

Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning

**Uppföljning av verksamheten med
personligt ombud**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-170-8
Artikelnummer	2014-3-23
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , april 2014

Förord

I maj 2000 beslutade regeringen om statsbidrag till kommuner för att inrätta verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen har sedan dess haft regeringens uppdrag att samordna detta arbete och tillsammans med länsstyrelserna stödja, följa och utveckla verksamheterna.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att göra en uppföljning av verksamheterna med personligt ombud (S2012/3905/FS (delvis)). Uppdraget ingår i ärendet ”Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa” och ges inom ramen för regeringens handlingsplan *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

Socialstyrelsen har kartlagt och analyserat verksamheterna med personligt ombud med utgångspunkt från frågeställningarna i uppdraget. I den här rapporten redovisas resultatet av denna uppföljning. Ansvarig för uppföljningen har varit utredaren Birgitta Greitz och ansvarig enhetschef har varit Stina Törnell Sandberg. Utredarna Andreas Johansson, Christina Bohman Karlsson, Carolin Holm och Kerstin Westergren har deltagit i arbetet. Delstudien med den samhällsekonomiska analysen har genomförts av Karl Kjäll och Malin Forsell på Ramböll Management Consulting AB.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens uppdrag	8
Verksamheten med personligt ombud	8
Syfte och mål	10
Metod	10
Avgränsning av uppdraget.....	11
Utveckling av PO-verksamheten	12
Historik	12
Hur organiseras verksamheterna?.....	15
Ledning och styrning av verksamheten.....	16
Länsstyrelsernas roll och funktion.....	18
Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens syn på verksamheten.....	19
Personliga ombudets roll och uppgift	21
Utveckling av klienternas behov och stödinsatser.....	26
Analys.....	35
Referenser	37
Bilaga 1. Samhällsekonomisk analys.....	39
Bilaga 2. Kvalitetsdeklaration	50
Bilaga 3. Startenkät	53
Avslutsenkät.....	56

Sammanfattning

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer med långvarig och omfattande psykisk funktionsnedsättning som har behov av särskilt stöd för att kunna tillvarata sina rättigheter i samhället. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en uppföljning i syfte att kartlägga och analysera verksamheten (S2012/3905/FS (delvis)).

Ett personligt ombud arbetar på uppdrag av klienten och fungerar som ett redskap för att stärka klienten till att få bättre tillit till sig själv och därmed få bättre kontroll och makt över den egna vardagen. Verksamheten når årligen cirka 6 000 klienter.

Det finns personliga ombud i 245 kommuner, vilket motsvarar 84 procent av landets kommuner. Medelåldern bland ombuden är drygt 50 år och 65 procent av dem är kvinnor. Över tre fjärdedelar av ombuden är högskoleutbildade. I länsstyrelsernas årsrapporter till Socialstyrelsen har framförts att verksamheten på många håll har fått en fast förankring och att kommunerna numera ser den som en etablerad del av vad som förväntas finnas i en kommun.

En förordning om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud (SFS 2013:522) trädde i kraft den 1 augusti 2013. Förordningen ska tillämpas första gången i fråga om statsbidrag för år 2014.

Många ombud (80 procent) uppger att de flera gånger rapporterat brister i vård- och omsorgssystemet. Sammantaget handlar bristerna om bemötande och värderingar, myndigheternas organisations- och strukturbrister, tillgänglighet till psykiatrisk vård och brister i samordnade insatser.

Vid en jämförelse av vad klienterna har behov av stöd och hjälp med, finns vissa skillnader sedan tidigare mätningar. Klienterna har uppgett fler områden som de behöver stöd i och det som efterfrågas främst är stöd i kontakter med myndigheter och hälso- och sjukvården samt i frågor om ekonomi. Klienterna har genom kontakt med ombud nu funnit lösningar inom fler problemområden jämfört med tidigare.

Uppföljningen visar att verksamheten med personligt ombud är en välfungerande verksamhet och till stor nytta för klienterna genom att deras livssituation förbättras.

Den nu genomförda samhällsekonomiska analysen visar att kommunala insatser som boendestöd och hemtjänst ökar medan sjukvårdens kostnader vare sig ökar eller minskar efter kontakt med personligt ombud. Därmed skiljer denna studie sig från tidigare resultat när det gäller omfördelning av kostnader mellan landstingen och kommunerna.

Socialstyrelsens uppdrag

Regeringen gav Socialstyrelsen 2012 i uppdrag att följa upp verksamheterna med personligt ombud. Detta uppdrag är nummer tre av fem olika deluppdrag i regeringsbeslutet ”Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa” (S2012/3905/FS (delvis)). Uppdraget ges inom ramen för regeringens handlingsplan *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

Vid genomförandet av uppdraget angavs att Socialstyrelsen skulle samråda med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH).

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen kartlägga och analysera

- det organisatoriska stödet, ledningen och styrningen av verksamheten samt länsstyrelsernas roll och funktion
- hur klienterna och deras behov av stödinsatser utvecklats
- vilka effekter och resultat som uppnåtts för klienterna genom verksamheten
- hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården värderar funktionen med personligt ombud och effekten av insatser, i förhållande till det ansvar som åvilar huvudmännen för den vård och omsorg som målgruppen ska omfattas av
- de ekonomiska effekterna av verksamheten med personligt ombud.

För läsbarhetens skull används ”PO” och ”ombud” omväxlande för personligt ombud och verksamhet med personligt ombud förkortas ibland till ”PO-verksamhet”.

Verksamheten med personligt ombud

Uppbyggnad och utveckling av verksamhet med personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning har pågått sedan hösten 2000 enligt regeringsbeslut den 18 maj 2000 (S98/7474/ST och S1999/4985/ST).

Uppdraget har utförts av Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna. Socialstyrelsens roll är att ansvara för samt stödja och utveckla verksamheterna i samverkan med länsstyrelserna och huvudmännen. Vidare har Socialstyrelsen haft ansvaret för att definiera arbetsuppgifter och kriterier för arbetet som ombud samt ansvar för att ordna utbildningar för personliga ombud. Socialstyrelsen fördelar statsbidrag till länsstyrelserna som i sin tur fördelar medlen till kommuner som har inrättat verksamheter med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Den 1 augusti 2013 trädde en förordning i kraft, förordning (SFS 2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar. För-

ordningen ska tillämpas första gången i fråga om statsbidrag för år 2014. I förordningen anges att: verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livs-områden.

I 3 och 4 § står även följande:

Statsbidrag lämnas för verksamhet med personligt ombud som syftar till att den enskilde ska

1. ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället,
2. ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation, och
3. ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

Verksamheten syftar även till att

1. få myndigheter, kommuner och landsting att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov, och
2. ge underlag till åtgärder som kan förebygga brister i fråga om att den enskilde kan få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

4 § Verksamheten med personligt ombud ska stödja den enskilde för att så långt det är möjligt uppnå ändamålen i 3 § första stycket. Ett personligt ombud ska arbeta på den enskildes uppdrag.

Definition av målgruppen

I Socialstyrelsens skrivelse till regeringen den 28 juni 2007 (dnr 72-1704/2002) finns en förtydligad definition av målgruppen för personligt ombud. Den bygger på Nationell psykiatrisamordnings definition och används i PO-verksamheterna:

En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.

Grunden i arbetet som personligt ombud är strävan efter ett helhetsperspektiv med ett tydligt fokus på den enskilde klientens behov. I Socialstyrelsens *Meddelandeblad* (nr 5/2011) står att de personliga ombudens arbetsuppgifter är att

- tillsammans med klienten identifiera och formulera hans eller hennes behov av vård, stöd, service, rehabilitering och sysselsättning

- tillsammans med klienten se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs
- bistå klienten i kontakterna med olika myndigheter
- se till att klienten får vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter
- verka för att klienten får tillgång till rehabilitering, sysselsättning och/eller arbete.

De personliga ombudens arbetsuppgifter behöver tydligt avgränsas från andra yrkeskategoriers uppgifter och ansvar. I personliga ombuds arbetsuppgifter ingår **inte** att

- besluta om insatser (eftersom detta är myndighetsutövning)
- ta över huvudmännens ansvar för att samordna insatser från olika myndigheter (men se till att ansvariga huvudmän samordnar sina insatser)
- svara för behandling eller annan vårdinsats som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen.

De personliga ombudens arbetsuppgifter kan överlappa ansvar och uppgifter som andra yrkeskategorier har, och risken för dubbelarbete bör uppmärksammas i varje enskilt fall.

Syfte och mål

Syftet med den här uppföljningen är att kartlägga och analysera verksamheterna med personligt ombud utifrån uppdragets frågeställningar. Målet är att ytterligare utveckla och kvalitetssäkra verksamheten.

Metod

Vid genomförande av uppföljningen valdes följande metoder:

- Tidigare dokumentation såsom utvärderingar och Socialstyrelsens lägesrapporter har legat till grund för uppföljningen. Jämförelser av data över tid bygger på uppgifter från tidigare nationella kartläggningar (2002, 2003 och 2007).
- I uppföljningen har fyra olika enkäter använts genom det webbaserade enkätverktyget Easyresearch. Följande områden har belysts med hjälp av enkäterna: kontaktvägar till ombudet, klientens behov av stöd, bakgrundsfrågor, typ av insatser samt resultat av kontakten med ombudet.
- En första webbaserad enkät (*startenkät*) med frågor till klienterna skickades i början av 2013 till samtliga ombud. Klienternas svar på enkätfrågorna fylldes i tillsammans med ombuden efter samtycke från klienten. Enkäten besvarades löpande under hela 2013 för de klienter som fanns i verksamheten eller de nya som kom in i verksamheten under året. Efter rensning av dubletter och andra felaktig-

heter återstod 6 092 enkäter. Av dessa samtyckte 4 827 klienter till att medverka i enkäten.

- Samtidigt med startenkäten fick ombuden även en webbaserad enkät (*avslutsenkät*) som skulle fyllas i tillsammans med de klienter som under 2013 avslutade sin kontakt med ombudet. Efter rensning återstod 2 086 enkäter. Av dessa samtyckte 1 403 klienter till att medverka i avslutsenkäten.
- Under hösten 2013 skickades en webbaserad enkät till samtliga ombud (*ombudsenkät*) i landet med olika bakgrundsfrågor och frågor om deras arbete. Det var 286 ombud som svarade av 331 tillfrågade (bortfall 13,5 procent).
- En webbaserad enkät med frågor om verksamheten skickades till ansvariga i kommuner med PO-verksamhet (*enkät till ansvariga*) under oktober 2013. Det var 101 svarande av 124 tillfrågade (bortfall 18,5 procent).
- En kvalitetsdeklaration om datainsamlingen presenteras i bilaga 2.
- En gruppintervju genomfördes med tre personer som varit med vid uppbyggnad av PO-verksamheten: två personer från de dåvarande länsstyrelserna och en person från Socialstyrelsen. Intervjun fokuserade på frågor om varför och hur PO-verksamheten har byggts upp. Intervjun spelades in, transkriberades och blev sedan underlag till texten med en historisk tillbakablick.
- Under hösten 2013 genomfördes besök i Västernorrlands, Värmlands, Blekinges och Kronobergs län. Intervjuer genomfördes med sammanlagt åtta personliga ombud och med deras ledningsgrupper. Intervjupersonerna hade arbetat som ombud i 2–16 år (median 9 år) och bland intervjupersonerna fanns två män och sex kvinnor.
- Intervjuerna med ledningsgrupperna och ombuden spelades in, transkriberades och därefter har de analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Metoden innebär att identifiera, koda och kategorisera grundläggande mönster eller teman i det empiriska materialet [1].
- Ramböll Management Consulting AB har kartlagt och analyserat de samhällsekonomiska effekterna av verksamheter med personligt ombud. Resultat, metod och genomförande av den samhällsekonomiska studien presenteras i bilaga 1.
- Uppföljningen har under arbetets gång stämts av i en extern referensgrupp med representanter från NSPH, SKL och Försäkringskassan. I uppdragets början fungerade också Socialstyrelsens nätverksgrupp med representanter från samtliga länsstyrelser som en extern referensgrupp.

Avgränsning av uppdraget

Uppdraget är klart avgränsat genom sitt upplägg och uppföljningen belyser de fem frågeställningar som finns uppställda i regeringsbeslutet.

Utveckling av PO-verksamheten

Historik

Syftet med följande avsnitt är att redogöra för bakgrunden till hur och varför PO-verksamheten startade och på vilket sätt implementering genomfördes. Texten är baserad på en gruppintervju och tidigare rapportering. I gruppintervjun deltog tre personer som har varit med från start i arbetet med att bygga upp verksamheten med personligt ombud (PO). Två av intervjupersonerna arbetade tidigare på länsstyrelserna och en person arbetar på Socialstyrelsen.

Vilka antaganden låg till grund för utformningen av PO-verksamheten?

Bakgrunden till verksamheten med personligt ombud finns i psykiatrireformen (Psykiskt stördas villkor, proposition 1993/94:218). I utredningen som förgick propositionen hade brukarorganisationerna och framförallt Schizofreniförbundet och Riksförbundet för Social och Mental hälsa (RSMH) haft en given plats. I utredningen studerade man case manager funktionen¹ i USA och Storbritannien och arbetade därefter fram ett förslag på en svensk modell.

Psykiatriutredningen var en parlamentarisk utredning där också brukarorganisationerna ingick. I psykiatriutredningen nämndes en ”betalningsansvarslag” som angav att kommunen måste ta emot en patient som är medicinskt färdigbehandlad inom psykiatrin, annars fick kommunen betala sjukvårdskostnaden. Även om patienten ansågs medicinskt färdigbehandlad inom den psykiatriska heldygnsvården skulle landstinget ha ansvaret kvar för de medicinska insatser som kunde bli aktuella såsom bedömningar, handledningar och ställningstagande till behandlingsinsatser av psykiatriker. Patienten skulle också beredas heldygnsvård om tillståndet försämrades [2]. Det fanns dock skillnader mellan psykiatrin och socialtjänstens syn på hur omfattande stöd- och vårdbehov en medicinskt färdigbehandlad person kunde ha [3]. De medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk slutenvård visade sig också vara fler än de antal som skatteväxlingen grundade sig på. Antalet patienter varierade mellan olika kommuner och för vissa kommuner blev det en oväntad ekonomisk belastning [4]. Ädelreformen hade redan inneburit stora kostnader för kommunerna och man försökte ta lärdom av erfarenheterna därifrån.

