med *The Social Construction of Reality*, vilket får betraktas som det första sammanhållna verket i socialkonstruktionistisk teoribildning.

³² Gergen, 1999/2002 sid 123 ff

³³ Gergen, 1999/2002 sid 123 ff

³⁴ Burr 1995 sid 2 ff

³⁵ Hacking 1999 sid 5 ff

³⁶ Svensson & Fredén 1991

³⁷ Benedict 1968/1935

Personer som hade förföljelseidéer och överdriven misstänksamhet mot omgivningen, vilket hos oss betraktas som första stegen in i en verklighetsfrånvärd psykosfas, fick i denna kultur mycket högt uppsatta positioner i samhället och åtnjöt hög social status. Enligt Benedict var det också den grupp som upplevde den högsta graden av personlig livstillfredsställelse. Benedict kom fram till att psykiska sjukdomar är relativa. Vad som betraktas som friskt respektive sjukt bestäms inte av några universella egenskaper hos "sjukdomar" utan av kulturspecifika och högst relativa värderingar av var gränsen ska dras mellan normalt och icke normalt beteende. Svensson och Fredén drar också slutsatsen av hennes studie att graden av upplevd livstillfredsställelse inte tycks bero av inre sjukdomsprocesser hos individen utan mer av omgivningens värdering av deras avvikelse.³⁸

Det tredje huvuddraget i socialkonstruktionism handlar om hur kunskap skapas. Kunskap produceras i den dagliga interaktionen mellan människor och genom att dela kunskap med varandra konstrueras en gemensam förståelse av vad som betraktas som kunskap. Av denna anledning är sociala möten och speciellt språket av stort intresse för socialkonstruktionistiskt inriktade forskare. Det är i människors interaktion i språket som omvärldsuppfattningen konstrueras. När man kommunicerar och producerar språk är det därför en sorts social handling. Synen på språket är också att det är en förutsättning för formandet av tankar, inte tvärtom.

Det fjärde huvuddraget i perspektivet ser kunskap och social handling som odelbara entiteter. Vad som betraktas som kunskap i ett samhälle får också konsekvenser för vilka sociala handlingsmönster som betraktas som korrekta. Burr exemplifierar med alkoholism som tidigare betraktades som ett brott och bestraffades med frihetsberövande, men idag betraktas som en sjukdom vilken kräver behandling. De gemensamma föreställningarna om ett fenomen leder till specifika sociala handlingsmönster och uteslutande av andra alternativa handlingsmönster.³⁹

Dessa fyra huvuddrag har inspirerat mig i planering, genomförande och analys. De har alla konkretiserats i utgångspunkter som har varit vägledande för analysen i denna studie. Det första huvuddraget som föreskriver en kritisk inställning till all förgivettagen kunskap har först och främst inspirerat till att ifrågasätta de medicinska diagnosernas beskrivningar av klienterna. Av denna anledning förekommer i stort sett inte några medicinska diagnoser i denna studie. I intervjuer där diagnoser har nämnts som beskrivningar eller förklaringar har jag begärt att intervjupersonen ska förtydliga vad hon menar. Det har också lett till att jag i analysen av ombudens handlingsmönster strikt utgår från mitt eget material och lämnar befintliga modellbeskrivningar av case management åt sidan.

³⁸ Svensson & Fredén 1991 sid 10 ff

³⁹ Burr 1995 sid 5 ff

Att betrakta kunskap som beroende av kulturell och historisk kontext, det andra huvuddraget, har inspirerat mig till att betrakta personligt ombud som en företeelse beroende av den kulturella kontext som den har uppstått i. Ombudets yrkesroll implementeras som lösning på sociala problem i en specifik tidsepok och utvecklas till det den gör genom sitt samspel med den kulturella kontexten. Implementeringen av personligt ombud är knappast en slump utan beroende av hur psykiskt funktionshindrade personers problematik uppfattas idag.

Det tredje huvuddraget beskriver hur kunskap konstrueras i språket när människor interagerar, men kunskap uttrycks också genom språket. I avhandlingen förekommer en diskussion kring vad som uppfattas som klienternas problem. Jag har betraktat ombudens språkliga beskrivningar som uttryck för den kunskap som de konstruerar om sina klienter. Det som inte får språklig dräkt betraktas inte som kunskap och faller utanför den kunskapsbas som ombuden kan agera utifrån. Detta hänger nära samman med det fjärde huvuddraget som pekar på den nära kopplingen mellan kunskap och sociala handlingar. Det ombuden uppfattar vara sina klienters problem leder till att vissa handlingar betraktas som korrekta medan andra betraktas som inkorrekta. På så vis konstrueras legitima arbetsuppgifter. Dessa bildar basen för ombudets yrkesroll varför det är en väsentlig fråga vilken kunskap som uttrycks genom språket och sedan bildar grund för handling.

Urvals- och materialinsamlingsfrågor

I studien ingår tre läns personligt ombudsverksamheter, Blekinge län, Kalmar län och Kronobergs län. Dessa tre län representerar tre mycket olika sätt att organisera och driva verksamhet med personligt ombud. Länen erbjöd därför goda yttre förutsättningar för att uppnå en mångfacetterad bild av ombudsverksamhetens utformning och utveckling. En närmare presentation av de tre lärens ombudsverksamheter finns i kapitel 4.

Urval och avgränsningar

Denna avhandling studerar personligt ombuds yrkesroll och eftersom detta är ett relativt okänt område i svensk kontext har studien en explorativ ansats. Det har varit viktigt att urvalet av material kan ge en rikhaltig beskrivning med så många olika kvaliteter och dimensioner som möjligt. För att uppnå detta har materialinsamlingen skett genom en växelverkan inledningsvis mellan analys av insamlat material och ytterligare materialinsamling.

Eftersom det personliga ombudet är den centrala gestalten i studien beslöt jag att göra en totalundersökning där samtliga personliga ombud i de tre länen skulle få möjlighet att delta. Jag erbjöd även Växjö Rehabcenters befintliga rehabombud att delta då de är arbetskamrater till de nya ombuden och dessutom arbetar med samma uppgifter. Det skulle inte heller ha varit möjligt att förstå Växjö Rehabcenters verksamhet idag (nu ”Personliga Ombud Kronoberg”) utan att också

förstå den verksamhet som existerade innan de nya personliga ombuden började. I studien deltog samtliga 25 ombud i de tre länen.

Jag började med att intervjua ombuden och använde mig utifrån dessa intervjuer av ombudens värdering av vilka personer eller funktioner som var viktiga för dem i deras yrkesroll. Ombuden uppfattade att klienterna var viktigast för vad de faktiskt gjorde, men viktiga var också arbetsledare och ledningsgrupper. Samtliga arbetsledare för ombuden har intervjuats. Samtliga ledningsgruppsledamöter i PO Kronoberg har intervjuats. Blekinge läns ledningsgrupp för personliga ombud har också intervjuats i sin helhet med undantag för ledamöter från ett par kommuner som var precis nya i sitt uppdrag och som jag bedömde inte kunde uttala sig om ledningsgruppens arbete. I Kalmar län existerade sex ledningsgrupper varför här måste ske ett urval av personer. Urvalet gjordes utifrån vilka personer som ombuden uppfattade som centrala och tongivande i ledningsgruppen, men också utifrån ett ändamålsenligt urval som skulle spegla så många perspektiv och ge så mycket varierad information som möjligt.⁴⁰ Intervjupersoner valdes därför också utifrån vilken organisation de företrädde, ledamöter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och landstingets psykiatriska verksamhet intervjuades där sådana fanns i ledningsgruppen. Samtliga brukarföreträdare och företrädare för anhörigföreningar har intervjuats. Ledningsgruppsledamöter som inte har intervjuats är alltså framförallt kommunala ledamöter där jag begränsat mig till en person per kommun. Ledningsgruppsledamöter och arbetsledare som har intervjuats är sammanlagt 41 personer.

En annan avgränsning som skedde under arbetet var att de samarbetspartners jag tänkt mig var viktiga för ombuden inom t ex socialtjänsten kom att utgå. Detta berodde på att många ombud inte kunde namnge någon speciell tjänsteman som de haft mycket kontakt med. De uppgav att deras samarbetspartners varierade mycket beroende på vad uppdraget gällde. Det fanns alltså få tydliga samarbetspartners att få information av. Vidare berodde det också på att en del av ledningsgruppernas kommunledamöter i sitt ordinarie arbete innehade tjänster, t ex LSS-handläggare, där de mötte ombuden i sin roll som ombud och kunde berätta om samarbetet utifrån dessa erfarenheter. De samarbetande organisationernas perspektiv finns alltså med, men i mindre utsträckning än som ursprungligen var tänkt.

Ytterligare en avgränsning som jag har gjort har varit att jag inte explicit studerat hur ombuden interagerar med varandra. Det har dock funnits tillfällen att observera ombudens gemensamma diskussioner, t ex i Kronobergs län där jag har deltagit i ett par arbetsplatsmöten i syfte att vara i verksamheten och i Blekinge län vid ledningsgruppsmöte där samtliga ombud deltagit. Men efter dessa möten har jag inte tagit för givet att ombuden utvecklar yrkesroll och funktioner primärt i relation till varandra. De enskilda intervjuerna med ombuden tyder på att om-

⁴⁰ Silverman 2005 sid 130 f

budens skildringar av sitt arbete med sina klienter skiljer sig lika mycket från individ till individ i Kalmar län som har ensamarbetande ombud som i Kronobergs län som har en sammanhållen arbetsgrupp sedan tio år tillbaka. Även erfarna rehabombuds skildringar av sina klienter och deras problem skiljer sig från varandra i hur man beskriver klienter, vad man fokuserar som problem och hur man beskriver att man väljer att arbeta, trots att flera av dem har arbetat åtskilliga år tillsammans. De individuella skillnaderna i detaljerna i ombudens skildringar av sitt arbete är därmed mer framträdande än vad jag hade förväntat. Likheter mellan ombuden förekommer framförallt när de talar om en ”policynivå”. Detta rör hur man beskriver sin yrkesroll och vad man uppfattar förväntas av ett ombud mer allmänt utan att koppla sina utsagor till konkreta situationer. Jag har därför tentativt förstått ombudens inverkan på varandra så, att ombuden där de har kollegor utvecklar en sorts gemensam retorik, men att ombudens beskrivningar av sin praktik förmodligen har mer med individuella förhållanden att göra, troliga exempel på sådana förhållanden är utbildningsbakgrund och arbetslivserfarenheter.

Slutligen har 23 intervjuer genomförts med klienter till ombuden, fördelade över länen proportionellt efter antal ombud i länen. Huvudsakligen har kontakten med klienterna förmedlats av ombuden utom i några fall då klienten själv har svarat på de skriftliga inbjudningar om att delta i studien som distribuerats till ombudsverksamheterna och på allmänna platser i de tre länen. Kontakt med klienter som har velat ställa upp som intervjupersoner har också skett genom så kallat snöbollsurval, genom förmedlande kontakter från tidigare intervjuade klienter eller via brukarorganisationen RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa). Samtliga förmedlade kontakter har gått till så att ombudet, RSMH:s representant eller intervjupersonen som tagit kontakt med en potentiell intervjuperson har fått ett skriftligt material om studien att visa. De har därefter, om de velat ställa upp på en intervju, gått med på att den förmedlande personen lämnat ut telefonnummer till mig, eller har fått mitt telefonnummer så att de själva kan ringa upp mig. I detta telefonsamtal har jag åter beskrivit studiens syfte och vad intervjun var tänkt att handla om. Jag har intervjuat samtliga klienter som har blivit förmedlade eller har tagit kontakt själva, ingen har alltså valts bort. Inledningsvis hade jag förhoppningar om att kunna intervju främst klienter som avslutat sin kontakt med ombudet, därför att jag tänkte mig att beroendeförhållandet till ombudet inte skulle vara så besvärande längre och den före detta klienten skulle vara friare att uttrycka sina upplevelser men också kanske fått perspektiv på kontakten. De flesta klienter som intervjuats hade fortfarande kontakt med sitt ombud, även om flertalet uppgav att de befann sig i ett läge där kontakten snart skulle avslutas. En svårighet med att få kontakt med gamla klienter visade sig vara att ombuden makulerar alla adresser och personuppgifter när kontakten är avslutad.

Utöver intervjuer består också materialet av anteckningar från ledningsgruppernas möten där jag deltog vid ett tillfälle i Blekinge län, ett i Kronobergs län

och vid fem ledningsgruppers möten i Kalmar län. En ledningsgrupp utgick på grund av att inget möte hölls under tiden för insamling av data. Syftet med att delta vid dessa möten var att få en inblick i vad ledningsgruppen är, vad man diskuterar, hur man diskuterar och hur ledningsgruppen agerar som ledningsgrupp. Jag har också deltagit vid ett studiecirkelmöte kring RSMH:s (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa) material ”brukarmakt”. Vid detta möte var ombudet och RSMH:s ordförande mötets ledare. Jag följde också med fyra ombud under tre dagar i ett led att vara i ombudens verksamhet med syftet att också se den, inte bara få del av ombudens beskrivningar av den. Detta gjorde jag under sammanlagt tre dagar, vilket fungerade bra i förhållande till ombuden som jag uppfattade klarade av att ha mig med. Däremot blev jag ett störningsmoment för klienterna som trots att de var tillfrågade om det gick bra att jag följde med, ändå så uppenbart var obekväma med min närvaro. Jag avbröt då denna del av materialinsamlingen. De tillfällen jag ändå deltog i gav mig intryck av miljöer, en relativt ytlig uppfattning av klienternas relation till ombudet och något om vilka frågor som ombud och klienter diskuterade med varandra.

Slutligen har jag också tagit del av de dokument som har producerats om personligt ombud i de tre länen: avtal om verksamheten, protokoll från ledningsgruppsmöten, arbets- och målbeskrivningar etc. Detta material har dock främst tjänat syftet att förstå verksamheternas organisation och jag har inte använt materialet i analysen av ombudens yrkesroll och funktion.

Materialinsamling och tillvägagångssätt

I denna studie har jag arbetat med flera perspektiv för att kunna granska yrkesrollens konstituering. Jag har försökt att fånga ett ombudsperspektiv och ett klientperspektiv samt i viss utsträckning ett myndighetsperspektiv genom ledamöterna från ledningsgrupperna. Det är mer komplicerat att arbeta med flera perspektiv, men min interaktionistiska ansats avkrävde mig det. Definitionen av yrkesrollen som en interaktionistisk skapelse tvingade fram en arbetsgång där först de olika perspektiven tydliggjordes och därefter bröts mot varandra i analysen.

Studien bygger som ovan konstaterats på en kvalitativ ansats då kvalitativa studier ger utrymme för en öppen, mångtydig empiri och utgår från studiesubjektens perspektiv, om än i forskarens tolkning⁴¹. Metoderna har valts utifrån deras förmåga att fånga en okänd yrkesroll som det ännu saknas erfarenhet av.

Intervjuer brukar ibland uppfattas som problematiska då verkligheten filtreras genom en person och inte framträder otolkad. Detta antyder en epistemologisk syn på kunskap som objektivt verklig och möjlig att finna med tillräckligt avancerade metoder. Kvale använder malmletaren som liknelse.⁴² Jag lutar mig dock mot en konstruktionistisk uppfattning av kunskap som något intervjuperson och in-

⁴¹ Alvesson & Skoldberg 1994

⁴² Kvale 1997 s 204

tervjuare skapar i intervjusamtalet. Det betyder att jag istället för att söka efter en objektiv verklighet söker efter föreställningar, skillnader och paradoxer i intervjumaterialet. Alvesson och Deetz ger uttryck för en liknande uppfattning då de hävdar att de uttalanden som görs i en intervju i första hand är kopplade till själva intervjusituationen och inte till en tänkt existerande ”yttre verklighet”. Data är, skriver de vidare, kopplade till ”rådande kulturella skript” för vad man säger i en specifik situation.⁴³ De varnar vidare för att betrakta en forskningsintervju som ett genuint uttryck för en subjektivt upplevd verklighet. Forskningsintervjun ger, fortsätter de, osäkra, om än intressanta ledtrådar till föreställningar och upplevelser av sociala fenomen.⁴⁴ Däremot kan intervjun ge information om språkbruket som används, vilket har varit värdefull information i denna studie.

Inför intervjuerna konstruerade jag skilda intervjuguider⁴⁵ till ombud, klienter, ledningsgruppsledamöter och arbetsledare. Varje intervjuguide innehöll några få teman med ingång i en öppen fråga och ett antal övriga frågor som fick tjäna som stöd för mitt minne, men som inte alltid användes, då de istället besvarades spontant av intervjupersonerna. För att få en inblick i ombudens vardag och deras arbete utan att själv styra för mycket har jag i intervjuerna lagt tyngdpunkten på att låta ombuden beskriva sitt arbete med sina klienter. Dessa skildringar innehåller mycket rik information om hur ombuden vill beskriva de dilemman de ställs inför i sin yrkesutövning och hur de vill beskriva sina klienter och deras situation. Tyngdpunkten i intervjuerna med ombuden är därför skildringarna av deras arbete med sina klienter och varje ombud har beskrivit sitt arbete med minst fem klienter. Jag har avbrutit för frågor när jag har velat få förtydliganden. Den andra delen av intervjun har gått ut på att fånga upp trådar från klientbeskrivningarna och intervjuguidens övriga frågeteman som rör relationerna till ledningsgruppen, till andra samarbetspartners, stöd i yrkesrollen och dilemman.

Även intervjuerna med klienterna har varit mycket öppna och klienterna har ombetts att berätta om sin kontakt med ombudet. Också dessa intervjuer har ofta tagit formen av ganska livfulla berättelser även om jag i dessa intervjuer har haft en mer aktiv roll, ställt fler frågor och uppmuntrat klienterna till att utveckla sina berättelser. Jag har också försökt utifrån frågeguidens andra tema att uppmuntra klienterna till att reflektera över eventuella svårigheter och kritik mot ombudet och det stöd som erbjudits. Klienterna ombads också att försöka likna relationen till ombudet med någon annan relation och jämföra dessa. Flertalet klientintervjuer varade ungefär en timme.

Vad det gäller att göra intervjuer med personer som har psykiska funktionshinder har jag inte förväntat mig några specifika svårigheter och inte heller mött några. Bodil Rasmusson som i sin avhandling intervjuat barn skriver utförligt om

⁴³ Alvesson & Deetz, 2000 sid 83

⁴⁴ Alvesson & Deetz 2000 sid 86-87.

⁴⁵ Se bilaga 1-5

problemen med kommunikation mellan barn och forskare.⁴⁶ En framträdande svårighet som Rasmusson pekar på är att även forskaren varit barn och det bekantgör barnet samtidigt som barnets värld är främmande. Likaså skriver Elisabeth Olin, som intervjuat ungdomar med utvecklingsstörning, om anpassningar som ska överbrygga svårigheter i kommunikationen. I förhållande till ungdomar med utvecklingsstörning pekar Olin på att det är viktigt att ha bakgrundsinformation om intervjupersonen för att förstå associationer. Likaså är det viktigt att ställa frågor på en så konkret nivå som möjligt då förståelsen av abstrakta begrepp ligger i utvecklingsstörningens begränsningar.⁴⁷ En väsentlig skillnad mellan barn samt ungdomar med utvecklingsstörning å ena sidan och personer med psykiska funktionshinder å den andra är att utvecklingsstörningen liksom barnskapet alltid är närvarande medan psykisk sjukdom kan vara mindre framträdande eller till och med frånvarande. De klienter till ombud som jag har intervjuat har inte vid intervjutillfället varit i uppenbara sjukdomstillstånd, som t ex psykoser. Om detta varit fallet hade det naturligtvis påverkat intervjuerna både till utformning och innehåll. Intervjupersonerna har fått välja tidpunkt och det har hänt att jag har fått boka om tider för intervju med hänvisning till intervjupersons hälsotillstånd, men vid själva intervjutillfällena har jag upplevt att intervjuerna med ombudens klienter inte på något sätt avviker från intervjuer med andra ”vanliga” personer.

Arbetsledare har beskrivit sina erfarenheter av hur de uppfattat ombudets funktion och om sina erfarenheter kring arbetsledarskapet för personligt ombud. De har också beskrivit hur de uppfattar ledningsgruppens uppgift. Intervjuerna med arbetsledning för personligt ombud ger mig ett intryck av att arbetsledarna ofta är fascinerade av ombudsrollen samtidigt som de uppfattar arbetsledningsuppdraget för denna grupp som oerhört komplicerat och väsensskilt från övriga arbetsledaruppgifter för andra grupper.

Ledningsgruppernas ledamöter har också blivit ombedda att berätta om erfarenheter av ombuden i ledningsgruppen och i deras ordinarie funktion. De har ombetts att utveckla sin uppfattning kring ledningsgruppens uppdrag och ombudets funktion i förhållande till klienter och till ledningsgrupp.

Samtliga kategorier av intervjupersoner har fått reflektera över vad som kan vara speciellt eller unikt med personligt ombud som företeelse.

Intervjuerna med ledningsgruppsledamöterna erbjöd den största utmaningen som intervjuare därför att de kunde hänfalla till den retorik som finns i protokoll och avtal. Problemet med att intervjupersonen håller sig till ”rådande kulturella skript” blev här mer uppenbart i några fall. När det skedde försökte jag att föra ner samtalet på en mer praktisk nivå till konkreta situationer. Detta problem kan också bero på att många ledamöter ännu inte skaffat sig så mycket egen erfaren-

⁴⁶ Rasmusson 1998 sid 71 ff

⁴⁷ Olin 2003 sid 49-50

het av personligt ombudsverksamhet utöver ett par möten i en ledningsgrupp, eller, vilket också påpekades flera gånger av ledamöterna, att uppdraget i ledningsgruppen var så marginellt i deras ordinarie arbetsliv att de inte hade avsatt tid för att reflektera så mycket över de frågor som rör personligt ombud.

Att delta i ledningsgruppsmöten visade sig vara ett värdefullt komplement till intervjuerna med ledningsgruppsledamöterna. Det gav inblick i hur ledningsgruppen talar om personligt ombud och vad man talar om. De har skett med informerat samtycke från samtliga som deltagit vid de observerade ledningsgruppsmötena och min delaktighet har inskränkt sig till en lyssnande roll. Jag upplevde inte att diskussionen stördes av att jag deltog. De personer som sitter i ledningsgrupperna har i de flesta fall stor vana vid att delta i möten och även av att verksamheter studeras. Vid varje sådant tillfälle har jag fört anteckningar. Direkt efter varje möte har jag fyllt på dessa anteckningar, vid några tillfällen har jag spelat in mina iakttagelser på band och senare skrivit ut anteckningarna, ibland har jag när jag varit ute på längre resor fyllt på mina anteckningar för hand, men vid de flesta tillfällen har jag återvänt hem och skrivit ned mina intryck direkt på datorn.

Samtliga intervjuer spelades in på band och därefter har 64 av intervjuerna skrivits ut av en professionell skribent, ordagrant och med pausering angiven. Jag har också haft tillgång till de inspelade banden som jag också gått tillbaka till när jag läst intervjuutskriften och inte upplevde att jag kom ihåg att intervjupersonen sagt det som texten uttryckte. Vid samtliga dessa fall stämde dock utskrift och band. Resterande 25 intervjuer som består av flertalet klientintervjuer, ett par ombudsintervjuer och sex intervjuer med ledningsgruppsledamöter, har jag själv skrivit ut. I flertalet fall berodde detta på att dessa intervjuer var mer komplicerade att skriva ut och tog längre tid i anspråk än de övriga. Några av intervjuerna har sämre ljudkvalitet på grund av störande bakgrundsljud. I ett par fall beror det på att intervjupersonen har talsvårigheter och intervjuerna därför innehåller många förtydliganden. En intervjuperson bryter starkt på ett annat språk. Denna intervju skrev jag ut direkt då den också krävde tydliga minnesbilder för att överhuvudtaget kunna transkriberas. Ytterligare två personer hade dialekt som försvårade utskrift, varför jag genomförde utskriften. De två första ombudsintervjuerna skrev jag också ut själv då jag ville använda dem vid en första analys inför fortsatta intervjuer. Även övriga intervjuer har jag läst så snart de har återkommit i transkriberat skick. Detta betyder att de föregående intervjuerna har påverkat kommande intervjuers innehåll och att analysen följaktligen påbörjats redan vid det första intervju- och observationstillfället.

Analys

I inledningsfasen av det analysarbete som tog vid efter att intervjuer och observationer genomförts läste jag under sommaren 2004 samtliga intervjuer och anteckningar från ledningsgruppsmötena rakt igenom. Jag skapade då också en intervju-

översikt med korta fakta kring intervjupersonerna. För att kunna hantera den omfattande mängden av intervju-material valde jag att arbeta med ”nyckelintervjuer” för att skapa en kod att arbeta efter i det övriga materialet. Det innebar att analysen delades upp i två steg. Det första steget innebar en grundlig analys av ett begränsat material, mina tolv nyckelintervjuer, som resulterade i de nyckelbegrepp jag kom att använda för att analysera materialet. Det andra steget innebar att nyckelbegreppen användes för att analysera materialet i sin helhet.

Det första steget inleddes med att välja ut lämpliga intervjuer att inleda analysen med. Tolv intervjuer valdes ut i de tre grupperna ombud, ledningsgruppsledamöter (här ingår också arbetsledare) och klienter. Kriterierna för urval var att de skulle vara så rika på information som möjligt och dessutom ha viss geografisk spridning över länen. Det blev fyra intervjuer med ombuden, ett från varje län och ett rehabombud. Jag valde också ut fyra klientintervjuer och fyra intervjuer från ledningsgruppsledamöter. Dessa intervjuer bearbetade jag sedan noggrant genom att läsa och först markera enstaka ord eller stycken som jag fann intressanta ur någon aspekt, avvikande i sammanhanget eller avvikande från vad jag förväntat mig. Därefter gick jag vidare med att ställa studiens frågeställningar till texten och försökt ringa in vad som framstod som centrala teman. Jag försökte även att markera avsnitt som verkade självklara för mig. Därefter sökte jag efter alternativa tolkningar till de avsnitt som jag uppfattat som självklara. Jag studerade också språket, dvs ordvalet i ombudens intervjuer i syfte att kartlägga hur de talar om sitt arbete och om klienterna. I denna detaljerade genomarbetning av varje enskild intervju kodade jag avsnitt i texten med övergripande begrepp. Dessa begrepp har därefter fungerat som en kodnyckel.

I steg två gick jag vidare till de övriga intervjuerna. Här har jag inledningsvis hanterat ombudsintervjuer för sig, klientintervjuer för sig och ledningsgruppsledamöternas intervjuer för sig. Vad det gäller ombudsintervjuerna upplevde jag behov av att närläsa ytterligare sex intervjuer på samma sätt som de tidigare för att utveckla kodnyckeln så att den fångar in fler dimensioner. Tvärläsningen av intervjuerna i detta andra steg innebar att jag läste var intervju för sig och kodade med hjälp av min kodnyckel. Här markerades också sådant som framstod som avvikande eller överraskande. Därefter sorterade jag mina kodbegrepp i större kategorier för att finna mer övergripande analysbegrepp. I detta skede ställde jag också de tre intervjugruppernas utsagor mot varandra, för att se skillnader och nyanser.

Även anteckningarna från ledningsgruppsmötena läste jag ett antal gånger först och därefter markerade jag och kodade med begrepp som uppstod i detta material. Därefter använde jag mig av min kodnyckel även i dessa anteckningar.

Metodproblem

Tidigare i kapitlet har jag berört ett par metodproblem. Ett av dem handlade om urval av intervjupersoner eller snarare personkategorier. Min urvalsprincip gick ut på att göra ett strategiskt urval av de personer som ombudet uppfattar som viktigt för sin yrkesutövning. Eftersom ombuden då inte har pekat ut handläggare inom socialtjänst, läkare eller handläggare på försäkringskassan har dessa grupper fallit bort, utom i de fall då de också sitter i en ledningsgrupp. Då myndighetshandläggare och läkare upptar en viktig roll i både ombudens och klienternas berättelser, ofta i rollen som motpart, är det anmärkningsvärt att ombuden inte uppfattar dem som viktiga för sin yrkesroll. Möjligen skulle jag trots att ombuden inte uppfattade enskilda handläggare som samarbetspartner ändå ha intervjuat några handläggare.

Det kan också betraktas som ett problem att de språkliga utsagorna utgör det huvudsakliga materialet. Detta problem är ett allvarligt problem för den som försöker att validera vad intervjupersonerna säger mot en tänkt verklighet. Jag har istället valt att respektera intervjupersonernas skildringar som deras berättelser till mig i min roll som forskare. Analysens syfte har dock inte varit att validera ombudens eller klienternas utsagor. Jag har istället intresserat mig för skillnaden mellan å ena sidan språket som används i utsagorna för att uttrycka klienternas problem, och å andra sidan det språk som ombuden använder för att uttrycka sina handlingar.

Ombuden har till största delen förmedlat klienterna och de får betraktas som ”lyckade klienter”, d v s de har haft god hjälp av och en god relation till ombuden. Detta kan betraktas som ett problem, samtidigt förutsätter en kvalitativ intervju att intervjupersonen vill medverka och tycker sig ha något att förmedla, i detta fall om sin relation till ombudet⁴⁸. De klienter som har kommit genom Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) eller genom min öppna förfrågan via flygblad har dock inte på något sätt avvikit i sina berättelser om ombudet vad gäller att uttala kritik eller att kontakten har haft någon annan innebörd för dem än för de klienter som ombuden har förmedlat.

Materialet har samlats in i samband med en utvärdering för Länsstyrelserna i Blekinge län, Kalmar län och Kronobergs län samt Socialstyrelsen⁴⁹. Detta föranleder en diskussion kring möjligheter och svårigheter med att genomföra en forskningsuppgift mer eller mindre som en integrerad del i ett externt uppdrag. En utgångspunkt har i detta sammanhang varit att en utvärdering också måste utföras på vetenskaplig grund och med vetenskapliga metoder. Det externa uppdraget kunde inrymmas i forskningsuppgiftens syfte. Det externa uppdraget innebär att beskriva den yrkesroll och funktion som det nya personliga ombudet har utvecklat så här långt i processen. Den främsta skillnaden mellan utvärderings-

⁴⁸ Kvale 1997

⁴⁹ Järkestig Berggren 2005

uppdraget och forskningsuppgiften handlar om de konkreta frågeställningarna samt att teoretiska begrepp har en mer framträdande betydelse i forskningsuppgiftens analysfas. Detta upplägg har inneburit en hel del fördelar då alla berörda personer, som fungerat som dörröppnare, har varit aktiva och införstådda med uppgiften. Länsstyrelsernas representanter i varje län har tagit ansvar för att sätta samman en referensgrupp. De har också informerat de verksamheter som berörs av studien i respektive län, samt försett mig med adresser och den information som jag har efterfrågat. Referensgrupperna har haft deltagare från kommunal verksamhet, landstinget, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, och RSMH samt Schizofreniförbundet, intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykos (IFS). Även om referensgrupperna har varit olika sammansatta i länen så har alla bidragit med värdefulla synpunkter och information om sina olika verksamheter. Referensgrupperna skapades ursprungligen för utvärderingsuppdraget, men jag har kunnat använda mig av referensgrupperna också för denna studie. Referensgruppsmötena har varit ett utmärkt tillfälle att pröva preliminära resultat och slutsatser. Ombuden har blivit inbjudna till fortlöpande informationstillfällen och de har deltagit i värdefulla diskussioner fortlöpande. Detta intresse från Socialstyrelsen, Länsstyrelserna och chefer för respektive verksamheter, samt RSMH och IFS har gjort alla kontakter lättillgängliga. Det har varit enkelt att få tillträde till verksamheter för att få göra intervjuer och observationer. Intresset för uppdraget har också varit stort vilket har bidragit med många värdefulla informella och formella tillfällen, både inom länen och på nationell nivå att diskutera ombudets yrkesroll.

Som framgår av ovan har jag varit i kontakt med och diskuterat forskningsuppgiften med många människor under genomförandet av denna studie. I detta ligger implicit en fråga om hur det är möjligt att skapa den distans som kan borga för en kritiskt reflekterande forskning. Jag har betraktat alla möten som tillfällen att utbyta information med insatta personer och att på detta sätt driva reflektionsprocessen hos mig själv vidare. Vid dessa tillfällen har jag prövat preliminära resultat och slutsatser; att personer känner igen en beskrivning jag gjort har varit en bekräftelse på att det finns en validitet i det jag gjort. Stake talar om ”naturalistisk generalisering” vilket betyder att forskaren kan verbalisera och ge en träffsäker bild som känns igen av människor i den praktiska verksamheten.⁵⁰ Att känna igen sig har dock inte alltid inneburit att man tyckt om beskrivningen. Den kan uppfattas som obehaglig. Jag har här varit tydlig med tolkningsföreträde och tolkningsansvar som forskare. Jag har också varit tydlig med att jag samlar in information inte bara för det externa uppdraget utan också för en forskningsuppgift.

En kommentar slutligen till studien är att den skulle ha kunnat utföras som sekvenserade intervjuer och observationer under ett par år för att tydligare kunna

⁵⁰ Stake 1995 sid 85-88

följa en process. De möten som jag fortlöpande har haft med ombuden och referensgrupperna under studien har bidragit till en viss möjlighet till reflektion över hur denna nya funktion konstitueras under en tidsperiod av ett och ett halvt år. Men för att kunna ge något mer än en utdragen ögonblicksbild hade observationer och intervjuer utsträckta över flera år istället kunna bidra med en processbeskrivning.

Förförståelse

Det kan vara ett problem i sig att försöka skriva om förförståelse och hur denna har påverkat den genomförda studien, då förförståelsen är mer uppenbar för andra än för mig själv. Jag har kommit in på problemet i denna studie genom yttre faktorer, vilket betyder att jag inte har haft någon brinnande idé som ingång till forskningsproblemet. Däremot har förmodligen mina tidigare arbetslivserfarenheter påverkat vad jag har observerat. Då jag är socionom och har arbetat både inom socialtjänst och inom sjukvård (dock inte psykiatri) har jag vistats i miljöer som gör att jag känner igen både den medicinska kulturen och vad som förenklat kan beskrivas som det ”medicinska språket” samt socialtjänstens kultur och språk. Detta har påverkat hur jag uppmärksammat ombudens tal om klienternas problem. Jag arbetar sedan sex år tillbaka med att utbilda blivande socialarbetare och min egen kunskapskärna vilar alltså i socialvetenskaplig teoribildning, vilken jag här försöker att använda för att förstå verksamheten personligt ombud. Det betyder också att jag i förhållande till den stora mängd hittills genomförd forskning kring case management ställer delvis annorlunda frågor, då tidigare forskning huvudsakligen genomförts i en medicinsk forskningstradition.⁵¹

Etiska överväganden

Vid studiens genomförande har de fyra principerna för krav på individskydd: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet⁵² beaktats i studiens uppläggning. Studiens forskningsobjekt är ombudets framväxande funktion och yrkesroll. Det innebär att objektet inte är en biologisk person och att de som deltar inte uttalar sig om en specifik individ utan om handlingar, relationer, kommunikation och interaktion med en ny yrkesroll. I analysen är yrkesrollen central, d v s inte enskilda individer. Behovet av etikprövning har därför inte bedömts föreligga.

Informationskravet innebär att samtliga berörda av forskningen skall informeras om syftet med forskningen, om vilka villkor som gäller för deltagande i studien och att deltagande är frivilligt. Samtliga deltagare i studien är över 18 år och därmed myndiga att själva avgöra om de vill delta och alla personer som har till-

⁵¹ Se kapitel 3 och 4 för internationell och svensk forskning inom området.

⁵² Vetenskapsrådet 1990

Metodfrågor

frågats om de vill delta i studien har också fått information om att de har rätt att avstå eller avbryta sin medverkan. Denna information har samtliga fått muntligt, klienter har även fått den skriftligt. Alla har också fått upplysningar om att insamlad material skall användas både för en utvärdering och för en forskningsuppgift.

Samtyckeskravet innebär att den som deltar i en studie själv har rätt att bestämma över sin medverkan. Intervjupersonen ska få information om och kunna bilda sig en uppfattning om vad det innebär att delta i studien, samt vilka risker de utsätter sig för genom att kanske bli citerade eller igenkända. Speciellt ombuden har suttit i en känslig situation där det har varit svårt för dem att tacka nej till att delta på grund av att de förväntas delta i utvärderingsuppdraget. Jag har därför också noggrant informerat varje person om att materialet också skall användas i en forskningsuppgift och att det är möjligt att avstå från att delta i detta eller att välja bort delar av intervjun. Det har också skett vid ett par tillfällen att intervjupersonen avstått från att besvara en fråga, med det har inte varit på grund av att frågan var känslig, de har uppgivit att de inte har någon uppfattning på grund av att de inte har erfarenheter av det slag som frågan reser. Observationerna av ombudens kontakter med klienterna avbröts, trots att det fanns samtycke från klienterna, då klienterna blev uppenbart störda av min närvaro och värdet av eventuell information fick ställas mot skadan av att genomföra observationerna. Jag bedömde risken för skada större än värdet av den information som kom fram, varför jag bestämde mig för att avbryta denna del av forskningsuppgiften.

Konfidentialitetskravet uttrycker att alla som deltar i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter förvaras så att obehöriga inte kommer åt dem. Ombud och klientutsagor redovisas med absolut anonymitet, vilket betyder att endast jag som forskare kan identifiera utsagor till person. Det har däremot inte varit möjligt att lova ledningsgruppsledamöter och arbetsledning anonymitet då de innehar så specifika tjänster att materialet riskerade att bli oanvändbart. De har därför noga informerats om att de kan komma att bli identifierbara. Ett sätt att ändå skydda deras anonymitet är att redovisa resultaten länsövergripande. Alla ovidkommande persondata har tagits bort ur de citat som återges. Där personnamn förekommer i citaten är namnen fingerade.

Nyttjandekravet säger att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas i forskningssyfte. Detta innebär att uppgifterna inte får användas för kommersiellt bruk eller för andra icke-vetenskapliga syften. Inte heller får uppgifterna användas för beslut som direkt berör den enskilde. Uppgifterna är ämnade att publiceras anonymt i en licentiatavhandling. Allt forskningsmaterial förvaras inlåst i godkända arkivskåp.

Utöver dessa fyra principiella krav ställer också forskningsrådet upp rekommendationer. En rekommendation rör medverkandes rättighet att få veta hur uppgifterna de ha lämnat använts och till vilka slutsatser man har kommit. Forskaren bör därför erbjuda deltagare och andra berörda att få ta del av var forsk-

ningsresultaten publiceras.⁵³ Samtliga deltagare har blivit informerade om hur forskningsresultaten kommer att publiceras och har erbjudits att få ta del av dem. Flertalet av intervjupersonerna har även deltagit i tillfällen där preliminära resultat har diskuterats.

Sammanfattande kommentarer kring studiens giltighet

Detta kapitel har förhoppningsvis givit läsaren en tydlig bild av vilka utgångspunkter studien bygger på, vilka överväganden som varit vägledande vid urval och genomförande, samt hur jag har bearbetat materialet. I kapitlet har jag också presenterat etiska överväganden och de metodproblem som jag stött på under vägen. Den slutliga frågan återstår, huruvida det finns en vetenskaplighet i denna studie. För att bedöma forskningsresultats vetenskaplighet används oftast begreppen generaliserbarhet, reliabilitet och validitet även om inte dessa begrepp i sin ursprungliga mening är fullt ut tillämpliga på kvalitativa studier.⁵⁴ Begreppet generalisering avser att beskriva i vilken utsträckning resultaten gäller i andra sammanhang eller för andra grupper än de som ingår i den aktuella studien. Alvesson och Sköldberg pekar dock på att huruvida generaliseringsbegreppet är tillämpligt i kvalitativa studier dels beror på forskarens epistemologiska grundantaganden och dels på hur man definierar begreppet generalisering.⁵⁵

Jag har i ett tidigare avsnitt nämnt Stakes sätt att operationalisera generaliseringsbegreppet i "naturalistisk generalisering" för kvalitativa studier i samband med att jag diskuterade hur frågeställningar, tolkningar och slutsatser presenterats och diskuterats med personer i praktisk verksamhet.⁵⁶ Stake talar också om analytisk generalisering vilken bygger på urval och jämförelser kring likheter och skillnader i studier inom samma område samt på anknytning till mer generella teorier.⁵⁷ Vad det gäller urvalet har jag valt att studera tre sinsemellan mycket olika sätt att organisera ombudsverksamhet med tanke på Kvalets rekommendation att söka de rikaste variationerna av fenomenet.⁵⁸ De svenska studier som genomförts hittills och publicerats, samt flertalet internationella finns omnämnda och diskuteras i kapitel 3.

Jag har i denna avhandling strävat efter att utveckla kunskap som har giltighet utanför själva studien. Jag har försökt att noggrant redogöra för tillvägagångssätt, intervjuguiden och de teoretiska begrepp jag använt, men trots detta kan studien inte göras om på samma material därför att uppbyggnadsfasen av de specifika verksamheterna som jag studerat, nu övergått i andra faser. De förhållanden som

⁵³ Vetenskapsrådet 1990

⁵⁴ Alvesson & Sköldberg 1994 s 39-40, Kvale 1997 s 208-209

⁵⁵ Alvesson & Sköldberg 1994 sid 39

⁵⁶ Stake 1995 sid 85-88

⁵⁷ Stake 1994 sid 236-247

⁵⁸ Kvale 1997

Metodfrågor

rådde vid studiens genomförande kommer därmed inte att kunna återfinnas. Vad det gäller validitetsaspekten har jag haft förmånen att få pröva mina teoretiska och empiriska analyser och slutsatser på ett seminarium i NNDR (Nordic Network for Disability Research) där forskare med angränsande intresseområden deltog från Sverige, England, Island och Norge. Detta seminarium liksom ordinarie seminarier i forskarutbildningen har bidragit med värdefulla synpunkter på teoretiska och empiriska vinklingar, alternativa tolkningar och slutsatser. Min förhoppning slutligen är att resultatet av studien kan användas som utgångspunkt för en jämförelse och för vidareutveckling av frågeställningar kring vad personligt ombud (case management) utvecklas till i det svenska välfärdssamhället.

3 Internationella förebilder - Case Management

De strategier som använts för att behandla, ge omsorg och kontrollera oacceptabel galenskap har följt samma historiska mönster i västvärlden, från de stora institutionernas tillkomst, avveckling av institutionerna och utveckling mot vård i öppna former. Perioden med vård i öppna former inträffar på 1950-talet i USA och på 1970-talet i Sverige. Den karaktäriseras av att psykiatrins verksamhet sektoriseras och att "case management" aktualiseras. Case management är den internationella förebilden till personligt ombud och utvecklades först i USA och Storbritannien. I detta kapitel ges en beskrivning av den internationella utvecklingen, med fokus just på Storbritannien och USA. Forskningsfrågor och övergripande resultat i den omfattande internationella forskningen kring case management presenteras liksom de olika varianterna på case managementmodeller.

USA och Case Management

När talas det om case management för första gången? Case management uppstod som en funktion efter avinstitutionaliseringprocessen i Amerika. Under 1940-talet började det växa fram alternativa vårdformer och verksamheter i USA, t ex Fountain House –rörelsen och Thresholds, där nya sätt att förklara och förstå psykisk sjukdom växt fram.⁵⁹ År 1946 antogs National Mental Health Act som innebär att ett nationellt institut för forskning och uppföljning av psykiatrisk verksamhet skulle bildas. National Institute of Mental Health (NIMH) bildades formellt 1949 och formulerade en policy för den amerikanska mentalvården, vilken bl a uttryckte att vårdsökande patienter skall guidas till adekvata behandlingsprogram.⁶⁰ Man kan här tala om ett första steg mot en individualisering. På 1950-talet fördes en intensiv diskussion om mentalvården i USA och NIMH inledde studier av "mänskliga och ekonomiska konsekvenser av psykisk sjukdom och institutionalisering".⁶¹ Parallellt med forskning och politisk debatt hade mentalsjukhusens patienter börjat skrivas ut. Detta ledde fram till 1963 års lagändring⁶² som innebär att Mental Health Centers (mentalhälsocentra) skulle byggas upp och erbjuda olika former av stöd och vård i samhället. Dessa centra blev dock inte federalt finansierade enligt den antagna lagen på grund av Vietnamkriget på 1960-talet och den finansiella krisen på 1970-talet.⁶³ Det ledde till att programmet inte byggdes ut i den tänkta omfattningen och att människor med psykiska sjukdomar skrevs ut från mentalsjukhusen utan fortsatt stöd. De insatser som tidigare alla rymts inom mentalsjukhusets väggar var nu fördelade på flera olika privata och

⁵⁹ Floersch 2002 sid 21, Meeuwisse 1997 sid 106 ff

⁶⁰ Floersch 2002 sid 21, NIH, www.nih.gov/about/almanac/organization/NIMH.htm

⁶¹ NIMH finansierar ex delvis Goffmans studie av St Elizabeths Hospital som resulterar i Asylums.

⁶² Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act

⁶³ Thomas 1998

offentliga organisationer, vilket betydde att den hjälp de före detta mentalpatienterna fick blev svåröverskådlig och starkt fragmentiserad. Under 1970-talet uppstod därför en stark kritik mot avinstitutionaliseringens effekter. NIMH tog på Carteradministrationens uppdrag upp arbetet med att ta fram en policy som skulle erbjuda ett samhällsbaserat stöd och mentalvård i samhället. Resultatet blev Mental Health Systems Act som antogs 1980. Case management blev en av de bärande elementen i Community Support Program som infördes i och med att lagen antogs. Lagen innebar också ökat finansiellt stöd till mentalhälsocentra och fortsatt federalt stöd till denna verksamhet. Den republikanska Reaganadministrationen upphävde lagen 1981. Istället för att vara en federal angelägenhet blev nu mentalvården varje stats eget ansvarsområde och det federala stödet inskränkte sig till tekniskt stöd till mentalhälsocentren.⁶⁴ Konsekvensen av detta blev att mentalvården i varje delstat prioriterades olika och att delstatslagarna kom att utveckla olika praxis för när någon kan bli tvångsintagen för vård.⁶⁵ Mot bakgrund av decentraliseringen har case management utvecklats i en rad olika riktningar i USA.

Storbritannien

All hälsovård i Storbritannien distribueras genom National Health Services (NHS). Sedan 1946 har landets medborgare rätt till offentligt finansierad vård hos allmänläkare (General Medical Practitioner, GP).⁶⁶ GP bildar grundfundamentet i Storbritanniens hälsovårdssystem och efter avinstitutionaliseringen av mentalvården har GP fått ett ökande medicinskt ansvar för människor med psykiska sjukdomar.⁶⁷ Avinstitutionaliseringen påbörjades under 1950-talet och fram till mitten av 1980-talet hade antalet vårdplatser i Storbritannien minskat kraftigt från 344 platser per tusen invånare till 110 platser per tusen invånare.⁶⁸ Lowe beskriver att behandling och kontroll av mentalvårdens patienter med nya psykofarmaka samt höga kostnader för de stora mentalsjukhusen låg bakom 1959 års Mental Health Act som syftade till att patienter skulle kunna skrivas ut, de stora mentalsjukhusen stängas och lokala sociala myndigheter förses med resurser för att erbjuda samhällsintegrerat stöd.⁶⁹

En ny reform trettio år senare motiverades av behovet att omstrukturera hälso- och sjukvård samt socialtjänstorganisationen från att vara en insatsstyrd till att vara en behovsstyrd verksamhet, samt att gå från en helt offentligt finansierad verksamhet till att också inkorporera privat finansiering och privat verksamhet.⁷⁰

⁶⁴ NIH, www.nih.gov/about/almanac/organization/NIMH.htm

⁶⁵ Thomas 1998

⁶⁶ Lowe 1999 s 179. Om National Health Service Act från 1946

⁶⁷ Forsberg 1994 sid 32

⁶⁸ Forsberg 1994 sid 30

⁶⁹ Lowe 1999 sid 194, Forsberg 1994 sid 31

⁷⁰ 1989 antogs National Health Service and Community Care Act.

