

Egen kraft – egen makt

En antologi om arbetet som personligt ombud

ISBN 978-91-86301-63-7

Artikelnr 2009-12-16

Sättning Edita Västra Aros

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, december 2009

Förord

För att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning antogs år 1995 den s.k. psykiatrireformen. Ökad delaktighet i samhället, bättre vård och socialt stöd var grundläggande syften med reformen och ett viktigt inslag var införandet av *personliga ombud*. Socialstyrelsen har, tillsammans med länsstyrelserna, haft regeringens uppdrag att både utveckla och att följa upp verksamheten med personliga ombud. Omfattande satsningar har därför gjorts på både information och utbildning, inte bara inledningsvis utan även som ett permanent inslag. Det har inneburit både regelbundna introduktions- och vidareutbildningar för de personliga ombuden och utbildningar för verksamheternas ledningsgrupper.

Denna rapport har lagts upp utifrån de teman och de erfarenheter som kommit fram vid dessa utbildningar. Rapporten avser att täcka behovet av en mer allmän introduktion till ombudsverksamheten. Den kan användas vid de utbildningssatsningar som Socialstyrelsen genomför, men också av andra som utbildar personliga ombud. Den vänder sig både till de personliga ombud som börjar i verksamheten, och de som har arbetat ett tag. Varje författare ansvarar för innehållet i sitt eget kapitel. Ansvarig för rapporten är *Christina Bohman Karlsson* utredare vid Enheten för funktionshindersfrågor.

Peter Brusén
Enhetschef

Innehåll

Förord.....	3
Medverkande författare.....	7
Bokens disposition.....	9
Inledning.....	11
En svensk modell.....	13
Personliga ombuds målgrupp	14
Ombudens organisation	15
Att arbeta som personligt ombud	17
Personligt ombudsarbete lönar sig	23
Empowerment.....	24
Vad ombuden måste kunna	25
Arbetsdagar och klienter i po-arbetet.....	29
Personliga ombud och etik.....	45
Personliga ombud – en oreglerad verksamhet.....	45
Etik i socialt arbete.....	46
Bemötande	50
Humanitet, solidaritet och mänskliga rättigheter	51
Etiska dilemman.....	53
Juridik i ombudens praktiska arbete.....	59
Personer med psykisk funktionsnedsättning och samhället	
– juridik i praktiken	59
Lagar – så funkar de	60
Myndigheter – statsmakternas förlängda arm.....	62
Sjukvård.....	71
Rehabilitering.....	77
Att bo	80
Att arbeta	90
Personliga ombud, ledningsgrupper och samverkan.....	97
Hur ser klientens värld ut i mötet med de offentliga systemen.....	97
Vilka strukturella mekanismer ligger bakom.....	99
Effekter av reformen med personligt ombud	103
PO-arbetet som en metod för strukturell empowerment	107
Socialt nätverksarbete	121
Inledning.....	121
Nätverksmetoder	126
Processorienterade nätverksmöten	150

Vid klientens sida – om brukarinflytande och empowerment i ombudens arbete	159
Empowerment – makt som förändrar	159
Brukarinflytande – ett nytt uppdrag och kunskapsfält.....	166
Personliga ombudens roll i förhållande till empowerment och brukarinflytande	186
Återhämtning och empowerment	191
Att bidra till återhämtning	191
Referenser	209

Medverkande författare

Pée Bergsten, mentalskötare och beteendevetare, har lång erfarenhet av arbete inom kommun och landsting, både inom sluten psykiatrisk vård och också inom socialpsykiatri. Pée började arbeta som personligt ombud 1999 i stiftelsen Parasoll och arbetar nu inom Stockholms Stadsmission.

Tommy Engman är frilansande journalist. Tommy skriver främst om frågor inom psykiatrin. Har varit verksam inom ett flertal projekt inom RSMH.

David Ershammar är socionom och har arbetat med frågor om empowerment och inflytande i bland annat RSMH och Nationell psykiatrisamordning. Han arbetar nu som strateg med inriktning på inflytandefrågor vid förvaltningsledningen, Psykiatri Skåne.

Kerstin Evelius är psykolog och har arbetat som intressepolitiskt ansvarig på Schizofreniförbundet och varit sekreterare i Nationell Psykiatrisamordning. Hon är nu utvecklingschef på Aleris.

Gunnar Forsberg är socionom, leg. psykoterapeut, utbildad psykoterapihandledare och lärare. Han har mångårig arbetserfarenhet från missbruksbehandling, socialtjänst, PBU och familjerådgivning.

Tillsamman med kollegorna i Nordiska Nätverksprojektet HB har Gunnar byggt en krismottagning för barns nätverk i Botkyrka. Gunnar är flitigt anlitad som handledare och utbildare inom socialtjänsten, barn- och vuxenpsykiatri samt i nätverksutbildningar för personliga ombud.

Astrid Hultkrantz-Jeppsson är socionom, leg. psykoterapeut (individuell/familj) ledare i skapande verksamhet, dynamisk pedagogik, kordainstruktör och cirkel-rituell dans. Astrid har också handledarutbildning. Hon har arbetat inom vårdskolor, PBU, socialtjänst, vuxenpsykiatri, biståndsarbete i Afrika, byggt upp en kvinnorådgivning och arbetar med att utvecklar idén om ett Nordiskt-Orientaliskt bad som en del i integreringspolitiken. Astrid har också varit utbildare i nätverksarbete för personliga ombud.

För *Pia Johansson* har det som kallas för empowerment – om det förstås som ”mer makt till dem med liten makt” – varit en angelägen fråga under många år. Hon har en magisterexamen i socialt arbete, och har bland annat arbetat som skötare i psykiatrisk vård och som vårdlärare. Hennes ideella engagemang får sitt utlopp i Riksföreningen Autism. Pia är för närvarande verksam som webbredaktör för Socialpsykiatriskt Forum.

Ingvar Nilsson är nationalekonom och organisationskonsult med fokus på brukarmedverkan, samverkan och socioekonomisk analys. Ingvar har under flera år arbetat med utbildning och utvärdering av personliga ombud.

Carina Poulsen arbetar som personligt ombud i Gävleborgs län. Hon är född och uppvuxen på en bondgård i Ockelbo i Gästrikland.

Hon läste till skötare på Vårdlinjen 79-80 och har sedan dess mestadels arbetat inom vård och omsorg som skötare, undersköterska, habiliterare, arbetsanpassare och fritidskonsulent inom LSS.

Elisabet Svedberg är socionom och har en magisterexamen i socialt arbete med inriktning mot etik. Hon arbetar som utredare på Socialstyrelsen och är projektledare för rådet för etiska frågor dit praktiker kan vända sig med etiska dilemman som de stött på i arbetet. Rådet som består av sju forskare och praktiker, diskuterar de frågor som inkommit och som berör alla socialtjänstens områden. Frågeställningarna, några juridiska aspekter och diskussionerna återfinns på www.socialstyrelsen.se/etiskafragor

Alain Topor är docent och leg. psykolog. Han är chef för Forsknings- och Utvecklingsenheten, Psykiatri Södra Stockholm och arbetar också på Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms Universitet. Alains doktorsavhandling handlar om återhämtning från svåra psykiska störningar.

Bokens disposition

Denna antologi bygger på teman/ämnen som belysts och diskuterats i de utbildningarna för personliga ombud som genomförts parallellt med uppbyggnaden av verksamheterna. De flesta av författarna har medverkat som föreläsare vid utbildningarna.

I några av bokens åtta kapitel får läsaren praktiska, konkreta redskap och metoder för det dagliga arbetet som personligt ombud. Andra mer teoretiska kapitel ger läsaren möjlighet att reflektera över frågeställningar som rör bl.a. etik, empowerment/brukarmakt, förhållningssätt och återhämtning från psykisk ohälsa.

I det inledande kapitlet ger *Tommy Engman* och *Christina Bohman Karlsson* en bakgrund till hur verksamheter med personliga ombud vuxit fram. Här finns en beskrivning av internationella förebilder, vilken målgrupp ombuden arbetar med, förhållningssätt i ombudsarbetet, ledningsgruppernas betydelse för ombudsarbetet, ekonomiska konsekvenser samt vilken kompetens ombuden bör ha. Kapitlet är en sammanfattning av de uppföljnings- och utvärderingsrapporter som Socialstyrelsen gjort tillsammans med landets länsstyrelser.

Det andra kapitlet är författat av *Pée Bergsten* och *Carina Poulsen* som båda arbetar som personliga ombud. Det är ett axplock av möten med klienter som de har träffat i sitt arbete. De beskriver svårigheter i ombudsarbetet men pekar också på lösningar och lyckade möten. Kapitlet ger en levande bild av hur ombudens vardag kan se ut.

Personliga ombud ställs i sitt vardagliga arbete inte sällan inför etiska dilemman. I det tredje kapitlet beskriver *Elisabet Svedberg* etiken i socialt arbete och låter oss ta del av exempel på etiska dilemman. Vi får också en sammanfattning av diskussionerna i Rådet för etiska frågor. Texten ger verktyg till ombuden att diskutera olika etiska frågeställningar som de kan ställas inför i sitt arbete med klienter och i sitt möte med olika myndigheter.

Kerstin Evelius beskriver i kapitel fyra juridiken i syfte att förstå myndigheterna och de lagar som styr deras verksamhet men också andra faktorer som har betydelse för myndigheternas arbete. Hennes text utgår inte ifrån själva lagarna utan utgångspunkten är istället olika livsområden och skeenden i livet där personer med psykiska funktionsnedsättningar kommer i kontakt med lagar och regleringar. Kerstin fokuserar på samhällets

stöd och service. Dispositionen av texten gör att den lätt kan användas som en ”uppslagsbok”.

Viktiga förutsättningar för att de personliga ombuden skall vara framgångsrika i sitt arbete är att det finns en väl sammansatt ledningsgrupp och att samverkan mellan myndigheterna fungerar. *Ingvar Nilsson* skriver i sitt kapitel bland annat om vilka ekonomiska effekter som kan uppstå med personligt ombudsverksamheter när samverkan mellan olika myndigheter fungerar väl. Han ger också exempel på metoder för att arbeta med att förbättra kvaliteten i de olika organisationerna.

Gunnar Forsberg och *Astrid Hultkrantz-Jeppsson* ger i det sjätte kapitlet en historisk, teoretisk bakgrund till nätverksarbete. En stor del av texten beskriver metoder för att arbeta med sociala nätverk, metoder som har visat sig vara mycket framgångsrika i ombudsarbetet. Här får läsaren en manual för hur olika nätverksmöten kan genomföras, hur nätverkskartor ritas, hur nätverk mobiliseras i samverkan med klienterna m.m.

David Ershammars och *Pia Johanssons* kapitel är av mer teoretisk karaktär, där författarna diskuterar begreppen empowerment, inflytande och brukarmakt, om det är möjligt och varför det är viktigt. Författarna redogör också för inflytande i lagtexter och rapporter och sätter in personliga ombuds roll i att stödja människor med psykiska funktionsnedsättningar att återerövra makt över sina liv.

Det sista kapitlet är skrivet av *Alain Topor* och det handlar om återhämtning från allvarliga psykiska problem och de mekanismer som kan bidra till återhämtningen. Författaren diskuterar begreppet evidens och redovisar resultat från vetenskapliga studier, redogör för sambandet mellan behandling och återhämtning. Kapitlet är mer teoretiskt och texten kan vara en inspirationskälla för läsaren.

Inledning

Socialstyrelsen fick år 2000 regeringens uppdrag att, i samverkan med landets länsstyrelser, fördela medel och samordna en nationell uppbyggnad och utveckling av verksamheter med personliga ombud för personer med psykiska funktionsnedsättning. Verksamheterna skulle följas och utvärderas och ett utbildningsprogram för personliga ombud skulle utvecklas.

Det började 1995 då tio kommuner i landet fick möjlighet att under 3 år bedriva försöksverksamheter med personliga ombud. Personliga ombud var ett av förslagen i psykiatrireformen (Psykiskt stördas villkor, Proposition 1993/94:218) som skulle leda till förbättring av livsvillkoren för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Försöksverksamheterna utvärderades¹ och i maj 2000 beslutade regeringen att verksamheter med personligt ombud skulle permanentas och göras landsomfattande.

Personligt ombud är en relativt ny funktion i kommunerna. Socialtjänsten har bl.a. som en följd av psykiatrireformen fått en mängd nya uppgifter och många typer av verksamheter har utvecklats. Det handlar i många fall om att möta människor på deras hemmaplan, människor som tidigare skulle ha varit inom den psykiatriska vården. En normalisering som innebär en förskjutning av makten från de professionella till klienterna. Ett sätt att underlätta denna förändringsprocess var att inrätta verksamheter med personliga ombud.

De personliga ombuden är i stor utsträckning rekryterade från kommun och landsting. De har god kunskap om psykiska funktionshinder och har också kunskaper om hur olika myndigheter arbetar men det är också en helt ny roll för dem som är verksamma som personliga ombud. I syfte att förmedla ombudens kunskap och erfarenheter från försöksverksamheterna påbörjades 2001 arbetet med ett utbildningsprogram.

Denna antologi är en sammanfattning av de erfarenheter som vunnits under uppbyggnadsarbetet av verksamheter med personliga ombud och av de ämnesområden som utbildningsprogrammet har omfattat. Förhoppningen är att antologin ska användas av personliga ombud, både nyanställda och andra, av personal inom socialtjänsten och psykiatri och andra lokala aktörer för att få del av de bärande grunderna i ombudsarbetet.

¹ Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer. Socialstyrelsen 1999

Utvärderingar och uppföljningar som har gjorts av verksamheterna under de senaste tio åren visar bl.a.:

- Positiva förändringar i klienternas hälsa och sociala situation, minskat behov av sluten och öppen psykiatrisk vård, mindre uttalade psykiatriska symptom, större socialt nätverk och ökad livskvalitet.²
- Kontakten med ombuden har varit värdefull för klienterna, både genom relationen i sig, genom ombudens bemötande och genom den hjälp och det stöd som ombuden bistått med, framför allt kontakten med myndigheter och organisationer.
- Människor med långvariga psykiska problem har en utsatt situation i samhället och i ljust av detta framträder po-reformen som ytterst motiverad. Ombuden fyller ett vakuum i det samhälleliga stödsystemet, en "fristående" instans dit personer med psykiska funktionsnedsättningar kan vända sig.³
- Ombuden skiljer sig från andra yrkesgrupper genom att de kombinerar tre funktioner: de arbetar på klientens uppdrag, de är gränsöverskridande och de är förhandlare. Förhandlarrollen är viktigast och arbetet inriktas på att klienten ska få upprättelse när det gäller mänskliga rättigheter: grundläggande försörjning, bostad och rättssäkerhet.⁴
- Ombuden arbetar i huvudsak på samma sätt i landets olika verksamheter⁵. De olikheter som förekommer beror till stor del på hur väl utbyggd den lokala vård- och omsorgsverksamhet är för målgruppen. Skillnader i arbetet finns dock mellan de ombud som arbetar i storstadsregioner mot de ombud som arbetar i glesbygder⁶. Storstaden är mer komplex, föränderlig, anonym och oöverblickbar till sin natur. Ombudsarbetet i glesbygd organiseras utifrån lokala förutsättningar och utmärkande för verksamheterna är ensamarbetet. Det är inte ovanligt att ombuden utför insatser som faller under andra huvudmäns ansvar. Ofta beroende på att utbudet av insatser för ombudens klienter är bristfälliga.

² Personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter. Socialstyrelsen 2004.

³ Personligt ombud – trumf i bakfickan. En studie av personligt ombud ur ett klientperspektiv. Socialstyrelsen 2005.

⁴ Personligt ombud – på klientens uppdrag. Förhandlare och gränsöverskridare. Socialstyrelsen 2005.

⁵ Mångfaldens mekanismer. Att arbeta som ombud i storstad. Socialstyrelsen 2004.

⁶ Personligt ombud – välfärdsentreprenörer utan gränser. En undersökning av verksamheter för personligt ombud i glesbygd. Socialstyrelsen 2005.

- Många olika huvudmän är inblandade när det gäller stöd, vård och service till personer med psykiska funktionsnedsättningar. De personliga ombudens arbete bidrar till adekvata insatser för klienterna och detta leder till omfördelning av kostnader mellan huvudmännen och minskade totala samhällskostnader.⁷

En svensk modell

Den internationella förebilden till personligt ombud kommer från USA och Storbritannien och kallas case manager. I USA har yrkesgruppen funnits ända sedan 1950-talet och i Storbritannien i ett par decennier. Det övergripande syftet med en case manager är att skraddarsy hjälpen och stödet efter klientens behov för att denne lättare ska kunna hantera sin funktionsnedsättning. Hur detta sedan utförs skiljer sig åt beroende på vilken roll case managern har. Vissa likheter finns mellan modellerna men också tydliga skillnader.

I den så kallade *mäklarmodellen* har managern en assisterande funktion gentemot klienten. Tillsammans planerar de serviceinsatserna utifrån klientens val.

Entreprenörmodellen, som infördes i Storbritannien i samband med kommunreformen i början av 1990-talet, har ett något annorlunda uppbygg. Här har case managern förutom ett budgetansvar även ansvaret för att utreda klientens behov, planera vården, samt samordna och följa upp kontakter med vårdgivare. I den modellen behöver case managern i princip inte träffa sina klienter, varför antalet klienter per manager också kan vara stort, upp till 50 personer.

I den *kliniska modellen* ingår case managern i ett professionellt team och har som sin övergripande uppgift att koordinera insatserna. Det kan till exempel handla om att samordna sociala insatser, sysselsättning, bostad etcetera, men även behandling.

En annan modell är *ACT-modellen* (*Assertive Community Treatment*). I den ges vård och stöd utifrån ett samhällsbaserat behandlings- och resursprogram. Ett tvärdisciplinärt team är ansvarigt för klienten och varje case manager hjälper ett tiotal personer samtidigt.

Ytterligare en inriktning står *resursmodellen* för. I den utgår arbetet från klientens egna val och resurser i stället för sjukdomssymtom och problem. Det som betonas i den modellen är en bra och fungerande relation

⁷ Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen 2006.

mellan klienten och case managern. Modellen är stödjande och managern arbetar som klientens ombud.

Gemensamt för alla dessa modeller är den samordnande funktionen, vilket också den *svenska modellen*, personligt ombud, har. Unikt för personliga ombuds arbete är att de arbetar på uppdrag av sina klienter d.v.s. det är klienten som är uppdragsgivaren. Andra viktiga funktioner det personliga ombudet har är att stötta sina klienter så att de själva kan ta tag i sin situation, så kallad *egenmaktförstärkning* samt att ställa krav på myndigheter som har ansvar för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning så att de får den hjälp och service som de har rätt till. Ombudet är alltså *kravställare*.

En annan skillnad från några modeller av case manager är att personligt ombud inte har något medicinskt ansvar eller behandlingsansvar och de fattar inte heller några myndighetsbeslut.

Personliga ombuds målgrupp

Psykiatriutredningen visade att personer med psykiska funktionsnedsättningar inte fick del av samhällets insatser i den utsträckning som de behövde och hade rätt till. De hade sämre levnadsförhållanden än andra funktionshindrade och det fanns brister i bemötande och samordning av insatserna. Våra välfärdssystem är högt specialiserade och komplexa. För personer som behöver kontakt med många olika myndigheter kan det vara svårt att få hjälp och stöd i rätt omfattning och i rätt ordning. Ansvaret för att ge stöd till klienterna ligger på flera myndigheter. För att det inte ska bli problem för klienten behöver stödet samordnas⁸.

Personligt ombud vänder sig till personer över 18 år och som på grund av sin psykiska funktionsnedsättning har ett *omfattande och långvarig socialt handikapp* som medför stora hinder i vardagslivet. Det är så målgruppen definieras. Därtill ska behoven av vård, stöd och service vara komplexa och som gör att man har kontakt med socialtjänsten, primärvården och/eller den specialiserade psykiatrin eller andra myndigheter. Bland de personer som också kan komma ifråga är de som förutom en psykisk funktionsnedsättning dessutom har ett missbruksproblem och/eller är hemlösa.

I huvudsak är det sex delmålgrupper som har behov av insatser och hjälp av personliga ombud:

⁸ Personligt ombud 2000-2004. Socialstyrelsen 2005

1. De personer som ännu inte har kontakt med de offentliga aktörerna eller som av olika skäl dragit sig undan från myndighetskontakter. Ofta lever de i stor misär och isolerade i sin bostad och de far ofta väldigt illa.
2. De som redan får insatser men insatserna motsvarar inte klientens behov. De har för få insatser.
3. De som får olika former av insatser (ofta ganska stora insatser) men insatserna motsvarar inte de behov klienten har.
4. De som får många insatser men där insatserna är inte samordnade. Denna grupp är stora konsumenter av de offentliga systemens insatser.
5. Klienter som har olika insatser men anser att de antingen är för omfattande eller att det inte längre finns behov av dem.
6. De klienter som de offentliga systemen inte anser sig kunna ta hand om, människor som gjort sig omöjliga, upplevs som farliga eller har "straffat ut" sig. Några av dem blir krävande rundgångsklienter andra drar sig undan och försvinner.

Att få kontakt med ett personligt ombud kan ske på olika vägar. Vanligt är att man själv hör av sig, att någon anhörig hjälper till med första kontakten, att socialtjänsten eller psykiatrien gör det, eller så sker det via en brukarorganisation. Det finns alltså *inget formellt remissförfarande*. På det sättet är det rätt okomplicerat att få ett personligt ombud.

En bedömning görs dock från fall till fall och möjligheten att få ett personligt ombud kan begränsas av att det finns en kö. På vissa håll i landet väljer man att prioritera unga med en psykisk funktionsnedsättning, på andra håll prioriteras psykiskt funktionsnedsatta med barn. Hur en eventuell prioritering görs är en fråga för personliga ombudens ledningsgrupp att ta ställning till.

Årligen får mellan 6 och 7 000 klienter hjälp av drygt 300 ombud, fördelade på över 100 verksamheter. Ombuden har i *genomsnitt cirka 15 klienter per år*, ibland upp till 25.

Ombudens organisation

Eftersom personligt ombud har som uppgift att ställa krav på samhället så att den enskilde får del av de rättigheter och resurser som finns, knyter man an till en lång tradition inom svensk handikappolitik som bygger på medborgarperspektivet. Som medborgare har man vissa rättigheter. Personer med en funktionsnedsättning ska med stöd och hjälp *erbjudas lik-*

värdiga livsvillkor som andra så att integrering i samhället kan ske. I det perspektivet ligger också att vi alla ska kunna ha makt och inflytande över vardagen. Vid psykisk ohälsa är *mak*t och *kontroll* över *sitt liv* en viktig förutsättning för återhämtning.

Ledningsgruppens betydelse

Själva organisationen runt de personliga ombuden kan se olika ut. Grundläggande för ombudsverksamheten bör vara att vård-, stöd- och service-systemen finns så nära ombudsverksamheten som möjligt.

Oftast är det en *enskild kommun som är arbetsgivare* och tillika ansvarig för driften. På en del håll har flera kommuner gått samman och på några ställen har man hela länet som arbetsområde. På vissa håll drivs verksamheten av stiftelse, ideell förening, vårdförbund eller annat samordningsförbund.

Statliga pengar täcker en del av ombudens löner. Resterande del av lönen och övriga kostnader som lokaler, tjänstebilar etcetera står kommunerna själva för. I drygt var tionde verksamhet är landstingen medfinansierare.

I en ledningsgrupp för personliga ombud bör det finnas representanter från, förutom kommun och landsting, även arbetsförmedling, försäkringskassa och brukar – och frivilligorganisationer. Bäst är om myndighetsrepresentanterna i ledningsgruppen har mandat att *fatta övergripande beslut*.

Det är viktigt att ledningsgruppens strategiska roll och uppgift förankras hos alla inblandade, liksom att kostnaderna fördelas mellan myndigheterna. Ledningsgruppen kan få stor betydelse eftersom det ingår i det personliga ombudets arbete att samla kunskaper om omkringliggande aktörer för att utveckla det lokala arbetet i de offentliga organisationerna och uppmärksamma generella brister i vård- och omsorgssystemen.⁹

Fristående roll

Personligt ombud ska organisatoriskt ha en *"fristående ställning"*. Den fristående ställningen gör att personligt ombud lättare kan agera som en slags *gränsöverskridare*. Ombudet har alltså en roll som delvis kan påminna om såväl boendestödjaren inom kommunen som kontaktmannen inom psykiatrin, samtidigt som arbetsuppgifterna i allt väsentligt skiljer sig åt från dessa yrkesgruppers. Ett sådant arbetssätt gör det också lättare

⁹ Mål och metoder. Att arbeta som personligt ombud. Socialstyrelsen 2003.

att ta till sig olika metoder, såväl från ett medicinskt orienterat synsätt som från ett mer empowermentinriktat.

Den fristående rollen ökar möjligheten att i vissa fall hitta mera *okonventionella lösningar*, liksom det gör det lättare att upprätthålla en förtroendefull relation till klienten. Många klienter tycker att de får ett mer medmänskligt bemötande av personligt ombud än vad de fått i sina tidigare kontakter med myndighetspersoner.

Det gör det också möjligt för det personliga ombudet att stå på klientens sida om dennes intressen går emot vad andra professionella tycker.

Att arbeta som personligt ombud

Arbetet som personligt ombud innebär att utifrån klientens behov försöka hitta en gemensam lösning mellan vårdgivare, försäkringskassa och andra aktörer som klienten behöver ha kontakt med. Förutom att få till stånd en samordning mellan dem kan de personliga ombuden bidra till att de olika aktörernas intressen, synsätt och värderingar jämkas samman. Eftersom många klienter har en komplex problembild är det viktigt att det finns *gemensamma värderingar* i synen på psykisk sjukdom, människosyn, hur rehabilitering bör utformas och vad som bäst främjar återhämtning.¹⁰

Även om värderingarna är de samma hos de olika aktörerna kan sättet att arbeta skilja sig åt, och detta kan hänga samman med vilket förhållande ombuden har till de offentliga system som finns runt klienten. Skillnader i arbetssätt kan också bero på om verksamheten är förlagd i glesbygd eller i storstad. I storstaden finns oftast bättre tillgång till kompetens och kunskapscentra och avstånden är kortare. Å andra sidan kan arbetet vara mer komplext, föränderligt och anonymare än i glesbygden.

För att överbrygga svårigheterna med att arbeta i glesbygd sker *samarbete över kommungränserna*. Det sker i över hälften av alla verksamheter och på det sättet kan kommunerna fördela kostnaderna. Ombuden ingår då i en större arbetsgrupp, vilket gör det möjligt att ta tillvara och utveckla olika specialkompetenser hos ombuden och det underlättar att ordna utbildning och handledning om man är fler. Jobbet som personligt ombud kan vara påfrestande och erfarenhetsutbyte med arbetskamrater kan vara avlastande. En annan fördel är att en större verksamhet går lättare att göra känd. När det finns flera ombud är också möjligheten större att klienten kan *välja mellan ett kvinnligt och ett manligt ombud*, vilket många klienter tycker är viktigt.

¹⁰ Christian och Helge. Bilder från arbetet som personligt ombud i Kristianstad. Socialstyrelsen 2002.

På uppdrag av klienten

I Psykiatriutredningen formulerades den viktiga principen att vård, stöd och service ska utgå ifrån klientens behov. Det personliga ombudets uppgift är alltså att hjälpa klienten formulera dessa behov.¹¹ Förutsättningen för det är att det finns förtroende mellan ombudet och klienten. En *förtroendeskapande inledningsfas* är därför betydelsefull när man träffar en ny klient. Det personliga ombudet lyssnar till klientens egen beskrivning av sin situation, önskemål och behov.

Vissa klienter kan emellertid ha en avvaktande inställning till verksamheten med personligt ombud. Det kan i vissa fall beror på en osäkerhet om det verkligen går att få hjälp genom ombudet. Utmaningen för ombudet är att hitta *en roll mellan den professionella behandlaren och kompisen*.

Vilka värderingar ska då genomsyra själva arbetet med klienten? Respekt, lyhördhet, helhetssyn, klienten vid rodret, ömsesidighet, jämbördighet, en horisontell relation, fokusering på möjligheter och det friska, ett rehabiliterande perspektiv, stödja och uppmuntra är formuleringar som används bland verksamma ombud. För att det ska bli ord med innehåll är det bra att beskriva dem utifrån konkreta fall och situationer. Det är då värderingarna blir som tydligast.

Utifrån det vardagsnära arbetet och grundläggande etiska principer bör ombuden skapa en *gemensam ideologisk ram, en gemensam värdegrund och ett gemensamt förhållningssätt* för arbetet. Synsätt och värderingar i ombudsarbetet är inte en privatsak utan en del av den professionella rollen.

Utgångspunkten för ombudets och klientens arbete kan formuleras så här:

- Klientens upplevda behov och önskningar står i fokus
- Klientens möjligheter
- Klienten väljer det personliga ombudet
- Klienten är uppdragsgivare och styr processen.

Kartlägga behov

Nästa steg i arbetet är att ta itu med det klienten sagt sig behöva hjälp med. Efter många års brist på stöd och omhändertagande av vårdapparaten kan det vara svårt att uttrycka en egen vilja, eftersom man som patient i sjukvården upplevt att ingen lyssnar. Så här berättar en kvinna:

¹¹ Personligt ombud. Teser och tips. Socialstyrelsen 2002.

”Mitt största problem som jag upplever, är att ingen lyssnar på mig. Jag har känslan av att det jag har att säga, om mitt liv, om mina bekymmer, inte är någonting värt. Att alla andra människor vet bättre hur jag är och fungerar. Jag är inte viktig, min erfarenhet spelar ingen roll. Eftersom jag har den här extra känsligheten, tycks jag hela tiden få det bekräftat genom en mängd olika händelser. Nu när jag har ett personligt ombud känner jag att jag har någon som lyssnar på mig, som bekräftar mig”.

Att uttrycka en egen vilja kan därför ta olika lång tid. När det lyckas kan nästa steg vara att försöka *kartlägga behoven* och få struktur och överblick över vad det är som klienten behöver förändra i sin livssituation.

Ett redskap som ibland används är den så kallade CAN-skattningsmodellen (Camberwell Assessment of Need). Den *utgår från behov och inte från diagnoser* och ger en bild av klientens situation och vilka vårdgivare och myndigheter som personen har kontakt med.

Egna checklistor eller intervjuformulär kan användas. Det är inte formen utan innehållet som är det viktiga. Utmaningen är att hjälpa klienten att få igång en *förändring av sin livssituation*.

Klienter vill ofta ha hjälp med ekonomin, ha någon att prata med, ha hjälp med myndighetskontakter.

Skälet till att många klienter tycker att kontakten med olika myndigheter är svår är dels att de inte alltid vet vart de ska vända sig, dels att de känner sig i underläge och därför har svårt att föra sin egen talan. De känner sig alltså maktlösa, precis som personen nedan beskriver det:

”Allting känns oklart. Det känns som om jag bara flyter omkring och inte vet någonting. Det är de som vet och sitter inne med information och vad som ska ske.”

Därför är det viktigt att stärka den enskilde så att han/hon får *makt över beslut och handlingar* i livet. Makt och kontroll över den egna vardagen är en av flera förutsättningar för att kunna återhämta sig.

Handlingsplan tillsammans

Efter kartläggningen av behoven lägger ombud och klient tillsammans upp en *handlingsplan* där det bestäms vad som ska göras, vem som ska se till att det blir gjort och när. Detta kan göras överskådligt utifrån en checklista med tidsaxel. En viktig uppgift för ombudet i handlingsplanen

kan vara att ta initiativ till samordningsmöten där *berörda myndigheterna samordnar sina insatser* så att de kommer i rätt ordning och vid rätt tidpunkt. Som ombud har man då klivit in i *mäklarrollen*. Därefter blir ombudets uppgift att likt en lobbyist driva på huvudmännen så att klienten får stöd, hjälp och vård av det slag som denne behöver och vill ha.

En god vana kan sedan vara att tillsammans med klienten, och ibland även med kollegor, formulera ett antal utvärderingsfrågor:

- Vad ville klienten då vi började, vilka problem ville klienten ha hjälp med att lösa, vilka mål ville han/hon uppnå?
- Vad hände och vilka skillnader blev det i förhållande till det uppsatta målet?
- Vad beror denna skillnad på? Händelse något oväntat, vad påverkade förloppet?
- Vilka slutsatser ska vi dra av detta? Vad bör vi undvika att göra i framtiden?
- Hur kommer vi att agera nästa gång vi är i en liknande situation?