På Socialstyrelsen fanns 1,2 miljarder kronor som skulle användas för att genomföra psykiatrireformen: särskilda medel för personliga ombud, anhörigstöd och kamratstöd. Den största delen (943 miljoner kronor) gick till kommuner och landsting för att de skulle bygga upp gemensamma samver-

¹ Case manager innebär att en ansvarig person utses för att samordna insatserna för en person med allvarlig psykisk sjukdom. Insatsen bygger på ett tvärdisciplinärt teamarbete.

kansformer. Personalen inom kommun och landsting fick till exempel delta i samverkansutbildningar.

Hur växte verksamheterna fram och vad hade betydelse för utvecklingen?

Tio försöksverksamheter fick testa olika metoder och arbetssätt för att se hur man kunde arbeta som ett personligt ombud. Utvärderingen av försöksverksamheterna visade sedan att klienternas konsumtion av psykiatrisk vård minskade och att deras livskvalitet ökade. I utvärderingen förordade Socialstyrelsen vidare att kommunerna ska ha ansvaret för PO-verksamheten bland annat med tanke på att man alltid är kommuninvånare men inte alltid patient. Efter att resultaten ansågs lyckade beslutade regeringen år 2000 att verksamheter med personliga ombud skulle bli permanenta och landsomfattande (Regeringsbeslut S98/7454/ST, S1999/4985/ST).

Socialstyrelsen och länsstyrelserna fick i uppdrag att genomföra uppdraget tillsammans. Under de två första åren skapades strukturen för den gemensamma framväxten mycket tack vare kommunernas regionala anknytning via sina länsstyrelser. Länsstyrelserna hade det operativa uppdraget att ge stöd till kommunerna och var närmast verksamheterna medan Socialstyrelsen i sin tur fungerade som stöd till länsstyrelserna.

Har det varit svårt att motivera kommunerna att ansöka om medel för PO-verksamhet?

I hela norra Sverige byggdes verksamheterna upp snabbast. Efter tre år fanns sammanlagt cirka 300 ombud i hela landet, och i januari 2014 är det 84 procent av kommunerna som har PO-verksamhet. Det fanns ett stort intresse från kommunerna och många kom till informationsmötena. Brukar- och intresseorganisationer på länsnivå deltog på mötena för att motivera kommunerna att starta verksamhet. Intresset för att starta PO-verksamheter berodde på hur det lokala arbetet kring målgruppen fungerade i kommunen och regionen. I en del mindre kommuner fanns inget behov av att starta PO-verksamhet.

Vilka var hindren och vilka var framgångsfaktorerna?

Enligt intervjupersonerna är den nationella satsningen i denna satsning en framgångsfaktor. En framgångsfaktor är också de statliga resurserna för implementering av verksamheterna. Länsstyrelserna känner till sin region och sina kommuner vilket var mycket värdefullt i arbetet.

Ombuden ute i verksamheterna måste finnas i något slags sammanhang för att kunna göra ett bra jobb. Det underlättar även om det finns stöd och förståelse för verksamheten internt i kommunen. Det är tungt att jobba ensam och man blir lätt sårbar, och det kan vara svårt att vara udda i den kommunala förvaltningen. Alltså är det ett hinder att vara ensam och en framgångsfaktor att vara flera. En framgångsfaktor lokalt är också om det finns en samfinansiering, vilket inte enbart behöver syfta på ekonomiska medel utan det kan innebära att landstinget bidrar med handledning eller ställer upp med lokaler, vilket samtidigt bidrar till ett ökat gemensamt intresse för en fungerande verksamhet. Bland hindren finns praktiska hinder till exempel stora

avstånd på landsbygden. Ytterligare en svårighet som intervjupersonerna lyfter fram kan vara att nå klienter som har allvarliga problem.

Finns det några oväntade effekter av PO-verksamheterna?

De ordinarie kommunala verksamheterna kan lära sig mycket från ombuden, till exempel när det gäller bemötande. Ombuden har också upptäckt brister i vård- och omsorgssystemen vilket har lett till förbättringar på lokal nivå. PO-verksamheten har även lett till ett förbättrat samarbete mellan olika myndigheter.

Hur organiseras verksamheterna?

Verksamheternas utbyggnad

Länsstyrelserna rapporterar att verksamheten på många håll har en fast förankring och att kommunerna ser den som en naturlig del av vad som förväntas finnas i en kommun [5]. Verksamheterna i landet arbetar med cirka 6 000 klienter under ett år.

Läget i januari 2014

- 245 kommuner (84 procent) i landet har verksamheter med personligt ombud
- 310 heltidstjänster fördelade på 110 verksamheter

Utbyggnaden av verksamheterna startade i långsam takt under 2001. Huvuddelen av verksamheterna (60 procent) startade 2002 och utbyggnaden har sedan fortsatt. Läget i januari 2014 visas uppdelat per län i tabell 1. Antalet kommuner som har verksamhet med personligt ombud har minskat något från 252 (2012) till 245 (2013). Minskningen har skett i Södermanlands, Västra Götalands, Jämtlands och Västerbottens län. I Jönköpings, Kronobergs, Skånes och Västernorrlands län har antal ombud ökat. I tabell 1 finns uppgifter om antal ombud och ombudsverksamheter per län.

Tabell 1. Antal kommuner med PO-verksamheter, antal verksamheter, antal ombudstjänster per län december 2013.

Länsstyrelsen i	Antal kommuner i länet	Antal kommuner med po-verksamhet	Antal verksamheter ²	Antal heltids-tjänster
Stockholms län	26	23	19	47
Uppsala län	8	8	6	9
Södermanlands län	9	8	4	9
Östergötlands län	13	10	3	11
Jönköpings län	13	13	4	11
Kronobergs län	8	8	1	12
Kalmar län	12	12	5	12
Gotlands län	1	1	1	1
Blekinge län	5	5	1	4
Skåne län	33	24	15	45
Hallands län	6	5	5	12
Västra Götalands län	49	27	16	49
Värmlands län	16	16	1	10
Örebro län	12	12	4	7
Västmanlands län	10	9	1	9
Dalarnas län	15	15	2	11
Gävleborgs län	10	10	5	11
Västernorrlands län	7	7	5	10
Jämtlands län	8	4	2	3
Västerbottens län	15	14	3	12
Norrbottens län	14	14	7	15
Totalt	290	245	110	310

Ombudstjänsterna har avrundats till närmaste heltal

Ledning och styrning av verksamheten

I oktober 2013 fick de ansvariga för verksamheter med personligt ombud en enkät, och den besvarades av 101 personer av 124 tillfrågade (bortfall 19 procent).

Resultaten visar att det framförallt är kommuner som är utförare av PO-verksamhet (83 procent), andra utförare kan vara föreningar, stiftelser eller andra entreprenörer. Det är främst i och runt storstäderna som ombudsverksamheten drivs på entreprenad efter upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Mest förekommande är att verksamheten är placerad inom någon av socialtjänstens enheter (74 procent). Tidigare (år 2005) var hälften av verksamheterna organisatoriskt placerade inom kommunernas

² Om flera kommuner eller stadsdelar driver verksamheten tillsammans så räknas det som en verksamhet.

socialtjänst [6]. I de flesta fall är det kommunerna som medfinansierar verksamheterna med stöd av statsbidraget (93 procent).

I 92 procent av kommunerna planerar man att behålla antalet tjänster. Endast 1 procent planerar att utöka antalet tjänster och 3 procent av kommunerna planerar att minska antalet tjänster.

Verksamheterna leds ofta av en lednings- eller styrgrupp på en övergripande nivå (nedan kallad ledningsgrupp). Enligt 5§ i förordningen (SFS 2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykisk funktionsnedsättning ska det finnas en ledningsgrupp med representanter för kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, arbetsförmedling och försäkringskassa. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska erbjudas att delta i ledningsgruppen. Förordningen trädde i kraft den 1 augusti 2013 och ska tillämpas första gången i fråga om statsbidrag för år 2014.

Ledningsgruppens uppgift är att leda ombudens arbete men samtidigt också arbeta strategiskt med kvalitets- och utvecklingsarbete. Uppkomna problem och brister i vård- och omsorgssystemen rapporteras från ombuden till ledningsgruppen. Ett exempel på en rapporterad händelse var då ombuden i ett län uppmärksammade landstinget på att många av deras klienter har svårt att komma ihåg besökstider. Därför införde landstinget en sms-tjänst med påminnelse om besökstiden, vilket upplevs mycket positivt av klienterna.

I en av intervjuerna beskrevs följande arbetsgång för rapportering av brister. I det dagliga arbetet dokumenterar ombuden problem som uppkommit, och diskuterar dessa med sin närmaste arbetsgrupp alternativt med sin arbetsledare, för att sedan gemensamt med den närmaste ledningen fatta beslut om det ska följas upp och av vem. Därefter rapporteras händelsen till ledningsgruppen och de olika företrädare som finns med där. Särskilt lyfts fram att det är värdefullt att diskutera avvikelser som ombuden ser i sitt vardagliga arbete tillsammans mellan organisationerna som sitter i ledningsgruppen. På det sättet ges en bra bild av hur det fungerar ute i ”verkligheten” och en återföring kan ske till handläggare och chefer i den egna organisationen.

Intervjupersonerna fick svara på om man har satt upp mål för PO-verksamheterna. Enligt dem används Socialstyrelsens meddelandeblad och numera även förordningen när verksamheterna sätter upp övergripande mål. I sina verksamhetsplaner anges sedan nedbrutna mål för kvalitet och utveckling och planerna fastslås därefter av ledningsgrupperna.

Ansvariga för verksamheten angav i enkäten vilka företrädare som ingår i deras ledningsgrupper, och tabell 2 visar sammansättningen fördelat i procent. Av tabellen framgår att det i många ledningsgrupper dock saknas viktiga samverkansparter. Arbetsförmedling och Försäkringskassa finns till exempel representerade i cirka en tredjedel av ledningsgrupperna.

Tabell 2. Ledningsgruppernas sammansättning

Ingår i ledningsgrupp	Procent
Arbetsförmedling	33
Brukar/intresseorganisation	55
Frivilligorganisation	2
Försäkringskassan	38
Primärvård	18
Psykiatri	68
Representant från PO	80
Annan representant	15

Internt bortfall 9 ledningsgrupper

I 43 procent av kommunerna uppger man att ledningsgrupperna träffas fyra gånger per år. I 20 procent av kommunerna möts ledningsgruppen oftare och i 37 procent träffas man färre än fyra gånger per år. Samarbetet i ledningsgrupperna upplevs som välfungerande och det är en trygghet att de inkluderar personer på chefsnivå som har mandat att ta beslut. Problem som nämns är när representanter från de olika instanserna ofta är frånvarande från mötena eller om mötena sker alltför sällan. Om ledningsgrupperna har svårt att bemanna med representanter från övriga berörda myndigheter (landstinget, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) finns en risk för att PO-verksamheten blir en helt kommunal verksamhet och verksamheten förlorar helhets- och samverkansperspektivet [7].

I drygt hälften av verksamheterna (61 procent) finns rutiner för att hantera brister på både handläggarnivå, lokal nivå och central nivå. Cirka en femtedel (22 procent) uppgav att de inte har några rutiner för att hantera brister medan övriga har rutiner för rapportering på någon eller på två av nivåerna.

De län som har en gemensam organisation av ombudsverksamheten har identifierat flera fördelar med det. Att arbeta flera tillsammans ger bredare kompetens. Verksamheterna blir inte lika sårbara vid sjukdom och semester och det kan vara en fördel om klienten kan välja ett ombud bland flera. Det är också lättare att tillsätta en ledningsgrupp på länsnivå än på kommunal nivå [5].

Länsstyrelsernas roll och funktion

Enligt förordningen är länsstyrelsernas uppgifter även i fortsättningen att fatta beslut om och fördela statsbidrag till kommunerna efter ett ansökningsförfarande. Länsstyrelserna ska också tillsammans med Socialstyrelsen följa upp, stödja och utveckla verksamheterna. Länsstyrelserna ska lämna underlag till Socialstyrelsens uppföljningar och årliga lägesrapporter både vad gäller användning av statsbidraget och de insatser som genomförts samt redovisa en årsplan för hur verksamheten ska stödjas och utvecklas.

Verksamheterna anser att de får bra stöd från sin länsstyrelse. Det ses mycket positivt om kontaktpersonen från länsstyrelserna hinner närvara vid något av ledningsgruppernas möten. Ambitionen från länsstyrelserna är att delta i mötena men de hinner inte alltid. Genom kontaktpersonen från länsstyrelsen kan ombuden få tips på utbildningar samt annat praktiskt stöd såsom erfarenhetsutbyte och diskussion om PO-arbetet. Länsstyrelserna har

också medverkat i och initierat konferenser och kunskapsdagar för ombuden. Representanterna från länsstyrelserna deltar också i lokala och regionala nätverksträffar för ombud.

Länsstyrelserna rapporterar att verksamheterna i större utsträckning efterfrågar stöd med koppling till ledningen av PO-verksamheten. Frågorna gäller till exempel:

- kvalitetssäkringssystem
- arbetsredskap för statistik och dokumentation
- kommunikationssystem för effektivare rapportering och åtgärder för strukturella brister i system såsom arbetsredskap för statistik och dokumentation [8].

Representanter från länsstyrelserna i Västra Götaland, Halland, Dalarna, Gävleborg och Norrbotten ingår i en arbetsgrupp tillsammans med Socialstyrelsen. Gruppens uppdrag har under 2013 varit att utifrån förordningen

- arbeta fram gemensamma riktlinjer för länsstyrelsernas arbete
- arbeta fram gemensamma handlägningsrutiner (ansökningsblanketter, beslutsmallar, uppföljningsmallar mm)
- utveckla informationen på länsstyrelsernas webbportaler
- arbeta fram rutiner för systemfelshantering
- utveckla samarbete med näraliggande län för att få till samordningsvinster
- arbeta fram program och underlag till de nationella träffarna som genomförs två till tre gånger per år.