En av hörnstenarna i reformen var case management som kallas ”care management” och vars syfte var och är att skräddarsy service efter individuella behov.⁷¹ Den del av reformen som specifikt riktades till mentalvårdens organisation heter ”Care Programme Approach” (CPA). Förslaget till ett individuellt vårdprogram antogs 1991, efter att en socialarbetare dödats av en före detta mentalvårdspatient.⁷² CPA innehöll fyra huvudelement: att skapa en systematisk bedömning och övervakning av hälsobehov och sociala behov hos patienter som har kontakt med mentalsjukvården, att upprätta en vårdplan som identifierar den vård och service som olika vårdgivare förväntas ge, att utse en nyckelperson som har kontakt med individen och i den kontakten övervakar och samordnar vård och stödinsatser. Slutligen föreskrev CPA ständig utvärdering av vårdplanen. Två system med ansvar för bedömning och koordination av vård och service hade nu byggts upp, ”care management” inom socialtjänstens område och vårdprogrammet CPA inom hälso- och sjukvården. Som en följd av den rollförvirring som uppstod mellan parterna reviderades vårdprogrammet 1999.⁷³ Huvudsyftet var att sammanföra de två funktionerna till en och CPA ansvarar nu för samordning och utför care management för personer med psykisk sjukdom.⁷⁴

Ideologi bakom case management

I såväl Storbritannien som USA skedde de stora omstruktureringarna av mentalvården under 1980-talet och början på 1990-talet och genomfördes av konservativa regeringar. Forsberg nämner privatisering och management som ideologiska tankar bakom denna utveckling.⁷⁵ Baldwin analyserar de politiska ideologiska tankarna bakom care management och kommer fram till att utvecklingen av management i den sociala servicesektorn hämtat sin ideologi från 1980- och 1990-talens New Public Management, och att den i Storbritannien infördes i strikt Tayloristisk form.⁷⁶ Payne skriver att den konservativa regeringen i början på 1990-talet sökte vägar att minska statens kostnader för social service genom att öka privatiseringen av service och anpassa system för social service till marknadsprinciper. Management erbjöd just denna anpassning genom socialt entreprenörskap. Den kanske mest genomgripande förändringen och anpassningen till marknadsprinciper i Storbritannien utgjordes just av uppdelningen i inköpare av tjänster, (care managers), och socialarbeters uppgift (purchasers) och de som tillhandahåller servicen, vilka ofta är privata företag eller organisationer (providers).⁷⁷ Managers uppgift i detta ursprungliga upplägg var att bedöma individens behov, att planera

⁷¹ Weinberg et al 2003 33, 901-919

⁷² Payne 2000

⁷³ ”Effective Care Co-ordination in Mental Health Services- Modernising the CPA”.

⁷⁴ NHS Effective Care Co-ordination in Mental Health Services

⁷⁵ Forsberg 1994 sid 31

⁷⁶ Baldwin 2000 sid 99

⁷⁷ Payne 2000 sid 82-91

ett servicepaket genom att välja från olika möjliga alternativ tillsammans med individen, att implementera servicepaketet, att övervaka hur integrering av olika servicemoment fungerar och slutligen att utvärdera om resultatet av servicepaketet är till nytta för individen.⁷⁸

Forskarna om case management

Detta avsnitt syftar till att kort presentera de vanligaste teman, som lyfts fram i den internationella forskningen runt case management.

Det har utförts forskning kring case management internationellt framförallt i studier från USA, men också från England, Italien, Australien m fl.⁷⁹ I de studier som gjorts kring case management för personer med allvarlig psykisk störning dominerar en medicinsk, evidensbaserad forskningstradition utifrån vilken frågor kring case managements resultat, måluppfyllelse och effektivitet ställs. Man frågar sig bland annat vilka modeller som är framgångsrika avseende antal minskade dagar i psykiatrisk slutenvård. Björkmans forskning är ett svenskt exempel på detta.⁸⁰

Exempel på breda forskningsöversikter över måluppfyllelse- och effektstudier är: Holloway et al. (1991, 1995, 2001); Solomon (1992, 1994, 1995); Rapp (1994), Mueser et al. (1998), Ziguras et al (2000, 2002). Cochrane-institutet⁸¹ har publicerat en forskningsöversikt om case management genomförd av Marshall & Lockwood (2005a) och en motsvarande forskningsöversikt om ACT också av Marshall & Lockwood (2005b).⁸² Forskningsöversikterna orienteras runt de randomiserade kontrollerade studier som jämför case managementmodeller med varandra. Framförallt fokuserar de på olika case managementmodellernas effekter på antal dagar i psykiatrisk slutenvård, samt i mindre utsträckning på klientens upplevelse av livskvalitet. Vad det gäller antal slutenvårdsdagar är man i forskningsöversikterna överens om att Assertive Community Treatment (ACT) och Intensive Case Management (ICM) modeller minskar slutenvårdsperioderna. Marshall & Lockwoods översikt om ACT visar också att stabiliteten i boende, arbetsförmåga och förmåga att behålla ett arbete samt patienttillfredsställelse var signifikant högre i ACT-modeller. Det fanns däremot ingen skillnad mellan ACT och andra modeller vad gäller sjukdomstillstånd (mental state) och social funktionsförmåga (social functioning).

⁷⁸ Payne 2000 sid 82-91

⁷⁹ Exempel på studier från respektive länder: USA: Rapp 2004, Floersch 2002; Storbritannien: Marshall & Lockwood 2005a,b, Payne 2000, Baldwin 2000; Italien: Fioritti 2001 i Burns et al; Australien: Rosen & Teesson (2001) Ziguras 2000, 2002

⁸⁰ Björkman 2000

⁸¹ Cochrane Collaboration är ett brittiskt institut som utför evidensbaserade studier inom medicin.

⁸² För en kunskapsöversikt på svenska se Björkman 2000

I Marshall & Lockwoods⁸³ översikt om case managementmodeller ges en ganska negativ bild av resultatet av och effektiviteten i case management. Fler patienter upprätthåller kontakt med psykiatriskt stöd än i traditionell vård, men case management ökar också antalet patienter som togs in för psykiatrisk slutenvård. Studien visade inte några signifikanta effekter på livskvalitet, boendeförhållanden, arbetsförmåga, symtom etc, med undantag för samarbetsförmåga i en av studierna. Marshall och Lockwood drar slutsatsen att case management är en tveksam verksamhet då det ökar kostnader för sjukhusvård men inte kan visa på några positiva resultat avseende nämnda variabler. Denna översikt har kritiserats för sitt snäva urval av studier och den tillämpning av evidensbaserad kunskap inom medicin som resulterar i att alltför generella slutsatser dras.⁸⁴

Holloway, som arbetar i den medicinska traditionen, konstaterar kort att case management har vuxit ur den amerikanska case-work traditionen.⁸⁵ Det finns studier som mer ingående analyserar hur case management har konstruerats inom det sociala arbetet och hur case managementmodeller påverkar det sociala arbetet.⁸⁶ I fokus för samma forskningsinriktning befinner sig också den politiska implementeringsprocessen. Floersch har i sin avhandling gjort en etnografisk fallstudie av en specifik case managementmodell, resursmodellen, i Kansas, USA. Han har använt sig av Bourdieus begrepp sociala fält, vilka i studien är de fält där case managern utövar sin funktionella makt i förhållande till klientens ekonomi, medicinering och beteende ('Meds, Money and Manners'). Med hjälp av begreppet "socialt fält" kan han skilja mellan det disciplinära sättet att tala om ekonomi, mediciner och beteende och det situerade, spontana, vardagspratet om samma fenomen.⁸⁷

Ett flertal forskare har betraktat case management som ett implementeringsmisslyckande. Baldwin tar fatt i den brittiska community care-reformen och care management och söker empiriskt och teoretiskt orsakerna till implementeringsprocessens problem.⁸⁸ Även Simpson et al gör en kritisk litteraturstudie på samma misslyckandetema, men kring Care Programme Approach.⁸⁹

Payne har analyserat tre case managementmodeller utifrån deras koppling till och påverkan på det sociala arbetet.⁹⁰ Han konstaterar att det är politiska processer som konstruerar managementmodellerna. I Storbritannien har t ex community care-reformens byråkrati uteslutit möjligheten för socialarbetare att utveckla mäklarrollen som stöd för brukare att styra sin egen assistans. Paynes analys

⁸³ Marshall & Lockwood 2005b

⁸⁴ Rosen & Teeson 2001

⁸⁵ Holloway 2001

⁸⁶ Se Payne 2000, Baldwin 2000

⁸⁷ Floersch 2000

⁸⁸ Baldwin 2000

⁸⁹ Simpson et al 2003

⁹⁰ Payne 2000

spänner över flera nivåer av aktörer och processer mellan dessa aktörer, politiker, professionella och brukare. Han drar slutsatsen att för att förstå betydelsen eller påverkan av en ny företeelse i socialt arbete som case management måste fyra faktorer analyseras: karaktären på företeelsen i sig själv, den ekonomiska, politiska och sociala kontexten som företeelsen introduceras i, politiska och sociala intressen hos intressenter och slutligen den politiska och sociala process som sker under själva implementeringen.

Case Managementmodeller

Det råder en viss förvirring i litteraturen kring hur case management-modeller skiljer sig från varandra och hur dessa bör definieras. Forskare kategoriserar modeller utifrån olika dimensioner. Beskrivningen här bygger på Payne⁹¹ som definierar modeller utifrån den politiska implementeringsprocessen och ändamålet med modellen, samt Holloway⁹² som i en forskningsöversikt har granskat forskning inom området. Den senares kategorisering bygger, som jag tolkar det, på det praktiska utförandet och antalet klienter per case manager.

Payne beskriver och analyserar, utifrån brittisk horisont, tre från varandra skilda modeller och hur de har implementerats i Storbritannien: entreprenörmodellen (social care entrepreneurship), mäklarmodellen (brokerage) och multiprofessionell modell. Entreprenörmodellen är den modell som den brittiska regeringen införde i community care reformen från början på 1990-talet. Managerns uppgift är i denna modell att utifrån ett budgetansvar göra en plan och implementera ett servicepaket i samråd med klienten. Syftet med modellen är att minska kostnader och är en politiskt motiverad introduktion av marknadsprinciper inom det sociala serviceområdet.

Mäklarmodellen, som Payne beskriver den, ger managern en assisterande roll till brukaren, i att upprätta en planering och att styra serviceinsatser som brukaren väljer. Mäklarmodellen har, enligt Payne, inte samma utbredning i Storbritannien som i USA. Framförallt har den kommit att användas av rörelsehindrade handikappgrupper, som vill utöva empowerment och kontroll över sitt eget liv och har förmåga till styrning och kontroll till skillnad från människor med psykiska funktionshinder som dessutom ofta stigmatiseras av "avvikande beteende". Syftet med mäklarmodellen är att främja möjligheten för vuxna med funktionshinder att utöva kontroll över sitt eget liv. Modellen används inom Independent Livingrörelsen av personer som själva anställer sin assistans.

I den multiprofessionella modellen är managern en nyckelperson i ett multiprofessionellt team och koordinerar teamets komplexa insatser till en klient. Care Programme Approach är en form av multiprofessionellt case management med en nyckelperson som ansvarar för koordinering av insatser som är av såväl social

⁹¹ Payne 2000

⁹² Holloway 1991, 2001

karaktär, t ex bostäder och försörjning, som medicinsk karaktär, i form av medicinering. Andra namn på liknande modeller är Assertive Community Treatment, (ACT), klinisk case management och Intensive Case Management (ICM). En viktig skillnad mellan dessa multiprofessionella team-managermodeller och de andra två är att managern aktivt söker upp klienten som inte tillåts eller har rättighet att avstå från kontakt med managerna. Syftet är, som Payne beskriver det, att reducera risken för självmord, våldsincidenter och risken att klienter försämrar sitt beteende och sin livskvalitet.

Holloway gör i en av de få metaanalyser som gjorts på området en delvis annan kategorisering.⁹³ Han utskiljer i sin artikel från 1991 två ursprungliga modeller för Case Management: mäklarmodellen (service brokerage) och klinisk case management. I den första modellen arbetar case manager som administrativ samordnare av insatser och förmedlare av service. Uppgifter för denna modell är bedömning av klientens behov, att upprätta en individuell plan för klienten, att arrangera hur servicen ges, övervaka och bedöma servicen och slutligen utvärdera och följa upp den. Mäklarmodellens manager har många klienter samtidigt och är kontorsbaserad. I princip behöver klient och manager inte ha direktkontakt eftersom det är andra yrkesfunktioner som genomför själva serviceinsatserna.⁹⁴ Holloway skriver att detta är den modell som den brittiska regeringen införde i community care programme och som utvecklats i care management, det vill säga Paynes entreprenörmodell.

I den kliniska modellen ger case manager service direkt och ansvarar för alla behov, både sociala och medicinska, en slags vårdplanerare. Managern har här följande uppgifter: i initialfasen ska managern engagera sig, skapa relation, bedöma och planera. Därefter kan managern intervensera i klientens omgivning (sammansöra individen med samhällets resurser, ge rådgivning till vårdgivare, upprätthålla och utvidga sociala nätverk, samarbeta med läkare och sjukvård, företräda inför myndigheter) eller intervensera i klienten (psykoterapi, träna färdigheter för ett oberoende liv) eller i relationen klient-omgivning (krisintervenera och bevaka insatser). Enligt Holloway är vårdprogrammet CPA i Storbritannien en blandning av klinisk case management och mäklarmodellen, de utför själva service och vårdinsatser riktade direkt till klienten, men de har också ett stort antal klienter och ansvar för att vårdprogrammet genomförs.⁹⁵

Den kliniska modellen har också två varianter på Case Management, ACT (assertive community treatment) och ICM (intensive case management). ACT har efterföljare i Sverige och kallas ”integrerad psykiatri”. Malm har under ett antal år bedrivit forskning i Göteborg om ACT-modellen.⁹⁶ Grundelementen i ACT är att

⁹³ Holloway 1991, 2001

⁹⁴ Holloway 1991

⁹⁵ Holloway 2001

⁹⁶ Se Burns et al 2001. Malm 2002 Stein, Test och Santos har utvecklat modellen under 1970-talet i Wisconsin, USA. Stein & Santos 2004

det ges av ett team som arbetar med klienten och möts för att diskutera sina insatser regelbundet. Teamet består av sjuksköterskor, psykiater, specialister på läkemedelsmissbruk och arbetsmarknad. Service ges av teamet direkt i form av att övervaka klienten och träna dennes förmåga att leva och delta i samhället. Teamet har dygnetruntansvar för individen och managern har ett litet antal klienter knutna till sig. Managern arbetar aktivt med att hålla klienten kvar inom programmet, även med hjälp av tvångslagstiftning om så krävs.⁹⁷

ICM liknar mycket ACT, den tydligaste skillnaden är att ACT tydligare lägger tonvikten på teamets insatser.⁹⁸ Båda modellerna kan dock ingå i Paynes multi-professionella modell.

Holloway redogör också för två ytterligare modeller som förekommer beskrivna i forskning: rehabiliteringsmodellen (Rehabilitation Model) och resursmodellen (Strengths Model). Rehabiliteringsmodellen har utvecklats vid Boston University⁹⁹ och används i praktisk verksamhet i Sverige bl a på psykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Malmö.¹⁰⁰ Modellen betonar vikten av att klientdefinierade mål och managerns uppgifter omfattar kartläggningar av rehabiliteringsbehov och att spegla bristande grundläggande och sociala förmågor. Managern ska också koordinera och sammanföra individen med olika serviceinsatser, bevakna och följa processen samt företräda och ta tillvara klientens rättigheter. Växjö Rehabcenter hämtade vid starten 1993 inspiration och kunskap från ”Bostonmodellen”.

Resursmodellen är enligt Holloway mer en filosofi än ett servicesystem.¹⁰¹ Modellens grundtankar har därför kommit att ingå i olika case managementmodeller.¹⁰² Filosofin i modellen bygger på att klientens resurser snarare än svagheter och sjukdom, ska fokuseras. De interventioner som managern gör ska bygga på klientens egna målsättningar.¹⁰³ Björkman benämner de svenska försöksverksamheterna med personligt ombud som resursmodellen.¹⁰⁴ Floersch har närstuderat resursmodellen som utvecklats teoretiskt av Rapp¹⁰⁵ vid Kansas University, och jämfört den med andra vanligt förekommande filosofier och modeller för case management. Jag använder här Floersch citat från Betsy Taylor¹⁰⁶ för att visa hur

⁹⁷ Stein & Santos 1998

⁹⁸ Holloway 2001

⁹⁹ Anthony, Cohen & Farkas 1990

¹⁰⁰ A.a sv övers. 1996

¹⁰¹ Strengths Model är den engelska termen

¹⁰² Onyett 1992

¹⁰³ Holloway 2001

¹⁰⁴ Björkman 2000 sid 30

¹⁰⁵ Rapp 1998, Strengths model. Charles Rapp, professor i socialt arbete vid Kansas University

¹⁰⁶ Betsy Taylor utbildar i Strengths Model vid Kansas University. Citaten är inspelade av Floersch under en utbildningsdag för blivande case managers.

resursmodellen (Strength Model) vill uppfattas. Hon gör först en jämförelse med Bostonmodellen (Rehabilitation Model)¹⁰⁷:

The main difference is probably in the name: Rehabilitation. When you see or think of the word "rehabilitation" what comes to your mind? Why would you go to rehab? / ... / You're starting from a deficit point of view. In the BU model, the concept of recovery is similar to strengths, that is we're both working towards recovery. But the approach is different. In Psychiatric Rehabilitation, you're starting on the problem, the deficit, and the skills that need to be added. Strengths isn't about rehabilitation. Strength is finding out who the person is and what they want. It's not about their diagnosis, but again, their desires, their wants: what are their goals in life?

Av tradition har rehabilitering inriktats mot att träna individens förmågor inom områden där svagheter finns, istället för att söka efter områden där individen äger styrkor och har sina intressen och begåvning. Bostonmodellen beskrivs här ha samma mål, återhämtning¹⁰⁸, men skillnaden skulle ligga i fokus på svagheter istället för resursmodellens fokus på styrkor. Idag har inriktningen i rehabilitering enligt Bostonmodellen däremot huvudsakligen fokus på individens styrkor och resurser snarare än svagheter.¹⁰⁹

Taylor jämför också ACT, (Assertive Community Treatment, ett team som arbetar med att söka upp och ge mer omfattande stöd och vårdinsatser), med Strength Model. ACT-programmet kallas också ibland PACT (Programme for Assertive Community Treatment). Taylor talar inledningsvis om en kontrollerad, randomiserad studie utförd för att mäta effekter av ACT.

The conclusion was that people with severe and persistent mental illness needed a different kind of helping approach than traditional outpatient therapy. And what I showed was that the PACT model replicated what was going on in the hospital, but it did it in the community. Let me give you an example. A lot of people in the hospital were involved in making ceramic, for example you know, like a popular thing! Well, the PACT model organized a ceramic class in the community. And, they would conduct cooking classes at the day programme. People learned how to make spaghetti for twenty- you know, even how many people were in the day program. Again this is different from strengths. In the strengths model, if someone wants to learn how to make spaghetti, they learn how to make it for themselves or their family, not twenty or forty people.¹¹⁰

Taylor pekar här på hur hospitaliserande metoder har lämnat institutionen och används också i samhällsbaserat stöd, istället för att erbjuda normaliserande och

¹⁰⁷ Floersch, 2000 sid 64

¹⁰⁸ för definitioner i litteraturen av "återhämtning", se Topor (2001). "Återhämtning" är en översättning av det engelskans "recovery" och det omfattar de tre aspekterna symtom, funktion och handikapp. "Återhämtning" kan vara att "gå tillbaka till tidigare tillstånd" eller har innebörden att "gå vidare till", sid 45 ff.

¹⁰⁹ Åberg 2000

¹¹⁰ Floersch 2000 sid 64

integrerande metoder för stöd. Slutligen gör Taylor också en jämförelse med mäklarmodellen (brokerage).

When you are operating and doing case management under a broker model, what you basically do is link individuals to resources. For example, you have an individual that wants an apartment. If you are doing a broker model, you might call the local housing authority. /../ say "I'm working with an individual that is really interested in the Section 8 program, and I'm going to give him your address". /../ So when you tell the consumer where the housing authority is, what day and what time, your job is done. You've linked them to the housing authority. But you really haven't gone with them or helped them. And that's one of the big downfalls of the broker model.¹¹¹

Denna beskrivning av Taylor vill visa upp en modell där individens resurser är i fokus snarare än svagheter och sjukdom. Filosofin vill också ta avstånd från metoder och tankemönster som härrör från institutionen och riktar sig istället mot normaliserade livsvillkor.

Konturer av yrkesrollen

Avsnittet ovan antyder att det råder en viss förvirring kring vad case management egentligen avser. I begreppet ryms en verksamhet som kan syfta på en medicinsk praktik, vars mål är behandling och bot från sjukdom som i ACT-modellen. Begreppet står också för bedömning av behov och tilldelning av stöd utifrån ett budgetansvar, som i mäklarmodellen och det brittiska "care management". Andra modeller tar fasta på att hjälpa klienten att utveckla sina resurser och öka sitt inflytande över vardagen, se Strengths Model. En kärnuppgift i flertalet modeller förefaller dock att vara samordning av vård och stödinsatser, den organisatoriska funktionen. För att tydliggöra den svenska konstruktionen personligt ombud skiljer jag på de två uppgifterna att bedöma behov och anordna stöd för en enskild individ, vilket är kärnmeningen i case manager, och att på klientens uppdrag vara kravställare på andra organisationer med ansvar för stöd och service, vilket är ett advocacy-uppdrag, som kan ingå i case managerns uppgifter.

Det svenska personliga ombudet har inte medicinska uppgifter eller ansvar och skiljer sig därmed från modeller som innehar sådant ansvar. Inte heller har det svenska personligt ombud ansvar för att bedöma klienters behov av insatser och att tilldela service med ansvar för budget. I det svenska systemet bedömer biståndshandläggare behovet av stöd och fördelar stödinsatser. I denna mening är alltså personligt ombud inte en case manager. Personligt ombud har däremot en kravställande och samordnade funktion för sin klients räkning i förhållande till myndigheter. Ombudet har alltså ett advocacy-uppdrag. När personligt ombud i Sverige möter en biståndshandläggare är det därför två case manager som möts med internationell terminologi, men de har varsitt uppdrag av case managerfunk-

¹¹¹ Floersch 2000 sid 66

tionen. Case managern i organisationen ska bedöma behov av insatser och fördela stöd, det personliga ombudet har advocacy- uppdraget. I nästa kapitel ges en mer ingående beskrivning av den svenska konstruktionen av case management: personligt ombud.

4 Sverige och den lokala arenan

Som tidigare kapitel visat har Sverige valt en konstruktion på ombudsverksamhet som skiljer sig en del från internationella förebilder. I detta kapitel presenteras de organisatoriska ramarna för personligt ombud, verksamhetens uppdrag och konstruktion. Ett avsnitt beskriver de verksamheter som analyseras i denna studie.

I kapitlets andra del presenteras de som ombuden kallar ”klienter”. Vem blir klient till ombuden och varför? Hur prioriterar ombuden bland presumtiva klienter och vilka avgränsningar gör de? Avsnittet inleds med en diskussion kring de många benämningar som används om den målgrupp personligt ombud är riktad till.

Kapitlet börjar med en presentation av bakgrunden till implementeringen av personligt ombud.

Ombuden

Personligt ombud som reform uppstod som ett resultat av kritik över hur människor med psykiska funktionshinder får del av samhällets resurser. I Psykiatriutredningen (1992:73) konstaterades att några av problemen var att ”socialtjänsten saknade mål och medel, utbildning och kompetens för arbete med psykiskt störda.”¹¹² Socialtjänsten saknade också kompetens att möta denna grupps behov och problem på ett adekvat sätt. Det konstateras vidare att socialtjänsten och psykiatrin inte känner till varandras möjligheter och begränsningar och inte har utvecklat gemensamma mål och arbetsmetoder för människor med psykiska funktionshinder.¹¹³ Psykiatriutredningen föreslog att personligt ombud skulle vara en av insatserna i LSS, riktad speciellt till personer med långvarig psykisk störning. Det personliga ombudet skulle vara ett stöd av professionell karaktär med huvuduppgift att ”ge den enskilde ett kvalificerat stöd i form av samordning av alla de insatser som riktas till honom.”¹¹⁴ Stödfunktionen personligt ombud skulle grundas på kunskap om de psykiska störningarna och deras uttryck.¹¹⁵

Implementeringen av reformen personligt ombud

Personligt ombud för människor med allvarlig psykisk störning är en permanent verksamhet sedan 2001. Kommunerna kan söka statligt stöd för att kunna ge personer med svår psykisk störning denna service. Beslutet har föregåtts av utredning och diskussion i Psykiatriutredningen. Psykiatriutredningen lade som ett av förslagen att LSS skulle kompletteras med en tionde insats, personligt ombud till stöd för de personer som led av allvarlig psykisk störning. Personligt om-

¹¹² SOU 1992:73, sid 182

¹¹³ SOU 1992:73, sid 181-182, 192

¹¹⁴ SOU1992:73 sid 240.

¹¹⁵ SOU1992:73 sid 240.

bud blev inte en insats enligt LSS, istället beslutades att tio försöksverksamheter skulle startas med personligt ombud och utvärderas efter tre år. Utvärderingen utfördes av Björkman för Socialstyrelsen. Resultaten har också publicerats i Björkmans avhandling.¹¹⁶ Resultatet beskrivs i Socialstyrelsens rapport som en minskning av aktuella vårdbehov, en förbättrad psykosocial funktion, liksom positiva förändringar i sociala nätverk såväl som i de psykiskt funktionshindrade personernas livskvalitet. Utvärderingen visade också att utnyttjande av psykiatrisk sjukhusvård och dagvård minskade under perioden. De positiva resultaten av försöksverksamheterna resulterade i ett beslut om att samtliga kommuner skulle erbjudas möjlighet att söka ett statligt bidrag för att driva personligt ombudsverksamhet som permanent verksamhet. Förutsättningarna och riktlinjerna för kommunerna reglerades i ett meddelandeblad från Socialstyrelsen.¹¹⁷ Även de ordinarie verksamheterna skulle utvärderas. En rad utvärderingar med olika fokus har därför publicerats varav den utvärdering jag har utfört som studerat yrkesroll och funktion är en.¹¹⁸ Därutöver har en uppföljande studie på försöksverksamheterna utförts¹¹⁹, ett annat fokus har varit de olika förutsättningarna att bedriva ombudsverksamhet i storstad¹²⁰ och glesbygd¹²¹, en utvärdering fokuserar klienternas upplevelser av ombudsverksamheten¹²² och ytterligare en utvärdering har fokuserat på ledningsgruppernas uppdrag.¹²³ År 2005 har 80% av kommunerna utnyttjat det statliga bidraget till att starta verksamheter med personliga ombud. Även om det statliga stödet förmedlas till kommunen via länsstyrelserna i respektive län varierar organiseringen av ombudsverksamheten. I några fall drivs den på entreprenad av en privat anordnare, i andra fall av kommuner i samarbete, av enskilda kommuner eller i samarbete mellan kommun och landsting. I Socialstyrelsens förslag till regeringen efter genomförd implementeringsfas betraktas verksamheten som en framgång och man föreslår att en särlagstiftning skall införas som ålägger kommunerna en skyldighet att erbjuda personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer.¹²⁴

¹¹⁶ Björkman 1999, Björkman 2000

¹¹⁷ Socialstyrelsen 14/2000

¹¹⁸ Järkestig Berggren 2005

¹¹⁹ Björkman och Hansson 2004

¹²⁰ Nilsson och Lundmark Nilsson 2004

¹²¹ Markström, Lindqvist och Sandlund 2005

¹²² Ekermo 2005

¹²³ Öhrlings, PriceWaterhouseCoopers 2005

¹²⁴ Socialstyrelsen 2005

Personligt ombuds uppdrag och konstruktion

Personligt ombuds uppdrag är för närvarande endast reglerat av ett meddelandeblad som sammanställts av en beredningsgrupp, i Socialstyrelsens regi.¹²⁵ I meddelandebladet formuleras det personliga ombudets arbetsuppgifter:

- ”tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service
- tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs
- bistå och – om fullmakt finns – företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter
- se till att den enskilde får vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter.”¹²⁶

Ombudets huvudsakliga uppgifter har formulerats som en ”advokatroll” och en ”mäklarroll” i det meddelandeblad som har fungerat som verksamhetens riktlinjer hittills. Ombuden ska ha en ”fristående ställning”, vilken i meddelandebladet endast konkretiseras som en lämplig organisatorisk och lokalmässig placering.

Ombuden har efterhand ålagts en strukturell arbetsuppgift, även om den inte finns uttryckt i meddelandebladet. Innbörden i denna uppgift framstår hittills som något oklar, men hittills har den inneburit att ombuden ska upptäcka och rapportera så kallade ”systemfel” dels direkt till Socialstyrelsen och dels till sina ledningsgrupper. Systemfel beskrivs som återkommande problem vilka ligger i de strukturer ombuden arbetar inom.¹²⁷

I meddelandebladet beskrivs att en av förutsättningarna för att ombuden ska ha framgång i sitt arbete är en fungerande samverkan lokalt mellan de huvudmän som har ansvar för insatser till människor med psykiska funktionshinder. Därför bör ombudsverksamheten drivas i samverkan mellan olika berörda aktörer. Syftet med samverkan är också att huvudmännen ska kunna ta tillvara ombudens kunskaper och erfarenheter.¹²⁸ I de undersökta verksamheterna har detta konstituerats i ledningsgrupper (Kronoberg: styrgrupp). Det varierar vilka huvudmän som ingår i ledningsgrupperna och på vilken nivå de befinner sig i sin egen organisation. Ledningsgruppernas egen aktivitetsgrad varierar också i de tre länen.

Ombuden i studien

I studien deltar 25 ombud varav flertalet anställts under 2002. Vid studiens genomförande har de flesta arbetat som ombud mellan ett och två och ett halvt år.

¹²⁵ I beredningsgruppen ingick Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, brukarorganisationerna, Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Se Socialstyrelsen 2005 sid 11

¹²⁶ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000

¹²⁷ Socialstyrelsen 2003. I avhandlingens 10.e kapitel analyseras ombudens strukturella uppdrag.

¹²⁸ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000

Rehabombuden i Växjö har erfarenhet av ombudsarbete som varierar från ett halvår upp till tio år. Den vanligaste arbetslivserfarenheten som ombuden i de tre länen har fört med sig in i den nya yrkesrollen är som skötare i psykiatrisk slutent eller öppenvård. Tre ombud har arbetslivserfarenhet som undersköterska i omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, ett par ombud har socionomexamen med erfarenheter framförallt från kommunal socialtjänst. Två ombud har sjuksköterskeutbildning med erfarenheter från somatisk vård, äldreomsorg och slutent psykiatrisk vård. Det finns också ett ombud som kommer från arbetsförmedlingen, ett från försäkringskassan och en förskollärare med erfarenheter från skola och barnomsorg. Flertalet ombud har tio till tjugo års tidigare arbetslivserfarenhet.

Arbetsgivarna uppger att de vid anställningsförfarandet har prioriterat personlig lämplighet i att kunna bemöta människor med psykiska funktionshinder och kunskaper om psykiatriska sjukdomstillstånd. Högre utbildning har varit önskvärd, men lång arbetslivserfarenhet har bedömts vara likvärdig med högre utbildning. Flertalet ombud har därför relativt lång arbetslivserfarenhet. Åtta av tjugofem ombud är män.

Rehabombud och personligt ombud

I den svenska kontexten återfinns redan före införandet av personligt ombud verksamheter som byggts upp efter de internationella förebilder som tidigare beskrivits. Växjö Rehabcenter är exempel på en sådan verksamhet som byggdes upp med influenser från Bostonmodellen. Rehabombuden i Växjö har haft arbetsuppgifter som i mycket är desamma som de nya ombuden, men jag har dock kunnat iaktta skillnader mellan Växjö Rehabcenters arbetsmodell och den ”modell” som beskrivs att ombuden ska arbeta efter i Socialstyrelsens meddelandeblad. Analysen bygger också på hur de respektive ombudsgrupperna talar om sin roll. När Växjö Rehabcenter startade verksamheten 1994 anammades en arbetsmodell där klientens behov av stöd i stor utsträckning ska ges direkt av rehabombudet. Avsikten med den nya ombudsrollen är däremot att finna andra stödfunktioner och samordna dessa, inte att själv stå för stödverksamheten. Detta är en av de skillnader som finns mellan rehabombuden och de nya ombuden. I figur 2 nedan pekar jag ut de mest tydliga skillnader som jag har kunnat observera mellan de två ombudsrollerna¹²⁹:

¹²⁹ Järkestig Berggren 2005

Figur 2 Skillnader mellan rehabombud och personligt ombud

REHABOMBUD	PERSONLIGT OMBUD
Långvariga kontakter	Kortare kontakter
Rehabombuden förmedlar själva det mesta stödet	PO samordnar stöd som andra funktioner ger.
”Nära” relationer	Strukturerade kontakter
Klienten beroende av ombudet	Klienten ska uppnå eget oberoende.

Med sin speciella historia har varaktigheten på relationerna aktualiserats tydligast i Växjö. Bostonmodellens variant av Case Management förutsätter att klienterna har behov av långvariga, nära relationer med ett rehabombud och att det ingår i rehabiliteringen att klienten blir beroende av ombudet i sitt vardagsliv. Av Socialstyrelsens meddelandeblad¹³⁰ framgår det däremot att de nya ombuden förväntas agera handlingsinriktat och har som uppdrag att finna andra stödinsatser att överföra klienten till. Klienten ska genom ombudets förmedlande arbete uppnå ett eget ökat inflytande över sin situation och därmed ett oberoende av ombudet. Detta betyder att PO Kronoberg som har både rehabombud och personliga ombud i sin verksamhet inrymmer två till en del åtskilda yrkesroller.

Ombudsverksamhetens organisering

I Blekinge län fick Vårdförbundet Blekinge i uppdrag av länets kommuner att driva ombudsverksamheten på entreprenad.¹³¹ Verksamheten består från och med 2005 av fyra tillsvidare anställda ombud, med en gemensam arbetsledare, Vårdförbundet Blekinges koordinator. Ombuden upplevde att de tillhör en sammanhållen arbetsgrupp där de har stöd av varandra och sin arbetsledare.

Ombudsverksamheterna skall ha en ledningsgrupp enligt direktiven i Socialstyrelsens meddelandeblad bestående av samverkanspartners, företrädare för kommunal socialtjänst, hälso- och sjukvård, arbetsförmedlingen, försäkringskassan etc.¹³² Personligt ombudsverksamheten i Blekinge har en ledningsgrupp bestående av representanter för länets samtliga kommuner, förvaltningschefen för psykiatri i Blekinge län, Arbetsförmedlingens chef i länet för AF rehab och utbildning, och en verksamhetsansvarig för rehabiliteringsfrågor på Försäkringskassan i Blekinge. Ombuden är alltid närvarande vid ledningsgruppens möten. Ledningsgruppen

¹³⁰ Socialstyrelsen 14/2000

¹³¹ Vårdförbundet Blekinge ägs av länets kommuner och är ett samverkansorgan kring länsövergripande frågor för kommunerna. Övriga verksamheter som leds av Vårdförbundet Blekinge är t ex familjerådgivning och länsövergripande utbildning.

¹³² Socialstyrelsen 14/2000

sammanträder två gånger per halvår och ser som sin uppgift att hjälpa ombuden att prioritera i arbetet, att öppna dörrar in i verksamheterna som har företrädare i ledningsgruppen.

Ledningsgruppsledamöternas ställningstaganden i Blekinge präglas av ett rättighetsperspektiv, där ledamöterna lägger tonvikt vid att vara till för medborgarna¹³³. Detta har varit betydelsefullt för hur ombuden och ledningsgruppen har utvecklat sitt samarbete kring olika strukturella barriärer, de så kallade systemfelen. Ledamöterna uttrycker ett starkt intresse för detta strukturella arbete – att systemfelen rapporteras, diskuteras igenom och att de åtgärdas på något sätt. Ledningsgruppen i Blekinge län har tagit egna initiativ till diskussioner med kringliggande samarbetspartners för att diskutera strukturella hinder för ombudens målgrupp och dessutom att som ledningsgrupp agera i ärenden med strukturella hinder.

I Kalmar län har kommunerna direktanställt ombud i ett lokalt samarbete mellan några grannkommuner. På Öland har Mörbylånga och Borgholms kommuner tillsammans anställt ett ombud. Oskarshamn, Högsby och Mönsterås kommuner har anställt två ombud tillsammans, Vimmerby, Västervik och Hultsfreds kommuner har anställt två ombud tillsammans och Nybro/Emmaboda kommuner har ett gemensamt ombud. Kalmar kommun har anställt två ombud själva. Från och med 2005 förstärktes verksamheten i Nybro, Emmaboda och Torsås kommuner genom att de tillsammans har två heltidsanställda ombud. Utöver detta har ytterligare ett ombud anställts i Nybro kommun. Ombuden i länet uppgav att de kände sig ensamma i sina roller och saknade arbetskamrater att ha stöd i arbetet av. Detta underströks av att flertalet ombud i Kalmar län upplevde ett sekretessdilemma i relation till sin egen arbetsledare. Ombuden upplevde att de inte kunde använda sin arbetsledare som diskussionspartner då arbetsledarna i de flesta fall hade egen kontakt med samma klienter i sina roller som enhetschefer för kommunal verksamhet.¹³⁴

Samtliga ombudsverksamheter har också bildat ledningsgrupper för ombudet eller ombuden lokalt. En övervägande del av ledamöterna har varit kommunrepresentanter. Svårast har varit att engagera företrädare för försäkringskassan och arbetsförmedlingen, och i några fall landstingets psykiatri. Öland, Nybro/Emmaboda och Högsby/Mönsterås/Oskarshamn har haft förvaltningscheferna med i ledningsgruppen. Ölands ledningsgrupp utmärks av att ha med politiker i form av socialnämndernas ordföranden. Ledningsgrupperna i Kalmar län gav intryck av att de ännu inte har funnit sin roll, och intervjuade personer uppgav att de förhöll sig sökande till hur ledningsgruppens funktion skulle utformas.

¹³³ Järkestig Berggren 2005

¹³⁴ Järkestig Berggren 2005

I Kronobergs län finns sedan tidigare erfarenheter av Case Management genom Växjö Rehabcenter som bildades 1994.¹³⁵ Tankarna bakom Växjö Rehabcenter var att samordna samhällets rehabiliteringsinsatser för människor med långvarig psykisk sjukdom. Länsarbetsnämnden, Försäkringskassan, Växjö kommun och Psykiatrienheten, Landstinget i Kronoberg, etablerade en ekonomisk och organisatorisk samverkan. Rehabombuden, två från varje organisation, var anställda av sin moderorganisation, men placerade på Växjö Rehabcenter. Genom case management, med rehabiliteringsideologi hämtad framförallt från den så kallade Bostonmodellen,¹³⁶ syftade projektet till att samordna insatserna för målgruppen. Case management innebar ideologiskt att människor med psykiska funktionshinder skulle erbjudas en samordnad rehabilitering.

I Kronobergs län beslutade samtliga kommuner att skapa en gemensam organisation för länet. Växjö Rehabcenter bedömdes ha värdefull erfarenhet och det gemensamma beslutet blev att placera de nya ombuden i Växjö Rehabcenter som därmed fick en förstärkning från åtta till tretton tjänster. Omsorgsförvaltningen i Växjö kommun, blev genom avtal arbetsgivare för samtliga nyanställda personliga ombud. Växjö Rehabcenter bytte namn till Personliga Ombud Kronoberg (här förkortad till PO Kronoberg). Detta betyder att PO Kronoberg är en verksamhet med två konstruktioner i sig, dels de ursprungliga rehabombudstjänsterna vilka har sina anställningar kvar i landstinget, Växjö kommun och Försäkringskassan, dels de nya ombuden som samtliga är anställda av omsorgsförvaltningen, Växjö kommun. Verksamheten har därför två budgetar och två separata avtal, ett för gamla Växjö Rehabcenter och ett för de nya ombuden.

PO Kronoberg har en verksamhetschef knuten till verksamheten. Tjänsten är delad i en halvtidsanställning som verksamhetschef och en halvtid som personligt ombud. Verksamhetschefen har till uppgift att se till att de beslut som fattas i styrgruppen genomförs. Verksamhetschefen ansvarar för utarbetande av budget och är föredragande i styrgruppen.

Även styrgruppen har funnits sedan Växjö Rehabcenters tid. I dag representeras Växjö kommun av chefen för handikappomsorgen och chefen för vuxenheten. Landstinget representeras av planeringschefen för psykiatri och försäkringskassan av en företrädare för den linje som riktar sig mot ohälsifrågor. Kommunerna väster om Växjö: Alvesta, Ljungby, Markaryd och Älmhult väljer en företrädare som växlar varje år, att föra deras talan. Likaså gör kommunerna öster om Växjö: Lessebo, Tingsryd och Uppvidinge. I styrgruppen ingår också en företrädare för intresseföreningen IFS (Schizofreniförbundet, intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser), en företrädare för IFSAP (Intresseföreningen för schizofreni och andra psykotiska tillstånd), och en företrädare för brukarföreningen RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa).

¹³⁵ Växjö Rehabcenter bytte 2003 namn till Personliga Ombud Kronoberg.

¹³⁶ Anthony et al 1990

Dessa tre representanter har full rätt att delta i diskussioner och lägga förslag, men får ej fatta beslut. Vid styrgruppens möte är ett ombud närvarande och PO Kronobergs verksamhetschef. Styrgruppen i PO Kronoberg har tydlig inriktning på styrning av verksamheten och utgör ett beslutande organ på ett mer uttalat sätt än de övriga ledningsgrupperna.¹³⁷ Ekonomiska frågor upptar stor plats eftersom styrgruppen beslutar om verksamhetens ekonomi, men också frågor kring systemfel diskuteras. Detta arbete bedrevs dock vid tiden för studien, i praktisk handling enbart av ombuden.

Klienterna

I detta avsnitt presenteras korta data kring klienterna som deltar i studien. I ett avsnitt diskuteras hur ombuden prioriterar bland presumtiva klienter och dilemma kring hur grupper som dubbeldiagnoser och neuropsykiatriska diagnoser ska betraktas, som uteslutningskriterier eller som prioriterad grupp. Avsnittet inleds med en diskussion och definition av begreppet psykiskt funktionshinder, vilket är det grundläggande kriteriet för att överhuvudtaget komma ifråga som klient till personligt ombud.

Begreppsförvirring - psykiskt funktionshinder

Det personliga ombudet är ombud för psykiskt funktionshindrade personer, som de kallas idag.¹³⁸ De har under historien fått många beteckningar och inte heller idag har begreppsförvirringen inom området minskat. Socialstyrelsen undersökte hur begreppen psykisk ohälsa, psykisk störning och psykisk sjukdom användes och kom fram till att skilda professioner, aktörer och forskare använder begreppen med skilda innebörder och dessutom på olika sätt.¹³⁹ Det finns alltså tre problem som gör detta område komplicerat att beträda: för det första att välja begrepp bland alla tänkbara, för det andra att definiera begreppet och för det tredje att hantera att orsakerna till psykisk sjukdom också aktualiseras via begreppsbyggnaden.

En historisk genomgång visar att begreppen har varierat över tid, begreppen varierar också i samtid beroende på sammanhang. I lagtext används idag t ex begreppet ”psykisk störning”, Psykiatriutredningen använde också begreppet ”psykiskt störda och psykiskt långtidssjuka vilket definieras som ”långvarig nedsättning av social funktionsförmåga till följd av psykisk störning”.¹⁴⁰ I texter från slutet av 1990-talet och framåt används ”psykiskt funktionshindrade”,¹⁴¹ vilken är

¹³⁷ Järkestig Berggren 2005

¹³⁸ Socialstyrelsen meddelandeblad 14/2000

¹³⁹ Socialstyrelsen 1997

¹⁴⁰ SOU 1992:73 s 116

¹⁴¹ Se exempelvis Printz 2001, Valfärdsutredningen SOU 2001:56

den beteckning som förekommer i Socialstyrelsens meddelandeblad¹⁴² som reglerar personligt ombuds verksamhet. Även i handikapppropositionen¹⁴³ från 2000 används begreppet ”psykiskt funktionshindrade”. Av detta kan utläsas att den officiella socialpolitiska benämningen nu är ”psykiskt funktionshindrade”.

Redan Psykiatriutredningen diskuterade handikappbegreppet och konstaterade att för psykiatrins patienter är diagnostiseringen en känslig fråga och att göra en handikappmarkering skulle ha uppfattats som att göra ett tillstånd stationärt och ofrånkomligt. Psykiatriutredningen säger dock också att i många fall måste konsekvenserna av en långvarig psykisk störning betraktas i ett handikapperspektiv.¹⁴⁴ Detta för vidare in på en diskussion om vad begreppen ”handikapp” och ”funktionshinder” innebär. Söder utvecklade 1987, ur en kritisk granskning av WHO:s modell för handikapp, en miljörelativ tolkning av handikappbegreppet. I denna tolkning är ”handikapp” inte en individuell egenskap utan något som uppstår i interaktionen mellan en individs egenskaper och omgivningens krav och förväntningar på individen. Handikappbegreppet är alltså inte tillämpligt på enskilda personer, utan snarare är det en kategori som personer rör sig in och ut ur beroende på kontextuella faktorer.¹⁴⁵ Begreppet funktionsnedsättning syftar enligt Söders miljörelativa modell på individuella egenskaper som gör att individen saknar förmåga att genomföra en aktivitet. Idag används ibland funktionshinder synonymt med ”handikapp” och ibland synonymt med ”funktionsnedsättning”. WHO har arbetat om sin handikappmodell från 1980, den gamla modellen kritiserades hårt av handikappforskare för att vara deterministisk och medicinskt inriktad.

Även den nya modellen har utsatts för samma typ av kritik, trots att de sociala dimensionerna tillmäts större vikt och att utvecklingsarbetet syftat till att närma modellen till det miljörelativa handikappbegreppet kvarstår det medicinska och individcentrerade perspektivet.¹⁴⁶ Brittiska forskare har redan på 1970-talet utvecklat en modell som i kritik mot de individ- och diagnosrelaterade tankefigurerna istället fokuserar miljöer som orsak till funktionshinder. Modellen anknyter till medborgerliga rättigheter och manar till strukturella förändringar av samhället snarare än individuell rehabilitering. Den sociala modellen (social model) som denna kallas, skiljer mellan egenskaper som kännetecknar kroppen (impairments) och funktionshinder (disability) i betydelsen bristande miljö.¹⁴⁷ Under senare år har både WHO:s modell ICF och den sociala modellen kritiserats av forskare¹⁴⁸ utifrån ett postmodernt perspektiv, för ambitionen att försöka åstadkomma en generell modell om funktionshinder som gör anspråk på sanning och att vara

¹⁴² Socialstyrelsen 14/2000

¹⁴³ Regeringens proposition 1999/2000:79

¹⁴⁴ SOU 1992:73 s 112

¹⁴⁵ Söder 1987

¹⁴⁶ Pfeiffer 2000, Barnes 2003

¹⁴⁷ Oliver 1996 Mike Oliver är frontalfigur i brittisk forskning för denna model.