Eftersom arbetet som personligt ombud är ganska nytt och okänt är det särskilt viktigt att man som ombud själv utvärderar det man gör och kontinuerligt och systematiskt reflekterar över den här typen av frågor.

Personlig och privat

Eftersom ombuden arbetar mycket i klientens hem ställs ofta frågan *hur nära* en arbetsrelation kan bli utan att den blir för privat?¹²

Precis som klienten avgör hur mycket han eller hon vill lämna ut av sig själv måste ombudet avgöra det för sin del. Någon mall finns inte. Det varierar från ombud till ombud, det varierar i relation till olika klienter och förändras allt eftersom klienten och ombudet lär känna varandra.

Handledning är ett bra verktyg för en genomtänkt professionell hållning där man lär sig var gränsen går mellan att vara *personlig utan att bli för privat*. Handledning är också ett sätt att utveckla sin yrkesroll. Handledning i grupp bör inte ske med andra yrkesgrupper eftersom de personliga ombudens arbete skiljer sig åt på flera punkter: deras fristående ställning, gränsöverskridande arbete och att de ställer krav på andra myndigheter.

¹² Mål och Metoder, Socialstyrelsen 2003

Personligt ombud arbetar ofta ensamt, vilket innebär att man har många beslut att fatta på egen hand. Det är ytterligare ett skäl till behovet av handledning. Dessutom kan man genom sitt nära klientarbete få kännedom om förhållanden som kan leda till ett etiskt dilemma. Så här berättar ett ombud:

”Den största svårigheten för mig är att jag har vetskap om förhållanden i familjen – det är inte bara att stänga dörren och gå vidare.”

Vad det personliga ombudet fick reda på av sin klient gällde sådant som rörde dennes barn och som ingen annan kände till. Då ombudet bedömde att barnen för illa blev det svårt att uteslutande jobba på uppdrag av klienten. *Barnens behov går före*. Precis som alla andra tjänstemän är personligt ombud skyldigt enligt socialtjänstlagen (SoL 14 kapitlet) att anmäla om man känner till att barn far illa.

Att avsluta kontakten med en klient

Att som ombud avsluta en långvarig och nära relation till en klient och låta någon annan ta över kan vara svårt. Många klienter tycks också uppleva detta. En del säger dessutom att de inte vill bli överlämnade till någon annan för stöd och hjälp. Därtill ger man uttryck för att vilja ha *stöd av färre personer* och med en mer varaktig relation.

Desto viktigare är det att man redan från början gör klart för klienten att syftet med stödet av ett personligt ombud är att de tillsammans ska *bygga upp ett nätverk* som kan ta vid när det personliga ombudet drar sig tillbaka eller att det finns en annan verksamhet som har den kontinuitet, flexibilitet och kvalitet klienten vill ha. Om detta finns går överlämnandet smidigt.

Ett socialt nätverk runt klienten underlättar också återhämtning och integration i samhället, liksom möjlighet till ett självständigt liv.

Påpeka systembrister

Uppdraget som personligt ombud är som vi sett mångfacetterat. Förutom att vara ett stöd för klienten kan ombudet i vissa fall behöva företräda klienten men då måste det finnas ett uppdrag och en tidsbegränsad fullmakt från denne.

En annan uppgift kan vara att hitta okonventionella lösningar på ett problem. Att sammankalla olika personer som finns runt klienten till ett nätverksmöte för att tillsammans reda ut vilken myndighet som ska göra

vad, är ytterligare en uppgift, liksom att för sin ledningsgrupp påtala brister i hjälpen och stödet som ombudet upptäcker i samarbetet med klienter¹³. Exempel:

”Bristerna kan gälla dåligt bemötande från personal inom kommun eller landsting, arbetsförmedling eller försäkringskassa, att klienter har en låg levnadsstandard som försvårar återhämtningen, svårigheter att få tag i för klienten viktiga personer, brister hos huvudmännen i att tänka flexibelt, visa på hur lagar och förordningar motverkar varandra, liksom att det finns problem med samordning och samverkan mellan olika myndigheter.”

Problem med samordning kan uppstå då personer förutom en psykisk sjukdom även har ett missbruksproblem. Eftersom problemen med missbruket hör hemma inom socialtjänsten och psykisk sjukdom inom landstinget krävs en mycket god samordning av hjälp och stöd från båda huvudmännen för att personen inte ska falla mellan huvudmännens ansvarsområden.

Hur brister i samordningen kan uppstå illustreras av den unga kvinnan som vände sig till sitt ombud för att hon inte fick någon ekonomisk hjälp.

”Hon hade sökt ekonomiskt bistånd hos socialtjänsten men där krävde de att hon först anmälde sig som arbetssökande på arbetsförmedlingen. På arbetsförmedlingen tyckte de emellertid att hon inte klarade ett arbete på halvtid, vilket är kravet för att få räknas som arbetssökande. Tillsammans med sitt ombud uppsökte då kvinnan en läkare som skulle bedöma om hon var tillräckligt psykiskt sjuk för att bli sjukskriven. Det ansågs hon inte vara. Kvinnan fick således inte hjälp någons. Det personliga ombudet ordnade då ett nätverksmöte med de inblandade för att hitta en lösning.”

Genom att samla till ett nätverksmöte tog ombudet på sig rollen som *mäklare*. Att sedan uppmärksamma ledningsgruppen på problemet innebar att ombudet försökte *påverka det som var ett hinder* för klientens möjlighet att få del av samhällets resurser. En viktig del i arbetet som personligt ombud riktar sig alltså utåt mot samhället, eftersom det inte är en självklarhet att det blir en förändring för den enskilde om de strukturella problemen

¹³ Pågående studie, publiceras av Socialstyrelsen i slutet av 2009

i samhället kring människor med psykiska funktionsnedsättningar kvarstår. När sådana brister upptäcks är det viktigt att ledningsgruppen agerar.

”Det är som vi ombud säger: Man kan hjälpa enskilda mycket, men tanken är ju också att de här klienterna ska få det bättre som grupp, att man ska lyfta dem på något vis.”

Ett annat skäl till varför det kan vara viktigt att påpeka fel i ”systemet” för sin ledningsgrupp är att de då kan bli en del i huvudmännens kvalitetssäkringsarbete¹⁴. En ledamot i en ledningsgrupp uttryckte det så här:

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

Förutsättningen för att ombudet ska kunna vända sig till ledningsgruppen och diskutera problem och dilemman är att representanterna i deras vardagliga arbete inte har direkt ansvar för det personliga stödet till ombudens klienter eller på annat sätt är operativt verksamma i det socialpsykiatriska arbete som kan beröra klienterna.

Personligt ombudsarbete lönar sig

En lokal rapport från ett av länen i landet visar att när personer med psykisk funktionsnedsättning fick kontakt med personliga ombud hade 25 procent av klienterna insatser som inte stämde överens med deras behov, 15 procent hade inte tillräckliga insatser och för 40 procent var de inte samordnade. Hela 15 procent av klienterna hade inga insatser alls och 5 procent ansåg sig ingen vilja eller kunna hjälpa.

Redan under försöksverksamheten visades tydliga positiva effekter av det arbete som personliga ombuden utförde. Några år senare, efter att verksamheten blivit permanent, såg man inte bara att de *positiva resultaten var bestående, de hade dessutom förstärkts*. Andelen klienter som fick meningsfull sysselsättning ökade högst påtagligt, sociala kontakter mer än fördubblades, symptom på psykisk ohälsa minskade och vården, stödet och hjälpen stämde bättre överens med klientens behov.

Genom att insatserna bättre motsvarar behoven och är koordinerade *gynnar det återhämtningsprocessen* och ökar den enskildes livskvalitet.

¹⁴ Ledningssystem för kvalitet i verksamheter enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2006:11 och Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2005:12

På det sättet är personligt ombud en förstärkning av psykiatrireformens intentioner om att personer med en psykisk funktionsnedsättning ska ha möjlighet till att normaliseras och integreras i samhället.

Även de *samhällsekonomiska vinsterna* av personligt ombud¹⁵ kan bli betydande visar en undersökning som gjorts i ett annat län. Efter det att en person med psykisk funktionsnedsättning fått kontakt med ett personligt ombud sker en radikal förskjutning från passiva och kostsamma insatser till mer aktiva: från psykiatrisk vård och försörjningsstöd till rehabilitering, samsättning, psykoterapi, kontaktperson, ledsagning, hemtjänst, etcetera.

Beräkningar visar att de personliga ombudens insatser uppgår till cirka 40 000 kronor per klient. Under de fem år som följer efter det att en klient fått ett ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor, vilket motsvarar cirka 17 gånger pengarna.

Empowerment

Personligt ombud arbetar på uppdrag av klienten i ett socialt sammanhang. Genom att inte se till sin klients sjukdom och svaghet utan mer till de resurser denne har, skapas det möjlighet för klienten till större inflytande över sin sociala situation, vilket ökar möjligheten till återhämtning och ett mer självständigt liv. Personligt ombud fungerar som ett redskap i en process där *klienten utvecklar större tillit till sig själv*, vilket gör att klienten får större *makt och kontroll över den egna vardagen*. När den enskilde får mer aktiva insatser synliggörs också sådant som tidigare sågs som brister och individuella problem, inte sällan i termer av sjukdom.

När ombud på det sättet stöder den egna viljan och önskan hos människor med en psykisk funktionsnedsättning ökar det personens egenmakt eller empowerment, som är den engelska termen. Begreppet empowerment har sitt ursprung inom brukarrörelsen och beskriver en strävan att *stärka en grupp människors situation i samhället* och i vård-, stöd- och servicesystemen. Den psykologiska dimensionen handlar om stärkt självuppfattning. En undersökning av den personliga ombudsverksamheten visar att det finns ett samband mellan större grad av upplevd empowerment och att det sociala nätverket runt klienten förstärks¹⁶.

Ett klart samband finns även mellan empowerment och stigma, d.v.s. negativa attityder och värderingar som riktar sig mot en grupp människor i samhället. Om man upplever sig nedvärderad försvårar det känslan

¹⁵ Det lönar sig. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne, 2006

¹⁶ Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter. Socialstyrelsen 2004

av delaktighet. Insatser som ökar individens empowerment påverkar inte bara hur man upplever samhällets attityder och värdering utan också hur man kan hantera dem.

Av det kan man dra slutsatsen att minskade negativa attityder och värderingar i samhället mot människor med psykisk funktionsnedsättning leder till ökad empowerment.

Vad ombuden måste kunna

Ombudens varierande utbildning och tidigare arbetslivserfarenheter gör att vidareutbildningsbehoven skiftar. Vid anställningen har arbetsgivarna överlag lagt vikt vid *personlig lämplighet* (något som också klienterna själva framhåller), *erfarenhet av och kompetens i att bemöta människor* med psykisk funktionsnedsättning. Vid de flesta anställningsintervjuerna har representanter för brukarorganisationer deltagit. Många ombud har genom sin tidigare yrkeserfarenhet god kompetens och yrkeserfarenhet från psykiatrisk verksamhet med utbildning inom det medicinska området och omvårdnadsområdet och har ofta god kunskap om hur funktionsnedsättningar yttrar sig och hur det drabbar individens förmågor. Däremot kan de behöva mer kunskap om det *sociala arbetets innehåll* och att lära sig utveckla analysverktyg för den typen av problem.

Ett annat område som ombuden behöver mer kunskaper om är lagstiftning och vilka *lagliga rättigheter klienterna* har. Ombudens uppgifter är att på klientens uppdrag bevaka sådana rättigheter. Det framkommer i klientberättelser att professionella förbiser enskildas rättssäkerhet vid handläggningen eller begår formella fel i myndighetsutövningen. Därför krävs det god kompetens inom *social- och förvaltningsrätt*. Den kunskapen är dessutom viktig att ha i samordningsärenden för att kunna urskilja vilka lagar som reglerar olika huvudmäns ansvar.

Ytterligare ett område där ombuden behöver mer utbildning är i hur man *leder nätverksmöten*, eftersom ombudet kan bli den som, tillsammans med klienten, tar initiativ till att nätverksmöten kommer till stånd. I klientintervjuer berättar de om hur stor betydelse exempelvis anhöriga haft, inte minst när det inte funnits något annat stöd. För många står anhöriga för grundtryggheten och de har fått en central stödjande och vårdgivande roll efter avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården. *Anhöriga är en viktig resurs* i det sociala nätverket.

På samma sätt utgör intresseorganisationerna, med sin kunskap om vad det innebär att ha en psykisk funktionsnedsättning eller vad det innebär att vara anhörig, en viktig källa till kunskap och förståelse. Många ombud

har också ett *nära samarbete med anhöriga och brukare* genom studiecirklar som man gått tillsammans eller via ledningsgruppen där brukar- och anhörigföreträdare ingår. Ett sådant samarbete ger möjlighet till reflektion över ombudsrollen utifrån den kunskap som finns om brukares och anhörigas livsvillkor. Samarbetet kan också främja *empowermentinriktade arbetsmetoder*.

Utbildningsprogram

Det övergripande målet med utbildningsprogrammet för ombuden har varit att ge stöd till ombuden i det klientinriktade arbetet och utbildningen har koncentrerats till arbetsmetoder och till att skapa bärande relationer med berörda myndigheter, organisationer och klienter för att på bästa sätt bistå klienten.

Utbildningen har innehållit fem olika grundteman:

1. Rollen/yrket, uppdraget, målgruppen, arbetsmetodik, synsätt/förhållningssätt och etik
2. De olika offentliga systemen och deras regelverk
3. Nätverksmetodik, samtalsmetodik, ombudens pedagogiska roll
4. Förhandlingsteknik, konflikthantering, stresshantering
5. De juridiska förutsättningarna, lagar och regler, rättssäkerhet, sekretess

Ett viktigt syfte med utbildningen har varit att alla ombud skulle få en gemensam bas att stå på, att få konkreta arbetsverktyg, att kunna agera på den lokala arenan, att förstå de olika organisationernas och myndigheternas uppdrag samt att stödja uppbyggnad av nätverk och kontakter. Utbildningen har byggt på aktivt deltagande från ombuden och gett möjlighet att reflektera och diskutera de olika ämnena. Den pedagogiska formen har varit viktig; utbildningen har varit processinriktad och kunskapsorienterad, en form av nätverksbaserad kunskapsförmedling där de personliga ombuden har deltagit med sig av sina egna erfarenheter både till varandra och till föreläsare/kursledare. Tiden mellan utbildningstillfällena har ägnats åt att praktiskt tillämpa de kunskaper man fått. Återkoppling har skett nästkommande gång då gruppens samlade erfarenheter presenterats och diskuterats. Den här formen av nätverksbaserad utbildning har inneburit att grundtemana i utbildningen har kunnat utvecklas/omformas allteftersom ny kunskap och nya erfarenheter från ombuden har tillförts kursledningen.

De erfarenheter som vunnits under uppbyggnadsskedet av verksamheter med personliga ombud och de ämnesområden som utbildningen har

omfattat är sammanfattade i denna antologi. Förhoppningen är att de personliga ombuden och andra yrkesgrupper på ett samlat sätt ska kunna ta del av de bärande grunderna i ombudsarbetet.

Att läsa

Handikapplagen LSS och annan näraliggande lagstiftning, INTRA

Järkestig Berggren, Ulrika. *Personligt ombud, social praktik i medicinsk diskurs*. Växjö Universitet 2006

Socialstyrelsen. *Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder – en kunskapsöversikt*. 2003-110-9

Socialstyrelsen. *Personligt ombud 2000-2004*. 2005-103-2

Socialstyrelsen. *Ett nytt yrke tar form*. 2009-126-41

Arbetsdagar och klienter i po-arbetet

Måndag

Jag och min kollega börjar veckan med att checka av varandras veckoplanering. Vi har en bil och ett busskort på två personer. Så den ekvationen går ju faktiskt ihop. Svårigheten är att vi har klienter i tre kommuner, och småbyarna har inte bussförbindelse särskilt ofta. Men vi brukar kunna pussla ihop det.

Vi pratar också igenom vilka klienter vi ska träffa, bollar med varandra, hinder, möjligheter, hur skulle du ha gjort osv.

Åker sedan tillsammans på ett nybesök. Vi åker alltid båda två på första träffen. Dels för att fyra öron hör bättre än två, ur säkerhetssynpunkt och för att klienten ska ha chans att välja ombud. Det är också bra att båda har träffat personen, båda vet förutsättningarna, det är lättare att bolla med varandra när man vet vem man pratar om.

Det enda vi vet om klienten vi ska träffa är att han heter Peter, har nyss muckat från fängelse och att han bor tillfälligt hos en släkting. Där ska vi också träffa honom. Information om oss har han fått av sin kurator på psykosociala teamet.

Peter som är i 30-årsåldern är väldigt labil. Han jagar upp sig och spyr galla över livets orättvisor. Visar hur man skär halsen av folk. Känns på gränsen till hotfull. Inte direkt mot oss, men det är bara en känsla vi får. Utan att vi säger något så känner vi båda två att den här mannen ska vi nog alltid träffa tillsammans.

Han vill ha hjälp med att skaffa en egen bostad. Han lever nu på försörjningsstöd, är sjukskriven men är nollad hos Försäkringskassan efter som han suttit inne. Dragit på sig skulder, men dom är ändå inte skyhöga. Han har en bra utbildning, har alltid haft jobb och tror själv inte det är någon svårighet att skaffa ett bara hans mående blir bättre.

Angående skulderna så berättar vi för honom om Familjeslanten som finns i kommunen. Där kan han få hjälp och råd om hur han ska klara sin ekonomi. Han får telefonnumret dit för att själv ta kontakt.

Vi kontakter hans socialsekreterare, kurator och hans övervakare för att boka en träff tillsammans. Vi får till ett datum ett par veckor senare.

När jag kollar mobilen efter besöket så har jag flera missade samtal och några meddelanden. Flera samtal är från Stig, en man i 40 årsåldern, som jag haft kontakt med några månader. Jag vet att han ligger inne på sjukhuset på grund av sin svåra diabetes. Jag lyssnar av mina meddelanden

som är från en sjuksköterska som berättar att Stig skrivs ut idag och hon undrar vilken tid jag kan ta emot honom. Jag ringer upp henne och hon verkar tro att jag är Stigs personliga assistent. Jag förklarar för henne vad ett personligt ombud är och hur vi arbetar. Jag berättar också att jag varit i kontakt med handläggaren som tillfälligt beviljat honom hemtjänst, boendestöd och matdistribution. Senare i veckan ska vi ha en träff hemma hos honom för att reda ut vilken hjälp och stöd han kommer att behöva i fortsättningen. Jag ber henne också hälsa till Stig att boendestödjaren kommer att ringa honom under dagen så att de får bekanta sig lite och för att bestämma tider. Efter ett par timmar ringer Stig igen och han har inte fått veta någonting om detta. Jag förklarar för honom och han känner sig lite lugnare.

På eftermiddagen har jag ett återbud, tänker då passa på att ringa några samtal. Men då knackar det på dörren och en klient som jag arbetat med tidigare tittar in. Det blir ett glatt återseende med mycket att prata om. Det är en ung mor som kämpat mycket och som börjat få ordning på tillvaron. Anledningen till att hon kommer är att hon undrar om det finns någon lag i Sverige som ger mor- och farföräldrar rätt till att träffa sina barnbarn. Jag hade ingen aning om detta, så vi letar oss fram på nätet efter information. Hon skall på en träff på familjerätten angående detta, och vill då ha lite mer på fötterna. Jag frågar om hon vill att jag ska följa med, men det har hon en kontaktperson som lovat göra.

Jag känner mig verkligen nöjd och glad när jag ser vad denna tjej har gått framåt i självförtroende och självkänsla.

Tisdag

Börjar dagen med att kolla e-posten. Ett kommer från en klient som heter Lasse, 29 år med bipolär sjukdom. Vi har haft kontakt i snart ett år. När vi träffades första gången var han hemlös, kom från en annan stad, hade inte haft kontakt med psykiatrin, försäkringskassan eller någon annan myndighet på flera månader. Nu har han en egen lägenhet, kontakt med psykiatrin och har fått försörjningsstöd i väntan på beslut om aktivitetsersättning från Försäkringskassan. Det beslutet har vi väntat på i flera månader. När det äntligen är klart och det ska betalas ut (drygt 60 000:- retroaktivt) så sätts det in på hans före detta flickvans konto. Detta är pengar som skulle betalas tillbaka till socialen. Han får tag i kontoinnehavaren som för över pengarna till rätt konto. Jag kontaktar Försäkringskassan och meddelar att det är fel konto och att det måste ändras. Får till svar att det måste ske skriftligt. Blankett med svarskuvert skickas till klienten som jag hjälper honom att fylla i och skicka tillbaka omgående med hans kontonummer.

Två veckor har gått sedan dess och det är dags för nästa utbetalning. I e-posten från en uppriven Lasse så står det att några pengar har han inte fått. Jag ringer upp honom och lovar att kolla upp vad som hänt.

Jag kontaktar Försäkringskassan som ser att pengarna åter igen satts in på fel konto. Jag frågar hur detta kan hända igen? Hon försvarar sig med att blanketten kommit in för sent för deras bryt datum. Hon tycker att vi skall kontakta banken. Jag frågar då vilken bank det är, men det får hon inte lämna ut. Jag undrar då hur vi ska kunna kontakta banken när vi inte vet vilken bank det är eller vilket kontonummer det gäller. Alltså måste det vara hennes uppgift. Hon går motvilligt med på detta, men inte förrän jag bett om att få tala med någon annan som är mer hjälpsam eller om kanske hennes chef skulle kunna hjälpa mig. Hon lovar då att kontakta banken och sedan återkomma till mig.

Under tiden ringer jag tillbaka till Lasse som försökt fått tag i sin före detta flickvän. Men där blev det stopp. Hon är utomlands i fem veckor och går ej att kontakta.

Försäkringskassan ringer upp mig efter att hon pratat med banken.

Banken kan inte skicka tillbaka pengarna till Försäkringskassan utan kontoinnehavarens godkännande, så det är bara att vänta i fem veckor. Vilken frustration! Hur ska han kunna betala räkningarna, vad ska han leva av?

Den dagen var det verkligen läge att ta en rask promenad med kollegan för att få bolla och prata av sig lite. Det känns viktigt att göra det emellanåt, så att man inte ger sig in i nästa ärende utan att fått ur sig en massa känslor.

Ett annat e-postmeddelande som jag fått är ifrån en kille som vi bara träffat en kort stund på arbetsförmedlingen för några veckor sedan. Vid det tillfället var han väldigt svår att nå p g a att en nära anhörig precis avlidit.. Vi bestämde då att jag skulle kontakta honom efter några dagar för att boka in en ny träff. Jag har ringt flera gånger, lämnat meddelande på telefon svararen, skickat sms och även ett brev. Men inte fått något svar. Så jag blir jätteglad nu när han söker kontakt via mejl. Han berättar lite om sin situation och varför han inte svarat i telefonen. Vi mejlar fram och tillbaka och det är ju alltid en början.

Onsdag

Lasse, han som fick pengarna insatta på fel konto, får aldrig lugn och ro. Aktivitetsersättningen har precis blivit beviljad. Men eftersom han fyller 30 år om någon månad, så är det dags att söka sjukersättning. Jag kontaktar hans handläggare på Försäkringskassan och frågar om vi inte kan

använda samma LOH (läkarutlåtande om hälsotillstånd) eftersom det är bara några månader sedan det skrevs. Det trodde hon också först, men kontaktar mig senare för att tala om att hela proceduren måste göras om igen. Så det är bara att beställa ny läkartid för att få ett nytt läkarutlåtande och fylla i nya ansökningspapper. Lasse har varken ork eller förmågan att fixa detta själv, så vi gör det tillsammans. Han vill också att jag följer med honom på läkarbesöket.

En ljusglimt i tillvaron är att de ringer från en fond som vi ansökt om pengar till Lasse. Han blir beviljad 2000:- till en gitarr och även en dator som han får hemlevererad. Jag blev så himla glad, så man skulle kunna tro att det är jag själv som fått det. Lasse trodde nästan inte att det var sant.

Torsdag

Vi har handledning två timmar var fjärde vecka. Den här gången har vi bestämt att vi ska prata om vår säkerhet. Vi känner själva att vi behöver påminnas om det emellanåt.

Så är det dags för träffen hemma hos Stig som nu varit hemma ett par dagar efter sin sjukhusvistelse.

Närvarande är Stig, hans mor, handläggaren, en boendestödjare och jag/po. Den enda som inte kunde närvara är diabetessköterskan.

Stig har svårt att hålla dygnsrytmen, har inga fasta tider så blodssockret åker upp och ner hela tiden. Hamnat i coma flera gånger. Stig har svårt att ta emot hjälp, vill klara sig själv. Men han förstår också att det är viktigt med dygnsrytmen så att han får i sig mat på bestämda tider. Som det sett ut förut så är det hans mor som ringt flera gånger om dagen för att kolla att han vaknat, ätit tagit sin insulin osv. Det är ohållbart i längden. Han har nu haft boendestöd, hemtjänst och matdistribution i ett par dagar. Han tycker det har varit bra, men känner också att han inte har något privatliv. Känner att han måste vara hemma hela tiden för att passa alla tider. Vi kommer i alla fall överens om att prova detta i en månad för att sedan ha en uppföljning. Han beviljas också extra timmar boendestöd för att komma ut på promenad tre gånger i veckan. Kontaktperson/ fritidskompis har han redan beviljats, men ännu inte fått. Jag ger förslag på en Handi, ett hjälpmedel som kan påminna honom om när han ska äta. Handläggaren tar upp det med arbetsterapeuten och hon kontaktar även diabetessköterskan som både muntligt och skriftligt ska redogöra för boendestödjarna om hans diabetes.

Stig har även ett annat problem. Han är i stort behov av tandvård, men har en skuld hos Folk tandvården för uteblivna besök på drygt 700:- och

även en skuld på drygt 600:- för ett akutbesök. Han har sökt bistånd för detta, men socialtjänsten betalar inte för uteblivna besök. Folk tandvården tar inte emot honom om han inte betalar sina skulder. Vad göra? Jag kollar upp om han möjligtvis skulle kunna få Tandvårdskort genom landstinget, men det är han för ”frisk” för. Jag ringer till Folk tandvården och berättar om dilemmat. Jag berättar också att Stigs livssituation är förändrad, med stöd i hemmet och att dygnsrytmen är okej nu. Den gudomliga människan jag pratar med säger då att de stryker skulden för uteblivna besök eftersom de förstår orsaken till detta.

Det har varit två långa veckor för Peter i väntan på träffen med social sekreteraren, kuratorn, frivården och oss personliga ombud. Vi träffas hemma hos Peters släkting där han fortfarande bor, men det visar sig inte längre fungera. Två veckor till har han blivit lovad att bo där, men sedan ska han ut därifrån. Peter säger själv att han aldrig mått så dåligt som nu. Kuratorn som tillhör Hälsocentralen lovar se till att Peter får en läkarkontakt som kan skriva en remiss till psykiatrin. Hon har själv redan skrivit en, men det som gäller är en läkarremiss.

Socialsekreteraren frågar om inte vi kan kolla upp om det finns några lediga lägenheter. Men vi står på oss och säger att det är hennes jobb, eftersom det ändå måste bli ett genomgångskontrakt och beviljas av socialtjänsten. Hon lovar plötsligt att ta tag i detta redan samma dag. Peter äger inte någonting, så vi talar om för honom att han har rätt att söka medel för säng, köksmöbler, köksutrustning, TV och dammsugare. Socialsekreteraren säger då att hon tar emot den ansökan nu muntligt. Vi summerar mötet och Peter säger att han känner lite hopp inför framtiden.

Jag ringer upp Peter efter ett par dagar och då har socialsekreteraren redan kontaktat honom angående en lägenhet. Hon väntar bara på grönt besked från sin chef. Hälsocentralen kommer också att ringa upp honom för en läkartid samma dag enligt hans kurator. Så alla verkar ha gjort det som ska. Han frågar om jag kan följa med honom och titta på lägenheten när det blir aktuellt, och stötta honom vid läkarbesöket. Det känns som om jag nu pratar med en kille som börjat våga se framåt och även vågar be om hjälp.

Fredag

I dag har jag träffat en klient som bott här i drygt en månad. Flytten har gått bra, överföringen till psykiatrin likaså med kuratorskontakt och boendestöd. Det som inte känns riktigt bra för henne är boendestödjarnas bristande kunskap om Aspergers syndrom. Jag har redan diskuterat med deras chef som är medveten om detta, men några pengar till kurser eller

föreläsningar finns inte i dagsläget. Jag och Eva som hon heter försöker hitta en lösning på problemet. Det är då jag kommer på att lösningen sitter framför mej. Kan hon kanske själv tänka sig att berätta om Aspergers syndrom och sina egna erfarenheter? Jag vet att hon är van att prata inför folk, så det är inget nytt. Men att prata om sig själv är en annan sak. Eva tvekar inte en sekund, utan skiner upp med hela ansiktet. Jag kontakter boendestödjarnas chef som tycker idén är bra. Vi bokar in det på ett personal möte med alla boendestödjare i kommunen. Detta blev startskottet för Eva att åka runt och föreläsa, även i större sammanhang. Boendestödjarna har sedan dess gått en kurs i Pedagogik med inriktning Neuropsykiatriska tillstånd. Vilket var mer än nödvändigt eftersom det är en klart växande målgrupp.

I söndags ringde min mobiltelefon. Jag brukar ha den på även på helger och kvällar och svarar i mån av tid. Det är Peter som ringer, han har blivit utslängd av sin släkting och fått sova i bilen ett par nätter. Han är väldigt uppriven men lugnar ner sig när vi pratat en stund. Jag är på väg till Åland och har semester dagen efter, så jag ber honom kontakta sin socialsekreterare direkt på måndag morgon. Vilket han också gjort och hon i sin tur ringde min kollega för att be henne hjälpa till med de praktiska bitarna. Min kollega var redan fullbokad och stod på sig inför socialsekreteraren och sade att det var hennes ansvar. Innan min kollega åker hem för dagen kontakter hon Peter för att höra hur det gått. Han har varit hos bostadsbolaget och skrivit på ett kontrakt och fått nycklar till en lägenhet. Så nu har han tak över huvudet, men han har inte fått några pengar att köpa möbler för. Det visar sig senare att socialsekreteraren glömt den muntliga ansökan om möbelbidrag. Min kollega hämtar en dyna, en filt och toapapper åt honom hemifrån sig.

Jag har sedan i höstas haft kontakt med Lina, en tjej som haft BUP-kontakt i flera år och som det är dags att överföra till vuxenpsykiatri. Hon är skriven i sin hemkommun och familjehemsplacerad i en annan. Lina har klarat grundskolan, men hoppat av gymnasiet ett par gånger. Hon har svårt med sociala kontakter och hamnat fel i dygnsrytm. Kontaktade oss i höstas för att hon ville ha hjälp och stöd i kontakten med myndigheter och för att hon ville ha en sysselsättning. Jag följde med henne till arbetsförmedlingen där hon skrevs in och lyckades få en praktikplats inom kommunen ganska snabbt, några timmar 4 dagar i veckan. Det fungerade väldigt bra och hon trivdes direkt. Men samtidigt som hon praktiserade krävde arbetsförmedlingen att hon skulle söka jobb. Det blev för stor press på henne. Jag kontaktade hennes handläggare på arbetsförmedlingen och förklarade hur viktigt det var för Lina att få lugn och ro, och att hon redan

tagit ett stort steg. Handläggaren krävde ett läkarintyg och i och med detta så stod hon inte längre till arbetsmarknadens förfogande. Eftersom hon är under 20 år så blev det kommunens ansvar att ordna en sysselsättning. Praktikplatsen ville gärna ha Lina kvar, men vem skulle stå för ansvaret och finansieringen, hemkommunen eller vistelsekommunen? Då började bollandet. Många samtal och möten fram och tillbaka. Till och med Länsstyrelsen kopplades in. Det tog tre veckor innan man kom fram till att ansvaret ligger på den placerande kommunen, alltså hemkommunens ansvar. Den som fick sitta emellan var Lina.