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens syn på verksamheten

Kommunerna och landstingen har sedan tidigare haft problem med att samverka kring målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning vilket särskilt uppmärksammades av psykiatrisamordnaren (Ambition och ansvar, SOU 2006:100). Läget har därefter förbättrats och många kommuner har nu en formaliserad samverkan med landstingen [11]. I Det framgår också tydligt av HSL 8 a § och SoL 5 kap 8 a § att

landstinget (kommunen) ska ingå överenskommelse med kommunen (landstinget) om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelsen.

I gruppintervjuer med ledningsgrupper i fyra län framhålls vikten av att utveckla kontaktytor mellan ombuden och tjänstemännen i socialtjänsten. Det kan till exempel gälla en person som behöver olika former av stöd men från början inte vill ha någon kontakt eller stöd från kommunen. Då kommer ombudet in och kan stödja personen med en lämplig kontakt som sedan övergår

i en kontakt med kommunen, och det kan resultera i en lämplig insats. Ombudet finns då som ett stöd även för socialsekreteraren som sedan kan ta över ansvaret. Ibland går det dock inte att hitta lösningar.

Från hälso- och sjukvårdens sida ges en bild av att PO-verksamheten är till stort gagn för denna målgrupp som har svårt att föra sin talan inom vården. Det är en fördel att ombuden känner patienten bra och vet vilka förhållanden som råder kring patienten. Bemanningen av ledningsgruppen har också kommit mer på tal inom landstingens primärvård och psykiatri genom den nya förordningen om statsbidraget. I intervjuerna lyftes värdet och det unika med ombudets neutrala roll. Det nämndes att attityden till ombudsverksamheten inom allmänmedicin har förändrats över tid och att ombudsrollen nu är mer respekterad och etablerad än tidigare.

Personliga ombudets roll och uppgift

Nedanstående uppgifter baseras dels på enkätsvar och dels på intervjuer med åtta ombud. Det var 286 ombud som svarade på enkäten av 331 tillfrågade (bortfall 14 procent).

Ombudens övergripande arbetssätt är en strävan efter att ha ett helhetsperspektiv med ett tydligt brukarfokus. Arbetet bygger på relationen mellan ombud och klient och ger förutsättningar för att bättre förstå och ringa in klientens behov och förmedla dessa till andra vård- och stödgivare. Att förmedla hopp till klienterna är en viktig uppgift liksom att sätta upp mål om hur hinder och svårigheter ska hanteras [9].

Två tredjedelar av ombuden är kvinnor (65 procent). Ombudens åldersfördelning redovisas i tabell 3, och medianåldern bland både kvinnor och män är drygt 50 år.

Tabell 3. Ombudens ålder och kön, år 2013

Ålder	Kvinna	Man	Totalt
Upp till 29 år	2	2	4
30–39 år	22	9	31
40–49 år	59	24	83
50–59 år	75	39	114
60 år eller äldre	27	24	51
Totalt	185	98	283

Internt bortfall 3 ombud

I tabell 4 nedan presenteras ombudens utbildningsbakgrund fördelad i procent (flera utbildningar kunde anges i enkäten). Det är 41 procent av ombuden som har vårdutbildning som mentalskötare, undersköterska eller sjuksköterska. Många har också annan akademisk utbildning från universitet eller högskola inom till exempel beteendevetenskap och samhällsvetenskap (kategorin övrig).

Tabell 4. Ombudens utbildning

Utbildning	Procent
Sjuksköterska	3
Socionom	15
Jurist	2
Arbetsterapeut	2
Mentalskötare eller motsvarande	29
Sjukvårdsbiträde/undersköterska	9
Övrig universitets- och högskoleutbildning	27
Annat	13
Totalt	100

Internt bortfall 3 ombud

En stor andel av ombuden (88 procent) har tidigare erfarenhet av att arbeta med personer med psykisk funktionsnedsättning och hälften har arbetat i minst 9-10 år.

De allra flesta erbjuds handledning (84 procent). En knapp tiondel av ombuden erbjuds inte någon handledning medan 6 procent erbjuds men tackar nej till handledning. Drygt hälften (62 procent) får åtgärdsinriktad handledning medan övriga har processinriktad handledning. Åtgärdsinriktad handledning har fokus på förhållningssätt i arbetet med klienterna medan processinriktad handledning har mer fokus på arbetsmodellen och organisationen av arbetet.

Merparten (80 procent) av ombuden uppgav att de flera gånger har rapporterat brister i vård- och omsorgssystemet, 8 procent av ombuden har rapporterat brister en gång, medan 12 procent aldrig har rapporterat brister. De flesta (90 procent) uppgav att de fått återkoppling på de rapporterade bristerna. En del av det som rapporteras kan lösas på lokal och regional nivå medan annat påverkas av välfärdssystemens uppbyggnad. Exempel på inrapporterade brister:

- dåligt bemötande och bristande kompetens och förståelse för målgruppens problematik från myndigheter
- brister i samverkan, både mellan förvaltningar inom kommuner men också mellan olika myndigheter
- problem för klienter att få försörjningsstöd för tandvård
- svårigheter i att synliggöra barn som bor med föräldrar med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning
- brist på gode män och förvaltare
- för lite tillgång till boendestödjande insatser
- långa väntetider och bristfällig tillgång till läkare inom psykiatri
- dålig samordning mellan somatisk och psykiatrisk vård
- svårtillgänglig psykiatrisk öppenvård
- oro och osäkerhet kring Försäkringskassans regler om försörjning för målgruppen
- svårt att få tid hos Arbetsförmedlingen. Klienter har svårt att förstå informationen som de får därifrån [8].

I intervjuerna var ombuden överlag nöjda med sin ledningsgrupp och tyckte att man har ett fungerande och etablerat samarbete. I ledningsgruppen finns möjlighet att ta upp saker som känns angelägna, där upplever ombuden att deras arbete tas på allvar och att det finns möjlighet att bolla idéer och lösningar.

Klienttillströmning och prioriteringar inom målgruppen

Ombuden uppfattar att tillströmningen av nya klienter varierar över året. Drygt hälften av ombuden (54 procent) svarade att fler söker kontakt med dem som personligt ombud än vad de kan ta emot.

En verksamhet har följt statistik under ett antal år och såg ett mönster.

Efter sommaren ökar tillströmningen med klienter stadigt fram till jul med en topp i januari och sedan sjunker det långsamt fram till sommaren som är en lugnare period.

Vanligtvis har de heltidsanställda ombuden mellan 13–20 klienter samtidigt. Flera ombud nämnde att man inom verksamheten har riktmärket att 13–15 är ett lämpligt antal klienter. De allra flesta anser att man når rätt målgrupp.

I någon verksamhet nämndes att det nu är fler unga som hör av sig och flera av de intervjuade uppgav en ökning av gruppen personer med neuropsykiatriska diagnoser. Ombuden upplever också att det kommer in fler klienter under en kortare tid än tidigare. Samtliga intervjuade instämmer i att det troligen finns personer som inte nås av verksamheten. Det finns också personer med psykisk sjukdom och missbruk som är svåra att nå. Det händer att ombudet får kontakt med en person som behöver olika typer av stöd men där kontakten inte mynnar ut i något mera.

Det förekommer att ombuden inte åtar sig en förfrågan om ett uppdrag, till exempel på grund av hot och våld. Det kan även handla om personer som ringer och vill ha stöd i olika juridiska frågor såsom umgängesrätt. Det gäller också om personen redan har en kontakt i socialtjänsten. Vanligtvis kan det redan i samband med ett första möte stå klart om ombudet bör åta sig ett uppdrag eller inte. Om man måste prioritera i kön av klienter tycks det vara unga, klienter med barn, bostadslösa eller vräkningshotade som är prioriterade. Ombuden får ofta stöd av sin ledningsgrupp med riktlinjer om prioriteringar inom målgruppen.

Överlag upplever ombuden att klienterna är nöjda med sitt ombud. Men om det inte fungerar får man försöka reda ut vad som blev fel: det kan ibland bero på klientens förväntningar på att ombudet skulle kunna hjälpa till att ordna saker som inte går att påverka.

Hinder och möjligheter i ombudsarbetet

Ombuden uppger att det ibland finns för lite tid för varje klient. Andra hinder är brister som uppstår i samverkan mellan myndigheter. Vilket inte behöver handla om brist i engagemang utan det verkar finnas brister i kunskap om ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Några ombud upplever att attityderna i samband med samverkan med olika myndigheter har förändrats från att man tidigare gjorde mycket för att hitta lösningar och hjälpa en person medan det nu finns en ”svalare” attityd där man säger ”detta är inte vårt bord”. Vidare framför ombuden att samverkan mellan myndigheterna ibland upplevs vara personberoende, vilket leder till att det kan bli sårbart.

Ombuden upplever att det finns en ständig brist på psykiatriker, vilket drabbar klientens behandling och mående. För att underlätta för målgruppen måste det bli bättre tillgång till vård och behandling inom psykiatrin. Flera nämner också att det finns många hinder just för den här målgruppen. Många klienter är även generellt stressade och oroliga för att deras ersättningar ska upphöra. Det är svårt för många att ta sig fram i det mer och mer komplexa samhället där det kan vara tekniskt komplicerat att kommunicera.

Ombuden fick ge förslag på sådant som skulle kunna underlätta deras arbete. Ett ombud tror att det behövs tydligare information om gränsdragningen mellan personliga ombud och socialtjänstens handläggare, att det behöver bli tydligare vad ombud gör och vad de inte ska göra. Med tanke på den stora personalomsättningen i socialtjänsten måste informationen ges kontinuerligt.

I ett styrdokument för den länsgemensamma verksamheten i Värmland har man samlat det som man tycker är framgångsfaktorer i PO arbetet:

- De personliga ombuden fristående ställning.
- En fungerande ledningsgrupp och samlad länsorganisation.
- Uppdraget som personligt ombud är tydligt formulerat för alla berörda.
- Klienten är uppdragsgivare och bestämmer inriktning och omfattning.
- Klienten sprider positiva omdömen om den hjälp och det stöd som erhållits.
- Ombudet arbetar långsiktigt och med kontinuitet för en hållbar förändring.
- Ombudet identifierar och påtalar brister/hinder och systemfel.
- Ombudet bidrar till verksamhetens utveckling.
- Ombudet erhåller kontinuerlig kompetensutveckling [10].

Andra framgångsfaktorer i ett lyckat PO-arbete som lyfts fram är att man som ombud behöver förmedla tillit, hopp och ljus i tillvaron, samt kunna erbjuda långsiktighet och ett bra bemötande så att klienterna känner sig trygga. Vidare lyfts fram att ombuden ska vara lätta att nå utan krångel och att klienterna behöver känna att de kan lita på sitt ombud – att ombuden står på klientens sida.

Ombuden upplever att de får en bred kompetens genom att de arbetar inom så många olika områden. Många gånger har man löst ett liknande problem tillsammans med en annan klient och vet hur det kan fungera. Det är dock viktigt att uppdraget är tydligt formulerat i förhållande till klienten och till andra myndigheter eller företrädare. Det är också betydelsefullt att man får en relation som håller över tid eftersom det innebär en trygghet för både ombudet och klienten.

Många ombud upplever att kompetensutvecklingen är tillräcklig medan några tycker att det blivit sämre och att det tidigare fanns större möjligheter till fortbildning. Ombuden upplever det mycket positivt när de blir tipsade om lämpliga föreläsningar som anordnas av länsstyrelsen, en annan myndighet eller av en intresse- och brukarorganisation.

Sprida information om PO-verksamhet

I intervjuerna beskriver ombuden hur man når ut med information om verksamheten. Många har tagit fram broschyrer som delas ut på olika offentliga platser såsom apotek, vårdcentraler, kyrkor, affärer och banker. Verksamheterna har en egen webbplats och PO-verksamhetens information och kontaktuppgifter finns också ofta med på kommunens webbplats. Sedan sprids informationen muntligt från klienter som rekommenderar andra samt till ex-

empel genom informationsmöten på myndigheter, vårdutbildningar, anhörigföreningar och brukarorganisationer. Ombuden bjuder också in sig och informerar vid olika tillfällen inom kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med flera.

Utveckling av klienternas behov och stödinsatser

Samtliga klienter

I det följande redovisas resultaten från den klientenkät som kallas startenkäten. Materialet från enkäten omfattar totalt 4 827 klienter varav cirka 60 procent är kvinnor och 40 procent är män. Klienternas ålder varierar mellan 19 och 88 år (år 2013).

Tabell 5. Åldersfördelning samtliga klienter

Ålder	Procent
18-25	12
26-35	21
36-45	23
46-55	27
56-65	14
66-	3

Redovisningen nedan innefattar både aktuella klienter och klienter vars kontakter med personliga ombud avslutades under 2013.

Boende

En majoritet (57 procent) av klienterna bor ensamma. Vanligen är det män som är ensamboende (65 procent), medan det är något mindre vanligt bland kvinnor (52 procent). Därutöver bor ungefär en femtedel av klienterna tillsammans med en partner. Färre än en av tio bor hos sina föräldrar eller någon annan anhörig eller närstående. Cirka 6 procent av klienterna har en annan boendesituation.

Ungefär en av tre kvinnor har barn som är under 18 år, och en fjärdedel av männen.

Samtidigt är det färre klienter, ungefär en av fyra bland kvinnorna, som bor tillsammans med barn under 18 år. Bland männen är det ännu ovanligare och endast en av tio bor tillsammans med barn.

En betydande majoritet av klienterna, fyra av fem, bor i eget boende (innefattar såväl hyresrätt som bostadsrätt och villa). Näst vanligast är att klienterna inte har någon egen stadigvarande bostad (6 procent) eller att de har en annan bostadssituation (6 procent). Under 4 procent har ett andrahandskontrakt som sträcker sig längre än tre månader. Lika många har ett bostadssocialt kontrakt enligt socialtjänstlagen, SoL. Ett fåtal klienter bor i bostad med särskild service enligt SoL (2 procent) eller i en bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1 procent).