¹⁴⁸ Se Shakespeare 2004 för en sammanställning och diskussion av kritiken.

universell, men bortser från att det är den lokala kontexten som ger innebörd åt begreppet funktionshinder. Shakespeare kritiserar den sociala modellen för dess oförmåga att fånga den personliga upplevelsen av funktionshinder och risken för att andra dimensioner av vikt för upplevelsen av funktionshinder såsom klass, kön och ras inte uppmärksammas¹⁴⁹. Han säger också att relationen mellan begreppen impairment och disability är oklart definierad och outvecklad. Kritik riktas också mot handikappmodellerna utifrån en feministisk ansats. Thomas försöker utveckla den sociala modellen att inbegripa det hon uppfattar som dess svagheter: att den osynliggör subjektet och genusdimensionen, vilken hon säger är en ordning som alltid är närvarande i de upplevelser som kan göra begreppet funktionshinder meningsfullt.¹⁵⁰

I svensk forskning från 2000-talet använder Markström i sin avhandling begreppen ”psykiskt sjuka” och ”psykiskt funktionshindrade”. Han gör en genomgång av den mängd begrepp som använts i forskning och offentliga utredningar.¹⁵¹ Topor använder i sin avhandling begreppet psykisk störning och anlägger ett perspektiv där han kritiserar kopplingen mellan sjukdom (organiska skador), funktionshinder (följder av sjukdomen) och handikapp (resultatet av mötet mellan funktionshindret och samhällets negativa bemötande och felaktigt planerade serviceutbud). Istället menar Topor att kunskapen om psykisk sjukdom inte kan avskiljas från den situation där den uppstår och att symtom också kan uppträda hos ”friska” människor om de tvingas leva under specifika förhållanden. Vidare skriver Topor att det problematiska med handikappdiskursen i förhållande till de människor som möter psykiatrin är att psykiska problem betraktas som kroniska vilka följer ett ”naturalförlopp” i en sjukdom. Han vill istället betrakta dem som resultatet av en social interaktion och poängen med hans avhandling är just att undersöka de faktorer som bidrar till att många människor återhämtar sig från psykisk sjukdom och kan leva ett självständigt liv.¹⁵²

Barron et al gör en åtskillnad mellan administrativa definitioner som syftar på den grupp som får tillgång till specifik service som är avsedd för gruppen och definitioner som tar utgångspunkt från personliga störningar. Forskarnas poäng med att göra åtskillnad mellan dessa definitionstyper är att tydliggöra att den grupp som diskuteras med administrativa definitioner i offentliga utredningar och forskning om funktionshindrades situation är betydligt mindre än den grupp som definieras utifrån personliga störningar. De tar ett exempel på personer med svag begåvning som är fler än den grupp av personer som tillhör personkretsen i LSS.¹⁵³ Med ovanstående resonemang är psykisk störning ett exempel på en definition som utgår från individuella symtom och psykiskt funktionshindrade exem-

¹⁴⁹ Shakespeare 2004

¹⁵⁰ Thomas1999

¹⁵¹ Markström 2003 sid 21

¹⁵² Topor 2001

¹⁵³ Barron, Michaliakis & Söder 2000 i SOU 2000:38

pel på en administrativ avgränsning då begreppet används för personer med behov av stöd från samhället p g a sitt funktionshinder. Alla människor som har en psykisk störning blir inte funktionshindrade.

I denna studie används huvudsakligen begreppet ”psykiskt funktionshinder” som en administrativ avgränsning, främst av den anledning att den grupp som kommer i åtnjutande av personligt ombud är en begränsad grupp av människor. De människor som har rätt till personligt ombud är de som har resttillstånd efter sin sjukdom och därmed har funktionsnedsättningar, det vill säga de är en liten grupp av alla som någon gång i livet har en psykisk sjukdom. Jag definierar i detta sammanhang funktionshinder som mötet mellan individens egenskaper och omgivningens negativa förväntningar och dåligt anpassade krav på individen.

Den administrativa definitionen på vilka som kan bli klienter till personliga ombud beskriver att personen ska vara myndig och ha ett funktionshinder som innebär ett omfattande och långvarigt socialt handikapp vilket ska medföra stora hinder för vardagslivet. Personen ska också ha komplexa behov av vård, stöd och service, som medför behov av kontakter med flera samhällsinstanser: socialtjänst, primärvård och den specialiserade psykiatrin. Det ska inte vara krav på att personen ska ha en diagnos. Personligt ombud ska också vara möjligt att få som insats för personer som finns på hem för vård eller boende och även för personer med psykiska funktionshinder och missbruk.¹⁵⁴

Klienterna i studien

I studien har tjugotre klienter medverkat, ungefär lika många kvinnor som män. Flertalet har en ännu inte helt avslutad kontakt med sitt ombud och de flesta har haft kontakt med ombudet under ett års tid. Fyra klienter har erfarenheter av att ha bytt ombud, varav en person flera gånger. Dessa klienter har haft långvariga kontakter med rehabombud, den längsta kontakten är tio år. Klienternas ålder varierar från tjugo år upp till sextio även om de flesta är mellan trettio och femtio. De allra flesta klienterna bor i lägenhet, medan två bor i villa. Två klienter bor i särskilt boende och en klient har inte en permanent bostad. Endast två bor tillsammans med en partner, medan ungefär hälften har barn, varav endast en har barn under 18 år. De flesta klienterna som jag har intervjuat har mångårig erfarenhet av att vara patienter i psykiatrisk verksamhet, flera som intagna på avdelning, men också några företrädesvis yngre, endast som patienter i öppenvård. Ett flertal har också erfarenheter av kontakter med sin kommuns socialtjänst, gällande frågor om ekonomiskt bistånd, stöd i hemmet eller daglig verksamhet. Ingen har idag arbete på den öppna arbetsmarknaden, men flera studerar, någon deltar i arbetsrehabilitering genom försäkringskassan eller kommunen. Några personer deltar regelbundet i kommunalt anordnad verksamhet för psykiskt funktionshindrade personer. Flertalet har sjukersättning eller om de är yngre, aktivitetsersätt-

¹⁵⁴ Socialstyrelsen 14/2000

ning från försäkringskassan. Ett par personer har haft ekonomiskt bistånd som försörjning under mer än ett halvår. En intervjuperson saknar ordnad försörjning.

I de empiriska avsnitten analyseras relationerna mellan ombud och klient och här kan noteras att klienternas berättelser om relationen till ombud överlag är mer känslomässigt färgade, vilket antyder att relationen till ombuden är känslomässigt viktig. Ombudens skildringar har däremot en mer neutral ton.

Genus har inte varit i fokus för denna studie men i klienternas berättelser finns en dimension av genus när de berättar om sig själva och kontakten med ombudet. En kvinna berättar t ex om hur hon upplever att hon har kunnat dela erfarenheter av moderskap med ombudet som också är kvinna och har barn i ungefär samma ålder. I ombudens skildringar däremot är genus huvudsakligen frånvarande. Det kan tolkas som att de personer som söker hjälp av personligt ombud i denna kontakt till viss del avklädes sina personliga attribut, av vilka genus är ett.

Ombuden kallar de som söker hjälp ”klienter”. ”Klientbegreppet kommer ursprungligen från romarriket och beskriver en fri man som är beroende av en rik man (patron). Frigivna slavar blev klienter till sina forna herrar. Patronen företrädde sin klient i rätten och försörjde honom (sportula). Klientens uppgift i gengäld var att visa speciell aktning för sin patron genom att komma till honom varje morgon (salutatio) och i övrigt hjälpa honom i det dagliga livet.¹⁵⁵ Klein beskriver ”klient” som en som lutar sig mot en annan.¹⁵⁶ I båda dessa förklaringar framgår att klienten är underlägsen och beroende i relationen. Ombudens benämning ”klient” ger en antydning om att relationen mellan ombud och klient innebär att den som är klient innehar en beroendeposition. Den andra intressanta aspekten med klientskapet som existerade i antika Rom är att det också hade en rättslig betydelse där klient och patron inte kunde vittna mot varandra inför rätten. Ombud och klienter har inte någon sådan rättslig reglering, men klienterna har tydligt beskrivit att de förväntar sig av ombuden att de ska ta deras parti gentemot myndigheter och att ombuden också gör det.

Jag har för tydlighetens skull, valt att använda ombudens begrepp ”klient” för de personer som söker och får hjälp av ombuden. När samma personer förekommer i andra sammanhang använder jag ”brukare” eller ”personer med psykiska funktionshinder”. I nästa avsnitt beskrivs hur individer blir klienter hos personliga ombud och vilka avvägningar ombuden gör i denna process.

Att bli klient hos personligt ombud

När de nya verksamheterna startade, hur hittade då de personer som blev klienter i verksamheterna dit? En annan intressant fråga är hur ombuden eller ombudsverksamheten väljer ut sina klienter. Det är i sammanhanget relevant att påminna om att denna studie är genomförd i inledningsskedet eller uppbyggnadsfasen av

¹⁵⁵ Encyclopædia Britannica 1991 band 3, s 384

¹⁵⁶ Klein 1971

ombudsverksamheterna (med undantag för PO Kronoberg som har en historia i Växjö Rehabcenter) vilket starkt påverkat både hur klienterna kommer till ombuden och hur ombuden väljer ut sina klienter.

Flertalet av de klienter jag har intervjuat berättar att de har blivit uppmanade av någon myndighetsperson att ta kontakt med personligt ombud.¹⁵⁷ Ibland har denna myndighetsperson också aktivt sammanfört klient och ombud. Endast ett fåtal hade då någon kunskap om att personligt ombud existerade eller vad det var för verksamhet. Ett par ledningsgruppsledamöter har givit uttryck för att de aktivt har förmedlat kontakt mellan klient och ombud för att ge ombudsverksamheten en start i början. Några klienter har sökt sig till ombuden därför att ombuden har haft sitt kontor och befunnit sig i samma lokaler som den blivande klienten och klienten har därmed lärt känna ombudet innan man tog steget att be om hjälp.

Jag visste ju att det fanns ett personligt ombud genom kontaktgruppen då... Hon kom ju bit då (till kontaktgruppen). Hon är ju här ibland. (Klient 19)

I det första inledande skedet uppger ombuden i Kalmar och Blekinge län att de åtog sig de klienter som sökte upp dem. De var mycket restriktiva med att säga nej till någon. Syftet med detta var att ”komma igång” med det praktiska arbetet – att vara ombud:

Det är inte riktigt klart än hur vi ska kunna gallra, för hittills har det ju varit så att vi har tagit oss an alla, även fast det varit gränsfall. Eller sådana som kanske har varit lite för friska eller där det dominanta varit missbruket och inte det psykiska. Men vi har kunnat det för vi har haft tid och då har vi tyckt att istället för att sitta och rulla tummarna så tar vi oss an dem som kontaktar oss och så får vi ju en erfarenhet i alla fall. (Ombud 6)

Hur går då processen till när någon blir klient i en ombudsverksamhet? Detta har under den tid som denna studie genomfördes gått till på olika sätt i de tre länen. Blekinge läns verksamhet har anammat en riktlinje att två ombud tillsammans ska träffa en person som söker hjälp i syfte att dels skapa en större säkerhet för ombudet och dels för att kunna avgöra tillsammans om den som söker tillhör målgruppen.

I Kalmar län träffar ombuden i de flesta fall personen själv för att avgöra om det är en blivande klient, utom i de verksamheter som har två ombud. Där uppger ombuden att de oftast träffar nya personer tillsammans. I både Kalmar län

¹⁵⁷ I Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) pekar man på kommunernas ansvar för uppsökande verksamhet och föreslår återkommande kartläggningar av psykiskt funktionshindrade personers behov. Här förs också en diskussion om att uppsökande verksamhet kan vara en arbetsuppgift för personligt ombud. Vid den tidpunkt då studien genomfördes diskuterades i flera ombudsverksamheter hur det uppsökande verksamheten skulle gå till, men den hade ännu inte formats i praktisk handling eller i strategi för hur detta skulle gå till. Av denna anledning diskuteras inte vidare ombudens uppsökande funktion här.

och Blekinge län uppger ombuden att de vänder sig till ledningsgruppen för vägledning när de själva är osäkra på om det är ett ärende för verksamheten. De ombud som har en ledningsgrupp med brukarföreträdare använder dock inte ledningsgruppen för att diskutera enskilda individer. De upplever där ett sekretessproblem då individen i många fall är känd av brukarföreträdaren. Ombuden i dessa verksamheter uppger istället att de föredrar att diskutera prioritering med sin handledare eller arbetsledning enskilt.

I Kronobergs län finns det två förfaranden för att anta nya klienter. Det gamla sättet att välja ut klienter innebär en fastlagd struktur som bygger på att klienten söker själv eller remitteras till verksamheten via psykiatrin, läkare eller myndigheter. Ansökan eller remisser tas omhand av den som är ansvarig för nyanmälningar. Detta rehabombud träffar då den person som har sökt, informerar om verksamheten och försöker skapa sig en bild av vad personen vill ha hjälp med. Personalgruppen fattar sedan ett gemensamt beslut och om personen då accepteras som klient ställs denna person på väntelistan. Detta gäller presumtiva klienter i Växjö kommun. I den nya ombudsverksamheten i PO Kronoberg för de andra kommunerna, träffar ombudet som ansvarar för den aktuella kommunen personen som söker och diskuterar därefter med personalgruppen i sin helhet. I dessa kommuner fanns vid denna tid inte heller väntelistor.

Prioriteringar och avgränsningskriterier

Allteftersom personligt ombud blivit en mer känd verksamhet har fler presumtiva klienter sökt sig dit. Det finns därför anledning att anta att ombuden måste överge den inledande strategin att hjälpa alla som söker sig till dem och istället tvingas börja prioritera och upprätta avgränsningskriterier. Ombuden i de tre länen pekar ut få tydliga avgränsningskriterier. Psykisk utvecklingsstörning har dock i flertalet verksamheter varit ett sådant från början. Denna grupp betraktas som tydligt avgränsad från målgruppen sådan den beskrivs i riktlinjerna. Ombuden beskriver i övrigt att det är svårt att avgöra inledningsvis om personen tillhör målgruppen eller inte. Ett ombud säger:

Men nu när vi fått mer och mer så känner vi ju att nu måste vi gallra lite mer och liksom prioritera. Det tycker jag är jättesvårt för ofta får man inte en klar bild vid första träffen utan det kan ta två-tre gånger, ibland ännu längre tid innan det visar sig vilka de egentliga problemen är.../ Och när man väl träffats två-tre gånger då är det svårt att säga nej, jag kan inte hjälpa dig du låter för frisk eller du får söka dig dit eller dit istället, då har de berättat sitt livs historia och man har gjort ett par hembesök och det är svårt. (Ombud 6)

Ett annat ombud uttrycker också att det kan vara svårt att avgöra om personen borde vara en klient till ombudet eller inte. Ombudet har därför tillsammans med kollegor utarbetat en metod för att sortera klienter som innebär att klienterna i ett första steg sorterar sig själva:

Om personen tillhör målgruppen. Det kan vi ju aldrig veta riktigt, i och med att man inte behöver uppge, man behöver inte säga att man har någon diagnos, så vi har ju gjort broschyrer där vi har skrivit precis vilka vi är till för och där står ju att vi är till för personer med psykiskt funktionshinder långvarigt bakåt och framåt i tiden. När någon ringer till oss och söker vår hjälp så brukar vi alltid fråga om de har läst broschyren och har de gjort det då och de tycker att det stämmer in på dem, då har de själva uppfattat att de har psykiskt funktionshinder... Då är det ett litet test tycker vi då va. Och sen har vi förtydligat att vi är till för personer som har det... Vi försöker att hitta rätt så att säga, men blir det fel, om man på något sätt åtar sig någon som man upptäcker sedan inte tillhör målgruppen, så resonerar jag lite, so what.. Då tycker jag det är helt okej, kan vi hjälpa den här människan så är väl det okej, kan jag känna. (Ombud 17)

Ombudet ger också ovan uttryck för att det inte är något större problem om det händer att ”fel” personer får hjälp. Det kan eventuellt förklaras av de kriterier som ledningsgruppen fastställt som prioriteringsordning för nya klienter. De personer som stämmer in på Socialstyrelsens kriterier och som dessutom uppfyller följande ska betraktas som akuta ärenden. Högt prioriterade grupper är bostadslösa personer, personer under 30 år och familjer med barn. Detta är som synes en relativt bred avgränsning som utmärks av ett fokus på sociala problem som hemlöshet. Uteslutningskriterierna som samma ledningsgrupp har antagit är asylsökande, personer med neuropsykiatriska funktionshinder samt en viss restriktivitet kring det man kallar ”dubbeldiagnoser”, d v s personer som förutom psykisk sjukdom också har ett missbruk. Här ger dock ombudet uttryck för en svårighet att helt säga nej:

Alltså personer med dubbeldiagnoser försöker vi hjälpa också, de har ju alltid ramlat mellan stolarna. Skulle vi också bli en instans som säger nej, vi hjälper inte er, då kan man ju undra varför vi finns, om vi inte hjälper dem som alla andra också säger att de inte hjälper. (Ombud 17)

En annan ledningsgrupp prioriterar också unga personer med tillägget att det ska vara personer som riskerar att få långvariga psykiska funktionshinder. Ett ombud beskriver en sådan prioriterad person:

Är man född -83 och precis nyinsjuknad och det är lite kaotiskt runt om en och man har varit inlagd och det inte finns någonting utanför, man lutar inte på en jäkel och man kanske kommer ner här med mamma eller pappa, då är det en högt prioriterad person. (Ombud 24)

Denna beskrivning lägger visst fokus på ungdom och tydlig sjukdomsbild som skäl för prioritering, men ombudet talar också om ett visst ”kaos runt om”, vilket jag tolkar som att det kan relatera till sociala problem. Denna ledningsgrupp lägger dock ett tydligare fokus på den psykiska sjukdomen än den tidigare ledningsgruppen gjorde, som prioriterade utifrån sociala problem och familjeförhållanden. Detta fokus på diagnoser kommer åter i uteslutningskriterierna i verksamheten,

vilka är diagnoser: aspergers syndrom och autism samt neuropsykiatriska diagnoser.

De formella kriterierna varierar alltså mellan verksamheterna. Ombud beskriver dock också att de lär sig av sina erfarenheter av klienter. De har upptäckt en del problem som de inte kan hantera eller inte kan göra något åt:

Jag har haft någon där man ser att klienten alltså kan uttrycka sig väl i både tal och skrift och driva frågor för sin egen del, där man känner att jag skulle inte kunna göra det bättre själv. Sedan är det väl kanske resultatet som klienten är missnöjd med, kanske att det är lagstadgade grejer som faktiskt inte ett ombud kan ändra på, som lite av rättshaverist, då har jag sagt nej. För det handlar om att jag ska ändra lagar och paragrafer och det kan jag inte göra. Och sedan där det har varit missbruk, där missbruket har varit det dominerande problemet, där man kanske inte har haft någon kontakt med psykiatrin överhuvudtaget och man ser att det är mer sociala bitar. (Ombud 1)

Detta ombud uttalar här också att personer med missbruksproblem som inte tydligt har psykiska problem också faller utanför ansvarsområdet. Ombudet kommer här in på gruppen personer som har både psykiska problem och missbruksproblem, så kallade ”dubbeldiagnoser”.

Avgränsning eller prioritering – dubbeldiagnos

Ombudet i stycket ovan uttrycker en stor tveksamhet inför att arbeta med klienter som har missbruk av alkohol eller narkotika. Ombudet har innan berättat om ett av sina första ärenden med en klient som missbrukade alkohol och utsatte ombudet för obehagliga och hotfulla situationer:

Där kände jag att vad gör jag med min egen säkerhet och vad utsätter jag mig för som ombud att åka 2,5 mil rakt ut i skogen. Ingen vet var jag är, ingen saknar mig. Alltså jag har ingen... dom därbemma saknar mig så småningom... Men alltså på min arbetsplats. Det började bubbla massor i huvudet på mig. När det här uppkom...jag har aldrig i mitt liv jobbat med missbrukare. Är jag kompetent att ta hand om detta? Vad kan jag göra? (Ombud 1)

Ombudet som uttrycker detta arbetar ensam i sin verksamhet och har inte någon person som kan följa med i riskfyllda situationer. Ombudet har inte ens någon som vet vilka uppdrag hon är ute på och kan efterfråga henne. Inte heller har ombudet erfarenheter av att arbeta med personer i aktivt missbruk och anser att hon inte har kompetens att kunna göra något för denna grupp. Ombudet betraktar därför missbruk av alkohol eller narkotika som starka skäl att inte ta sig an personen. Ett annat ombud som har en kollega och dessutom erfarenheter av att arbeta med personer som har ett missbruk vill tvärtom gärna arbeta med denna grupp. Problemet är snarast att hon upplever att ombudsverksamheten används felaktigt som avlastning av socialtjänstens missbruksenhet:

Jag har ju jobbat rätt mycket med missbrukare, det har ju fallit sig så, att nu har de börjat anlita oss nästan från soc, det har blivit lite fel så kanske, med de är väl överbelastade där.. det ska vi ta itu med sedan. Så nu har jag tre- fyra stycken klienter från soc med missbruk och psykiska problem. (Ombud 6)

Personer med psykiskt funktionshinder och missbruk nämns speciellt i riktlinjerna över de grupper som ska ha möjlighet att få stöd av personligt ombud. De får därmed betraktas som en prioriterad grupp enligt riktlinjerna, men det är tydligt att trots denna prioritering upplever flera ombud att deras begränsade resurser, erfarenhet och kunskaper om hur man kan hjälpa denna grupp ställer hinder i vägen och blir ett avgränsningskriterium. Socialstyrelsen uttrycker också denna dubbelhet då projektgruppen konstaterar i sin slutrapport att individer med dubbel diagnoser fortsatt bör prioriteras, men att denna grupp kräver ytterligare resurser än de ombudsverksamheterna i nuläget kan erbjuda.¹⁵⁸

En annan grupp som ombud och ledningsgrupper har diskuterat och än behandlat som prioriterad grupp, än som ett avgränsningskriterium är unga vuxna med neuropsykiatriska diagnoser:

Avgränsning eller prioritering – neuropsykiatriska diagnoser

Ombuden har i samtliga tre län, mött en hel del förfrågningar om stöd och hjälp till unga vuxna som har en svår social situation, vilken innebär att de inte har kontakt med arbetsmarknaden eller deltar i utbildning. De saknar försörjning och i flera fall dessutom egen bostad. Ett större antal av dessa unga vuxna har också en neuropsykiatrisk diagnos. Ledningsgrupperna i Blekinge och Kronobergs län, samt några ledningsgrupper i Kalmar län har uteslutit personer med neuropsykiatriska diagnoser ur ombudsverksamheten. Övriga ledningsgrupper i Kalmar län har hållit sig avvaktande till denna grupp och väntar med att göra avgränsningar tills man ser hur det utvecklar sig. Anledningen till att gruppen har uteslutits beskrivs vara: för det första att personer med neuropsykiatriska diagnoser inte var aktuella som målgrupp i Psykiatriutredningen, för det andra att det är en stor grupp att arbeta med som helt kan sluka upp ombudens tid och för det tredje att ombuden ändå inte har möjlighet att hjälpa, som en kommunledamot i en ledningsgrupp uttrycker det:

Även om de hade fått ett ombud så hade de haft det svårt att ta sig fram i psykiatri och kommunal verksamhet, för det finns liksom väldigt dåligt underbyggt för den gruppen och vi jobbar med det liksom, så jag tror att de hade slukats upp i det. (Ledningsgruppsledamot från en kommun 27)

Den aktuella kommunen anser sig inte för närvarande ha några insatser utformade för denna grupp av unga vuxna och därför skulle inte ombuden kunna hjälpa dem. Det finns inga riktade insatser att förmedla till klienter. Att utesluta gruppen

¹⁵⁸ Socialstyrelsen 2005

helt uppfattas dock inte som ett bekvämt beslut av ombuden i verksamheten. Flera ledamöter och ombud uttrycker svårigheter med det. Ett ombud säger:

Eftersom vi har jobbat lång tid inom psykiatrin så vet vi ju att vi har mött de här personerna många gånger förr i psykiatrin, fast då som en personlighetsstörning, borderline, alltså med en annan diagnos, och med den diagnosen hade de tillhört oss, men när de nu är omdiagnostiserade så tillhör de inte oss. (Ombud 17)

Ombudet här beskriver hur en psykiatrisk diagnos är inkluderande i målgruppen och en annan exkluderande och att det kan handla om samma person. Detta skapar ett etiskt dilemma för ombudet som ser att behovet av stöd kvarstår. Dessutom uttrycker både någon ledamot och något ombud att just denna grupp knappast existerade när Psykiatriutredningen gjordes. Denna diagnosgrupp (neuropsykiatriska diagnoser) har psykiatrin kategoriserat som en särskild diagnosgrupp först under andra halvan av 1990-talet. Ledningsgruppen i Blekinge län har försökt att lösa dilemmat med att skapa en struktur för hur personer med neuropsykiatriska diagnoser skall slussas vidare från ombuden. Ledamöterna i ledningsgruppen har givits ansvaret att ordna stödet i respektive kommun.

Det finns alltså svårigheter med hur man ska betrakta denna stora grupp, företrädesvis unga med diffusa men allvarliga symtom på psykisk ohälsa, som söker ombudens hjälp. Idag har ledningsgrupperna i Blekinge och Kronobergs län utvidgat den prioriterade gruppen. Nu inkluderas unga personer med psykiska symtom som riskerar att utveckla långvariga psykiska funktionshinder. Detta har skett eftersom ombuden erfar att antalet unga människor som söker deras hjälp har ökat.

Detta väcker frågan: Är det ungdomar och unga vuxna med hjälpbehov som ökar, eller är det antalet ungdomar och unga vuxna som inte kommer in på arbetsmarknaden eller får tillträde till utbildning och därmed riskerar att marginaliseras, som ökar?

Stöd för uppfattningen att antalet barn, ungdomar och unga vuxna med hjälpbehov har ökat bekräftas av forskning. Tideman visar i sin avhandling att antalet barn och ungdomar som skrivs in i särskolan har ökat under 1990-talet. Han kommer fram till att detta beror på ekonomiska åtstramningar i offentlig sektor och här specifikt i skolan. När det generella systemets stöd minskar leder det till ett ökat behov av särskilda insatser och att fler personer kategoriseras som handikappade.¹⁵⁹

Det finns också forskning som visar på tendenser att unga vuxna idag lever i en större utsatthet med en över tid ökad risk för marginalisering. Salonen visar att andelen ungdomar i åldrarna 19–20 år som varken studerar eller arbetar har ökat från 10 procent till 20 procent på tio år och andelen 19–20-åringar med arbete har totalt minskat från 64 procent för tio år sedan till 32 procent 2003. Andelen långtidsarbetslösa ungdomar har trendmässigt ökat under den studerade tjugoårs-

¹⁵⁹ Tideman 2000b

perioden.¹⁶⁰ Ombudens observationer pekar på dessa tendenser i samhällsutvecklingen: Ungdomar idag lever i en ökad utsatthet och risk för att bli marginaliserade och hänvisade till offentliga bidrags- och aktiveringsåtgärder.

I följande kapitel analyseras hur ombuden förstår klienternas problem, vilket är en central fråga då klienternas problem ska utgöra ombudens arbetsuppgifter.

¹⁶⁰ Salonen 2003

5 Konstruktionen av en problematik

Detta kapitel beskriver hur de personliga ombuden förstår klienternas problem och därmed sitt uppdrag. I analysen diskuteras de kontrasterande problembeskrivningar som framträder av hur klienternas problem kan beskrivas. Eftersom personligt ombuds funktion och yrkesroll utvecklas i interaktion med det omgivande samhället är klienter och andra yrkeskategorier och förhållanden medskapare i de roller av ombudet som framträder. Ombuden själva beskriver att viktigast för vad deras arbete utvecklas till är de problem som de uppfattar att klienterna önskar få deras hjälp med. Detta kapitel ska ses som ett kapitel som ramar in yrkesrollen personligt ombud och strukturerar de tre följande kapitlen. Jag ska visa att det framförallt är tre problemområden som lyfts i mina intervjuer. De bildar de teman som jag kommer att fördjupa - teoretiskt och empiriskt - kring yrkesrollen.

Klienternas problem – två bilder

Ombudets arbetssätt ska enligt Socialstyrelsens meddelandeblad styras av de problem klienten önskar få hjälp med. När klientens behov och önskemål utgör utgångspunkten för arbetet är det därför viktigt att veta vilka problem som klienterna har för att förstå innehållet i ombudets arbete. Just frågan om vad som är klienternas problem visar sig vara en fråga som kräver en mer djupgående analys av materialet. Det visar sig finnas en tydlig skillnad mellan ombudens retorik om klienternas problematik å ena sidan och ombudens skildringar om vad de gör för och tillsammans med sina klienter å den andra.

Ombuden rör sig inom ett område där den medicinska praktiken i psykiatrisk sjukvård möter en social praktik i kommunernas socialtjänst. Ombuden har i regel sedan tidigare arbetslivserfarenheter från någon av dessa verksamheter, men som personligt ombud saknar de givna förebilder och måste tillägna sig ett språk och talesätt för sin uppgift. Det talesätt som ombuden uttrycker i sitt tal om klienternas problem är starkt influerat av ett sjukdomstolkande och individualiserande medicinskt perspektiv. Följande uttalande av ett ombud får illustrera detta förhållande:

De har problem med symtom på psykisk sjukdom som ställer till det i vardagen (Ombud 25).

Citatet tolkar jag så att ombudet anser att de problem som klienten upplever i sin vardag är orsakade av symtom på psykisk sjukdom. Detta förklaringsätt kommer också till uttryck i förhållande till klientens ekonomi:

Individen har svårigheter att hantera sin ekonomi.(Ombud 15)

Ekonomi... det är ofta det de har problem med, i och med att de är så här pass sjuka och misstänksamma så blir det ännu mer stressande. (Ombud 18)

Det första citatet får förtydliga hur klientens problem förstås som en individuell problematik. Klienten kan inte hantera de medel han har och problemet betraktas som individens bristande förmåga. Det andra citatet lägger tonvikten på sjukdomens symtom och uttrycker dels att ombudet uppfattar att ekonomi är ett problem för personer med psykisk sjukdom och dels att ombudet betraktar sjukdomen som en orsak till svårigheterna som individen har. De ekonomiska svårigheterna blir symtom på psykisk sjukdom.

Även problem i interaktionen med myndighetspersoner kan tolkas som orsakade av psykisk sjukdom. Ombudet lägger problemet hos individen och förklarar tillkortakommanden som en följd av sjukdom:

*”Det är just myndighetsbiten som är svår för de här människorna, att ta kontakt och ringa, och de drar sig för det, .. ja de är inte så starka att de klarar det riktigt.
(Ombud 8)*

Klientens konstitution betraktas här som orsaken till att han eller hon inte tar kontakt med myndigheter. Citatet antyder, utöver denna koppling mellan konstitution och interaktion med myndigheter, också att det krävs en viss ”styrka” för att ta kontakt med myndigheter. Detta uttryck antyder att ombudet förutsätter att den som söker kontakt med myndigheter måste ha hälsa för att kunna lägga tillräcklig energi på kommunikationen.

I talet förvandlar ombuden symtomen på psykisk sjukdom till egenskaper hos individer och förlägger misslyckanden i interaktion med myndigheter till den enskilde individen. Fokus flyttas från interaktionen mellan två parter till den enskilde. Processer som ingriper flera parter eller har strukturella aspekter förenklas och förminskas till en individuell nivå.

Samtliga citat ovan ligger inom vad många forskare talar om som en medicinsk modell. Jag använder mig av begreppet diskurs för att tydliggöra att en tankemodell eller föreställning skapas och utvecklas genom språket.

Den medicinska problematiseringen – individualisering

Conrad och Schneider skriver att kärnan i den medicinska modellen består av att avvikande beteende förklaras av sjukdom och är kopplat till individen.¹⁶¹ De hävdar att även om rötterna i att tolka avvikande beteende som sjukdom står att finna i det antika Grekland hos Hippokrates så har den medicinska modellen vunnit tolkningsföreträde i västvärlden först under de sista två århundradena.¹⁶²

¹⁶¹ Conrad & Schneider 1992 sid 38

¹⁶² Conrad & Schneider 1992 sid 40

Conrad och Schneider visar också med hjälp av Dunham att den medicinska modellens tolkning av mänskliga problem expanderat sedan 1970-talet mycket på grund av den sektoriserade psykiatrin.¹⁶³ Dunham hävdar att den medicinska modellen inte längre används bara för att definiera tillstånd som traditionellt betraktats som mentalsjukdom, utan också för att förklara alkoholism, barns skol- och beteendeproblem, ungdomsbrottslighet, samlevnadsproblem, arbetslöshet och åldrande.

Conrad och Schneider visar vidare att mentalsjukdomens orsak har placerats i olika organ vid olika tider. Den första förklaringen gavs av Hippokrates som ansåg att orsaken var obalans i kroppsvätskorna. Murphy beskriver att den medicinska modellens förklaring till mentalsjukdom idag är situerad i hjärnan och till skador på hjärnan, vilka orsakar psykisk sjukdom.¹⁶⁴

Enligt ett konstruktionistiskt sätt att betrakta en medicinsk modell uppstår den genom språket. Genom att individer kommunicerar så utvecklas, sprids och utbyts tankar och kunskaper. I språket uttrycks vad man kan tala om, hur man får tala och vem som har rätt att tala. Språket är uppdelat i talordningar, diskurser, som säger något om vad som är kulturellt acceptabelt som "sant" eller trovärdigt.¹⁶⁵ Diskursen refererar till en uppsättning av fraser, metaforer, bilder, berättelser och så vidare, som alla tillsammans producerar en speciell version av en företeelse eller person. Diskursen presenterar en företeelse på ett visst sätt.¹⁶⁶ Parker sammanfattar kort diskurser som "ett system av påståenden som konstruerar ett objekt".¹⁶⁷ Det innebär att andra sätt att tala om samma företeelse utsluts. Diskursen kan därmed tydliggöra vad som inte sägs eller är möjligt att säga i en viss kontext.

Diskursen centreras kring en central kärna eller en "nodalpunkt" kring vilken andra begrepp i modellen formar sig och relaterar sig till.¹⁶⁸ Winther Jørgensen och Phillips talar om en medicinsk diskurs. I den medicinska diskursen är "kroppen" en sådan nodalpunkt. Runt denna formas andra begrepp som diagnos, behandling, bot och symtom och får sina betydelser just genom att relateras till nodalpunkten "kroppen". Vidare byggs den medicinska diskursen upp på att krop-

¹⁶³ Conrad & Schneider 1992 sid 69, Dunham 1976. Sektoriseringen innebar att den psykiatriska verksamheten skulle organiseras som öppenvårdsenheter med ansvar för lokalsamhällets befolkning. Den medicinska modellens utbredning står dock i strid med de tankar som låg bakom sektoriseringen som sade sig vila på en "humanistisk människosyn" och "en syn på psykiska sjukdomar som begripliga reaktioner i en outhärdlig situation inom individen och/eller inom familjen och/eller inom samhället" Citat från Eliasson & Nygren 1981 sid 26.

¹⁶⁴ Murphy 2001. Till vetenskaper som använder sig av denna ontologi räknar Murphy neurovetenskap, biokemi och farmakologi.

¹⁶⁵ Börjesson 2003 sid 21 ff

¹⁶⁶ Burr 1995 sid 48 f, Winther Jørgensen & Phillips 2002 sid 1

¹⁶⁷ Parker 1992 sid 5

¹⁶⁸ Winther Jørgensen & Phillips 2002 s 26 ff

pen antas bestå av flera beståndsdelar och att orsakerna till sjukdom är lokala.¹⁶⁹ Den medicinska diskursen, som jag tolkar den, utmärks av att den individualiserar både problemen och deras lösning: problemet förläggs till individen som betraktas som sjuk eller skadad i biologisk mening.¹⁷⁰ Lösningarna på problemen sker därför genom interventioner i individen, t ex genom medicinering, träning av kropp och psyke eller genom att uppnå insikter om sig själv i samtalsterapi. I denna medicinska diskurs utgörs den centrala punkten av en intraindividuell nivå, närmare bestämt hjärnan.¹⁷¹

Den medicinska diskursen kommer till uttryck genom ombudens tal om klienternas problem när ombuden beskriver problemen som en individuell problematik. Det är enligt denna diskurs klienternas symtom på psykisk sjukdom som förhindrar ett normalt vardagsliv, som orsakar svårigheterna att hantera ekonomin och svårigheterna med kommunikation, framförallt i kontakten med myndigheter. Dessa problem uttrycks i talet som något slags ”sociala symtom” på den psykiska sjukdomen. Därigenom förskjuts andra förklaringar och förståelser av individens problem till bakgrunden.

Den medicinska diskursens dominans i professionella föreställningar och vardagligt tal döljer och utesluter andra alternativa diskurser. Laclau och Mouffe använder sig av begreppet diskursiva fält för att tydliggöra att den rådande diskursen utesluter andra sätt att konstruera innebörder.¹⁷² Chouliaraki och Fairclough talar om ett begränsat antal diskurser som kämpar om utrymme på samma diskursiva fält.¹⁷³ En sådan alternativ diskurs som utmanar den medicinska diskursen om tolkningsföreträdare, men samtidigt för närvarande befinner sig vid sidan av när det gäller att definiera problematiken för ombudens klienter, har jag kallat medborgardiskursen. Denna alternativa diskurs får sin gestaltning i ombudens beskrivningar av sitt arbete och kan relateras till handikappolitiska målsättningar som ”normalisering” och till begreppen medborgarskap och rättigheter samt fördelning av samhällets resurser.

¹⁶⁹ Winter Jørgensen & Phillips 2002 s 26

¹⁷⁰ Jag har valt att använda begreppet medicinsk diskurs därför att dragen som jag här tar fasta på gäller medicinen som vetenskaplig disciplin i sin helhet. I princip skulle dock diskursen kunna beskrivas som en psykiatrisk diskurs, men då detta för tankarna till explicita diagnoser, vilka ombuden aktat sig för att använda, har jag dock valt att använda ”medicinsk” diskurs. Denna benämning förekommer t ex i Winter Jørgensen & Phillips 2002 sid 26 just kring diskurs relaterat till psykiatri som vetenskap.

¹⁷⁰ Murphy 2001 och Winter Jørgensen & Phillips 2002 sid 26. Murphy talar om hjärnan som den centrala punkten i den medicinska modellen och Winter Jørgensen & Phillips talar om kroppen som nodalpunkten i en medicinsk diskurs.

¹⁷¹ Murphy 2001 och Winter Jørgensen & Phillips 2002 sid 26. Murphy talar om hjärnan som den centrala punkten i den medicinska modellen och Winter Jørgensen & Phillips talar om kroppen som nodalpunkten i en medicinsk diskurs.

¹⁷² Laclau & Mouffe 1985 sid 111

¹⁷³ Chouliaraki & Fairclough 1999 sid 101 ff

Medborgarproblematikeringen - rättigheter

Denna diskurs nodalpunkt utgörs av medborgarbegreppet. Det är kopplat främst till begreppen universalism och rättigheter, vilket betyder att ett medborgarskap ger rätt till vissa resurser och att detta är universellt, rättigheten gäller alla medborgare. Teoretiskt hämtar medborgarskapsdiskursen ursprungligen sin kraft ur Marshalls föreläsningar om det sociala medborgarskapet.¹⁷⁴ Medborgerliga rättigheter karaktäriserar socialpolitiken och välfärdssystemets uppbyggnad under 1900-talet. Medborgardiskursen, så som den används här, lyfter fram att det är psykiskt funktionshinderade personers livsvillkor och brister i dessa som leder till problem som fattigdom.¹⁷⁵ Problemen orsakas av samhällssystem som inte är tillräckligt anpassliga och förmår att tillförsäkra alla medborgare en grundtrygghet. Lösningarna på problem, som t ex fattigdom, är dels förändringar på strukturell nivå, såsom tillkomsten av ett socialförsäkringssystem, dels förändringar riktade till enskilda individer genom riktat bistånd, såsom försörjningsstöd, i syfte att stärka individens resurser. Medborgardiskursen uttrycks i Psykiatriutredningen som skriver om sitt eget uppdrag:

Utredningens uppdrag är enligt direktiven i första band att föreslå åtgärder som syftar till att förbättra psykiskt stördas livssituation. Den psykiskt stördes vardagliga liv, med alla dess olika aspekter har alltså stått i centrum för vårt arbete. Uppdraget är utomordentligt brett och täcker alla samhällsområden som har relevans för den psykiskt stördes vardagliga liv. Som tidigare konstaterats är utredningen, trots det namn vi antagit, därmed inte en utredning om psykiatri utan en utredning om psykiskt stördas situation i samhället. Utredningen har som nämnts utgått från ett klient- och anhörig/närstående perspektiv. Målet är att föreslå åtgärder som innebär att de personer som drabbas av allvarliga och långvariga psykiska störningar skall erbjudas bättre levnadsförhållanden och som, så långt som möjligt, motsvarar de som gäller för andra människor i samhället.” (SOU 1992:73 s 199-200).

I texten fokuseras på livsvillkor som ska vara universella, det vill säga lika för alla grupper i ett samhälle. Texten pekar också på behovet av åtgärder, riktade mot yttre förhållanden/strukturer för att normalisera livsvillkoren. Universalismen anknyter till demokratibegreppet och till alla medborgares lika rättigheter. En intervjuad ledningsgruppsledamot uttrycker sig i linje med dessa tankar om personligt ombudsverksamhetens innebörd och funktion:

Det finns alltid risker att i en arbetsförmedling med ensamrätt och så vidare, det är väldigt lätt att vi gör våra staket. Det är det jag menar, vi måste ha personer utifrån som inte är bundna till detta, som ändå kan kritisera och förändra och påverka. Och där lägger jag demokratifrågan, jag tycker det här är en del i en demokratiprocess i ett samhälle. (Ledningsgruppsledamot 31)

¹⁷⁴ Se Marshall & Bottomore 1992/1950 Medborgarskapsbegreppet har flera tolkningar och är utsatt för kritik. Se Johansson 2001. Men jag använder det här i den socialpolitiska betydelse som anknyter till universalism, och normaliserade livsvillkor för alla medborgare i ett samhälle.

¹⁷⁵ Fattigdom är ett övergripande begrepp som kan definieras på flera sätt. Se Salonen 2002

Ledamoten beskriver i citatet ovan ombudens arbete ytterst som en fråga om demokrati, där ombudens uppgift är att öka demokratin och trygga rättsäkerheten i välfärdsinstitutionerna. Ledamoten utvecklar även sin uppfattning av klienternas problematik:

Man kan ju inte generalisera det, men ofta är det ju att de känner att de inte får den hjälp de är berättigade till, alltså hos olika institutioner. Det är väldigt vanligt att de har kört fast, de kommer ingenstans. (Ledningsgruppsledamot 31)

Ledamoten framhåller rätt till service och stöd av samhället, som medborgare. Problemet i detta citat förläggs till ”institutionerna”. Det är de som inte berättigar medborgare till resurser.

Även ett ombud ger en beskrivning av klienternas problematik och identifierar ”ekonomiproblemet”, men på ett sätt som skiljer sig från den medicinska diskursen. Ombudet tolkar problematiken som brister i fördelningspolitik, vilka orsakar att psykiskt funktionshindrade personer aldrig kommer i åtnjutande av resurser som inkomst av arbete:

”Det är en grupp som inte har några möjligheter att få inkomster, de lever i djup fattigdom” (Ombud 24).

Enligt ombudet ligger problematiken i att psykiskt funktionshindrade personer som grupp är utestängda från arbete och inkomster och därför lever i fattigdom. Problematiken finns att söka i strukturer som utestänger.

Medborgardiskursen blir i övrigt synlig främst genom en analys av vad ombuden berättar att de faktiskt gör tillsammans med sina klienter. Ur en analys av ombudens arbetsuppgifter växer en bild fram av strukturella hinder: klienter som inte får del av de resurser som de har rättigheter till, klienter som nekats försörjningsstöd trots att de saknar annan försörjning, klienter som saknar bostad och inte accepteras som hyresgäster, klienter som söker stöd av myndigheter och blir bemötta med kränkningar. Den sammantagna bilden visar på ett strukturellt problem som handlar om processer där klienter utestängs från resurser. Denna bild ställs i figuren nedan mot den medicinska diskursens fokus på individuella brister och psykiska symtom

Figur 3 på nästa sida åskådliggör de två diskurser jag har presenterat. Båda diskurserna identifierar samma problemområden: försörjning, omsorgsbrister och interaktion, men de ger olika förklaringar och innebörd till dem:

Figur 3 Problemområden i den medicinska respektive medborgardiskursen

Problemområde	Dominerande diskurs Den medicinska diskursen	Underliggande diskurs Medborgarskapsdiskursen
Omsorgsbrist	Symtom på psykisk sjukdom	Brist på samordnat stöd
Försörjning	Svårigheter att hantera ekonomi	Fattigdom
Interaktion	Kommunikationssvårigheter	Bemötandebrister
Orsaksförklaring	Individuella brister i förmågor	Strukturella brister orsakar låg levnadsnivå

Figur 3 visar hur de tre problemområdena, ”omsorgsbrist”, ”försörjning” och ”interaktion” beskrivs och förklaras av intervjupersonerna enligt den medicinska diskursen respektive medborgardiskursen. I den vänstra kolumnen framgår den medicinska diskursens konceptualisering av talet om klienternas problematik. Detta tal gör problematiken till individens problem, till brister hos individen. I den högra kolumnen konceptualiseras medborgardiskursen genom en analys av ombudens arbetsuppgifter som pekar på strukturella brister varvid individens problem förklaras genom brister i levnadsnivå.

Omsorgsbrist

Omsorgsbrist handlar om en tillfällig eller mer varaktig begränsning i individens förutsättningar att sköta sina personliga angelägenheter, som hygien, att sköta sitt hem och att laga mat. I den medicinska diskursens tolkning av omsorgsbrister knyts denna begränsning till den psykiska sjukdomen. Ombudets beskrivning nedan skildrar hennes uppfattning om klientens bristande förmåga att ta omsorg om sig och sin bostad. Ombudet uppfattar också att klienten saknar ”sjukdomsinsikt”, vilket i sammanhanget får förstås som ett extra komplicerande sjukdomssymtom.