Jag har vid några tillfällen haft förmånen att lyssna på psykologen och forskaren Alain Topor när han föreläser om återhämtning. Han har intervjuat flera personer som berättat om sin återhämtning. Flera framhäver då att det är det där lilla extra, utöver de vanliga, när personalen går över gränsen som betytt något. Han kallar det "Regelbrottens verksamma beståndsdelar". "Det stämmer så bra, man känner igen sig. En bekräftelse på att vi personliga ombud jobbar rätt. Hur många gånger har man inte t.ex. gett bort halva mat dosan eller halva frukostmackan, skjutsat efter arbetstid, sytt i en knapp. Man ger lite av sig själv, berättar något om sig själv eller något man varit med om. Det går att räkna upp hur mycket som helst, ofta väldigt banala saker, man gör det inte till alla, men just då till just den här personen känns det så rätt. Och det visar sig att det är just dessa saker som betyder något.

Jag har ett värde, jag är utvald, jag blir sedd".

Måndag morgon, Tommy

På väg till kontoret får jag ett samtal från en person som ringer från Frälsningsarméns daghärberge. Han har sett ombudens broschyr som finns där och ringer för att fråga om jag kan delta i ett möte som skall hållas halvnio på medborgarkontoret för hemlösa samma morgon. Personen säger att han är desperat han måste ha någon med sig på mötet och hänvisar till broschyren "jag har psykiska funktionshinder och är hemlös! Du måste hjälpa mig!"

Jag tittar på klockan, den är kvart i åtta, jag frågar klienten om vi kan träffas om en kvart så att vi kan gå igenom, åtminstone någotsånär, vad det hela handlar om.

Jag hör en suck av lättnad och den blivande klienten (som det visar sig att det blir) tackar mig översvallande. "du har fan räddat mitt liv, Tommy heter jag förresten"

Vi kommer överens att träffas utanför natthärbärget och jag ändrar riktning från kontoret mot natthärbärget.

Tommy står utanför natthärbärgets dörr och röker när jag kommer fram och vi skakar hand och han tackar mig igen. Det känns inte som de bästa förutsättningar att ramla in på ett möte utan förkunskap men vi står och pratar en halvtimme och Tommy försöker kortfattat beskriva vad det hela handlar om. Gång på gång under berättelsen hamnar han i affekt och jag får försöka återföra honom till vad vi ska behandla på mötet. Tommys berättelse är i korthet att han under fem månader inte fått något försörjningsstöd från socialtjänsten och att de nu säger att han är avslutad där. Han berättar att han har en ansökan om sjukbidrag på utredning hos försäkringskassan och att han i avvaktan på beslutet då räknas som sjukskriven. När han ansökte om försörjningsstöd fick han besked från handläggaren att han måste anmäla sig på arbetsförmedlingen. Tommy tog sig dit men väl där fick han veta att han i och med den pågående utredningen inte kunde anses stå till arbetsmarknadens förfogande utan fick vända sig till socialtjänsten. Tommy berättar att han har svåra tvångstankar och har väldigt svårt att åka kommunalt och att det inte blir lättare när man måste planka. Han lyckas dock ta sig till socialtjänstkontoret men väl där får han inte träffa sin handläggare. Tommy får ett utbrott och avvisas från byggnaden. Dagen efter får han besked om att hans ansökan om försörjningsstöd avslagits för att han inte fullföljt planeringen. Tommy ringer sin handläggare men tappar humöret i telefonen och det hela leder ingen vart. Sen dess, alltså på fem månader, har han inte fått en krona och ”nu säger de att jag är avslutad”.

Tommy har i perioder bott på natthärbärge men vägrar nu sedan några veckor att gå dit, ”det är för stökigt” säger han och ”...man måste köa flera timmar för att komma in...”

”Jag kan inte tigga eller stjäla mat” säger Tommy. ”det funkar inte för mig”.

”Jag är för faan psykiskt sjuk och hemlös! Ska jag svälta ihjäl!”

Jag säger till Tommy att jag kan vara med på mötet så får vi se vad vi kan jobba med.

Tommy börjar nästan gråta, han är i mycket dåligt psykiskt skick och det känns bra att vara med på mötet samtidigt som det känns för akut...

Vi går in, klockan är halv nio. Med på mötet är jag, Tommy, en personal från natthärbärgets och en handläggare från socialtjänsten.

Tommy är mycket agiterad och får ett utbrott på en gång när handläggaren presenterar sig eftersom det visar sig att han är från mottagningsgruppen och inte från ekonomi. Tommy hoppar upp och börjar skrika, vifta med armarna, ”vill ni att jag ska svälta ihjäl, vafan får jag inga pengar för?”

Jag får resa mig upp och lugna ner Tommy. Och han sätter sig ner men det hela upprepar sig ett flertal gånger under mötet mycket för att (som jag ser det) handläggaren fokuserar på vad de inte kan göra, vad Tommy måste göra och inte på hur socialtjänsten kan hjälpa till för att, tillsammans med Tommy lösa ett problem.

Mötet avslutas dock med en överenskommelse om ett nytt möte där jag ska företräda Tommy och där även ekonomihandläggare skall delta. Vi fyller också i en ansökan om försörjningsstöd som sträcker sig retroaktivt tre månader bakåt.

Fredag förmiddag

Får telefonsamtal från Tommys handläggare att mötet är inställt, ny tid onsdag nästa vecka. Jag har träffat Tommy två gånger under veckan, fast han inte har boende är han lätt att hitta, han har också en mobil där jag kan nå honom. Han sover i ett båtskjul och vistas i en park i närheten. Frukost äter han hos frälsningsarmén. I och med Tommys fobi och tvångstankar kan han inte röra sig speciellt långt, han finns i parken tillsammans med ett gäng missbrukare. De gånger jag träffat honom har det varit rätt okej utom när samtalet kommer in på soc då han får vredesutbrott och börjar skrika och vifta med armarna.

Jag ringer Tommy några gånger men får inget svar, känner mig orolig för beskedet jag ska ge, han har ändå hoppats att han ska få matpengar och jag har sett det hela som en förtroendeskapande åtgärd från socialtjänsten, ett första steg för att få Tommy att komma i kontakt med socialtjänsten igen och kanske också träffa en läkare vilket både jag och socialtjänsten anser viktigt, så även Till mig uttrycker Tommy ett stort behov av hjälp men handikappas av sin misstänksamhet mot samhällets hjälpsatser, han vill träffa en läkare men ”inte någon som socialtjänsten säger”

Jag får tag på Tommy sent på kvällen, klockan är närmare 19.30 och han får ett utbrott när jag ringer, han tror att jag ska lämna besked om pengar till mat och nu är det för sent att hämta ut några pengar, Tommy bara skriker och hotar i telefon och jag får inte fram det jag vill ha sagt, samtalet avslutas med att Tommy slänger på luren.

Känner mig mycket frustrerad och arg på Tommy, känner mig orättvist behandlad, jag har verkligen gjort mitt bästa. Tänker att jag skiter i honom nu, varför ska jag behöva ta emot en utskällning.

Lördag morgon

Sovit rätt dåligt och känner när jag vaknar att jag tänker lite annorlunda. Jag förstår Tommys desperation inför ytterligare en vecka utan matpeng-

ar. Jag känner mig också orolig eftersom Tommy är så labil att det finns risk att det kan hända riktigt dåliga saker.

Bestämmer mig för en nödlösning som kan göra att Tommy håller ut tills mötet med soc blir av. Ringer upp Tommy och han svarar, jag förklarar läget och frågar samtidigt om han vill låna 500 kronor i matpengar tills han får besked om sin ansökan, Tommy blir otroligt glad och jag åker till parken och lämnar honom pengar.

Just då ser jag det här med lånet som enda möjligheten att upprätthålla Tommys förtroende för ”professionella hjälpare”.

Jag berättar också att han har fått en tid hos en psykiatriker på måndag och att jag kan följa med. Han blir tveksam och orolig när han hör detta, säger att han nog inte ska gå. Jag säger att vi kan öva oss och Tommy och jag gör ett rollspel i parken där jag spelar en mycket elak psykiatriker och Tommy sig själv. Alla jobbiga frågor ställs och Tommy får öva sig i att inte bli tok-arg utan försöka svara lugnt.

Situationen med Tommy är tyvärr något som jag stöter på väldigt ofta. Personer i väldigt dåligt psykiskt skick med dålig impuls kontroll som inte har någon kontakt med samhällets hjälpinsatser och där ingen verkar vilja se problematiken. Tommy hade fått tid bokad hos psykiatriker tidigare och när han då inte kommit på avtalad tid har det blivit stor förvåning. Tommys svar har varit ”hur faan ska jag ta mig till Gullmarsplan från Kungsholmen utan pengar och när jag inte kan åka buss eller tåg ensam?

Ansvar för Tommy har lämnats bort av kommun och landsting och istället har personal på Seven eleven och bibliotek fått ta över och sedermera personligt ombud. Jag känner stark oro för vad som kan ske med Tommy och känner ett stort ansvar för att han inte i affekt ska begå en våldshandling. Jag som personligt ombud är den enda kontakt med samhället som han har kvar. Hur ska jag agera när kunskapen om Tommy redan finns hos socialtjänst och psykiatri men ingenting händer. Ska jag försöka träffa Tommy så mycket som möjligt och ”hålla honom lugn” tills han kan etablera de kontakter han behöver. Vi ombud får ofta kontakt med klienter där vi är de absolut enda som finns kvar, det kan vara ett tungt ansvar...

Pengar – personligt ombud har inte möjlighet att ge ekonomiskt stöd men när en person är påtagligt undernärmd och i så dåligt skick som jag upplevde Tommy, vad gör man?

Är det rätt eller fel?

Min tanke var att lite grand återställa Tommys förtroende för samhället, ”du ska åtminstone inte behöva svälta”, hålla honom kvar med något hopp tills insatser kan vidtas.

Måndag eftermiddag, Markus

Jag kommer till kontoret och träffar min kollega. Telefonen ringer och det är en ung man som ringer från en dygnet runt psykvadning och han vill träffa ett personligt ombud. Jag tar lite information på telefon och säger att vi kan träffas och efter en koll i almanackan föreslår jag samma dag kl.15. Han blir jätteglad över att vårt möte kan ske så snabbt, det tar en dryg halvtimme kommunalt till avdelningen. Vi går till hans rum och sätter oss och pratar. Markus, som han heter, har en bipolär sjukdom och har ingenstans att bo.

Markus är 23 år och har bott i Skåne senaste halvåret där han gått på en folkhögskola men har de senaste månaderna där blivit sämre och sämre. En period av maniskhet har övergått i en kraftig depression med suicid-tankar och därför tog han sig upp till Stockholm och sökte akut hjälp. Vilken socialtjänst han tillhör är lite oklart men jag lovar att undersöka saken och föreslår att vi försöker ordna ett möte mellan hans läkare, socialtjänsten, han själv och mig. Han har tid för läkarsamtal på torsdag och jag säger att jag också försöker få dit någon från socialtjänsten.

Han har skrivit sig hos en vän i Björkhagen men bor inte där men tror att det kanske är den socialtjänsten han skall kontakta. Vi skriver en fullmakt där han godkänner att jag kontaktar socialtjänsten. Jag chansar och åker direkt dit för att få klarhet i hans tillhörighet och mottagningsgruppen får hans personnummer och lovar att kolla och sedan höra av sig till mig.

Tisdag morgon

Mottagningsgruppen i Björkhagen ringer mig och säger att min klient inte hör till dem. Han ska vända sig till enheten för hemlösa. Med det beskedet ringer jag till enheten och allt går som det ska och en handläggare lovar att komma på det planerade mötet. Jag drar en suck av lättnad, så skönt när saker går smidigt.

Torsdag förmiddag

Strax efter tio ringer Markus, han gråter i telefon och mellan snyftningarna lyckas jag höra att han har blivit utskriven nu på morgonen och i princip ska sättas på gatan. Han har precis fått besked från läkaren som sitter med honom. Jag ber att få prata med läkaren, vilket jag får. Min första fråga blir om de haft något vårdplaneringsmöte med socialtjänsten i och med att min klient saknar boende. Detta har inte skett men läkaren säger att "det finns ju natthärbärgen". Efter en diskussion med läkaren om ansvar och överenskommelser mellan kommun och landsting får jag

prata med min klient igen. Han är fortfarande i affekt, jag säger att jag kommer ut och möter honom så får vi försöka hitta en lösning.

När jag kommer till kliniken sitter min klient redan i hallen med sin väska. Vi hälsar och jag frågar om han har medicin så han klarar sig. Det har han inte, så vi får ringa på och prata med en sjuksköterska. Min klient ber om ett recept och frågar också om han kan få en remiss till affektivt centrum som han tidigare haft kontakt med. Läkaren säger att de inte kan skriva en remiss, att min klient kan få medicin så han klarar sig två dagar men sedan måste han komma på ett återbesök för att få ett recept utskrivet. Markus börjar gråta igen och säger att han aldrig tänker komma tillbaka hit. Då blir det heller inget recept säger läkaren.

Markus får en påse med medicindos för två dagar och vi beger oss.

Vi åker till mitt kontor, jag är lika arg som Markus är ledsen. Jag känner att det här måste lösas, Markus ska inte in på natthärbärge och sova i fyrabäddssal med äldre missbrukare.

Jag försöker nå Markus handläggare men får inget svar, pratar in ett meddelande och börjar sedan ringa runt till vandrарhem. Jag vet av erfarenhet att vandrарhem i Stockholm är mycket restriktiva med att ta emot gäster som någon annan (t.ex. personligt ombud) försöker boka in och Markus klarar i nuläget inte av att ringa själv. När jag hittar ett som har lediga rum låtsas jag vara Markus och säger att jag är på besök från Skåne för att hälsa på en vän. Jag bokar in tre nätter i Markus namn och hoppas att socialtjänsten ska säga ok till det hela i efterhand och stå för kostnaden. Tre nätter gånger 250 kronor som jämförelse kan en natt på akutboende (natthärbärge) kosta upp till 1200 kronor!

Senast klockan 18.00 ska Markus checka in.

Torsdag eftermiddag

Kl. 16.45 har jag gett upp hoppet om att få kontakt med handläggaren och vi måste bege oss till vandrарhemmet för att Markus ska kunna ta sitt rum i besittning. Det har dock inte varit förspild tid utan vi har lyckats boka in en tid för Markus hos mobila teamets läkare på måndag med förhoppningen att hon ska kunna skriva ett recept till honom och förhoppningsvis också en remiss till affektivt centrum.

När vi går genom parken och redan skymtar vandrарhemmet ringer min mobil. Det är handläggaren från enheten för hemlösa som ringer och hon säger att enheten kan stå för kostnaden men det måste bli på faktura. Jag säger att det låter bra men hoppas att vandrарhemmet inte ska strula, de brukar inte vara pigga på fakturabetalning.

Allt ordnar sig! Markus skriver in sig och vi bestämmer att höras dan därpå.

Det borde kännas rätt bra men när jag sagt hejdå till Markus blir jag orolig. Han är väldigt deprimerad, klarar han av ensamheten på vandrarhemmet?

Fanns det några andra alternativ? Skulle han fått sova hemma hos mig?

Den tanken föresvävade mig faktiskt...

Var det här det bästa som gick att ordna?

Natthärbärge är ingen lämplig miljö men där finns det åtminstone personal?

Vilket ansvar har jag om något skulle hända under natten, det är jag som ordnat fram det här boendalternativet.

Om Markus tar livet av sig var ligger mitt ansvar, min skuld?

Torsdag eftermiddag, Lisa

Jag får ett telefonsamtal från ett korttidsboende för kvinnor gällande en av mina klienter. Två dagar tidigare ordnade jag plats där åt henne efter det att hon sovit ute under flera veckor. Senaste dagarna har hon haft feber och ena handen har svullnat upp som en tennisboll, antagligen en infektion efter att ha försökt injicera amfetamin i en åder på ovansidan av handen. Lisa har diagnosen schizofreni och missbrukar både alkohol och amfetamin. Jag har varit hennes ombud under flera år och följt henne genom ett otal boenden.

Nu ska hon skrivas ut från boendet för att personal har hittat en tom spritflaska och en kanyl på hennes rum.

Jag kommer till boendet, Lisa är riktigt dålig, ser ut att ha hög feber. Jag är så förbannad på personalen att jag inte byter ett ord med dem utan följer med Lisa ut och ringer till Hållpunkt Maria som har ett mobilt somatiskt team och undrar om de kan köra oss till akuten på Huddinge sjukhus.

De kommer och vi åker tillsammans till akuten.

När läkaren kommer vägrar Lisa att ta blodprov, läkaren vill lägga in henne över natten, han säger att det är allvarligt, att hon måste observeras. Lisa vägrar och börjar gå från undersökningsrummet och sjukhuset, hon säger att det inte är någon fara med henne, det är inte hennes hand.

Läkaren skriver i all hast ut penicillin åt henne och säger att det är mycket viktigt att hon medicinerar. Jag tar receptet och springer efter Lisa som står utanför ingången och jag frågar om hon kan vänta medan jag hämtar medicinen. Hon säger återigen att det inte är hennes hand, hon behöver

ingen medicin. Jag frågar om jag inte ska köpa en kopp kaffe och cigaretter åt henne och då säger hon att hon kan vänta medan jag gör det, ”men ingen medicin” säger hon. Jag går iväg, bryter mot ombudsregeln att agera på klientens uppdrag och hämtar ut medicinen samt köper cigg och kaffe och återvänder till Lisa.

Sen står vi där. Vad gör jag? Vilka alternativ finns? Är det bara natthärbärge som finns, där kan hon alltid gå in med tak över huvudet garantin.

Är det okej för ett ombud att göra något mot klientens vilja (hämta medicin)?

Fredag eftermiddag, Rickard

Richard är i 30-årsåldern har diagnosen schizofreni med mycket paranoi-
da inslag och vanföreställningar, han sover ute under en skateboardramp
men har kontakt med socialtjänsten och har även varit på psykakuten nå-
gra gånger men har inte blivit inlagd. Vi har träffats flera gånger i veckan
de senaste månaderna och jag upplever att vi har en bra kontakt. När jag
träffar honom nu blir jag mycket orolig. Han pratar väldigt mycket om att
människor på tunnelbanan flörtar med honom och att han inte tål det. ”Jag
tänker sätta stopp för det” säger han. Vid slutet av vårt samtal avbryter
han sig mitt i en mening och säger att han inte kan träffa mig mer ”det
känns inte bra” säger han, ”jag litar inte på dig.” Med de orden lämnar
han rummet.

Jag brottas med hur jag ska agera. Richard har tidigare berättat för mig
att han kastat sten mot människor och även försökt anlägga en brand.

De händelserna var för över tio år sedan men nu känns det riktigt obe-
hagligt. Jag har tystnadsplikt och Richard har inte uttalat något konkret
hot men min känsla är att det kan hända något riktigt illa.

Jag väger för och emot men lyfter till sist telefonen och ringer stadens
mobila psykiatriska team och informerar dem om mina farhågor och talar
också om för dem var de antagligen kan hitta Richard.

Bryter jag mot lagen om sekretess?

Äventyrar jag Richards och min fortsatta kontakt för all framtid?

Sätter jag mig själv i fara?

Richard har tidigare haft kontakt med psykiatrin och ingen har gjort
bedömningen att han skulle vara LPT-mässig, ska jag bedöma hans even-
tuella farlighet?

Blir det bara värre om vår kontakt bryts på grund av mitt agerande?

Onsdag förmiddag

Det ringer på dörren utanför kontoret....

Att läsa

Rönnmark, Lars (red). *Personligt ombud. Erfarenheter från arbetet med psykiskt funktionshindrade personer i Västra Götaland*. FoU Väst, rapport 5:2005

Alain Topor. *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm, Natur och Kultur. 2004

Personliga ombud och etik¹⁷

Personliga ombud¹⁸ – en oreglerad verksamhet

Personliga ombud utgör viktiga inslag i den sociala välfärdsapparaten. Att arbeta som personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar innebär många gånger en etisk utmaning för ombudet. Ombudet arbetar på klientens uppdrag och förväntas inte ta några egna initiativ som inte klienten står bakom. Det personliga ombudet har ingen myndighetsställning (arbetar inte med myndighetsutövning) och har inte heller någon anmälnings- eller rapporteringsskyldighet. Det betyder att ombudet har en självständig ställning i förhållandet till berörda myndigheter. Att verksamheten är oreglerad betyder att det personliga ombudet inte har några tydliga regler att förhålla sig till när ombuden utför sina uppgifter. Det är många gånger upp till ombudets omdöme och moraliska uppfattning att avgöra vad som är rätt handlande i olika situationer som uppstår i kontakten med klienten/brukaren och de myndigheter som är inblandade. Just detta gör arbetet som personligt ombud till en många gånger delikat arbetsuppgift. Det ställer stora krav på att det personliga ombudet har en etisk medvetenhet och är etiskt mogna personer.

Verksamheten som personligt ombud är inte författningsreglerad. Sedan 2001 har det funnits möjlighet för kommuner att ansöka om statsbidrag för att organisera verksamhet med personligt ombud. I Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000 finns denna möjlighet beskriven. Där anges också ramarna för personliga ombuds verksamhet. Juridiskt är dessa ramar att betrakta som villkor för statsbidraget, men i övrigt inte rättsligt bindande. De personliga ombuden kan vara anställda av kommunen, vilket bland annat innebär att de blir en del av myndigheten och därmed bundna av de generella regler som gäller för myndigheter, till exempel sekretesslagens bestämmelser och bestämmelserna om anmälningsplikt i Socialtjänstlagen (SoL) (14 kap 1 §). Om kommunen i stället väljer att lägga ut verksamheten med personliga ombud på entreprenad, till exempel till en organisation eller enskilda personer kommer dessa inte att utgöra en del av myndigheten. Med dessa flexibla möjligheter som beskrivs om

¹⁷ Jag använder etik och moral som synonymer som är en vanlig praxis både inom filosofin och det vardagliga språket (Tännsjö 1998)

¹⁸ I texten används benämningen personligt ombud och socialarbetare omväxlande

villkoren för statsbidrag har skapats en juridisk hybrid. Sådana företeelser medför nästan alltid problem både för de personliga ombuden och för klienten/brukaren. Även om flera kommuner samverkar i verksamheten, vilket kan behövas för mindre kommuner, är alltid en av de samverkande kommunerna huvudman i förhållande till staten som bidragsgivare. Det är synnerligen viktigt att uppdraget som personligt ombud görs så tydligt som möjligt genom avtal, anvisningar och riktlinjer. Eftersom verksamheten inte är direkt författningsreglerad är det dock svårt för Socialstyrelsen att utfärda föreskrifter eller allmänna råd för den. En genomgående tanke är dock tydlig, och det är att det personliga ombudet ska utföra sina uppgifter som företrädare för klienten/brukare och inte vara representant för myndigheten. Om detta går att upprätthålla i alla avseenden är dock inte helt klart, och särskilt inte när det personliga ombudet är anställt av kommunen eller är personlig uppdragstagare åt kommunen.

Det personliga ombudets främsta uppgift är att uppmärksamma inblandade myndigheter på den enskildes behov för att underlätta samordningen mellan myndigheterna. Ombudet har inget eget behandlingsansvar för sin huvudman, utan förutsätts arbeta mera i rollen som mäklare/samordnare, eller en sorts advokat/rådgivare. Det personliga ombudet förutsätts arbeta helt utifrån huvudmannens intresse och önskemål, och förväntas inte ta några egna initiativ, som inte huvudmannen står bakom.

Inom socialt arbete används ofta begreppet klient som benämning för de medborgare som kommer i kontakt med socialtjänsten. Begreppet klient kommer från latinet och betyder ”skyddsling” och signalerar därigenom att socialarbetaren kan företräda sin klient i – och kanske även mot – olika instanser i samhället.

Etik i socialt arbete

Socialtjänsten är en viktig del i den svenska välfärdsmodellen. Det är i mötet med den enskilde brukaren/klienten som de grundläggande mål och värderingar som gäller för socialtjänsten konkretiseras. Principerna om helhetssyn, frivillighet och förebyggande åtgärder gäller, liksom att den enskildes resurser ska tillvaratas. Individens delaktighet och egna ansvar ska beaktas. Socialtjänsten ska också präglas av frivillighet och självbestämmande, kontinuitet, flexibilitet, normalisering, närhet och valfrihet. De här begreppen måste förverkligas och manifesteras i det dagliga arbetet, så att de inte utvecklas till tomma honnörsord utan något konkret innehåll. Detta har regeringen slagit fast i propositionen om Ny socialtjänstlag från 2000.

Socialtjänsten ska förmedla en service som människor vill ha, men också kunna ingripa utan att någon själv sökt hjälp. Socialtjänsten ska utgå från brukarnas/klienternas självbestämmande och ansvar, men samtidigt har socialtjänsten en yttersta möjlighet att tillgripa tvång. Socialtjänsten ska också ta hänsyn till andra medborgares intressen. Verksamheten äger alltså rum inom ett fält där intressen kan vara motstridiga. Socialtjänstens uppgift är inte enbart att väga dessa intressen mot varandra. Som socialarbetare arbetar man också utifrån egna normer och etiska överväganden. Det sociala arbetets praktik genererar också värden när det gäller att tolka individens rättigheter och ansvar i förhållande till samhället. Verksamheten har denna strategiska betydelse eftersom man möter människor som av olika skäl inte kan hävda sig i samhället eller som inte motsvarar kraven på ett ”anständigt” liv. Det är mitt ibland dessa motstridiga intressen som det sociala arbetet utförs och valet av handlingsalternativ är inte alltid självklart. Socialt arbete, som många gånger är både komplicerat och mångfacetterat, kan sägas vara ett etiskt projekt i sig.

Klienter inom socialtjänsten ska bemötas med respekt för sin självbestämmanderätt och integritet. Det sociala arbetet utgår från mänskliga rättigheter, medkänsla och solidaritet med människor i en utsatt situation. Viktiga mål för arbetet är jämlikhet, rättvisa, trygghet, utveckling, självförverkligande, ansvarstagande och konfliktlösning på olika nivåer i samhället.

Det sociala arbetet är genomsyrat av värderingar. Vad som betraktas som goda och bra insatser är i hög grad en fråga om vilka värden som eftersträvas – vad vill vi uppnå med det sociala arbetet? Värderingar kan variera, beroende på person och på det ideologiska sammanhang som socialarbetaren/det personliga ombudet ingår. Värderingar förändras också över tid och vi kan se exempel på hur det sociala arbetet har förändrats och hur synen på klienter har utvecklats. Vi talar idag om brukarinflytande och brukarmedverkan och socialtjänsten strävar efter att i största möjligaste mån få med klienten/brukaren i planering och genomförande av insatser. Inrättandet av personliga ombud är ett resultat av vår förändrade syn på klienterna – ombuden måste ta mycket stor hänsyn till vad klienten/brukaren har för önskemål. Om vi tittar tillbaka på 1980- och 1990-talen var inte klienten/brukarens röst särskilt hög och tillmättes inte lika stor betydelse som idag. Även brukarorganisationernas arbete med att tydliggöra klienter/brukares behov och möjligheter har betytt mycket för att etablera den förändrade synen på brukare/klienter. En annan förändrad syn är den på anhöriga som har förändrats genom åren. Idag inser

vi hur betydelsefulla de anhöriga är och hur viktiga de är i vård, behandling och rehabilitering.

Idag talar vi om att det sociala arbetet i större utsträckning än tidigare ska bygga på evidensbaserade metoder och evidensbaserad praktik. Evidensbaserad praktik kan beskrivas som en process i flera steg som bygger på tre kunskapskällor (IMS 2008):

- den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter,
- brukarens önskemål och värderingar och
- den professionelles erfarenheter

Tanken med den evidensbaserade praktiken är att minska risken att oavsiktligt skada och öka möjligheten att göra gott.

När vi talar om en evidensbaserad praktik är de etiska frågorna betydelsefulla men också bemötandet av klienterna och förhållningssätt är viktiga ingredienser i det sociala arbetet. De etiska frågorna bör tillmätas stor vikt utifrån *två grundläggande utgångspunkter*. Den första utgångspunkten är, att det är etiskt angeläget att socialtjänstens verksamhet, i så stor utsträckning som möjligt, baseras på kunskaper om insatsernas betydelse för brukarna. Den andra utgångspunkten är, att det är när ”säkra kunskaper” saknas som de etiska övervägandena har sin största betydelse, både för socialarbetaren och för klienten.

Det är lättare att göra etiska ställningstaganden om man vet vad insatserna leder till. En svårighet i socialt arbete är att beslut måste fattas och åtgärder vidtas även när man inte vet vad de olika insatserna har för effekter för brukarna. Beslut fattas många gånger på andra grunder än faktisk kunskap.

Etikens grundfrågor

Att alla människor har ett lika och högt värde uppfattas som en nödvändig utgångspunkt inom etiken. Oavsett hur mycket eller litet en människa åstadkommer eller producerar i livet, oavsett goda eller onda gärningar, har vi alla ett inneboende människovärde som är lika högt oberoende av hur, var eller efter vilka regler vi lever (Blennerberg 2005).

Etikens grundfrågor kan enligt Blennerberg (a.a) delas in i tre diskussionsområden:

- Människovärdesprincipens innebörd och grund
- Vad gör en handling eller regel rätt?
- Vilket slags personer bör vi vara ur etisk synpunkt?

Människovärde

Regeringsformen (1 kap 2 §) utgör en officiell text som föreskriver hur myndigheter ska förhålla sig i samhällslivet:

Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö.

Jenner (1995) menar att om vi ska kunna göra en riktig bedömning av om ett förhållningssätt är etiskt försvarbart behövs något värde som olika förhållningssätt kan prövas mot. Jenner hänvisar till Fagerberg m.fl. (1997) som framhåller människovärdet som ett riktmärke för etiska analyser och ger det följande innebörd:

Begreppet människovärde innebär att varje människa får göra anspråk på respekt för sig själv som person med *egenvärde*. Hon är ett värde i sig. Detta värde som varje människa äger är oförytterligt om än kränkbart. Det är henne givet i och med hennes sårbara existens. Man kan inte (genom meriter) vinna eller (genom misstag) mista det. Man kan inte heller försvara eller förstärka, minska eller öka människovärdet. Man kan bara respektera eller kränka det. Dessutom har i fråga om människovärde alla människor *lika* värde dvs. samma anspråk på grundläggande mänskliga rättigheter (Hedenius 1982). Man kan ana att människovärdet utgör etikens hörnsten.

Människovärdesprincipen innebär alltså att alla människor har ett lika och högt värde och detta värde påverkas inte av hur vi väljer att leva våra liv. Människovärdet är en del av våra liv och kan inte tas ifrån oss.

Vad gör en handling eller regel rätt?

Utifrån grundtanken om människans höga och lika värde följer tankegång- en att värna om människolivet, vilket leder till den andra grundfrågan inom etiken som handlar om vad som är rätt och vad som är ett gott liv. För att komma fram till vad som är det rätta sättet att handla i valsituationer finns det i huvudsak två grundlinjer att förhålla sig till. Det första sättet

att resonera kring vad som är en rätt handling eller regel är det som kallas *konsekvensetik*. Konsekvensetik har som utgångspunkt att det är de sammanlagda konsekvenserna av en handling eller regel som avgör vad som är rätt eller orätt. Det andra sättet att avgöra om en handling är rätt eller orätt är vad som kallas för *deontologisk etik* (kallas även plikt- eller regeletik). Pliktetik utgår från att det finns vissa handlingar eller regler som i sig själva är rätta och goda, oberoende av effekterna – regeln eller handlingen är i sig av sådan kvalitet eller innehar en egenskap i sig som gör att handlingen utifrån denna regel är den rätta. Det kan också vara så att den som utför handlingen besitter en viss egenskap som gör handlingen rätt, där själva handlingen bör utgå från att den som handlar gör det utifrån goda intentioner.

Vilka slags personer bör vi vara ur etisk synpunkt?