Försörjning

Klienterna får vanligen sin inkomst via sjukersättning (33 procent), ekonomiskt bistånd (24 procent) och sjukpenning (18 procent). En av tio får aktivitetsstöd och ungefär lika många får aktivitetsersättning. En av tio klienter uppbär lön (inkluderar lön från anställning där arbetsgivaren får bidrag). Ett begränsat antal klienter uppbär inkomst via ålderspension (3 procent), arbetslöshetsersättning (3 procent) eller studielån (2 procent). En av tio klienter har någon annan form av inkomst.

Utbildning

Över 40 procent av klienterna har gymnasium som högsta fullföljda utbildning. För cirka en tredjedel av klienterna är grundskola den högsta fullföljda utbildningen, och cirka en av tio har utbildning på universitetsnivå. Ungefär en av tio har en yrkesutbildning som inte skett inom gymnasiet, eller någon annan form av utbildning. Knappt 4 procent av klienterna har ingen fullgjord utbildning alls.

Kontakt med PO

Klienternas kontakter med personliga ombud har främst gått via en myndighet eller institution (35 procent), eller så har klienterna själva sökt och tagit kontakt med ombuden (34 procent). Det är vanligare att kvinnor söker kontakter på egen hand (37 procent) än att män gör det (30 procent). Å andra sidan är det vanligare att männen får kontakt med de personliga ombuden via sina föräldrar eller en annan anhörig (15 procent respektive 8 procent). De personliga ombudens informationsinsatser har tjänat som kontaktkanal för cirka 4 procent av klienterna. För någon enstaka procent har kontakterna förmedlats via brukarorganisationer (till exempel RSMH, IFS eller NSPH). Det är 15 procent av klienterna har kommit i kontakt med ombuden på andra sätt.

Ungefär en av fem klienter har tagit upp kontakten med de personliga ombuden på nytt efter att en tidigare kontakt avslutats. En av tio har återkommit flera gånger.

De flesta klienter, fyra av fem, hade redan vid de inledande kontakterna med ombuden en tydlig uppfattning om vad de ville eller behövde ha hjälp med. Ofta handlade det om att få stöd i kontakterna med myndigheter eller att få hjälp med den ekonomiska situationen. En stor andel av klienterna behövde även stöd i sina kontakter med hälso- och sjukvården.

Tabell 6. Klienternas behov vid de inledande kontakterna med PO. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Efterfrågat stöd	Procent
Ekonomi/försörjning	62
Bostad	26
Sysselsättning (arb., utb., praktik)	26
Kartläggning av behov	24
Struktur och ordning på dagen	13
Bryta isolering	15
Relationsfrågor	11
Existentiella frågor	6
Stöd i kontakt med myndigheter	79
Stöd i kontakt med hälso- och sjukvården	44
Annat	15

Stöd och insatser

En del klienter får någon form av stöd eller insats från socialtjänsten och då rör det sig främst om boendestöd enligt SoL. Det vanligaste är emellertid att klienterna inte har några insatser alls.

Tabell 7. Typ av insatser/stöd. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Typ av insats/stöd	Procent
Hemtjänst (SoL)	5
Boendestöd (SoL)	23
Kontaktperson (LSS)	3
Kontaktperson (SoL)	6
Ledsagning (LSS)	1
Ledsagning (SoL)	1
Dagverksamhet (SoL)	8
Korttidsboende (SoL)	1
Råd och stöd (LSS)	2
Kognitiva hjälpmedel	5
Ingen insats	55
Annan insats	12

Vad gäller behandlingskontakter är det många som har kontakter med den psykiatriska öppenvården eller primärvården. Cirka en av tio klienter har inte någon form av behandlingskontakt.

Tabell 8. Typ av behandlingskontakter. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Typ av behandlingskontakt	Procent
Psykiatrisk öppenvårdskontakt	72
Psykiatrisk slutenvårdskontakt	4
Psykiatrisk tvångsvård (LPT)	1
Missbruksvård (HSL/SoL/LVM)	5
Primärvård (HSL)	49
Ingen behandlingskontakt	9
Annan behandlingskontakt	9

Kvinnor har i högre utsträckning än män kontakt med den psykiatriska öppenvården (74 respektive 67 procent) och primärvården (52 respektive 44 procent). Männerna har dock i något högre utsträckning kontakt med missbruksvården än vad kvinnor har (7 respektive 4 procent). Det är också något vanligare att män inte har någon behandlingskontakt alls (11 respektive 7 procent).

Totalt 5 procent av klienterna har en god man, och 1 procent har förvaltare.

Fokus på avslutade klientkontakter

I tabellerna nedan redovisas resultat från avslutsenkäten. 1 403 klienter gav sitt samtycke till deltagande medan 683 inte gjorde det. Totalt 1 274 avslutsenkäter matchade en startenkät där klienten samtyckte både vid starten och avslutet. Det är denna population som redovisas nedan.

Syftet med redovisningen är att ge en bild av vad kontakterna med de personliga ombuden har betytt för de personer som inte längre är klienter, det vill säga där kontakterna avslutats.

För de allra flesta klienterna har kontakterna med de personliga ombuden inneburit att de arbetat med flera områden i livet. Ofta innebar samarbetet att klienten och det personliga ombudet fokuserade två till fyra områden för att hitta lösningar på klientens problem. Det förekommer emellertid samarbeten där betydligt fler områden än så, ända upp till elva stycken, varit föremål för klientens och det personliga ombudets uppmärksamhet.

De områden som oftast fokuserats rör klienternas kontakter med myndigheter, deras ekonomi och försörjning, samt deras kontakter med hälso- och sjukvården.

Tabell 9. Områden som klienten och PO arbetat med. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Områden	Procent
Ekonomi/försörjning	69
Bostad	35
Sysselsättning (arb., utb., praktik)	37
Kartläggning av behov	40
Struktur och ordning på dagen	14
Bryta isolering	20
Relationsfrågor	19
Existentiella frågor	11
Kontakt med myndigheter	80
Kontakt med hälso- och sjukvården	50
Annat	18

Som tabellen ovan visar är kontakter med myndigheter och hälso- och sjukvården vanliga samarbetsområden för klienten och det personliga ombudet. Tittar man lite närmare på resultaten är det ofta kommunernas socialtjänst, den psykiatriska öppenvården och Försäkringskassan som klienterna och de personliga ombuden varit i kontakt med.

Tabell 10. Myndigheter, organisationer eller andra verksamheter/personer som klienten och det personliga ombudet mött. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Myndigheter etc.	Procent
Anhöriga/närstående	26
Psykiatrisk öppenvård	51
Psykiatrisk slutenvård	7
Primärvård	28
Tandvård	8
Hjälpmedelsverksamhet	4
Habiliteringsverksamhet	5
Försäkringskassa	50
Arbetsförmedling	32
Kommunens socialtjänst	60
God man	10
Förvaltare	2
Kronofogde	13
Hysesvård	17
Brukarorganisation	3
Diakoniverksamhet	6
Frivilligorganisation	3
Annat/andra	31

Oftast har klienterna fått hjälp i kontakter med mellan en och fyra myndigheter eller organisationer.

Samarbetet mellan klienter och personliga ombud har i många fall gett resultat inom flera områden med påverkan på klienternas ekonomiska situation. Främst handlar det här om att klienterna fått hjälp med sin försörjning eller att de sökt bidrag från fonder. För en av fem klienter har kontakterna med personliga ombud inte gett några ekonomiska resultat.

Tabell 11. Ekonomi - områden där kontakten med PO gett resultat för klienten. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Ekonomi - områden där resultat uppnåtts	Procent
Skuldsanering	8
Försörjning	53
Grönt kort i tandvården	5
Sökt bidrag från fonder	20
Utbetalning från försäkringsbolag	9
Annat	29
Inget	19

Enskilda klienter har oftast fått en bättre ekonomisk situation genom resultat på åtminstone ett eller två av dessa områden.

Nästan hälften av klienterna (46 procent) har fått någon form av sysselsättning. Vanligen handlar det om utbildning, men nästan en av tio klienter har fått ett arbete. Något färre har fått sysselsättning med eller utan biståndsbeslut (7 respektive 5 procent).

Vad gäller klienternas boendesituation så handlar resultaten främst om att klienterna fått hjälp med att byta eller ordna en bostad, samt med att avvärja en vräkning. I det senare fallet har 112 personer undgått att bli vräkta från sina hem.

Tabell 12. Bostad - områden där kontakten med PO gett resultat för klienten. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Bostad - områden där resultat uppnåtts	Procent
Ordnat bostad	10
Bytt bostad	12
Avvärjt vräkning	9
Sanerat bostad	2
Ordnat särskilt boende enligt SoL eller LSS	3
Annat	18
Inget	57

På ett relationellt plan uppger en av fyra klienter att kontakten med PO gett resultat för deras kontakter med anhöriga, och en av fem anger att PO-kontakterna har brutit en isolerad tillvaro. En av tio klienter menar att deras kontakter med arbetsgivare, arbetskamrater eller skola blivit bättre som ett resultat av PO-verksamheten.

Behov av fortsatt stöd

Enkäten gällde även hur de klienter som avslutat sina PO-kontakter ser på behovet av fortsatt stöd från samhället. Av enkäten framgår att en av tre avslutade klienter upplever att de behöver fortsatt stöd, i första hand psykiatrisk vård och insatser från socialtjänsten.

Tabell 13. Områden där klienterna upplever att det finns behov av fortsatt stöd. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.

Behov av fortsatt stöd	Procent
Psykiatrisk vård	58
Primärvård	32
Missbruksvård	6
Personligt ombud	22
Arbetsförmedlingen	26
Försäkringskassan	35
Socialtjänsten	47
Annat	33

Ungefär en av fem klienter uppger att de har fortsatt behov av kontakt med personliga ombud. Detta ska ställas i relation till vad som visats tidigare, nämligen att cirka 20 procent av klienterna återupptar den avslutade kontakten med personliga ombud. En av tio klienter återkommer dessutom fler gånger.

Det är något vanligare att kvinnor än män upplever att de har behov av ytterligare stöd (37 respektive 32 procent).

Jämförelser av avslutade klientkontakter över åren

Nedan redovisas några iakttagelser från uppföljningarna åren 2004, 2007 och 2013 avseende avslutade klientkontakter. Syftet är att ge en jämförande bild av klienternas situation.

Andelen unga klienter bland de avslutade klientkontakterna har ökat något över åren. Samtidigt ligger andelen klienter över 65 år kvar på samma låga nivå under 2013 som den gjorde vid mätningen 2007. Därmed är den fortsatt betydligt lägre än vad som var fallet vid mätningen 2004.

Tabell 14. Åldersfördelning avslutade klientkontakter.

Ålder	2004 (procent)	2007 (procent)	2013 (procent)
18-25	6	8	12
26-35	15	20	22
36-45	27	24	22
46-55	24	28	26
56-65	14	18	15
66-	14	2	3

Klienternas väg in till PO-verksamheten har varit relativt likartad, oavsett vilket år det gäller. Smärre förändringar har emellertid förekommit. Mellan

åren 2004 och 2007 skedde till exempel en viss ökning av andelen klienter som själva sökte sig till PO-verksamheten, men sedan låg den i princip kvar på denna nivå vid uppföljningen 2013. Samtidigt minskar andelen klienter som kommit in i PO-verksamheten antingen via de personliga ombudens egna informationsinsatser eller via någon brukarorganisation. Övriga vägar in till PO-verksamheten har i stort sett likadana utifrån år till år.

Tabell 15. Väg in till PO-verksamheten. Andel klienter per område.

Väg in	2004 (procent)	2007 (procent)	2013 (procent)
Sökte själv	32	39	37
Via personliga ombudens info.	7	5	4
Via brukarorganisation	4	2	1
Via förälder/anhörig/närstående	10	9	11
Via god man/förvaltare	1	1	0
Via myndighet/institution	34	32	32
Annat	12	12	15

Däremot går det att se påtagliga förändringar i andelen klienter som vid de inledande kontakterna med PO behövde stöd inom olika områden. Som exempel ökade andelen klienter som behövde stöd med sin ekonomi eller försörjning kraftigt mellan de olika mätillfällena. 2004 uppgav två av fem klienter att de behövt stöd inom detta område, och 2013 uppgav tre av fem klienter samma sak. Ett relaterat problemområde, klienternas sysselsättning (arbete, utbildning, praktik), har också blivit vanligare med åren. 2004 uppgav en av fem klienter att de behövt stöd med sysselsättningen, och 2013 var det en av fyra.

Förändringarna är ännu större när det gäller andelen klienter som vid de inledande kontakterna med PO behövde stöd i kontakter med myndigheter. Ökningen har gått från 37 procent 2004 till 74 procent 2013. Behov av stöd i kontakter med hälso- och sjukvården har också blivit vanligare, om än i mindre omfattning.

Tabell 16. Klienternas behov vid de inledande kontakterna med PO. Andel klienter per område. Kombinationer är möjliga.³

	2004 (procent)	2007 (procent)	2013 (procent)
Ekonomi/försörjning	40	52	61
Bostad	27	31	26
Sysselsättning (arbete, utb., praktik)	18	24	25
Relationsfrågor	8	13	10
Stöd i kontakt med myndigheter	37	57	74
Stöd i kontakt med hälso- och sjukvård	25	32	39
Annat*	53	19	45

*Avser till exempel hjälp med struktur/ordning på dagen, bryta isolering och kartläggning av behov.

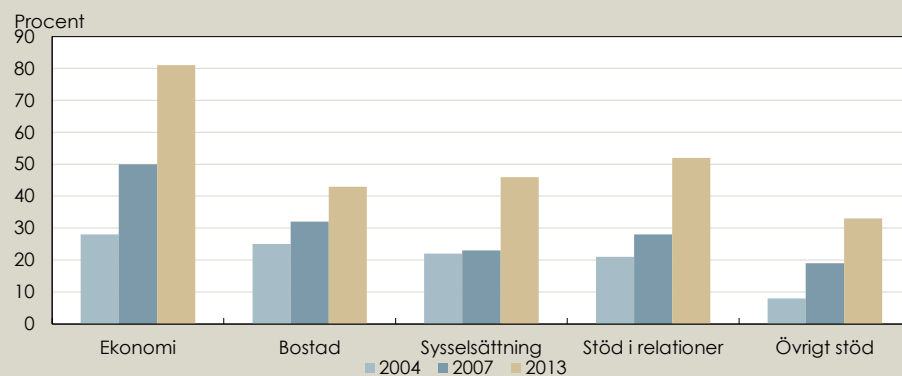
³ En jämförelse av uppgifterna för år 2013 i tabell 16 med uppgifterna i tabell 6, som redovisar samma fråga, visar att uppgifterna skiljer sig åt något inom flera områden. Det beror på att det är avslutade klientkontakter som redovisas i tabell 16, medan tabell 6 redovisar samtliga klienter.