Hon har ju alltså stora funktionshinder fast man kanske inte ser dem alltid, vissa saker fungerar och vissa saker fungerar inte och sedan har hon själv alltså ingen sjukdomsinsikt. Alltså hon säger att hon har ett kroniskt trötthetsyndrom, så hon har ju ingen psykisk sjukdom heller och det försvårar ju mycket / .../ Jag träffade henne varje vecka och ja ... hjälpte henne med allt möjligt, men hon hade även sådana krav som att jag skulle dra upp maffian i staden till Europadomstolen och sådana här realistiska saker, så jag fick hela tiden förklara att jag inte kan stifta nya lagar, så alltså hon var oerbjödligt svår att jobba med, plus att hon inte hade någon förmåga att diska, så där såg ju ut som kriget. Det var maskar i grytorna och, ja det var fruktansvärt. Och det fick jag också ta

med jämna mellanrum....Men så småningom i alla fall så då hade det nog nästan gått ett halvår, så var det innan jag gick på semestern, då såg det för jävligt ut därhemma. Då var det alltså mögel och maskar ochflugor i maten och allting och till slut sa jag att så här kan du ju inte ha det. Nej jag måste ha hjälp säger hon då. (Ombud 16)

Trots att ombudet i första hand tolkar klientens bristande förmåga som en följd av hennes sjukdom så söker inte ombudet efter den medicinska diskursens lösningar, som syftar på att behandla klientens sjukdomstillstånd. Istället söker detta ombud, precis som andra ombud som har liknande upplevelser, efter hjälp och åtgärder av yttre stödsystem, t ex hemtjänst, för att råda bot på brister i omsorg:

Efter min semester så bestämde vi att hon ville ha hjälp, men då ville hon ha en form av hemtjänst eftersom hon vägrade att ta bit biståndsbedömare från psykiatrin i kommunen så kunde vi gå en annan väg. Så då fick jag jättebra kontakt med en handläggare som bade hand egentligen om äldreomsorgen och hon fick följa med till den här tjejen och gjorde en bedömning att hemtjänst behövdes ju, det behövdes i allra högsta grad. (Ombud 16)

Ombudens beskrivningar ger också exempel på klienter som redan har insatser, men ombudet uppfattar att stödet är bristfälligt och ställer därför krav genom att påtala behov av ökat stöd eller andra stödinsatser. I dessa fall uppfattar ombuden att samhället ger individen bristande omsorg. Intervjuerna med ombuden talar således om problemen som orsakade av individens brister. Men istället för att söka lösningar i enlighet med problemdefinitionen, som insatser vilka uteslutande riktas mot att förändra individen genom att t ex söka medicinering för klienter söker ombuden lösningar som innebär att ytterligare resurser tillförs utifrån. Ombuden söker strukturella lösningar för att förändra levnadsvillkoren, genom att de argumenterar för och ställer krav på stödets kvalitet.

Försörjning

Ett annat vanligt problemområde som kan identifieras i intervjuerna är försörjningsfrågan. Den omtalas av ombud och ledningsgruppsledamöter, med endast ett undantag, som individens problem orsakat av sjukdom.

Sedan har hon ju problem med ekonomin och jag har försökt att motivera henne att hon kanske behöver god man för hon har räkningar upp över öronen och hon har väldigt mycket krav och inkasso....|...| Men god man vill hon absolut inte ha, men det skulle hon verkligen behöva. (Ombud 6)

Enligt ombudens beskrivningar är det vanligt att klienter har ekonomiska problem. I ombudens tal kommer detta till uttryck genom konstaterandet att klienterna har problem att hantera sin ekonomi, så även i citatet ovan. Ombudet uttrycker också att hennes bedömning av klientens behov av hjälp inte delas av klienten, varför ombudet ägnar sig åt motivationsarbete för att få acceptans för att reda ut de ekonomiska förhållandena. Ombudet har i exemplet ovan bedömt

att hon inte kan förändra individens inneboende förmåga att hantera situationen. Hon bedömer att situationen kräver att en god man, som tar över ansvaret för ekonomi, tillförordnas. Det kan också ses som exempel på en strukturell lösning där förändringen kommer till genom att yttre faktorer förändras på så sätt att klienten befrias från ansvar för ekonomin och får kontinuerlig rådgivning. När det gäller försörjningsfrågan ställs ombuden inför valet mellan att hjälpa klienten att minska konsumtionen genom planering och sparsamhet eller att försöka öka tillgångarna för att klienten ska klara sina levnadsomständigheter. Ett sätt att öka tillgångarna är att hjälpa klienter att ansöka om ekonomiskt bistånd, handikappersättning etc.

De skilda diskurserna ger olika förklaringar till varför klientens problem uppstått. Den medicinska diskursens individualiserande förklaringsmodell ger en förklaring till försörjningsproblemen som går ut på att individen inte kan hantera sina ekonomiska medel på "rätt sätt", det vill säga så att de räcker. Det står i motsats till medborgardiskursens strukturella förklaringar, som fokuserar att individen försatts i en utsatt position där han varken själv kan skaffa sig eller får del av tillräckliga resurser, med en låg levnadsnivå som följd. De skilda förklaringsmodellerna leder även till olika sätt att lösa problemen. Utifrån den medicinskt individualiserande diskursen förväntas individen med rätt behandling kunna återhämta förmågan att hantera sin ekonomi, medan medborgardiskursen tar fasta på att lösningarna ligger i att åstadkomma en jämligare fördelning av resurser i samhället och att individer ska tillförsäkras resurser för att nå en rimlig levnadsnivå och acceptabla livsvillkor. Det är tänkvärt att ombuden (med ett undantag) i sitt tal håller sig till individualiserande förklaringar, men generellt sett agerar utifrån medborgardiskursen. Därmed söker de aktivt efter möjligheter att öka klientens inkomster, eller en avlastande funktion, t ex god man, vilken för tillfället kan överta ansvaret för att hantera klientens ekonomi snarare än att ombuden söker bot för sjukdomen eller behandling av klienten.

Interaktion

Ett tredje problemområde beskrivs av ombud och ledningsgruppsledamöter som kommunikationsproblem. Dessa kommunikationsproblem beskrivs på två kontrasterande sätt: den ena tar fasta på att klienter inte har förmåga att kommunicera med myndigheter och den andra att klienten bemöts kränkande och i själva verket är utestängd från tillträde till kommunikation med myndigheter. Ett ombud beskriver en klientkontakt:

Hon var väldigt sjuk då, hon hatade myndigheter, alla myndigheter var det värsta hon visste. Hon kände sig lurad och misstänksam mot skattemyndigheten, kommun, lands-ting hela biten var hennes fiende. /.../ Jag fick ringa och kontakta och reda ut och berättat och hon fick svart på vitt hur det egentligen var, men det tog tid alltså. Det tog säkert ett år innan hon slutade att känna sig kränkt. Sedan fick hon kontakt med en kvinna... som har en målarkurs så hon började måla. Hon gick en gång i veckan och målade hos henne, den här kvinnan var väldigt bra för henne, hon började måla om detta om girigheten och myndigheterna.... Så hon gick där på målarkursen och började måla detta, så sedan släppte det här med myndigheterna. (Ombud 13)

Ombudet förstår här kvinnans upplevelse av att känna sig kränkt av myndigheter som ett uttryck för sjukdom. Kommunikationsproblemen uppfattas som symtom på psykiska sjukdomar. Detta bekräftas av att symtomen avtar när kvinnan finner andra uttrycksformer som ökar hennes välbefinnande, menar ombudet och ger problemet en psykologisk förklaring. I kontrast till detta beskriver ombuden faktiska situationer som de också själva bevittnat, och som visar att det förekommer att klienter bemöts illa.¹⁷⁶ Här nedan redogör ett ombud för sina egna upplevelser av möten med myndigheter:

Man hamnar ju i någon konstig samma slags känsla som klienten har fast mycket svagare. Alltså de här kränkningarna och att man inte, alltså man blir en del av det och att kunna hantera det på ett professionellt sätt och liksom ta bort sina egna känslor i det. Just det här att man blir arg och frustrerad och så. Och sedan inte kunna visa utan liksom hantera det på ett bra sätt så att ändå klienten får det den behöver....Det här att man ser att de blir så kränkta så man vill, alltså rätt att man har sett det innan så vill man väl inte riktigt tro att det var så. Jag tycker nästan varenda ärende vi har fått så känns det som det är en form av att de känner sig kränkta på något sätt av någon myndighet och det tycker jag är sorgligt att se. Det tycker jag känns svårt att ta, att det är så egentligen...Det är ingen människa som gör det medvetet. Och man har ju själv gjort det säkert tusentals gånger i tidigare arbete /.../ Det blir så tydligt när man inte ingår i en myndighet, just att man ställer sig utanför, man är ju en del av klienten fast man ändå inte är det. (Ombud 25)

Ombudet ger uttryck för att hon upplevt samma slags frustration i myndighetsmötet som klienter tidigare har berättat att de har upplevt. Ombudet beskriver vidare att hon uppfattar mötet med myndigheter som det svåraste hon har att hantera i sitt arbete, där hon i en del fall själv kan känna sig kränkt och i andra blir kränkt å klienternas vägnar. Det är inte enbart klienternas symtom som uppfattas som svåra att hantera, menar ombudet. Ombudet ger också uttryck för en eftertänksamhet över hur hon själv tidigare agerat i en annan yrkesfunktion. I citatet positionerar sig ombudet hos klienten och ställer sig utanför myndigheter. Ombudet uppfattar tydligt att det finns ett myndighetsperspektiv och ett klient-

¹⁷⁶ Se kapitel 8 för konkreta exempel

perspektiv. Som personligt ombud lever hon sig in i klientens situation och det är utifrån denna position som hon upplever sig utsatt för kränkningar.

I ombudens skildringar av möten med myndigheter fokuserar ombuden ofta på myndigheternas bristande bemötande, inte på klienternas individuella tillkortakommanden i förhållande till myndighetskontakter.

Konturer av yrkesrollen

Personligt ombud verkar inom en organisatorisk miljö, där två olika kunskapsområden och praktiker möts, den medicinska och den sociala. Flertalet ombud talar om sina arbetsuppgifter som huvudsakligen utgörs av klienternas problem, enligt den medicinska diskursen som tenderar att individualisera klientens problem. Detta kan bero på att de personer som anställts som ombud huvudsakligen har tidigare arbetslivserfarenhet från individinriktad medicinsk psykiatrisk verksamhet. Men ombuden agerar däremot huvudsakligen enligt den medborgerliga diskursen. Lösningar på problemen finner de ofta i en social praktik, vilket antyder att de har en implicit kunskap, om att människor med psykiska funktionshinder lever under mycket knappa omständigheter på en låg levnadsnivå. Denna tudelning mellan den medicinska diskursen som språk och sociala, förändrade levnadsförhållanden som praktik innebär att ombuden saknar språk för att skapa kunskap om vad de faktiskt gör och varför de gör det, det vill säga om sin arbetsmodell. Bristen på språk för att formulera den sociala kunskapen om klienternas problem bidrar till att dölja dessa problem och när behoven inte tillgodoses riskerar klienterna att låsas in i fortsatt depriverade livsvillkor.

I de tre kommande kapitlen gör jag en empirisk och teoretisk analys av de tre problemområden som framkommit i detta kapitel.

6 Brister i omsorg: att kvalificera klienter för stöd

I följande tre kapitel kommer jag att relatera mina empiriska iakttagelser av den problematik som ombuden har att hantera, brister i omsorg, försörjning och interaktion, till i huvudsak teoribildning över socialt medborgarskap, människobehandlande organisationer (HSO) samt fattigdom och skam. Dessa tre kapitel tar fasta på situationer som ombuden kommer in i via uppdragen från klienterna. Eftersom klienterna är ombudens uppdragsgivare blir de problem som klienterna lever med och presenterar för ombuden centrala för hur ombudets yrkesroll gestaltar sig. Analysen av yrkesrollen kräver därför en analys av den problematik som klienter upplever och som ombuden ska hantera.

I detta kapitel analyseras hur klienter och ombud beskriver att de agerar för att hantera problemen med brister i omsorg. Många klienter till ombuden behöver stöd för att klara omsorgen om sig själva och sin bostad. Klienter önskar hjälp från ombuden att ansöka om stöd, det vill säga att klara kvalificeringsprocessen och ibland, när stöd redan har beviljats att få hjälp att påtala brister i kvaliteten. I dessa processer blir problem med kategorisering av klienter och samordning av stödinsatser mellan myndigheter uppenbara. En annan problematik är när organisationens behov prioriteras före klientens.

En operationalisering av det sociala medborgarskapet

För att få del av resurser såsom försörjning, eller insatser såsom hjälp med daglig omsorg, krävs att den som söker stöd tillerkänns ha behov av och rätt till dessa resurser, vilket är frågor knutna till det sociala medborgarskapets innehåll.¹⁷⁷ Jag kommer här kort att operationalisera det sociala medborgarskapet utifrån vad jag bedömer vara relevant för de frågor jag behandlar.

Ett sätt att betrakta psykiskt funktionshindrade personers sociala rättigheter är att ta utgångspunkten i argumentationer kring det sociala medborgarskapet. När medborgarskapsbegreppet diskuteras används ofta Marshall som utgångspunkt. Gynnerstedt har sammanfattat vad det sociala medborgarskapet innefattar enligt Marshall på följande sätt: "...allt från rätten till ekonomisk välfärd och säkerhet till att fullt deltaga i det sociala livet och att kunna leva livet i enlighet med den rådande standarden i samhället."¹⁷⁸ Marshall själv använder det övergripande ordet "status". Det faktiska innehållet i medborgarskapet har en historisk förklaring och är ständigt utsatt för omkonstruering. Marshalls definition har mött kritik på ett antal punkter. En kritik av Marshall är och har varit att forskare ifrågasatt medborgarskapsbegreppets universalitet i faktiska termer kopplat till etnicitet och genus.¹⁷⁹ Det har efterfrågats nya begrepps-konstellationer såsom "race neutral

¹⁷⁷ Se Regeringens proposition 1999/2000:79. Propositionens titel antyder tänkt inriktning på handikappolitiken: "Från patient till medborgare..."

¹⁷⁸ Gynnerstedt 2001 s 341

¹⁷⁹ Johansson 2001

citizenship” respektive ”gender neutral citizenship”.¹⁸⁰ Oliver har pekat på att begreppet inte heller är universellt i förhållande till funktionshinder. Jag vill därför mena att min licentiatavhandling bidrar till att utveckla innehållet i begreppet ”disability neutral citizenship.” Vidare har Lister kritiserat Marshalls formulering av medborgarskapet som status (to be), hon hävdar istället att begreppet måste materialiseras till praxis (to act)¹⁸¹. Andra forskare har också uppmärksammat denna åtskillnad genom att skilja det legala från det materiella alternativt det formella från det substantiella.¹⁸² Denna, vad man skulle kunna kalla, materialiseringsprocess, har som ett viktigt inslag att bestämma vilka som ska få rätten, det vill säga att identifiera kategorin berättigade. Även med utgångspunkt tagen i ett socialt medborgarskap och ett universellt ideal måste den personkrets som omfattas av insatser avgränsas. Här aktualiseras frågan om på vilka grunder kategorisering sker. Denna senare fråga är den jag närmast kommer att undersöka.

Medicinsk kategorisering som grund för sociala insatser

Av ombudens beskrivningar framgår att klienten ofta kommer i åtnjutande av sin medborgerliga rätt till försörjning först genom en medicinsk bedömning som leder till en diagnos. Denna diagnos har funktionen att placera in klienten i en kategori som ger rätt till ersättning från socialförsäkringssystemet. Hur en sådan rigorös klassificering kan gå till framgår av följande exempel: En kvinna i medelåldern har under hela livet bott hemma hos fostermodern på en liten skogsgård och båda har försörjt sig på moderns pension. När modern sedan avlider blir försörjningssituationen akut för kvinnan som kontaktar ett personligt ombud. Kvinnan ansöker om förtidspension, men det visar sig inte vara möjligt att starta en pensionsutredning på en individ som aldrig befunnits i arbetslivet och i övrigt saknar journal, anteckningar och social dokumentation överhuvudtaget. Hon får under en period ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, medan utredning av hennes arbetsförmåga pågår. Till slut blev det husläkaren som definierade en medicinsk diagnos som försäkringskassan kunde använda för att placera in henne i en kategori som gav henne rätt till varaktig försörjning. Hon fick en aspergerdiagnos och via den rätt till förtidspension. Kvinnan, som jag träffade i hennes hem, var nöjd med detta och fortsatte sitt liv i samma mönster som tidigare. (Ombud 8, Klient 2).

Turner identifierade tre vägar för att bli berättigad till sociala rättigheter som försörjning genom t ex pensioner i Storbritannien. Han talar om arbete, krigstjänst och reproduktion som har varit vägar för att få rätt till socialt medborgarskap.¹⁸³ Enligt Turner betraktas fortfarande familjebildning och föräldraskap som

¹⁸⁰ Johansson 2001 s 31

¹⁸¹ Lister 1997

¹⁸² Blomberg & Petersson 2003

¹⁸³ Turner 2001

grunden för ett samhälles fortlevande och de är därför kopplade till sociala rättigheter. Arbete och krigstjänstgöring har däremot, hävdar Turner, avklingat i betydelse för att uppnå socialt medborgarskap. Om jag lånar Turners analysmodell, skulle den medicinska kategoriseringen genom diagnoser kunna betraktas som en väg för att nå berättigande till de rättigheter som följer socialt medborgarskap. Försörjning är i exemplet inte en social rättighet enligt en social bedömning utan följderna av en medicinsk kategorisering. Det sociala medborgarskapets rättighet till försörjning måste definieras enligt en medicinsk logik och vara del i en behandlingstanke.

Ombudet beskriver att kvinnan inte alls gavs någon självklar rätt till försörjning utan ansvaret lades på klienten själv att försöka finna vägar att åstadkomma en sådan. Medborgarskapet är i detta fall därmed inte en status som ges individen, utan får betraktas som en aktiv handling, vilken individen måste utföra för att uppnå ett socialt medborgarskap. Detta sätter ytterligare fokus på materialiseringens betydelse i problemet ”att ha rätt” respektive ”att få rätt”. Ombudets funktion blev att samordna mellan myndigheter och att utföra själva handlingarna som leder fram till att klienten får sociala rättigheter. En central handling var att förhandla om att få klientens ärende prövat, vilket innebar mycket arbete då ombudet uppfattade att myndigheter undvek att ta upp ärendet då det avvek och krävde särbehandling från handläggningsrutiner och regler för beslut. Ombudets uppgift blev i detta fall att få till stånd att klientens rättigheter prövades och att medverka till att försörjning skulle betraktas som en social rättighet. Kvarstår gör dock kravet på medicinsk diagnos för att få rätt till resurser, vilket försvårar kvalificeringsprocessen.

Kvalificeringsprocessen

Ett första steg mot att få hjälp med omsorg om sig själv och bostaden är att kvalificera sig som klient, vilket kan vara svårt. Här möter klienten och ombudet de kvalificeringskrav som gäller för individer som gör anspråk på hjälp och stöd av myndigheter. Individen genomgår i mötet med myndigheten en bedömning, klassificering och kategorisering som avgör om individen accepteras och vilken rätt till behandling eller bistånd som individen i så fall har som klient. För myndigheten som organisation tjänar denna kvalifikationsprocess som ett urvalsinstrument i syfte att skilja ut berättigade klienter från ickeberättigade personer. Syftet är att göra organisationen kostnadseffektiv genom att skapa stereotyper av klienter för att anpassa klienternas behov till en begränsad uppsättning av insatser, istället för att anpassa insatserna efter klientens behov.¹⁸⁴ De organisationer som ombuden arbetar mot är så kallade människobehandlande organisationer (Human Service Organizations, HSO).

¹⁸⁴ Hasenfeld 1983, 1992 Johansson 1992

Enligt Hasenfeld finns det tre typer av organisationer som på olika sätt arbetar med människor: people-processing (människoprocessande), people-sustaining (människostödjande) och peoplechanging (människoförändrande).¹⁸⁵ Processande organisationer har till uppgift att klassificera, tilldela människor en etikett och dela in dem i kategorier. Dessa kategorier ger individen rätt till förutbestämda insatser och resurser. Ett exempel på detta är den medicinska diagnosen som kan ligga till grund för att få del av resurser från t ex socialförsäkringssystemet. Människostödjande organisationer har till uppgift att upprätthålla den enskildes funktionsförmågor, den enskilde förväntas inte kunna utveckla eller höja sina förmågor. Exempel på sådana verksamheter är hemtjänst, boendestöd och särskilt boende. Omsorgsverksamheter har denna inriktning. Människoförändrande verksamheter syftar till att direkt påverka individens egenskaper, att återställa tidigare förmågor (rehabilitering) eller att utveckla nya förmågor. Verksamheter som har detta till syfte är inom denna studies fält framförallt landstingets psykiatriska verksamhet, både inom slutenvård och öppenvård. Det speciella för psykiskt funktionshindrade personers situation är att de tre uppgifterna blandas samman i en otydlig råkång.

Ombudens utsagor visar att de får lägga ned mycket arbete på att hitta vägar för klienten att kvalificera sig för stöd- och behandlingsinsatser. Detta antyder att människor med psykiska funktionshinder har svårt att bli accepterade som klienter. Hasenfeld pekar på att beslut om bistånd bygger på moraliska överväganden hos den som beslutar.¹⁸⁶ Cox visar på att medborgarskapet alltmer har gått från att inbegripa universella rättigheter till selektiva bedömningar. Detta, hävdar Cox, har medfört att den som kan tala för sig och lägga fram sina behov har större möjligheter att få stöd än den som har svårigheter att formulera sig så att myndigheten förstår.¹⁸⁷ Sammantaget betyder detta att det finns hinder som måste övervinnas när personer med psykiska funktionshinder söker hjälp.

Bilden kompliceras ytterligare av att det sällan räcker med en insats och kontakter med en myndighetsperson. Det krävs ofta insatser från flera organisationer och dessa insatser måste samordnas för att fungera. Behovet av samordning är stort i många ärenden visar ombudens utsagor. De nätverkskartor som ritats upp under intervjuerna, över vilka kontakter som klienterna har haft innan ombudet träffade klienten och vilka kontakter som har tillkommit, visar att de flesta klienter har haft kontakt med någon eller några myndigheter sedan tidigare. Ombudet har i flertalet fall kopplat in ytterligare en eller två, ibland fler nya kontakter. De vanligaste är ekonomienheten på socialförvaltningen, LSS-handläggare eller psykiatrisamordnare och via dem stöd i form av försörjning, bostad, boendestöd, sysselsättning eller liknande. Flertalet klienter har ganska många myndighetskontakter vilket betyder att det finns ett stort behov av att samordna insatser, dels för

¹⁸⁵ Hasenfeld 1983 sid 4 f

¹⁸⁶ Hasenfeld 1983 sid 4 f

¹⁸⁷ Cox 1998

att insatserna ska fungera för klienten och dels för att klienten ska slippa att ha kontakt med så många myndighetshandläggare. Ett ombud ger ett exempel, som inrymmer både kvalificeringsproblematiken och visar på svårigheter kring samordning:

Hon hade försökt att få hjälp av kommunen med sysselsättning och en kontaktperson. De hade hållit på i fyra veckor och hon bollades mellan socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen. Till saken hör att hon hade ett barn. Där sa omsorgsförvaltningen att skulle hon ha stöd och hjälp och då skulle det ske på socialförvaltningen eftersom hon hade barn och på socialförvaltningen sa de att man ska se till behovet och då är det omsorgsförvaltningen eftersom det är mammans behov. Mellan dessa åkte hon i fyra veckors tid och det hände ingenting. Det magiska var att när hon fick ett ombud gick det jättebra ... (skratt). Vi hade ett samtal med en LSS-handläggare och hon fick sysselsättning och kontaktperson. Hon fick också en stödkontakt på socialförvaltningen för barnet. (Ombud 1)

Ombudet lade i exemplet ovan, ner ett stort arbete på att sammankalla ett möte med handläggarna på respektive förvaltning. Hon talade för sin klient och lade fram sin klients behov så att myndighetshandläggarna kunde känna igen kvinnan som berättigad till stöd. När själva mötet kom till stånd krävdes dock inget annat av ombudet än att närvara för att problemen skulle ordna upp sig. Exemplet visar vidare att de problem som människobehandlande organisationer ska hantera ofta är mångtydiga och diffusa. Krogstrup skriver att merparten av de problem som ska hanteras av människobehandlande organisationer är ”vilda”. Det betyder att de inte kan definieras precist eller helt åtskiljas från andra problem, de kan tolkas på flera sätt och lösningarna på dem är inte självklara.¹⁸⁸ I detta exempel fanns problemen i kvinnans behov av stöd för sin egen del på grund av psykiskt funktionshinder men också i barnens behov av god omsorg genom stöd av kvinnans modersroll. De bästa lösningarna är inte självklara och måste även förankras hos den som söker stöd. Det som rent juridiskt är tydligt blir komplicerat i praktiken. Rättigheters materialisering blir otydlig och tvetydig på en och samma gång.

Ett annat drag hos människobehandlande organisationer är att de består av löst kopplade enheter.¹⁸⁹ Omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen, i exemplet, har olika målsättningar och olika uppdrag, men uppdragen kan överlappa varandra och stå i strid med varandra. De från varandra ganska fristående enheterna värnar båda sina egna resurser genom att fokusera på den andras ansvar. Ärenden av detta slag kan också kompliceras av en intern delegationsordning där LSS-handläggare kan ha delegation på vissa SoL-insatser, men inte på andra och SoL-handläggare inte har delegation på LSS-insatser.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Krogstrup 2003 sid 107

¹⁸⁹ Hasenfeld 1983

¹⁹⁰ LSS (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade), SoL (Socialtjänstlagen)

Organisationen i fokus

I ovanstående exempel befanns inledningsvis organisationen i fokus. Hur respektive enhet på ett resurssnålt sätt skulle hantera ärendet tycktes vara en primär uppgift. Först efter ombudets agerande byttes fokus till klientens ansökan och behov av stöd. Samma ombud ger ytterligare ett exempel på bristande samordning där kommunen och landstinget har personal som arbetar med en och samma klient. En god man tog i exemplet kontakt med ombudet för att få hjälp med att reda ut situationen för sin klient. Klienten hade hemtjänst från kommunen och socialpsykiatriskt stöd från landstinget. Ingen i personalgrupperna hjälpte dock klienten med att handla kläder och hygienartiklar, med städning och med matrutiner. Trots att klientens gode man påtalat detta hände ingenting. Ombudet och god man bestämde sig för att agera gemensamt:

De här parterna har träffats flera gånger psykiatrin, hemtjänsten och den här klienten och det var liksom ingens ansvar, ingen kunde ta på sig det. Den här klienten har bott på mentalsjukhus ganska många år av sitt liv och frågar man henne så är allt bra, hon har egentligen ingen egen önskan om hur hon egentligen vill ha det, man kan säga att hon är lite institutionsskadad på något vis. Och då blev det att bevaka hennes rättigheter, vad är det hon har rätt till och vems är ansvaret egentligen med de här bitarna då. Ett annat bekymmer var att hon inte hade mat hemma, för då äter hon upp den och då gjorde man så att man låste hennes kylskåp och skafferi, vilket gjorde att hon blev så ängestladdad att hon slet sönder skafferiörrar. Och det fann man heller ingen lösning på. Då hade vi nätverksmöte om detta, hemtjänstens personal som jobbade i den gruppen och kontaktpersonerna från socialpsykiatrin, gode mannen och jag som samordnade. Jag hade fullmakt från klienten då. Och det var ganska livliga diskussioner och det visade sig då att man hade många åsikter om varandra och visste egentligen ganska lite om vad den andra hade för ansvar och den frågan fick lyftas till högre bord. Det blev ett nytt nätverksmöte med cheferna för psykiatrin och hemtjänsten och man hittade inga lösningar utan man skulle köpa plåtskåp då och ställa in i lägenbeten och låsa in maten istället så hon inte kunde rycka upp den. Det var lösningen på matbekymret så att säga och det var helt absurda lösningar som kom fram och det kan bara inte respekteras, därför att man ska se till hennes rättigheter som vanlig medmänniska. Så det slutade med att vi hamnade hos socialchefen och fick diskutera frågan och socialchefen fick ta det sedan med cheferna och komma fram till en lösning. Det slutade med att klienten fick börja ha kontakt med ett gruppboende som kunde hjälpa henne med mat på ett annat sätt. (Ombud 1)

I detta ärende reses en hel rad frågor som berör rättsliga och etiska aspekter, t ex kring vad personal generellt har rätt att göra i en annan människas hem. Här koncentrerar vi dock diskussionen kring problemen med samordning. I detta fall är ansvarsfördelningen tydlig om man renodlar gränsdragningen mellan SoL och HSL. Hälso- och sjukvårdsinsatser, i form av behandling, ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Stöd och omsorgsinsatser såsom att bistå i personlig omvårdnad ges enligt Socialtjänstlagen och skall därför tillhandahållas av hemtjänsten förutsatt att den enskilde eller god man har ansökt om det och ansökan bifallits. I fallet

ovan verkar oenigheten om arbetsfördelningen mellan de båda arbetsgrupperna ha lett till att ingen i personalgrupperna ville utföra uppgifter som kunde tänkas underlätta den andra gruppens arbetsuppgifter med resultatet att klienten inte kunde få den hjälp hon behövde. Båda verksamheterna agerar utifrån ett organisationsperspektiv där arbetsfördelningen mellan organisationerna och professionell status sätts i centrum. Klientens behov skjuts, menar jag, i bakgrunden i striden om professionell dominans. I arbetsfördelningskonflikten ställs behandlingsarbetets exklusivitet mot den praktiska konkreta hemhjälpens vardaglighet mot varandra och därmed den socialpsykiatriska landstingspersonalens överordning gentemot den kommunala personalen underordning. Det går också att betrakta situationen som ett möte mellan den stödjande (sociala) och den förändrande (medicinska) logiken i samma situation och konsekvensen av detta blir istället omsorgsunderlåtenhet. Fallet skulle också kunna tolkas med hjälp av Hasenfelds typologier av uppgifter för människobehandlande organisationer. Individens erbjuds ett förändrade stöd som syftar till behandling och utveckling när hon istället behöver stödjande omsorgsinsatser för att upprätthålla sin vardag.

Ombudets uppdrag blir ofta i praktiken att föra tillbaka fokus på klienten och varje organisations ansvar. Förutom att exemplet visar på klientens problem att få stöd och hjälp, vilket orsakats av en pågående konflikt om arbetsfördelningen mellan personalen, så visar exemplet att problem av det här slaget kan vara svårslösta när flera människobehandlande organisationer är inblandade. I det här beskrivna fallet tvingas god man söka hjälp hos personligt ombud för sin klient. Ombudets exempel visar vidare att ideologiska konflikter och olika synsätt, på vad behandling respektive socialt stöd och förändringsarbete är, kan leda till låsta positioner. Dessa situationer kräver mobilisering av kunskaper och kontaktnät av ombuden. I det aktuella fallet involverade ombudet socialchefen som också är ledamot i personligt ombuds egen ledningsgrupp.

Konturer av yrkesrollen

Ombudets inledande uppgift är att hjälpa sina klienter att kvalificera sig hos de myndigheter som har ansvar för att förmedla stöd och service. Ombudet kan också anta rollen som företrädare för klienten och utföra de handlingar som krävs för att individen ska få del av ett socialt medborgarskap.

Trots att ombudet egentligen inte har ansvaret att själv samordna insatser utan endast ansvaret att se till att en samordning kommer till stånd, blir det vad det verkar i ombudens beskrivningar ofta ändå ombuden som får ta på sig ett samordningsansvar. Detta är troligen en följd av att ombuden ser behovet av samordning tidigare än övriga professionella aktörer. Ombudet som i princip arbetar på klientens uppdrag och försöker se behoven med klientens ögon och från klientens perspektiv får en överblick över verksamhetsgränserna. Tjänstemännens yrkesfunktion är knuten till en viss verksamhet (förmedlande, upprätthållande

Personligt ombud

eller förändrande) som de har att företräda i sitt möte med klienten, medan ombudet ska agera med enbart klientens behov och önskemål för ögonen. Ombudets uppgift kan sägas vara att få organisationen att göra omprioriteringar i sina beslut och se individen som en värdig klient. Det sista exemplet visar också att ombudets uppgift är att få inblandade parter att ändra fokus från organisationens behov till klientens. Ombudens uppgift blir att ”skriva om hela frågan”, det vill säga att få inblandade parter att byta fokus från att sätta organisationen och den egna professionen i fokus till att underordna sig klientens behov och önskemål.

7 Brister i försörjning: vad ska klienter få?

Detta kapitel syftar till att klargöra de problembilder som är genomgående i ombudens skildringar av vad deras arbete handlar om: Brister i försörjning analyseras här relaterade till teori om fattigdom. I försörjning ingår de grundläggande resurser som behövs för ”normala” livsvillkor. Bostad är en sådan central resurs. Det kan synas som om jag nu lämnat yrkesroll och funktion för att övergå till klientproblemen. I detta och följande kapitel befinner sig visserligen problemen i fokus, men avsikten med detta är att fördjupa analysen av de problem som utgör ombudens arbetsuppgifter och därmed bildar fundamentet i yrkesrollen.

Fattigdom

Ombuden i studien möter många klienter som lever i ekonomisk fattigdom. Fattigdomsbegreppet är dels en del av ett vardagsspråk, men också ett centralt begrepp i ett omfattande forskningsfält, där ”fattigdom” definieras på olika sätt.¹⁹¹ Fattigdom kan dock inte endast betraktas utifrån ett materiellt perspektiv, det innehåller också kulturella och sociala dimensioner.¹⁹²

Fattigdomsbegreppets sociala innebörd- deprivation och exklusion

Townsend ger fattigdomsbegreppet en social innebörd då han definierar fattigdom som en påtvingad utestängning från allmänt accepterade livsmönster. När individens tillgång till dessa resurser ligger så långt under det ”normalt” förekommande att det leder till exklusion från vanliga livsmönster, vanor och aktiviteter, talar Townsend om deprivation. Deprivationsbegreppet innebär att individen inte har tillgång till konsumtionsmedel, tjänster, service och sociala aktiviteter som är vanligt förekommande i ett samhälle. Individen saknar då de resurser som krävs för att uppnå de livsvillkor som vanligtvis definierar tillhörighet i ett samhälle.¹⁹³ Begreppet ska förstås som en operationalisering av objektiva villkor enligt Townsend.¹⁹⁴ Deprivationsbegreppet lägger alltså in en social dimension i fattigdomsbegreppet och gör det beroende av de livsvillkor som råder i det aktuella samhället.

Ett annat begrepp som också berör social utestängning är exklusionsbegreppet. Det är av nyare datum och kommer, till skillnad från deprivationsbegreppet som uppstått ur traditionen av fattigdomsforskning, ur en politisk kontext. I

¹⁹¹Se Salonen 2002 för en genomgång av definitioner. En definition av begreppet ”ekonomisk fattigdom” utgår från hushållens inkomster och utgifter. För ”ekonomisk fattigdom” är inkomsterna högst 50–60% av landets medianinkomst och utgiftssidan utgår från lägsta acceptabla utgiftsnivå, d v s socialbidragsnormen och norm för boende. Understiger inkomsterna normen för utgifterna definieras hushållet som ekonomiskt fattigt.

¹⁹² Townsend 1979

¹⁹³ Townsend 1979 sid 31, 915.

¹⁹⁴ För diskussion och kritik av Townsend se Spicker 1988 sid 7-8.

Frankrike blev begreppet *exclusion sociale* populärt i början på 1990-talet för att benämna vad som betraktades som ”nya” fenomen: växande orättvisor i samhället, ökande långtidsarbetslöshet, svårigheter för ungdomar att etablera sig på arbetsmarknaden, integrations- och etableringssvårigheter för invandrare.¹⁹⁵ Begreppet exklusion innebär, enligt Edgren-Schori, för det första att det finns ett gemensamt samhälle att tillhöra, för det andra att man är utestängd från samhället och för det tredje att den som är utestängd vill tillhöra men inte får.¹⁹⁶

Exklusionsbegreppet har kommit att få olika användning och fokus beroende på samhällets utformning. I Sverige har begreppet, hävdar Edgren-Schori, kommit att användas med flera olika tolkningar, vilket ibland lägger exklusion nära begreppen fattigdom, segregation och marginalisering. I forskning har begreppet använts främst i studier om etnicitet och etablering på arbetsmarknaden.¹⁹⁷

Room gör en åtskillnad mellan fattigdom och exklusion. Fattigdom fokuserar på ekonomisk utsatthet, exklusion är däremot inriktat på bristande sociala relationer.¹⁹⁸ Edgren-Schori konstaterar att människor kan vara exkluderade utan att vara fattiga. Exkludering kan orsakas av att människor förvägras delaktighet och tillgång till samhället på grund av etniskt ursprung. Exkludering kan däremot orsaka fattigdom, t ex när tillträde till arbetsmarknaden förvägras. Edgren-Schori har inte diskuterat deprivation i förhållande till exklusion. Alcock gör ifrån brittisk horisont åtskillnad mellan begreppen; deprivation beskriver yttre omständigheter såsom inkomst, utbildning, hälsa och boende. I korthet kan det beskrivas med Townsends kriterier, att inte ha tillgång till resurser som befolkningen i övrigt har vilka behövs för att leva ett liv enligt de sociala normerna.¹⁹⁹ Exklusionsbegrep-

¹⁹⁵ Littlewood & Herkommer 1999 sid 9 ff. Bourdieu (1977) hade dock redan tidigare utvecklat och använt begreppet i sina verk bl a om kulturellt kapital, men i likhet med Parkin (1979) utifrån ett klassperspektiv. Littlewood och Herkommer pekar på att många av de studier som använder begreppet exklusion talar om ”nya fenomen”, ny fattigdom, nya samhällsklyftor, nya dimensioner av social ojämlikhet. Littlewood & Herkommer 1999 sid 11 ff Nya fenomen kräver nya begrepp konstaterar Littlewood och Herkommer, samtidigt som de ifrågasätter att det skulle röra sig om ”nya fenomen.” De pekar på att det rör sig om fenomen som varit mindre synliga under en längre tid av välfärdsutveckling och full sysselsättning. En anledning till exklusionsbegreppets genomslag sedan 1990-talet och framåt kan enligt Room vara att det funnits ett motstånd i många europeiska länder att definiera grupper i det egna landet med termer som används om grupper i tredje världen. Se Room 1995

¹⁹⁶ Edgren-Schori 2000 sid 99 ff

¹⁹⁷ A.a I Frankrike kopplas begreppet nära samman med franska revolutionens ideal om jämlikhet och broderskap. När dessa ideal hotas riskerar människor att stängas ute. I anglosaxisk litteratur har exklusionsbegreppet knutits till klasstillhörighet och bristen på ekonomiska resurser och ligger därmed närmare fattigdomsbegreppet.

¹⁹⁸ Room 1995, Alcock 2005

¹⁹⁹ Townsend 1987

pet tar mer fasta på relationer, vad andra gör med oss, och uttrycker en process där människor utestängs från sammanhang och relationer.²⁰⁰

I mitt nyttjande av dessa båda begrepp har de likheter då både exklusionsbegreppet och deprivationsbegreppet omfattar sociala dimensioner och båda begreppen bör uppfattas som objektiva begrepp i betydelsen att de är mätbara. De är inte i första hand tänkta att beskriva subjektiva upplevelser utan mätbara, iakttagbara förhållanden. I enlighet med Edgren- Schori tolkar jag exklusion som att det är möjligt att bli exkluderad utan att för den skull vara fattig, även om exkludering kan leda till fattigdom. Det är däremot inte möjligt när det gäller deprivationsbegreppet. Här ligger skillnaden mellan begreppen. Deprivation förekommer tillsammans med fattigdom. Deprivationsbegreppet används i denna avhandling för att beskriva fattigdom inkluderande också sociala dimensioner. Situationer och miljöer kan beskrivas som depriverade, människor kan leva i depriverade miljöer och vara utsatta för deprivation. De är däremot inte depriverade i personlig mening, begreppet beskriver förhållanden inte en egenskap.

Trots att exklusion hittills inte använts kring analys av psykiskt funktionshindrade människors livsvillkor, utan använts om ”nya fenomen” som ungdomars och etniska minoriteters etableringssvårigheter på arbetsmarknaden, väljer jag att använda begreppet för att analysera livsvillkoren för en grupp som knappast kan räknas in i ”nyfattigdom”. Syftet med att använda exklusionsbegreppet är att problematisera hinder och barriärer för den integration och normalisering som eftersträvas socialpolitiskt med avveckling av mentalsjukhus och avhospitalisering av klienterna. Exklusionsbegreppet i denna avhandling används alltså för att beskriva aktiva processer och relationer där människor utestängs från delaktighet i samhället och från medborgerliga rättigheter.

Deprivationsbegreppet och exklusionsbegreppet exemplifieras av följande fall: En man har förtidspension sedan många år och deltar en gång i veckan i kommunens dagliga verksamhet för psykiskt funktionshindrade människor. Han önskar delta fler dagar i veckan därför att han känner sig isolerad och ensam hemma. Det är dock inte möjligt för honom därför att resan till och från verksamheten samt lunchen på verksamheten kostar honom 150 kr. Han har bara råd att delta en gång i veckan i en verksamhet som är ämnad just för honom och andra i hans situation (Klient 9). Förhållandet skapade en socialt isolerad situation där mannen var utesluten ur delaktigheten med vänner de övriga fyra veckodagarna. En depriverad situation uppstår på grund av otillräckliga ekonomiska tillgångar. Den leder till påtvingad social isolering. Det är också ett exempel på en exklusionsprocess där verksamheter avsedda för människor med små ekonomiska medel görs så kostsamma att individer inte kan delta mer än marginellt.

²⁰⁰ Alcock 2005 Exklusionsbegreppet kan också användas för att beskriva hur människor utestänger sig själva från sammanhang och relationer. Alcock tar ett exempel där rika personer i USA bor i gated communities oåtkomliga för andra i samhället. Denna aspekt är perifer i denna studie.

Levnadsnivå och livskvalitet

I Psykiatriutredningen betonas vikten av att minska bristerna i levnadsnivån för människor med psykiska funktionshinder och att personligt ombud skulle vara en strategi för att tillförsäkra denna grupp normaliserade livsvillkor.²⁰¹ I Sverige mäts välfärden av SCB i de s k ULF-undersökningarna. ULF mäter levnadsnivå, dvs faktiska förhållanden i ett representativt urval av befolkningen. Följande variabler mäts: hälsa, utbildning, sysselsättning, arbetsmiljö, ekonomi, boendeförhållanden, transporter och kommunikationer, fritid, sociala relationer, politiska resurser, samhällsdeltagande/inflytande, trygghet och säkerhet.²⁰²

Ombuden använder ibland när de beskriver sitt arbete ett annat begrepp: livskvalitet. De beskriver sitt arbete som att de arbetar med att förbättra sina klienters livskvalitet. Livskvalitet är ett begrepp som står för individers upplevelse av sin situation och fokuserar därmed en subjektiv dimension. Livskvalitetsbegreppet tar sin utgångspunkt i självvärdering och har operationaliserats i ett flertal skattningsskalor med varierande kategorier. En schematisering är: aktivitet (med underliggande variabler: engagemang, energinsats, självförverkligande, frihet), självkänsla (självsäkerhet, självaccepterande), förhållande till medmänniskor (nära relation, vänskap), grundstämning av glädje (upplevelse, trygghet, glädje)²⁰³.

Levnadsnivåbegreppet fokuserar den materiella sidan, tillgång till resurser och hör till den socialpolitiska diskussionen om rättigheter, resurser och förutsättningar. Livskvalitetsbegreppet däremot är utvecklat ur psykologisk teoribildning och anknyter till det medicinska perspektivet, i det att det fokuserar på individens inre liv och upplevelser. Det förekommer en kritisk diskussion där levnadsnivåmätningar kritiserats av livskvalitetsforskare och vice versa. I korthet går kritiken ut på att levnadsnivåmätningar är alltför ovanifrån styrda av forskare och därmed inte tar hänsyn till människors egna upplevelser av sina livsbetingelser. Livskvalitet, som begrepp, kritiserats för att vara ett alltför subjektivt begrepp som inte förmår förhålla sig kritiskt till att människor kan leva under omständigheter som gör att de är nöjda med ytterst lite,²⁰⁴ därför att de inte är informerade om sina rättigheter eller har möjligheter att förändra sin situation.

I analysen av klientintervjuerna blir det tydligt att de båda dimensioner som dessa begrepp står för; den faktiska tillgången till resurser och den subjektiva upplevelsen av sin livssituation, samspelar med varandra i klientens verklighet. Denna växelverkan framgår av en kvinnas berättelse nedan (Klient 8). Hon har en manodepressiv sjukdom med framförallt stora problem med depressioner. Här berättar hon om hur rädd hon är för att vara utan pengar, eftersom oron för det kan få henne att gå in i en depressiv fas. Depressionen i sin tur beskriver hon som

²⁰¹ SOU 1992:73

²⁰² Tideman 2000a

²⁰³ Naess modell. Se Sonnander 2000

²⁰⁴ för fördjupad diskussion se Tideman 2000b

att den berövar henne all kraft att ta tag i nödvändiga praktiska göromål som att hämta ut pensionen och betala räkningar:

Man får ju hålla i dem (pengarna) så att man slipper uppleva det där att nu har jag bara en 50-lapp kvar och det är en vecka kvar till lönen. För då blir jag så fruktansvärt deprimerad. Då skulle jag ta livet av mig om jag hade det på det sättet. Då kan man lika gärna dö. (Klient 8)

De två klienter som här har bidragit med sina erfarenheter av fattigdom pekar dels på att brist på pengar hindrar delaktighet i samhället och sociala relationer, dels på att bristen på pengar kan bidra till att individen blir sjuk.

Ombudens arbete kan utifrån empiriska resultat, beskrivas som ett ständigt arbete mot bristerna i levnadsnivån. När klientens levnadsvillkor förbättras, genom att hon t ex erhåller en bostad eller får en ordnad försörjning och levnadsnivån höjs, följs den av en förbättrad livskvalitet.

Bostadsfrågan

Ett annat vanligt förekommande problem som är nära knutet till försörjning och levnadsnivå gäller boende. Ombuden har kontakt både med människor som är uteliggare, d v s sover i trappuppgångar, på härbärgen etc, men även med människor som på grund av att de saknar egen bostad, flyttar runt mellan släktingar eller vänner och bor några nätter på varje ställe. Båda typerna av hemlöshetsberättelser förekommer i alla tre länen. I de många beskrivningarna om hemlösa klienter blir tre exkluderingsprocesser synliga: Den medicinska diskursens selektiva perception, omgivningens diskriminerande attityder till psykiskt funktionshindrade personer och människobehandlande organisationers rationalitet.

Exkluderingsprocesser

De tre ovan nämnda barriärerna för integration och normaliserade livsvillkor kan illustreras med följande exempel: En kvinna har under fyra års tid gått i regelbunden behandling på en psykiatrisk mottagning. Behandlingen har utgjorts av samtal och medicinering. Under hela denna tidsperiod har hon varit hemlös. När ombudet träffar kvinnan blir det ombudets uppdrag att ordna bostad.

Hon hade tillfälligt boende hos någon vän, det var bara det att den här vännen bodde i en av kommunens lägenheter och där får man inte ha någon inneboende, så att den här vännen fick ett ultimatum, att kasta ut den här kvinnan eller så blir du också av med lägenheten. Så den här kvinnan har varit bostadslös väldigt länge och ingen vill någonsin ge henne en bostad, så nu har hon bett mig att anmäla det här till länsstyrelsen och det har jag gjort. (Ombud 18)

Den behandlande läkaren och terapeuten har avskärmat kvinnans sociala situation från sina synfält och har inte tagit kontakt med socialtjänsten för en vårdplanering, vilket åligger psykiatrins ansvar i detta läge. De har anammat den rådande

diskursens snäva medicinska perspektiv på kvinnans problem. Diskursen fungerar som barriär på två sätt. För det första bestämmer den vad som är problemet och alternativa problembeskrivningar blir osynliggjorda.²⁰⁵ Diskursen åstadkommer en selektiv perception, och vad de professionella i exemplet tolkar som betydelsefullt väljs ut som bas att agera utifrån, medan annan information filtreras bort.²⁰⁶ Kvinnan möter en medicinsk diskurs som framställer hennes psykiska ohälsa som orsak till bostadslöshet och betraktar läkemedelsbehandlingen och terapin som adekvata insatser, medan de sociala behoven hålls helt dolda. För det andra saknar den medicinska diskursen språk för att analysera materiella behov och resurser och kan därmed inte uppmärksamma sådana brister.