En tredje grundfråga inom etiken riktar uppmärksamheten mot den person som handlar. Det handlar om etisk kompetens och moralisk integritet. Det är i denna grundfråga som den etiska kompetensen och ansvaret hos varje människa lyfts fram och får sin viktiga innebörd då vi utför våra handlingar. Ett huvuddrag för moralisk/etisk kompetens är att ha en basal förmåga att känna empati för andra och på så sätt kunna känna igen en situation som kräver att vi tar ett ansvar och för en etisk diskussion kring vad som är rätt handlande i just den situationen. För att kunna göra en sådan bedömning behöver vi ha förmågan till kritisk eftertänksamhet, fantasi samt att vi ansträngt oss för att skaffa oss kunskap. Följande förmågor krävs för att inneha en etisk kompetens (Blennberger a.a.):

- förmåga att identifiera och erfara en situation som ställer krav på oss och andra och som aktualiserar vårt ansvar,
- förmågan att identifiera, analysera och reflektera över etiska problem och bedömningsalternativ,
- vilja och förmåga att bedöma vilken handling som är rätt samt
- förmåga att handla rätt

Bemötande

Flera studier visar att det är skamfyllt för många att kontakta socialtjänsten och få sina behov bedömda. Detta måste socialarbetarna känna till och de måste låta den kunskapen påverka utformningen av arbetssätt, administrativa rutiner och tillgänglighet. Lundquist (1998) talar om stilen i relationen mellan ämbetsman och samhällsmedlem. Han anser att den har betydelse, särskilt i direktkontakten mellan närbyråkrater och deras kli-

enter. Han menar att den omedelbara relationen, i för medborgarna betydelsefulla frågor, gör kontakten både emotionellt och materiellt kännbar för klienten. Det är en sak, påpekar Lundquist, att bli snävt behandlad i ett skriftligt beslut med tjänstemannen långt borta och en helt annan sak att bli arrogant och oförstående bemött av en människa som man sitter och talar med. Lundquist menar att den hjälpsökande redan från början är i ett underläge. Han påminner även om att den offentliga verksamheten är till för samhällsmedlemmarna och inte tvärtom. Mötet mellan klient och socialarbetare sägs ha känsliga nyanser som gör attityderna bakom socialarbetarens agerande och dennes tonfall moraliskt betydelsefulla.

Erik Blennberger (2005) har försökt fånga in vad som kan karaktärisera ett gott bemötande inom socialt arbete och ger förslag till en repertoar av uttryck som alla förmedlar en attityd till den hjälpsökande. Ett begrepp som nämns är *respekt för klienten som person*. Respekt kan ses som grunden i bemötande inom socialtjänsten. Även uttryck som *hänsyn, artighet och aktning* hör samman med ordet respekt, liksom *värdighet och tydlighet*. Uppvisar socialarbetaren *vänlighet* tillförs kontakten med klienten mänsklig värme och generositet. Även *tillit* till klienterna och till deras kapacitet kan fungera som en konstruktiv kraft i det sociala arbetet.

Eftersom relationen mellan klient och socialarbetare är asymmetrisk är det av stor betydelse hur socialarbetaren förhåller sig till och bemöter klienterna. En asymmetrisk relation kan kombineras med en inriktning mot jämlikhet – vi är alla människor med behov – och det kan förändra relationen.

Humanitet, solidaritet och mänskliga rättigheter

Humanitet, solidaritet och mänskliga rättigheter är tre mycket inflytelserika principer inom det sociala arbetet (Blennberger 2005). Humanitet är ett klassiskt begrepp och argument för att motivera att bedriva socialt arbete. Humanitetsbegreppet innebär att vi som medmänniskor ser och uppmärksammar andra människor och tar ansvar för deras behov och svårigheter. Detta innebär ett extra ansvar för den resursstarke människan att se till att den som är i behov av hjälp får det. Detta ansvar gäller oavsett vad den andre människan presterar och oavsett om vi känner sympati för den andre eller inte. Den andra människan blir inte en främmande person utan en medmänniska som vi har ett ansvar för och som vi visar empati för.

Solidaritetsprincipen är nära besläktad med humanitetsprincipen på så sätt att de båda idéerna uttryckligen uppmanar att stå på den svages sida. Solidaritetsbegreppet är dock mer ideologiskt laddat och framhäver att

den andre i en utsatt situation är en jämlike och en av oss. Nyckelord som kamrat och samhörighet dominerar till skillnad från humanitetsprincipen där man i stället talar om den andre som medmänniska och sin nästa. När vi talar om att vara solidarisk är det med en känsla av sympati vi känner för den andre.

Till skillnad från humanitetsprincipen och solidaritetstanken som har hjälpgivaren i åtanke och hur denne bör agera, handlar mänskliga och medborgerliga rättigheter om alla, dvs. både om hjälpgivaren och om hjälptagaren. Rättighetsprinciper handlar om alla människors rättigheter i förhållande till det offentliga och de kollektiva resurserna. Etiska principer som värnar om varje medborgarens rättigheter kan komma till uttryck och komma till stånd genom exempelvis lagar och politiska beslut och koncentrerar sig i första hand på relationen mellan medborgare och staten. Om de tidigare principerna har empati respektive sympati som ledord har principen om rättigheter respekt som grundhållning. Dock kan inte rättighetsprincipen särskiljas från humanitets- och solidaritetsprincipen eftersom enskilda människors humanitet och solidaritet är avgörande för att mänskliga och medborgerliga rättigheter ska ha någon grund för att dessa rättigheter överhuvudtaget beaktas och skyddas.

Blennberger (2005) åskådliggör skillnaden mellan begreppen i denna schematiska översikt. Grundprincip, nyckelord för ”den andre” och grundhållning.

Grundprincip	Humanitet, generositet, barmhärtighet	Solidaritet	Mänskliga & medborgerliga rättigheter
Nyckelord för ”den andre	Medmänniska, vår/min nästa	Kamrat, ”samsörig”	Människa respektive medborgare
Grundhållning	Empati som medkänsla	Sympati	Respekt

Humanitet, solidaritet och mänskliga rättigheter har en viss samhörighet men delvis handlar det om olika grundhållning och hur vi ser på våra medmänniskor. Vissa samhällsinsatser kan motiveras utifrån humanitet men inte utifrån solidaritetstanken. Vi talar om en human kriminalvård men inte om en solidarisk kriminalvård – vi känner inte samhörighet med dem som är föremål för kriminalvård, vi ställer inte upp på deras livsprojekt. Däremot anser de flesta att vi ska verka för en human kriminalvård. Det är också svårt att tänka sig att samhällsinsatser enbart ska grundas på

mänskliga/medborgerliga rättigheter; det krävs visst mått att humanitet och solidaritet för detta.

Både empati och sympati kan innefatta respekt för den andra medan det motsatta inte är självklart. Respekt kan finnas utan vare sig empati eller sympati. Inom socialt arbete är kombinationen av empati och respekt betydelsefull.

Etiska dilemman

Ett etiskt dilemma kan till exempel uppstå när man ska göra val mellan två lika oönskade alternativ – inget av de handlingsalternativ som står till buds är riktigt bra. Vad ska jag då välja – för det måste socialarbetaren/det personliga ombudet oftast göra. Frågor som dyker upp kan vara:

- Vilket handlingsalternativ är trots allt bäst – eller för all del, minst dåligt?
- Vilka konsekvenser ger det?
- Vad är konsekvenserna på kort och lång sikt?
- För vilka – individen, närstående, kommunen eller samhället?
- Vilka argument väger tyngst och varför?

Det kan också vara så att två principer kolliderar, exempelvis den om individens självbestämmande och den om att skapa välfärd/välbefinnande för brukarna. Kan man strunta i självbestämmandet när man anser att individen inte vet sitt eget bästa och vi anser att om individen får bestämma själv, kommer han/hon att fara illa? Hur illa kan vi tillåta att någon får fara just genom att inte veta sitt eget bästa?

Vilka är de etiska dilemmor som uppstår?

Som personligt ombud ställs man många gånger inför svårigheter med hur man ska hantera uppkomna situationer. Det personliga ombudet kan få kännedom om något som klienten har gjort eller kommer att göra och som uppfattas som omoraliskt eller kanske kan vara straffbart. Ombudet kan hamna i situationer då frågan om att bryta mot sekretessen uppstår. Det kan också uppstå meningsskiljaktigheter mellan ombudet och klienten – hur ska ombudet hantera detta? Kan det finnas tillfällen då ombudet bör avsäga sig uppdraget?

Här följer några autentiska situationer när det personliga ombudet hamnat i etiska konflikter. Materialet bygger till stor del på de frågeställningar som har inkommit till Socialstyrelsens etiska råd och som har diskuterats

av dess ledamöter. En kort konklusion av diskussionen finns också med. För vidare information se www.socialstyrelsen.se/etiskafragor.

Personliga ombuds ansvar

En ung kvinna med psykiskt funktionshinder och ett tablettmissbruk berättar för sitt personliga ombud (PO) att den AT-läkare hon besökte akut på en psykiatrisk klinik, inlett en sexuell relation med henne i utbyte mot recept på de mediciner hon vill ha. Läkaren har skrivit ut bensodiazipiner och smärtstillande medel till kvinnan, trots att det av hennes journal framgår att dessa mediciner inte får skrivas ut till henne. AT-läkaren har därefter tagit emot kvinnan i sitt hem och där skrivit ut ytterligare mediciner som kvinnan bett om, i utbyte mot sexuella tjänster. Detta har pågått i fyra, fem månader.

PO får av kvinnan veta att AT-läkaren även gjort detsamma med ytterligare en ung kvinna med psykiska problem. PO diskuterar med sin klient om att anmäla läkaren. Kvinnan, som har en planerad avgiftning och ett avtrappningsschema i samråd med sin patientansvarige läkare (PAL), vill dock inte anmäla AT-läkaren. Kvinnan har missbruksproblem och är inte helt nöjd med den avtrappningsplan som PAL föreskrivit, och vill gärna fortsätta att ta de tabletter som AT-läkaren skriver ut. Kvinnan tycker inte att deras sexuella relation är något problem.

PO har i sitt uppdrag skrivit ett kontrakt med kvinnan om att hon arbetar på kvinnans uppdrag och att hon inte kommer att agera utan kvinnans medgivande.

Det personliga ombudets etiska problem

Kvinnan vill inte anmäla AT-läkaren. Om PO gör en anmälan bryter hon mot det kontrakt som har upprättats med kvinnan. Kvinnan har personligt ombud bl.a. av den anledningen att hon inte litar på människor och myndigheter. Om AT-läkaren inte anmäls kommer han förmodligen att fortsätta sitt agerande tills någon annan anmäler honom och fler unga psykiskt instabila kvinnor kan bli utnyttjade av honom.

Konklusion

Som framgår av beskrivningen av det rättsliga läget (se www.socialstyrelsen.se/etiskafragor) är det oklart om det personliga ombudet ska betraktas som en verksamhet inom socialtjänsten och alltså omfattas av socialtjänstsekretessen. Om det personliga ombudet är anställt av kommunen torde han/hon omfattas av sekretesslagen och kan inte utan att riskera att

åtalas för sekretessbrott, anmäla AT-läkaren till klinikledningen, Socialstyrelsen eller polisen. Men även om det inte råder några oklarheter huruvida det personliga ombudet omfattas av sekretessbestämmelserna i socialtjänstlagen eller ej, kvarstår hennes problem med hur hon ska hantera situationen och sitt löfte till klienten.

Om det personliga ombudet väljer att informera verksamhetschefen eller klinikchefen om AT-läkarens agerande, och inte vill riskera att begå sekretessbrott, kan informationen lämnas om AT-läkaren men klienten namnges inte och avidentifieras. PO kan också själv lämna informationen anonymt. Detta förutsätter att AT-läkaren inte kan räkna ut vilket klient det handlar om vilket skulle kunna vara till men för klienten.

Personliga ombud får information om/av klienter

A. Ett personligt ombud blir uppringt av en vän till klienten. Vännen berättar att klienten stulit en summa pengar, 2 500 kr, i en handkassa i ett kooperativ.

B. En klient berättar för sitt personliga ombud att han/hon kört bil utan att ha körkort. Vid ett tillfälle ser ombudet klienten köra bil.

C. En klient skickar ett SMS till sitt ombud där det står: – ”Jag är så förbannad. Jag tänker spränga hela socialkontoret i luften”! SMS/et kommer vid 15-tiden en fredag eftermiddag.

D. En klient berättar för sitt personliga ombud att han köper amfetamin och av vem han köper det.

Personliga ombudens etiska dilemma

Som personligt ombud får man emellanåt höra mycket från klienterna. För det mesta upplevs det klienten säger som ”tomma ord”, att klienten avreagerar sig och inte menar något allvarligt med det han/hon säger. Men ibland anar personliga ombudet att det kan vara allvarligt menat, det är obehagligt och de vet inte vad de ska göra. Vilket ansvar har det personliga ombudet? Ombuden arbetar på klientens uppdrag och om informationen lämnas vidare, bryter de då förtroendet?

Konklusion

De avvägningar som det personliga ombudet bör göra ska i de här fallen vara inriktade på att bevaka den enskilde klientens intressen. Uppdraget bygger på förtroendefulla relationer och det måste respekteras. Klienten ska känna sig trygg med ombudet och lita på dennes omdöme och veta

att förtroenden som ges också behandlas som sådana. Såsom de fyra fallen är beskrivna finns det inte anledning för det personliga ombudet att riskera det förtroende som klienten tydligen känner för ombudet genom att föra informationen vidare. Dessutom har klienten i tre av fallen själv informerat ombudet och det kan tolkas som en invit till att gemensamt hitta lämpliga lösningar. Möjligen kan bombhotet vara av sådan allvarlig karaktär att ombudet måste föra informationen vidare för att undvika att människor skadas.

Det personliga ombudets bedömning av vad som är till klientens bästa och vad som är av allmänintresse är en grannlaga uppgift. När liv står på spel, eller när människor riskerar att skadas, är det självklart att allmänintresset går före. Men uppdraget som personligt ombud är speciellt, man arbetar endast på uppdrag av klienten och det sätt varpå man handlar ska gagna klienten, vara till dennes bästa. Det är en avvägning som ombudet måste göra mellan att bryta förtroendet och föra informationen vidare och riskera negativa konsekvenser för klienten och att hantera situationen på ett sätt som leder till att klienten får en förståelse för att det finns alternativa handlingsätt. I detta att vara livslots ligger att klienten behöver stöd och hjälp av ombudet med att undvika att hamna i situationer som inte är bra för klienten. Man får emellertid inte blunda för att det kan uppkomma motsättningar som för med sig att ombudet tvingas avsäga sig uppdraget.

Avsäga sig uppdraget som personligt ombud?

Karin arbetar som personligt ombud för Eva som har diagnosen paranoid schizofreni. Eva har sedan en tid kontakt med en alternativmedicinsk terapeut som ger behandlingar i syfte att ”ta bort” Evas drogbegär och depression, något som Karin inte har några invändningar mot i sin roll som ombud. Terapeuten säljer också diverse hälsomedel och apparaturer till Eva till höga priser och Karin anser att Eva inte har råd med detta. Bland annat har Eva köpt en hälsomadrass för 17 000 kr och en joniseringsluftrenare för 4 000 kr. Eva hävdar att apparaterna är bra för henne men Karin är mycket skeptisk till inköpen som dessutom raserar Evas ekonomi.

Det personliga ombudets etiska dilemma

Hur ska Karin agera? Ska hon bortse ifrån sin privata syn på vad denna terapeut gör? Ska Karin avsäga sig uppdraget eftersom hon inte vill medverka till handlingar som hon anser vara till men för Eva?

Konklusion

Det kan förefalla bäst för Eva att Karin stannar kvar som personligt ombud. Hon har då möjlighet att stötta och hjälpa Eva om det blir ekonomiska problem efter inköpen eller andra svårigheter. Karin kan kanske förmå Eva till att inte köpa dyra saker som framstår som värdelösa.

Å andra sidan kanske Karin känner sig bekymrad över att hon inte kan göra det hon vill för Eva och som hon bedömer att Eva skulle vara hjälp av. Karin kanske uppfattar att hon inte är tillräckligt bra som personligt ombud för Eva och kanske därmed ska avsäga sig uppdraget.

Leksakspistol ställer till det

Ett personligt ombud har en klient, Örjan, som bor på en liten ort där alla känner alla. En dag är Örjan ute och går och får se en leksakspistol på marken. Han stoppar den i fickan och när han står och pratar med en granne ramlar pistolen ur hans ficka. Grannen gör en polisanmälan och polisen kommer och gör husrannsakan hos Örjan.

Örjan har ansökt om god man. Örjans socialsekreterare, som han har en ansträngd relation till, ringer till den presumptive gode mannen, som Örjan gärna vill ha, och varnar henne för Örjan och påstår att han är farlig och har sprungit runt med en pistol i det lilla samhället.

Den presumptive gode mannen ringer till det personliga ombudet och talar om vad hon har hört och av vem och är orolig för sitt eventuella uppdrag. Det personliga ombudet säger att det hela handlar om en leksakspistol. Den presumptive gode mannen är ändå tveksam till uppdraget i och med att polisen har gjort en husrannsakan hos Örjan.

Det personliga ombudets etiska dilemma

Hur ska det personliga ombudet agera? Ska han/hon berätta för Örjan varför den presumptive gode mannen är tveksam till uppdraget? Ska det personliga ombudet ta kontakt med socialsekreteraren bakom ryggen på Örjan för att försöka förklara situationen?

Konklusion

Grannen och socialsekreteraren har uppfattat att det var en riktig pistol. Hade de förstått att det var en leksakspistol skulle situationen inte ha uppkommit.

Det är viktigt för Örjan att ryktet om att han haft en riktig pistol blir dementerat och att det blir klart att det var en leksakspistol. Det personliga ombudet kan på Örjans uppdrag informera den presumptive gode

mannen och socialsekreteraren om missförståndet och att han behöver och vill ha just den här personen som god man.

Anmäla "bedrägeri"?

Göran är personligt ombud och kom i kontakt med Ylva som sökte personligt ombud. När Göran träffade Ylva informerade han henne om vad uppdraget skulle innebära. Ylva var tveksam till om personligt ombud var något för henne. Senare hade de ett långt telefonsamtal under vilket Ylva ställde många frågor om Försäkringskassan och Arbetslöshetskassan. Under samtalet läste Ylva högt ur sina papper och Göran förstod att Ylva under en längre tid hade fått för mycket pengar från A-kassan. Han sa det till henne men hon vägrade tro honom. Ylva bestämde sig därefter för att inte ha personligt ombud.

Det personliga ombudets etiska dilemma

Vad ska Göran göra med den information han fått? Ska han anmäla henne?

Konklusion

Göran, som inte är personligt ombud, har ingen skyldighet att anmäla Ylva och bör inte göra det. Om han gör det riskerar han att verksamheten får dåligt rykte och det är inte målgruppen betjänt av. Göran gör enligt vår bedömning rätt i att upplysa Ylva om vad som gäller, men han bör i detta fall begränsa sina åtgärder till just detta.

Att läsa

Blennberger, E (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Studentlitteratur. Lund.

Fagerberg, Bischofberger, Jacobsson & Lindmark (1997, 4:e uppl.). *Medicinsk etik och människosyn*. Liber. Stockholm.

IMS (2008). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Gothia. Stockholm.

Jenner, H (1995). *Nytta och etik i det sociala arbetet*. Studentlitteratur. Lund.

Lundquist, L (1998). *Demokratins väktare*. Studentlitteratur. Lund.

Regeringens proposition 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag mm*.

Socialstyrelsen (2000). Meddelandeblad nr 14/2000. *Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Tännsjö, T (1998/90). *Vårdetik*. Thales. Stockholm.

Juridik i ombudens praktiska arbete

Personer med psykisk funktionsnedsättning och samhället – juridik i praktiken

Att arbeta som personligt ombud innebär att man många gånger kommer i kontakt med olika myndigheter med uppdrag att bistå enskilda personen. Myndigheter styrs bland annat av lagar, och detta kapitel syftar till att förstå myndigheterna och de lagar som styr deras verksamhet, men också andra faktorer som har betydelse för deras arbete. Fokus kommer att ligga på förståelse för lagarnas uppbyggnad, de möjligheter och begränsningar som finns samt hur myndigheterna använder dem i sitt dagliga arbete. Det är inte meningsfullt att inom ramen för detta begränsade utrymme gå in i detalj i olika lagstiftningar. Dessutom är lagar föränderliga, och att lära sig olika paragrafers lydelse är inte nödvändigt för andra än jurister – det viktiga är att förstå hur man läser dem och hur de påverkar enskilda människor.

Denna text kommer därför inte att utgå från olika lagar, utan utgångspunkten är olika livsområden och skeenden i livet där den enskilde med ett psykisk funktionsnedsättning ofta kommer i kontakt med lagar och regleringar. Detta speglar de personliga ombudens arbete – utgångspunkten är den enskilde, inte myndigheterna och deras regleringar.

Fokus i texten ligger på samhällets stöd och service. Av det skälet har jag försökt undvika långa citat från olika lagar och koncentrerat texten kring det praktiska – hur man gör och vem man skall kontakta. Vill man läsa lagarna finns de på nätet, och alla myndigheter har mer information om sina uppdrag på sina hemsidor. Texten skall ses som en introduktion, och detaljer kan du i allmänhet söka på Internet, eller ringa aktuell myndighet och fråga. Jag uppmanar alla att göra det när en situation uppstår, att vara påläst är en bra förutsättning för att få en bra dialog med myndigheten, vilket är en viktig del av personliga ombuds arbete!

Inledningsvis görs en beskrivning av de principer som styr samhället, och hur dessa påverkar den enskilde. Därefter kommer en beskrivning av olika områden i livet där enskilda, med fokus på personer med psykiska funktionsnedsättningar, möter myndigheter, lagar och förordningar.

Lagar – så funkade de

Lagar stiftas av riksdagen. Lagarna skall ses som en viktig del av det politiska beslutsfattande, och speglar värdegrunder och politiska intentioner. Lagar har olika karaktär, en del är mycket strikta där endast det som står i lagen gäller, och lagtexten är tydligt definierad. Ett exempel på en sådan lag är LSS, Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, där en tydligt definierad målgrupp ges rätt till tio tydligt definierade insatser, under vissa givna förutsättningar. Det finns inget utrymme för tolkningar eller kunskapsbaserade beslut som inte är i linje med lagens lydelse. Om lagen inte speglar kunskap och förändrade samhälleliga synsätt måste den skrivas om.

Andra lagar är mer ungefärligt utformade, dessa brukar kallas *ramlagar*. Socialtjänstlagen (Socialtjänstlag (2001:453)) är ett exempel på en ramlag som anger övergripande mål och i mindre utsträckning detaljregleringar. Ramlagar brukar vara svåra att begripa sig på för lekmän. Ett vanligt resonemang är att lagens stavelse borde gälla vilket många ser att den faktiskt inte gör – delvis beror detta naturligtvis på att lagens skrivning är övergripande och ger stort utrymme för tolkning, och delvis för att allt inte i sig är överklagningsbart. En risk är att det medför svårigheter för enskilda att förutse hur en lag kommer att tillämpas, vilket är en viktig princip i en rättsstat. En annan viktig rättslig princip är likhetsprincipen, som innebär att alla människor behandlas lika i lagligt hänseende.

Ramlagarna är på detta sätt komplicerade, men syftet med dem är att skapa utrymme för en annan viktig svensk princip, det kommunala självbestämmandet. Genom att lagen är tämligen grovt utformad, med mål snarare än individuella rättigheter, ges ett stort utrymme för att integrera ny kunskap i socialtjänstens arbete, liksom ett visst utrymme för kommunerna att göra lokala prioriteringar utifrån hur väljarna i kommunen har valt sina företrädare.

Många är frågande inför det kommunala självstyret, som ibland kan innebära att grannar i olika kommuner behandlas olika av sin socialtjänst. Å andra sidan skall man komma ihåg att det kommunala självstyret motverkar centralstyre, som ofta blir ett mer trubbigt verktyg. Ett exempel på detta är hur Sveriges riksdag på 1960-talet delade ut medel för bostadsbyggande till alla kommuner, med utgångspunkt från storlek och antal invånare. Pengarna kunde endast användas för att bygga bostäder, och det gjorde kommunerna. Problemet var att vissa kommuner redan då var utflyttningsbygder, eller att det redan fanns tillräckligt mycket bostäder. I dessa kommuner användes pengarna till att bygga hus som i princip från

start stod tomma. Genom åren har en del kommuner rivit dessa byggnader, men detta är en stor utgift för kommunerna – som inte finansieras av staten. Detta är en bild av hur kommunerna ändå måste anses vara den bästa aktören att avgöra vad som skall prioriteras i den egna kommunen.

Andra fördelar med ramlagar är att de skapar flexibilitet och utrymme för professionella, till exempel socialarbetare, att leva upp till lagens intentioner med olika verktyg och utifrån lokala förutsättningar. I LSS stipuleras exempelvis att den enskilde skall kunna beviljas bostad med särskild service – samtidigt åtföljs denna möjlighet av extremt tydliga krav på denna bostad. Bostaden får t.ex. endast innehålla ett begränsat antal boende, vilket omöjliggör mer pragmatiska lösningar för dem som inte har samma uttalade behov av låg stimuligrad, som dem som lagstiftaren hade i åtanke när lagen stiftades.

Det är dock inte helt fritt fram för kommuner att agera hur som helst inför den ibland tämligen vaga Socialtjänstlagen. Myndigheterna, i detta fall Socialstyrelsen, ger ibland ut riktlinjer, eller *föreskrifter*, kring vissa särskilt komplicerade frågor. Dessa föreskrifter är bindande regler, till skillnad från *allmänna råd*, som också formuleras av Socialstyrelsen men mer utgör handledning till beslutsfattare. De allmänna råden utesluter inte andra sätt att leva upp till lagstiftarens intentioner. Det är viktigt att som PO ibland hålla sig a jour med vad Socialstyrelsen har uttalat i frågor man arbetar med, och det gör man lätt på myndighetens hemsida¹⁹.

En nackdel som många tar upp när det gäller ramlagar är *likhetsprincipen*. Likhetsprincipen innebär alla är lika inför lagen, och av detta följer att lika fall skall behandlas lika. Hur går detta ihop med en ramlag, vars syfte ger de enskilda kommunerna möjlighet att bedöma människors rätt mot bakgrund av, förutom hans eller hennes behov, också kommunens särskilda förutsättningar? I syfte att skapa likhet inför lagen kan man överklaga vissa beslut till en förvaltningsdomstol. I förvaltningsdomstolarna (länsrätt, kammarrätt och regeringsrätt) avgörs tvister mellan enskilda och myndigheter. De beslut som fattas i de högre domstolarna, kammarrätt och regeringsrätt, är prejudicerande, det vill säga beslutet som fattats skall användas som vägledning för mål med lika, eller likartade, omständigheter.

På detta sätt kan en ramlag tydliggöras, eftersom prejudikaten skall vara vägledande i myndigheternas arbete. Beräkningsgrunderna för storleken på försörjningsstöd är ett exempel på hur något som tidigare var en kommunal angelägenhet, i ramlagens anda, blivit i sammanhanget strikt reglerat redan i lagtexten. Ett viktigt skäl till detta är att många har överklagat,

¹⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/>

vilket har tvingat fram prejudikat – som sedan gäller för alla kommuner med liten hänsyn tagen till t.ex. relativt kostnadsläge.

Det finns en rangordning när det gäller att tolka och använda lagstiftningen. Det räcker inte med att läsa lagtexten och bilda sig en egen uppfattning om vad detta *borde* innebära för den enskilde, utifrån något slags sunt förnuft. I första hand är det **lagens skrivning** som gäller. Om man inte finner det man söker där, skall man gå till **förarbetena**. Förarbeten är de skrivelser som utarbetas som grund för lagen, där lagstiftaren resonerar kring vad som ligger till grund för skrivningen i en ny lag, och hur vissa begrepp i lagtexten skall förstås. De viktigaste förarbetena är propositioner och utskottsbetänkanden. Om inte heller dessa ger tillräcklig vägledning kan myndigheternas **föreskrifter** och **domstolarnas prejudikat** vara av betydelse, och en domstol tar i sitt utslag hänsyn till dessa om de finns.

Det är emellertid för det mesta inte värt för lekmän att börja gräva längre och längre ner i juridiska källor. Det är komplicerat, tidsödande och för det mesta är det svårt att begripa vad som egentligen menas i dessa källor, och hur de skall värderas, om man inte har vana av att läsa dem. Det bästa är istället att ringa till den myndighet som kan tänkas ha ansvar för området och fråga dem vad som gäller. Det är dock viktigt att förstå hur systemet fungerar, och att lagar har olika karaktär. Om man är medveten om detta vet man när, och i bästa fall vem, man ska fråga.

Myndigheter – statsmakternas förlängda arm

Vi kommer alla i kontakt med olika myndigheter genom livet, men för vissa blir myndigheternas bistånd och beslut avgörande för hur livet skall gestalta sig. Det är därför viktigt att förstå hur myndigheter fungerar, och vad som styr myndigheternas arbete.

Lagar och principer styr myndighetens arbete

En myndighet är ett verk inom den offentliga förvaltningen som kan ses som regeringens och riksdagens förlängda arm. När statsmakterna har beslutat i en fråga skall beslutet verkställas, och denna uppgift faller i regel på den offentliga förvaltningen. Myndigheterna har olika befogenhet och uppdrag, allt ifrån att samordna och driva på utvecklingen inom ett område (t.ex. Handisam) till att bestämma och verksställa bistånd av olika slag (t.ex. Försäkringskassan) till frihetsberövande (polisen).

De myndigheter som man som personligt ombud oftast kommer i kontakt med har i allmänhet att göra med olika typer av bistånd eller för-

måner. De kan också ha mandat att göra inskränkningar i enskildas liv. Ofta handlar det om mycket viktiga delar av livet för den enskilde som försörjning, stöd och hjälp i hemmet eller kanske omhändertagande av barn. Det är då viktigt att komma ihåg att myndigheternas beslut inte fattas godtyckligt, utan tar sin utgångspunkt i ekonomiska ramar, lagar och riktlinjer.

Myndigheter styrs också av två viktiga principer; legalitetsprincipen och objektivitetsprincipen. *Legalitetsprincipen* anger att ingen myndighetsutövning får ske om det inte finns lagstöd för det, och *objektivitetsprincipen* innebär att myndigheten skall vara opartisk, saklig och behandla alla lika inför lagen. Det finns alltså inte utrymme för personligt godtycke eller egna idéer hos en handläggare om vad som borde vara rimligt i ett visst fall – varje beslut skall kunna motiveras med utgångspunkt i aktuell lagstiftning eller riktlinjer. Om du upplever att ett fall avgörs utan att du förstår vad handläggaren grundar sitt beslut på skall du be handläggaren förklara vilka lagar eller riktlinjer han eller hon använt som grund för sitt beslut. Här är det viktigt att observera att många kommuner har egna riktlinjer som politiker eller tjänstemän fattat beslut om skall gälla i just deras kommun. Detta är dock inte alltid relevant, eftersom dessa riktlinjer inte är uttryck för statsmakternas intentioner, utan för de lokala politikernas vilja. Det som skall styra valet av insatser är i stället den enskildes förutsättningar och behov med utgångspunkt i vad statsmakterna fattat beslut om.

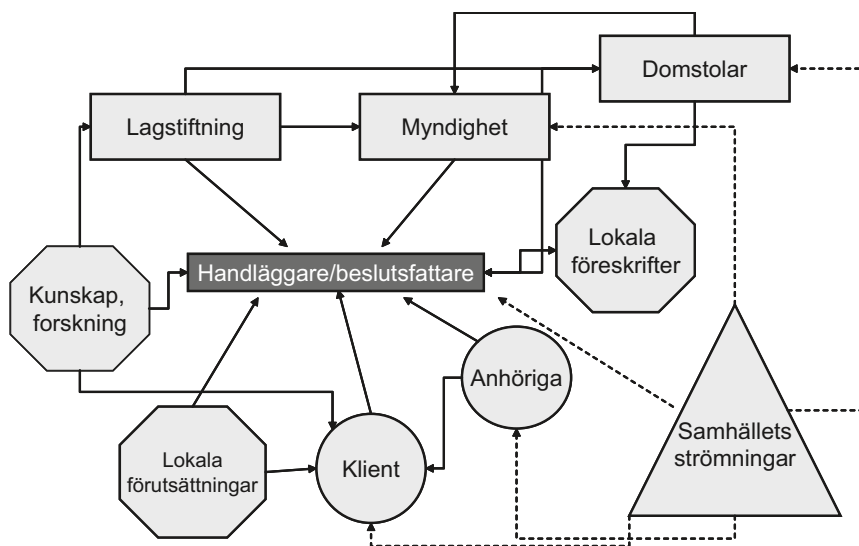
Den lag som styr alla förvaltningsmyndigheters arbete är Förvaltningslagen (1986:223). Denna lag är ganska kort och koncis, och i den regleras bland annat hur en myndighet skall motivera sitt beslut, hur ett beslut skall kommuniceras och hur ett överklagande går till.