Klienternas behov av stöd vid de inledande kontakterna med PO har således förändrats, och andelen med stödbehov har ökat på flera områden.

Vad gäller PO-verksamhetens resultat för klienterna så jämförs fem områden i Figur 1. Av de uppföljningar som genomfördes 2004 och 2007 framgår att andelen klienter som uppnått resultat när kontakten med PO avslutades ökat mellan dessa mättillfällen. Särskilt uppnådde en högre andel klienter resultat på det ekonomiska området år 2007 än vad som var fallet 2004. Även inom andra områden ökade andelen klienter med uppnådda resultat.

Föreliggande uppföljning visar att denna utveckling fortsatt, framförallt vad gäller klienternas ekonomi, men utvecklingen kan observeras på flera områden.

Figur 1. Resultatområden. Andel klienter per område.



"Övrigt stöd" handlar till exempel om god man och förvaltare.

I sammanhanget är det viktigt att påpeka att denna studie inte har konstant-hållit faktorer utanför PO-verksamheten som kan påverka klienternas livssituation och levnadsvillkor. Samhället förändras ständigt, och PO-verksamhetens möjligheter att leverera resultat påverkas av utvecklingen inom den kontext där den verkar. Som exempel kan en minskad arbetslöshet i samhället som helhet underlätta för PO-verksamheten att bidra till att klienterna får en förbättrad ekonomisk situation genom att fler kan få möjlighet att delta på arbetsmarknaden. På motsvarande vis kan en ökad arbetslöshet i samhället som helhet försämra PO-verksamhetens möjligheter att bidra till att förbättra klienternas ekonomi.

Vidare kan det faktum att klienterna presenterar en inom vissa områden mer omfattande behovsbild i denna än i tidigare uppföljningar naturligtvis medföra att PO-verksamheten arbetat med till exempel klienternas ekonomi i högre utsträckning på senare år än tidigare, något som i sig kan leda till resultat för en större andel klienter.

Ombudens erfarenheter och upparbetade kontakter med myndigheter med mera kan också ha betydelse för det förändrade resultatet.

Analys

Statsbidrag lämnas till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljningen visar att verksamheten med personligt ombud är välfungerande och finns etablerad i 245 av landets kommuner. Verksamheten är frivillig för kommunerna och från och med 1 augusti 2013 är den förordningsstyrd (SFS 2013:522). Resultatet i uppföljningen har relaterats till och sammanfattats utifrån syftet för den enskilde enligt 3 § i förordningen. Syftet för den enskilde är att personerna ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Alla ombud arbetar för att stödja sina klienter för att förbättra sin livssituation genom stöd och hjälp med kontakter med myndigheter vilket också är det som fyra av fem klienter efterfrågar. I ombudens roll ligger att stödja klienten att öka sina möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation.

Nedan sammanfattas resultatet utifrån frågeställningar i uppdraget.

Kartläggningen och analys av det organisatoriska stödet, ledningen och styrningen av verksamheten

Verksamheten ska bedrivas så att samverkan mellan berörda huvudmän för vård- och omsorgsinsatser kommer till stånd utifrån den enskildes behov. För verksamheten ska det finnas en ledningsgrupp med representanter för kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska erbjudas att delta i ledningsgruppen. En fungerande och väl sammansatt ledningsgrupp har möjlighet att arbeta strategiskt och utvecklingsorienterat. I enkäten till ansvariga för verksamheten framgick att representationen av samverkansparter i ledningsgruppen inte alltid har sådan representation vilket bland annat leder till minskad samverkan. Socialstyrelsen konstaterar att detta behöver förbättras framöver i enlighet med förordningen.

Kartläggning av hur klienterna och deras behov av stödsatser utvecklats och vilka effekter och resultat som uppnåtts för klienterna genom verksamheten

En jämförelse av avslutade klientkontakter åren 2004, 2007 och 2013 visar att det skett en viss ökning av andelen unga klienter som ingår i PO-verksamheten mellan de olika mätillfällena.

Klienternas väg in till PO-verksamheten har varit relativt likartad över åren. Kontakterna har framförallt initierats av klienterna själva eller via någon myndighet eller institution.

Betydande förändringar har skett med avseende på vilka behov av stödsatser klienterna hade när de kom till PO-verksamheten. Andelen klienter med behov av stöd har ökat inom flera områden, i vissa fall påtagligt. Särskilt gäller det områden som behov av stöd i kontakter med myndigheter och

hälso- och sjukvården, samt stöd i förhållande till klienternas ekonomiska situation.

Behovsbilden har således förändrats och i flera fall blivit mer omfattande. Det är därför enligt Socialstyrelsen positivt att andelen klienter där kontakterna med PO-verksamheten utmynnat i resultat på olika områden ökat mellan de olika mättillfällena.

Kartläggning om hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården värderar funktionen med personligt ombud och effekten av insatserna

Genom intervjuer i ledningsgrupper och annan dokumentation har Socialstyrelsen kunnat konstatera att där landstingets primärvård och psykiatri är representerad i ledningsgruppen ökar möjligheten till bättre samverkan. Verksamheten har med tiden blivit mer känd inom hälso- och sjukvården vilket bidrar till ett bättre samarbete kring klienten/patienten. I socialtjänsten har det tidigare funnits problem med rollfördelningen mellan ombud och tjänstemän. Eftersom PO-verksamheten nu har funnits en längre tid framkommer i uppföljningen att det inte längre råder samma osäkerhet om rollfördelningen.

De ekonomiska effekterna av verksamheten med personligt ombud

Enligt delstudien som har genomförts inom ramen för denna uppföljning sker ingen märkbar omfördelning av resurser som effekt av PO-verksamheten. Analysen visar att kostnaderna inte minskar för någon enskild aktör samtidigt som de sammanlagda kostnaderna ökar när klienten har fått ett personligt ombud eftersom de får tillgång till och beviljas fler kommunala insatser. Resultatet visar också att klienternas inkomstnivå och andra ersättningsformer påverkas i liten utsträckning vid kontakt med personligt ombud.

Sammanfattningsvis kan sägas att verksamheten med personligt ombud är en väletablerad och fungerande verksamhet. Eftersom att den nu är förordningsstyrd finns bestämmelser på vilket sätt den fortsatt ska bedrivas vilket ger förutsättningar för en fortsatt god utveckling. Socialstyrelsen kan konstatera att ombuden har haft stor betydelse för klienterna som har fått bättre tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

Referenser

1. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods, second edition. Sage; 1990.
2. Psykiatrireformen. Socialstyrelsen; 1996. Årsrapport 1996:4.
3. Reformens första tusen dagar. Socialstyrelsen; 1998. Årsrapport för psykiatrireformen 1998:4.
4. Är vi på rätt väg? Socialstyrelsen; 1997. Årsrapport för psykiatrireformen 1997:6.
5. Bohman Karlsson C. Lägesrapport för verksamheter med personligt ombud år 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. PM 2011-04-05.
6. Steinholtz Ekecrantz L. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. PM 2006-04-11.
7. Bohman Karlsson C. Verksamheter med personligt ombud – lägesrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. PM 2010-04-07.
8. Bohman Karlsson C. Lägesrapport för verksamheter med personligt ombud 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. PM 2012-04-11.
9. Uppdrag att utveckla, följa och stödja verksamheter med personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. PM 2009-04-03.
10. Personliga ombud – ledningsgruppens spejare i välfärdssystemet. Socialstyrelsen; 2010.
11. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
12. Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
13. Järkestig U. Personligt ombud och förändringsprocesser på det socialpsykiatriska fältet. Doktorsavhandling. Linnéuniversitetet; 2010.
14. Framväxten av ett nytt yrke och dess påverkan på professionellas handlingsutrymme. Arbetsmarknad & Arbetsliv, 2011-04-17.
15. Personligt ombud – en trumf i bakfickan? En studie av personligt ombud ur ett klientperspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
16. Marshall M, et al. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011.
17. Ziguras S, Stuart G. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000 51.
18. Björkman T. Case management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden. Doktorsavhandling. Lunds universitet; 2000.

Bilaga 1. Samhällsekonomisk analys

I denna bilaga presenteras den samhällsekonomiska studien som utförts av Ramböll Management Consulting AB på uppdrag av Socialstyrelsen.

En analys av ekonomiska effekter

En del av Socialstyrelsens uppföljning av verksamheterna med personligt ombud har varit att kartlägga och analysera de samhällsekonomiska effekterna av verksamheten. Det samhällsekonomiska perspektivet syftar till att ge en bred bild av hur resurser samverkar mellan olika myndigheter och hur detta förändras under den tid klienten har kontakt med ett personligt ombud. Syftet med analysen är att visa vilka effekter PO-verksamheten får och hur olika aktörer påverkas.

Analysens två övergripande frågeställningar

De två övergripande frågeställningarna för studien handlar om effektivitets- och omfördelningsaspekter av PO-verksamheten:

- Leder PO-verksamheten till ett mer effektivt resursanvändande från samhället?
- Hur omfördelas olika aktörers kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning med anledning av PO-verksamheten?

En nationell analys

Verksamheten personligt ombud har analyserats utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv vid några tillfällen tidigare. År 2006 kom exempelvis utvärderingen ”Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud”. Studien gav en utförlig bild av effekterna av de personliga ombudens arbete i två PO-verksamheter i Skåne (Kristianstad och Lund). I denna studie har ansatsen varit att titta på om slutsatserna från dessa tidigare studier fortfarande gäller och samtidigt ge en nationell bild av förutsättningarna för personligt ombud att leda till ett bättre samhällsekonomiskt utfall.

Denna studie baseras på ett styrt urval av 83 klienter inom 13 olika PO-verksamheter i landet. De verksamheter som omfattas är Växjö, PO Värmland, PO Södra Dalarna, Karlskoga & Degerfors, Älvsbyn, Nacka, Södertälje, Nybro, Malmö, Jönköping, Mullsjö & Habo, Vara & Falköping och Linköping. Verksamheterna som deltog i studien valdes med avseende på län, befolkningsmängd och kommuntyp. Tanken var att få en bredd i urvalet för att kunna spegla de olika förutsättningar som olika verksamheter har. I urvals-processen gjordes ett bruttourval där ett antal verksamheter tillfrågades om de ville delta i genomförandet av aktgranskningen. Klienterna som ingår i studien valdes ut genom matchning mot en på förhand bestämd fördelning avseende ålder och kön samt när kontakten med personligt ombud inleddes.

För dessa klienter har journaldata samlats in för ett och ett halvt år innan de inledde sin kontakt med ett personligt ombud, och upp till fyra år efter insatsen beroende på hur sent de inledde sin kontakt med ombudet.

De myndigheter vars data omfattas av aktgranskningar är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen, landstinget och Skatteverket. Beräkningen av kostnaderna för dessa myndigheter har skett i två steg. I ett första steg byggdes en kostnadsmodell som utformades utifrån den information om insatsernas omfattning som finns i respektive myndighets register. I en andra del belades de med schablonkostnader⁴ kopplade till insatsen. Själva datainsamlingen genomfördes under perioden september–december 2013 och i två huvudsakliga steg. Under sommaren 2013 gjordes en pilotstudie där ombudsverksamheten i Linköping testade rapporteringsmaterialet och processen samt undersökte strukturen på datauppgifterna hos de olika myndigheterna. För att säkerställa datakvaliteten genomfördes intervjuer med kontaktpersoner i de aktuella PO-verksamheterna efter genomförandet. Frågorna handlade bland annat om hur aktgranskningen genomfördes och vad den innefattade.

En mindre litteraturgenomgång har gjorts av tidigare studier kring case management i syfte att förklara och illustrera resultatet av denna studie i ljuset av tidigare forskningsresultat.

Det samhällsekonomiska perspektivet

Det samhällsekonomiska perspektivet handlar om att fånga upp en bredare bild av resurstilldelningen i offentlig sektor. Målgruppen för personligt ombud har ofta kontakt med ett antal av samhällets institutioner, och PO-verksamheten syftar till att påverka insatserna hos andra myndigheter. Därför bör resultatet belysas utifrån hur insatser hos övriga myndigheter påverkas. En analys av samhällsekonomiska konsekvenser består av följande övergripande komponenter:

- Interna kostnader
- Externa kostnader
- Transfereringar
- Intangibla kostnader

Först och främst delas kostnadsposterna i en samhällsekonomisk analys upp i interna och externa kostnader. Interna kostnader är kostnader som uppstår hos den myndighet som ägnar sig åt en insats. För PO-verksamheten är den interna kostnaden densamma som kostnaderna för driften av verksamheten. Externa kostnader uppstår när en insats påverkar andra myndigheter på ett sådant sätt att kostnader uppstår, exempelvis om personligt ombud leder till att kommunen beviljar klienten fler insatser.

⁴ Schablonkostnaderna varierar mellan olika myndigheter. När det gäller insatser inom kommun och landsting har kostnad per brukare (KPB) och kostnad per patient (KPP) använts. För Försäkringskassan har vi tittat på uppgifter om kostnader för administration av transfereringarna och för Arbetsförmedlingen har vi använt uppskattningar om genomsnittlig kostnad per månad för insatser som är kopplade till sökandekategorier.

Transfereringar är när det sker en omfördelning av resurser mellan aktörer utan att samhället som helhet drabbas av en kostnad. Exempel på detta är Försäkringskassans utbetalningar av sjukersättning. Ersättningen är i sig ingen kostnad för samhället utan bör endast ses som en omfördelning av resurser från skattebetalare till mottagare av ersättningen. Till sammanhanget hör dock att individen inte kan arbeta, vilket då är en utebliven intäkt från produktion som däremot ses som en kostnad för samhället.