Attityder till psykiskt funktionshindrade

Smith skriver om samhällets attityder till människor med psykisk sjukdom och vilka konsekvenser kategoriseringen som ”psykiskt sjuk” får för omgivningens förståelse av hur den som är psykiskt sjuk ska bemötas.²⁰⁷ Hon delar upp attityden till denna grupp i tre instruktioner: Den första är ”Finn ut på vilket sätt denna person inte går att förstå.” Ett sätt att göra detta är att skilja beteendet från sitt sammanhang. Den andra instruktionen är: ”Relatera inte till denna person som om du kunde se på världen på samma sätt”. Smith säger här att omgivningen inte går in i en ”vi-relation” som bygger på en delad omvärldsuppfattning med människor som lider av psykisk sjukdom. Den tredje och sista instruktionen säger: ”Ta inte vad hon säger på allvar. Gör det inte till något du måste agera utifrån”. Smith avslutar sitt resonemang med att konstatera att tillsammans gör dessa instruktioner det omöjligt för individen att fungera som ett agerande subjekt i vardagens möten med omgivningen. Utifrån fallbeskrivningen ovan kan särskilt den sista instruktionen ses som en förklaring till att kvinnan inte har fått hjälp till en bostad. Det hon säger anses inte så viktigt att det kräver handling av terapeuten och läkaren. Professionens tolkningsföreträdare av problemen väger tungt jämfört med kvinnans egen som undergrävs av att hon har en psykiatrisk diagnos.

Organisationers rationalitet

De flesta klienter har, redan när ombudet får kontakt med klienten, etablerade kontakter med psykiatrin, socialtjänsten eller försäkringskassan. Ändå förekommer det ofta att viktiga grundläggande behov inte tillgodoses. Det kan bero på att dessa organisationer för att hantera klienter så effektivt som möjligt skapar barriärer för integrering i sina strategier. I den sortering som organisationer gör av klienter i olika kategorier för att avgöra vilken uppsättning insatser klientens behov kan svara mot, sorteras behov bort som organisationen saknar insatser för att ta

²⁰⁵ Börjesson 2003 sid 21

²⁰⁶ Karlsson 2004

²⁰⁷ Smith 1990

hand om.²⁰⁸ Psykiatrin ansvarar inte för sociala behov som bostad efter avinstitutioniseringen. De yrkesverksamma använder här ett snävt verksamhetsperspektiv för att åstadkomma rationalitet i sin egen verksamhet. Det verkar dock rimligt att anta att resurserna i form av mediciner och samtalsbehandling som lades på denna patient är till ingen nytta. Hon saknar de grundläggande resurser, bostad, som krävs för att kunna tillgodogöra sig behandling.

Samtliga tre barriärer ovan får som konsekvens att kvinnans behov av bostad inte beaktas och faller helt utanför fokus. De bidrar till en exkluderingsprocess där hon genom organisationernas agerande läses in i en närmast total social deprivation.

Styrkan i dessa exklusionsprocesser framgår av att ombudets vanliga rolltagande som förhandlare inte var tillräcklig i denna situation. Ombudet måste tillgripa den speciella möjligheten att anmäla ett ärende för tillsyn hos länsstyrelsen, då ombudet uttömt de vanliga vägarna att skaffa bostad på bostadsmarknaden eller via ansökan om bistånd i form av bostad hos socialtjänsten. Ombudet tog i detta exempel istället på sig en ”rapportörsroll” och rapporterade missförhållande vidare till tillsynsmyndigheten.

Utestängning från hyresmarknaden

Ombuden uppger att människor med psykiska funktionshinder är illa sedda hyresgäster. De saknar oftast rekommendationer och intyg om skötsamhet. Ibland har de istället en historia där de har blivit avhysta på grund av klagomål från grannar, obetalda hyresräkningar eller andra problem. Sahlin skriver om boende och analyserar begreppet ”klara eget boende”. Detta begrepp har kommit att utgöra en ”social diagnos” på vilken målgrupp som ska få rätt till bostad genom socialtjänstens försorg. Kriterierna på att ”inte klara eget boende” är att man stör grannarna genom att föra oväsen, ha fester eller mycket folk boende hos sig, vanvårda lägenheten och att inte betala in hyran. Grupper som ofta betraktas tillhöra denna kategori är missbrukare och psykiskt sjuka människor. Sahlin gör här en liknande analys som den ovan av det medicinska perspektivets inflytande över hur behov av bostad betraktas. Hon säger att den psykiatriska diagnosen pekas ut som orsak till bostadslösheten och kan användas som argument för att en person inte behöver bostad utan istället har behov av hjälp med psykiska problem. I ett antingen eller perspektiv bortdefinieras klientens hemlöshet som ett problem. Sahlin kommer fram till att kategoriseringen att ”inte klara eget boende” riskerar att bli en dom där den enskilde inte får en andra chans, där den enskilde betraktas som skuld till och ansvarig för sin bostadslöshet²⁰⁹. Sahlin ger här en tydlig bild av vad som sker när problem individualiseras: Bostadsfrågan övergår från att vara samhällets ansvar och problem till att bli individens skuld och blir därmed avskri-

²⁰⁸ Hasenfeld 1983

²⁰⁹ Sahlin 1996

ven från dagordningen som föremål för insatser från samhället. Men i denna process omtolkas också den enskildes behov: Behovet av en fungerande bostad förvandlas här till behov av medicinsk behandling.

Ombuden möter ofta ett ifrågasättande av klientens förmåga, skötsamhet och betalningsförmåga. Ombudens utsagor innehåller långa beskrivningar om kontakter med socialtjänsten, kommunala och privata bostadsföretag, om många nej, både på ansökningar om bistånd och om det finns lägenheter att hyra. Ett ombud använde sig desperat av list:

Då ringde jag till slut till bostadsföretaget och presenterade mig med namn och frågade om man hade någon lägenhet. Jo, de hade både ett och tvåor, ska vi skicka över till dig. Då sa jag att ja, jag ringer egentligen för en klients räkning sa jag och sa hennes namn då. Då blev det tyst i andra änden. – Och jag undrar alltså finns det något vi kan titta på. (Ombud 16)

När så bostadsföretaget hade avslöjat sig lyckades ombudet förhandla sig till att få titta på en ledig lägenhet för sin klients räkning. Ombudet talar för klienten genom att garantera att klienten har kontakter som ser till att hon är skötsam och betalar hyran.

Då fick jag ju börja tala om och det fick jag för den här tjejen, det hade vi talat om att jag måste säga som det är, utan jag berättade att hon hade kontakt med mig, hon hade kontakt med boendestödare och socialtjänsten och ska ni ge en lägenhet till någon så här är ju en tjej som verkligen är uppföljd och har mycket stöd. (Ombud 16)

Klienten fick till slut en lägenhet genom ombudets intensiva övertalning och förhandling med bostadsbolaget, men när klienten själv någon vecka tidigare hade kontaktat bostadsbolaget fanns inga lediga lägenheter. Klienterna ger flera berättelser om att försörjning och bostad löser sig först när ombudet hjälper till och kan bekräfta klientens uppgifter eller fungera som en ”garant” för att klienten har kontakter som ser till att förmågan att ”klara eget boende” kan tryggas. De organisationer som har medlen för att tillgodose behov hos klienterna verkar främst genom att undvika att överhuvudtaget möta klienten. Tidigare när individer inte ansågs kunna klara eget boende, kunde de omhändertas av institutionsvården. Avinstitutionaliseringens krav på anpassning till integrerat boende möter hinder i alla kommuner i de tre länen.

Ombuden upplever att det är en tung uppgift att hjälpa klienter till bostad när klienter är bostadslösa. Deras egen ångest ökar när de vet att klienter saknar tak över huvudet. Ett ombud hade kontakt med en ung klient som inte hade någonstans att bo efter att han blivit hotad och fått lägenheten vandaliserad av ett ungdomsgäng:

Vi tog kontakt med socialförvaltningen och de kunde inte erbjuda något annat än att bo på vandrarhemmet. Det tordes inte min klient. Vi åkte till psykiatrikliniken där de säger att vi kan inte skaffa bostad åt dig för att du har blivit nerslagen. Han beskrev ändå att han för illa och jag försökte att beskriva hur hela scenariot hade varit men han fick inte träffa eller bli inlagd heller då. .../.../ Han fick bo hos systemen då. Hade inte hon tagit emot honom vet jag inte vad jag hade gjort. Jag har aldrig känt mig så, jag kände att här är jättesvårt att vara ombud. När personer far så illa och det finns ingen lösning. När ingen kan hjälpa till. Jag kan känna att jag kanske skulle gått på socialförvaltningen hårdare att de skulle ordnat något annat boende för honom....Jag kan känna att det var väldigt lätt att säga att han skulle bo, de har erbjudit honom plats, men inte tagit någon hänsyn till hur han mätte och situationen som den är. (Ombud 1)

Ombudet uttrycker här hur ensam och utlämnad hon upplever sig i sin situation som ombud. Själv har hon som ombud inga resurser att förmedla till sin klient, hon måste vända sig till ansvarig myndighet och få dem att agera. Hon lyckas inte få gehör för klientens specifika behov av bostad hos den ansvariga myndigheten, som istället tilldelar bostad efter sitt utbud. I detta läge vände hon och klienten sig till det sociala nätverket, som trädde in. Det är dock inte bara så att ombuden i dessa situationer ofta känner sig lämnade med ett ansvar att hjälpa klienten. Omgivningen kan också lägga på ombuden ansvar och uppdrag för att agera. Ett ombud berättar om en klientkontakt som varat under nästan två år och där boendefrågan hela tiden aktualiserats då bostad inte har gått att ordna:

Vi kämpade som djur för att få någon ordning på det här med hennes boende och vi hade kontakt med boendesamordnaren och vi försökte få socialen öppen för att de skulle hjälpa henne på olika sätt, men det har vi inte lyckats med./.../ Nu har vi alltså efter ett och ett halvt år, där klienten bott nu ganska länge under en presenning, under en båt, ansett att det här går inte längre. Folk ringer till oss och är upprörda, varför gör ni ingenting. Mamman ringer till oss och gråter. En f d bekant ringer och är vansinnig och vi blir attackerade från alla håll och kanter att vi måste göra någonting. Och det har vi också gjort, vi vet var klienten befinner sig, klienten befinner sig i ett förråd där klienten egentligen inte får bo. Vi har fått till stånd ett nätverksmöte med psykiatri, med omsorgen, med socialen...(Ombud 5)

Ombudet beskriver det avslutande skedet i en flerårig process för att åstadkomma en bostad till klienten. I denna process har ombudet med hjälp av en kollega som också är ombud drivit klientens bostadsbehov. De har haft kontinuerlig kontakt med klienten och upprepade gånger aktualiserat klientens bostadsbehov hos socialtjänsten utan att nå någon lösning. De har nu kallat till nätverksmöte och tagit på sig ansvaret för att få tillstånd en lösning. Också klienten har lagt på ombuden en uppgift att ordna bostad. Klienten har inte tidigare velat ha kontakt med socialförvaltningen, vilket kan betraktas som en förklaring till socialförvaltningens passivitet. I detta läge har nu klienten givit ombudet i uppdrag att företräda sig inför myndigheter som socialtjänsten och psykiatri för att få tillstånd en bostad.

Ombudet upplever sig i detta ärende trängd från flera håll, av myndigheternas ovilja att agera i ett komplicerat ärende, av omgivningen som anser att det är ombudets ansvar att ordna en bostad, av klienten som vill ha en bostad men vägrar ha kontakt med de myndigheter som kan bistå med dessa resurser och av sitt eget bristande handlingsutrymme, då ombudet varken besitter egna resurser, såsom bostäder, att fördela till bostadslösa klienter eller medel att få ansvariga att skrida till handling.

Differentiering av boendeformer

En annan problematik som också lyfts i citaten ovan är att de personer ombuden kommer i kontakt med har behov av mycket olika boendemiljöer och stöd. Boendet måste anpassas efter individen. Ett ombud berättar om att hon har hjälpt en klient att ansöka om särskilt boende därför att klienten vill ha och anser sig behöva stöd dygnet runt. Den aktuella kommunen har dock inte några boenden som kan erbjuda stöd för psykiskt funktionshindrade dygnet runt, varför klienten fick avslag på sin ansökan. Ombudet hjälpte klienten att överklaga beslutet till länsrätten med syftet dels att åstadkomma ett beslut till stöd för klientens önskemål och behov, dels för att påvisa en strukturell brist (systemfel) på stöd i boende. Klienten blev kvar på en psykiatrisk avdelning under flera månader i brist på lämplig boendeform. En annan klient berättar att han har blivit vräkt ett antal gånger och tvingas att flytta runt mellan bekanta och vänner, medan ombudet söker bostad hos privata hyresvärdar och kommunala bostadsbolag. Klienten har ansökt om och fått avslag på ansökan om bistånd i form av bostad hos socialtjänsten. I ytterligare ett fall där klienten, efter att ha blivit vräkt från en lägenhet, har levt i kappsäck hos bekanta och stundtals helt utan tak över huvudet, berättar ombudet att klienten och hon kom fram till att den bästa lösningen på bostad vore en stuga på landet med isolerat läge där klienten kan få leva som han vill utan att grannar klagar. Enligt Sahlin inkluderas i begreppet ”klara eget boende” även att klara av att leva upp till de sociala normer som råder där man delar port med andra och där ljud hörs genom väggarna. I ett hus på landet utan grannar är kraven på anpassning till sociala normer annorlunda än i ett hyreshus.²¹⁰ De behov av skraddarsydda lösningar som uppkommer kräver viss uppfinningsrikedom av socialtjänsten. Det finns i intervjumaterialet flera skildringar av socialtjänstemän som har lagt ned ett stort arbete på att ordna särskilda boendemiljöer efter klientens behov och önskemål, varav exemplet ovan är ett. Det finns dock också många exempel från intervjuerna på socialförvaltningar som rutinmässigt avslår ansökan om bostad med särskild service och bortser från socialtjänstens uppgift att tillförsäkra människor en grundtrygghet och skäliga livsvillkor.

²¹⁰ Sahlin 1996

Boendestandard

Klientintervjuerna, som huvudsakligen har skett i klienternas hem, har också erbjudit en möjlighet att observera boendestandarden för ombudens klienter. I de flesta fall har bostäderna legat i bostadsområden som har låg status. En del lägenheter har varit nyrenoverade och fräscha, men en del har varit helt nedslitna. Flera klienter har uttryckt att de trots att de har hemtjänst eller boendestöd ändå inte har någon som hjälper dem att byta gardiner eller att göra boendet mer trivsamt. Några intervjubesök har skett i särskilda boenden för psykiskt funktionshindrade personer. Standarden på dessa lägenheter spänner från nya, välutrustade lägenheter till lägenheter av extremt låg kvalitet. En kvinna bodde i ett särskilt boende där hennes lägenhet inte har renoverats på de sista 30 åren. Korridoren till lägenheten var lång och mörk, med klotter och hål på väggar och dörrar. På golvet låg skräp i högar. I kvinnans lägenhet fanns ett sovrum med en säng och ett kombinerat vardagsrum och kök, i vilket fanns en trasig soffa, ett slitet soffbord och en tom bokhylla. När kvinnan ville bjuda mig på kaffe, måste personalen komma med en kopp till mig, då hon bara ägde en. När hon behövde en sked att röra ut sockret med visade det sig att hon bara hade en matsked som hon åt gröt med på morgonen. Kvinnan berättade att hon vantrivdes i denna miljö och ville flytta därifrån. Hon har bitt ombudet om hjälp med detta, men hon gav samtidigt uttryck för uppgivenhet och hon trodde inte att det skulle vara möjligt för henne att få någon annan bostad. (Klient 7)

Detta exempel visar på en livssituation som är socialt nedbrytande eller i hög grad är depriverande, med Townsends ord²¹¹. Klienten har en bostad men den erbjuder inte de resurser som krävs för att individen ska kunna delta i sociala aktiviteter och följa samhällets konventioner i övrigt. Bostaden erbjuder inte möjligheter att ha ett socialt umgänge och den avviker starkt från normal boendestandard.

Ett väsentligt antal av de människor som blir klienter hos ombuden tillhör en grupp som kan vara i avsaknad inte bara av bostad, utan också socialt nätverk, och ordnad försörjning. Det finns i ombudens och klienternas egna beskrivningar tydliga tendenser på att klienterna exkluderas från samhällets resurser. Denna exklusion kan ha sin grund i processer där problemen betraktas som individuella och skapade av psykisk sjukdom. Problemen ses som orsakade av individens brister, därifrån kan steget vara kort till att lägga skulden för problemen på individen. Detta kan möjligen vara en förklaring till att psykiskt funktionshindrade erbjuds tak över huvudet i särskilda boenden i en socialt nedbrytande miljö.

²¹¹ Townsend 1979

Konturer av yrkesrollen

Ombuden beskriver sitt arbete som att höja sina klienters livskvalitet, vilket betyder att klientens individuella upplevelse sätts i centrum. Det rent konkreta arbete som de utför handlar dock mer om att höja klienternas levnadsnivå genom att i en förhandling med myndigheter tillföra fler resurser till den enskilde. Detta arbete innebär ofta en kamp, där strategier som list och kontakter med ledamöter ur den egna ledningsgruppen utnyttjas. Ombuden agerar på ett individuellt plan för att förhindra eller bryta exklusionsprocesser, när de har en funktion som förhandlare om sina klienters sociala rättigheter, såsom bostad och försörjning. När inte förhandlarfunktionen räcker till, vilket kan inträffa då ombudet inte får tillgång till organisationerna för att föra en dialog, kan ombuden istället fullgöra en rapportörsfunktion. Denna funktion anknyter till det strukturella uppdraget, att peka på återkommande brister i välfärdssystemet. Ombudens mandat i denna funktion, som rapportör, används då till att anmäla missförhållanden till ansvariga på högre nivå.

8 Brister i interaktion: hur klienter får stöd

I föregående kapitel betraktade jag några av de mest pregnanta problem som beskrivits av ombud och klienter. Jag kunde visa på att hanteringen omgärdades av tvivelaktigheter i attityder och bemötanden när man lyssnar på ombudens skildringar. I detta kapitel lyfts frågan om attityder och bemötanden upp till en mer allmän analys.

Bemötande

Bemötande är ett begrepp som ofta används både i praktisk verksamhet och i det byråkratiska språket. Bemötande av människor med funktionshinder har varit föremål för en SOU-rapport: Lindqvists nia.²¹² Lindqvist har låtit göra en genomgång av definitioner gällande bemötande. Han ansluter sig till en bred tolkning där bemötande omfattar hur vi beter oss mot varandra i mötet oss människor emellan. Bemötande omfattar människosyn och hur vi förhåller oss till varandra. Bemötande omfattar också de attityder och värderingar som råder i samhället, hur synen på människor med funktionshinder förmedlas i lagstiftning och hur resurser fördelas. Detta påverkar hur allmänheten och även myndighetspersoner ser på människor med funktionshinder. Därmed är bemötande ytterst en medborgarfråga för Lindqvist. I linje med Lindqvists breda definition används här ”bemötande” med syftning på dels en personlig relation mellan två individer, dels en strukturell företeelse som uttrycker samhällets attityder till den enskilde.

Skam

I samband med diskussion om begreppet bemötande blir också begreppet ”skam” centralt. Cooley, en av förgrundsgestalterna för ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv, utvecklade begreppet ”spegeljaget” vilket har en direkt koppling till skam. Spegeljaget är: för det första hur vi föreställer oss att vi framstår för den andra personen, för det andra vad vi tror om den personens bedömning av oss och för det tredje någon sorts självkänsla, stolthet eller dess motsats, skam.²¹³ Skamkänslan uppstår när vi tror att vi tonar fram negativt i den andres ögon. Scheff och Retzinger beskriver ”skam” som en överordnad emotion, som uppstår när vi ser oss negativt med den andres ögon, också om det bara är en aning negativt, eller om det bara är hur vi föreställer oss att vi kommer att bli betraktade, men ännu inte är betraktade. Förlägenhet och att känna sig kränkt är enligt Scheff och Retzinger upplevelser av skam. Scheff och Retzinger har byggt teorin om skam på Goffmans arbeten. Goffman har bidragit till att utveckla skammens betydelse i interaktionen, även om han talade om förlägenhet (embarrassment). Han pekade på att i all interaktion är förlägenhet eller föreställning om förväntad för-

²¹² SOU 1999:21

²¹³ Scheff & Retzinger 2005

lägenhet närvarande, den är del av vår vardagliga interaktion. Vidare visade Goffman hur alla är känsliga för negativa omdömen och gör sitt yttersta för att undvika att bli förlägna genom att visa sig från sin bästa sida.²¹⁴ Goffman har annars framförallt använt begreppet ”stigma”. Skillnaden mellan stigma och skam, som jag tolkar det, är att stigma är ett attribut som är starkt misskrediterande och pålagt individen utifrån, medan skammen är en negativ känsla, en upplevelse inom individen som botten i att tolka in omgivningens negativa bemötande.²¹⁵ Känslan av skam kan uppstå ur upplevelsen av att vara stigmatiserad.

Skam har enligt Scheff och Starrin förmåga att befästa social underordning och ojämlikhet genom att man övertar negativa och fördomsfulla uppfattningar om sig själv. Scheff och Starrin hävdar att passivt accepterande av orättvisa kan böttna i skam som de underordnade klasserna upplever i förhållande till de överordnade och att ”den sociala differentieringen av klasser i styrande och styrda inte bara vilar på kontrollen av makt utan också på skammens kollektiva dynamik.”²¹⁶ Detta innebär att skamkänslan är verksam inte bara i ett möte mellan två individer utan också på en strukturell nivå där individen betraktas som kategori, inte som en person, och denna kategori kan betraktas negativt ur ett samhällsperspektiv. Genom att individen upplever denna stigmatisering väcks hos denne en känsla av skam. Scheff och Starrin tar exemplet fattigdom och refererar till Sennet som visar att beroende betraktas som något skamligt i vår tid, att vara beroende av samhällets välfärdsstöd innebär att betraktas med misstänksamhet och som en samhällsparasit.²¹⁷ De visar också på studier som belyst att känslor av skam och förnedring är vanliga känslor hos personer som är beroende av socialbidrag för sin försörjning.²¹⁸ Blomberg och Petersson har utvecklat en diskussion om hur stigma påverkar nyttjande av sociala rättigheter. Personer kan välja att inte nyttja de delar av socialpolitiken som är riktade (exempelvis ekonomiskt bistånd) av rädsla för att bli stigmatiserade.²¹⁹

Scheff och Starrin pekar också på att underordnade grupper är extra utsatta för skam därför att den läggs på utifrån i en skambeläggning (hån, ignorans och förakt från omgivningen) och utvecklas till en skamkänsla via individens eget inre referenssystem. Skambeläggande kan göra människor oförmögna att uppfylla sociala roller. De hävdar sammanfattningsvis att underordningens skam utmärks av att personliga förtjänster ignoreras och all uppmärksamhet riktas mot personliga brister. När personer i stigmatiserade kategorier skäms över sin position kan det leda till en permanent undervärdering av den egna personen och en övervärdering av andra personer. På detta sätt kan skamkänslan bidra till att befästa och

²¹⁴ Scheff & Retzinger 2005, Goffman 1963

²¹⁵ Definitionen av stigma är hämtad ur Goffman 1963

²¹⁶ Scheff & Starrin 2002 sid 179

²¹⁷ Scheff & Starrin 2002 sid 179, Sennet 2000

²¹⁸ Starrin & Kallander Blomqvist 2001 Starrin och Jönsson 2000

²¹⁹ Blomberg & Petersson 1999 sid 157 ff.

reproducera ett ojämlikt samhälle.²²⁰ Av beskrivningen ovan tolkar jag Scheff och Starrin så att man får skilja på skambeläggning och skamkänsla. De ingår båda i en skamprocess där skambeläggning sker utifrån, även om det endast är individen som upplever att hon betraktas negativt. Skambeläggningen sker genom att individen uppfattar att hon betraktas negativt av den andre, och detta genererar fram en skamkänsla hos individen.

I ombudens och klienternas beskrivningar av skamupplevelser i möten framkommer att individen upplever skamkänslor dels på ett övergripande plan som handlar om hur man känner sig bemött av välfärdssystemet, dels i individuella möten när professionella tjänstemän visar nedvärderande attityder.

Skamupplevelse vid möte med välfärdssystemet

Nedanstående klientberättelse kan tjäna som typexempel på de problem som klienter möter och som bildar ombudens arbetsuppgifter. Exemplet belyser samtliga tre problemområden som analyserats i de två föregående och i detta kapitel, det vill säga klienters brist på försörjning och utsatthet för fattigdom, bristande omsorg och interaktion. Här analyseras beskrivningen som exempel på en skamupplevelse utlöst av välfärdssystemet:

En kvinna saknade försörjning helt och sökte ekonomiskt bistånd hos socialtjänsten som krävde att hon först skulle visa att hon var arbetssökande för att få bistånd. Arbetsförmedlingen gjorde vid hennes besök bedömningen att testet visade att hon inte var arbetsför på en halvtid, vilket var kravet för att hon skulle få hjälp av dem. Klienten och ombudet bokade då en läkartid för att efter detta utlåtande från arbetsförmedlingen få en bedömning om hon kunde ha rätt till sjukersättning. Läkaren gjorde dock bedömningen att hon inte var tillräckligt sjuk för att bli sjukskriven. Klienten ansågs inte vara berättigad till hjälp någonstans. Ombudet ordnade då ett nätverksmöte med läkaren, arbetsförmedlingen och socialtjänsten:

”Det var rätt kul, för ingen av de här tre var ju medvetna om vad var och en hade sagt och där sitter denna lilla person och bara blir skickad hit och dit.” (Ombud 20)

Ovanstående citat försöker belysa hur klienten möter ett gemensamt budskap från välfärdssystemet: du är inte berättigad till insatser. Det bemötande hon får från dessa tre myndigheter innebär ett underkännande av hennes rätt till och behov av grundtrygghet. Därmed underkänner tjänstemännen även hennes människovärde. Hon avvisas och myndigheterna undandrar sig sitt ansvar genom att ge värdelösa råd- hänvisar utan ”tackning”, m a o de försäkrar sig inte om att klienten får hjälp. Vid intervjun berättar kvinnan vidare hur nedslående hon upplevde bemötandet. Hon mådde mycket dåligt länge och drog sig undan kontakterna med myndigheter helt. Det ledde till att skulderna växte och hon mådde ännu

²²⁰ Scheff & Starrin 2002 sid 183

sämre (Klient 1). Detta exempel tydliggör hur känslor av skam, som uppstått genom myndighetspersoners sätt att bemöta henne, fick denna kvinna att må dåligt och hindrade henne från att åter gå in i den sociala rollen som klient hos en myndighet. Det orsakade henne ekonomiska problem, då den skamkänsla hon kom att förknippa med sin person i det tidigare mötet hindrade henne från att återigen utnyttja sin rättighet att ansöka om ekonomiskt bistånd. Skamkänslan kan här få två konsekvenser, dels förändrar den personens självbild, hon ansåg sig inte längre värdig att få bistånd, dels blir själva mötet med myndighetspersoner förknippade med de starka olustkänslor som vidlåder skamupplevelsen. Ombudet påtog sig funktionen att företräda henne så att hon själv slapp att närvara. Genom sitt företräderskap bekräftar ombudet klientens rätt att söka bistånd och företräderskapet innebär att klienten själv slipper konfronteras med olustkänslor kopplade till skambeläggning.

Detta exempel belyser också den moraliska aspekten av bedömningar i den människoförmedlande funktionen i Hasenfelds typologi.²²¹ Socialförvaltningens klassificerande bedömning bygger på att klienten inte är berättigad till hjälp förrän arbetsförmedlingen accepterar individen som arbetssökande. Detta innebär att en människobehandlande organisation har lämnat över klientbedömningsprocessen till en annan organisation för att denna ska sortera mellan berättigade och icke berättigade. Den moraliska underlåtenheten kommer till uttryck i att socialförvaltningen inte tar kontakt med arbetsförmedlingen för överläggningar. Detta snäva verksamhetsperspektiv tjänar i min tolkning av skeendet syftet att begränsa och rangordna vilka individer som i första hand ska få hjälp.

En strukturell bemötandeproblematik kan också handla om att ständigt bli utsatt för en kritisk granskning. När människor behöver hjälp och söker bistånd ska myndigheten bedöma om individen har behov av och har rätt till bistånd från myndigheten. En intervjuad kvinna (Klient 11 nedan) som önskar meningsfull sysselsättning måste gå igenom en sådan biståndsbedömning och hon finner det kränkande att någon annan ska avgöra om hon behöver sysselsättning:

Jag tycker inte att någon ska komma och tala om för mig vad jag mår bra av och vad jag behöver, det vet jag bäst själv. Det är kränkande att de ska skriva om mig och ta beslut på ett papper. Jag har varit med för länge för att acceptera att någon ska bestämma över mina behov. (Klient 11)

Denna klient uttrycker att hon känner sitt eget värde och sina egna behov. Hon uppfattar socialtjänstens behovsbedömning som kränkande och nedvärderande av hennes egen bedömning och ytterst hennes människovärde. Ombudet fick i uppdrag av klienten att försöka ordna sysselsättning utan att hon skulle behöva genomgå någon biståndsbedömning. Ombudet diskuterade fram en lösning med socialsekreteraren som innebar att klienten skulle få sysselsättning utan bistånds-

²²¹ Hasenfeld 1983 sid 4 f

beslut. Ombudet tog därefter med klienten runt på studiebesök till olika kommunala verksamheter för att finna lämplig sysselsättning.

Klienter ger också uttryck för att de upplever skam inte bara i det budskap som välfärdssystemet skickar ut, de kan också uppleva detta i varje enskilt möte med professionella myndighetspersoner.

Skamupplevelse vid individuellt bemötande

Många klienter berättar om hur de bemöts vid det enskilda tillfället när de söker hjälp av professionella myndighetspersoner. De har begärt hjälp av ombudet för att våga möta läkare på vårdcentralen och på psykiatriska mottagningar, handläggare inom socialtjänsten, boendestödspersonal eller andra professionella i enskilda möten. Klienterna har givit uttryck för att de ofta bär med sig en känsla av skam inför att be om hjälp och de har dessutom erfarenheter av att ha blivit utsatta för förödmjukelser från tidigare möten och dessa känslor bär de med sig in i nya möten med myndighetspersoner. Nedan ges tre exempel på bemötandesituationer där klienter har känt sig kränkta och nedvärderade. Dessa exempel är från möte med god man, socialsekreterare och läkare. Exempelen diskuteras därefter utifrån ombudets betydelse för skamupplevelser.

En klient ville ha hjälp av ombudet att tala med sin gode man då hon aldrig fick någon redovisning av hur mycket pengar hon hade. Ombudet kallade till ett möte med god man, men god man vägrade komma. Någon redovisning behövdes inte eftersom det såg likadant ut varje månad, menade god man. Ombudet kontaktade då överförmyndaren för att få hjälp att komma till tals med den gode mannen. Efter ett antal kontakter fick ombudet ett möte till stånd med god man och berättar:

Vi blev fruktansvärt dåligt bemöta. Hon pratade över huvudet på klienten och hon kunde inte fatta varför min klient ville ha det på det viset. Där var det inte så lätt som ombud, jag såg på min klient att hon var oerhört nervös och att ta det på ett smidigt sätt så att det skulle bli bra, det var ändå det som var vitsen med mötet. Jag försökte stötta min klient och vi hade gjort upp tidigare vad hon ville säga. Till slut gick god man med på att lämna rapport en gång i månaden – ”vad det ska vara bra för men jag får väl göra det nu då”. Vi frågade också vad det kostar att ha god man, men det svarade hon inte på, ”–Det får ni väl prata med överförmyndaren om. Jag frågade om hon kunde upplysa om vad det kostar. Det hör väl inte hit tyckte hon –”Det gör det väl i allra högsta grad när klienten själv betalar”. – Ah, hon betalar väl ingenting! (Ombud 1)

Ombudet fick därefter höra från sin chef att överförmyndaren hört av sig och undrat vem som springer runt och klagar på gode män. Överförmyndaren tyckte att det var svårt nog att få tag i gode män överhuvudtaget.

En annan klient berättar att hon ville ansöka om bistånd i form av kläder hos socialtjänsten, då hon bara hade ett par byxor, som dessutom var trasiga, och inga riktiga skor, bara ett par tofflor.

”Men, nej, det vägrade de att hjälpa mig med för de hade så mycket att göra hela tiden och – vi är för lite folk, sa hon” (Klient 1)

Klienten berättar att hon fick detta svar i väntrummet, muntligt direkt och utan något skriftligt avslag på sin ansökan. Hon tog inte ytterligare kontakt med socialtjänsten i detta ärende, därför att hon upplevde att det var så obehagligt att bli betraktad som ytterligare en besvärlig och krävande klient. Detta är ett exempel på hur individen inte ytterligare kräver sina rättigheter, mycket därför att hon upplever sig som en parasit och känner skam när hon ber om hjälp.

Ytterligare en berättelse handlar om en klient som önskar en behandlingsvistelse på ett behandlingshem där hon varit en gång förut och upplevt att hon blivit hjälpt. Klienten har bitt ombudet att följa med för att få en remiss av läkaren på psykiatriska kliniken, som har givit henne en annan diagnos än den som hon fått på behandlingshemmet. Ombudet berättar:

”Vi hade ett möte med chefsöverläkaren på psykiatriska kliniken och där klargjorde han klart och tydligt. Han slängde fram budgeten framför näsan på henne och sa att det finns inga pengar till det. Du får godta den vård som finns på hemmaplan. (Ombud 1)

De två första exemplen antyder att god man respektive socialsekreteraren begår formella fel. God man har skyldighet att informera sin klient om allt som rör dennes situation och socialsekreteraren är skyldig att öppna ett ärende och utreda alla ansökningar om ekonomiskt bistånd. Båda dessa fall tyder på en bristande professionalitet i myndighetsutövningen, som dessutom kan leda till brister i rättssäkerheten för individen.

I det tredje exemplet har läkaren ett tolkningsföreträde i sin kliniska bedömning av patientens tillstånd och patienten kan inte överklaga en läkares diagnos och behandlingsförslag enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, vilket är möjligt med sociala insatser enligt Socialtjänstlagen. Däremot ska en rehabilitering planeras tillsammans med patienten. Fortsättningen på denna berättelse är att ombudet ger läkaren budgeten tillbaka och ber honom lägga undan den så att de kan diskutera sakfrågan. Samtalet utvecklade sig till en förhandling mellan ombud och läkare, där läkaren visserligen stod fast vid att det fanns behandling att få vid hemmakliniken som var fullgod, men att han skulle kunna bekosta en tredjedel av kostnaden för vistelsen på behandlingshemmet om kommunen och försäkringskassan betalade de övriga två tredjedelarna. Ombudets uppgift blev fortsatt att förhandla vidare med kommunen och försäkringskassan för att ordna finansieringen. Detta lyckades efter ett antal samtal.

Skammens effekter

Klienterna har i dessa exempel blivit uttalat bedömda som icke berättigade, och har inte erkänts grundläggande rättigheter såsom försörjning. Klienter har också uppfattat att de begär för mycket och inte har rätt till de insatser de ansökt om.

De har uppfattat att de är oönskade hos myndigheten och att de ställer icke berättigade krav. Konsekvenserna av denna avvisande inställning och negativa bedömning har i flera fall blivit att klienten inte tar ytterligare kontakt med samma myndighet och drar sig för att ta kontakt med andra myndigheter. Därmed ansöker de alltså inte om de rättigheter och insatser som de kan ha rätt till. Klienterna riskerar att på grund av känslor av skam bli mycket modesta i sina krav på hjälp. På så sätt kan skammen bidra till att hålla kvar människor i utsatta livsvillkor.

Ombudets betydelse för bemötande och skamupplevelse

Klienternas berättelser är samstämmiga när de berättar hur samspelet med myndigheter påverkas av ombudets närvaro. När ombudet följer med blir klienterna med ens hörda, tjänstemannen lyssnar och klienterna får oftare, om än inte alltid, den hjälp de har ansökt om. Ombudet som följde med på läkarbesöket kunde hjälpa sin klient genom att förhandla med läkaren och skapa ett tillmötesgående av klientens önskemål, trots att det inte fanns någon möjlighet att diskutera läkarens bedömning av behandling och ombudet inte kunde hävda att klienten hade rätt till den behandling som klienten önskade. Klient och ombud har oftast i förväg bestämt hur ombudet skall agera, om det räcker att vara moraliskt stöd eller om ombudet också skall föra talan. Ombudet fyller också en viktig funktion genom att lyssna på vad tjänstemannen säger och att efteråt kunna diskutera det med klienten, ombudet blir ett vittne. Det har hänt de flesta ombud att de inte har blivit insläppta när de har följt med klienten till ett läkarbesök eller till handläggare hos socialtjänsten. Ombuden har då tolkat avvisningen som ett upplevt hot mot tjänstemannens professionella integritet. Tjänstemännen verkar ha känt sig hotade av deras närvaro, menar de.

En klient berättar att ombudet har lärt henne strategier för hur hon ska tänka inför möten med myndigheter som hon finner obehagliga. Hon behövde hjälp med såväl försörjning som bostad varför ombudet bokade ett möte med handläggare hos socialtjänsten. Klienten berättar att hon inte vågade gå in genom socialförvaltningens dörr (Klient 19). Ombudet och klienten blev sittande utanför på en bänk. Ombudet försökte gjuta mod i henne genom att ytterligare en gång gå igenom exakt vad som skulle diskuteras och sade dessutom att: ”vi går ut när du ger tecken att du inte orkar mer och kom ihåg att om en halvtimme är det över, då är vi ute här igen.” (Klient 19) Denna klient har efter detta möte haft ett antal möten med myndighetshandläggare och hon upplever att hon av sitt ombud har lärt sig hur man ska tala med myndighetspersoner och vilka rättigheter hon har. Klienten har vid tiden för intervjun avslutat kontakten med ombudet eftersom hon anser att hon mår bättre och har lärt sig så mycket av ombudet att hon nu kan praktisera sina kunskaper på egen hand. Hon använder sig fortfarande, vid möten som hon upplever som obehagliga, av den ovan beskrivna strategin att i

förväg tänka igenom ett möte och inom vilken tidsrymd det kommer att vara över.

Konturer av yrkesrollen

Ombuden kan i dessa fall sägas ha en funktion som försvar för individens inre självkänsla. Genom att tala för klienten upprätthåller ombudet och ger stöd för klientens egenbild av att ha rättmätiga behov och krav. Denna funktion förefaller minska känslan av skam. Ombudet kan också i sin företrädarfunktion överta de situationer där klienten upplever skam och förhindra att klienten ytterligare exponeras för de olustkänslor som skapas där. I kontakten med klienten kan också ombudet förmedla ombudens förhållningssätt och strategier som i ett exempel här innebär att klienten åter vågar utsätta sig för att möta bilden av sig själv i myndighetspersoners ögon. Ombuden kan då få en funktion att bryta exklusionsprocesser där individer inte utnyttjar sina rättigheter på grund av den skamkänsla som medföljer utnyttjandet.

9 Den strukturella uppgiften

I avhandlingens inledning gav ett ombud uttryck för vad hon uppfattade som syftet med personligt ombud – att åstadkomma en skillnad för psykiskt funktionshindrade personer och att syftet i grunden inte är det individinriktade arbetet. Hittills har endast det individinriktade arbetet analyserats. Detta kapitel ägnas åt det som ombuden kallar ”systemfelen” och som jag föredrar att kalla den strukturella uppgiften för att tydliggöra släktskapen med en redan befintlig samhällsarbetestradition.²²²

Ombudens strukturella arbetsuppgift och ansvarsgränser

I min studie framträder ett mönster av att ombuden hitintills lagt mest tid på och vikt vid det individuella uppdraget, att stödja enskilda klienter. Det hindrar inte att de har ägnat mycket tankemöda åt hur det strukturella uppdraget ska gestalta sig. Detta uppdrag finns dock inte angivet i Socialstyrelsens riktlinjer för personligt ombudsverksamheter²²³. Det har utvecklats under implementeringen av reformen. Detta har kommit att innebära att personliga ombud har i uppdrag att rapportera systemfel direkt till Socialstyrelsen och förväntas bedriva någon form av strukturellt arbete. Denna förväntan riktas mot ombudens yrkesroll från ombuden själva,²²⁴ men också från andra aktörer i deras omgivning. En ledningsgruppsledamot som under lång tid arbetat med gruppen psykiskt funktionshindrade personer i kommunal verksamhet berättar om sin reaktion när hon fick beskedet att kommunen skulle anställa personliga ombud:

Det var ett jättebyft och jag kände att jag fick mina funderingar lite bekräftade genom att jag jobbat som projektledare för psykiatrireformen här i kommunen då och där det då också framkom att det finns stora, stora brister för den här målgruppen. Då tänkte jag att det är nog ändå så att vi inte har lyckats, vare sig kommun eller landsting att se till att de här personerna har fått det de har behövt... Så då tänkte jag att YES, nu kommer det då. (Ledningsgruppsledamot 5)

Den strukturella uppgiften, ”systemfelen”, har sitt ursprung i Socialstyrelsens utbildningsmaterial och beskrivs 2002 på följande sätt:

Påtala brister inom de offentliga systemen för att undvika att ansvaret faller mellan stolarna och att den enskilde inte får sina behov tillgodosedda.²²⁵

I en utbildningsskrift från 2003 utvecklas uppdraget kring systemfelen tydligare:

²²² För definition av samhällsarbete se Turunen 2004

²²³ Socialstyrelsens meddelandeblad 14/2000

²²⁴ Se det inledande citatet i avhandlingen

²²⁵ Socialstyrelsen 2002 s 10

En ytterligare följd av arbetet är att man som ombud börjar se mönster och sammanhang i de olika "systemfel" i de olika organisationernas övergripande uppdrag som gör att psykiatrireformens målgrupp inte får sina behov tillgodosedda utan tenderar att "falla mellan stolarna". Ombuden har på sätt och vis ett trefaldigt uppdrag: stödja och bistå klienter, skapa kunskap om och förutsättningar för att utveckla det lokala arbetet i de offentliga organisationerna och uppmärksamma mer generella systemfel i uppgifts- och arbetsfördelning för dessa organisationer. Det kommer att krävas minst tre saker för att lyckas: för det första en konsekvent och genomarbetad metodik i arbetet för att bli så effektivt som möjligt för uppdraget, för det andra lokala ledningsgrupper som har förmåga, mandat och vilja att bana väg för det arbetet och stödja förändringsprocesserna (ombudsarbetets lokala förändringsuppdrag) för det tredje att de olika systemfel som identifieras analyseras, bearbetas och sammanställs så att nödvändiga förändringar av styrsystemen initieras. Det är ombudsarbetets centrala förändringsuppdrag. För de två senare uppgifterna behöver ombuden en fungerande och effektivt arbetande ledningsgrupper som de kan samarbeta med.²²⁶

I texten formuleras de förväntningar som knyts till ombudsverksamhetens potential att förändra hur välfärdssystemet möter individer och fördelar resurser, men i texten läggs också ett ansvar på ledningsgruppen att samarbeta med ombudet kring dessa frågor. I beskrivningen av ombudets arbetsuppgifter omtalas systemfelen som ett av tre förändringsuppdrag. Personer med samhällsvetenskaplig utbildning ser i detta den klassiska uppdelningen av arbetet i individ-, grupp- och samhällsnivå. Den strukturella uppgiften, eller "systemfelen" som ombudsverksamheterna kallar det, uppfattas av flera ombud som det centrala i deras funktion. Det är dock något otydligt i vad Socialstyrelsen, ombuden och ledningsgruppsledamöter egentligen menar med systemfel. Innehållet tyder på att det handlar om en form av "social rapportering" där missförhållanden av återkommande karaktär ska uppmärksammas och rapporteras till Socialstyrelsen eller till ledningsgrupperna. Det förväntas också att systemfelen ska analyseras, bearbetas och sammanställas för att förändring ska initieras. Här menar jag att det råder en otydlighet kring var ombudens uppdrag och ansvarsgränser egentligen går. Ska ombuden själva ta ansvar för att deras sociala rapportering analyseras och bearbetas? Ska de ansvara för att berörda myndigheter utöver ledningsgruppen informeras om systemfelen? Ska ombuden själva åtgärda systemfel? Ombud i alla tre länen uppger att det har varit svårt att finna former för att arbeta strukturinriktat. Ombuden menar att det är svårt som enskilt ombud att driva frågor som rör systemfel. Det finns en risk att arbetet inte får genomslag utan att det istället får ett negativt mottagande så att ombudets relationer till samarbetspartners försvåras:

²²⁶ Socialstyrelsen 2003b s 27-28

Den strukturella uppgiften

Det är väl det jag tycker att jag haft svårast för, hur ska jag få fram vad jag tycker och det jag upplever på systemnivå som är fel på ett sätt så att det händer någonting, så att det inte bara blir gnäll eller så. (Ombud 1)

Ombudets roll och möjlighet att agera betraktas av dem själva som begränsad och ombuden önskar ett ökat engagemang från ledningsgrupperna. Flera ombud, men även ledningsgruppsledamöter, pekar på ledningsgruppens centrala roll för att åtgärda strukturella problem.

Ombudens tankemöda kring det strukturella uppdraget har dock resulterat i olika strategier, t ex flera dokumenteringssystem såsom ”systemfelsblankett”, och ”systemfelsbok”. Ombuden i de tre länen har också agerat på olika sätt för att initiera åtgärder och göra problem av systemfelskaraktär kända.

Ombudsverksamheternas erfarenheter av strukturellt arbete

Ombuden i Kalmar län har valt att gå samman för att driva systemfel, för att få mer tyngd och gehör. De har t ex vänt sig till lokalpressen och överförmyndare eller överförmyndarnämnder för att påtala behovet av gode män. Ledningsgrupperna har hittills utnyttjats i liten utsträckning när det gäller systemfelen i Kalmar län. Deras roll har varit att ta del av information och att diskutera upptäckta systemfel. En anledning till svårigheterna kan vara att det har varit svårt på flera håll att sätta samman och hålla ihop fungerande ledningsgrupper med företrädare för flera myndigheter. Intentionerna att det strukturella arbetet ska prioriteras har dock varit tydliga:

De här nivåerna man pratar om samhällsnivå, gruppnivå och individnivå det kanske är så här att det följer, att det är lättare att jobba på individnivå och se resultatet där och sedan blir det svårare ju längre upp man kommer. Och det här med samhällsnivå har kanske lite svårt att få genomslag.../.../ Det fanns intresse att lyfta psykiatrifrågorna. Och vi hade en himla god idé här tycker jag där vi såg att sammansättningen här (i ledningsgruppen) skulle gagna precis det här samhällsperspektivet och ombuden hade ju möjlighet i det här forumet för de var med i ledningsgruppen där när vi diskuterade personligt ombuds verksamhet då. Här skulle man kunna lyfta de problemställningar som ombuden ser i sitt arbete, lyfta dem i organisationerna och att organisationerna i sin tur tar hem det här, för här satt man på mandat från sin myndighet... Det blev inte så. (Ledningsgruppsledamot 17)

Ombuden i Kronobergs län fattar gemensamma beslut om vad som är systemfel. De för sedan informationen vidare till sin styrgrupp som diskuterar systemfelen. Styrgruppen har hittills begränsat sin roll till att vara diskussionspartner. Ledamöterna uppfattar dock att de har ett ansvar att agera i dessa frågor:

Sedan är det ju inte bara så att styrgruppen ska notera det och säga jaha eller nej men så här ska ni göra istället, utan det handlar ju om att vidarebefordra det uppåt på något sätt. Och inte bara uppåt i himlen eller till staten eller till länsstyrelsen eller socialstyrelsen eller vad det kan vara. Det handlar ju också om att vidarebefordra detta till berör-

da./.../ Som sagt mitt uppdrag är ju när det gäller min verksamhet så är jag ju direktansvarig, då gäller det att se till att få en ändring till stånd. (Ledningsgruppsledamot 20)

Att skrida till praktisk handling har hittills främst varit ombudens ansvar. Ombuden är dock aktiva, de har också utnyttjat media för att påtala sådant som man betraktar som systemfel, t ex inkomstprövade avgifter för boendestöd, och försökt att via media skapa opinion på hemmaplan. Rehabombuden i Växjö Rehabcenter har också arbetat med strukturella frågor. De har t ex lyft strukturella problem till nationell nivå, till Socialdepartementet och Socialstyrelsen. I Kronobergs län finns alltså en historik och erfarenhet kring arbete med systemfel.