Förutom Förvaltningslagen har handläggaren på myndigheten att förhålla sig till de lagar som reglerar den verksamhet som myndigheten verkar inom. Vilka lagar detta är beror på vilken myndighet det är, och det är sällan en lag utan flera. Handläggare i socialtjänsten kan t.ex. bevilja bistånd enligt både socialtjänstlagen och LSS och Försäkringskassans handläggare kan komma i kontakt med såväl lag om allmän försäkring som lag om assistansersättning (LASS). I allmänhet brukar dock myndigheten organiseras så att en handläggare arbetar specifikt med någon enskild lag, eller ibland bara med en eller ett par olika typer av insatser enligt en viss lag. Syftet med detta är att handläggarna skall vara specialister – men nackdelen blir att en person kan ha upp till tre eller fyra handläggare på samma myndighet, vilket blir komplicerat för personen. Det är viktigt att få handläggaren att klargöra vilka mandat han eller hon

har, och att begära att de hänvisar till rätt person i den egna organisationen i det fall en person behöver olika insatser från samma myndighet.

Andra faktorer som påverkar

Det är inte bara olika lagstiftningar som styr handläggarnas arbete. En annan viktig del av yrket är sakkunskapen. Socialsekreterare har till exempel en lång utbildning som skall vara till hjälp när det handlar om att bedöma hur de bäst kan bistå en person, och detta är en viktig del av jobbet. Vid sidan om detta påverkar också lokala föreskrifter, lokala förutsättningar och ibland den allmänna opinionen, medier och konjunkturer förändrade beteenden hos myndigheter. Under senare år förefaller exempelvis diskussionerna om problemen med det stora antalet medborgare i sjukförsäkringssystemen påverkat försäkringskassans handläggning på ett sätt som inte motsvaras av nya regleringar. Forskningens framsteg skall också i vissa fall var en ledstjärna för myndigheternas insatser.



Handläggaren skall också i allmänhet ta hänsyn till den enskilde individens särskilda förutsättningar. Det är viktigt att komma ihåg att alla människor inte skall behandlas lika – *lika skall behandlas lika*. Av det skälet är det inte meningsfullt att jämföra till exempel insatser till gamla med insatser till personer med psykiskt funktionshinder. Det är därför viktigt att den

enskilde får hjälp med att tydligt framföra vad han eller hon behöver, och varför, så att det blir tydligt för handläggaren vilka villkor som föreligger. Ett bra sätt att vara säker på vad det är den som ansöker verkligen vill få fram är att ansöka skriftligt. Det är en bra utgångspunkt för ett samtal med handläggaren, och risken för missförstånd minskar.

Många upplever ett visst obehag när de skall tala med myndighetspersoner, i synnerhet om man inte har samma uppfattning i en fråga. Då är det viktigt att komma ihåg att handläggaren är en person som arbetar på samhällets uppdrag för att förverkliga lagstiftarens och samhällets intentioner. Det betyder att man ska förvänta sig saklighet, rättvisa, respekt och att handläggaren har kompetens att bedöma behoven i relation till lagen – men också att man inte alltid har samma uppfattning. Om man som klient upplever att man får ett dåligt eller osakligt bemötande från handläggaren ska man kontakta handläggarens närmsta chef och förklara varför man har den uppfattningen och förklara hur man ser på saken. Upplever man att handläggaren har fattat ett felaktigt beslut, eller att han eller hon inte tagit hänsyn till det man framfört, och därför avslagit ansökan, skall man överklaga beslutet till myndigheten skriftligt. Myndigheten bedömer då om beslutet ska omprövas. Om detta inte sker sänds överklagandet vidare till nästa rättsinstans, till exempel länsrätten, som får fatta beslut. Myndigheten är skyldig att hjälpa till med ett överklagande, var inte rädd att be om hjälp!

Många tycker att det är obehagligt att hamna i vad man upplever som en strid med handläggaren när man överklagar. Det är viktigt att betrakta handläggaren som en representant för en myndighet – alltså ytterst statsmakten – som ofta har rätt men faktiskt också kan göra fel. Det är inte personligt och det är inte för att han eller hon är snål eller vill något ont, vi gör alla fel ibland. Låt helt enkelt en annan part pröva saken.

Förutom att få en rättvis prövning kan man som medborgare förvänta sig att myndigheten håller sig till legalitetsprincipen och rättvisepincipen. Det kanske inte handlar om det direkta beslutet – som ju kan prövas i förvaltningsdomstol – utan en upplevelse av att myndigheten eller en handläggare på myndigheten på annat sätt inte uppfyllt sina skyldigheter. Om så är fallet kan man kontakta JO (justitieombudsmannen, eller egentligen Riksdagens ombudsmän). JO-ämbetet är en gammal institution i det svenska samhället, och inrättades redan i början på 1800-talet för att granska den då tämligen enväldige kungen. JO består av flera justitieombudsmän, som utses av riksdagen för att övervaka att domstolar och andra myndigheter och tjänstemän vid myndigheter följer lagar och andra författningar, och att de uppfyller sina skyldigheter på andra sätt. Det kan

handla om att handläggningen av ett ärende bedöms som för lång, att man inte fattat beslut alls (till exempel på en muntlig ansökan) eller att myndigheten fattat beslut på felaktig information, till exempel hörsägen. För att förstå vilken typ av ärenden JO handlägger är det bra att gå in på deras hemsida, som innehåller ett stort antal intressanta yttranden²⁰.

Att företräda någon i myndighetskontakten – fullmakt

Myndigheter får inte handlägga ärenden hur som helst. En grundregel är att det bara är den enskilde själv som kan ansöka om ett bistånd, eller ett legalt ombud om man har ett sådant. Som personligt ombud kan man arbeta med en fullmakt för att tydliggöra vilket mandat man har i relation till den enskilde. Att arbeta med att upprätta en fullmakt är en bra utgångspunkt för en diskussion om i vilka sammanhang och med vad man skall företräda den enskilde – det är en garanti för att man inte gör mer än vad personen vill.

Att ha en fullmakt är att ha företrädesrätt. En fullmakt är ett juridiskt dokument som upprättas i samförstånd och som skall vara skriftlig. Det viktigaste skälet till detta är att då kan båda parter läsa igenom och skriva under, dessutom finns ett dokument som kan rivas om den person som bemäktigat vill upphäva fullmakten.

Den som får fullmakten ges rätt till rättsliga handlingar på den enskildes vägnar, och denna typ av bemäktigande skall man ta på största allvar. Det är viktigt att tänka på tre saker:

- Vad skall den som ger fullmakten ge dig rätt att göra i sitt namn?
- Skall fullmakten gälla en viss sak eller en viss tid?
- En fullmakt behöver inte vara bevitnad, men den har större bevisvärde om den är det.

Generella fullmakter är i princip inte bra. Om en person har så omfattande behov av ett ombud är det läge att fundera över om han eller hon kanske inte behöver en god man eller förvaltare i stället. Det optimala är att fullmakt upprättas för varje del den enskilde vill ha hjälp med. Det blir lite mer jobb, men det lönar sig i slutändan. En mer allmänt hållen fullmakt gäller nämligen tills den explicit återkallas, och den som har lämnat en fullmakt är juridiskt bunden till de avtal som fullmaktstagaren ingår i hans eller hennes ställe – det är en mycket ansvarsfull position.

²⁰ www.jo.se

Områden där vi möter myndigheterna

Försörjning

Människor med psykiska funktionsnedsättningar har generellt lägre disponibla inkomster än befolkningen i övrigt, mer än varannan har svårt att klara sina löpande utgifter och nästan varannan saknar kontantmarginal²¹. Ett skäl till att personer med psykiska funktionshinder har så svårt med sin privatekonomi kan vara att de inte i tillräcklig utsträckning kompenseras för de extra utgifter som uppstår med anledning av funktionsnedsättningen. Ett annat kan vara att vissa har stora svårigheter att hantera och planera sin begränsade ekonomi. Men det finns också en grupp personer med psykiska funktionsnedsättningar som har särskilt låga inkomster. En undersökning av en patientgrupp som hade kontakt med en psykosmottagning visade att denna grupp hade en medelinkomst på ca 7 000 kronor per månad²².

Många personer med psykisk funktionsnedsättning har behov av stöd och hjälp med ekonomin, av olika skäl. En del har helt enkelt en extremt låg inkomst, en del har stora skulder och andra har svårt att planera för utgifter och inkomster. I detta sammanhang finns ett antal myndigheter som kan vara bra att komma i kontakt med. Det finns också olika typer av grundläggande ekonomiskt skydd för den enskilde.

Försörjningsstöd

Försörjningsstöd är den yttersta livlinan när det gäller att ha en skälig ekonomi i Sverige. För den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller få dem tillgodosedda på annat sätt kan försörjningsstöd beviljas. Stödet är lågt, och socialtjänsten har rätt att ställa en del krav. Ett exempel på krav som socialtjänsten kan ställa är att den enskilde står till arbetsmarknadens förfogande och ställer upp i arbetsrehabiliterande åtgärder.

Rätten till bistånd regleras i Socialtjänstlagens 4 kapitel, §§ 1–6, och denna lagtext är förhållandevis tydlig när det gäller vad som skall täckas av försörjningsstödet. Detta kompletteras med Socialstyrelsens meddelandeblad om riksnormen²³. Riksnormen beräknas utifrån de personliga kostnaderna en person anses ha och om man har familj beräknas bidraget utifrån hushållsmedlemmarnas kostnader och gemensamma hushållskost-

²¹ Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder SOU 2006:100

²² Bengtsson-Tops, A. (2001). Severely mentally ill individuals living in the community. Needs for care, quality of life and social network. Department of Clinical neuroscience, division of Psychiatry. Lunds Universitet.

²³ Riksnormen för försörjningsstöd 2007 – ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

nader. De personliga kostnaderna för en vuxen person beräknades för 2007 till 2 640 kronor.

Det är viktigt att komma ihåg att för dem som lever tillsammans med någon annan, som gift eller sambo, kan socialtjänsten kräva att båda tillsammans står för försörjningen. Detta innebär att en person med inkomster som egentligen berättigar till försörjningsstöd kan nekas detta om han eller hon lever tillsammans med någon som har en väsentligt högre inkomst. Barns inkomster av arbete skall inte räknas in när socialtjänsten fattar beslut, om det inte rör sig om högre belopp än ett halvt prisbasbelopp per kalenderår, för 2009 är prisbasbeloppet 42 800 kr (4 kap. § 1a 2. stycket).

Försörjningsstödet måste betraktas som lågt och skall vara en sista utväg. Socialtjänsten skall enligt socialtjänstlagen arbeta på ett sätt som stärker den egnes resurser och bidra till att den enskilde kan leva ett självständigt liv på sikt (kap 1 § 1). Storleken på försörjningsstöd skall ses i ljuset av denna formulering – tanken är inte att någon skall leva på socialbidrag någon längre tid. Trots detta finns det vissa som gör det, och om en person gör det finns det alltid anledning att fundera över om det finns andra sätt att försörja sig. Är personen förhindrad att försörja sig genom arbete på grund av ett psykiskt funktionshinder kanske sjuk- eller aktivitetsersättning eller skyddad anställning är värt att fundera över.

En ansökan om försörjningsstöd görs hos socialtjänsten där man vistas, kommunen har nämligen ansvar för att de som *vistas i kommunen* får stöd och hjälp (Socialtjänstlagen 2 kap § 2). Det går till och med att få visst försörjningsstöd om man är på tillfälligt besök i en annan kommun än den man bor i, till exempel till hemresa eller måltider – tillämpligheten i detta avgörs från fall till fall, men kan vara värt att tänka på om en person har blivit strandad på någon annan ort. Vid ansökan ska den sökande kunna styrka sina utgifter för exempelvis hyra och andra utgifter. Beslutet är överklagningsbart, och den enskilde ska överklaga till socialnämnden och om oenigheten kvarstår lämnas ärendet vidare till länsrätten.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjuk- och aktivitetsersättning ersätter den gamla förtidspensionen. Skillnaden mellan sjukersättning och aktivitetsersättning är mottagarens ålder, aktivitetsersättning är för personer mellan 19–29 år, sjukersättning för dem som är äldre.

Aktivitetsersättning kan ges till den som är mellan 19–29 år och har varaktigt nedsatt – med varaktig avses minst ett år – arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Aktivitetsersättning beviljas i fjärdedelar, från en fjär-

dedel till en hel, beroende på i vilken utsträckning läkare och försäkringskassa bedömer att arbetsförmågan bedöms nedsatt. I aktivitetsersättningen ingår en inkomstrelaterad ersättning och en garantiersättning, den senare är ett grundskydd för den som har låg eller ingen tidigare inkomst. Det exakta beloppet varierar beroende på tidigare inkomst, ersättningsnivån mm. – kontakta Försäkringskassan²⁴ för exakta belopp.

Aktivitetsersättning skiljer sig från sjukersättning genom att det finns vissa inslag som syftar till att öka den enskildes förmåga till aktivitet, studier och arbete, dock med avsevärda begränsningar. Till exempel kan den enskilde få aktivitetsersättning om han eller hon behöver förlängd skolgång på grund- eller gymnasienivå på grund av sin funktionsnedsättning. Om en person haft aktivitetsersättning minst ett år kan han eller hon också prova på att arbeta eller studera utan att rätten till ersättning förloras. Den enskilde har också möjlighet att delta i olika aktiviteter som kan anses ha en gynnande effekt på arbetsförmågan, och dessa planeras tillsammans med försäkringskassan. Den enskilde kan då också få ersättning för vissa kostnader, till exempel träningskort, kurs- eller medlemsavgifter eller resor. I aktuella fall – kontakta försäkringskassehandläggaren. Kritik har riktats mot tillämpningen som anses begränsa ersättningen för aktiviteter som på ett mer målinriktat sätt siktar mot återgång till arbetslivet.

Sjukersättning kan beviljas till personer mellan 30 och 64 år, och det går inte att inom ramen för sjukersättning planera och få ersättning för aktiviteter. Inte heller är det möjligt att behålla sjukersättningen för förlängd skolgång. I övrigt följer sjukersättning samma principer som aktivitetsersättningen.

Den enskilde kan själv ansöka om sjuk- eller aktivitetsersättning hos Försäkringskassan. För att erhålla ersättning ska arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på hela arbetsmarknaden. Där ingår även arbeten som anordnas för personer med funktionsnedsättning, till exempel anställningar med lönebidrag. Denna formulering kan vara nedslående för personer med funktionsnedsättningar, särskilt yngre som känner att de aldrig kommer att få en chans att arbeta. Möjligheten att komma tillbaka till arbete när man en gång fått denna typ av ersättning är också låg, bara omkring en procent återkommer till arbete²⁵.

Under tiden som den enskilde har sjuk- eller aktivitetsersättning kan han eller hon studera eller arbeta och ändå ha kvar sin rätt till ersättning. Det kallas för vilande ersättning.

²⁴ www.forsakringskassan.se

²⁵ Riksrevisionen 2005 *Förtidspension utan återvänder* RiR 2005:14

Den enskilde kan arbeta och ha sin aktivitetsersättning vilande under resten av den tid som beslutet om ersättning omfattar. Men ersättningen kan vara vilande i längst två år.

Villkoren för sjuk- och aktivitetsersättning regleras i Lag (1962:381) om allmän försäkring, kapitel 7. Lagen är omfångsrik och detaljerad, och kompletteras av Försäkringskassans vägledningar – även de är väldigt omfångsrika. Har du frågor, ställ dessa till handläggaren på Försäkringskassan. Se till att återgång till arbete för en person som har sjuk- eller aktivitetsersättning sker i nära samverkan med handläggare, var till exempel uppmärksam på om en person börjar arbeta aktivt i stor utsträckning för exempelvis en frivilligorganisation. Detta är egentligen tillåtet i viss utsträckning men många med psykiska funktionshinder vittnar om att Försäkringskassan tar detta som intäkt för att arbetsförmågan inte är så nedsatt som tidigare.

Skulder

På grund av att kontantmarginaler är låga, och förmågan att planera och reda ut förhållanden med leverantörer av tjänster, är det alltför vanligt att personer med psykiska funktionsnedsättningar kommer i kontakt med Kronofogden. Kronofogden är en myndighet som arbetar för att fordringsägare skall få betalt, och även om myndigheten upplevs som hotande och otrevlig är det en myndighet som alla andra. Även de arbetar för medborgarnas rättigheter – till exempel en fordringsägars rätt att få sina pengar, och på ett sakligt, respektfullt och korrekt sätt få dem som är skyldiga pengar att betala.

Om skulder har uppstått, och dessa har skickats vidare till Kronofogden för indrivning, har myndigheten rätt att utmäta den skyldiges egendom, inklusive lön eller annan inkomst. Den enskilde har dock rätt till ett förbehållsbelopp, det så kallade normalbeloppet. Normalbeloppet skall räcka till personens alla vanliga levnadskostnader utom bostadskostnad. Till de vanliga levnadskostnaderna räknas utgifter för mat, kläder, tvätt, hygien, gas och elektricitet, telefon, TV-avgift, försäkringar, fackföreningsavgifter och liknande. Om man bor ihop med någon kommer hans eller hennes inkomst att beaktas när Kronofogden beslutar om storleken på normalbeloppet. Detta kan höjas om personen har utgifter för till exempel sjukdom. Han eller hon skall då redovisa extrakostnader till Kronofogden som tar ställning till om normalbeloppet skall höjas. Normalbeloppet brukar ligga i paritet med försörjningsstöd.

Om en person har skulder hos Kronofogden kan man till att börja med söka upp den eller de som är fordringsägare och försöka upprätta en avbe-

talningsplan. Det brukar kunna gå, om man kan presentera en godtagbar plan – fordringsägaren vill ju ha så mycket som möjligt av de pengar som personen är skyldig, så fort som möjligt! Om en person är svårt skuldsatt, och det är rimligt när man ser till hans eller hennes personliga och ekonomiska förhållanden, kan han eller hon beviljas skuldsanering. Oftast krävs det att skulderna är gamla, minst tre eller fyra år, att den enskildes förmåga att betala dem är små och att han eller hon har gjort allt som går för att betala dem. Karaktären på skulderna har också betydelse. Skuldsanering söker man hos Kronofogden och om den beviljas kan den enskilde slippa betala sina skulder helt eller delvis. Kronofogdemyndighetens hemsida²⁶ har information om detta.

Sjukvård

Ansvar för medborgarnas sjukvård åligger till största delen landstinget, men vissa delar åligger kommunen. Landstinget har enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Landstinget har också ansvaret för somatisk vård och tandvård för personer med psykiskt funktionsnedsättning. Kommunerna har ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, det vill säga boenden för vilka kommunen har ansvaret. Det finns också exempel på kommuner som har tagit över hemsjukvården för personer som bor i ordinärt boende. Kommunens ansvar omfattar sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå – det vill säga inte läkarinsatser.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:762) anges att god och säker vård ska ges på lika villkor. Ett stort problem är dock att det finns stora skillnader mellan olika landstings insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Orsaken till det är att vården i allt väsentligt skall styras av kunskap och beprövad erfarenhet – och denna är inte alltid konsistent, vilket medger stora möjligheter till olika vård- och behandlingsutbud.

Hälso- och sjukvårdens speciella logik

Hälso- och sjukvården styrs rent juridiskt av hälso- och sjukvårdslagen (1982:762). Om man läser denna ser man att den är ytterst allmänt hållen – vad är till exempel *god och säker vård* som stipuleras i § 2? Svaret är att detta måste definieras med utgångspunkt i vad aktuell forskning säger och vad landstinget prioriterar. HSL är en extrem ramlag i så motto att den lämnar stort utrymme för kunskapsbaserade insatser och inte i något

²⁶ www.kronofogden.se

fall är överklagningsbar. Av det skälet finns inga prejudikat som säger vad man som patient har rätt till.

Varje landsting avgör vad som ska erbjudas, och givetvis fattas till största delen beslutet av högt kvalificerad sjukvårdspersonal. Problemet för människor med psykiska sjukdomar är att långt ifrån alla metoder som används är beforskade, och långtifrån alla sjukdomar har tydliga metoder som hjälper mot just det en person lider av. Detta lämnar stort utrymme till lokala lösningar och prioriteringar.

Paradoxalt nog – eller just för att HSL är så vag – är området omgärdat med oerhört många riktlinjer, till exempel hur prioriteringar skall göras, hur man hanterar avvikelser, hur hygien skall skötas, hur medicinskt-tekniska artiklar skall hanteras – listan kan göras oändlig. Så även om det inte går att överklaga den vård man får finns ett system för att granska hälso- och sjukvården.²⁷

Vården har dock ett antal åtaganden som kan vara värda att hålla i minnet. Ett exempel är att vården skall ske i samråd med patienten så långt det är möjligt. Patienten skall till exempel informeras sakligt och på ett sådant sätt han eller hon kan förstå om vilka behandlingsalternativ som står till buds, och ges rätten att välja vilket alternativ som känns bäst. Återigen finns dock inga absoluta rättigheter. Man kan inte kräva en viss behandling – man kan bara argumentera för varför man tror att detta skulle vara bättre. Och det skadar inte att vara lite påläst, som i alla andra sammanhang. Möjligheten att välja är förstås avhängig av att läkaren kan presentera flera kunskapsbaserade alternativ. Det är också så att läkaren kan bestämma ett billigare alternativ, om det dyrare bara bedöms ha marginell effekt för den enskilde – logiken bakom detta är förstås att landstingets medel är begränsade och skall räcka till så många som möjligt.

Patienten har också möjlighet att begära en *second opinion*, d.v.s. en bedömning från annan läkare. För att få detta krävs att de kunskapsbaserade val som läkaren utgår ifrån inte är entydiga, det är ju inte meningsfullt att försöka få en annan behandling av en annan läkare om utgången kommer att bli densamma, det vill säga om det inte ger något mervärde för patienten.

²⁷ Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2005:12

Avgifter

Landstingen kan själva avgöra vilka avgifter som ska gälla, och för vem. I allmänhet avgörs avgiften för slutenvård av inkomsten, det finns dock ett maxbelopp, just nu 80 kronor per dygn. Tanken är att avgiften skall täcka kostnader för maten, varför även personer som tvångsvårdas betalar samma avgift, vilket ibland blir problematiskt på grund av att man anser det orättvist och att man inte ville ha vården. Tyvärr uppstår ofta problem med sjukhusräkningar av detta slag, ibland kan det med en begränsad inkomst vara svårt att betala.

Avgifter för slutenvård räknas inte in i det så kallade *högkostnadsskyddet*. Högkostnadsskyddet syftar till att enskilda inte skall behöva avstå från medicin eller vård av ekonomiska skäl. Det finns två olika typer av högkostnadsskydd, det ena avser vård och det andra läkemedel. Avgiften för läkemedel följer en avgiftstrappa, men man skall aldrig behöva betala mer än 1 800 kronor under en 12 månadersperiod. Skyddet gäller från första inköpet och 12 månader framåt. Även för vård finns ett högkostnadsskydd om 900 kronor per år. Till patientavgifter räknas både de avgifter man betalar hos landstingets mottagningar och avgifter hos de privata vårdgivare som har avtal med landstinget. Även hjälpmedel och sjukresor har ett högkostnadsskydd, 2 000 kronor respektive 1 400 kronor.

Även viss tandvård kan ingå i högkostnadsskyddet. De som ingår i LSS personkrets eller har motsvarande behov av vård eller omsorg kan få nödvändig tandvård inom ramen för högkostnadsskyddet. Till att börja med skall en gratis munhälsobedömning göras, i allmänhet initieras denna av kommunens handikappomsorg, som skall informera vårdgivaren om förutsättningarna.

Tvångsvård

Människor med psykiska sjukdomar kan bli föremål för LPT (psykiatrisk tvångsvård) och LRV (rättspsykiatrisk vård). Nedan redogörs för LPT.

All typ av tvångsvård är ett allvarligt ingrepp i den enskildes integritet, och det är de flesta medvetna om – trots detta finns det tillfällen när det bedöms nödvändigt. För att någon skall kunna vårdas med tvång krävs att han eller hon:

1. Har en allvarlig en psykisk störning

Störningen ska vara allvarlig till art och grad – schizofreni är en sjukdom som kan anses vara allvarlig till sin art, men den behöver inte vara allvar-

lig i sin grad. Som allvarlig psykisk störning räknas psykotiska tillstånd, depressioner med självmordsrisk och svårare personlighetsstörningar.

2. Med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning

Alla som är psykiskt sjuka kan inte bli föremål för tvångsvård. Det krävs att hans eller hennes psykiatriska tillstånd medför ett oundgängligt behov av vård, och det är personens liv och hälsa som är avgörande för den bedömningen. Till exempel för en person som har ett tillräckligt starkt socialt stöd, exempelvis av anhöriga eller socialtjänsten skall tvångsvård inte tillgripas. I denna bedömning skall dock hänsyn tas till om en person är farlig för annan, till exempel om han eller hon trakasserar eller hotar någon annan.

3. Motsätter sig sådan vård eller, om det till följd av hans eller hennes psykiatriska tillstånd, finns skäl att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke

Om en person kan tänka sig att ta emot vård, till exempel medicinera, kan personen inte tvångsvårdas. Detta tydliggör att tvång bara skall användas för att ge nödvändig vård, samhällsskydd är ingen ursäkt för att låsa in någon. Ibland kan det dock vara så att det inte är helt enkelt att avgöra om personen vill eller inte vill ha vård, han eller hon kanske är ambivalent och ångrar sig hela tiden – det kan då vara aktuellt att ändå tillämpa tvångsvård.

Alla kriterier skall vara uppfyllda, vilket innebär att en person kan vara allvarligt psykiskt sjuk utan att detta medför att tvångsvård är aktuellt. Fastställande av och förlängning av tvångsvård avgörs regelbundet i domstol, eftersom det handlar om frihetsberövande.

Öppenvård med särskilda villor

Hösten 2008 trädde en ny tvångsvårdsform i kraft, lag om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Lagen innebär att personer som vårdats med stöd av tvångslagstiftning (LPT eller LRV) kan skrivas ut från slutenvård under förutsättningar att de uppfyller vissa villkor, typiska exempel är att ta sin medicin eller inte missbruka. (Socialstyrelsens meddelandeblad 2008)

Bakgrunden till den nya lagen är ett förslag från Nationell psykiatrisamordning som gjorde en översyn av bestämmelserna om permission

inom den psykiatriska tvångsvården. Samordningen konstaterade att nuvarande regler för permission inte följs fullt ut, bl.a. befanns många vara på årslånga permissioner vilket skapade en oklar juridisk ställning. Ett annat problem var att människor blev kvar i slutenvård i årtal för att de exempelvis kunde antas bli aggressiva med droger – utan droger var de dock inte i behov av sluten vård. Även detta är juridiskt problematiskt.

Regeringen motiverar förslaget till lagändring med att det behövs nya regler som bättre möter patienternas rätt till en lyckad utslussning och att utslussning från tvångsvård måste kunna pågå under längre tid än idag – permissioner är ju egentligen tänkta som ganska kortvarig bortavaro från vården²⁸.

Det nya förslaget kan beskrivas som en slags reglerad permission med tydliga regler och förutsägbarhet för den enskilde. Vem som helst kan inte beläggas med tvång i öppenvård, utan tvångsvården måste alltid inledas på sjukvårdsinrättning. Med det nya förslaget kan vården därefter ges utanför ett sjukhus, och stipulera vissa villkor för individen – vilka villkor som ska väljas beror på varje patients individuella behov. Det nya lagförslaget innebär också en ändring i sekretesslagen. Uppgifter om en person som vårdas enligt LPT eller LRV ska kunna lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Lagen innebär inte några förändringar av de krav som ställs för att ta in någon till psykiatrisk tvångsvård. De krav som finns för intagning till tvångsvård gäller även i fortsättningen. Det är endast personer som är inskrivna enligt en tvångslag som berörs av den nya lagen.

För den som vårdas enligt denna lag ska en samordnad vårdplan finnas, där det tydligt anges vilken enhet inom landstinget och kommunen som ansvarar för de insatser som planeras. Där ska också stå vilka beslut kommunen fattat för att tillgodose patientens behov, till exempel i form av insatser enligt socialtjänstlagen. Det innebär en ökad tydlighet för patienten, liksom för hälso- och sjukvården och kommunen och ger uttryck för en önskan om bättre samverkan, och förväntas minska risken att just denna grupp hamnar mellan några stolar. Chefsöverläkaren som ansöker om den nya vårdformen för en patient, ansvarar för att en samordnad vårdplan upprättas och bifogas ansökan. Chefläkaren ansvarar även för skriftlig uppföljning i samband med att man ansöker om förlängd vård.

²⁸ Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) Socialstyrelsen 2009.

Om man är missnöjd

I § 2 HSL anges vad hälso- och sjukvården ska erbjuda. Där anges att vården skall vara av god kvalitet, och att den ska erbjuda trygghet för patienten. Vården skall också vara tillgänglig och bygga på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande, dessutom skall den tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Om man upplever att vården inte uppfyller dessa krav kan man framföra sina klagomål till följande instanser:

– Patientansvarig läkare

I första hand skall man, om man är missnöjd, ta en dialog med sin läkare eller behandlare, och om detta inte hjälper, med hans eller hennes närmast överordnade, till exempel chefsöverläkare eller klinikchef.

– Patientombudsman

De flesta sjukhusen har en patientombudsman. Denna skall fungera som en förbindelselänk mellan patienten och personalen i verksamheten. Patientombudsmannen har samma huvudman som behandlande läkare, varför vissa upplever att de inte är fristående.

– Patientnämnd

Alla landsting har en patientnämnd. Denna är helt fristående från vården, och både patienter och anhöriga kan vända sig dit om de har synpunkter på den vård patienten får, och de upplever att den inte uppfyller de krav som anges i lagen. Patientnämnden är ingen straffande instans, men många har upplevt att nämnden på ett informellt och lösningsfokuserat hjälpt dem att reda ut missförstånd och felaktigheter.

– Socialstyrelsen

Om man är missnöjd med vården, eller personalen, kan man också vända sig till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Myndigheten avgör själv vilka klagomål som skall tas upp och det finns ingen absolut rätt att få sin sak prövad där. Tillsynsenheten skall bidra till förbättringar och till att förebygga skador och risker i hälso- och sjukvården.

– Ansvarsnämnden

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är en myndighet, som har mandat att ge vårdpersonal disciplinpåföljder och att återkalla en legitimation. Ett klagomål till HSAN skall avse en eller flera specifika personer, som man anser allvarligt har åsidosatt sina skyldigheter som vård-

personal. Anmälan måste inkomma till HSAN inom två år efter att felet begåtts, och HSAN tar inte ställning till huruvida patienten egentligen borde ha rätt till någon behandling eller liknande, utan bara till om en anställd i vården begått ett allvarligt fel.

Rehabilitering

Rätten till rehabilitering är en av de mer komplicerade delarna i lagstiftningen och tillämpningen. Eftersom rehabilitering ofta berör många livsområden samtidigt, är det också många myndigheter inblandade. Hälso- och sjukvården har ett tydligt uttalat ansvar i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänsten har ett betydligt vagare uppdrag, medan försäkringskassan och arbetsförmedlingen också de har definierade uppdrag att bistå med rehabilitering. Ibland innebär det att det finns ett finmaskigt nät av rehabiliterande insatser, men dessvärre innebär det oftast att stödet blir fragmenterat och bristfälligt²⁹.

Vad är rehabilitering?

Psykiatrisk rehabilitering syftar till att en person skall kunna förbättra sina funktionsförmågor i en specifik miljö. För att åstadkomma detta kan man säga att ett batteri av insatser är nödvändiga:

- Behandling
- Krisintervention
- Rehabilitering
- Grundläggande stöd
- Fysisk hälsa
- Livskvalitet
- Självhjälp/kamratstöd
- Case management
- Rättighetsskydd

Enkelt skulle man kunna säga att *behandling*, *krisintervention* och *fysisk hälsa* ligger inom landstingets kompetensområde, medan insatser för *rehabilitering* delas mellan landsting, socialtjänst och försäkringskassa. *Grundläggande stöd* handlar om bostad med eller utan stöd, sysselsättning och grundläggande försörjning och ligger inom socialtjänstens område, även

²⁹ I begynnelsen var organisationen. Nationell psykiatrisamordning 2006:1

om just försörjning också kan komma från sjukförsäkringen, det vill säga försäkringskassan. *Livskvalitet* måste identifieras av den enskilde och förstås utifrån hans eller henne förväntningar varför det inte finns någon självklar huvudman i det sammanhanget. *Rättighetsskydd* och *case management* brukar kunna hanteras av personliga ombud eller god man/förvaltare, vilket rent formellt lyder under socialtjänsten, men case managers finns ibland i landstingets regi. *Självhjälp* och *kamratstöd* brukar kunna anordnas av patient-/brukarföreningar, men det är ofta nödvändigt att hjälpa dessa med lokaler och finansiering, något som kan göras av både landsting och kommun. De frivilliga organisationerna är viktiga aktörer när det gäller både delaktighet, kamratstöd och rehabilitering.