Intangibla kostnader är ett viktigt koncept, särskilt inom sociala insatser, och de utgör det svårsmåttade upplevda värdet av att en person förbättrar sin livssituation eller mår bättre i något avseende. Detta är något som ur samhällssynpunkt bör vara eftersträvansvärt, samtidigt som det är svårt att mäta och sätta ett monetärt värde på. I denna samhällsekonomiska analys fokuseras de resurser som ägnas målgruppen, men samtidigt är det viktigt att ta med klienternas välmående i den slutliga bedömningen av PO-verksamhetens värde.

Slutligen bygger denna studie på en djupare kvantitativ analys av ett urval personer som ingår i verksamheten personligt ombud. Denna typ av analys ger en uppfattning om förändringen av resurserna för de klienter som ingår i materialet. Däremot har vi ingen uppfattning om den kontrafaktiska situationen, det vill säga vad som hade hänt om individen inte hade kommit i kontakt med ett personligt ombud. Analysen utgår i regel från en förändring av resurser i förhållande till ett basår – året innan personen kom i kontakt med ombudet. Även i de fall där det går att se en systematisk förändring går det inte att vara säker på att förändringen beror på personligt ombud. Utifrån tillgängliga data är det nämligen inte möjligt att jämföra utfallet för urvalsgruppen med det för en kontrollgrupp. Det finns för- och nackdelar med olika tillvägagångssätt och kontrollerade studier har en högre evidens när det gäller att belägga kausalitet mellan insats och effekter. Därför bör man vara något försiktig med att dra slutsatser från detta material.

Population och urval

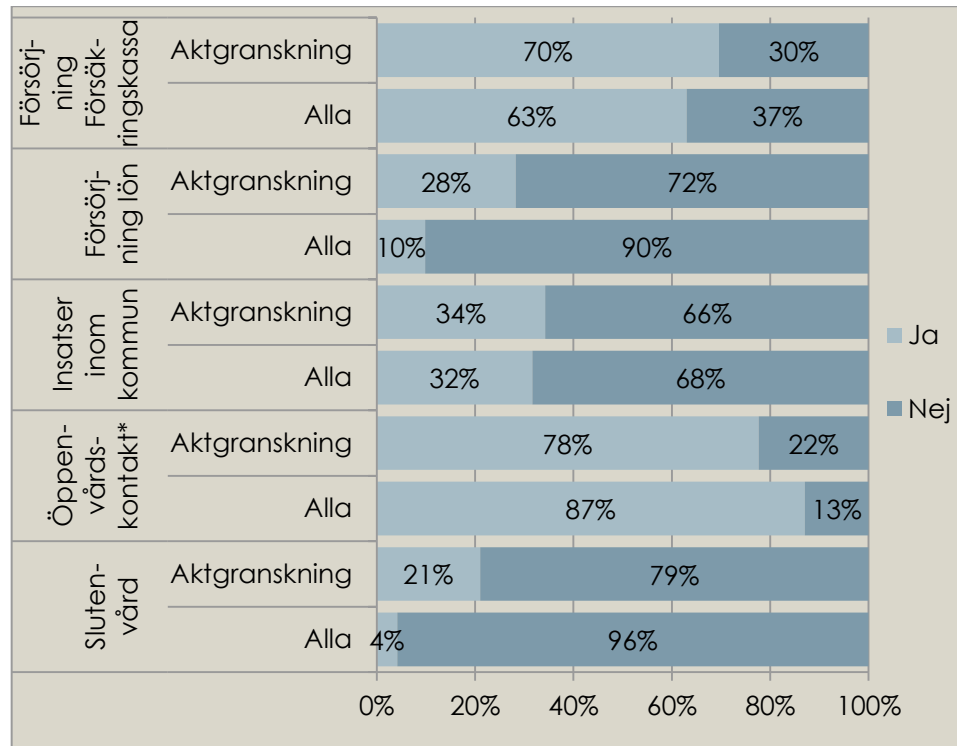
Denna studie bygger på ett urval personer som har haft kontakt med verksamheten personligt ombud sedan en tid tillbaka. Tanken var att få en uppfattning om hur resurserna för målgruppen har förändrats under tiden personerna har haft kontakt med personligt ombud, och därför fick verksamheterna främst välja ut klienter som fått kontakt med verksamheten minst tre år tillbaka i tiden. I vissa fall var det inte möjligt och då valdes klienter som deltagit i verksamheten under en kortare tid än så.

Detta utgör i sig inget problem för studiens urval. I urvalsprocessen kunde dock vissa verksamheter endast kontakta klienter som fortfarande var aktuella i verksamheten vid tillfället för studien. Detta kan innebära att urvalet blir något skevt i förhållande till populationen eftersom dessa har varit i kontakt med verksamheten längre än många andra klienter detta kan ge ett avtryck i resultatet.

Socialstyrelsen ville ytterligare analysera i vilken utsträckning studiens urval representerar målgruppen som helhet och har därför jämfört de data som framkom i aktgranskningen och den klientenkät som besvarades av en stor

del av PO-verksamhetens klienter runt om i landet. Jämförelserna gäller klienternas insatser, förmåner och lön klienten uppburit under det första halvåret de har haft kontakt med personligt ombud. Jämförelsen framgår av figuren nedan.

Figur 2. Jämförelse mellan urval och population



Kommentar: Diagrammet avser andelen klienter som har kontakt med de olika myndigheterna under första halvårets kontakt med personligt ombud. I diagrammet avser "Alla" de klienter som svarade på Socialstyrelsens klientenkät.

Som figuren visar speglar urvalet i huvudsak populationen i de jämförda avseendena. Det är dock fler som har kontakt med slutenvården och något färre som har kontakt med primär- eller öppenvård i urvalet än i populationen.

Förändring av resurser för målgruppen

Denna studie kretsar kring frågan om personligt ombud leder till ett mer effektivt resursanvändande i samhället gentemot målgruppen för PO-verksamheten. För att komma närmare svaret på denna fråga är det i ett första steg angeläget att undersöka hur resursanvändandet förändras hos personer som har kontakt med ett personligt ombud. I denna studie har resultatet delats upp i två olika delar. Den första delen berör resurser i form av insatser från samhället, såsom sociala insatser från kommunen och sjukvårdsinsatser från landstinget. Den andra delen berör intäkter för samhället i form av individens försörjning och deltagande i produktion. Resultaten går att sammanfatta på följande sätt:

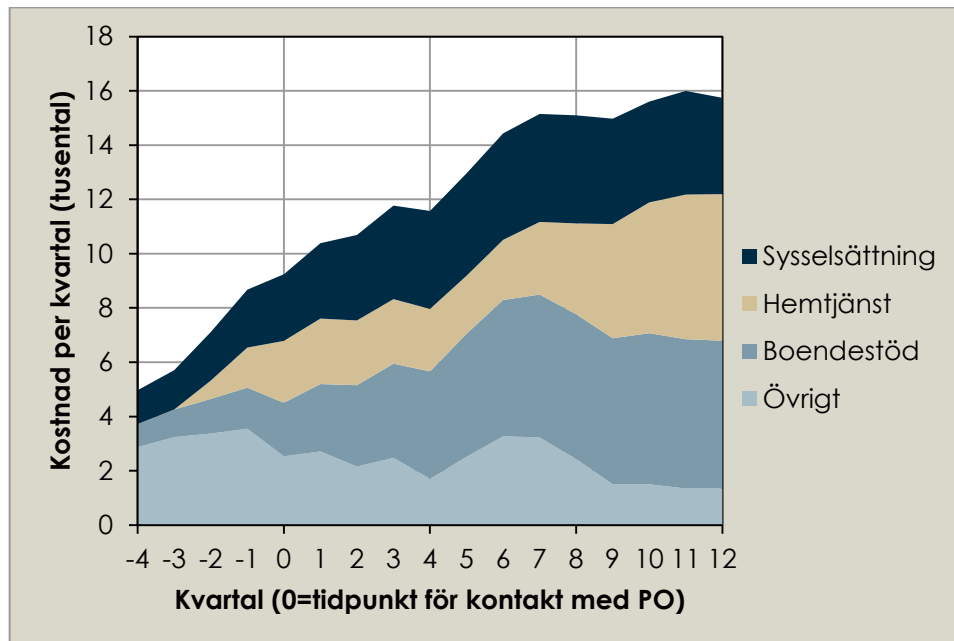
- Insatser hos kommunen ökar generellt i omfattning, där insatserna boendestöd och hemtjänst står för de största kostnadsökningarna.
- Sjukvårdskostnaderna ökar i genomsnitt, men faller efter tre år tillbaka på samma nivå som innan personen fick ett personligt ombud. Detta kan tolkas som att verksamheten möjligen hjälper till att återföra klienten till det tillstånd som var före insatsen, men det tycks inte minska kostnaderna jämfört med innan klienten fick ett personligt ombud.
- Kostnaderna för slutenvård utgör en stor del av kostnaderna för sjukvården. Det finns vissa tendenser till att slutenvårdskostnaderna minskar med tiden, men inte till en nivå som understiger den som var före kontakten med personligt ombud. Slutenvårdskostnaderna är dock mycket osäkra då det är relativt få av klienterna som har dessa kontakter.
- En möjlig effekt av personligt ombud kan vara att tillgången till sjukförsäkringen ökar.
- Denna studie visar inte samma mönster som tidigare studier där konsumtionen av sjukvård minskade samtidigt som kommunens insatser ökade.

Ökad tillgång till insatser inom kommunen

Tidigare studier av personligt ombud har visat att verksamheten ökar tillgången till och användandet av kommunala insatser. Detta resultat är också väntat eftersom kommunens insatser mot målgruppen för personligt ombud täcker många livsområden. Knappt 40 procent av klienterna i Socialstyrelsens klientenkät uppgav att de ville ha stöd i livsområden som rör att få struktur och ordning på dagen, att bryta isolering och att få en bostad när de kontaktade personligt ombud, vilket indikerar ett behov av insatser från kommunen. Samtidigt framgår det av figur 2 att drygt 30 procent redan hade någon insats från kommunens socialtjänst när kontakten med personligt ombud inleddes. Bland dem var boendestöd, som 23 procent av respondenterna hade vid tidpunkten, den överlägset vanligaste insatsen.

Figuren nedan visar aktuell förändring av konsumtionen av kommunala insatser under tiden klienterna hade kontakt med ett personligt ombud, från ett år innan insatsen inleddes och tre år efter kontakten.

Figur 3. Kostnader för insatser inom kommunen



Kommentar: Figuren ovan baseras på data för 49 klienter som vid tillfället för aktgranskningen haft kontakt med PO under minst 3 år och där data för insatser inom kommunen kunnat erhållas i aktgranskningen.

Figuren ovan visar att de kommunala insatserna i genomsnitt ökar stadigt under hela perioden. De tycks även öka före kontakten med personligt ombud, vilket indikerar att det inte är ombudet som står för hela ökningen. Istället kan det tolkas som att klienternas livssituation försämras under året innan vilket leder till att de så småningom får kontakt med ombudsverksamheten.

Ökningen tycks främst bero på att personer som tidigare har nekats insatser från kommunen nu har fått dem beviljade. Enligt datainsamlingen beror drygt 85 procent av kostnadsökningen på att klienter som tidigare inte haft insatser från kommunen får sådana efter kontakt med ett personligt ombud.

Förändringen är störst inom insatserna hemtjänst och boendestöd. Detta kan tolkas som att insatser med ett pedagogiskt och rehabiliterande perspektiv ökar i omfattning i och med att klienten får kontakt med personligt ombud. Insatsen hemtjänst är traditionellt sett inte pedagogiskt inriktad, men vissa kommuner som inte har etablerat någon boendestödsverksamhet erbjuder den för att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska ha möjlighet att bo kvar hemma. Kostnaden för dessa insatser tenderar att öka från det att klienten kommer i kontakt med ett personligt ombud. Trenden är stigande och under de tre år som klienterna följts upp går det inte att se några tecken på att ökningen avtar eller att nivåerna återgår till normalläget.

Det är väntat att klienterna får fler kommunala insatser eftersom syftet med personligt ombud är att förbättra tillgången till rätt insatser för klienten, och det resultatet har också framkommit i tidigare studier. I den här studien kan vi konstatera att kommunens kostnader ökar efter det att personer i målgruppen har inlett kontakten med personligt ombud, och att insatserna boendestöd och hemtjänst står för de största kostnadsökningarna. Även tidigare

studier [12] har visat att kommunens kostnader ökar när fler får ett ombud. I studien konstaterades att PO-insatsen leder till att kostnaderna förskjutits från försörjande insatser mot mer rehabiliterande insatser. Den här studien visar motsvarande mönster då hemtjänst och boendestöd är de insatser som står för den största förändringen.