I både Kronobergs län och i Kalmar län pekar ledningsgruppsledamöter ut ytterligare två svårigheter kring hur ledningsgruppen ska hantera den strukturella uppgiften. Den ena handlar om vem som ska avgöra vad som ska betraktas som strukturella problem och inte bara kan passera som tillfälligheter. En ledamot menar att det inte är självklart, att det ombuden uppfattar som strukturellt problem verkligen är det, och att det åligger ett ansvar på varje ledamot gentemot den egna verksamheten att verkligen analysera detta. Ombuden har ingen självklar auktoritet att definiera systemfel:

Jag fick ju med tydlighet veta var man ansåg att systemfelen låg på min enhet... och då gäller det ju också att förstå om det är ett systemfel, då vill jag gärna veta lite mer, alltså i vissa enskilda fall så kan det ju faktiskt vara så att det är enskildheter som ger utslag. Det kan ju vara så att man träffat någon där det inte behöver generellt vara på det sättet. Så jag har ju ett ansvar också i styrgruppen allmänt.../.../ Så måste jag vara ju vara lite vederhäftig och ta reda på om det faktiskt är ett systemfel. (Ledningsgruppsledamot 20)

En annan ledamot på verksamhetschefsnivå pekar på att även om man ser problemen kan det vara svårt att åtgärda dem. Som chef har man inte hur stort handlingsutrymme som helst att förändra i befintliga verksamheter:

Jag kan se mig själv, utifrån min profession som chef kan jag ju se systemfel i vår organisation och då har jag ju befogenheter att ändra på det, men det jag ska ändra är ju då medvetande hos dem som finns i de här systemen och som naturligtvis inte vill ändra på sina förutsättningar att jobba. Och det påverkar ju mig, det är väl dumt, men det är klart får man bekräftat från brukarhåll att det är helt sanslöst då har jag ju stöd för sådana idéer också. (Ledningsgruppsledamot 8)

Ledamoten beskriver här hur ombuden som företrädare för brukare kan förse verksamhetschefen med argument för att få gehör för att göra förändringar i den kommunala verksamheten.

Ledningsgruppen och ombuden i Blekinge län har tillsammans påbörjat ett arbete med systemfelen och har passerat det stadium som de flesta övriga ledningsgrupper befinner sig på, att få systemfelen presenterade av ombuden för en diskussion i ledningsgruppen. Ledningsgruppen i Blekinge län har tagit egna initiativ

till diskussioner med kringliggande samarbetspartners för att diskutera strukturella hinder för ombudens målgrupp och dessutom att som ledningsgrupp agera i ärenden med strukturella hinder. Ett exempel rör ett av de allra vanligaste problemen som ombuden möter: svårigheten att få en bostad då man är hemlös och har en psykiatrisk diagnos. Bakgrunden var att ett ombud hade arbetat med att hjälpa en hemlös klient att söka bostad, vilket visade sig svårt att genomföra. Klienten fick inte någon bostad hos det kommunala bostadsföretaget och socialtjänsten medverkade inte heller till en lösning. Ledningsgruppen gick då igenom hela ärendet varvid man bestämde sig för att i ledningsgruppens namn skriva ett brev till kommunstyrelsen där de ställde ett antal övergripande frågor om hur ärenden av denna typ bör handläggas. Ledningsgruppen bestämde sig också för att bjuda in bostadsföretagets verkställande direktör till diskussion i ledningsgruppen. Under det möte där ledningsgruppen först diskuterade denna klients problem och kom fram till strategin ovan, uttryckte sig en av ledamöterna på följande sätt:

”När man sitter med det här uppdraget i ledningsgruppen är jag också till för medborgarna och det är klienterna som ombuden hjälper. Och jag har en skyldighet att föra vidare sånt som jag ser är fel. Människor har rätt till bostad, det är en grundläggande rättighet i vårt samhälle. Alltså måste vi agera på detta.” (Ledningsgruppsledamot 31)

I detta uttalande ligger ett tydligt perspektiv som tar fasta på medborgerliga rättigheter och att ledningsgruppens uppdrag ytterst är att ge service till medborgare i ett samhälle och människor med psykiska funktionshinder är medborgare.

Konturer av yrkesrollen

Uppdraget att arbeta strukturellt med att upptäcka och rapportera systemfel är ett särdrag i ombudsrollen, men frivillig- och intresseorganisationer har arbetat och arbetar med dessa uppgifter utifrån medborgarperspektivet. Det finns däremot knappast andra yrkeskategorier som har fått i uppdrag av staten att systematiskt rapportera systemfel.

Det strukturella uppdraget har hittills tagit form i en rapportörsfunktion som innebär att ombuden noterar återkommande problem och för dem vidare till Socialstyrelsen och den egna ledningsgruppen. Ombudens försök att själva lyfta problemen och få de ansvariga att åtgärda dem uppfattas av ombuden som mindre framgångsrikt. Istället beskriver ledningsgruppsledamöter och ombud att ombudens arbetsuppgift och ansvar kanske borde inskränka sig till att vara den som observerar problemen, noterar och informerar ledningsgruppen, medan ledningsgruppen bör bära ansvaret att agera.

10 Krav på och svårigheter i yrkesrollen

I vilka sammanhang har ombud, klienter, arbetsledare eller ledamöter i ledningsgrupperna upptäckt att ombuden kommer in i konflikter i sin yrkesroll eller löper risk att gå vilse och lämna sitt ursprungliga uppdrag för att oavsiktligt utveckla någon annan funktion? Detta är svåra frågor att besvara i ett tidigt uppbyggnads-skede av en yrkesroll, då det i många fall är tiden som kan utvisa vilka vägar ombud i olika situationer väljer och om dessa strider mot uppdraget.

Omgivande professionellas erfarenheter av personligt ombud

I detta avsnitt beskriver jag och analyserar de synpunkter och erfarenheter av ombuden som deras samarbetspartners har givit uttryck för.

Avgränsningar till andra yrkeskategorier

Ett problem som både lyfts av klienter och ombud är avgränsning mellan ombudets roll och andra yrkeskategorier. Ombudet tar kontakt med andra professionella som ska fungera som stöd över tid, eller har ansvaret att förmedla stöd. En LSS-handläggare som intervjuades berättar om ett ärende där hon blev kontaktad av ett ombud:

Det PO som jag jobbar mycket mot här, där hon var den första kontakten och när hon fick kontakt med familjen så mystades det upp där, både mamman och pappan och barnen, alltså fyra personer i familjen får insatser av olika slag på grund av den första kontakten med PO. En familj där det varit mycket problem under många år, men där man kanske inte har hittat rätt person som har fångat upp det. Det gjorde PO och lämnade över till mig så att säga, men höll sig ändå kvar, för att det var ett intressant ärende kan jag känna. Det var ett intressant ärende, det var många delar i det och delar som kanske inte tillhörde psykiatridelen. Men ärendet i sig var intressant och då kanske det var svårt att lämna även att jag fanns där. /.. / Det är hur jag ser det från min sida, men de (ombuden, min anmärkning) kanske har en annan uppfattning och känner att de inte vill släppa taget förrän de vet, eller så kan det vara den enskilde som känner trygghet i att ha PO och känner att den här personen är trygg för mig och jag vill inte släppa taget och då kan det uppstå en konflikt i en själva att jag kan ju inte lämna den här människan som behöver hjälp, så kan det vara och så är det i våra jobb... Då gäller det att vara professionell. (Ledningsgruppsledamot 27)

LSS-handläggaren här uttrycker kritik mot att ombudet inte agerade så som hon uppfattade är professionellt, att lämna över och inte fortsätta kontakten. Handläggaren uttrycker också att ”så kan det vara i våra jobb.” Jag tolkar det så att hon bedömer ombudets agerande efter samma kriterier som hon använder för att bedöma vad som är professionellt i hennes egen roll. LSS-handläggarens uppgift innebär att göra en utredning om den enskildes behov och rätt till insatser, fatta beslut och följa upp insatser. Ibland ingår också i ansvarsområdet att anordna så att insatserna genomförs. Ombudets roll däremot är att på individens uppdrag se

till att denne får del av vård stöd och service. Häri kan ligga ett problemområde. Ombudets uppdrag och logik skiljer sig från gräsrotsbyråkraternas i det att det explicit utgår från klientens önskemål. Antingen har ombudet inte hittills tydliggjort sitt specifika uppdrag eller så är innebörden i ombudets funktion så annorlunda att den är svår att få grepp om.

Strid om tolkningsföreträde

Ombudets funktion har också kritiserats av professionella för att de ifrågasatt professionens bedömning eller agerat så att den behandling professionen har beslutat om sätts ur spel. Detta är exempel på gränskonflikter som uppstår när yrkesgrupper ska försvara sina positioner och det ska avgöras vad som ska göras och vem som får agera. Professioner utkämpar enligt Abbott ständigt denna typ av domänkonflikter för att stärka sin ställning och höja sin status.²²⁷ I följande exempel uppstår en konflikt mellan det personliga ombudets funktion och läkarprofessionens bedömning av vad som är den rätta tolkningen och lösningen på problemen. En läkare inom psykiatri berättar om en klient som haft långvarig kontakt med psykiatri och genom dem fått god man som skulle ansvara för klientens ekonomi. Klienten vände sig dock till ett personligt ombud och bad att få hjälp att bli av med den gode mannen som han uppfattade som otrevlig. Klienten ansåg att han kunde ansvara för sin ekonomi själv. Läkaren ger sin syn på konflikten och kallar effekterna av ombudens agerande för ”biverkningar”:

Medicinerbiverkningar det kan man ju få, men vi har ju sett biverkningar från de personliga ombudens insatser gentemot personalen på PRE:s insatser²²⁸, att det har gått på tvärs. Vi har ställt krav och man har fått en människa att ja, nu är det så här det gäller, du måste se till att du har pengar, du måste klara det, det är att ha en bas, man måste ha någonting och leva av, det är liksom basen. Den här personen känner att han är trängd och vill ha större frihet och går till det personliga ombudet och så agerar de personliga ombuden på tvärs. Då innebär det att det blir visst ekonomiskt kaos igen då, med hot om vräkning och hot om kronofogde och allt sådant, för patienten klarar inte sin efterlängta frihet. (Ledningsgruppsledamot 10)

Läkaren uppfattade att ombudets agerande inkräktade på den egna kunskapsdomänen. Konflikten mellan professionens bedömningar och ombudets agerande är dock i detta fall i grunden också en konflikt mellan professionens bedömningar av vad som är bäst för individen och individens egen bedömning av vad som är bäst för henne. Här ställs paternalism, som läkarens handlingsmönster, mot empowerment, som klientens och ombudets handlingsmönster.

En punkt som särskilt har kritiserats av professionella är ombudens utbildningsnivå. Läkaren, som också har uppdrag som ledamot i personligt ombuds ledningsgrupp, diskuterar ombudens utbildningsnivå:

²²⁷ Abbott 1988

²²⁸ PRE (psykiatrisk rehabiliteringsenhet)

Jag tror att man behöver ha med sig utbildning, kanske högskoleutbildning, plus att man har praktisk erfarenhet utav att jobba med psykiskt funktionshindrade. Det räcker inte att vara snäll och vänlig så att säga, och ombuldande bara, nej. En bra underbyggnad teoretiskt och så praktik då. För att det är ju starka krafter man kommer i kontakt med. (Ledningsgruppsledamot 10)

Han fortsätter med att utveckla behovet av utbildning för att som ombud få gehör hos andra professionella. Utbildning utgör ett maktmedel, och ett tecken på status. Läkaren uttrycker sig med ett ironiskt tonfall:

Det ska ju beslutas i socialnämnden det här. Ja.....vem lyssnar på två personliga ombud som är skötare. Har vi den tilltron till det här? ”De är personliga ombud, åh, vad kul, då måste vi lyssna ordentligt på dem.” (Ledningsgruppsledamot 10)

Problematiken här handlar om kunskapskärna med vilken följer status. Professioner vilar på en kunskapskärna, vilken bildar grunden för en självständig domän som professioner agerar inom.²²⁹ Ombudet uppfattas inte ha någon kunskapskärna annan än den som läkarens underställda har (skötarkompetens) och gentemot dem anser sig läkaren i citatet ha tolkningsföreträde i enlighet med hur förhållandet mellan skötarkompetens och läkarprofession vanligen ser ut.

Klienternas erfarenheter

I detta avsnitt kommer klienternas mer problematiska erfarenheter av ombudsverksamheten att analyseras. Klienterna har framförallt pekat på att de uppfattar det tillfälliga i kontakten med ombudet som problematiskt. De vill ha en relation som består över tid.

Kritik från klienterna

Det har varit svårt att fånga upp kritiska röster från klienterna om ombuden, vilket kan bero på att det råder ett beroendeförhållande till ombudet. Det har ändå framkommit några direkt uttalade kritiska synpunkter. Flera sådana handlar om att klienten hade velat fortsätta kontakten med ombudet ytterligare en tid, och att det är viktigt att klienten får välja mellan ett kvinnligt eller ett manligt ombud. Några klienter har uttryckt att de har haft stor hjälp av ombudet, men de tror inte att det hade fungerat om ombudet varit av det motsatta könet. En kvinna som utsatts för misshandel av sin man säger att hon inte skulle kunna tänka sig att få hjälp av ett manligt ombud. En missnöjd klient säger att hon har känt sig kränkt och begränsad av ombudets föreställning om hennes förmågor, och vad hon skulle klara av att ha som målsättning för sin arbetsträning. Hon avslutade relationen med ombudet genom att låta kontakten rinna ut i sanden. I hennes beskrivning av kontakten med ombudet framkommer att hon kände att ombudet

²²⁹ Johansson 2001

fokuserade på hennes svårigheter och gjorde dessa större än hon själv upplevde att de var, samtidigt såg inte ombudet vad klienten själv upplevde som sina styrkor. Klienten uttrycker att ombudet i för stor utsträckning tog fasta på hennes diagnos istället för på henne som person. Klienten uttrycker att det hade varit bättre om ombudet istället hade haft pedagogiska kunskaper och fungerat som någon att lära sig av. (Klient 23)

Att avsluta relationen

Både i intervjuerna med klienterna och med ombuden framstår avslutet på kontakten som ganska komplicerad och fylld av känslor. Klienter som har avslutat kontakten med sitt ombud berättar om hur avslutet har varit och ger ofta uttryck för dubbla känslor. Det känns bra att någon tror en om att man klarar saker själv, men tryggheten och relationen till ombudet som person uttrycker man avsaknad av.

En klient berättar om att hon vill ha kvar en kontakt med sitt ombud även efter att den formella kontakten är avslutad. Hon har haft en långvarig kontakt med ett ombud och har fått hjälp av ombudet med att byta bostad, ordna upp ekonomi och har via ombudet ansökt om god man, vilket klienten också har sedan en tid tillbaka. I dagarna har klienten fått ett negativt beslut om en vistelse på behandlingshem.

Vi har haft avslut, men jag känner ju att jag kommer att ha kontakt med henne och att det är OK att vi kan träffas och prata med varandra. Att jag får ringa upp henne ibland och att hon ringer upp mig. Det har blivit mycket, mycket mindre och det beror på mig, jag har blivit starkare. Jag står ut med att vara ensam ibland./.../ Samtidigt är det som att god man blir sur om jag ta kontakt med Pia, god man är rädd att hon ska ta över. Att Pia gör saker för mig som hon ska göra. Det är lite känsligt det. Jag får nog prata med god man först om den här överklagan och höra om det är hon som ska göra det eller om det är Pia...Jag råkade säga en gång att jag hade prata med Pia och fått ett gott råd och då kände jag att det var inte bra. Jag känner ju fortfarande...Jag tycker inte att andra människor ska ge mig dåligt samvete för att jag vill ha kontakt med någon t ex Pia.(Klient 19)

Klienten berättar här om en personlig kontakt med ett ombud som hon sätter stort värde på och som hon egentligen inte vill avstå ifrån. Hennes känslor inför att avsluta kontakten med ombudet är blandade. Hon inser logiskt att hon kan klara det mesta hon har fått hjälp med själv nu, men den känslomässiga kontakten med Pia, hennes ombud, vill hon inte helt avstå ifrån. Klienten berättar också att god man ser negativt på att hon har kontakt med ombudet fortfarande. Klienten upplever att hon blir hindrad av god man från att ha en kontakt som hon vill ha och det irriterar henne. Hon anser ändå att hon måste undvika att väcka god mans ogillande. Vi kan vidare anta att hon känner ett beroende av god man som hanterar alla hennes räkningar och har kontroll över hennes ekonomi. Klienten

sitter i ett utsatt läge när nya stödpersoner kommer och gamla ska gå, då hon inte har kontroll över när ombudet ska avsluta sitt uppdrag. Hon har inte heller något större inflytande över vilka personer som utses till god man, boendestödjare, hemtjänstpersonal etc.

Klienter som ännu har kontakt med sitt ombud ger sin bild av hur och när de tror att de vill avsluta kontakten. Flera klienter ger uttryck för att de inte vill bli överlämnade till annat stöd, till ytterligare en annan person som man ska dra sin livshistoria för. Överhuvudtaget ger klienter uttryck för att de känner behov av att minska antalet kontakter med olika stödpersoner och istället få ett mer omfattande stöd av färre personer i varaktiga relationer. Klienter uttrycker också i intervjuerna att de har känt sig övergivna när ombudet har avslutat kontakten. Några klienter berättar också att de har fortsatt att vända sig till ombudet med vissa frågor, trots att de har fått flera nya kontakter som fungerar bra som stöd. Ombuden har då fortsatt funktionen av en bakomliggande trygghet i deras liv.

Klienterna har tydliga uppfattningar om när de anser att de vill avsluta kontakten med ombudet. En klient som har haft kontakt med rehabombud under många år berättar vad den nära, långvariga relationen har betytt för henne och människor i hennes situation:

När den här psykiatrireformen kom liksom, alla skulle ut från sjukhusen och det är ju bra att man kan bo i en lägenhet själv, men att bo helt isolerad utan kontakter, utan kontakter som pågår i många år, det är fruktansvärt svårt. Man behöver stabilitet, en människa som återkommer, samma person alltså, för inom psykiatrin råkar man ändå ut för det här att man får en läkare ett år och nästa år får man en annan läkare och så. Och man ska dra hela det här sjukdomsförloppet och historien för nya människor och dom kan ju inte fungera som vänner, men ett PO kan ju fungera som en vän. Och det är det jag tror att psykiskt handikappade behöver. Dom behöver långvariga kontakter, stabilitet alltså. (Klient 3)

De intervjuade klienterna, som har haft kontakt med rehabombud, skildrar att den långvariga, nära relationen har innehållit olika former av stöd anpassat till det som klienten behövt i den aktuella situationen. Klienten nedan (Klient 3) tillskriver också kontakten en behandlande effekt och att kontakten har bidragit till att hon har återhämtat sig²³⁰. Att denna klient har tagit sig igenom svårigheter till ett ganska självständigt liv tillskriver hon kontakten med rehabombudet:

Vi pratar ju under tiden som vi städar köket, ombudet har varit, hon har varit en terapeut och läkare och allting i ett, och vän och som den här terapeuten jag gick hos i psykoterapi, alltså vi stod och stampade på samma fläck hela tiden. Men mitt ombud och jag kom vidare.../ .../ när vi har åkt med kaffebyggaren som var trasig och allt vad det har varit, så har vi ju pratat i bilen, liksom två flugor i en smäll". (Klient 3)

Denna nära relation som beskrivs av klienterna är specifik just för rehabombuden i Kronobergs län. De nya ombudens beskrivningar innehåller fler element av

²³⁰ Topor 2001

samordnande karaktär och endast undantagsvis ges relationerna den känslomässiga färgning där ombuden beskrivs som en ”personlig vän”. En följd av den nära relationen verkar ha varit svårigheter i Växjö Rehabcenters verksamhet att utforma avslut med klienter, där avsluten inte är styrda av yttre faktorer som att ombudet ska sluta sin anställning.

Ombudens erfarenheter

I detta avsnitt beskrivs slutligen ombudens egna upplevelser av krav och svårigheter på den yrkesroll de håller på att utveckla.

Att avsluta kontakten

Klienterna är alltså i många fall ovilliga att helt släppa kontakten med ombudet. Detta har också ombuden uppfattat och trots att funktionen som ombud är tänkt att vara av tillfällig, förmedlande karaktär blir relationerna med en del klienter långa över tid. Ombuden uppger att många klienter har behov av stöd över lång tid. Det har också visat sig att det ibland är svårt att hitta en stödfunktion som har sådana kvaliteter att det är möjligt att överlämna kontakten. För att ombudet ska kunna lämna över kontakten krävs en person med stödfunktion som finns kvar under lång tid. Personen måste kunna ställa upp när klientens behov uppstår, med kort varsel, och kunna hantera både praktiska problem och vara känslomässigt stöd i en krissituation. Det måste också vara en person som ser klientens behov och kan hjälpa klienten att formulera dem. Ombuden ger otaliga beskrivningar på att de uppfattar att organiseringen av stödet i kommuner och landsting skapar ett stöd som inte är på klientens villkor och inte räcker till för de komplexa behov som många klienter till ombuden har. Ombuden är också rädda om ett förtroende som har tagit tid att bygga upp, detta förtroende är inte enkelt att överföra på någon annan.

Det kommer att bli svårt med avslut, för hon har alltid varit med om att vuxna finns där en period och sedan försvinner de och hon känner sig så sviken av alla. Det bara försvinner folk, hela, hela tiden. Hon har haft en hel massa fosterfamiljer, samtalskontakter inom öppenvården, kontaktpersoner. Så jag känner att det är lite jobbigt då. Hon tycker att jag är hennes vän då liksom, men det är svårt också för en själv att se skillnad där för jag ser ju hennes lidande. (Ombud 2)

När det har gått att finna en stödperson eller stödverksamhet med nämnda kvaliteter, d v s kontinuitet, flexibilitet i tid och insats samt kvalitet i personligt stöd, uppfattar dock ombuden att det har varit möjligt att göra bra överlämningar²³¹.

²³¹ Jmf Gough & Bennisäter 2001

Att gå myndigheters ärenden

Ett annat problem som ombuden har pekat på, kan vara att hålla sig kvar i rollen som företrädare för klienten och uppdraget att arbeta för klienten. Eftersom ombudet ständigt arbetar i kontakt med andra yrkeskategorier utsätts ombudet ständigt för dessa yrkeskategoriers intressen av och målsättningar med olika interventioner. Detta samspel underlättas inte av att ombudets funktion verkar vara svår att förstå när ombudet ska samverka med andra. Ett ombud ger ett exempel från ett nätverksmöte.

Så säger de du jobbar på kommunen då tar du hand om boendebiten och ni på öppenvården, ni tar hand om kontakterna med mediciner och så pekar dom på mig vad gör du då? Jag säger, jag är ingen myndighetsperson, jag har inget behandlingsansvar, utan jag är ett ombud, tänk så här att det är jag som är klienten, det är mig ni pratar med, skulle ni lägga det här på mig nu att jag ska ta hand om detta? Ja men vad gör du då, säger de. Ja, jag gör ingenting säger jag, detta är grovt, jag är provocerande, så länge ni gör det ni ska gör jag ingenting. Det är den dagen när ni inte gör det ni ska, enligt min klient som önskar något, då får jag jobb, det är vad jag gör. Ja, säger de ofta, då har de ju ingen nytta av mig. (Ombud 10)

Av ombudets beskrivning framgår en stark positionering av sin egen funktion som enbart att vara till för klienten, inte för att hjälpa andra myndigheter eller här ens att vara en i ett team av myndighetshandläggare eller professionella som ska fördela arbetet. Ombudet berättar här hur han valde att tydligt avskärma sin uppgift och sammanlänka den med klienten för att förtydliga sin roll som fristående från organisationerna och som stöd för klienten.

Ett annat ombud (4) kan dela med sig av sina erfarenheter av att samspela med företrädare för olika organisationer och deras respektive intressen. Hennes klient var kallad till ett nätverksmöte med handläggare från socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Ombudets uppdrag var att bistå klienten i samtalet som handlade om att klienten skulle delta i någon form av rehabiliteringsverksamhet. Klienten hade önskemål om en praktikplats på ett lantbruk, men handläggarna var eniga om att det enda till buds stående var en verksamhet som erbjöd legoarbeten. Klienten ville inte alls detta då det enligt hennes uppfattning var ett ställe dit enbart ”dårar” gick. Mötet drog ut på tiden och de tre handläggarna växlade mellan att försöka locka och lirka med klienten till uttalade hot om att ”om du inte ställer upp drar vi in din sjukersättning”. Handläggarna vände sig även till ombudet med förklaringar och argumentation, som ombudet bemötte med att hänvisa till sin klients ovilja mot detta ställe. Ombudet uppger att hon kände sig mycket pressad och plötsligt, trots att hon visste om sin klients ståndpunkt, fann hon sig säga till klienten att ”du kunde väl i alla fall pröva en vecka, om det inte är bra då kan du ju sluta”. Ombudet berättar hur hon önskat att hon kunnat sjunka genom jorden när hon sagt detta. Klienten gav dessutom upp sitt motstånd och gick med på att pröva den anvisade platsen. Ombudet gick ifrån mötet med ångest över vad hon gjort och denna ångest tilltog när hon i slutet av

veckan inte fick tag på klienten. Hon fick fantasier om att klienten begått självmord och att allt berodde på hennes svek.

Ombudets erfarenhet av samverkan i detta exempel är att inte bara klienten utan även ombudet kan bli och blir utsatt för påtryckningar och maktstrategier. Handläggarna här lyckades locka över ombudet till att föra deras talan.

En annan riskfylld väg har påtalats av några företrädare för kommuner och landsting i ledningsgrupper för personligt ombud. Det finns en risk med att myndigheter försöker koppla in ombudet på myndighetens klienter. Ibland är intentionerna goda, att erbjuda en kontakt som kan stötta en utsatt klient utöver vad myndigheten redan gör. Men det finns också en risk att myndigheten försöker att låta ombudet finna en lösning på problem som myndigheten har misslyckats med. Myndigheten lämpar då över sitt ansvar på ombudet och avslutar själv ärendet. Detta förfaringssätt innebär att ombudet som saknar egna resurser, t ex försörjningsmedel, bostäder, behandlingsinsatser att förmedla till klienten, måste börja arbetet med att återinföra klienten som klient hos myndigheten.

Konturer av yrkesrollen

Yrkesroller utsätts precis som professioner för strider om domäner och status. Ombudsrollen kritiserar av professionella för att ta sig tolkningsföreträde när de professionella anser att kunskapskärna för denna tolkning saknas. Ombuden bedöms av professionella efter samma modell som de använder för att bedöma sina egna handlingsmönster, vilket skapar en svårighet då ombudens yrkesroll bygger på en annan logik, det vill säga klientens önskemål, inte organisationens riktlinjer.

Ombudens funktion som stöd till klienter uppskattas av klienterna och många klienter ger uttryck för att de vill behålla och behöver detta stöd över lång tid. Det bildar en konflikt mot ombudets uppdrag som stöd under en begränsad tid tills någon annan funktion kan ta över. Ombuden själva upplever att de inte enkelt kan bli avlösta från sin funktion som stöd för klienterna. Det stöd som de utgör, flexibilitet i tid och innehåll, är ofta svårt att finna inom andra organisationer.

I relation till professionella upplever ombuden att förväntningarna från professionella gärna invaderar deras roll med vad de anser att ombudet kan eller borde göra.

11 Konturer av en yrkesroll: Handlingsmönster och funktion

Detta kapitel består av två avsnitt. Ombudens relationer till klienter och samspelet med dem i olika situationer, utgör en empirisk bas för en analys i det första avsnittet. Analysen visar att det finns skilda sätt att hantera samma situation som ombud. I detta avsnitt förbinder jag de handlingsmönster jag har kunnat identifiera med fyra skilda metoder i socialt arbete. Jag vill poängtera att detta inte ska tolkas så att ombuden medvetet väljer mellan och beskriver att de arbetar enligt specifika metoder. Istället är min avsikt med att konstruera dessa strukturerade bilder att visa att ombudens helt ateoretiska beskrivningar av sitt arbete ändå har en tillhörighet i och kan begripliggöras med hjälp av metoder i socialt arbete. Idealtyperna ska ses som fyra tankefigurer med hjälp av vilka handlingsmönster kan renodlas och lyftas teoretiskt. Jag vill betona att de inte utesluter varandra, ett handlingsmönster kan i en och samma klientrelation övergå i ett annat beroende på att nya omständigheter uppstår. Avsnittet ska också skapa en förbindelselänk mellan empiri och återkopplingen till case manager som jag har som en av mina teoretiska ingångar.

Det andra avsnittet i kapitlet sammanfattar de manifesta, förväntade, funktioner som ombuden utvecklat i sin yrkesroll, dels för sina klienter och dels för välfärdsystemet. Denna analys bygger på klienters och ledningsgruppers utsagor, samt ombudens beskrivningar av det sätt på vilket man arbetar. Detta andra avsnitt kompletterar det första avsnittet i att positionsbestämma ombudet i relation till case managerbegreppet i termer av funktioner och arbetsuppgifter. Avsnittet har emellertid också en andra uppgift. Genom att sammanfatta den manifesta funktionen kan jag i nästa avslutande kapitel ge några kritiska kommentarer över vad jag menar kan vara latent funktioner i det personliga ombudets yrkesroll.

Modell över ombudens handlingsmönster

Ombudens utsagor om sitt klientrelaterade arbete innehåller i sig inga referenser till specifika arbetsmetoder utöver att rehabombuden i PO Kronoberg nämner Bostonmodellen som en inspirationskälla. Däremot visar analysen av ombudens utsagor att de handlingsmönster som framträder kan beskrivas som fyra idealtyper grundade i teorier och metoder för socialt arbete. Dessa idealtyper presenteras i figur 4 nedan. Ombudens fyra idealtypiska handlingsmönster faller ut tydligt efter den tidigare presenterade medicinska diskursens tolkning av klientens problem respektive medborgardiskursens rättighetstolkning. Den medicinska diskursens begrepp och kärna ligger nära rehabilitering, case work och paternalistiska metoder. I medborgardiskursen ryms empowerment och advocacy som ideal och metod. I figurens kolumner nedan presenteras de två diskurserna.

Den andra ordnande dimensionen i ombudens klientinriktade arbete presenteras i figurens rader och utgörs av relationen mellan klient och ombud. I flertalet relationer har ombudet en subjektsrelation till klienten. Det betyder att klienten är

delaktig i planering, beslut och genomförande av det gemensamma projektet. I andra relationer har klienten blivit ett objekt för ombudets interventioner. Detta kan ske när ombudet tillmäter sin egen eller andra professionellas kunskap mer värde än klientens och använder det som grund att agera ifrån. Det kan också ske när klienten intar en passiv roll och önskar att ombudet ensamt ska agera.

Varje enskilt fall kan uppvisa likheter med de idealtypiska handlingsmönstren, men skiljer sig också åt på detaljnivå. Hur ombuden väljer att agera i varje specifikt fall påverkas av samspelet mellan ombudets individuella preferenser men också av klientens preferenser och de påverkas dessutom av den enskilda situationen.

Figur 4 Typologi över handlingsmönster och funktioner

		BETRAKTAS UTFRÅN EN:	
KLIENTENS RELATION TILL OMBU- DET		MEDICINSK DISKURS individualisering, case work, rehabili- tering	MEDBORGARDISKURS Strukturell tolkning, väl- färd och rättigheter som medborgare
BEHANDLAS SOM:	SUBJEKT	Rehabilitering Klienten bestämmer takt. Ombudet har en egen bedömning, men inväntar klienten. Motivationsarbete Rehabiliteringsteori <i>Minne, livlina, lärare</i>	Empowerment Klienten bestämmer uppdraget. Ombudet godkänner klientens beskrivning och arbetar enligt uppdraget. Empowermentteori <i>Bollplank, vittne, lärare, förhandlare</i>
	OBJEKT	Paternalism Klientens beskrivning och uppdrag blir irrelevant. Ombudet handlar efter sin egen bedömning. Behandlingsteori, juridisk intervention <i>Behandlare</i>	Advocacy Ombudet agerar som företrädare. Söker insatser som inte finns för att visa på behov. Advocacyteori <i>Företrädare, förhandlare</i>

Typologin ovan visar på att ombuden väljer mellan att betrakta sin arbetsuppgift som att åstadkomma förändringar av klienten, och hennes eller hans beteenden, synsätt på omvärlden, eller som att förändra miljön och livsvillkoren enligt medborgardiskursen. Relationen kan utveckla sig åt två skilda håll. Den kan utvecklas till en ömsesidig relation där ombudet lyssnar på och talar med klienten och klientens handlingsutrymme är stort. Klient och ombud agerar i en empowermentinriktad praktik med målsättningen att klienten ska utveckla kunskaper som ger större möjlighet att styra sin egen tillvaro. Relationen kan också utvecklas till en ensidig relation där ombudet lyssnar på experter och talar till klienten. I detta perspektiv är klienten föremål för åtgärder, ombudet vet bäst och klientens handlingsutrymme begränsas. Ombudet agerar omhändertagande (paternalistiskt).

Rehabiliteringsinriktade handlingsmönster uttrycker att återhämtning är det yttersta målet, om än avlägset. Det empowermentinriktade handlingsmönstret däremot uttrycker snarare att brukarens makt och inflytande över sin vardag är den övergripande målsättningen. Detta handlingsmönster intresserar sig inte för den psykiska sjukdomen i sig. Modellen ska dock betraktas som ett kontinuum då analysen av handlingsmönster visar att det ändå sker att ombud, med empowerment som sitt grundläggande handlingsmönster, ibland går över till en relation med klienten som närmar sig rehabilitering. Rehabiliterings- och den paternalistiska omhändertagande repertoaren domineras av ombudens upptagenhet av diagnoser och symtom. De psykiska symtomen är också i viss utsträckning ett problem för ombudet. I det empowermentinriktade handlingsmönster däremot beskrivs klienternas diagnoser inte alls eller ytterst summariskt i syfte att rättfärdiga att ombudet arbetar med just den klienten. Problemen för ombuden är här t ex bristande samarbete mellan olika vårdgivare, d v s problemen ligger i stödsystemet inte i de psykiska störningarna.

I figur 4 förekommer också kursiverade begrepp under varje handlingsmönster. Dessa begrepp är exempel på funktioner som klienterna har uppgivit att ombuden har haft för dem. En överordnad funktion som träder fram i klienternas utsagor är att ombuden skapar ”trygghet”. Trygghet betyder någon som man kan ringa till och som man vet hjälper en när det behövs. Det uppstår en trygghet med ombudet bara genom att kontakten finns. Kontakten med ombudet bidrar till att klienten upplever en känsla av att ha kontroll eftersom man har en strategi att ta till när det dyker upp svårhanterliga problem, man kan ringa ombudet. Andra funktioner är:

- ”Skyddsängel”, ”Livlina”: För en del klienter är ombudet den som de vänder sig till i kris. Ombudet är den person de ringer till när de mår riktigt dåligt. ”Hon hjälper mig att klara en dag till”, säger en klient om ombudet (Klient 92). ”När jag vet att hon ska komma då vet jag att det ordnar sig”, säger en annan klient (Klient 89). Ombudet hjälper klienten att hitta strategier att hantera kristillstånd eller psykiska symtom.

- ”Vän”: När klienterna ombeds att jämföra ombudet med andra relationer uttrycker många att de står närmare familj och vänner än de andra professionella kontakterna. ”Professionell vän” var ett uttryck som en klient använde (Klient 78). ’Vändimensionerna’ står också för att ombudet ”står på klientens sida” (Klient 78) som klienten upplever det, till skillnad från andra professionella. Klienterna uttrycker här tydligt att de upplever att alla professionella, ombud inräknade, tar parti för eller emot deras sak. Där finns ingen neutral position enligt klienterna.
- ”Lärare”, ”förebild”: Klienter berättar också att de har lärt sig saker av ombudet, t ex hur man för sin talan hos myndigheter och vilka rättigheter man har eller hos vilken myndighet man kan få hjälp med vad. Klienten lär sig också om sig själv och sina förmågor, att t ex hantera sina symtom.
- ”Bollplank”: Klienter anlitar också ombudet att diskutera med, att pröva tankar på och att via samtalen med ombudet komma fram till egna beslut.
- ”Advokat”, ”företrädare”: Att företräda klienten är ett av ombudets uppdrag och klienterna berättar om hur de har lämnat över till ombudet att företräda dem i svåra situationer, t ex inför socialnämnden. De har litat på att ombudet verkligen för deras talan.
- ”Vittne”: Ombudet deltar ibland i möten utan att själv agera. Klienten uppger att ombudet har varit extra ögon och öron som har hört vad som sagts, t ex i samtal med myndighetspersoner. Ombudet kan vara ett vittne till vad som har sagts eller utlovats.
- ”Minne”: Ombudet kan också delta i möten med myndighetspersoner för att kompensera klientens minnessvårigheter genom att minnas vad som har sagts under mötet.

Några, men inte alla, av dessa beskrivningar av ombudets funktion för klienten kan också kopplas till de idealtypiska handlingsmönstren enligt figur 4. Funktionerna ”trygghet” och ”vänskap” kan inte inordnas i modellen, då de inte låter sig sorteras efter den medicinska diskursen och medborgardiskursen. Dessa båda funktioner står för kvaliteter som mer anknyter till existentiella och relationella behov. Det kan dock vara så att i en omvärld där klienten upplever sig som person och som subjekt där kan de också utveckla upplevelser av trygghet och vänskap, medan distanserade relationer kan utgöra hinder för trygghetsupplevelser. Ombudets identifikationer som lärare och förebild antyder en pedagogisk dimension både i ett medicinskt och socialt/medborgerligt orienterat stöd. I ett medicinskt, individualiserat perspektiv ska klienten lära sig om sig själv och sina förmågor och avsaknad av förmågor. I ett strukturellt, medborgerligt perspektiv, ska klienten lära sig om samhället och sina rättigheter som medborgare. I kapitlets andra avsnitt återkommer jag till ombudens funktioner för klienter och i välfärds-systemet.

Nedan går jag igenom varje enskilt handlingsmönster, beskriver utmärkande drag, redogör för koppling till existerande metod i socialt arbete och exemplifierar med en fallbeskrivning:

Handlingsmönster Rehabilitering: Klienten är ett subjekt och ombudet arbetar med ett rehabiliterande syfte

Detta handlingsmönster innebär att klientens beskrivning av sin situation respekteras, men är föremål för en förhandling. Ombudet kan vänta in klienten, men har en egen beskrivning av vad som skulle vara bra för klienten. Ombudet forcerar dock inte utan väntar in klienten. Uppdragen är inte alltid tydligt formulerade. Kontakterna kan bli långvariga, ett år eller längre. Ombudet använder sig av motivationsarbete som arbetsmetod. Vad ”motivationsarbete” exakt är kan inte närmare definieras utifrån ombudens utsagor, vilket kanske inte är så märkligt då begreppet flitigt förekommer i socialt arbete²³² men ändå beskrivs av forskare som oklart vad gäller begreppets innebörd och vilka aktiviteter som åsyftas. Bergmark och Lundström menar att det står för ett utpekande av ett objekt, det vill säga klientens motivation snarare än någon sammanhållen metod eller arbetsätt.²³³ Ombuden anser att i deras uppdrag ingår att påverka individer och ”motivera” dem att eftersträva något som vore ”bra”, ”rätt” eller ”gott” för dem. Motivationsarbetet syftar till att individen ska förändra sin situation och tidigare inställning till sig själv och omvärlden, d v s förändringarna ska ske inom individen.

Fallbeskrivning

Ett ombud har kontakt med en klient som har varit fysiskt allvarligt sjuk och dessutom har behandlats för depressioner. Mannen har klarat sig själv under hela sitt liv fram till sin sjukdom. Han har givit tydliga uppdrag till ombudet som har rört ekonomi, t e x att ta kontakt med försäkringskassan för utredning om förtidspension. Ombudet som har lång erfarenhet som skötare i psykiatrisk vård ser att han har många andra behov: ”Om det var i mitt gamla jobb skulle jag ha sett till att det hade hänt långt tidigare.”(Ombud 7) Ombudet ser att mannen har stort behov av stöd som skulle underlätta hans liv och sysselsättning för att få kontakter och innehåll i livet, men mannen har inte velat ta några nya kontakter. ”Och jag i min roll då, det är att försöka att motivera att ta emot stöd och stötta honom på något sätt. /.../ Jag har jobbat med honom i drygt ett år, så vi får väl avvakta och se, fortsätta och motivera och träffa honom. Ombudet beskriver sin uppgift som ett ”förändringsarbete” där klienten kan ”växa”. (Ombud 7)

Ombudet ser att klienten har behov och föreslår lösningar som klienten i den aktuella situationen själv inte prioriterar eller accepterar. Ombudet försöker då att

²³² Bergmark & Lundström 2000 sid 83-85

²³³ A.a

motivera klienten till förändring och tänker sig att detta ”motivationsarbete” kommer att ta tid.

Teorianknytning

Detta handlingsmönster bygger på case-work som metodik och har anknytning till rehabiliteringsteorier. Case work inom socialpsykiatrisk verksamhet har sitt ursprung i en medicinsk kontext och bygger på samma metod som läkare använder: diagnos – behandling – rehabilitering. Syftet är att klienten skall genomgå en individuell rehabilitering som främjar personlig utveckling. Case work har därigenom kopplats samman med psykologisk teoribildning och istället för att ställa ”sociala diagnoser” som grund för arbetet är det centrala att utveckla en relation och interaktiv process mellan klient och socialarbetare som ska frigöra klientens egna resurser att lösa sina problem.²³⁴

De ombud som anknyter till case work lägger stor vikt vid att ge klienten både praktiskt och psykologiskt stöd i en nära och långvarig relation. Relationen mellan ombud och klient är central och ombudet betraktas ofta av klienten som en ”vän” vilket kan exemplifieras med att ombudet kan uppvakta klienten på speciella bemarkedagar. Ombudet arbetar dels med att ge stöd till klientens egna önskemål, dels med motivationsarbete, genom att motivera klienten till att genomföra förändringar som ombudet ser som nödvändiga för att klienten ska uppnå en bättre livskvalitet. Ombudets uppgift i relationen varierar över tid. I denna modell är det individinriktade arbetet huvuduppgiften, men det förekommer även ett strukturinriktat arbete.

Rehabiliteringsinriktade handlingsmönster i ombudsverksamheten kan knytas till rehabiliteringsteorier som utvecklats från 1980-talet och framåt. Dessa betonar att rehabilitering sker i samspel med individen som ska utveckla sina förmågor att klara av sin vardag. I denna tradition finner vi ”Bostonmodellen”²³⁵ Med tiden blir resursmodellens perspektiv allt tydligare när rehabiliterare upptäcker att individens egna insatser har avgörande betydelse för resultatet. Handlingsmönstret anknyter till Boston-modellens rehabiliteringssyfte: att aktivt lära klienten att använda sina resurser och att utveckla dem så att personen fungerar bättre i samhället.

Personligt ombud får enligt denna rehabiliteringsinriktade repertoar funktionen som vägledare och lärare. Klienten lär sig av ombudet om sina svårigheter och symtom och hur dessa kan hanteras och klienten lär sig att utföra handlingar som ingår i normala roller i samhället. Ombudet har också funktionen att i vissa situationer kompensera för klientens funktionshinder, t ex minnessvårigheter, samt att utgöra ett psykologiskt stöd när klienten befinner sig i kris. Dessa rehabiliteringsinriktade handlingsmönster återfinns i beskrivningarna från rehabombuden i Kronoberg, där just Bostonmodellen utgjorde inspirationskälla för det sam-

²³⁴ Lewin 2000

²³⁵ Anthony, Cohen och Farkas 1990

hällsintegrerade stödet när Växjö rehabcenter startade. Liknande rehabiliteringsinriktade tankar förekommer också i skildringarna från andra ombudsverksamheter. En gemensam erfarenhet för flera av ombuden var deras erfarenheter av den psykiatriska vården och/ eller vårdarutbildning.

Handlingsmönster Paternalism: Klienten är ett objekt och ombudet intervenserar i individens liv

Detta handlingsmönster uppstår i kritiska situationer. Ombudet väljer att agera efter sin egen tolkning och ombudets agerande griper starkt in i klientens livsvärld, genom att t ex ordna med förvaltare, anmäla till socialtjänsten att barnen far illa eller ta initiativ till vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Det finns två typer av detta handlingsmönster. Det ena utgår från ombudets juridiska ansvar och skyldighet att som andra personalgrupper anmäla till socialtjänsten när man befärrar att barn far illa. Detta agerande grundar sig alltså på en juridisk skyldighet. Det andra handlingsmönstret grundar sig snarare i att ombudet ger sin professionella bedömning större tyngd än klientens önskemål eller uppdrag som bedöms av ombudet vara irrelevant i situationen.

Fallbeskrivning

Denna fallbeskrivning rör sig kring ett av de strukturella problemen som diskuterats i tidigare kapitel, bostadsfrågan. Ett ombud berättar om en klientkontakt som varat under ett par år och där klienten är bostadslös och önskar en bostad. Ombudet har arbetat med detta problem på olika sätt hela tiden, men hittills har problemet inte fått någon lösning. Nu har ombudet meddelat klienten att hon kallat till nätverksmöte med socialtjänsten och psykiatrin för att få till en lösning. Ombudet har också ordnat med en förvaltare:

Interjuare: när du bestämde dig för att söka förvaltare för henne, vad sa hon om det?

Ombud: Jag har inte pratat med henne om det.

Interjuare: Du har inte pratat med henne om det?

Ombud: Nej, det går inte längre. Det går inte längre, psykiatrin ställer inte upp på henne heller, de tar inte ens in henne, för de kan inte hjälpa henne. Och vad gör man med en människa som är bortom all rättning, men som ändå kan fungera utan inblandning, alltså får hon bara sköta sig själv. Hon kan inte bo i ett hyreshus där det finns andra människor, för hon kommer genast och lägger sig i deras liv och så, men hon kan bo själv. De har fixat ett jättemysigt hus till henne...Förvaltaren kommer att fixa allt, hon kommer inte att behöva bry sig om någonting, för hon är inte intresserad av sambället, hon vill inte vara en del av vårt samhälle. (Ombud 5)

I detta handlingsmönster står ombudets professionella ställning i centrum. Som professionell tar sig ombudet handlingsfriheten och tolkningsföreträdet att ordna med en intervention, förvaltaren, som kraftigt begränsar klientens eget bestäm-

mande över sitt liv och sin ekonomi. I detta handlingsmönster anknyter ombudet till befintliga professioners skyldighet och rättighet att ibland besluta om insatser för klienten utan att klienten vet om eller godkänt interventionen. Ombudet i detta fall har under en längre tid haft kontakt med klienten och åsett hur klientens hälsa försämrats av bostadslösheten. Ombudet som vet att hon avviker från sitt grundläggande uppdrag försvarar sitt handlingsmönster med att alla andra vägar är prövade redan.