Det handlar alltså inte bara om att återgå till arbete, utan om att uppnå sina mål på flera livsområden. Ofta brukar rehabiliteringsprocessen beskrivas som en trappa, där man inleder med en behandling (landstinget), för att när sjukdomen är under kontroll fortsätta med social träning (socialtjänsten), något som följs av arbetsrehabilitering (försäkringskassa/arbetsförmedling). Detta synsätt har inget stöd i forskningen, utan vi vet att rehabilitering måste vara en ständigt pågående process³⁰ som tar sin utgångspunkt i vad den enskilde själv vill och behöver göra. Det viktiga är, som personligt ombud, att hjälpa den enskilde att själv välja vad han eller hon vill uppnå. Det är inte meningsfullt att gå till någon av huvudmännen och begära hjälp med rehabilitering – snarare är det meningsfullt att identifiera *vad* som behövs, och *vilken huvudman* som har ett utbud som stämmer överens med den enskildes behov.

Försäkringskassan har ett samordningsansvar

Försäkringskassan har det övergripande ansvaret för att rehabilitering kommer till stånd, t ex genom att upprätta en rehabiliteringsplan tillsammans med den enskilde – både för personer som har och de som inte har en anställning. Syftet med planen är främst att se till att den försäkrade får den rehabilitering som är nödvändig för att kunna återgå i arbete inom ett år. Försäkringskassan skall, enligt lag (1962:381) om allmän försäkring, utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabilitering. Detta innebär att Försäkringskassan har ett övergripande ansvar för att rehabilitering kommer till stånd om den enskilde har behov av och förutsättningar för detta. Försäkringskassan ansvarar också för att insatser från olika aktörer fogas samman så att den som har drabbats av sjukdom kan få sin arbetsförmåga tillbaka och försörja sig genom förvärvsarbete. Försäkringskas-

³⁰ Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Socialstyrelsen 2008

san skall också enligt lagen, om den enskilde medger det, samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna.

Som synes är detta rehabiliteringsansvar starkt inriktat på återgång till arbete, och i allmänhet är det bra att ta kontakt med myndigheten när det är aktuellt. Det kan bli väldigt problematiskt för den enskilde om han eller hon inte kommunicerar sina aktiviteter med sin handläggare, åtminstone om han eller hon har sin försörjning från sjukförsäkringen.

Det är också viktigt att komma ihåg att denna skyldighet för försäkringskassan inte motsvaras av någon rättighet för den enskilde.

Hälso- och sjukvården

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL § 3 b) anges att landstinget skall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering, det skall även kommunen göra och dessa insatser skall planeras gemensamt. I en gemensamt upprättad plan skall beslutade och planerade insatser framgå. Vad detta exakt innebär är svårt att förstå bara av lagtexten, och i propositionen (prop. 1992/93:159, s. 200) står det att rehabilitering innebär att: ”vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande”. Vad detta innebär i praktiken varierar kraftigt mellan olika landsting, och mellan olika vårdverksamheter inom samma landsting. Vissa mottagningar har en mycket ambitiös inställning till rehabilitering och bistår den enskilde från sjuksängen till arbete eller praktik, medan andra begränsar sitt uppdrag till behandling.

För den som vill ha insatser av rehabiliterande karaktär kan det krävas stora kunskaper om vad detta är. Inledningsvis kan det finnas situationer där krisintervention behövs, och behandling kan för vissa vara nödvändigt för att alls kunna fokusera på rehabilitering. Det är nödvändigt att kommunicera med sin ansvariga läkare eller behandlare, och komma fram till vilken kompetens som finns på kliniken, och hur denna kan användas för en framgångsrik rehabilitering. Det kan behövas många olika insatser som normalt finns på en psykiatrisk mottagning – en psykologutredning för att klargöra kognitiva tillgångar och svagheter, arbetsterapeut för att bistå i rehabilitering och vid behov hjälpmedel. För att kunna upprätta en realistisk och framgångsrik rehabiliteringsplan krävs också samverkan, ofta med kommunens socialtjänst.

Socialtjänsten

Socialtjänstens ansvar för psykiatrisk eller social rehabilitering framgår inte klart av vare sig lag eller förarbeten. Man kan, om man vill, tolka in det i till exempel den så kallade portalparagrafen i SoL 1 kap 1 §. Av andra stycket följer till exempel att socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation skall inriktas på att frigöra enskildas och grupper resurser, eller i 4 kapitlets §1 som anger att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd från socialnämnden. En tredje viktig skrivning i Socialtjänstlagen återfinns i SoL kapitel 2, § 2 – kommunen har det yttersta ansvaret för att den som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver. Detta innebär, som det står, ingen inskränkning i andra huvudmäns ansvar, men tanken med denna skrivning är att säkerställa att den enskilde inte ska bli utan hjälp om andra huvudmän inte gör sitt jobb. Detta skulle kunna ses som att kommunen skall ta ansvar för att erbjuda rehabiliterande insatser som till exempel ESL (Ett självständigt liv, en kunskapsbaserad metod för att öka individens sociala färdigheter). Detta förutsätter dock att just dessa insatser krävs för att den enskilde skall kunna få en skälig levnadsnivå, vilket är det som socialtjänsten skall tillförsäkra enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §. Vad som exakt kan anses vara skäliga levnadsvillkor varierar, och avgörs av socialnämnden, och ytterst förvaltningsdomstolarna. Begreppet är dynamiskt, och varierar över tid – det är inte troligt att vad som betraktades som en skälig levnadsnivå är samma idag som 1975. Huruvida insatser för en kunskapsbaserad rehabilitering ingår i begreppet skälig levnadsnivå återstår att avgöras av en förvaltningsdomstol. Av det skälet finns det anledning att uppmuntra att personer med psykiska funktionsnedsättningar ansöker om detta, och vid avslag överklaga till förvaltningsdomstol. Detta är en utdragen process, och många drar sig för att göra det. Å andra sidan är det enda sättet att få klarhet i hur samhället, genom domstolarna, ser på frågan, vilket är direkt avgörande för hur behovet skall bedömas i framtiden.

Att bo

Bostadsfrågan är en mycket viktig fråga för personer med psykiska funktionsnedsättningar, både Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) och Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) lyfter fram frågan särskilt i sina respektive betänkanden. För människor med psykiska funktionsnedsätt-

ningar är det avgörande att ha en bostad som är anpassad efter de egna önskemålen, i kombination med anpassat stöd, om detta behövs. Personer med psykisk funktionsnedsättning skall – lika lite som andra – tvingas att flytta allteftersom behoven ökar eller minskar, så kallade ”boendekedjor”. Så långt som möjligt skall det vara möjligt att få den hjälp som behövs i sin bostad, och stödet skall kunna vara flexibelt över tid.

Rätten att bo?

Det finns ingen absolut rätt att bo någonstans. Däremot finns en grundläggande målsättning för den offentliga verksamheten att det ”skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till [], bostad [] samt att verka för social omsorg och trygghet” (RF 1:2 2 st). Även i Socialtjänstlagen finns en skrivning om att socialnämnden skall främja den enskildes rätt till bland annat boende (3 kap § 2) – men någon absolut och utkrävbar rätt finns alltså inte. I första hand skall den enskilde göra allt som går för att på egen hand skaffa bostad, och först när detta är gjort kan det vara aktuellt med stöd att skaffa bostad från socialtjänsten.

Bostadssituationen ser olika ut i olika delar av Sverige och på vissa håll är det extremt svårt att få en bostad, köerna kan vara långa vilket drabbar både unga och svaga grupper, som psykiskt funktionshindrade. Kommunen har ett bostadsförsörjningsansvar, och om det är nödvändigt skall kommunen anordna en bostadsförmedling (lag 2000:1383 om kommunens bostadsförsörjningsansvar), men alla kommuner har inte en sådan. När det gäller bostadsförmedlingarna är grundprincipen att lägenheter förmedlas efter kötid. Det finns också för vissa grupper möjlighet att få förtur till den kommunala bostadsförmedlingens lägenheter, man brukar skilja mellan social och medicinsk förtur. Detta är ett kommunalt övervägande, men det går alltid att ansöka om och överklaga ett eventuellt avslag till förvaltningsdomstol. En utredning om social förtur görs av socialtjänsten, och för att få medicinsk förtur krävs ett läkarutlåtande. Varje ansökan prövas individuellt, och exempel på social förtur kan vara kvinnor som lever med misshandel eller hot, och medicinsk förtur motiveras av att en person har sådana medicinska behov att han eller hon på egen hand har svårt att få lägenhet. Att få förtur innebär dock inte att man får bostad omgående, ofta är kötiden lång ändå.

Man skulle kunna tänka att det följer av socialtjänstlagen att om en person inte själv kan tillgodose sina behov beträffande bostad, är det rimligt att socialnämnden ger stöd för att han eller hon skall kunna få och framför allt behålla en bostad. Men det är viktigt att komma ihåg att *socialtjänsten*

inte är en bostadsförmedling. Av den enskilde kan anses kräva att han eller hon själv, vid behov med stöd, ombesörjer att skaffa ett boende, antingen genom att köpa eller hyra. Det naturliga är att ställa sig i en bostadskö eller ta lån på banken för att kunna köpa en lägenhet eller annat boende. Om en person inte har en bostad, och inte på egen hand klarar av att skaffa en, kan socialtjänsten, om de finner att det är nödvändigt, bistå med akuta lösningar som en tids boende på vandrarhem eller liknande.

Rättigheter och skyldigheter i boendet

Som hyresgäst har man ett antal förpliktelser och rättigheter.

Först och främst måste man naturligtvis betala hyran. Att inte betala hyran kan innebära att man blir vräkt, eller avhyst, ganska omgående, så det är angeläget att vara noggrann med att betala in hyran sista vardagen före varje kalendermånads början, om inte annat avtalats. Hyresrätten anses förverkad redan en vecka efter hyran skulle ha varit betald om den inte kommit in (Jordabalk 1970:994 12 kap § 41), och efter att hyresvärden meddelat uppsägning av avtalet har hyresgästen bara tre veckor på sig att inkomma med hyran för att återvinna hyresrätten. Om det är möjligt att betala med autogiro för den som har svårt att komma ihåg att betala hyran kan det vara en diskussion att ta med hyresvärden. För den som av ekonomiska skäl har svårt att betala hyran är det viktigt att snabbt ta kontakt med socialtjänsten för rådgivning.

Förutom att betala sin hyra skall en hyresgäst också vårda lägenheten, och inte störa sina grannar. Det är till exempel inte ovanligt att personer med psykiska funktionsnedsättningar blir vräkt, t.ex. på grund av att de samlar tidningar eller inte går ut med soporna. Båda dessa beteenden stör ofta grannarna, i det förstnämnda fallet är det också en allvarlig brandrisk.

Det finns ytterligare skäl för vräkning:

- Uthyrning av bostaden utan tillstånd av fastighetsvärden
- Att bostaden används till annat än att bo, t.ex. som butik
- Att det kommer ohyra in i bostaden p.g.a. vårdslöshet
- Att hyresgästen låter personer att bo i lägenheten som kan ställa till bekymmer för fastighetsvärden
- Vanvård av lägenheten, t.ex. att fast inredning slås sönder
- Att fastighetsvärden inte släpps in för reparation
- Att lägenheten används för brottslig verksamhet
- Upprepade störningar

Det finns också rättigheter, som givetvis också omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning, oavsett om det är ett boende i socialtjänstens regi eller boende hos en vanlig hyresvärd. Bland annat har alla hyresgäster *besittningsskydd*, något som gäller även i särskilda boendeformer. Besittningsskydd inträder när man flyttar in i en lägenhet och innebär att ett hyreskontrakt om inte annat anges gäller tills vidare, och om hyresgäst och hyresvärd inte är ense om att avtalet skall upphöra skall detta avgöras i hyresnämnden. De orsaker för förverkande av hyresrätten som redogjorts för ovan är alltid skäl för hyresvärden att säga upp avtalet. Andra skäl som till exempel att bostaden behövs till någon annan är inte skäl för uppsägning av hyresrätten.

Det går att avtala bort besittningsskyddet. Sociala skäl eller rivning kan vara orsaker till att besittningsskyddet avtalas bort, men detta skall göras i samförstånd, och hyresnämnden skall i allmänhet godkänna avtalet på en särskild blankett. Bara det faktum att man hyr av till exempel kommunen innebär inte att man har begränsat besittningsskydd. Om kommunen hyr flera lägenheter för att hyra ut dem vidare, så kallat blockhyresavtal så gäller normalt besittningsskydd om det inte avtalats bort. Hyresgästen har då samma besittningsskydd som om han eller hon skulle hyra av hyresvärden direkt. Om en enstaka lägenhet hyrs ut i andra hand inträder besittningsskyddet först efter två år.

Personer med psykisk funktionsnedsättning tillåts ibland hyra en lägenhet i andra hand av kommunen i exempelvis grupp- eller serviceboenden, där de åtar sig att ta emot stöd, inte missbruka, inte ha husdjur, inte ta emot besök och så vidare. Huruvida denna typ av villkor, som ju faktiskt på ett tämligen ingripande sätt innebär inskränkningar för den enskilde, skulle klara en rättslig prövning i hyresnämnden är oklart. Flera av hyreslagens regler skyddar hyresgästen. Möjligen kan avtalslagens (1915:218) generalklausul i 36 § också vara värd att ha i åtanke

”Avtalsvillkor får jämkas eller lämnas utan avseende, om villkoret är oskäligt med hänsyn till avtalets innehåll, omständigheterna vid avtalets tillkomst [...] och omständigheter i övrigt.”

Avhysning

Om en hyresvärd säger upp ett hyresavtal (endast bostäder) ska han eller hon informera socialförvaltningen i kommunen³¹. Hyresgästen ska då flytta frivilligt, om detta inte sker kan hyresvärden vända sig till Kronofog-

³¹ Socialstyrelsen 2008. Vårkningsförebyggande arbete – stöd till socialtjänst och andra aktörer.

demyndigheten för att få bevis (utslag) eller hyresnämnden för att få en dom på att hyresgästen har förverkat sin hyresrätt och skall flytta. Endast Kronofogdemyndigheten kan avhysa någon på detta sätt, och den dag som hyresgästen skall avhysas kommer kronofogden tillsammans med en låssmed och en representant från hyresbolaget eller värden själv. Kronofogden gör en förteckning över vad som finns i bostaden, och ordnar med transport och förvaringsutrymme. Tillhörigheterna forslas till något magasin eller annan lokal där de förvaras upp till tre månader. Därefter säljs egendomen om hyresgästen inte hämtat dem.

Avhysning är alltså en dyr och krånglig historia, förutom att en avhysning skapar stora svårigheter att få ett nytt hyreskontrakt i framtiden. En avhysning bör man försöka undvika till varje pris. Om en person löper risk att förlora sitt hyreskontrakt är det att betrakta som en ytterst akut situation, och varje möjlighet att hitta lösning bör tas. Ta kontakt med hyresvärden och socialtjänsten, och försökt tillsammans med dem och hyresgästen hitta en lösning på de uppkomna problemen. Om personen har misskött lägenheten och samlat saker, försök hitta en städfirma som kan röja i lägenheten tillsammans med den enskilde, på ett sätt som den enskilde själv kan acceptera. Ifall personen inte kan betala sina hyror, prata med socialtjänsten, försök hitta någon som kan låna ut pengar – ett banklån är bättre än att bli vräkt, om detta är möjligt. Om ni lyckas – vidta alla åtgärder för att situationen inte skall uppstå igen.

Boende i särskilda boendeformer – enligt SoL och LSS

Bostad med särskild service är en insats som kan ges både enligt socialtjänstlagen och enligt LSS. Om insatsen ges enligt LSS ska den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor (LSS §7), och om den ges enligt SoL ska den medföra skälig levnadsnivå (SoL kap 4 §1). I praktiken brukar det inte vara särskilt stor skillnad mellan insatserna. En viktig skillnad är dock att insatser enligt LSS är gratis, medan kommunen kan ta ut avgifter för insatser enligt SoL.

Avgifter

Detta betyder i praktiken att kommunen inte får ta ut avgifter för stöd och service i ett gruppboende enligt LSS (däremot givetvis hyra för boendet) medan särskilt boende enligt SoL kan kosta den enskilde upp till en tolfte-del av 48 procent av prisbasbeloppet (SoL 8 kap. 5 §) – för 2008 var detta 1 640 kronor. Kommunen får dock inte ta ut mer än förbehållsbeloppet, som är det minimibelopp man skall ha kvar för att täcka sina normala

levnadskostnader sedan hemvårdsavgift och bostadskostnad är betalda. Förbehålls beloppet skall inkludera

- **Individuella kostnader**
Livsmedel, kläder/skor, fritid och hygien.
- **Hushållskostnader**
Förbrukningsvaror, möbler/husgeråd/TV, dagstidning/telefon/TV-licens, hemförsäkring och hushållsel.
- **Tilläggsposter**
Läkarvård, tandvård, mediciner och resor.

I skrivande stund är förbehållsbeloppet för en ensamstående person under 65 knappt 5000 kronor per månad, och för sammanboende under 65 ungefär 4000 kronor per person. Kontrollera med kommunen hur mycket den aktuella maxavgiften (som ju beräknas på prisbasbeloppet som ändras över tiden) och förbehållsbeloppet är när det är aktuellt.

Särskilt boende enligt Socialtjänstlagen

För personer som på grund av psykiska, fysiska eller andra skäl har behov av särskilt boende skall socialnämnden inrätta bostäder med särskild service (socialtjänstlagen, 5 kapitlet 7§). Socialnämnden skall också medverka till att dessa grupper får bo på ett sätt som är anpassat efter deras behov. Detta betyder i praktiken att kommunen skall kunna erbjuda särskild bostad (som är ett bistånd enligt SoL 4 kap § 1) till dem som har så stora psykiska funktionsnedsättningar att de har behov av det. I vilken utsträckning kommunerna gör detta varierar, och många som ansöker om exempelvis gruppboende får svaret att det inte finns några gruppboendeställen i kommunen. **DETTA ÄR ETT MUNTligt AVSLAG** – acceptera aldrig det! Socialtjänsten är skyldig att utreda om en person som uttrycker att han eller hon har behov av och vill ha särskilt boende, oavsett om det finns några sådana att tillgå eller inte³². Om handläggaren utreder frågan och finner att personen inte har ett sådant behov kan avslaget överklagas. Om handläggaren finner att personen har ett sådant behov, men beslutet inte kan verkställas inom rimlig tid riskerar kommunen vite (böter). Sedan 2006 har kommunerna en skyldighet att rapportera icke verkställda beslut till länsstyrelsen, som gör en sanktionsbedömning. Länsstyrelsen kan ansöka hos länsrätten om att vite utdöms om kommuner som inte kan

³² Handläggning och dokumentation inom Socialtjänsten. Socialstyrelsen 2006

verkställa beslut om till exempel boende inom rimlig tid (tumregeln är tre månader), det gäller inte bara bostäder med särskild service.

Särskilt boende enligt LSS

Särskilt boende kan också beviljas till personer med psykisk funktionsnedsättning enligt LSS. LSS är en så kallad pluslag, vilket innebär att den ger rätt till mer och bättre service än Socialtjänstlagen. Insatser och verksamhet enligt denna lag skall *främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet, grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet* (lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 5). Lagen ställer också höga krav på kvalitet och kvalitetsutveckling (a.a. §6).

Förstå LSS

Syftet med LSS är att säkerställa att människor med omfattande och långvariga funktionshinder tillförsäkras *goda* levnadsvillkor. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra, och tanken är att samhället skall kunna bidra med ett bättre och mer omfattande stöd för detta skall vara möjligt. De bärande principerna för LSS är:

- Tillgänglighet
- Inflytande
- Delaktighet
- Självbestämmande
- Helhetssyn
- Kontinuitet

Jämfört med särskilt boende enligt SoL är samma insats enligt LSS av högre kvalitet. En lägenhet i en gruppboende enligt LSS skall vara ett fullvärdigt boende med kök och boyta. Varje boende skall få anpassat stöd. En gruppboende består av max sex lägenheter med gemensamma utrymmen. Personal finns tillgänglig för att ge de boende det stöd de behöver, och det skall vara en fast personalstyrka. I boende med särskild service (gruppboende) skall även omvårdnad, fritid och kultur ingå som en del av insatsen.

Alla kan inte beviljas LSS. Lagen är uttryckligen avsedd för personer med omfattande och långvariga funktionshinder. Lagen anger tydligt **vem** som kan beviljas **vad** och **under vilka omständigheter**.

Vem kan få insatser enligt LSS?

Personer som bedöms tillhöra tre olika grupper kan beviljas LSS. Grupperna kallas *personkretsar*. Personkretsarna definieras på följande sätt (LSS § 1);

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Personer med psykiskt funktionshinder kan tillhöra den tredje personkretsen om de har stora och varaktiga funktionshinder, om de förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och ett omfattande behov av stöd eller service. Vad innebär då detta? För att förstå detta måste man gå till förarbetena, proposition 1992/93:159. Där anges att *varaktigt* skall förstås som att det inte skall vara tillfälligt eller av mer övergående natur. Nationell psykiatrisamordning definierade varaktigt som ett år³³. För att funktionshindret skall betraktas som *stort* anges att funktionshindret skall ha en sådan karaktär att det starkt påverkar flera livsområden samtidigt, t.ex. boende, fritid och habilitering/rehabilitering. Även när dagligt behov finns av hjälp för att klara den dagliga livsföringen i boende, utbildning, på arbetet eller i fritiden eller för att meddela sig eller ta emot information. *Betydande svårigheter* skall anses föreligga om den enskilde inte på egen hand kan klara exempelvis hygien, påklädning, mathållning eller samsättning. Dessutom skall handläggaren beakta om den enskilde på egen hand kan klara sin ekonomi, att kommunicera och om han eller hon löper risk att bli isolerad. Slutligen skall den enskilde ha ett *omfattande behov av stöd*, och omfattande innebär att den enskilde har ett återkommande behov av stöd eller service för att klara sådant som andra kan klara på egen hand, och med omfattande menas ett dagligt behov. I propositionen anges också att ordet behov ska tolkas i vid bemärkelse och avse stöd av olika karaktär.

³³ Vad är psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell Psykiatrisamordning

Detta är alltså utgångspunkten för bedömning. Tyvärr är det inte alla handläggare som är medvetna om att det är detta som är utgångspunkten, utan tänker på vanligt SoL-sätt att bedömningen skall göras i jämförelse med hur andra har det eller från någon slags samhällelig konsensus. Så är det inte – propositionen som har ett starkt rättsligt värde är väldigt tydlig med vad som skall bedömas.

Vad?

I LSS anges tydligt vad den som bedöms tillhöra personkretsen kan få. Tio insatser är definierade, varav personer med psykiskt funktionshinder är exkluderade från en, nämligen den sista. Följande tio insatser finns i LSS (LSS § 9):

1. Råd och stöd
2. Personlig assistans
3. Ledsagarservice
4. Kontaktperson
5. Avlösarservice i det egna hemmet
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar
9. Bostad med särskild service för vuxna
10. Daglig verksamhet

I denna text finns inte utrymme för en genomgång av varje insats, men gå gärna till förarbetena och se vad de respektive insatserna innebär. Kom också ihåg att personkrets 3, som psykiskt funktionshindrade tillhör, i dagsläget inte kan få daglig verksamhet. Detta är dock under utredning – kontrollera vid behov med handläggaren i kommunen om detta ändrats.

Under vilka omständigheter?

Alla som tillhör personkretsen har inte tillgång till alla insatser. I LSS § 7 anges att

Personer som anges i 1 § [det vill säga personer som tillhör personkretsen] har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1–9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov

inte tillgodoses på annat sätt. Personer som anges i 1 § 1 och 2 har, under samma förutsättningar, även rätt till insatser enligt 9 § 10. Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Detta är en skrivning som motsvarar socialtjänstlagens 4 kapitel §1. Värt att notera är att personen kan få insatser om hans eller hennes behov av insatser *inte tillgodoses på annat sätt*. I socialtjänstlagen är skrivningen att personen kan få insatser om behoven *inte kan tillgodoses på annat sätt*. Detta är en avgörande skillnad – inom ”kan tillgodoses” kan ibland alla möjliga mer eller mindre tänkbara lösningar ingå, medan det i LSS är en fråga om de faktiskt tillgodoses. En annan avgörande skillnad mot socialtjänstlagen är att insatsen skall tillförsäkra den enskilde *goda levnadsvillkor* – en högre nivå än socialtjänstlagens *skälig levnadsnivå*.

För den som tillhör LSS personkrets är det som synes en fördel att få insatser beviljade enligt LSS snarare än SoL. Fokus på kontinuitet, självbestämmande och kvalitet är väsentligt större i LSS och det innebär att insatserna generellt beviljas för längre tid. När det gäller gruppbostad har den enskilde eget kontrakt, och insatsen omprövas inte om inte villkoren förändras väsentligt.

Boendestöd

Boendestöd är en motsvarighet till hemtjänst, det vill säga hjälp i och i anslutning till hemmet, för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialtjänsten är huvudman för denna insats, och nästan alla kommuner kan erbjuda boendestöd, åtminstone dagtid i veckorna. Insatsen går mot en allt högre grad av specialisering, och i takt med att kunskap om psykiska funktionshinder ökar blir insatsen mer och mer anpassad efter just personer med psykiska funktionsnedsättningar, och inte bara en variant av hemtjänst. Innehållet tycks dock variera kraftigt mellan olika kommuner, men generellt utgör boendestödet ett kvalificerat vardagsstöd, alltså mer omfattande än ren hjälp i hemmet.

Återigen är det viktigt att en ansökan om insatser tar sin utgångspunkt i vad den enskilde själv tycker att han eller hon behöver. Och återigen är det ett tips att skriva ned vad den enskilde vill ha hjälp med, och lämna detta som en ansökan. Skälet är att handläggaren skall kunna ta ställning till den enskildes särskilda behov och önskemål i bedömningen, och inte bara bevilja något slags allmänt boendestöd. Risker är då att den enskilde

är missnöjd, samtidigt som handläggaren fattat ett korrekt beslut, som inte är överklagningsbart eftersom det är gynnande. Det är också av vikt om myndigheten klargör hur de ser på sitt uppdrag – ibland förekommer det att handläggare uttrycker att deras boendestöd inte sysslar med det ena eller andra, till exempel att de inte städar eller handlar. Om det är just det den enskilde vill ha hjälp med, måste ju detta ses som ett avslag, och det kan vara av värde att låta en förvaltningsdomstol ta ställning till om detta överensstämmer med lagens intention.

Att arbeta

Om man frågar människor med psykiskt funktionshinder vad de behöver och vill ha, blir svaret oftast, som för alla andra, att man vill ha en bostad där man trivs, någon att leva med och älska, vänner och ett arbete som man gillar. Just arbete är en extrem bristvara för personer med psykiska funktionsnedsättningar, och något som ofta glöms bort i diskussionerna. Många har uppfattningen att arbete är omöjligt för denna grupp människor. Så är det naturligtvis inte, med rätt insatser är det möjligt för många att få och behålla ett arbete. Det finns stora brister när det gäller olika typer av rehabiliteringsinsatser och flexibla anställningsformer, men man skall i alla fall vara medveten om de möjligheter som finns.

Sysselsättning inom kommunens ram

I socialtjänstlagen definieras socialnämndens skyldigheter gentemot vissa grupper, till exempel människor med funktionshinder. Socialnämnden skall till exempel verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra (SoL kap 5 §7). Dessutom anges att nämnden ska medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning. Många uppfattar skrivningen *medverka till* när det gäller sysselsättning som att det inte är lika starkt som andra skrivningar, men det finns inget stöd i förarbeten eller lag för att intentionen är sådan – snarare kan man tänka att det handlar om att det finns många myndighetsaktörer när det gäller sysselsättning och arbete, och att socialnämnden ibland skall hjälpa den enskilde att få sysselsättning av annan huvudman.

Kommunen har ofta egna sysselsättningsverksamheter av olika karaktär och kvalitet. Sysselsättning i dessa verksamheter är ett bistånd enligt socialtjänstlagen, även om vissa kommuner inte fattar biståndsbeslut om detta.

Socialnämnden kan också ha enheter som erbjuder mer målinriktade insatser för sysselsättning och återgång till arbete. Här kan deltagarna till exempel få hjälp till praktikplatser. Upplägget ser olika ut i olika kommuner, kontrollera möjligheterna om det är aktuellt, och glöm inte att det finns olika enheter inom kommuner som kan jobba med detta. Det finns också ofta frivilligorganisationer och liknande som har sysselsättningsplatser eller annan verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar, till exempel Fontänhusen.

I rapport 2006:7 från Nationell psykiatrisamordning, *Det finns mer än man tror: en kartläggning av sysselsättningsverksamheter för personer med psykiskt funktionshinder i ett antal svenska kommuner våren 2006* finns många uppslag för att hitta fler verksamheter än de som kommunen har inom sin socialpsykiatriska verksamhet.

En viktig sak att komma ihåg om någon man arbetar för vill ha sysselsättning är att det kan vara förenat med kostnader. Exempel är att det blir nödvändigt att skaffa busskort, äta ute eller ha andra kläder. Kolla hur mycket det kan handla om och uppmärksamma handläggaren på det – detta är ibland ett skäl till att personer med psykiska funktionsnedsättningar tvingas tacka nej till en sysselsättning de egentligen vill ha!

Olika typer av anställningar

Målet för många som hamnat utanför arbetsmarknaden är att komma tillbaka eller komma till den. Det kan vara svårt för många med funktionsnedsättningar att få vanliga anställningar eftersom arbetskapaciteten kanske inte är hundra procentig i alla lägen. Av det skälet finns ett antal anställningsformer som kompenserar arbetsgivaren för detta. De som anges nedan administreras av Arbetsförmedlingen.

Lönebidrag

Lönebidrag är en vanlig insats till personer med funktionsnedsättning, men reglerna har nyligen ändrats varför den idag är mindre förmånlig. Principen är att om en person med nedsatt arbetsförmåga anställs av en arbetsgivare, kan arbetsgivaren kompenseras ekonomiskt för den nedsatta arbetsförmågan genom lönebidrag. Lönebidrag kan ges under fyra år (förordning (1991:333 om lönebidrag). Tanken med lönebidrag är att öka anställningsbarheten för personer med arbetshandikapp, och detta görs genom att den anställdes lönekostnad kompenseras för eventuell nedsatt arbetsförmåga. En princip för bidraget är att det skall kunna minska allt eftersom arbetsförmågan hos den anställda ökar. Lönebidrag får lämnas

- Vid nyanställning
- När en anställd återgår till arbete efter att ha haft hel tidsbegränsad sjukersättning eller hel aktivitetsersättning
- När en arbetstagare som tidigare haft en anställning med lönebidrag får sin arbetsförmåga försämrad inom tre år från det lönebidrag som senast lämnades och det finns behov av att lönebidrag på nytt lämnas
- När en arbetstagare som har lönebidrag byter arbetsgivare kan den nya arbetsgivaren få bidrag för återstoden av den beslutade bidragsperioden
- När en arbetsgivare anställer en person med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och som är långtidssjukskriven från en anställning som hon/han inte kan återgå till.

Den som är anställd med lönebidrag skall ha för branschen normal lön och andra normala anställningsförmåner. Som mest kan arbetsgivaren få 80 procent av en heltidslön på 13 700 kronor. I särskilda fall kan lönebidraget dock bli större än 80 procent. Diskussioner om lönebidrag tas med Arbetsförmedlingen. Beslut om lönebidrag är inte överklagningsbart, så det gäller att vara väldigt tydlig med skälen till att den enskilde bör få det. Det är också bra att kunna presentera en arbetsgivare!