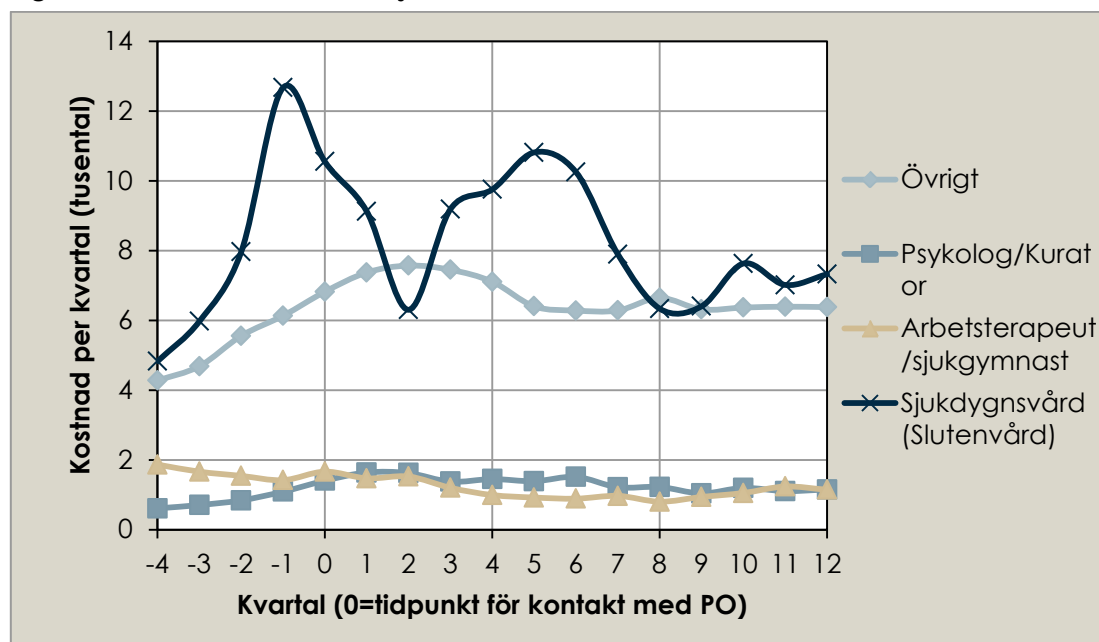
Kvalitativa studier i Sverige har visat att personligt ombud som yrkesroll har bidragit till en ökad transparens i myndighetsbesluten och ökad trygghet för klienten i olika myndighetskontakter. Givet att behovet finns av insatser inom kommunen är det naturligt att kostnaden för kommunen ökar då cirka 70 procent av klienterna inte hade någon insats hos kommunen vid den första kontakten med ett personligt ombud [13,14,15].

Ökade kostnader för sjukvård

I Socialstyrelsens klientenkät uppgav 34 procent av klienterna att de vid kontakten med personligt ombud ville ha stöd i kontakterna med hälso- och sjukvården. En klar majoritet, 87 procent, hade redan kontakt med öppenvården när de fick ett personligt ombud.

Figuren nedan visar kostnadsförändringen för hälso- och sjukvården i genomsnitt för urvalet från året innan kontakten med personligt ombud inleddes och tre år framåt. Beräkningen innefattar kostnader för såväl slutenvård, öppenvård som primärvård. Uppgifterna omfattar ett genomsnitt för 55 klienter.

Figur 4. Kostnader för besök i sjukvården



Kommentar: Figuren ovan baseras på data för 55 klienter som har varit aktuella för insatsen i minst 3 år och som inte på något annat sätt rensats bort från urvalet. Kategorin "Övrigt" innehåller läkarbesök, besök hos sjuksköterska och undersköterska, samt teambesök och utredningar.

Kategorin Övrigt innehåller vanligt förekommande insatser såsom läkarbesök och besök hos sjuksköterska. Denna typ av insatser ökar i omfattning för att

sedan stabiliseras på en nivå som är något högre än vid den första kontakten med personligt ombud. Insatserna börjar dock öka något innan personerna får kontakt med ett personligt ombud. Denna kategori av insatser utgör en stor del av sjukvårdsinsatserna sett till både antalet klienter som det berör och andelen av de totala kostnaderna.

Antalet besök hos arbetsterapeut och sjukgymnast minskar under hela perioden efter kontakten med personligt ombud. Antalet klienter som har denna typ av insats är dock relativt stabilt under perioden.

Antalet besök hos psykolog och kurator ökar under första året efter kontakt med personligt ombud för att sedan minska och därefter stabiliseras på en nivå som ligger högre än året innan kontakten med verksamheten inleddes.

Slutenvårdskostnaderna per klient är i genomsnitt ungefär lika höga året före kontakten med personligt ombud som kostnaden för alla övriga insatser tillsammans. Ändå hade endast 8 av 55 klienter kontakt med slutenvården under perioden. I figuren framgår att kostnaderna för slutenvården byggs upp före kontakten med personligt ombud och efter detta finns det en nedåtgående trend. Siffrorna är dock osäkra, dels eftersom de baseras på relativt få klienter, dels för att det är olika klienter som kommer i kontakt med slutenvården under olika perioder. Kostnaden för slutenvårdskontakten ökar redan före PO-kontakten. På det stora hela går det inte se att kostnaderna inom sjukvården varken ökar eller minskar efter kontakt med PO. Om insatserna delas upp i öppen och slutenvård framgår det att slutenvården minskar något i genomsnitt samtidigt som kostnaderna för öppenvården ökar i ungefär lika stor utsträckning. Studiens urval innehåller dock en något större andel personer med slutenvårdskontakter än vad som är fallet bland samtliga klienter, vilket innebär en mindre potential till att sänka kostnaderna genom att minska slutenvårdskontakterna. Att andelen personer med slutenvårdskontakter är så liten kan också vara en av anledningarna till att vi ser ett annat mönster här än vad tidigare studier visat.

Vad gäller kostnadsutvecklingen inom sjukvården finns det skillnader mellan grupper med olika typer av diagnoser. Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har i jämförelse med övriga grupper en lägre konsumtion av sjukvård och kostnaderna visar dessutom en fallande tendens. Samtidigt är konsumtionen av sjukvårdsinsatser betydligt högre bland personer med mer omfattande psykiska funktionsnedsättningar och som diagnostiserats med schizofreni och personlighetsstörning.

Resultatet i detta avsnitt skiljer sig något från tidigare studier av personligt ombud som visat på stora samhälleliga vinster i form av minskade vårdkostnader till följd av att klienter har kommit i kontakt med verksamheten. I denna studie gick det inte att jämföra utfallet med en kontrollgrupp, och därför är det viktigt att fråga sig vad vi tror hade hänt om dessa klienter inte hade kommit i kontakt med ett personligt ombud. Vi har försökt besvara denna fråga genom att jämföra med utfall före och efter deltagande i PO-verksamheten, men också genom att jämföra vårt resultat med resultatet från tidigare studier. Det gäller dels studier som genomförts på liknande sätt och dels kontrollerade studier, alltså sådana som har genomförts med hjälp av en kontrollgrupp som inte deltog i insatsen.

Socialstyrelsens rapport Det lönar sig [12] visade en samhällelig kostnadsminskning och samtidig kostnadsförskjutning från landsting till kommun, men det mönstret går inte att se i resultatet från denna studie. Ingenting i studiens urval tyder nämligen på att ökade resurser till klienterna från kommunens sida minskar de resurser som sjukvården lägger på klienterna, på varken aggregerad eller individuell nivå.

Det finns internationella forskningsöversikter kring mindre intensiva case management-modellers kostnadseffektivitet, varav personligt ombud är ett exempel, men de ger inte heller något entydigt svar på modellens effektivitet. Marshall och Lockwoods [16] metastudie visar att sjukvårdens kostnader snarare ökar genom att fler patienter blir kvar i behandling när case management används och att dubbelt så många patienter läggs in i psykiatrisk slutenvård. Ziguras och Stuart [17] kommer dock fram till ett mer positivt resultat och framhåller att mindre intensiva case management-modeller, bidrar till högre skattad livskvalitet hos brukaren samtidigt som de leder till färre dagar på sjukhus. Det råder dock osäkerhet kring vad i själva modellen som har effekt på patientens livssituation tillika om det finns något specifikt i relationen mellan personligt ombud och klient som får mer effekt än något annat.

Björkman [18] genomförde tidiga studier av klienter som haft kontakt med försöksverksamheterna för personligt ombud 1996. Även de resultaten visade ett ökat fokus på rehabiliterande insatser inom kommunen samt en koppling mellan detta och ett minskat behov av psykiatriska slutenvårdskontakter. Styrkan med denna studie är att det är en av få svenska kontrollerade studier. Studien genomfördes dock precis i samband med psykiatrireformen. Förutsättningarna för PO-verksamheten kan dock ha förändrats avsevärt sedan dess och inte minst när det gäller slutenvårdskontakter som är mer ovanliga bland verksamhetens klienter i dag.

Liten systematisk förändring av produktion och transfereringar

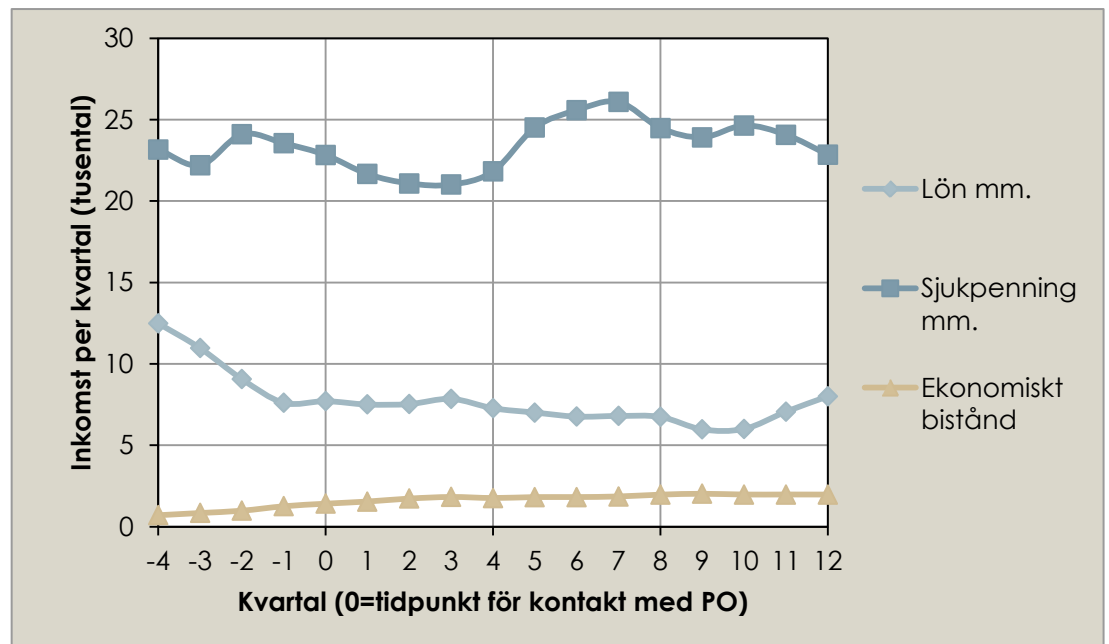
Tidigare avsnitt visar att kostnaderna för insatser från samhällets sida tenderar att öka för de individer som får kontakt med personligt ombud. Förutom insatserna som möter målgruppen är det också viktigt se till huruvida den enskildes arbetsförmåga förändras efter insatsen och om detta leder till att klienten kommer ut i arbete. Ur det samhällsekonomiska perspektivet finns ett värde på produktionen från en individs arbete och om denna produktion uteblir förlorar samhället ett potentiellt värde. Ökade transfereringar inom socialförsäkringssystemet ses inte som en samhällelig kostnad, utan som en omfördelning av medel mellan skattebetalare och personer som får ersättningsarna. Kostnaden för samhället uppstår i teorin när en person blir sjuk och inte kan arbeta eftersom samhället förlorar ett potentiellt värdeskapande.

I detta avsnitt är förändringen av produktionen hos klienten i fokus för analysen, då personens lön är en god indikator på en individs produktion. Endast cirka 10 procent av respondenterna i Socialstyrelsens klientenkät hade inkomst från lönearbete, inklusive lön från lönebidragsanställning, när de fick kontakt med ett personligt ombud. Samtidigt ville många ha det personliga ombudets stöd kring just försörjning och sysselsättning. När kontakten

med personligt ombud inleddes uppgav 57 procent av respondenterna att de ville ha stöd med ekonomi och försörjning medan 23 procent ville ha stöd med arbete, utbildning eller praktik.

Figur 5 visar hur den genomsnittliga inkomsten från lön, ersättningar från Försäkringskassan och ersättning från kommunens försörjningsstöd förändras under perioden.

Figur 5. Förändring av inkomst



Kommentar: Figuren ovan baseras på data för 37 klienter som hade varit aktuella för insatsen i minst 3 år fram t.o.m. 2012 och där aktgranskning av skatteverket genomförts. Detta bortsett från uppgifterna för försörjningsstöd som kommer från kommunens register.

Vad vi ser i figuren ovan är att genomsnittslönen för gruppen sjunker under hela året innan de fick kontakt med ett personligt ombud. Detta kan tolkas som att klienten gradvis får sämre hälsa, vilket leder till att denne söker kontakt med personligt ombud. Den försämrade hälsan gör samtidigt att personen inte har möjlighet att arbeta i lika stor utsträckning. Snittinkomsten från lön förändras inte i någon större utsträckning under tiden en person deltar i PO-verksamheten.

Vad gäller sjukpenning går det att konstatera att majoriteten av dem som ingår i aktgranskningen redan hade ersättning från Försäkringskassan när de fick ett personligt ombud, vilket också syns genom den höga snittinkomsten från detta inkomstslag. Figur 2 visar att 63 procent hade någon ersättning från Försäkringskassan när kontakten med personligt ombud inleddes. Den genomsnittliga inkomsten från dessa ersättningar ändras inte särskilt mycket under perioden och de förändringar som sker är något svårtolkade. Det går att se en svag uppgång av snittinkomsten under de två senare kvartalen av det andra året efter att personerna har fått ett personligt ombud. Detta beror dock förmodligen inte på att nya klienter har blivit beviljade ersättning utan snarare på en variation i de ersättningar som beviljats.

Enligt figuren ökar även snittkostnaden för ekonomiskt bistånd gradvis under hela perioden. Denna ökning börjar redan före kontakten med personligt ombud och det går att se en tydlig uppåtgående trend genom hela perioden. Detta går också stick i stäv med den trend som kunde förväntas utifrån tidigare studier. Samtidigt är det relativt få personer som uppbär ekonomiskt bistånd.

Sammanfattningsvis visar analysen att inkomstnivån påverkas i liten utsträckning av personligt ombud då klienterna behåller sin kontakt med arbetsmarknaden även när de har fått ta del av insatsen. Resultatet visar även att övriga ersättningsformer bibehålls på en någorlunda stabil nivå.

Omfördelningseffekter

Resultatet av denna studie ligger inte i linje med tidigare studier som visar större omfördelningseffekter av personligt ombud. I stället visar den att kostnaderna inte minskar för någon enskild aktör samtidigt som de sammanlagda kostnaderna ökar när klienten har fått ett personligt ombud och får tillgång till och beviljas fler insatser. Efter kontakt med verksamheten går det att se en liten ökning av insatser inom öppenvården och en liten minskning av insatser inom slutenvården. Detta skulle kunna vara en omfördelningseffekt på så sätt att mer resurser ägnas öppenvårdsinsatser framför färre men dyrare vård dygn.