Teorianknytning

Fallet ovan är ett exempel på den ständigt närvarande konflikten i omsorgsarbete mellan övergrepp och underlåtenhet.²³⁶ I detta fall konfronteras ombudet med vad Eliasson benämner ett olösligt dilemma mellan att visa respekt för klientens rätt till självbestämmande över sitt eget liv och det ansvar som ombudet upplever vilar på henne att ordna så att klienten får en bostad och drägliga livsvillkor. Ombudet ser också att ytterst står klientens liv på spel om ingenting sker. Ombudet väljer här att ta ansvar för klientens liv, men inskränker därmed samtidigt klientens suveränitet över sig själv.

Detta handlingsmönster anknyter till den paternalistiska tradition som följt med i det sociala arbetets utveckling. En verksamhet är paternalistisk, skriver Starrin och Jönsson, om dess praxis utövas med hänvisning till individens eget bästa utan att denne uttryckligen har givit sin tillåtelse. Dessa drag återfinns i case work-metoden. Case work utvecklades ur Mary Richmonds pionjärbete i Chicago på 1930-talet. Hon förutsåg att det sociala arbetet skulle professionaliseras och byggas på erfarenheter och kunskap. Allt socialt arbete skulle enligt Richmond grundas på en utredning utförd av socialarbetaren och som ledde fram till en social diagnos, vilken skulle utgöra grunden för det sociala arbetets praktik.²³⁷ Starrin och Jönsson betonar att paternalismen i socialt arbete har utvecklats under påverkan av sjukvårdens, speciellt psykiatriens, inställning till sina patienter. Klienten ses i denna paternalistiska tradition som en person med inre problem och karaktärsstörningar, emotionellt omogen och oförmögen att förstå sitt eget bästa.²³⁸

Dominelli visar att funktionshindrade personer är ett exempel på en grupp som utsatts och utsätts för paternalistiska metoder då professionella fattar beslut ”för deras bästa”. Paternalismen för gruppen tar sig också uttryck i att sociala och ekonomiska resurser fördelas av professionella som agerar grindvakter. Funktionshindrade personer exkluderas genom detta paternalistiska system då de inte har direkt tillgång till de resurser de behöver men inte heller får definiera vilka resurser de behöver och hur de ska göras tillgängliga.²³⁹ Även Hirdman pekar på

²³⁶ Eliasson 1995 59-60

²³⁷ Soydan 1993 sid 90 ff

²³⁸ Starrin & Jönsson 2000 sid 210

²³⁹ Dominelli 2002

det paternalistiska dragen i att staten och professioner tar sig rätten att lägga livet tillrätta för andra. Hon tar som exempel 1930-talet och den sociala ingenjörskonsten som utvecklas företrädd av Alva och Gunnar Myrdal. Legitimationen att ordna livet får professionella, enligt Hirdman, av att de innehar en särskild relation till kunskap.²⁴⁰ Detta anknyter också till professioners krav på att inneha rätten att definiera vad som är bäst för individen. Den nya paternalismen, vilket Lawrence Mead menar utvecklats under 1990-talet, innebär dels att klientens skyldigheter betonas mer än dennes rättigheter och att myndigheten har rätten att avgöra vad som ligger i individens intressen. Den moderna paternalismens lösning på fattigdomsfrågan är inte kompensatoriska åtgärder genom att tillförsäkra resurser utan istället att fattiga behöver en fast struktur och lära sig adekvata beteenden.²⁴¹

Handlingsmönster Empowerment²⁴²: Klienten är ett subjekt och ombudet intervenerar i omgivningen

I detta handlingsmönster accepteras klientens beskrivning av sin situation utan egentligt ifrågasättande. Klientens beskrivning bildar ombudets uppdrag. Ombud och klient diskuterar sig fram till vägar att hitta lösningar. Klienten får styrka och hittar strategier att agera själv med ombudet som back-up. Ombudet fungerar som diskussionspartner och hjälper klienten att söka argument för och emot för att klienten ska kunna fatta egna beslut och bilda sig en uppfattning om konsekvenserna vid olika handlingsalternativ. Vid empowermentinriktade handlingsmönster är klientkontakterna relativt korta och bygger på tydliga uppdrag som ombud och klient kommer överens om. Problemen rör sig ofta om dåligt bemötande från andra myndigheter eller vårdpersonal, relationsproblematik i det sociala nätverket eller att klienten behöver hjälp att hävda sina rättigheter. Klienten kan anlita ombudet som ett vittne till vad som har skett vid möten med myndigheter. Ombudet kan också vara ett bollplank när klienten behöver någon att diskutera problem med. Ombudet kan också enligt detta handlingsmönster vara en lärare som förmedlar kunskap om vilka rättigheter klienten har i välfärdssystemet. Flera ombud arbetar också med klienter i gruppverksamhet tillsammans med brukarorganisationer med RSMHS:s (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa) studiecirkel om "vardagsmakt"²⁴³, vilket betraktas som ett sätt att öka inflytandet för människor med psykiska funktionshinder som grupp. Denna modell lägger också vikt vid den strukturella uppgiften, som syftar till förändringar i omgivningen.

²⁴⁰ Hirdman 1990

²⁴¹ Mead 1997

²⁴² Jag väljer att inte översätta "empowerment" till svenska eftersom det inte finns någon allmänt vedertagen översättning. Då det engelska begreppet ofta används oöversatt och många av mina referenser kring empowerment kommer från anglosachsisk litteratur använder jag den engelska termen i syfte att undvika begreppsförvirring.

²⁴³ Ershammar & Wiksten 2002

Fallbeskrivning

Denna fallbeskrivning rör den tidigare belysta frågan om bemötande och interaktion med professionella. Ett ombud har kontakt med en klient som inledningsvis har behövt hjälp med ekonomiska frågor, bland annat ansökan om ersättning för arbetsskada från en försäkring. Klienten ber då om hjälp med sina spelproblem:

Vi skulle avsluta kontakten då uppdragen var slutförda, men vi väntade på svaret om försäkringen så vi diskuterade hur vår kontakt skulle se ut. I samband med det kom han till mig en eftermiddag och berättade att han undanhållit mig information om sig själv - han har ett spelmissbruk som han lider jättemycket av. Han har spelat bort egna och andras pengar. Försäkring och många sådana bitar och på något vis brast det för den här killen. Han ville ha hjälp. Och han visste inte hur gör man, kan man få hjälp med detta? Vilka vägar kan man gå? Då började vi tillsammans titta på Internet, vad finns? Och då kom vi fram till en öppenvårdskontakt på psykmottagningen där han kunde prata om det här. Han har hållit hemligt i princip för hela sin familj och sin omgivning i många år. Vi diskuterade vilken kontakt han kunde söka. De här kontakterna har han knutit på egen hand. Jag har inte mer än förmedlat kontakten och han har återberättat hur det har gått och vad som har hänt. Kontakten på psykmottagningen kände han sig oerbört kränkt av, han blev illa bemött och inte trodd. Han kom tillbaka och sa att jag går aldrig mer dit, då upplevde vi det som väldigt jobbigt och då satt vi och diskuterade det mycket vad man kunde göra, vad som skulle hända om han gick dit och sa att han inte var nöjd. Skulle jag göra det som ombud eller skulle han göra det själv? Men han bestämde att han skulle göra det själv och vi gick igenom vad han kunde säga. Och efter det bad terapeuten om ursäkt! Min klient tyckte det var bra och de kunde fortsätta kontakten. (Ombud 1)

Ombudet i denna fallbeskrivning lutar till klientens problemdefinition och söker lösningarna på problemen tillsammans med klienten. I detta exempel fungerar ombudet som diskussionspartner och stöd i bakgrunden när klienten själv väljer att agera.

Teorianknytning

Detta handlingsmönster anknyter till teorier om empowerment. Begreppet handlar om hur människor under förtryck kan göra sig fria från förtryck och öka makten över sin egen situation. Empowermentbegreppet kommer ursprungligen från 1960-1970-talens radikala medborgarrätts- och frihetsrörelser och de metoder för självhjälp som aktualiserades då. Begreppet har alltså sin upprinnelse i praktisk verksamhet. Under 1980- och 1990-talen har idéer och teori sedan utvecklats rörande empowerment. Idag används därför begreppet för att beskriva såväl metoder i socialt arbete som politisk ideologi och teori kring makt.²⁴⁴ Forsberg et al. definierar begreppet genom att räkna upp en rad centrala komponenter: makt, självkontroll, självförtroende och stolthet. En viktig aspekt av empowerment som Fors-

²⁴⁴ Payne 2000 sid 353 ff

berg et al. fokuserar är mobilisering av styrka, att aktivt ta kommandot som enskild individ eller som kollektiv. Empowerment innehåller därmed en maktaspekt *empowerment*.²⁴⁵ Empowermentprocesser sker genom intervention, exempelvis genom att aktivt involvera klienten i förändringsprocesser, att visa på möjlighet till självhjälp och ge erfarenheter av personlig makt över självhjälpsrelationer och att mobilisera resurser. Grundvalarna för ett sådant samarbete är förtroende, delad makt och acceptering av klientens definition av sitt problem.²⁴⁶ Det grundläggande socialpolitiska målet för empowerment är social rättvisa, ökad trygghet för människor, större politisk och social jämlikhet via ömsesidigt stöd och kollektivt lärande.²⁴⁷ För empowermentbegreppet är det också viktigt vilken kunskap som får tolkningsföreträde, enligt Kondrat, som pekar på att i empowermentbegreppet ligger den lokala kunskapens betydelse och speciellt viktig är all kunskap som klienter kan ge.²⁴⁸

I Strength Model (resursmodellen) utgör empowerment en av de grundläggande principerna.²⁴⁹ Resursmodellen tar fasta på människors resurser och möjligheter, och vill tona ned brister, sjukdom och svårigheter. Managerns uppgift är att skapa ett samarbete med klienten, som ska ses som ett subjekt. Fokus ligger på klientens styrkor, möjligheter och önskningar. I fokus står både individens resurser och resurser i omgivningen. En andra princip visar på betydelsen av medlemskap (medborgarskap), att höra till ett samhälle eller en grupp och att med medlemskapet följer rättigheter. Att vara utanför betraktas som en utsatt position med risk för alienation, marginalisering och förtryck. En tredje princip är att människor till stor del kan återhämta sig från svåra upplevelser. Den fjärde principen hänger samman med återhämtning; människor betraktas ha inneboende förmågor till läkning. Den femte principen slår fast att människors jag och självbild skapas i dialog och samarbete med andra. I den empatiska dialogen bekräftas den andra människan och genom den kan klyftorna mellan jaget, andra och institutionen överbryggas. Den sjätte och sista principen pekar på att klienten måste bli tagen på allvar, och ett brott måste ske med professionellas vanor att ständigt tvivla på och finna fel hos klienters berättelser och förklaringsmodeller.²⁵⁰

Resursmodellen anknyter till detta handlingsmönster i det att empowerment och medborgarskap som grund för rättigheter och livsvillkor betonas, men modellen skiljer sig också från handlingsmönstret då det även fokuserar och ytterst syftar till emancipation och förändring av individen. Empowermentinriktade handlingsmönster fokuserar tydligare på omgivande resurser och förändring i

²⁴⁵ Forsberg et al 1997

²⁴⁶ Gutiérrez et al 1998.

²⁴⁷ Rees 1991

²⁴⁸ Kondrat 1995 sid 405-408

²⁴⁹ Strength Model utvecklades av professor i socialt arbete, Charles Rapp, vid Kansas University, USA, Rapp 1998.

²⁵⁰ Saleeby 2002 sid 9 ff

miljön för att på så sätt förändra klientens möjligheter till inflytande över sitt eget liv och sina livsvillkor. Resursmodellen lånar drag från empowerment och närmar sig rehabiliteringsinriktningen i sitt fokus på att utveckla klientens inneboende befintliga resurser.

Handlingsmönster Företrädarskap: Klienten väljer att vara passiv och ombudet intervenerar i omgivningen

Detta handlingsmönster kommer från engelskans ”advocacy” och syftar på företrädarskap i klientens intresse. Handlingsmönstret innebär att klienten väljer att vara passiv och lämna över till ombudet, som får fullmakt att företräda klienten i en viss specifik situation och i ett visst ärende. Ombudet gör problembeskrivningen tillsammans med klienten och agerar på dennes uppdrag som företrädare. Ombudet definierar problemet som ett rättighetsproblem och ansöker om insatser, som klienten behöver men t ex kommunen inte tillhandahåller. Ombudet driver frågan om rättigheter enligt lagstiftning också för att visa på bristande resurser för psykiskt funktionshindrade som grupp. Ombudet fyller en funktion som diskussionspartner, förmedlare av kunskap och som företrädare.

Fallbeskrivning

Denna fallbeskrivning inrymmer både omsorgsfrågan och bostadsfrågan som diskuterats i tidigare kapitel. Ombudet har kontakt med en ung kvinna, som vistas på en psykiatrisk avdelning i väntan på att frågan om omsorg och bostad ska lösas sig:

Hon satt på en vårdavdelning på psyk i tio månader tror jag, hon var färdigbehandlad efter två veckor, men kommunen kunde inte ta emot henne då. De hade inget att erbjuda, bara boendestöd tre gånger i veckan och det var ju inte på långa vägar tillräckligt, hon behövde tillsyn dygnet runt för hon fick också kramper. Så vi sökte personlig assistent och sen hjälpte jag henne att överklaga då för det blev avslag. Men det blev avslag där också. / ... / Ja, så hjälpte jag henne att söka mobilt team och särskilt boende som inte finns då, med det har vi fortfarande inte fått svar på så det vet jag inte hur det går med det. Det är ju det att man ska söka insatser som inte finns för att visa på behov. (Ombud 2)

Ombudet i citatet ovan tar på sig att vara företrädare för klienten. I denna funktion söker ombudet lösningar på klientens personliga behov, en anpassad bostad med tillgång till omsorg och vård. Men i företrädarfunktionen lägger också ombudet att lyfta den strukturella frågan om tillgång till särskilt anpassade bostäder för psykiskt funktionshindrade som grupp.

Teorianknytning

Begreppet ”advocacy” (företrädarskap) är nära knutet till empowermentbegreppet. Det syftar på uppgiften att argumentera för klienternas åsikter och behov, men också att åstadkomma social förändring till gagn för de sociala grupper som

klienterna tillhör. En inriktning av advocacy handlar om att säkerställa klienters rättigheter och förmedla kunskaper till klienter om att de har rätt till olika former av välfärdsrättigheter²⁵¹. Denna arbetsmodell anknyter därmed också till medborgarskapet som grund för individens rättigheter²⁵². Det centrala uppdraget här handlar om att hjälpa klienten att driva sina rättigheter, att ha inflytande över de vård- eller stödinsatser som klienten har och därmed att klienten får större makt över sin vardag.

Advocacybegreppet används i flera bemärkelser. Det kan enligt Payne, beteckna, för det första, ett socialt arbete där man argumenterar för klientens åsikter och rättigheter, m a o för klientens talan. För det andra kan det stå för färdigheter och tekniker att göra detta, närmare bestämt att bistå med resurser för att komma i åtnjutande av rättigheter. För det tredje kan advocacy innebära att göra en beskrivning eller tolkning av maktlösa människor för grupper som har makt, d v s formulera, argumentera och förhandla om behov. Under advocacybegreppets tidiga historia uppfattades det som en service till klienterna, som ett sätt att göra insatser mer åtkomliga för klienter (case advocacy) eller att främja social förändring för en grupp svaga klienter. Rättighetsperspektivet i advocacy syftar också till att klienter som har rättigheter till en viss insats också ska få kunskap om att de har rättigheter till andra insatser, t ex bidrag. Payne beskriver advocacy som ett ”företrädarskap som strävar efter att representera de maktlösa klienternas intressen i förhållande till mäktiga grupper och sociala strukturer”²⁵³

Nya handlingsmönster centreras kring brukarinflytande

Rehabiliteringsinriktade och paternalistiska mönster är vanligt förekommande handlingsmönster inom socialtjänsten i kommunerna och i landstingets psykiatriska verksamhet. Däremot kan empowerment och företrädarskap (advocacy) göra anspråk på att vara relativt nya element i den institutionaliserade socialpolitiken. De har artikulats av brukarorganisationer och intresseorganisationer och haft visst inflytande över handikapplagstiftning (LSS) men inte förankrats i djupare mening i det ”professionella” sociala arbetet som en uttalad arbetsmetod. Det nya med empowerment och företrädarskap är att klienten tilldelas en central roll som den som bestämmer uppdraget och hur det ska genomföras utifrån sin kunskap och tolkning av situationen. Klientens kunskap tillmäts alltså en större vikt än de professionellas, vilket också visat sig vara en orsak till konflikt mellan ombudets praktik och myndighetsorganisationernas. Klienten ges alltså tolkningsföreträde. Ett annat nytt element är att yrkesgruppen personliga ombud kan ta fasta på de juridiska vägarna för att tillförsäkra sina klienter rättigheter, men också för

²⁵¹ Payne 2002

²⁵² Se Marshall & Bottomore 1992/1950

²⁵³ Payne 2002 sid 353

att på sikt åstadkomma strukturella förändringar för hela gruppen psykiskt funktionshindrade människor.

Ombudets manifesta funktioner

Handlingsmönstren ovan visar alla på relationella aspekter mellan ombud och klient. I intervjuerna med klienter framkommer en rad funktioner som de tilldelar ombuden. Dessa funktioner anknyter till kvaliteten på relationen mellan klient och ombud. Detta avsnitt avser att lyfta fram de funktioner som ligger i ombudsrollen och har tydliggjorts hittills. Ombudens yrkesroll innehåller funktioner för välfärdssystemet och för klienterna, varför avsnittet är strukturerat efter dessa två nivåer. Funktionsbegreppet som jag använder mig av inrymmer både väntade och oväntade konsekvenser. Här analyseras endast de funktioner som ombuden, klienterna och ledningsgruppsledamöter har redogjort för och som ligger i linje med uppdraget personligt ombud, alltså de förväntade konsekvenserna. En analys av de oväntade (latenta) funktioner som kan skönjas återfinns i avhandlingens avslutande kapitel.

Funktioner för klienterna

Utöver de funktionsbeskrivningar som klienterna har givit och som diskuterats i anslutning till figur 4 kan ytterligare fyra funktioner utläsas av klienternas och till viss del även ombudens utsagor. Ombuden ”står på klientens sida”, är ”förhandlare”, de har en ”praktisk funktion” och de har betydelse för klientens självbild.

Att ta klientens parti

De flesta klienter har inlett intervjun med att tala om hur viktig kontakten med ombudet är eller har varit för dem. Relationen till ombuden liknar mer relationen till familjemedlemmar än med andra professionella tjänstemän. Klienterna gör följaktligen stor skillnad på ombudets roll, jämfört med andra yrkeskategorier anställda i kommuner och landsting. En klient säger:

Ombudet har stått på min sida. När det kommer till kritan vet man vems parti som dom andra tar: organisationens. (Klient 1)

Det finns klienter som också har viktiga stödpersoner i kommun och landsting som de säger sig ha god hjälp av, men ombudet är till enbart för deras skull. Klienterna upplever att det inte finns organisatoriska gränser som begränsar ombuden så som dessa begränsar andra stödpersoner.

Att arbeta på klientens uppdrag beskriver flera ombud som svårare än det först verkar. Ett problem som ombuden tar upp är att det finns klienter som på grund av sina tidigare erfarenheter inte är vana vid att uttrycka sin egen vilja, de är socialiserade in i att forma sig efter professionellas beslut. Ett annat problem är att verkligen lyssna in vad klienten säger. Flera ombud beskriver detta som en

avprogrammeringsprocess från tidigare yrkeserfarenheter, där uppgiften ofta är att veta bäst som professionell. Ett ombud berättar om utmaningen i att arbeta på klientens uppdrag:

”Det svåraste är att inte ha en färdig lösning för en klient, direkt när du bör uppdraget och hör en berättelse. Jag kan erkänna att innan hade jag en tanke om hur den här personen skulle kunna få det bättre och nu gäller det att försöka vara proffsig, att inte ha den färdiga tanken, utan utgå från den här särskilda individen och faktiskt jobba på det som hon vill, oavsett vad jag tycker, och det är jättesvårt och det är oerbjödligt frustrerande många gånger att göra saker som man kanske tänker att det här kommer inte att hålla, det kommer inte att funka, men ändå så tror jag att det är det som är det viktigaste, att klienterna känner att jag inte har den färdiga lösningen åt dem, att lyssna på det de vill och det de vill göra”. (Ombud 1)

Den viktigaste uppgiften, menar ombuden, är att stödja klienten och att agera på dennes uppdrag för att klienten ska få den vård, stöd och service som hon eller han har önskemål om. Ombudet arbetar med klientens önskemål och inte behov enligt detta synsätt. Klienter kan ha behov, som de inte är intresserade av att göra något åt och som skiljer sig från vad de önskar. Implicit i behovsbegreppet tillämpning i välfärdssystemet ligger också att någon annan bedömer en individs behov för att utreda rätt till insatser, och ombudet ovan försöker att undvika att hennes egen uppfattning om vad klienten kan och behöver inte ska styra hennes handlingar, utan att klientens önskemål ska vara styrande.

Även övriga professionella aktörer i välfärdssystemet har som uppdrag att vara sina klienter till stöd och hjälp, men ofta har de då också en myndighetsutövande funktion som innebär rättigheter för klienten men också krav på klienten. Klienten har inte sådana skyldigheter gentemot ombudet. Klienten kan dock inte kräva stöd av ombud enligt Socialtjänstlagen då det är frivilligt för kommunerna att erbjuda personligt ombud.²⁵⁴

Att företräda klientens perspektiv kräver ibland också ett visst mått av civilkurage av ombuden. För att stötta sina klienter måste ombuden ibland med sitt arbetssätt, där klientens vilja är avgörande, gå emot professionella aktörers uppfattningar om vad som är bäst för klienten. Ett ombud beskriver en kontakt med en klient som skulle skrivas ut från en psykiatrisk avdelning och behövde bostad:

Den här killen har ju aldrig haft ett eget boende. Han ville ha en lägenhet. Det var inte många som tyckte att han skulle ha en lägenhet utan det skulle vara gruppboende då med dygnet runt bemanning och hela baletten. Men han ville ju ha en lägenhet. Får jag inte en lägenhet skiter jag i det, sa han. Så det var rätt mycket fram och tillbaka där, men jag tyckte att det är väl okej, vill han ha en lägenhet så får vi testa det här då. Det är ju så att sätter man honom på ett gruppboende så kommer han att längta efter lägenheten...men det slutade i alla fall med att killen fick en egen lägenhet, med boendestödare då och man började med lite utslussning. Han var ju där ett par gånger i veckan. Han

²⁵⁴ Socialstyrelsen 14/2000

cyklade dit själv och jag kom dit då och vi fixade lite käk och så där. Väldigt spartanskt boende och ingen mat i kylskåpet och jag försökte, för i beslutet med boendestödjare så stod det att han ska ha hjälp med mat och städning. Det såg bara för jävligt ut hos honom och jag försökte liksom stöta på den här boendestödjaren, men det gick inte. Så det slutade med att han klarade ju inte av det, det blev för ensamt och för skitigt och för fattigt och för magert och det var ingenting som fungerade så då la han ju in sig. Och då var det ju liksom det här att, vad var det vi sa, han skulle inte ha någon lägenhet han skulle ju ha ett gruppboende... och visst de hade ju rätt. Sedan efter ett par månader då så fick han erbjudande om ett boende i gruppboende... och idag trivs han ju jättebra.. Han säger själv idag, det var lägenhet jag ville ha och det provade jag på och det fungerade inte. (Ombud 23)

Ombudet ovan lade vikt vid att arbeta efter klientens önskemål även om det kan antas att ombudet delade myndighetshandläggarens och personal från psykiatrins uppfattning att klienten hade dåliga odds för att klara av ett eget boende. Ombudets arbetsordning skiljer sig dock från myndighetspersonernas då de utifrån sina organisationers uppdrag kan hänvisa till sin profession och vad de anser vara effektivt och rationellt för klientens bästa. Ombudet däremot har bara grund för att betrakta klientens önskemål som uppdrag och kan inte hänvisa till sin professionella kunskap. Beskrivningen ovan antyder också att klienten inte gavs de bästa förutsättningar för att klara av ett eget boende. Ombudet beskriver hur de insatser som klienten fått rätt till inte genomfördes i praktiken. I detta läge förmådde inte ombudet påverka hur det praktiska stödet i det egna boendet genomfördes, det låg i detta fallet bortom ombudets handlingsutrymme och möjligheter att påverka.

Ytterligare en dimension som klienterna har nämnt är att ombuden anpassar utrymme och tid efter sina klienter. Ombuden har inte en rutin för hur ofta de träffar klienter. Har klienten behov av ett möte som pågår under en halv dag är det ofta möjligt. Klienter har uttryckt att detta tidsmässiga utrymme gör att de hinner med och kan uttrycka det som är viktigt: ”När jag gick i terapi var det en timme varje vecka, och när timmen var slut var det hej då. Jag hann aldrig säga det som var viktigt” (Klient 3). Klienterna har också nämnt att det är enklare att nå ombuden på telefon än andra yrkeskategorier. Det finns ingen växel, telefonkö eller telefontid. ”Och om ombudet inte svarar kan man lämna telefonnummer så vet jag att hon ringer upp så fort hon kan”, säger en klient (Klient 6).

Förhandlare

Det har visat sig att de personer som ombuden får som klienter ofta har haft svårt att bli erkända som klienter hos olika myndigheter. Det finns svårigheter, dels när individen söker hjälp och organisationen ska bedöma om klienten hör till dem som har rätt till insatser av organisationen, dels när klienten ska beskriva sina behov då problemen ofta är av ”vild karaktär” och därmed inte enkla att beskriva

eller att finna lösningar på.²⁵⁵ Ombudets uppgift blir ofta i detta skede att hjälpa klienten genom den prövningsprocess som samtliga som söker hjälp av myndigheter går igenom, t ex i form av biståndsbedömning eller undersökningar för att ställa diagnos. Ombudets uppgift blir att tydliggöra klientens rätt och behov på ett sådant sätt att myndigheten kan känna igen personen som en berättigad klient eller patient. Detta innebär ofta en typ av förhandlingsprocess där ombudet är aktivt.

Praktisk funktion

Ombuden arbetar ofta handlingsinriktat vilket tar sig uttryck i att ombudet gör saker som klienten behöver hjälp med. Det kan vara att leta lägenheter, att städa ett smutsigt kök tillsammans, att ge handräckning vid flyttning, att reparera en dammsugare, att montera upp en dator, och att hjälpa en klient att söka bidrag hos fonder. Klienterna ger uttryck för att de uppskattar möjligheten att kunna ta upp alla möjliga problem, både stora och små, och få praktisk hjälp när det behövs.

Han hjälpte till, damma och tvätta fönster och så, när jag var så nere så jag bara satt där och klagade. Sen fixade han faktiskt, jag vet inte om han hade fått nog, hjälp från omsorgen till mig då. Så jag fick hjälp med städning och gå och handla och sånt. För att när jag är deprimerad, då lagar jag inte mat och inte handlar, ingenting. (Klient 5)

Ombuden talar i intervjuerna om att de gör dessa praktiska sysslor dels därför att de ger ett bra tillfälle att få kontakt med klienten och dels därför att den verksamhet som ansvarar för stödet inte finns på plats. Detta är fallet i citatet ovan (Klient 5). Under tiden kan ombudet genomföra uppgifterna i stället. Ombuden har uppenbarligen en handlingsfrihet att agera praktiskt i olika omsorgsgörömmål.

Ombudets funktion för självbilden

Klienterna upplever ombudens förhållningssätt som medmänskligt, i kontrast till opersonlig distans som de förknippar med professionella möten. I medmänskligheten ligger enligt klienterna att de lyssnar, tar klientens ord på allvar och att de reagerar på det klienten säger. Ombuden bemöter dem inte med en neutral ton, utan ger av sig själva i kontakten. Topor betonar den personliga aspektens betydelse för återhämtningsprocessen.²⁵⁶ Han har kommit fram till att professionella som bidrar till att människor återhämtar sig från psykiska störningar skiljer sig

²⁵⁵ Krogstrup 2003 sid 107 f. Krogstrup beskriver vilda problem som problem vilka inte tydligt kan definieras eller åtskiljas från andra problem. Målet för att lösa problemen kan inte tydligt urskiljas och därmed kan inte heller klara kriterier som mått på den bästa lösningen. Det saknas en objektiv bästa lösning och vilken den bästa lösningen på problemet är beror på hur problemet betraktas.

²⁵⁶ Topor 2001

från andra i ett avseende. De har i något avseende brutit mot en professionalitetsregel och i detta regelbrott satt patienten framför institutionen.²⁵⁷ Klienterna i denna studie talar om att det är det spontana givandet och tagandet av personliga erfarenheter, som har betytt mycket för dem. Klienterna uttrycker att de inte känner sig som klient utan som Erik eller Barbro, det vill säga som en unik personlighet med ett egenvärde. I motsats till skam uttrycker de då att de känner stolthet och värdighet över sin egen person i kontakten med personligt ombud.²⁵⁸

Funktioner i välfärdssystemet

Personligt ombud har också funktioner för det omgivande välfärdssystemet inom vilket ombudet måste söka samverka med professionella tjänstemän. Hittills kan två manifesta funktioner urskiljas. Ombuden har en gränsöverskridande och en kvalitetssäkrande funktion.

Gränsöverskridande funktion

En funktion som ombuden har i förhållande till andra organisationer är att de är gränsöverskridare. I jämförelse med andra yrkeskategorier har ombuden inte de organisatoriska ramar som sätter gränser för andra yrkesutövare och som de låter sig begränsas av. Ibland kan ombudet exempelvis agera i en roll som kan likna en boendestödare anställd av socialtjänsten, ibland kan ombudet agera som en kontaktperson anställd av psykiatrin. Ombuden beskriver att de är ”kameleonter” eller ”allfixare” och lägger i det att de ofta får uppdrag där ingen annan yrkesgrupp känner sig kallad, med uppgifter som inte finns definierade i andra yrkeskategoriers arbetsbeskrivningar. En beskrivning av detta kommer från ett ombud som berättar om en allvarlig incident. Ombudet hade avsatt tid för planering och råkade ha telefonen påslagen en kort stund. En klient ringde och sa att hon hade tagit en mängd tabletter och skurit sig och låg hemma på soffan.

”Då ringde jag till öppenvården och ingen ville befatta sig med klienten, så jag ringde till hennes kontaktperson i psykiatrin, men de ville inte ta det, de undrade om det var deras jobb också. Jag sa det behöver vi inte diskutera, någon måste åka upp och se till henne, alltså som medmänsklighet då, men det gjorde de inte. Jag åkte upp där i alla fall, för jag sa att utav medmänsklighet så är det självklart, jag menar ska man stå här och prata om ens arbetsuppgifter så blir det absurt när någon ligger medvetslös på en soffa. Det gjorde hon när jag kom dit.” (Ombud 2)

Ombudet fick i denna situation agera i ett otydligt handlingsutrymme. Där uppgiften skulle ha utförts av någon annan yrkeskategori, men där ombudet med sin vida formulering av sitt uppdrag tog på sig uppgiften att kontrollera hur klienten mådde. Genom sina otydliga ansvarsgränser får ombuden funktionen av att agera

²⁵⁷ Topor 2001

²⁵⁸ Scheff & Retzinger 2005

i alla de tomrum som andra yrkesgrupper kan lämna. Ombudet kan sägas få en gränsöverskridande funktion för välfärdssystemets blottor.

Det finns dock begränsningar också för vad ombuden gör och inte gör. Begränsningarna utgörs dels av de prioriteringar som har antagits av ledningsgrupperna och anvisningarna i meddelandebudet²⁵⁹, dels de etiska och moraliska överväganden som ombuden själva gör om vad de kan och bör åta sig. Detta betyder att det kan variera mellan ombudsverksamheterna och mellan enskilda ombud vad de uppfattar som ett uppdrag för personligt ombud.

Kvalitetssäkrare

Ombudets strukturella uppdrag har av några ledningsgruppsledamöter beskrivits som en kvalitetssäkrande funktion. Genom att ombudet uppmärksammar och informerar om strukturella problem anser en ledamot att ombudet bidrar till kvalitetssäkring av den verksamhet som hon är ansvarig för:

Det handlar ju om kvalitetsfrågor och det är en kvalitetsfråga för mig att få reda på när någonting inte är bra, så att vi kan förändra det. (Ledningsgruppsledamot 32)

En annan ledamot upplever att ombudets arbete har inneburit att det har tydliggjorts att verksamheten som ledamoten ansvarar för bör omorganiseras för att ge ett stöd med bättre kvalitet till psykiskt funktionshindrade personer:

Erfarenheterna av det här personliga ombudet och den funktionen gör ju att vi börjar fundera på att vi kanske ska organisera på ett annat sätt... Vi kanske ska gå samman och jobba på ett gemensamt sätt över kommungränserna och tillsammans med landstinget. (Ledningsgruppsledamot 8)

Denna ledamot beskriver vidare att ombudet är en inspirationskälla för att se andra dimensioner i den egna verksamheten. Dessa dimensioner handlar främst om vad ledamoten uppfattar som ett utökat brukarperspektiv.

Konturer av yrkesrollen

I detta kapitel har fyra idealtypiska handlingsmönster urskiljts. Dessa är empiriskt genererade men kan teoretiskt knytas till begreppen rehabilitering, paternalism, empowerment och företräderskap. Dessa handlingsmönster kan uppfattas som arbetssätt som används i skiftande situationer. De kan också uppfattas som en första bild över vilka möjliga utvecklingsvägar som ombudets roll kan ta framöver. Det är kanske inte troligt att ombudets yrkesroll om fem år innehåller samma variation i synsätt och handlingsmönster.

Personligt ombud är som verksamhet i det svenska välfärdssystemet tätt knuten till klientens behov och önskemål. Klienterna har uppfattat att ombudet har

²⁵⁹ Socialstyrelsen 14/2000

Personligt ombud

funktionen att ”stå på klientens sida”, på den andra sidan står myndigheter och professioner.

Yrkesrollen som personligt ombud utvecklar bygger på att agera på klientens uppdrag, föra fram klientens perspektiv. Detta beskrivs av klienter som uppfattar att ombudet står på deras sida. Ombudets viktigaste funktion för klienterna verkar vara som förmedlare av ”trygghet”. I detta ligger att de erbjuder klienterna en strategi att hantera svårigheter med. Detta antyds vidare då klienterna beskriver ombudens funktioner för dem som ”skyddsängel”, ”lärare”, ”minne”, ”vittne”. En annan central funktion för ombudet är att vara förhandlare om klienters rättigheter till stöd av välfärdssystemets institutioner, men också som stöd för klientens värdighet och självkänsla. För välfärdssystemet beskrivs två manifesterade funktioner: att verka gränsöverskridande mellan organisationer och att fungera som kvalitetssäkring för myndigheter som får respons på hur deras service fungerar för de individer de är till för att hjälpa.

I avhandlingens avslutande kapitel återkommer jag till handlingsmönster och funktioner.

12 Avslutning

Detta avslutande kapitel avser att besvara avhandlingens syfte och frågeställningar invända i en diskussion kring personligt ombuds yrkesroll och vilka funktioner som ombudet fyller. Kapitlet är uppdelat i tre avsnitt. I det första avsnittet diskuteras yrkesutövningens förväntade funktion som ny modell för att erbjuda stöd som är integrerat i samhället. En jämförelse görs också med internationella modeller. Därefter ägnas ett avsnitt åt oväntade funktioner som kunnat skönjas: personligt ombud som exkluderande funktion, personligt ombuds rationalitetsfunktion för välfärdssystemet, det individuella arbetets potentiella osynliggörande av strukturella problem och personligt ombud som medierande funktion för brukarinflytande. I det tredje och sista avsnittet återvänder jag till den paradox som avhandlingen inledningsvis identifierade och som har tagit sig tydliga uttryck i ombudsrollens diskrepans mellan medicinskt tal (diskurs) och social praktik. Detta för vidare till en diskussion om behov av att utveckla analysverktyg samt av en kunskapsbas för yrkesrollen och grund för professionaliseringsanspråk.

Förväntad funktion: att erbjuda en ny form av samhällsintegrerat stöd

Personligt ombud är en yrkesroll som håller på att skapas. Det betyder att yrkesrollen som sådan ännu är otydlig i konturerna. I internationell litteratur om case management förekommer olika benämningar på case managements uppgift, t ex advocacy och brokerage. Dessa funktioner har styrdokumentet för personligt ombud tagit fasta på och tillskriver personligt ombud funktionerna ”advokat” och ”mäklare”. Båda begreppen är dock tämligen innehållsfattiga med avseende på vad personligt ombud har utvecklats till. Advokatbegreppet får ses som ett sätt att uttrycka ombudets företrädarfunktion. Men en advokats uppgift och ansvar tar slut när dennes klient har fått sin sak prövad enligt gällande lagstiftning. Min studie visar att ombudets funktion och ansvar inte upphör förrän klienten har fått hjälp. Inte heller mäklarfunktionen beskriver rättvisande ombudets funktion. En mäklare skall, i idealfallet, föra samman två intressenter med varandra och bidra till att båda vinner fördelar genom mötet. Det svenska personliga ombudet arbetar på klientens uppdrag, och har snarast en kravställande funktion gentemot myndigheterna och samhället.

Personligt ombud kan vidare betraktas som resultatet av ett samhälleligt misslyckande eftersom verksamheten har kommit till efter kritik mot att psykiskt funktionshindrade inte har fått del av välfärden i samma utsträckning som andra grupper. Reformen utgör också kritik mot hur stödet efter avinstitutionaliseringen utformats i form av fragmentariserade stödsystem. Behövs då verkligen personligt ombudsverksamhet? Vore det inte bättre att skärpa tillsyn och krav på befintliga verksamheter och på den vägen nå en förändring? Psykiatrireformens syfte med personligt ombud kan emellertid också tolkas som en väg att skapa nya samhällsintegrerade modeller för hur stödet ska utformas till psykiskt funktionshindrade

personer. Befintliga modeller och system för stöd till psykiskt funktionshindrade personer har, enligt Psykiatriutredningen, alltför mycket anknytning till en otidsenlig institutionaliserad praxis, vilken har lett till exklusion och undermåliga livsvillkor istället för jämlika och integrerade livsvillkor. Frågan är då om personligt ombud som företeelse representerar en ny modell som skapar samhällsintegrerat stöd och förutsättningar för förbättrade livsvillkor för psykiskt funktionshindrade personer?

Den svenska modellen av case management, personligt ombud, har specifikt valt att lyfta fram brukarinflytande. Jämfört med många andra modeller som har vuxit fram internationellt utmärks personligt ombud som modell av att klienten ska initiera insatser och vara delaktig i allt som ombudet företar sig. Personligt ombud har också i praktiken kommit att agera mycket i frågor som rör klienters rättigheter och resurstilldelning. Därmed anknyter personligt ombud till den svenska handikappolitiken, som bygger på ett medborgarperspektiv och på integrering i samhället. Individer har rättigheter som medborgare och alla medborgare, även de med svåra funktionshinder, ska erbjudas likvärdiga livsvillkor i ett integrerat samhälle.²⁶⁰ Denna samhällsintegrerande målsättning har vuxit fram ur avinstitutionaliseringen och det skandinaviska normaliseringsbegreppet²⁶¹ och syftar till normaliserade livsvillkor genom jämlik fördelning av samhällsresurser. Individen ska vidare ha möjligheter att bemästra handikapp genom kompensation och anpassning av yttre miljöer. I medborgarperspektivet ligger också att den enskilde ska ha inflytande och makt över sin egen vardag och det stöd som samhället förmedlar. Exempel på befintliga stödinsatser och metoder som bygger på medborgarperspektivet och samhällsintegrering som logik är: försörjningsstöd, stöd i boende eller anpassad bostad, skyddat arbete, sociala mötesplatser samt personlig assistans.

De samhällsintegrerande modeller jag har kunnat identifiera i personligt ombud bygger på empowerment och företräderskap, även om dessa bättre beskrivs som handlingsmönster. Empowerment och företräderskap är båda starkt brukarorienterade och de definierar de strukturella problem som utgör hinder för psykiskt funktionshindrade personer att delta och leva i samhället på lika villkor som befolkningen i övrigt. Lösningarna överensstämmer med de socialpolitiska kraven på resursfördelning, integration och normaliserade livsvillkor. Dessa handlingsmönster innehåller vad Dominelli kallar ett "ickeförtryckande" socialt arbete.²⁶² Det finns exempel på från ombudens utsagor att klientens position stärkts gentemot de människobehandlande organisationerna genom ombudets agerande i en

²⁶⁰ Regeringens proposition 1999/2000:79 *Från patient till medborgare*.

²⁶¹ Nirje 2003. Bengt Nirje formulerade på 1960-talet i en rad punkter hur livsvillkoren för utvecklingsstörda människor som levde på institutioner skulle normaliseras. Normaliseringsprincipen har fått inflytande över handikappolitiken i stort sedan dess och står för acceptabla levnadsförhållanden för alla samt erkännande av allas medborgerliga rättigheter.

²⁶² Dominelli 2002

empowermentfunktion. Ombuden har kunnat påvisa problem som tidigare varit osynliga eller oviktiga att åtgärda. De har också i förhandlingar med myndighetsföreträdare kunnat skriva om frågan från att gälla individers skyldigheter till att fokusera klientens perspektiv och rättigheter. Men detta förefaller vara en skör process, som blir beroende inte bara av ombudets skicklighet utan också av myndighetspersoners välvilja i varje enskilt fall. Ombudens framgång beror också på stödet från ledningsgruppen. I de situationer där den egna ledningsgruppen eller individer därur har givit stöd till ett empowermentinriktat handlingsmönster har detta möjliggjort att tolkningsföreträdet har flyttat från myndighet till klient.

Empowerment och företrädarskap existerar som teori och metod och på så sätt är de inte en ny företeelse. Men det finns fog för att påstå, menar jag, att ombudsverksamheten bidragit med att utveckla dem till en praktik i nya former för hur professionella, anställda i offentlig sektor, kan ge stöd till psykiskt funktionshindrade personer.

Handlingsmönster och funktion i relation till internationella modeller

I internationell litteratur finns en rad olika modeller beskrivna, men jag har undvikit att utgå från dessa modeller i min analys av personligt ombud. Detta då personligt ombudsverksamheterna befinner sig i en uppbyggnadsfas och det förefaller mer adekvat att tala om handlingsmönster, vilka är mer rörliga än modeller. Ett annat argument för att konstruera en egen typologi är att jag har utgått från ombudens praktik som grund för en analys av ombudens handlingsmönster och inte utifrån antalet klienter eller målsättningen med verksamheten, vilka är de kriterier som ligger till grund för en vanlig indelning som finns i befintliga internationella modeller. Jag har istället lagt vikt vid att studera personliga ombud utifrån deras egna, klientens och andra för funktionen viktiga gruppers utsagor. Men hur kan de handlingsmönster jag har funnit relateras till de modeller av ombudsarbete som beskrivs främst i internationell litteratur och vilka av dem anknyter till en samhällsintegrerande funktion?

Personligt ombud har förvisso likheter med internationella förebilder, vilket kan exemplifieras med Bostonmodellen som tydligt hänger samman med det rehabiliteringsinriktade handlingsmönstret. ACT och ICM-modeller däremot avviker mycket från personligt ombud då dessa modeller syftar till medicinsk psykiatrisk behandling. I dessa modeller är det case managern som bestämmer både kontaktens omfattning och innehåll. Klienten har inte ens alltid möjlighet att avsäga sig kontakten med case managern. Dessa modeller innefattar ett paternalistiskt handlingsmönster, vilket i personligt ombud endast kännetecknar Extremsituationer och undantagsfallen, där de professionella avgör vad som är bäst för patienten/ klienten. Strength Model, resursmodellen, kan beskrivas som en blandform, vilken innehåller empowermentinslag, där fokus ligger på att utgå från klientens önskemål. Den innehåller också inslag av nyare rehabiliteringsfilosofi, där syftet

ytterst är återhämtning genom att stärka klientens förmågor. Mäklarmodellen innebär en administrativ fördelning och samordning av stöd.²⁶³ Som sådan kan den utvecklas till en paternalistisk funktion som samordnar stöd efter vad personal anser vara bäst för klienten och utifrån vad personal bedömer vara effektivt användande av samhällets resurser. Mäklarmodellen kan dock också utvecklas till en samordnarfunktion som verkar direkt på klientens uppdrag varvid den då närmar sig företräderskapet.

En slutsats av denna analys är att ombuden i denna studie har börjat utveckla en modell för samhällsintegrerat stöd, som bär likheter med Strength Model då de båda bygger på empowerment som ideologi. Ombudens identifierade empowermentmönster skiljer sig dock på en väsentlig punkt från Strength Model: ombuden uppehåller sig inte vid, intresserar sig inte för den psykiska sjukdomen och talar inte om återhämtning som ett mål med sin verksamhet. Ombuden har istället uttalat att målet är att klienten ska få större ”makt över sin vardag”.

Oförutsedda funktioner

De funktioner som personligt ombud utvecklar kan enligt den definition jag har använt mig av också vara latent, de kan få oanade konsekvenser för någon annan enhet eller annat system. Nedan presenteras konturer av fyra sådana oväntade funktioner: personligt ombud som exkluderande funktion, personligt ombud som rationalitetsfunktion samt det individuella arbetets potentiella osynliggörande av problem. Slutligen har också personligt ombud börjat utveckla en medierande funktion för brukarinflytande.

Personligt ombud som exkluderande funktion

Personligt ombud har en manifest funktion som socialpolitisk insats för att förmedla resurser och rättigheter som bygger på medborgarskap till en tidigare missgynnad grupp. Detta kräver utveckling av en social praktik vilken har utvecklats i konkreta handlingsmönster som kan knytas teoretiskt till empowerment och företräderskap. Ombuden uttrycker dock inte sin sociala praktik genom det språk de använder. Detta kan vara en följd av att de begrepp och det språk som flertalet har tagit med sig från tidigare arbetslivserfarenhet hör hemma i den medicinska diskursen. Den medicinska diskursen saknar språk och begrepp för att i första hand uppmärksamma och i andra hand uttrycka sociala problem på ett nyanserat sätt. Detta får två ganska allvarliga och oförutsedda konsekvenser (latent funktioner): Den första är att de sociala problemen osynliggörs då de formuleras i termer av individuella problem. Sociala problem såsom fattigdom och hemlöshet förvandlas i talet till individuella brister, vilka hör till sjukdomsspektrat. På detta sätt blir bristerna i livsvillkoren normaliserade för gruppen. Den andra conse-

²⁶³ Holloway 1991

kvensen är att ombuden får svårigheter att uppmärksamma sitt strukturella uppdrag, då de saknar språk och därmed verktyg för att analysera de strukturella brister som de dagligen möter, såsom deprivation. Detta kan leda till ett scenario i den värsta av världar där ombudet, som har uppdraget som rapportör av strukturella problem, genom sin oförmåga att verbalisera och analysera dessa problem istället bidrar till att de omfattande strukturella problemen kring levnadsnivå förblir dolda. Man kan då säga att ombuden i sitt medicinska tal bidrar till fortsatta exklusionsprocesser.

Rationalitetsfunktion och osynliggörande av strukturella problem

Psykiatriutredningen fäste förväntningar på att verksamheten skulle innebära effektivare resursanvändning. En oväntad konsekvens, som utvecklats som en effekt av att ombudsverksamhetens ansvarsgränser ännu är otydliga, är att människobehandlande organisationer kan använda personligt ombud som ett exklusionskriterium för att utesluta gemensamma klienter från service i syfte att spara resurser i den egna verksamheten. Klienter som har kontakt med ett personligt ombud har med argumentet att ombudet ger klienten stöd avvisats i andra verksamheter, exempelvis hos socialtjänsten. Ombudet, som är tänkt som ett tillfälligt förstärkt stöd, har alltså använts som förevändning för att avsluta en kontakt och flytta resurser till andra klienter.²⁶⁴ När klienter utestängs från stöd därför att de har personligt ombud, har ombudets uppgift blivit att försöka återinföra klienten i det utestängande stödsystemet. Vad som sker här är att den manifesta funktionen som samhällsintegrerat stöd kommit att minska klientens möjlighet att få stöd och resurser från andra välfärdsorganisationer, som istället ser en latent funktion i ombudets arbete som en slags legitimerande exklusionsmekanism, och försöker att undandra sig sitt ansvar, om behovet kan tillgodoses av ombudet.