Trygghetsanställning

Trygghetsanställning är idag en marginell företeelse, endast några hundra personer med funktionsnedsättning har en sådan anställning. Trygghetsanställning är ett ekonomiskt stöd till arbetsgivaren, och syftet med stödet är att ge arbetsgivare möjlighet att erbjuda anpassat arbete för personer som annars är hänvisade till anställning hos Samhall. Det är en möjlighet för övriga arbetsgivare att ta vara på den kompetens och de erfarenheter som dessa personer har och samtidigt få ekonomisk kompensation för de anställdas nedsatta arbetsförmåga samt ersättning för övriga kostnader för anpassning av arbetet. Såväl privata som offentliga och ideella organisationer kan få ekonomiskt stöd. Den anställde ska ha lön och andra anställningsförmåner som följer av kollektivavtal eller är likvärdiga med förmåner enligt kollektivavtal inom branschen.

Trygghetsanställning är alltså på många sätt likt lönebidrag, men anställningen skall vara långsiktig, och är inte tidsbegränsad som lönebidrag, utan omprövas bara vart fjärde år – har personen fortfarande samma arbetshandikapp förlängs bidraget.

Utvecklingsanställning

En utvecklingsanställning kan erbjudas personer som är arbetslösa och har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Precis som med trygghetsanställningar och lönebidrag ges ekonomiskt stöd till arbetsgivaren, som kan vara offentlig, privat eller ideell förening. Denna typ av anställning är dock tydligt rehabiliteringsinriktad och erbjuds endast under ett år, därefter skall den enskilde helst övergå till reguljär anställning – skillnaden mot trygghetsanställning är alltså att det finns en tydlig förväntning på en tämligen snabb rehabilitering.

Offentligt skyddat arbete (OSA)

OSA syftar till att ge vissa grupper av personer med funktionsnedsättningar, som medför nedsatt arbetsförmåga, möjlighet till anställning med rehabiliterande inslag. På sikt ska anställningen leda till ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Det är Arbetsförmedlingen som anvisar platsen, och arbetsgivaren skall vara en offentlig aktör, ofta är det kommunen som har OSA-platser. Anställningarna vänder sig till tre grupper;

- Arbetslösa med socialmedicinskt funktionshinder
- Arbetslösa som är berättigade till insatser enligt LSS
- Arbetslösa som på grund av långvarig och svår psykisk sjukdom inte tidigare har haft kontakt med arbetslivet eller varit borta ifrån det under längre tid.

OSA är alltså en insats som särskilt vänder sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Trots att den är så tydligt riktad hade endast en av fem med OSA-anställning 2004 nedsatt arbetsförmåga på grund av ett psykiskt funktionshinder. En förklaring till det är att många handläggare tror att insatsen bara vänder till personer med ett socialmedicinskt handikapp, alltså missbruk.

Personer med OSA-anställning skall ha lön och andra anställningsförmåner som följer av eller är likvärdiga med kollektivavtal i branschen. Den som anställs i skyddat arbete omfattas dock inte av lagen (1982:80) om anställningsskydd. Arbetsgivaren skall tillsammans med Arbetsförmedlingen, den anställde och den lokala fackliga organisationen underteckna en överenskommelse, där insatser som exempelvis utbildning, arbetshjälpmedel och kamrattstöd anges. Till skillnad från till exempel lönebidrag är anställningen inte tidsbestämd, och människor kan ha OSA-anställning i många år.

Anställning hos SAMHALL

Samhall är en mycket speciell svensk konstruktion, ett stort företag som är helägt av svenska staten och drivs som ett självständigt aktiebolag med ett ägarkrav på att verksamheten ska bedrivas med lönsamhet. Detta är i sig inget unikt, men Samhall skall skapa meningsfulla och utvecklande arbeten för personer med funktionsnedsättningar genom att producera varor och tjänster på en konkurrensutsatt marknad. Samhall har verksamhet inom industrin, servicesektorn och tjänstesektorn och får statsbidrag som kompensation för arbetstagares nedsatta arbetsförmåga.

Arbetsförmedlingen kan anvisa personer med funktionsnedsättningar anställning hos Samhall. Samhall och AMS har tillsammans definierat personer med psykiska funktionsnedsättningar som en prioriterad grupp vid nyanställningar, tillsammans med personer med intellektuella funktionshinder och personer med flera olika funktionsnedsättningar. De anställda har lön och andra anställningsförmåner i enlighet med kollektivavtal, men omfattas inte av LAS (1982:80).

Samhall har under senare år fått kritik för att vara dåligt anpassat för personer med svårare funktionsnedsättningar, vilket kan vara en effekt av att bolaget skall vara vinstdrivande och det kan finnas anledning att hellre anställa personer med små arbetshandikapp hellre än större. Ungefär var femte tjänst på Samhall var 2005 tillsatt med en person med psykisk funktionsnedsättning.

Övriga insatser för att underlätta anställning

Det som visat sig vara den mest effektiva insatsen för att få och behålla ett arbete är *supported employment*. Supported employment (ofta kallat arbete med bistånd på svenska) är en metod där den enskilde får stöd på arbetsplatsen, för att klara arbetet, får stöd i att hantera rutiner och kollegor och kraven på arbetsplatsen. Den bästa utformningen är om stödet kan ges flexibelt och så länge den anställde själv anser sig behöva det. Det är inte så ofta det förekommer som stöd – om det gör det är det i allmänhet i kommunens regi, eller som en insats i samverkan mellan olika huvudmän. Det finns dock två reguljära insatser från arbetsförmedlingen som ligger i linje med detta.

SIUS-konsulent

Länsarbetsnämnden skall kunna erbjuda Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS) till arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga inför en anställning. SIUS-konsulenten beskrivs av arbetsförmedlingen som en funktion med kunskap om introduk-

tionsmetodik, och stödet ges till både den enskilde och arbetsplatsen. Stödet kan ges till personer som är arbetslösa och har ett arbetshandikapp, och under introduktionen får han eller hon ofta någon typ av försörjning från arbetsförmedlingen.

Stödet handlar om att i ett inledningsskede hjälpa den enskilde att kartlägga förutsättningar och önskemål inför en anställning, och när kartläggningsarbetet är klart ger konsumenten stöd i att hitta en arbetsplats som motsvarar den arbetssökandes önskemål och förmågor. Under sex månader kan konsumenten ge personen ganska omfattande stöd vid introduktionen på arbetsplatsen, såväl när det gäller arbetsuppgifter som sociala relationer och annat som kan vara svårt för den som varit borta länge från arbetsmarknaden, eller aldrig varit där. Efter att introduktionen genomförts kan enstaka uppföljningsinsatser förekomma upp till ett år efter att en anställning (ofta med lönebidrag eller liknande) påbörjats, men i princip finns en tydlig avgränsning av uppdraget – vilket gör att det inte riktigt uppfyller kraven på att vara supported employment. Om någon får detta stöd kan det vara bra att försöka hitta andra stödformer för honom eller henne när SIUS-konsumenten avslutar sitt uppdrag. Det kommer alltid nya utmaningar på en arbetsplats, och ibland kan det vara viktigt att få hjälp med att hantera dessa.

Stöd till personligt biträde

Arbetsförmedlingen kan lämna bidrag – max 50 000 kronor per år – till personligt biträde, alltså till en person som har nedsatt arbetsförmåga. Stödet ges som ekonomisk kompensation till arbetsgivaren för merkostnader till följd av att arbetsplatsen avsätter personalresurser för stöd i arbetet till den som har en funktionsnedsättning.

Färdtjänst

Många personer med psykisk funktionsnedsättning isolerar sig för att de inte kan åka med kollektiva färdmedel. Det kan handla om personer som har social fobi, tvångstankar eller av andra anledningar inte kan åka kommunalt. Det förekommer att dessa personer beviljas färdtjänst.

Färdtjänst är en transportservice. Färdtjänsten kan man använda sig av för att ta sig dit man vill, eller måste åka, som till jobbet. Kommunen är den myndighet som beslutar vem som skall få färdtjänst, under vilka omständigheter och hur mycket. Villkoren för kostnader och antal resor kan variera, men den grundläggande principen är att den enskilde skall betala motsvarande vad det kostar att åka med vanlig kollektivtrafik.

Rätten till färdtjänst regleras i lag (1997:736) om färdtjänst. Man ansöker om färdtjänst i den kommun man är folkbokförd – alltså, inte nödvändigtvis där man bor, om man till exempel bor på ett särskilt boende i en annan kommun.

Avslutningsvis

Samhället har många viktiga åtaganden mot sina medborgare. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har exakt samma rättigheter och skyldigheter som alla andra och denna text handlar om just det. Jag har valt de situationer som är mest förekommande i människors liv och utgått från det normala.

Det viktigaste med denna text är att hjälpa personliga ombud att förstå och hantera de myndighetskontakter som alla medborgare kommer i kontakt med. Jag vill förenkla och avdramatisera systemet, och i någon mån underlätta det arbete som behöver göras för att säkerställa att samhället lever upp till sina åtaganden för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Att läsa

INTRA. *Handikapplagen LSS och annan näraliggande lagstiftning*

Anders Printz. *Psykiskt funktionshinder i ställning i samhället En rätts-handbok*. Norstedts Juridik

Anders Printz bok *Psykiskt funktionshinder i rättigheter: en handbok*. Norstedts Juridik 2004

Personliga ombud, ledningsgrupper och samverkan

Hur ser klientens värld ut i mötet med de offentliga systemen

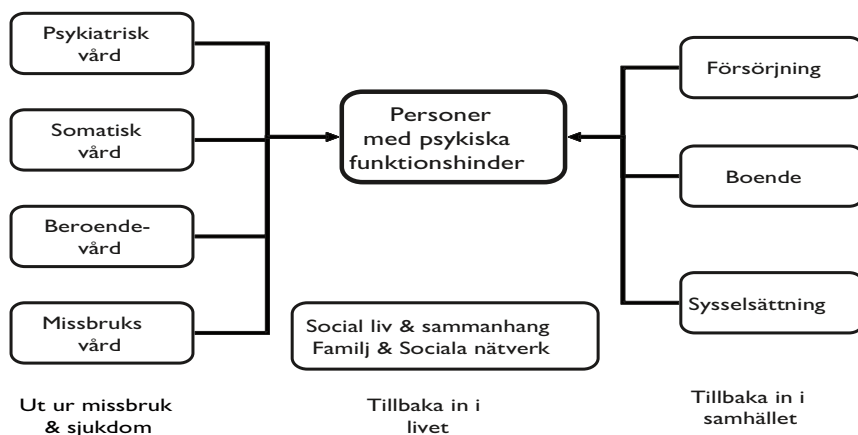
Att få en bild av begreppet helhetssyn

Det som bl.a. utmärker situationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar är att deras situation nästan alltid är komplex och består av ett antal sammansatta eller sammanvävda problem. Vi kan i figuren nedan se att dessa går att gruppera i tre olika kluster:

- behov av att komma ut ur sin psykiska sjukdom eller missbruk
- behov som har att göra med återvändandet till samhället såsom bostad, försörjning och arbete
- och behov som har att göra med att återfå ett vanligt socialt liv.

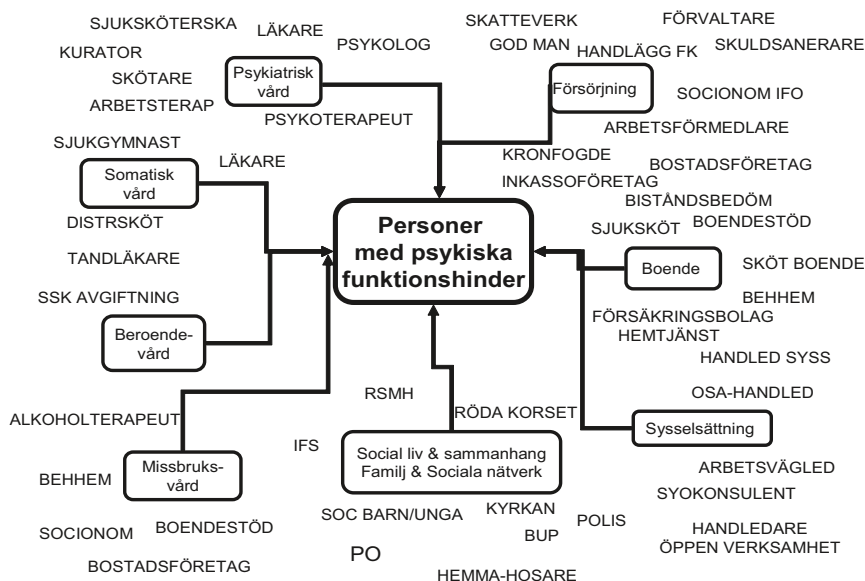
Tanken är ganska enkel: om jag blir symptomfri och samtidigt inte har vare sig bostad, försörjning eller ett arbete att gå till finns det inte särskilt stora skäl att tro att den psykiska hälsan kommer att bestå, eller som en klient sa vid en intervju:

”Hur effektiv tror du min psykoterapi är då jag vare sig har ordning på min försörjning eller min bostadssituation. Jag är ibland mer oroad över var jag ska sova än de problem min psykiska sjukdom ger mig”



Det är tämligen klart att begreppet helhetssyn för denna grupp av människor blir viktigt. Samtidigt berör dessa olika behov ett stort antal offentliga aktörer och ett ännu större antal personer och professioner. Detta har fått oss att tillsammans med ett antal olika expertgrupper inte bara identifiera de behov en person med psykiska funktionsnedsättningar har utan också hela den karta av aktörer han möter. Vi fick då följande bild. Bilden leder gärna till tanken att för att kunna vara sjuk i denna värld måste man nog vara väldigt frisk, i varje fall om man vill få rätt stöd och samordning av dessa stödinsatser.³⁴

³⁴ Studier av klienterna till personligt ombud i Skåne, Västmanland och Blekinge anger att mellan 65 och 88 procent har insatser som inte matchar deras behov och/eller inte samordnas.



Men bilden är mer komplicerad än så. I ett antal studier som genomförts kring denna målgrupp har vi funnit att kring personer med psykiska funktionsnedsättningar blir det över tid ofta aktuellt med uppemot ett hundratal olika insatser från ett dussintal olika aktörer med flera tjog handläggare inblandade för att den enskildes olika behov ska kunna tillgodoses. Det visar sig dessutom att många aktörer inte har kunskap om vad de övriga aktörerna vidtar för åtgärder och ytterst sällan är det någon som håller samman det hela i form av en samlad åtgärds-, behandlings-, vård- eller rehabplan. Med denna bild i åtanke blir det mera begripligt att två centrala insatser från ombudens sida blir att bidra till att insatserna motsvarar de behov klienten har och att insatserna samordnas. En annan rimlig slutsats är att för att detta ska bli effektivt måste ombuden ha en ledning som skapar legitimitet för dem att arbeta på alla dessa olika arenor.

Vilka strukturella mekanismer ligger bakom

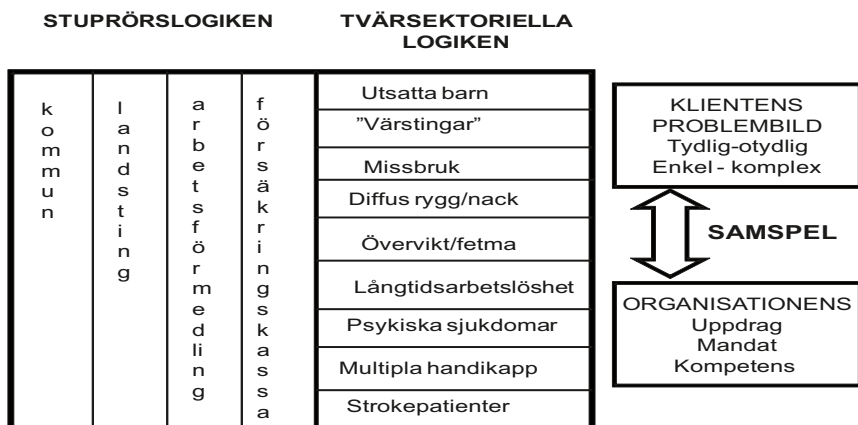
Stuprörslagens innebörd för personer med psykiska funktionsnedsättningar

För de flesta medborgare i landet fungerar de offentliga systemen väl. De är uppbyggda efter vad som skulle kunna kallas stuprörslagen. De är högt specialiserade och har en djup men avgränsad kunskap inom vissa arbetsfält som passar väl om klientens problembild är tydlig och okom-

plicerad och överensstämmer väl med organisationens kompetens, mandat och uppdrag. Men välfärdssystemets uppgift är naturligtvis inte bara att hantera de enkla och okomplicerade klienterna. Problem uppstår då klientens problem är diffust, sammansatt och spänner över flera olika organisationers kompetens och mandatområden och inte helt överensstämmer med det uppdrag de enskilda organisationerna har. Så här säger en intervjuad klient:

”Jag skulle aldrig klara av det här ensam. Det tror jag inte. Någonstans måste man få stöd. Jag tänker på alla kontakter med alla instanser som man ska ha. Jag vet inte... jag hade inte gjort det själv, så enkelt är det. Du vet inte vem du ska ringa till.”

Dessa s.k. ”multifaktoriella klienter” passar så att säga inte in i systemet eftersom just det komplexa och det sammansatta kräver en gemensam och samordnad insats från många aktörer både för att förstå problemet och för att hitta rätt lösningar. Det paradoxala inträffar att de klienter som på grund av det sammansatta, diffusa och komplexa i sin problematik har störst behov av stöd också har svårast att nå fram till ett sådant stöd. Personer med psykiska funktionsnedsättningar är just en sådan grupp som inte riktigt passar in i systemen och med vilken det spelas ett sorts organisatoriskt Svarte Petterspel.



Är det individens eller samhällets problem?

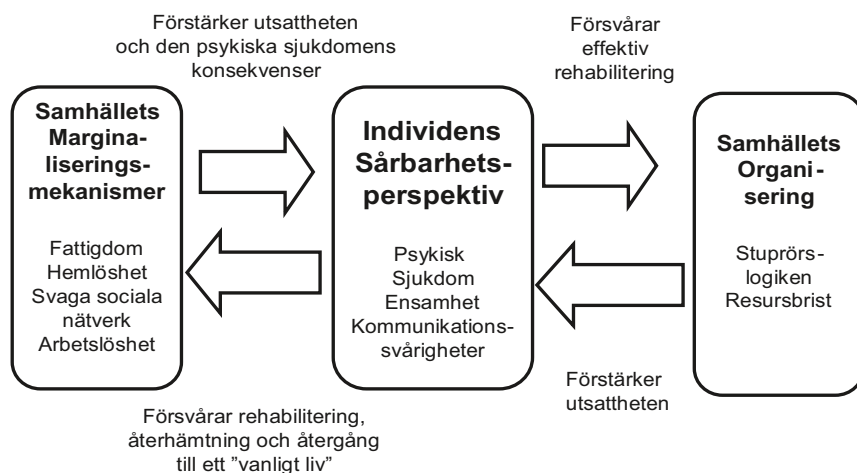
Det vore lätt att beskriva arbetet kring personer med psykiska funktionsnedsättningar, inklusive det arbete som de personliga ombuden utför, som

ett individbaserat arbete utifrån individbaserade problem. Den enskilde individens utsatthet och sårbarhet är ju det mest uppenbara. Den psykiska sjukdomen med alla dess symtom, den ensamhet och de kommunikationsproblem den medför.

Men då glömmar man det sociokulturella sammanhang individen befinner sig i. Ett samhälle där entydiga mekanismer förstärker den enskildes marginalisering³⁵ i allt från fattigdom, hemlöshet, svaga sociala nätverk till utstötningen från arbetsmarknaden. Mekanismer som förstärker utsattheten och den sociala sjukdomens konsekvenser. Så här säger ett ombud om en av sina klienter:

”Han är körd hos det kommunala bostadsbolaget. Han har ingen bostad utan driver runt hos olika kompisar. Vem vill ge honom en chans till efter alla vräkningar? Arbetsförmedlingen anser att han inte står till arbetsmarknadens förfogande. Han har ingen kontakt med föräldrar och annan släkt. Han har gjort sig omöjlig på försäkringskassan och är inte längre välkommen på den dagliga sysselsättningen. Han är faktiskt helt ensam.”

Men detta är också mekanismer som försvårar rehabiliteringen, återhämtningen och återgången till ett mer normalt liv. Vem ger en psykiskt sjuk ett förstahandskontrakt till en lägenhet, vem anställer en person med psykiska problem. Hur återtar en person med psykiska funktionsnedsättningar sin normalitet inför sådana marginaliseringsmekanismer?



³⁵ Mångfaldens mekanismer, att arbeta som personligt ombud i storstad, Socialstyrelsen 2004

Men för den enskilde är problemen värre än så eftersom det sätt vi organiserat samhället på försvårar klientens rehabilitering. Stuprörslogiken gör att ingen aktör anser sig ha eller har kompetens att ha ett helhetsansvar. Dessutom lever vi i en tid då resurserna i de offentliga rehabiliteringssystemen minskar i allmänhet och för personer med psykiskt funktionsnedsättningar i synnerhet³⁶. Den slutsats man kanske kan dra av detta är att både samhällsutvecklingen i stort och vårt sätt att organisera och leda de offentliga systemen förstärker utsattheten och marginaliseringen av personer med psykiska funktionsnedsättningar. Detta försvårar dessutom deras rehabilitering och återhämtning.

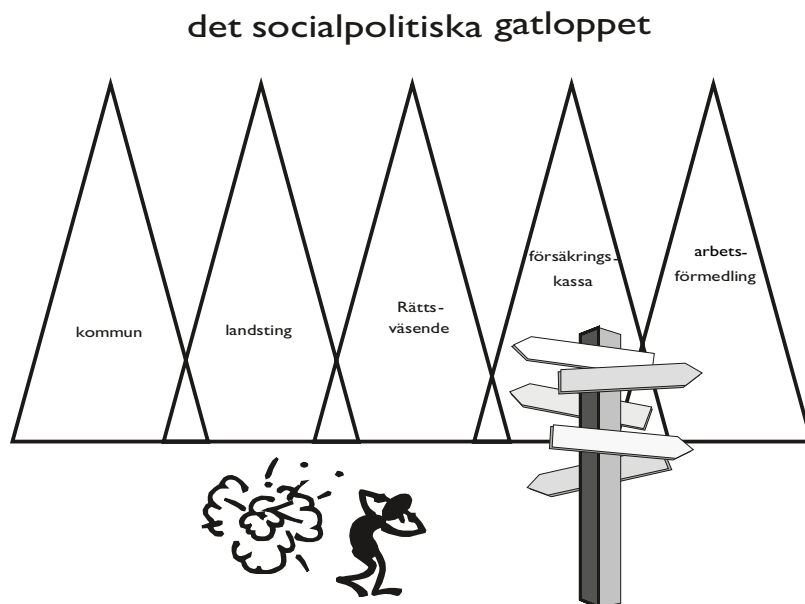
Vad är innebörden av de socialapolitiska gatloppen?

Denna bristande förmåga till helhetssyn och samordning av insatserna leder för den enskilde ofta till både att sjukdomsbilden förvärras och att man blir utsatt för en serie kränkande bemötanden. Det visar sig att enskilda handläggare alltför ofta vare sig har kunskap om den psykiska sjukdomen eller de konsekvenser den psykiska funktionsnedsättningen medför. De har inte heller kunskap om de olika organisationer man måste samverka med för att kunna lösa sin uppgift, kunskap om konkreta arbetsmetoder för att lösa den enskildes problem eller hur man bemöter klienten på ett respektfullt sätt. Så här säger ett ombud om en av sina klienter:

”Jag har en klient (en ung ganska stökig och utagerande man i 25-årsåldern) utan tydlig diagnos och med ett helt knippe av olika problem som utöver den psykiska funktionsnedsättningen omfattar missbruk, ett visst fysiskt handikapp, skuldproblem, konflikter med sociala myndigheter, viss kriminalitet, en vårdnadstvist samt hot om vräkning. Alla drar i honom åt olika håll. Det presenteras olika lösningar och olika synsätt på honom och hans problem. Ibland tror jag nästan han blir mer sjuk av detta än sin ursprungssjukdom. Min bild är att detta är ganska typiskt för just den här gruppen av unga nyinsjuknade med komplex problematik och utan tydlig diagnos.”

³⁶ se t.ex. Dagens Nyheter 29:e oktober 2004 som redovisar resultatet från en enkät till landets samtliga landsting, Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne, 2006

Dessa välfärdspolitiska tillkortakommanden innebär för klientens räkning ofta ett långvarigt, destruktivt och ofruktbart gatlopp mellan olika myndigheter som alla försöker skjuta ansvaret från sig, något som de flesta personliga ombud kan berätta om³⁷.



Detta förhållande leder inte bara till att den enskilde inte får hjälp och kanske blir allt sjukare, det leder också stundtals till att berörda myndigheter (sannolikt oavsiktligt) agerar ineffektivt och mot sina långsiktiga intressen.

Effekter av reformen med personligt ombud

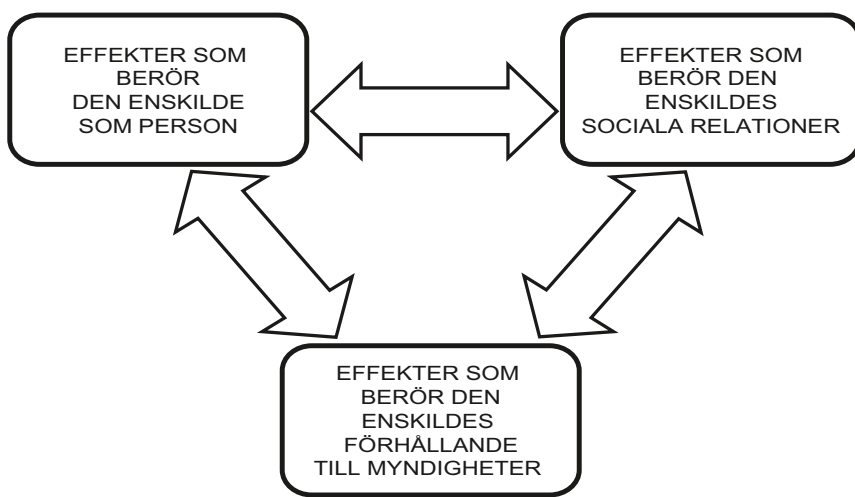
Vilka effekter ger reformen för klienten?

Det är tämligen uppenbart att en överväldigande andel av klienterna upplever kontakten med personliga ombud som mycket viktig och bra. Men kanske ännu viktigare är att se vilka effekter som uppstår för klienten. Då vi intervjuat ombud och deras klienter kring vilka effekter deras arbete ser ut att ge för klienterna grupperas deras svar i tre olika kategorier.

Den första gruppen av svar handlar om frågor som berör den enskilde klientens mer personliga situation. Den andra gruppen av frågor handlar

³⁷ Tänk långsiktigt – rapport från Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet & Skolverket, 2004 Rutger Engström – missbrukare eller psykiskt sjuk, Socialstyrelsen 1999

om den enskildes sociala relationer. Den tredje gruppen av effekter har att göra med klientens förhållande till de olika insatser de offentliga myndigheterna utför för klienten. Dessa tre effekter är beroende av och hänger samman med varandra på det sätt som illustreras i figuren nedan.



Samspelet mellan dessa tre grupper av effekter är komplext. Några saker går dock att peka på. Om den enskilde mår bättre, förmår han ofta skapa ett socialt liv på ett annat sätt än förut. Och då klientens sociala liv blir rikare, blir beroendet av de offentliga systemen mindre. Man kan också säga att dessa tre effekter är ömsesidigt förstärkande. I takt med att de offentliga insatserna bättre motsvarar den enskildes behov, desto mer gynnar detta hans återhämtning och stödjer hans sociala liv. På sikt minskar behovet av insatser som en följd av att de sociala nätverken blir starkare och individens självkänsla växer. Man kan prata om att det finns goda förutsättningar för att PO-arbetet skapar positiva självförstärkande cirklar.

Vad händer på lång sikt med klienten?

I samband med psykiatrireformens ikraftträdande genomfördes försöksverksamheter med personliga ombud i ett tiotal kommuner. Dessa utvärderades³⁸ och de positiva resultaten man fann i form av bättre välbefinnande, mindre vårdbehov och minskad vårdkonsumtion låg till grund

³⁸ Björkman & Hansson samt Socialstyrelsen, Psykiatriuppföljningen, 1999:3

för beslutet om att genomföra reformen med personligt ombud. Denna uppföljning har nu genomförts ytterligare en gång³⁹, sex år efter den ursprungliga. Den övergripande slutsatsen från denna uppföljningsstudie är att resultaten inte bara varit bestående utan dessutom i flera avseenden förstärkts såsom:

- andelen klienter med meningsfull sysselsättning ökar markant (med 60 procent) och de sociala kontakterna mer än fördubblas
- vårdbehoven har minskat signifikant hos klienterna
- antalet otillfredsställda vårdbehov hos klienterna minskar också signifikant
- slutenvårdskonsumtionen fortsätter att minska från inledningsvis 60 dagar 18 månader före PO, via 24 dagar 18 månader efter PO till 4 dagar efter 6 år
- andelen klienter med upplevda psykiatriska symtom minskade signifikant
- klienternas livskvalitet i stort ökade signifikant, både totalt sett och då det gäller fysisk och psykisk hälsa samt familjerelationer. Samma sak gäller även tillgången till olika former av sociala relationer och nätverk.

Det finns alltså goda skäl att tro att de positiva effekterna av PO-arbetet kanske inte bara är bestående utan också förstärks över tid.

Vilka ekonomiska effekter uppstår?

Vid den ekonomiska utvärdering av PO-verksamheten som genomfördes i Skåne⁴⁰ fann vi att de ekonomiska effekterna är betydande. Mycket kortfattat kan dessa effekter beskrivas på följande vis:

1. Samhället satsar i genomsnitt 350 Tkr per år och klient för PO-reformens målgrupp. Eftersom klienterna i studien är cirka 40 år gamla innebär det fram till pensionsåldern en total kostnad på mellan 8 och 9 Mkr. En central fråga är om dessa pengar används på det mest förnuftiga viset. Studien pekar på att endast cirka 5-7 procent av dessa resurser används till aktivt rehabiliterande åtgärder. Med andra ord skulle en mycket måttlig minskning (5 procent) av de mer passiva insatserna kunna leda till en fördubbling av de rehabiliterande insatserna.

³⁹ Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder – en sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter, Socialstyrelsen, 2004

⁴⁰ Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud, Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne, 2006

2. Det sätt och den omfattning som arbetsförmedling och försäkringskassa använder resurser på för denna klientgrupp ger anledning att tro att detta agerande förstärker gruppens marginalisering på arbetsmarknaden och i samhället.
3. Ombudens arbete leder till tydliga kostnadsminskningar och sannolikt också effektivitetsförbättringar i vården kring målgruppen. På kort sikt är vinsten cirka 100 Tkr per klient och år. På fem års sikt uppgår vinsten till 170 Tkr per klient och år. Effekterna ser ut att öka över tid, stundtals efter en inledande investeringspuckel, för att vara som starkast i slutet av undersökningsperioden.
4. Kostnaderna för en PO insats uppgår till cirka 40 Tkr per klient. Under de fem år som följer efter det att en klient har fått stöd av ett ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 Tkr vilket motsvarar cirka ”17 gånger pengarna”.
5. PO-insatsen skapar en tydlig omfördelning mellan olika offentliga aktörer där landstinget är den stora vinnaren med en årlig kostnadsreducering per klient och år på cirka 100 Tkr och kommuner och försäkringskassan får en kostnadsökning med cirka 20.000 per klient och år.
6. PO-insatsen skapar också en förskjutning av insatserna i riktning mot mer aktiverande och rehabiliterande insatser (terapi, kontaktperson, sys-selsättning, hemtjänst, ledsagning etc.) och mindre passiva eller passiviserande insatser (slutenvård, behandlingshem, passivt försörjningsstöd etc.).
7. Särskilt stora positiva ekonomiska effekter har noterats för ett antal grupper, nämligen de som före PO-kontakten inte haft samordnade insatser, de som före PO-kontakten haft omfattande insatser, de som har en tydlig diagnos samt de som inte har en multipel problematik. Effekterna påverkas inte av faktorer som kön, ålder, kommun, varaktighet i PO-kontakten eller tillgång till sociala nätverk.
8. Sammanfattningsvis skulle man i resultattermer kunna säga att PO-reformen förefaller förstärka psykiatireformens intentioner mot ett mer normaliserat liv, mindre institutionsplaceringar, fler rehabiliterande insatser och dessutom på ett sådant vis att samhällets kostnader minskar dramatiskt.