Insatser inom kommunen ökar markant efter det att klienten kommit i kontakt med personligt ombud. Detta är naturligt, inte minst för att syftet med personligt ombud är att ge individen bättre tillgång till rätt insatser. Denna studie visar däremot inget tecken på att detta leder till en minskning av nyttjandet av andra insatser, vare sig inom sjukvården eller från staten.

Bedömningen är således att PO-verksamheten inte leder till någon märkbar omfördelning av resurser.

Bilaga 2. Kvalitetsdeklaration

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att göra en uppföljning av verksamheterna med personliga ombud. Som ett led i detta uppdrag har Socialstyrelsen gjort en datainsamling bland ansvariga för personliga ombud, personliga ombud och klienter. Syftet med datainsamlingen är att ge svar på frågor om etableringstakten, hur verksamheterna organiseras, vad som kännetecknar ombudens arbete och vilka klienter som får ett personligt ombud. Motsvarande undersökning har genomförts fyra gånger tidigare, den senaste år 2007.

Datainsamling

Datainsamlingen omfattade fyra olika enkäter som samtliga var webbenkäter. En var riktad till de ansvariga för PO-verksamheten och en enkät var riktad till de personliga ombuden. Dessa enkäter avsåg förhållandena år 2013.

Två av enkäterna var riktade till klienterna. Den ena, startenkäten, avsåg alla klienter som hade en pågående kontakt med ett personligt ombud under år 2013. Den andra kallas för avslutsenkäten, och gällde klienter som avslutade sin kontakt med personliga ombud under år 2013. Det var de personliga ombudens uppgift att dels registrera klienterna i webbenkäten dels se till att klientenkäterna besvarades. Dock var det endast klienter som samtyckte till att medverka i undersökningen som skulle besvara enkäterna. En klient kunde svara själv eller med bistånd av det personliga ombudet. Klienterna kunde också överlåta ansvaret till det personliga ombudet. Klientenkäterna skulle besvaras i samband med ett möte med det personliga ombudet och de inrapporterades kontinuerligt under året.

En klientenkät identifierades genom det personliga ombudets namn samt ett unikt löpnummer som det personliga ombudet bestämde. Genom denna identifiering matchades avslutsenkäterna mot startenkäterna.

Statistikens innehåll

Population

De populationer som undersökningen avser omfattar rikets samtliga ansvariga och rikets samtliga personliga ombud. När det gäller populationen med klienter omfattar den ena populationen samtliga klienter i riket som hade ett ombud under år 2013. Den andra populationen omfattar samtliga klienter i riket som har haft ett personligt ombud och som avslutade sin kontakt under året.

Statistiska mått och redovisningsgrupper

Resultatet av undersökningen redovisas som andelsuppgifter och på riksnivå. Vissa uppgifter redovisas även fördelat på kön och ålder utifrån uppgifter som har hämtats in via enkäterna.

Tillförlitlighet

Urval

Inga urval har gjorts, utan detta är totalundersökningar.

Ramtäckning

För att kvalitetsbedöma en undersökning är det viktigt att beakta hur väl rampopulationen stämmer överens med målpopulationen, det vill säga hur väl man nått de objekt som man avsåg att mäta. Ramtäckning är komplett vad gäller personligt ombudsverksamheten och de personliga ombuden men det förekommer förmodligen en undertäckning när det gäller klienterna. För att en klient ska ingå måste det personliga ombudet medverka i undersökningen. En annan förutsättning är att ombudet faktiskt registrerar klienterna.

Mätning

Vissa fel kan uppstå i samband med datainsamlingar. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bland annat mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

Enkäterna och missiven har konstruerats av ämneskunniga och en enkätfrågekonstruktör och samråd har skett med SKL enligt samrådsförordningen (1982:668). Utgångspunkten vid enkätkonstruktionen var de enkäter som användes i 2007 års undersökning. Jämfört med enkäterna 2007 har ett antal frågor tagits bort och några frågor har formulerats om men i stort sett är enkäterna jämförbara.

Det insamlade materialet har genomgått en omfattande granskning och ett flertal fel har hittats. Dessa fel har rättats så långt det har varit möjligt.

Vid insamlingen av klientenkäterna uppstod ett fel som rör själva metoden för inmatningen av enkäterna. Enkäten var öppen via en länk för inrapportering under hela året och därmed var det till exempel möjligt att fylla i enkäten för en klient flera gånger. Dubletter kunde rensas bort genom det personliga ombudets namn, ett unikt löpnummer samt kön och ålder. Vid dubblettrensningen behölls den senast inrapporterade enkäten. Totalt rensades 79 dubletter av startenkäten bort. Eftersom det bara är startenkäten som har uppgift om kön och ålder gick det inte att göra denna dubblettrensning för avslutsenkäterna.

Några personliga ombud har testat att fylla i enkäten och testet har hamnat i den slutliga datafilen. Andra fel är att olika klienter hos ett personligt ombud har samma klientnummer. För startenkäten har dessa kunnat identifieras genom kön och ålder men inte för avslutsenkäten.

Bortfall mm

Ansvariga för personliga ombud

Enkäten skickades till rikets samtliga 124 ansvariga för personliga ombud. Av dessa inkom svar från 101 vilket motsvarar ett bortfall på 19 procent.

PO-enkäten

Enkäten skickades ut till rikets samtliga 331 personliga ombud. Av dessa inkom svar ifrån 286 personliga ombud vilket motsvarar ett bortfall på 14 procent.

Startenkät för klienter

Efter rensning av dubletter mm återstod 6 092 enkäter. Av dessa samtyckte 4 827 klienter till att medverka i enkäten.

Startenkät

	Antal klienter	Procent
Samtyckt	4 827	79
Ej samtyckt	1 265	21
Antal klienter	6 092	100

Avslutsenkät

Efter rensning återstod 2 086 enkäter. Av dessa samtyckte 1 403 klienter till att medverka i enkäten. För dessa klienter fanns det 1 274 startenkäter där man samtyckt till att medverka.

Avslutsenkät

	Antal klienter	Procent
Samtyckt	1 403	67
Ej samtyckt	683	33
Antal klienter	2 086	100
Samtyckt och har startenkät	1 274	

Det finns inget som talar för att bortfallet av enkätsvar från de ansvariga för personliga ombud och från de personliga ombuden skulle avvika från de som besvarade enkäterna. Ett bortfallsproblem när det gäller klientenkäterna är det stora antalet som inte samtyckte till att medverka i enkäten. Vi har inga uppgifter som tyder på att dessa klienter avviker i något hänseende från den övriga gruppen, men samtidigt kan vi inte heller utgå från att de som deltar är representativa för alla klienter i personliga ombudsverksamheten.

Bilaga 3. Startenkät

Tabell 1. Har du innan denna kontakt haft tidigare perioder av kontakt med personligt ombud?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja, en gång	19	17	18
Ja, flera gånger	11	10	11
Nej	70	73	71

Tabell 2. Hur fick du kontakt med PO-verksamheten?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Sökte själv	37	30	34
Via personliga ombudens info.	4	4	4
Via brukarorganisation	1	1	1
Via förälder/anhörig/närstående	8	15	11
Via myndighet/institution	34	36	35
Annat	15	14	15

Tabell 3. Var det tydligt för dig vad du ville/behövde ha stöd med när du kom till PO-verksamheten?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja	81	79	80
Nej	19	21	20

Tabell 4. Vad var det som du då ville/behövde ha stöd med? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ekonomi	60	65	62
Bostad	24	29	26
Sysselsättning	25	29	26
Kartläggning	24	23	24
Struktur	12	14	13
Bryta isolering	14	17	15
Relationsfrågor	12	9	11
Existentiella frågor	6	6	6
Stöd i kont med myndighet	80	77	79
Stöd i kontakt med sjukvård	44	43	44
Annat	16	13	15

Tabell 5. Vilken är din högsta fullföljda utbildning?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Grundskola	31	35	33
Gymnasium	43	42	43
Universitet	13	9	11
Yrkesutbildning	6	7	6
Annat	3	3	3
Inte fullgjord utb.	4	4	4

Tabell 6. Har du barn under 18 år?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja	36	26	32
Nej	64	74	68

Tabell 7. Bor du ensam eller tillsammans med någon? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ensamboende	52	65	57
Med partner	19	15	17
Med barn under 18 år	24	10	18
Med föräldrar eller annan anhörig	7	11	9
Annat	6	6	6

Tabell 8. I vilken typ av bostad bor du?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Eget boende	82	75	79
2:a hands-kontrakt	4	4	4
Kontrakt enligt SoL	4	3	4
Särskilt boende SoL	1	2	2
Särskild service LSS	1	1	1
Ej egen stadigvarande	4	8	6
Annat	5	7	6

Tabell 9. Vilken typ av inkomst har du? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Lön	9	10	9
A-kassa	2	4	3
Studielån	2	1	2
Ekon. bistånd	22	26	24
Aktivitetsersättning	8	8	8
Sjukersättning	35	31	33
Sjukpenning	20	15	18
Ålderspension	4	3	3
Aktivitetsstöd	10	10	10
Annat	10	9	9

Tabell 10. Vilka av nedanstående insatser/stöd har du? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Hemtjänst (SoL)	6	4	5
Boendestöd (SoL)	24	20	23
Kontaktperson (LSS)	3	3	3
Kontaktperson (SoL)	7	6	6
Ledsagning (LSS)	1	1	1
Ledsagning (SoL)	1	1	1
Dagverksamhet (SoL)	7	8	8
Korttidsboende (SoL)	1	0	1
Råd o stöd (LSS)	2	2	2
Kognitiva hjälpmedel	6	4	5
Ingen insats	53	58	55
Annan insats	12	11	12

Tabell 11. Vilka av nedanstående behandlingskontakter har du? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Psykiatrisk öppenvårdskontakt	74	67	72
Psykiatrisk slutenvårdskontakt	4	4	4
Psykiatrisk tvångsvård (LPT)	1	1	1
Rättspsykiatrisk vård (LRV)	0	1	0
Missbruksvård (HSL/SoL/LVM)	4	7	5
Primärvård (HSL)	52	44	49
Hem för vård och boende (HVB)	0	1	0
Ingen kontakt	7	11	9
Annan behandling	11	8	9

Tabell 12. Har du god man?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja	5	5	5
Nej	95	95	95

Tabell 13. Har du förvaltare?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja	1	1	1
Nej	99	99	99

Avslutsenkät

Tabell 14. Vad har du tillsammans med ditt personliga ombud arbetat med under den här tiden? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ekonomi	67	71	69
Bostad	34	36	35
Sysselsättning	36	40	37
Kartläggning av behov	41	38	40
Struktur o ordning	14	14	14
Bryta isolering	19	22	20
Relationsfrågor	21	17	19
Existentiella frågor	11	10	11
Kontakt med myndighet	81	79	80
Kontakt med hälso- o sjukvård	50	50	50
Annat	19	16	18

Tabell 15. Vilka myndigheter, organisationer eller andra verksamheter/personer har du mött tillsammans med ditt personliga ombud? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Anhöriga/närstående	25	27	26
Psykiatrisk öppenvård	50	51	51
Psykiatrisk slutenvård	8	6	7
Primärvård	31	25	28
Tandvård	8	7	8
Hjälpmiddelsverksamhet	3	5	4
Habiliteringsverksamhet	5	6	5
Försäkringskassa	51	48	50
Arbetsförmedling	31	32	32
Socialtjänst	61	60	60
God man	9	12	10
Förvaltare	2	1	2
Kronofogde	14	12	13
Hysesvård	19	14	17
Brukarorganisation	3	4	3
Diakoniverksamhet	7	5	6
Frivilligorganisation	3	2	3
Annat	34	27	31

Tabell 16. Ekonomi - inom vilka områden har kontakten med det personliga ombudet gett resultat för dig? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Inget	20	18	19
Skuldsanering	9	7	8
Försörjning	54	51	53
Grönt kort i tandvården	5	5	5
Sökt bidrag från fonder	24	16	20
Utbetalningar från försäkringsbolag	10	8	9
Annat	29	29	29

Tabell 17. Bostad - inom vilka områden har kontakten med det personliga ombudet gett resultat för dig? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Inget	58	55	57
Ordnat bostad	9	10	10
Bytt bostad	13	10	12
Avvärijt vräkning	8	9	9
Sanerat bostad	2	2	2
Ordnat särskilt boende enligt SoL eller LSS	2	4	3
Annat	18	18	18

Tabell 18. Sysselsättning - inom vilka områden har kontakten med det personliga ombudet gett resultat för dig? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Inget	56	52	54
Arbete	7	11	9
Utbildning	17	18	17
Sysselsättning med bi- ståndsbeslut	7	8	7
Sysselsättning utan bi- ståndsbeslut	6	5	5
Annat	13	13	13

Tabell 19. Stöd i relationer - inom vilka områden har kontakten med det personliga ombudet gett resultat för dig? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Inget	49	46	48
Med anhöriga	25	26	25
Med arbetsgivare/ arbets- kamrater eller skola	10	11	11
Brutit isolering	20	22	21
Annat	15	13	14

Tabell 20. Övrigt stöd - inom vilka områden har kontakten med det personliga ombudet gett resultat för dig? Kombinationer är möjliga.

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Inget	68	67	67
God man	10	14	11
Förvaltare	2	1	2
Annat	23	20	22

Tabell 21. Har du behov av ytterligare stöd/insatser trots att kontakten med ditt personliga ombud nu avslutas?

	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Ja	37	32	35
Nej	63	68	65

**Tabell 22. Inom vilket/vilka områden har du nu behov av stöd/insatser?
Kombinationer är möjliga.**

Inom vilket område har du behov av stöd?	Kvinnor (procent)	Män (procent)	Totalt (procent)
Psykiatrisk vård	58	58	58
Primärvård	32	32	32
Missbruksvård	4	9	6
PO	22	21	22
Arbetsförmedling	26	27	26
Försäkringskassan	37	32	35
Socialtjänst	48	45	47
Annat	36	29	33