Denna rationalitetsfunktion för välfärdssystemet späds ytterligare på av att det också har visat sig i studien att ombuden ofta får utföra arbetsuppgifter som egentligen åligger någon annan yrkeskategori, men som av någon anledning inte utförs av dem. Genom att ombudet utför något annat stödsystems uppgift minskas klientens behov av att synliggöra sina behov hos någon annan verksamhet som egentligen besitter ansvaret för stödet. Ombudens individuella arbete med att ge stöd till klienter riskerar därmed att bidra till att omfattningen av behov, och huruvida problemen kan betraktas som strukturella, blir mindre synliggjorda och svåra att bedöma för de myndigheter som har det egentliga ansvaret för att planera och förmedla stöd. En risk med ombudens individuella uppdrag är följaktligen att resursbrister kan komma att framstå som mindre allvarliga än de är.

²⁶⁴ Se kapitel 11. ”Att gå myndigheters ärenden”

Medierande funktion för brukarinflytande

Ombudet har trots ambivalensen som beskrivits ovan fått en manifest funktion som informationskälla om strukturella problem för ledningsgrupper och Socialstyrelsen. Det finns också i detta uppdrag potentiellt en oförutsedd funktion för klientens maktposition. Genom att klienten kan påtala problem till ombudet och ombudet kan föra informationen vidare till ledningsgruppen har klienten kommit i en ny position. Med ombudet som medium kan klienten föra fram information till personer i positioner som besitter inflytande över hur resurser fördelas till psykiskt funktionshindrade som grupp. Detta har tagit form i praktiken främst i "Blekingemodellen". Denna "modell" bygger på synen på ombudets funktion som medium för utsatta klienter, för att kunna fånga upp och föra information vidare till berörda organisationer. Ledningsgruppen kan med denna information som grund, utöva inflytande för att uppnå förändring i strukturell problematik såsom hemlöshet. Detta betyder att ombudets klienter har fått en ny kanal för att utöva inflytande över de insatser som de behöver och vill utnyttja.

Yrkesrollen – en paradox

I avhandlingens inledning beskrev jag personligt ombud som en paradox: Yrkesrollen är tänkt att förändra stöd- och resurstilldelningen för psykiskt funktionshindrade, men ansvaret för personligt ombudsverksamhet har ålagts kommunen och de personer som ska fylla yrkesrollen kommer från de system (psykiatrisk verksamhet och kommunens socialtjänst) som får betraktas som medskapare av de problem som personligt ombud nu ska råda bot på. Framträder det paradoxala också i analysen och i så fall vilka innebörder får den? Det har visat sig att personligt ombud riskerar att betraktas som ett lågstatusyrke för personer utan utbildning och att professioner ifrågasätter deras grund för agerande. I ljuset av detta framstår förväntningarna som knutits till yrkesrollen om att åstadkomma förändringar på en samhällsnivå tämligen överdrivna.

Paradoxen lever också tydligt vidare i ombudens tal och kan beskrivas som en tudelning mellan talet om psykiskt funktionshindrades problem och livssituation å ena sidan och beskrivningar av ombudens praktiska agerande å den andra. Denna paradox kan karaktäriseras som:

Social praktik i medicinsk diskurs

Ombudsrollen konstitueras av två diskurser, den medicinska diskursen och medborgardiskursen. Den rådande medicinska diskursen används när ombuden ska formulera sina föreställningar om klienternas problem. Medborgardiskursen, som framförallt fått språklig dräkt i socialpolitiska dokument, används när ombuden ska finna lösningar på klienternas problem. Det är uppenbart att ombudens yr-

kesroll utvecklas på ett organisatoriskt fält²⁶⁵ där den medicinska diskursen möter den sociala i en kamp om vilket perspektiv som har rätten att definiera problemen, bestämma lösningarna och är legitimerad att råda över detta fält. Kampen om tolkningsföreträde över gruppen psykiskt funktionshindrade utlöstes redan i psykiatrireformen, då den medicinska verksamheten fick lämna över till kommunernas sociala verksamhet att ge stöd, sysselsättning och bostad.²⁶⁶

Även om de personliga ombuden huvudsakligen definierade sina klienters problem utifrån en medicinsk diskurs finns det dock tecken på att det sker en förskjutning i ombudsrollen, då ombuden ofta använder lösningar hämtade från en social logik. En slutledning jag därmed kan dra av analysen är att medborgarskapsdiskursen och den medicinska diskursen närmat sig varandra i ombudens yrkesroll på så sätt att ombuden varken söker eller finner lösningarna inom det medicinska perspektivets repertoar på problemen de måste hantera.

Detta förhållande kan också tolkas som att ombuden anpassar sig till psykiatrireformens intentioner, d v s att målgruppens svårigheter istället bör betraktas ur ett handikapperspektiv. Markström tar upp detta till diskussion i sin avhandling och konstaterar att psykiatrireformens perspektivbyte från sjuk till funktionshindrad har varit den del av reformen som varit svårast att implementera.²⁶⁷ Detta beror enligt Markström, på att de föreställningar om målgruppen som sjuk är svåra att förändra hos de personer som arbetar med målgruppen, då föreställningarna ligger i kognitiva, omedvetna strukturer. Då det finns flera tolkningar av handikappbegreppet och kritik riktas mot det, t ex i vilken grad den biologiska funktionsnedsättningen kräver erkännande och hur genus påverkar upplevelsen av handikapp, är det emellertid inte enkelt att uttala sig om vad en anpassning till ett handikapperspektiv egentligen skulle innebära. I en svensk tradition, med anpassning till ledord i svensk handikappolitik, (normalisering, medborgerliga rättigheter, mänskliga rättigheter) skulle det möjligen i praktiken vara att åstadkomma normaliserade livsvillkor för gruppen, oavsett deras sjukdomsbild. Om jag då följer Markströms analys skulle i så fall personligt ombud kunna beskrivas som ett trendbrott. Min analys visar att de i sin praktik införlivat det gränssnitt mellan biologiska förklaringar i termer av sjukdom och sociala förklaringar som funktionshinderbegreppet utgör. Handikapperspektivet kan därmed sägas ha vunnit insteg på två nivåer: policynivån i psykiatrutredningen samt i efterföljande uppföljningar och det har också vunnit insteg i personligt ombuds konkreta praktik.

²⁶⁵ DiMaggio & Powell, 1991, använder ”organisatoriskt fält” för att beskriva hur organisationer konkurrerar och interagerar med varandra inom ett visst område.

²⁶⁶ SOU 1992:73. Topor (1998) har skrivit en kritisk granskning av psykiatrins inflytande över och tolkningsföreträde för problem i psykiskt funktionshindrade människors livsvillkor och psykiatrireformens lösning på problemen. Markström når i sin avhandling (2003) fram till slutsatsen att handikapperspektivet med grunden i medborgerliga rättigheter har varit den svåraste delen av psykiatrireformen att implementera. Det medicinska sjukdomsbegreppet gäller fortfarande.

²⁶⁷ Markström 2003 s 318 ff

Men nivån däremellan, den språkliga problemdefinierande nivån, har fortfarande en stark hemmahörighet i det medicinska perspektivet. Personligt ombud i denna studie visar upp tecken på att deras praktiska verksamhet har tagit några steg närmare handikappbegreppet, men dessa steg förefaller mer vara ett resultat av fingertoppskänsla än medvetna och teoretiskt grundade överväganden. Bristen på överensstämmelse mellan nivåerna visar här på en intressant inkonsistens, som kan vara en utmaning för närmare studium, men en fråga det leder till har att göra med ombudens kunskapsbas. För att kunna analysera och formulera problem på strukturell nivå krävs analytiska begrepp för detta. I följande avsnitt lyfter jag frågor kring utvecklingen av yrkesrollen, samt dess framtida behov och möjligheter att utveckla en egen kunskapsbas.

Yrkesrollens kunskapsbas, utveckling och anspråk

Studien visar tydligt att personliga ombuds främsta arbetsuppgift är att hantera sociala problem. Därför bör personligt ombud beskrivas som en socialarbetare, om än en socialarbetare som talar ett medicinskt språk.

Detta för frågan vidare till vilken kunskap ombudens arbete ska bygga på framöver? När ombudsverksamheterna skulle bildas uttrycktes i Psykiatriutredningen behov av psykiatrisk kunskap, vilket har varit viktigt när man har anställt personer som ombud. Av denna anledning är det inte konstigt att ombuden huvudsakligen talar utifrån den medicinska diskursen. Det problematiska är att de däri saknar språk för sina handlingar och för sitt strukturella uppdrag. En mängd av de strukturella problem som klienterna möter kan alltså inte ombuden definiera med mindre än att de också skaffar sig ett socialvetenskapligt språk.

För att kunna utföra sina arbetsuppgifter i företrädarfunktionen behöver ombuden ytterligare ett kunskapsområde, goda juridiska kunskaper om socialrättslig lagstiftning och förvaltningslagen.²⁶⁸ Ombuden behöver alltså låna in kunskaper från andra yrken och professioner för att kunna fullgöra sin funktion. Finns då en början till en egen kunskapskärna och en egen domän? Ombudsrollens handlingsmönster i empowerment och företräderskap, de brukarorienterade handlingsmönstren, skulle möjligen kunna beskrivas som det specifika för dem som yrkesgrupp.

Dessa handlingsmönster, empowerment och advocacy, är i grunden beroende av ett nära samarbete med klienten, som är den som avgör när företräderskapet ska träda in och vilka strategier som ska användas. I personligt ombuds yrkesroll finns förutsättningar att utveckla innebörden i empowermentbegreppet vidare, men då begreppet aldrig kan göras självständigt från klientens inflytande och makt över arbetsuppgifterna kan det förmodligen inte heller utgöra en plattform för den kunskapskärna som krävs för att utveckla en framtida profession.

²⁶⁸ Järkestig Berggren 2005, Socialstyrelsen 2005

Ombudsrollen har fått ett mandat i sin rapportörsfunktion gentemot samarbetspartners som kan vara kraftfullt, men ombudet är inte kraftfullt i sig självt. Ombudets handlingsutrymme är beroende av ledningsgruppens vilja och makt att sanktionera ombudets existens och handlingar. Ombudets handlingsutrymme kan därmed ifrågasättas och begränsas av samarbetspartners. Ombudets handlingsutrymme kan vara föremål för revirstrider, men Socialstyrelsens förslag att särslagstiftning ska ålägga kommunerna att anställa personliga ombud antyder ändå att personligt ombud som konstruktion kommer att expandera som en permanent företeelse och ny praktik i socialt arbete. Konstruktionen personligt ombud har dock gjorts sådan att det personliga ombudets domän är beroende av klienten och till viss del ledningsgruppen. En slutledning av studien blir då att ombudsrollen har utvecklat delvis nya handlingsmönster, byggd på empowerment och företräddarskap, som kan bilda grund för en yrkesutveckling till specifika färdigheter. Däremot innehåller personligt ombuds yrkesroll och dess funktion nya element som inte är förenliga med den traditionella synen på en professionsutveckling. Ombudet har ingen befogenhet att självständigt besluta över sina klienter, vilket ofta ses som ett professionskriterium. Ombudets yrkesroll har, i förhållande till andra yrken och professioner inom det organisatoriska fältet, kraftfulla mandat att ifrågasätta och åstadkomma förändringar i andra professioners beslut, men bara när detta mandat sanktioneras av dess ledningsgrupp. Personligt ombud tillhör en ny typ av yrken som bygger på brukarinflytande²⁶⁹ och därmed en annan logik.

Personligt ombud som ny företeelse ställer då sammanfattningsvis krav på utveckling av en kunskapsbas som inrymmer förmågan att hantera konflikten mellan individuella och strukturella problemtolkningar, men också ger brukarinflytande en central position. Det tidigare nämnda handikapperspektivet kan, enligt min mening, erbjuda en sådan utveckling. Handikapperspektivet erbjuder möjligheten att utveckla en arbetsmetod med vilken ombuden kan analysera problemen. Ett anammande av handikapperspektivet som en del i kunskapsbasen innebär för det första att ombuden ser såväl individuella som strukturella problem och för det andra att de kan analysera dem och göra bruk av strukturella tolkningar av problemen i sitt individuella arbete och vice versa ge erkännande till gruppen psykiskt funktionshindrades specifika villkor i det strukturella arbetet. Det skulle då betyda att ombuden i praktiken kan kringgå eller till och med upplösa denna skenbara konflikt mellan individuella och strukturella problemtolkningar. En annan sådan motsättning som det finns förutsättningar att upplösa i ombudens praktik är handikappbegreppets universella tolkning kontra behovet av partikulärt erkännande. Personligt ombuds yrkesroll har påbörjat en utveckling av handlingsmönster som kan överbrygga denna konflikt genom empowerment och advocacy. Empowerment svarar upp mot kravet på brukarinflytande och partikulärt erkännande av specifika villkor för individer och grupper, medan advocacy (före-

²⁶⁹ Personlig assistans är en annan sådan funktion. Se Gough 1994, Gynnerstedt 2004

Personligt ombud

trädarskapet) svarar upp mot de universella kraven på att lyfta gruppens rättigheter och lika förutsättningar som medborgare. Personligt ombud kan med handikapperspektivet som kunskapsbas både göra bruk av det som arbetsmodell, men också genom sitt arbete bidra till att ge det ny innebörd.

Referenser

- Abbot, A. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labour*, Chicago: Chicago University Press.
- Alcock, P. (2005) Draft Chapter on "Social exclusion". I: P. Alcock (red), *Understanding poverty*, Third edition. In preparation for Palgrave.
- Alvesson, M. & S. Deetz (2000) *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*, Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & K. Sköldberg (1994) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, H. (2000) Funktionalisme: I H. Andersen & L.B. Kaspersen (red), *Klassisk og Moderne Samfundsteori*, 2 upplagan. Köpenhamn: Hans Reitzels förlag.
- Anthony, W., Cohen, M. & M. Farkas (1990) *Psychiatric Rehabilitation*, Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W., Cohen, M. & M. Farkas (1996) *Rehabilitering av människor med psykiska funktionshinder*, Malmö: Psykiatri, Universitetssjukhuset MAS.
- Baldwin, M. (2000) *Care management and community care: social work discretion and the construction of policy*, Aldershot: Ashgate.
- Barbalet, J.M. (1988) *Citizenship*, Milton Keynes: Open University Press.
- Barnes, C. (2003) Rehabilitation for disabled people: a "sick" joke? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 5(1), s 7-23.
- Benedict, R. (1968/1935) *Patterns of Culture*, London: Routledge & P. Kegan (originalutgåva 1935).
- Berger, P. & T. Luckmann (1966) *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*, New York: Doubleday and Co.
- Bergmark, Å. & T. Lundström (2000) Metoder i socialt arbete vad är det?: I A. Meeuwisse, S. Sunesson & H. Swärd (red) *Socialt arbete. en grundbok*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Björkman, T. (1999) *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*. Psykiatriuppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen 1999:3
- Björkman, T. (2000) *Case Management for individuals with severe mental illness*, Diss. Lunds Universitet. Lund: Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Björkman, T. (2004) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder: en sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Blomberg, S. & J. Petersson (1999) Stigma and non-take up in social policy: re-emerging properties of declining welfare state programmes?: I P. Littlewood et al (red) *Social exclusion in Europe* Aldershot: Ashgate.
- Blomberg, S. & J. Petersson (2003) Offentlig äldreomsorg som del i ett socialt medborgarskap. *Socialvetenskaplig tidskrift* 10(4) s303-318.
- Bourdieu, P. (1977) *Outline of a theory of practice*, Cambridge: University Press.

- Brante, T. (1994) Teori och typology: Om förhållandet mellan makrosociologi, institutionella sfärer och social handling. *Sociologisk forskning* 2 s 3-25.
- Brante, T. (1999) Professional waves and state objectives: a macro-sociological model of the origin and development of continental profession, illustrated by the case of Sweden: I I. Hellberg et al (red) *Professional Identities in Transition: Cross-cultural dimensions*, Göteborg: Göteborgs universitet, Department of sociology.
- Burns, T., Fioritti A., Holloway, F., Malm, U., & W. Rossler (2001) Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 5 (5) s 631-636.
- Burr, V. (1995) *An introduction to social constructionism*, London: Routledge.
- Börjesson, M. (2003) *Diskurser och konstruktioner: en sorts metodbok*, Lund: Studentlitteratur.
- Chouliaraki, L. & N. Fairclough (1999) *Discourse in Late Modernity. Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press
- Christensen, T. & P. Lægreid (1999) *New public management: the trade-off between political governance and administrative autonomy*, Bergen: LOS-senter. Notat 9911.
- Conrad, P. & J.W. Schneider (1992) *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- Cox, R. H. (1998) The consequences of welfare reform: How conceptions of social rights are changing. *Journal of Social Policy* 27(1) s 1-16.
- DiMaggio, P.J. & W.W. Powell (1991) Institutional isomorphism and collective rationality: I W.W. Powell & P.J. DiMaggio (red), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Dominelli, L. (2002) *Antioppressive social work: theory and practice*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Edgren-Schori, M. (2000) *Social exclusion: En kunskapsöversikt och begreppsanalys*. Lic-avh. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete. Rapport nr 98.
- Ekermo, M. (2005) *Personligt ombud – trumf i bakfickan?: En studie av personligt ombud ur ett klientperspektiv*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Eliasson, R. (1995) *Forskningsetik och perspektivval*, Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. & P. Nygren (1981) *Psykiatrisk verksamhet 1: Samhälle, människosyn och modern sjukvård*, Stockholm: Prisma.
- Encyclopædia Britannica (1991) 15th edition. Micropædia Vol 3 s 384 Chicago: Encyclopædia Britannica Inc.
- Ershammar, D. & A. Wiksten (2002) *Makt över sin vardag*, Stockholm: Riksförbundet för Social och Mental Hälsa.
- Floersch, J. (2002) *Meds, money, and manners: the case management of severe mental illness*, New York: Columbia University Press.
- Forsberg, E. (1994) *Den stora utflyttningen: studier av psykiatrins omvandling*. Lic-avh. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete. Rapport 1994:3.

- Forsberg, E., Hagquist, C., & B. Starrin (red) (1997) *Frigörande kraft: empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*, Stockholm: Gothia.
- Gergen, K. J. (1999) *An invitation to social construction*, London: Sage Publications.
- Goffman, E. (1974/1959) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*, Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Goffman, E. (1963) *Stigma. notes on the management of spoiled identity*, New York: Touchstone.
- Gough, R. (1994) *Personlig assistans – en social bemästringsstrategi: en undersökning av hur pionjärerna för Independent Livingrörelsen i Sverige organiserar sin assistans*, Göteborg: GIL-förlaget.
- Gough, R. & L. Bennisäter (2001) *Boendestöd och vad det kan bli*. Kalmar: Fokus, Fokusrapport 2001:7.
- Gutiérrez, L. M. et al (red) (1998) *Empowerment in social work practice: a sourcebook*, Pacific Grove: Brooks/ Col Pub Co.
- Guvå, G. (2001) *Skolpsykologers rolltagande: överlämning och hantering av elevvårdsfrågor*, Diss. Linköpings universitet. Linköping: Filosofiska fakulteten.
- Gynnerstedt, K. (2001) Medborgarskapsteorier i välfärdsfrågor dimensioner och begrepp. *Socialvetenskaplig tidskrift* 8(4) s 338-350.
- Gynnerstedt, K. (red) (2004) *Personlig assistans och medborgarskap*, Lund: Studentlitteratur
- Hacking, I. (1999) *The social construction of what?*, London: Harvard University Press.
- Hasenfeld, Y. (1983) *Human Service Organizations*, New Jersey: Prentice Hall.
- Hasenfeld, Y. (1992) The Nature of Human Service Organizations: I Y. Hasenfeld (red) *Human Services as Complex Organizations*, Newbury Park: Sage Publications.
- Hirdman, Y. (1990) *Att lägga livet tillrätta: studier i svensk folkhemspolitik*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Holloway, F. (1991) Case management for the mentally ill: looking at the evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 37 (1) s 2-13.
- Holloway, F. et al (1995) Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10 , s 113-128.
- Holloway, F. & J. Carson (2001) Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3) s 21-31.
- Hood, C (1991) A public management for all seasons? *Public Administration*, 69 s 3-19.
- Johansson, H. (2001) *I det sociala medborgarskapets skugga: rätten till socialbidrag under 1980- och 1990-talen*, Diss. Lunds Universitet. Lund: Arkiv förlag.
- Johansson, R. (1992) *Vid byråkratins gränser: om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*, Diss. Lunds universitet. Lund: Arkiv.
- Johansson, S. (2001) *Den sociala omsorgens akademisering*, Stockholm: Liber.

- Järkestig Berggren, U. (2005) *Personligt ombud – på klientens uppdrag: förhandlare och gränsöverskridare*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Karlsson, L. (2004) *Psykologins grunder*, Lund: Studentlitteratur.
- Klein, E. (1971) *A comprehensive etymological dictionary*, Oxford: Amsterdam.
- Kondrat, M. E. (1995) Concept, act and interest in professional practice: implications of an empowerment practice. *Social Service Review*, 69(3) s 405-408.
- Krogstrup, H. K. (2003) *Det handikappade samfund: om brugerinddragelse og medborgerskab*, Århus: Systime.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.
- Laclau, E. & C. Mouffe (1985) *Hegemony and socialist strategy: towards a radical democratic politics*, London: Verso.
- Lewin, C. (2000) Psykologi och socialt arbete: I A. Meeuwisse, S. Sunesson & H. Swärd (red) *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lister, R. (1997) Citizenship: "towards a feminist synthesis". *Feminist Review* 57 s 28-48.
- Littlewood, P. & S. Herkommer (1999) *Identifying social exclusion: some problems of meaning*: I P. Littlewood et.al (red) *Social exklusion in Europe*, Aldershot: Ashgate.
- Low, R. (1999) *The welfare state in Britain since 1945*, London: MacMillan Press.
- Malm, U. (2002) *Case management: evidensbaserad integrerad psykiatri*, Lund: Studentlitteratur.
- Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, Diss. Umeå universitet. Umeå: Boréa förlag.
- Markström, U., Lindqvist, R. & M. Sandlund (2005) *Personligt ombud- välfärdsentreprenörer utan gränser: En undersökning av verksamheter för personligt ombud i glesbygd*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Marshall, M & Lockwood, A & R. Green (2005a) Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, 1. Oxford: The Cochrane Collaboration.
- Marshall, M & Lockwood, A & R. Green (2005b) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, 1 Oxford: The Cochrane Collaboration.
- Marshall, T.H & T. Bottomore. (1992/1950) *Citizenship and social class*, London: Pluto Press.
- Mead, G. H. (1969) *Mind, self and society*, Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, L. M. (1997) The rise of paternalism: I L.M Mead (red) *The new paternalism- supervisory approaches to poverty*, Washington D C: Brooking Institution Press.
- Meeuwisse, A. (1997) *Vänskap och organisering: en studie av Fountain House-rörelsen*. Diss. Lunds Universitet. Lund: Arkiv förlag.
- Merton, R. K. (1968) *Social Theory and Social Structure*, New York: The:Free Press.
- Mueser; K T et. al. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 s 513-524.

- Murphy, D. (2001) Hacking's reconciliation: putting the biological and sociological together in the explanation of mental illness. *Philosophy of the Social Sciences*, 31(2) 139-162.
- National Institutes of Health (2004) Mission? Tillgänglig på Internet: www.nih.gov/about/almanac/organization/NIMH.htm nerladdad 2005-04-13
- Nilsson, I. & E. Lundmark Nilsson (2004) Mångfaldens mekanismer: Att arbeta som personligt ombud i storstad, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Nirje, B. (2003) *Normaliseringsprincipen*, Lund: Studentlitteratur.
- Olin, E. (2003) *Uppbrott och förändring :när ungdomar med utvecklingsstörning flyttar hemifrån*, Diss. Göteborgs universitet. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.
- Oliver, M. (1996) *Understanding disability*. New York: St. Martin's Press.
- Onyett, S. (1992) *Case management in mental health*, London: Chapman & Hall.
- Parker, I. (1992) *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*, London: Routledge.
- Parkin, F. (1979) *Marxism and class theory: a bourgeois critique*, London: Tavistock.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Payne, M. (2000) The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*. 9:82-91.
- Payne, M. (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Pfeiffer, D (2000) The devils are in the details: The ICIDH2 and the disability movement. *Disability and Society*, 15(7), s 1079-1082.
- Printz, A. (2001) *Psykiiskt funktionshinderades ställning i samhället: en rättsbok*, Stockholm: Nordstedts Juridik.
- Rapp, C. A. (1998) *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*, New York: University Press.
- Rapp, C. A. (2004) The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27(4) s 319-333.
- Rasmusson, B. (1998) *Stadsbarndom: Om barns vardag i en modern förort*, Diss. Lunds universitet. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan. (1998:7).
- Rees, S. (1991) *Achieving power*, Sydney: Allen and Unwin.
- Regeringens proposition 1999/2000:79 *Från patient till medborgare: en nationell handlingsplan för handikappolitiken*.
- Rodwell, M. K. (1998) *Social work constructivist research*, London: Garland Publishing.
- Room, Graham (red) (1995) *Beyond the threshold: the measurement and analysis of social exclusion*, Briston: The Policy Press.
- Rosen, A & M. Teesson (2001) Does case management work?: The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 35(6) s 731-746.
- Saleeby, D. (2002) Introduction: power in the people: I D. Saleeby (red) *The strengths perspective in social work practice*, Boston: Allyn and Bacon.

- Sahlin, I. (1996) *På gränsen till bostad: avvísning, utvisning, specialkontrakt*, Lund: Arkiv förlag.
- Salonen, T. (2003) *Ungas ekonomi och etablering: en studie om förändrade villkor från 1970-talet till 2000-talets inledning*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen. Ungdomsstyrelsens skrifter 2003:9.
- Salonen, T. (2002) *Barns ekonomiska utsatthet under 1990-talet: bidrag till ett kommunalt barnindex*, Stockholm: Rädda Barnen.
- Scheff, T. J. & S. M. Retzinger (2005) *Shame as the master emotion of everyday life*. Unpublished paper. Presented at Nordic Network Disability Research Conference Oslo 2005- 03-15.
- Scheff, T. J. & B. Starrin (2002) Skam och sociala band- om social underordning och utdragna konflikter: I A. Meeuwisse & H. Swärd (red) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sennet, R. (2000) *När karaktären krackelerar: människan i den nya ekonomin*, Stockholm: Atlas.
- Shakespeare, T. (2004) Social models of disability and other life strategies. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 6 (1) s 8-21.
- Silverman, D. (2005) *Doing qualitative research*, London: Sage Publications.
- Simpson, A., Miller, C. & L. Bowers (2003) The history of the care programme approach in England: where did it go wrong? *Journal of Mental Health*. 12,(5) s 489-505.
- Smith, D. E. (1990) *The conceptual practices of power*, Boston: Northeastern University Press.
- Socialstyrelsen (1997a) *De medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk slutenvård*. Psykiatriuppföljningen 1997:1.
- Socialstyrelsen (1997b) *Vad är psykisk sjukdom, störning ohälsa och psykiskt friskt?* Psykiatriuppföljningen 1997:20.
- Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 14/2000. *Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud*. Tillgänglig på Internet: www.sos.se
- Socialstyrelsen (2002) *Personligt ombud. Teser och Tips*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2003a) *Sju år efter reformen. Andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom slutna psykiatrisk vård*. Psykiatriuppföljningen.
- Socialstyrelsen (2003b) *Mål och metoder: att arbeta som personligt ombud*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2004) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionsbinder. Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser*. Tillsyns- återföring. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2005) *Personligt ombud 2000-2004*. Uppföljning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solomon, P (1992) The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*. 28 s, 163-180.

- Solomon, P & J. Draine (1994) Satisfaction with mental health treatment in a randomized trial of consumer case management. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 182, s 179-184.
- Solomon, P., Draine, J. & M. A. Delaney (1995) The working alliance and consumer case management., *Journal of Mental Health Administration*. 22, s 126-134.
- Sonnander, K. (2000) Utvecklingsstördas livskvalitet: I M. Tideman (red) *Perspektiv på funktionsbinder och handikapp*, Lund: Studentlitteratur.
- SOU 1991:88 *Stöd och samordning kring psykiskt störda: ett kunskapsunderlag*, Delbetänkande Psykiatriutredningen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet: service stöd och vård för psykiskt störda*, Slutbetänkande från Psykiatriutredningen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1999:21 *Lindqvists nia. Nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionsbinder*, Slutbetänkande från utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2000:38 *Välfärd, vård och omsorg*. Forskarvolym från kommittén välfärdsbokslut. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2001:56 *Funktionsbinder och Välfärd*, .Från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Socialdepartementet.
- Soydan, H. (1993) *Det sociala arbetets idéhistoria*, Lund: Studentlitteratur.
- Spicker, P. (1988) *Principles of Social Welfare: an introduction to thinking about the welfare state*. London: Routledge.
- Stake, R.E. (1994) Case studies: I N.K Denzin and Y.S Lincoln (red) *Handbook of qualitative research* s 237-247. Thousand Oaks: Sage.
- Stake, R.E. (1995) *The art of case study*, Thousand Oaks: Sage.
- Starrin, B. & L. R. Jönsson (2000) Socialtjänsten och klienterna: i A. Meeuwisse, S. Sunesson & H. Swärd (red) *Socialt arbete: en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Starrin, B. & M. Kallander Blomqvist, (2001) ”Det är den där skammen, skammen att inte klara sig själv”: en studie om socialbidragstagares ekonomiska, sociala och hälsomässiga förhållande. Arbetsrapport. Karlstads universitet: Institutionen för samhällsvetenskap.
- Stein, L. I. & A. B. Santos (1998) *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. Norton, New York.
- Stein, L. I. & A. B. Santos (2004) *Psykiatriskt arbete i öppenvårdsteam*, Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, T. & L. Fredén (1991) *Perspektiv på psykisk sjukdom*. Linköpings universitet. Tema Hälso- och sjukvården i samhället. SHS 13.
- Söder, M. (1982) *Handikappbegreppet: en analys utifrån WHO:s terminologi och svensk debatt*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Söder, M. (1987) Relative Definition of Handicap. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, Supplement 44/1987.

- Thomas, A. R. (1998) Ronald Reagan and the Commitment of the Mentally Ill: Capital, Interest Groups and the Eclipse of Social Policy. *Electronic Journal of Sociology*. ISSN: 1198 3655
<http://www.sociology.org/content/vol003.004/thomas.html>. 2005-04-04
- Thomas, C. (1999) *Female Forms*, Buckingham: Open University Press.
- Tideman, M. (2000a) Levnadsvillkor för funktionshindrade: I M. Tideman, (red) *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Lund: Studentlitteratur.
- Tideman, M. (2000b) *Normalisering och kategorisering: om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*, Stockholm: Johansson & Skyttmo förlag AB.
- Topor, A. (1998) Psykiatrireformen- ett lyckligt sammanträffande?: I A. Topor et al. (red) *Perspektiv på psykiatrireformen*. Stockholm: FOU-enheten psykiatri. Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Topor, A. (2001) *Managing the contradictions of Recovery from severe mental disorders*, Diss. Stockholms universitet. Stockholm: Institutionen för socialt arbete. (Studies of Social Work 18) Natur och Kultur.
- Townsend, P. (1979) *Poverty in the United Kingdom*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Townsend, P. (1987) Deprivation. *Journal of Social Policy* 15(2), s. 125-146.
- Trost, J. & I. Levin (2004) *Att förstå vardagen. Med ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv*, Lund: Studentlitteratur.
- Trydegård, G-B. (2000) *Tradition, Change and Variation*, Diss. Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Turner, B. S. (2001) The erosion of citizenship. *British Journal of Sociology*, 52 (2) s. 189-209.
- Turunen, P. (2004) *Sambällsarbete i Norden: diskurser och praktiker i omvandling*, Diss. Växjö Universitet. Växjö: Växjö University Press. (Acta Wexioniensia; 47).
- Vetenskapsrådet (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-sambällsvetenskaplig forskning*, Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Weinberg, A. et al (2003) What do care managers do?: a study of working practice in older peoples services. *British Journal of Social Work* 33, sid 901-919.
- Winther Jørgensen, M & L. Phillips (2002) *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage Publications Ltd.
- Ziguras, S. J. & G.W. Stuart (2000) A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services Washington D.C.* 51 (11) s 1410-1421.
- Ziguras, S. J. et al. (2002) Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry the Journal of Mental Science*, 181 s 17-21.
- Åberg, Jonas (2000) *Från Arbetsplatsrehabilitering till case management*. Umeå: Media-Alternativ AB.
- Öhrlings, PriceWaterHouseCoopers (2005) *Personligt ombud i Mellansverige – ledningsgrupperna och deras arbete*, Stockholm: Socialstyrelsen

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide till personligt ombud

Klientkontakter

- Berätta om klienterna
- Berätta vad du uppfattar som klienternas problem?
- Berätta om tillfällena du minns när du kände att du har ett roligt arbete?
- Berätta om tillfällena du minns när helst hade velat byta arbete?
- Har du några metoder eller strategier som du använder dig av?
- Berätta om svårigheterna i ditt arbete? Strategier för att hantera dem?
- Berätta om ett nätverksmöte, vad gör du?
- Vilka klientkontakter tar du inte?

Kontakter med anhöriga

- Berätta om kontakter med anhöriga
- Stöd eller hot i din roll?

Yrkesroll

- Tidigare arbetslivserfarenhet och utbildning
- Hur skiljer det från ombudsarbetet?
- Förväntningar på yrkesrollen när du sökte jobbet?
- Vad är unikt med ombudsrollen?
- Konflikter i förhållande till andra yrkesgrupper?
- Konflikter mellan ombudets olika uppgifter?

Organisation

- Din placering i organisation, anställningsförhållanden..
- Vad betyder organisationens utformning för ombudsarbetet?
- Hur arbetar ombudet, arbetstid, resor arbetsplatsens placering?
- Frihetsgrader

Samarbetspartners

- Vilka är återkommande samarbetspartners?

- Vilka är till hjälp i din funktion?
- När blir relationer problematiska till samarbetspartners?
- Vilka är inte men borde vara samarbetspartners?

Stöd

- Vad ger dig stöd i arbetet?
- Vilka personer/ funktioner ger stöd?

Ledningsgrupp

- Kontakten med närmaste arbetsledare
- Kontakten med ledamöterna i ledningsgruppen?
- Om brukare finns i ledningsgruppen, vad betyder kontakten med dem?

Dokumentation

- Hur dokumenterar du ditt arbete?
- Säkerhetsaspekter på rollen?

Rehabombuden

- Hur länge har du arbetat som rehabombud?
- Vilken utbildning i din roll har du fått?
- Vad är rehabombudets uppgift?
- Skillnad mellan nya ombud och rehabombud i uppdrag?
- Relationerna mellan gamla och nya ombud i gruppen?
- Vad har hopslagningen inneburit?
- Berätta om Växjö rehabcenter/ PO Kronoberg idag?

Intervjuguide till personer i ledningsgrupp

Ledningsgruppen

- Vilken funktion har ledningsgruppen?
- Frågor som varit viktiga i ledningsgruppen?
- Intressekonflikter i ledningsgruppsarbetet?
- Din relation som ledamot av ledningsgrupp till ombudet?
- Berätta om när du har mött ombudet i arbete?
- Hur arbetar ledningsgruppen med systemfelen?

Förväntningar på personligt ombud

- Vilken är ombudens viktigaste uppgift?
- Vad är unikt med ombudsrollen?
- Vilket handlingsutrymme krävs för att kunna utföra ombudets uppdrag?
- Vilken kunskap krävs för att kunna fullgöra ombudsrollen?
- Hur förvärvas dessa kunskaper?
- Ombudets strukturella roll?

Stödfunktion

- Vilket stöd behöver ombudet i sin roll?

Organisation

- Vem bör vara arbetsgivare för ombudet ?
- Hur bör ombudsverksamheten organiseras?
- Konflikt i att vara arbetsgivare för ombudet och samtidigt ansvarig för stöd till klienter?
- Hur uppfattar du att Växjö Rehabcenter förändrats i övergången till PO Kro-noberg?
- Vårdförbundet i Blekinge som entreprenadlösning?

Bilaga 3

Intervjuguide till arbetsledare för personligt ombud

Förväntningar på personligt ombud?

- Berätta om ombudets viktiga uppgifter?
- Vad är unikt med ombudsrollen?
- Vilken kompetens krävs av ett ombud?
- Hur ska ombuden arbeta med det strukturella uppdraget?

Klienterna

- Vad är klienternas problem?
- Hur bör ombudets och klientens relation vara?
- Hur lång får den vara?

Arbetsledning

- Berätta om hur det är att vara arbetsgivare för ombud
- Uppgiften som arbetsledare, vad går du inte in i?
- Finns konflikter mellan ombudets roll och andra yrkesgruppers intressen?
- Vilket stöd behöver ombudet för att fungera i sin roll?
- Berätta om din roll när det gäller ombudsverksamhetens strukturella uppdrag

Ledningsgrupp

- Berätta om ledningsgruppens arbete
- Viktiga ledningsgruppsfrågor
- Berätta om dilemman i ledningsgruppens arbete?
- Ledningsgruppens roll för det strukturella uppdraget?

Organisation

- Berätta om hur du uppfattar ombudsverksamhetens organisering idag
- Hur bör ombudsverksamheten organiseras?

Bilaga 4

Intervjuguide till brukar- och anhörigrepresentanter i ledningsgrupperna

Ledningsgruppen

- Berätta om dina uppdrag
- Berätta om din roll som brukar/anhörigrepresentant i ledningsgruppen
- Berätta om dina kontakter med övriga ledamöter
- Vad är ledningsgruppens funktion?
- Berätta om ombudets relation till ledningsgruppen

Förväntningar på personligt ombud?

- Berätta om dina förväntningar när verksamheten startade
- Vad är ombudets viktigaste funktion?
- Vad är unikt med ombudet?
- Vilken kunskap måste ombudet besitta för att kunna fullgöra sitt arbete?
- Hur förvärvar man de kunskaperna?
- Berätta om ombudets arbete med det strukturella uppdraget

Klienten/Brukaren

- Berätta om vad du uppfattar som brukarnas problem?
- Erfarenheter av vad ombudet betyder för brukaren

Organisation och arbetsförhållanden

- Berätta om hur du anser att ombudsverksamheten bör organiseras
- Finns det konflikter mellan kommunen som arbetsgivare för ombudet och ombudets uppdrag?
- Hinder/ möjligheter för brukarorganisationen att driva ombudsverksamheten

Intervjuguide till klienter

Relation

- Berätta om din kontakt med ombudet
- Hur fick ni kontakt
- Beskriv vad ombudet betyder
- Vilken annan relation liknar denna
- Berätta om hur relationen till ombudet påverkar hur du mår

Förväntningar på ombudet

- Vad hoppades du att ombudet skulle hjälpa dig med
- Är det något som är speciellt med ombudet
- Gör ombudet något som ingen annan gör?
- Vem hade annars hjälpt dig?

Ombudets kompetens

- Vilken kompetens måste man ha som ombud

Organisation

- Betyder det något för dig var ombudet är anställt?
- Är det ett problem att ombudet är anställt i kommunen?

Andra kontakter

- Berätta om dina andra kontakter med sjukvård, kommunen eller andra
- Finns någon som är ett stöd för dig?
- Vilka människor är viktigast för dig?

English Summary

The objective of this licentiate's dissertation is the developing occupational role of 'personligt ombud' (PO), a case manager for persons with severe psychiatric disabilities. PO was one of the suggestions put forward by a government's commission (Psykiatriutredningen) 1992. The model of this new function within the field of the personal social services for individuals with psychiatric disabilities was brought from case management models in the USA and Great Britain. The Mental Health Reform came into effect in 1995 and ten experimental case management services were set up. The government's commission identified, as one of the problems within the psychiatric area, the living conditions for persons with psychiatric disabilities to be considerably poorer than those for citizens in general. This was seen as a result of failing distribution of services and care to meet the needs of this group. The purpose of PO was to implement a new way of providing support and to coordinate interventions with an aim to improve the life conditions of persons with severe psychiatric disabilities. The ten experimental services showed improvements in less use of psychiatric inpatient services, reduction in need of care and, finally, improvements in subjective quality of life. As a result case management services were implemented in 2001, in all counties of Sweden.

The aim of this licentiate's dissertation is to characterize PO as a phenomenon within disability politics. The thesis focuses on the concepts: occupational role, course of action and functions that can be of expected (manifest) or unexpected (latent) nature, i.e. the institutionalization process. The issues raised are: What international models for PO exist? How do POs understand and describe the problems of their clients? Which are the functions of PO for the clients and what functions does PO have for the welfare system? How do they form their courses of action? What demands does the occupational role of PO meet from the clients, from professional joint partners and from their own experiences? The theoretical starting point for this thesis is that the occupational role of PO is developed during interaction with, most importantly clients, but also with staff management, the managerial body of the PO and professional joint partners.

The empirical data were collected in three counties, viz the counties of Blekinge, Kalmar and Kronoberg. All PO:s within these counties were interviewed as well as influential managers. The latter were chosen on the advice of the POs. Clients of the POs were also interviewed. Furthermore the material consists of notes taken during meetings of the managerial bodies.

The results of the dissertation implied that the Swedish PO has similarities with Anglo-American models. Växjö Rehabcenter, a case manager organization established in 1994, was influenced by the Boston model. Its focus on rehabilitation and on capacity for work, has in turn influenced the new POs within the organization (now called Personligt ombud Kronoberg). However, rehabilitation ideology, helping clients improve their abilities, could be found also in some POs

course of action in the other two counties as well. The most apparent feature of the Swedish PO was its focus on user-influence, in the sense that the users (clients) decided the task of the PO and gave the PO the mandate to act on their behalf. This suggests some similarities with the American Strength Model. The Swedish PO had nevertheless more focus on demanding services from welfare institutions than service brokerage.

POs constructed their understanding of their clients problems within a medical discourse, individualizing the problems as a result of illness. However, they take social measures to solve the same problems. In this social action discourse they focus on lack of resources such as provision, lack of care and services and ill treatment from the welfare organizations as well as individual professionals. One of the tasks for PO is to help the client qualify for care and service within different welfare organizations. They interpret their client's story facilitating for the professional to recognize the application for support as legitimate. The tasks of the PO are often a result of their clients' deprived living conditions. Consequently they help clients with such matters as housing and provision. They also help clients breaking exclusion processes while building social networks. They have a back-up function for their clients in meetings with professional authorities, or they use their advocacy function, speaking on behalf of their clients. The tasks of the PO originate from their attempt to secure their clients' rights as part of a social citizenship.

The structural task of the PO, as formulated by the National Board of Welfare, is to recognize and report structural obstacles within the welfare services concerning persons with psychiatric disabilities. This task is however somewhat vague considering the assignment and responsibilities of the PO. The report function to the managerial body and the National Board of Health and Welfare has developed in all three counties. Some POs have also taken measures in order to debate and change what they have identified as structural problems. These attempts have though been less successful.

Professional joint partners have criticized POs for taking preferential rights of interpretation over judgments made by professionals. The professionals then do not consider them to have sufficient educational knowledge or professional right to intervene on the clients' behalves. Professionals judge the PO's course of action on the same criteria as they use to judge their own course of actions. They do not recognize that the task of the PO is built on a different logic, i.e. users' influence, not the guiding principles of the organization.

The PO has the function of providing a basic sense of security and support for their clients and they are much appreciated. A considerable amount of the clients interviewed stated that they need and want to preserve the social relationship interminably. The clients need for lasting support is in conflict with the purpose of the PO, to offer a support limited in time and merely broke services that other professionals are to carry out. POs themselves feel that they cannot easily

find other services within the welfare system that meet clients' needs for flexibility as well in time as in content, lasting and moveable support.

POs find that the expectations from professional joint partners of what the PO should or ought to do can limit their possibilities to act.

The POs' courses of action were analyzed as four stylized patterns that can be identified with methods and theory in Social Work: rehabilitation, paternalism, empowerment and advocacy. This pattern could be ascertained although the POs themselves did not mention any references to theories in Social Work or referred to themselves as social workers. Rehabilitation and paternalism are patterns used by professionals, other than the POs, in their interventions regarding persons with psychiatric disabilities. Empowerment and advocacy, previously in this field mainly existing only in theory, can be seen as new courses of action used by POs as professionals within the public sector for supporting this target group.

The occupational role of PO has developed some expected functions for the clients: They side up with their clients and negotiate for their rights in meetings with authorities. PO also has a supportive impact on the clients' self esteem. This can be seen in contrast to the clients' previous experiences of authorities, experiences often based upon feelings of shame.

Conclusions drawn in this licentiate dissertation are that PO has developed a new expected function as society integrated support, built on empowerment, advocacy and user control. However, there are also some unexpected functions that emerge as part of PO's occupational role. While focusing on medical explanations of their clients' problems, instead of neutralizing exclusionary processes, the lack of ability to formulate and analyze the structural and social problems is creating a risk of POs strengthening the exclusionary processes. PO can be used as a criterion for excluding people with psychiatric disabilities from care and services within other organizations under the pretext that they receive support from PO, and that support is then considered to be sufficient. Yet, another unforeseen risk is that clients are contented with the support of the PO and do not apply for help and support from the welfare organizations concerned. Due to this the extent of needs not met remain unknown to bodies in charge. Finally, the model used in the county of Blekinge has implications for clients' possibilities to enact user power. The POs report their clients' needs (e.g. housing) to their managerial body. Then the managerial body acts to find solutions to the particular problem. Consequently, the PO can be seen as performing a mediating function of their clients' voices.

The occupational role of PO has taken a step forward to integrate a perspective on disability for this group. Though they talk about clients' problems as medical they act to find social and structural solutions to them. A disability perspective could form the working model in theory and practice for PO, then being the tool to analyze the problems, on which level they ought to be solved - individual or structural level.

Författarpresentation

Ulrika Järkestig Berggren är doktorand i socialt arbete och denna licentiatavhandling är ett led i hennes avhandlingsarbete om personligt ombud som ny institution i socialt arbete med psykiskt funktionshindrade personer.

Ulrika Järkestig Berggren kan nås genom

Ulrika Järkestig Berggren
IVOSA
Växjö universitet
351 95 Växjö

Samt e-post:

ulrika.jarkestig-berggren@vxu.se

Rapporter i serien

1. Salonen, Tapio & Rickard Ulmestig 2004. Nedersta trappsteget. En studie om kommunal aktivering.
2. Harju, Anne 2005. Barn och knapp ekonomi.
3. Enokson, Uffe 2005. Tid, pengar och sociala nätverk.
4. Salonen, Tapio (red) 2005. Rena rama Sociorama. Kunskapsutveckling mellan socialtjänst och universitet.
5. Johnsson, Eva 2006. Tvångsvård enligt LVM.
6. Järkestig Berggren, Ulrika 2006. Personligt ombud. Social praktik i medicinsk diskurs.

Publikationer i rapportserien i socialt arbete vid IVOSA, Växjö universitet kan beställas genom IVOSA, Växjö universitet, 351 95 Växjö
E-post: rapport.ivosa@vxu.se
Tel: 0470-70 80 00
Eller hämtas som pdf:
www.vxu.se/ivos/publicationer/rapporter_socialt.xml