Då vi något år senare genomförde en uppföljningsstudie i Västmanlands län⁴¹ återfanns i stort sett samma mönster som i Skåne. Ett mönster som vi blev uppmärksamma på, och som vi återfann i Skåne när vi gick tillbaka till den studien, var att kostnaderna för klienterna inte är stabila över tid utan ökar ju längre man varit klient eller patient inom den offentliga sektorn. Framförallt tycks de psykiatriska kostnaderna öka kraftig över tid. Det är inte självklart vad det beror på. Det kan handla om att man blir bättre på att formulera sina behov eller att man i större utsträckning får de insatser man har rätt till. En annan och betydligt mera dystertolkning är att ju längre man varit patient ju mer ökar ens oförmåga och den inlärda hjälplöshet som följer av patientrollen tilltar. Denna senare tolkning får ett visst stöd om man betänker att en av de långsiktiga effekterna av PO-insatsen vid sidan av att den psykiska hälsan förbättras markant är att samhällets kostnader för olika insatser i stort sett halveras.

PO-arbetet som en metod för strukturell empowerment

”Systemfelsfrågan” och det centrala vägvalet

Erfarenheten visar att en central vägvalsfråga i allt ombudsarbete är huruvida man enbart ska arbeta med att stödja de enskilda klienter som söker kontakt med ombuden eller om man också systematiskt ska arbeta med att identifiera och till ledningsgruppen återföra de brister i utbudet man som ombud iakttar i sitt arbete.

I det förra fallet når man en ganska liten grupp, ombudet får arbeta reparativt och fungera som en sorts städgumma för de offentliga systemens misslyckanden. För de enskilda klienterna kan detta bidra till stora förändringar som leder till en individuell upplevelse av empowerment och att kunna styra sitt liv. Om man väljer att avgränsa PO-arbetet till denna roll är ledningsarbetet tämligen enkelt och det finns kanske inte ens tillräckliga skäl att skapa en allsidigt sammansatt ledningsgrupp.

Om, å andra sidan, det systemförändrande arbetet inkluderas, leder detta till att ombudet kommer att arbeta med en form av strukturell empowerment. Ombudet kommer att kunna tillföra kunskap och kanske verka systemförändrande för hela den stora gruppen av psykiskt funktionshindrade, Ombudsrollen blir då på sätt och vis en spjutspets i de offentliga

⁴¹ Lönar det sig? En ekonomisk utvärdering av personligt ombudsverksamheten i Västmanland. Länsstyrelsen rapport 2007:2.

systemens utveckling och kvalitetssäkringsarbete och får en mycket mera offensiv, men samtidigt krävande roll. Med detta anslag blir ledningsarbetet i högsta grad intressant även för de högsta cheferna eftersom de får tillgång till kunskaper och metoder att arbeta systemutvecklande genom ombudens unika roll, position och kompetens.

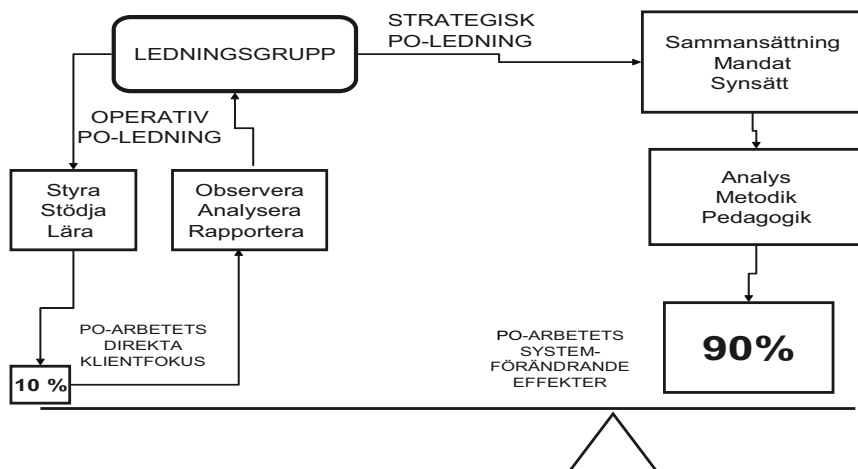
Det är viktigt att komma ihåg att detta är ett val. Det påverkar ombudens metodik och arbetsuppgifter, det påverkar samspelet med de offentliga systemen och det påverkar kraven på ledningsgruppens sammansättning liksom dess arbetsformer och de frågor man har att arbeta med. Inte minst begreppet fristående ställning blir centralt med detta bredare strategiska uppdrag.

Strategisk ledning av PO

I det följande utgår vi från att ledningsgruppen väljer detta bredare anslag. Vi ser då i figuren sidan 109 att ledningsgruppen på detta vis får två uppgifter. Den ena rollen handlar om att operativt leda det konkreta PO-arbetet i förhållande till klienterna genom att styra (formulera uppdrag och mål), stödja (underlätta, marknadsföra) ombudsarbete samt skapa lärande i form av kunskaps- och metodutveckling. För att kunna göra detta krävs ett fungerande återkopplings- och rapporteringssystem mellan ombud och ledningsgrupp.

För att det strategiska ledningsarbetet ska kunna fungera krävs att en mängd andra villkor är uppfyllda. Det första av dessa är att man faktiskt bestämmer sig för att detta strategiska uppdrag ingår i ledningsgruppens arbete. Ledningsgruppen måste alltså både ha mandat för att fullgöra denna uppgift och dessutom omfatta ett sådant synsätt, dvs. att ombuden kan bidra med värdefull information som på ett strukturellt plan kan förändra betingelserna för hur arbetet med målgruppen sker.

Ett ytterligare krav är att ledningsgruppen får en sammansättning som motsvarar detta strategiska uppdrag. Det innebär dels ett ökat krav på allsidighet och deltagande från alla berörda parter eftersom många av systemförfattarna har att göra med just samverkansproblematiken. Men det innebär också krav på analysförmåga, systemkunskap och beslutsmyndigheter för de som sitter i ledningsgruppen. Med detta uppdrag får ledningsgruppen på sitt bord frågor som kräver just överblick, kunskap och efter analys, förmåga att omsätta de slutsatser som dragits i konkret handling.



Analys och pedagogik

Men uppdraget är också grannlaga på flera andra sätt; ledningsgruppen måste ha en bild av vad begreppet systemfel eller systembrister innebär. Man måste också ha en pedagogisk ansats som fungerar och slutligen en konkret metodik för hur en dialog kring dessa frågor ska kunna ske mellan ombud och ledningsgrupp. Systemfel/brister uppstår då de offentliga systemen inte förmår leva upp till de politiska beslut och avsikter som råder för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Man kan tala om systemfel/brister då de är sådana att:

- De inte är individbaserade eller individberoende utan beror på ”personoberoende mekanismer” oavsett om dessa har strukturbaserade eller kulturbaserade orsaker.
- De inte bygger på enskilda eller enstaka händelser utan där det finns mönster av upprepade och/eller återkommande händelser.

Systemfelen/bristerna kan bli synliga och manifesteras utifrån ett flertal olika aspekter såsom struktur, organisation, ledning, värderingar, metodik, bemötande etc. De kan uppstå inom ett system eller en myndighet som interna svårigheter eller i samspelet mellan olika myndigheter som samverkanssvårigheter eller gränsdragningsproblem. Erfarenheten visar att dessa systemfel/brister kan sorteras på tre olika samhällsnivåer; på handläggarnivå, det lokala välfärdsarbetets organisation och som en följd av centrala (nationella) beslut och regelverk.

Pedagogiskt är inte ombudens uppdrag lätt när det gäller frågan om systemfel/ brister. Uppdraget innebär att ombuden ska ”kritisera” den egna arbetsgivaren. Frågan om ”fristående ställning” blir därför särskilt viktig för att ombuden ska kunna känna sig fria att framföra systemkritik. Ombud som under en längre period arbetat med detta uppdrag har formulerat några enkla minnesregler för hur frågan kan tas upp:

- Var sakfokuserad undvik personfrågor och i synnerhet personangrepp
- Undvik alla former av emotionella övertoner och var saklig och analytisk
- Var konkret och ge tydliga exempel (tid, plats, händelse), undvik svepande generella formuleringar
- Var mer lösningsfokuserad och mindre problemfokuserad
- Begränsa vid varje tillfälle det antal systemfel/brister som ska diskuteras så att inte uppgiften förfaller övermäktig
- Börja gärna med små ganska enkla systemfel/brister som tämligen enkelt går att lösa för att i ledningsgruppen skapa en anda av möjlighet och framgång.

Reglerna är i princip ganska enkla att formulera, men inte alltid lika enkla att följa. Ombud har beskrivit hur svårt det är att känslomässigt frikoppla sig från den kränkning man själv, eller via klienten, har upplevt då frågor om systemfel ska diskuteras i ledningsgruppen. Tonfall och abstraktionsnivå är ofta helt annorlunda än vid de möten ombuden har tillsammans med klienten och handläggare i vardagen. Det personliga och det känslomässiga förvandlas till ett abstrakt och analytiskt problem.

Att lyckas med de systemförändrande frågorna

Arbetet med systemfelsfrågorna har i ett antal ledningsgrupper utgått från principerna ovan och varit framgångsrikt. För att lyckas med detta systemförändrande arbete som en del av ombudens uppdrag krävs bl.a.

- Ledningsgruppen har klart och tydligt formulerat att PO-arbetet inte enbart är en fråga om att stödja enskilda klienter. Det handlar också om att samla kunskap och analysera de systemfel/brister som gör att klienterna inte får sina behov tillgodosedda
- Bakom detta ställningstagande ligger en insikt om att ombuden utgör ett inikt spaningsorgan och som utan mellanhänder, med ett klientperspektiv och med en helhetssyn kan ge nya perspektiv och infallsvinklar på hur den egna organisationen fungerar

- Medlemmar i ledningsgruppen bör ha detta förhållningssätt och denna metodik kring PO-arbetet inte bara i ledningsgruppens inre arbete utan kanske framförallt i sin egen hemorganisation
- Man bör ha ett måldokument och en rapporteringsmodell som stödjer detta arbete där både det systemförändrande uppdraget uttalas tydligt samt att detta är inbyggt i de rapporteringsrutiner som finns
- Det bör i ledningsgruppen och i samspelet mellan ledningsgrupp och ombud finnas ett öppet klimat med en tydlig vilja att lära och utveckla verksamheter utifrån de impulser som ombudsarbetet ger
- Ombuden bör ha en kompetens både att samla in och analysera kunskap från detta fält, samt en kommunikativ förmåga att föra fram det på ett sådant vis att det inte uppfattas som en anklagelse
- Man bör hitta en dialogmodell kring dessa frågor, som gör att ombuden undviker att hamna i den anklagande rollen och organisationerna den försvarande rollen. Man bör söka efter en sorts lärande och utvecklande metodik kring dessa frågor.

Vad innebär det att leda PO-arbetet?

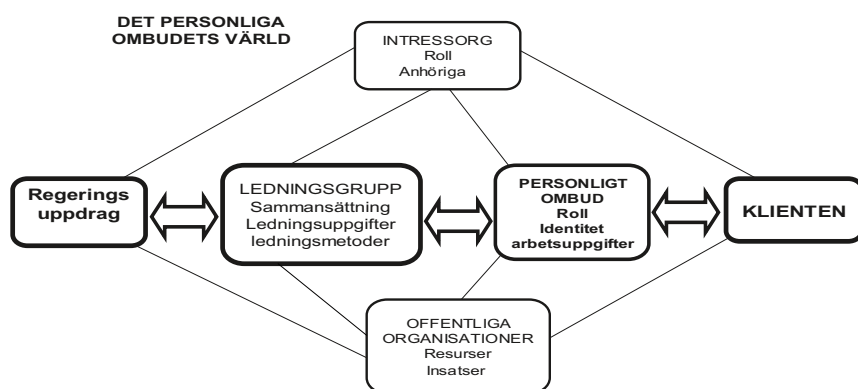
Ledningsgruppens arena

Som ledningsgrupp har man att agera på ett antal olika arenor för att lösa sin uppgift. Den viktigaste samspelet i detta är arbete med de personliga ombuden. I förhållande till dessa ska ledningsgruppen styra, ge stöd och skapa förutsättningar för lärande och utveckling så att arbetet blir så framgångsrikt som möjligt. I rollen ligger också att ge ombuden legitimitet och mandat att utföra sitt arbete samt de resurser som behövs för att lösa uppgiften. Ombuden kommer i sitt arbete både att arbeta intensivt med sina klienter och dessa klienters samspel med olika offentliga organisationer. Hur ska man i ledningsgruppen se till att alla drar åt samma håll? Ombuden är beroende av att för sina klienters räkning få tillträde till alla de resurser som finns i de offentliga systemen. En viktig roll för ledningsgruppen är att ge legitimitet och skapa förankring för ombudsarbetet.

Men ur respektive organisationers perspektiv ser det hela kanske lite annorlunda ut. Ledningsgruppens medlemmar finns inte i ledningsgruppen enbart för att leda PO-arbetet. Man är ju där för att företräda sina organisationer på olika vis. I denna roll måste man i ledningsarbetet se till att ombudens arbete inte kommer på kollisionskurs med det ledningsarbete man hanterar på hemmaplan, eller om kollisioner uppstår, hantera

dessas i den roll man har som mäklare och medlare. Här kan mål-, intresse- och personkonflikter uppstå.

Man måste också i ledningsarbetet hitta ett kreativt och konstruktivt sätt att förhålla sig till de olika intresseorganisationer som är berörda av arbetet – de som företräder klienterna och deras anhöriga. Detta är organisationer som kan och bör fungera som konstruktiva blåslampor på chefer och de organisationer som ska ledas. I PO-arbetet är det sagt att dessa intresseorganisationer ska ha en central roll. Hur kan man då som ledning hitta en roll och samspelsformer så att dessa organisationers kunskap och kompetens tas tillvara, utan att de samtidigt förlorar sin ursprungliga roll som pådrivare och partsföreträdande intresseorganisation? Rollen som ledningsgrupp, vilket illustreras i figuren nedan, är att hantera alla dessa olika perspektiv, agera på de olika arenorna och hårbärgera och medla i alla de mål- och intressekonflikter som kan uppstå.



Hur bör ledningsgruppens vara sammansatt?

Ledningsgruppen bör enligt all erfarenhet vara partssammansatt och i gruppen bör sitta beslutsfattande chefer på hög nivå inom respektive myndighet (eller personer med fullt mandat och full delegation att fatta beslut) som vid sittande bord kan ta ställning till övergripande styrfrågor. Ett skäl till detta är att ombudens arbete tämligen snart leder till konsekvenser för olika berörda myndigheter, deras arbetsformer, prioriteringsregler och inte minst deras budgetar. Ett annat skäl är att, för att ombuden överhuvudtaget ska kunna genomföra sitt arbete, måste de beredas tillträde till de olika offentliga arenorna och där få mandat och legitimitet att verka. Därför måste de högsta cheferna ge sådana mandat via sitt arbete i ledningsgruppen.

Det är också viktigt att de som ingår i ledningsgruppen inte har ett jävsförhållande i relation till andra ledningsuppdrag som påverkas av ombudens arbete. Vi kan föreställa oss svårigheten att i en sådan ledningsgrupp ha en eller flera av medlemmarna med ett direkt myndighetsansvar för just sådana frågor som ombudens arbete kan komma att ifrågasätta eller kritisera.

Personliga ombud bör av en mängd olika skäl inte vara medlem i ledningsgruppen, vara den som kallar till ledningsgruppmöten, leda mötena eller skriva protokoll. Man kan kallas som föredragande, föra en dialog, vara en kunskapskälla eller för att avrapportera, men inte ingå i ledningsgruppen. Kanske kan man rentav vara adjungerad, om skälen är genomtänkta. Man kan rimligtvis inte ingå i den grupp som ska leda den egna verksamheten.

Vad måste man ta ställning till som ledningsgrupp?

När en ledningsgrupp för personliga ombud skapas, dyker det upp ett antal frågor som ledningsgruppen bör ta ställning till:

- Vilket är vårt ledningsuppdrag, hur tolkar vi uppdraget, hur stort är vårt handlingsutrymme som ledningsgrupp. Vilket problem för vilka människor ska lösas genom PO-arbetet?
- Vilka är våra mandat som ledningsgrupp? Vem har formulerat mandaten? Kring vilka frågor har vi rätt att leda och rätt att fatta beslut?
- Vad innebär begreppet leda i detta sammanhang; kring vad ska vi leda, hur ska vi leda, i vilka skeden av arbetet och hur ska vi samspela med dem vi ska leda?
- Hur blir vi en fungerande ledningsgrupp, hur bör våra arbetsformer se ut, hur ska vi arbeta, vilka är våra roller, våra rutiner och inbördes kontrakt?
- Vad innebär detta ledningsarbete i förhållande till annat ledningsarbete i våra hemmaorganisationer – finns det målkonflikter, kan jag använda detta arbete för att utveckla min organisation på hemmaplan?

Ledningsarbetets olika sidor

Ledningsarbetets inrikespolitik

Som ledningsgrupp har man ett inrikes- och ett utrikespolitiskt fält att agera på – mot verksamheten och mot omvärlden. Man brukar säga att bra ledningsarbete – framförallt i nätverkssammanhang – bygger på tre centrala stickord; styra, stödja, lära. Traditionellt chefsarbete fokuserar

ofta på den styrande delen; att fatta beslut och bestämma. Modernt ledarskap (i synnerhet i kunskapsorganisationer och i nätverksorganisationer) betonar mer den stödjande och lärande funktionen. Arbetet med att leda PO-verksamheten omfattar alla tre. Varje aspekt av ledningsarbetet kan beskrivas som en specifik roll. Vi pekar på några sådana delroller nedan. Alla dessa roller utgör PO-ledningens handlingsrepertoar. I det styrande ledningsarbetet kan vi se några olika delroller:

- Rollen som vägvisare. Denna roll påminner i vissa stycken om en traditionell ledarroll. I denna roll ligger att peka ut färdriktning, formulera mål, definiera målgrupper samt ta ställning till olika prioriteringsfrågor. Det viktiga i denna roll är att vägvisandet sker i dialog med de som ska utföra arbetet.
- Rollen som beslutsfattare. En roll som påminner om chefsrollen i mer konventionell mening. Det kan handla om att avgränsa målgrupper, fatta prioriteringsbeslut. I rollen kan också ligga ett visst korrigeringsslag – styra arbetet mot det beslutade målet.

I det stödjande ledningsarbetet kan vi se flera olika delroller:

- En roll är att vara mäklare, dvs. den som för samman olika intressen och förmedlar kontakter som gör konkret samverkan kring klienten möjlig. Medlarrollen handlar om att vara med och lösa upp knutar då det uppstår målkonflikter mellan PO-arbetet och det ordinarie linjeledningsarbetet.
- En särskilt viktig roll är att uppmuntra och ge positiv feedback till ombuden för deras insatser och effekterna av deras arbete. Beröm och uppskattning är underskattade som instrument i allt ledningsarbete.

Den stödjande rollen är den som ofta betonas starkast då man pratar om moderna kunskapsintensiva och gränsöverskridande organisationer, vilket tyder på att det kanske är här tyngdpunkten i den externa ledningen av PO-arbetet borde ligga. I den lärande ledningsrollen finns också flera olika delar:

- Kompetensutveckling för att både stödja ombuden i deras roll- och metodutveckling, men också att skapa förutsättningar att kunskapsstillförsel om detta sker i de olika hemmaorganisationerna.
- Att genom olika former av systematisk kunskaps- och erfarenhetsinhämtning (i form av uppföljningar, ledningsdialoger och utvärderingar) dra lärdomar av hur det konkreta klientarbetet fungerar och hur det skulle kunna utvecklas.

- En tredje roll skulle kunna vara att börja ett förändringsarbete av mer strukturell natur, både lokalt och centralt. PO-arbetet skapar kunskaper om lokala och centrala systembrister i våra organisationer. Brister som leder till att människor får illa och ramlar mellan stolarna. Genom att förmedla denna kunskap vidare till mer centrala beslutsfattare utvecklas det systemförändrande arbetet.

Ledningsarbetets utrikespolitik

PO-ledningens utrikespolitik handlar om att i vid mening skapa förutsättningar för det inre arbetet, men också att sprida kunskap om det. Även detta består av tre delar; en marknadsförande del, en mäklande del och en del som består i att skapa förutsättningar för arbetet.

Den marknadsförande delen handlar om att vara verksamhetens ambassadör utåt. Det vilar naturligtvis också på ombuden att vara sina egna marknadsförare de har inte tillträde till alla arenor där deras röst skulle behöva höras.

”Som ombud har jag inte tillträde till alla de sammanhang där jag skulle vilja berätta om mitt arbete eller skapa förståelse för det. Detta gäller inte minst ledningsgrupper eller chefsgrupper som ofta är oerhört viktiga för min klient och mina möjligheter att göra ett bra jobb (PO)”.

I denna marknadsförande uppgift ligger både att tillsammans med ombuden se till att en marknadsföringsplan för verksamheten upprättas och att vara med om dess genomförande. Detta kan ske i mer systematisk form genom att inbjuda ombuden till olika sammanhang (utbildningsdagar, konferenser, seminarier etc.) för att låta dem berätta om sin verksamhet. Men kanske lika effektivt är att i vardagskontakten med den egna organisationen nämna PO-verksamheten i positiva ordalag. En sorts indirekt marknadsföring som syftar till att skapa legitimitet för och förankring av verksamheten.

Den mäklande delen är på sätt och vis invävd i den marknadsförande delen. Ibland kan det handla om att bistå ombuden att skapa de samverkansarenor som behövs i klientarbetet. I andra sammanhang kan det handla om att medla och mäkla i konflikter som uppstått mellan handläggare hos olika huvudmän eller mellan handläggare och ombud.

”Ibland då det kör ihop sig med tjuriga handläggare har jag vänt mig till ledningsgruppen för att få hjälp med att reda ut ett problem, få till stånd ett möte eller helt enkelt få stöd för att

få till stånd en nätverksträff mellan olika myndigheter. Utan ledningsgruppens stöd hade detta aldrig fungerat (PO)."

I denna märkande roll kan det handla om att helt enkelt smörja systemet så att ombuden får tillträde till rätt arenor, bistå med att lösa konkreta problem, räta ut frågetecken eller hantera missförstånd.

Att skapa förutsättningar för verksamheten handlar om flera olika saker. En sida av detta kan handla om rent konkreta fysiska förutsättningar såsom arbetslokaler, handledning, utbildning osv. En annan del kan handla om att aktivt arbeta för att skapa en fungerande ledningsgrupp. En tredje och på kort sikt kanske den viktigaste uppgiften är att skapa finansiella förutsättningar för PO-verksamheten för att på så sätt skapa förutsättningar för dess överlevnad.

"Det är en illusion att tro att de verksamheter som är bäst, eller som gör störst klientnytta också är de som får mest resurser. Kampen om resurserna är subtilare än så. Det handlar om att ha någon som talar för varan i den ständiga kampen om de krympande resurserna i en miljö där behoven ständigt tycks växa. (förvaltningschef)"

Denna aspekt av ledningsarbetet handlar om att i vid mening slås för verksamhetens existens och långsiktiga överlevnad i en organisatorisk värld där gränsöverskridande aktiviteter (som PO-verksamheten är) ofta får stryka på foten till förmån för olika intressen i linjeorganisationen.

Vilket uppdrag bör ombuden få?

När ledningsgruppen ger ombuden deras uppdrag bör man ha tagit ställning till några olika frågor:

- Ska man som ombud både arbeta med det vi kallar systemförändringsuppdraget eller enbart med det rena klientarbetet?
- Vilka mål – kvantitativt och kvalitativt – ska ombuden uppnå? Hur många klienter bör varje ombud arbeta med? Är metodutveckling och dokumentation en del av det inledande uppdraget?
- Ska ledningsgruppen göra avgränsningar och prioriteringar inom målgruppen?
- Hur ser roll- och ansvarsfördelning ut då det gäller marknadsföringsarbetet mellan ledningsgruppen och ombuden?

Erfarenheten säger att det är viktigt att dessa frågor tydligt formuleras i ett skriftligt uppdragsdokument, gärna formulerat som ett avtal mellan ledningsgrupp och ombud. Både för att skapa underlag för framtida uppföljnings- och utvärderingsarbete (lärprincipen) och för att man inför personbyten bland ombuden och för att ledningsgruppen ska ha en dokumentation kring vad som beslutats (kontinuitetsprincipen).

Det finns en önskan hos de flesta ombud att inte bara lösa problem som dagens systembrister förorsakar klienten utan att även i ett förebyggande syfte påverka dessa strukturproblem så att de i framtiden blir mindre. Därför förefaller det vara en klok tanke att som ledningsgrupp utnyttja sig av den kunskap som ombudsarbetet skapar om de strukturproblem och systemfel som finns. Om man väljer att ge ombuden även detta uppdrag kan det vara viktigt att som ledningsgrupp ta ställning till:

- Vilken typ av struktur- och systemfel vill ledningsgruppen få kunskap om (metodfrågor, organisationsfrågor, styrsystem, ledningsmodeller, värderingsfrågor etc.)
- I vilka former ska denna kunskap förmedlas; muntligt eller skriftligt, efter hand eller såsom sammanfattningar?
- Hur ska ledningsgruppen förvalta och använda denna kunskap – både gemensamt i ledningsgruppen och individuellt i våra egna moderorganisationer?

För att ombuden ska kunna utföra sitt arbete på bästa sätt är det viktigt att uppdraget är tydligt. Det är framförallt några saker som är viktiga;

- Tydliga mål för arbetet.
- Tydliga avgränsningar och prioriteringar inom målgruppen.
- Förutsättningar och mandat för arbetet.

Det är också viktigt att ombuden få klara besked om vilka förväntningar ledningsgruppen har när det gäller t.ex.

- Hur många klienter förväntas ombuden arbeta med samtidigt?
- Hur stort marknadsföringsansvar har ombuden. Och vad är ledningsgruppens roll i detta sammanhang?
- Hur mycket kraft ska läggas på det uppsökande arbetet och hur prioriterat är detta arbete mot de tysta, svårupptäckta grupperna?
- Vilken form av resultatrapportering förväntar sig ledningsgruppen av ombuden?

- Vilken form av systematisk avrapportering över de systemfel ombuden upptäcker i sitt arbete förväntar sig ledningsgruppen

Ett tydligt uppdrag ger ombudet ramar att arbeta inom (styrning i vad som ska uppnås) samt frihet att inom dessa ramar fatta beslut för hur det konkreta arbetet ska läggas upp (frihet att avgöra hur målet ska uppnås). Ett tydligt uppdrag ger klara signaler till alla parter som ombuden har att samarbeta med. De vet vad de kan förvänta sig av ombuden och vad som ligger utanför deras uppdrag. På så sätt minskar risken för orealistiska förväntningar och missförstånd.

Att avgränsa och prioritera den målgrupp som ombuden ska arbeta med är en av de viktigaste beslut en ledningsgrupp har att ta. Rimligtvis måste ett sådant beslut tas av ledningsgruppen efter dialog med ombuden, som har en betydande kunskap om målgruppen och dess behov. Beslut kring enskilda klienter tas naturligtvis direkt av ombuden utifrån de prioriteringsbeslut som är tagna och bör inte annat än i mycket speciella undantagsfall vara till föremål för diskussioner i ledningsgruppen och i så fall som rena principfrågor.

Inledningsvis är köproblemet sannolikt ganska måttligt, men det kan vara viktigt att tidigt fatta avgränsningsbeslut kring målgruppen. Uppgiften som ombud är ju inte att i generella termer arbeta med alla personer som av olika skäl, psykiskt far illa, hur behjärtansvärt detta än kan vara. I det generella beslutet kring personliga ombud anges att målgruppen utgörs de som har långvariga psykiska funktionshinder och som i efterdyningarna av psykiatrireformen inte fått sina behov tillgodosedda utifrån den lagliga rätt de har.

Denna mer generella formulering har skapat ett antal oklarheter som att personer som har god man, eller redan har biståndsbedömda boendestöd-jare etc. inte kan få ett ombud. Detta är fel. Det finns inga sådana begränsningar. Däremot kan diskuteras om t.ex. personer som har posttraumatiska syndrom, asylsökande utan uppehållstillstånd etc. tillhör målgruppen.

Det kan också vara så att av kunskaps och kompetensskäl (eller andra skäl) finns personer som ombuden inte kan arbeta med. Sådana grupper som har diskuterats på olika håll i landet är psykiskt funktionshindrade som är aktivt kriminella, som har dubbeldiagnoser eller grava personlighetsstörningar, eller är våldsbenägna personer.

Det är viktigt att ledningsgruppen tar beslut kring eventuella avgränsningar av målgruppen. Detta är vid sidan av allt annat dessutom en arbetsmiljöfråga för ombuden.

Samtidigt måste man lägga på minnet att reformen med personligt ombud syftar till att nå de mest utsatta grupperna bland psykiskt funktionshindrade; de hemlösa, de tysta, de som sitter ensamma i sina lägenheter men också de som inte passar i några system, som alltid hamnar utanför eller hamnar mellan huvudmännens ansvarsområden. Det är viktigt att arbetet med personligt ombud inte utgör ytterligare en i raden av utestängningsmekanismer kring dessa utsatta grupper av människor.

Bland dem som ingår i målgruppen kommer man kanske så småningom att ställas inför det förhållandet att antalet personer som behöver och önskar ombud är fler än vad ombuden kan ta om hand. Då krävs någon form av övergripande prioriteringsbeslut. Sådana beslut är svåra att ta. Men om inte ledningsgruppen fattar dessa beslut kommer besluten att fattas ad hoc av de enskilda ombuden, vilket knappast är att ta sitt ledningsansvar.

På olika håll i landet har försök gjorts att identifiera olika delgrupper inom målgruppen som mer angelägna än andra. Exempel på sådana grupper är; de tysta, de hemlösa, de med dubbeldiagnos, multipla handikapp, unga under 25 år, psykiskt sjuka med minderåriga barn, etc. Flera verksamheter i landet har med utgångspunkt i andan kring reformen med personligt ombud valt att prioritera de mest utsatta; man har då valt att prioritera de tysta och osynliga. Andra har valt att i första hand prioritera unga psykiskt funktionshindrade (ofta under 25 år) för att minska risken för kronifiering. Ytterligare andra har valt att sätta psykiskt sjuka med minderåriga barn i första rummet. På något ställe har man dessutom en sorts "akutkö" för ärenden som kräver omedelbart ingripande, t.ex. för att förhindra en vräkning eller hantera ett överklagande.

Ledningsgruppens roll och arbetsmetoder

Mandat och spelregler

En ledningsgrupp för PO-verksamheten har i början samma typ av svårigheter som i allt samverkansledningsarbete. Ingen har formella mandat att kalla eller beordra andra aktörer att vara med i arbetet. Man kan bjuda in till ett sådant ledningsarbete. Och hoppas att de andra vill medverka.

Den som i startfasen äger frågan är kommunen som är den part är huvudman för PO-verksamheten. Det är också kommunen som kan bjuda in andra aktörer att medverka i en sådan ledningsgrupp. Därmed är det också kommunen som kan avgöra vilka mandat denna ledningsgrupp har för sitt ledningsarbete. Vilken beslutsrätt, kring vilka frågor ska man ha i ledningsgruppen. En tydlighet kring detta är ofta avgörande för ledningsgruppens roll. Kommunen har frihet att delegera praktiskt taget alla frågor (naturligtvis utom rena myndighetsfrågor) till en ledningsgrupp.

Arbetsformer för ledningsgruppen

Erfarenheten säger att, i varje fall under en inledningsfas bör ledningsgruppen träffas cirka 2–5 gånger per termin, för att efter något års arbete kanske hamna på nivån 1–3 gånger per termin. Något av dessa möten kan vara av längre natur (t.ex. heldag) för att diskutera grundläggande synsätts- och uppdragsfrågor. De övriga kan med fördel avhandlas som kortare 2–3 timmarsmöten.

Frågor som är viktiga att diskutera i ledningsgruppen är som ovan skisserats; uppdraget, mål och målgrupper, prioriteringar och avgränsningar i arbetet, förankrings- och legitimitetsfrågor, uppföljning av resultat, samspillet mellan ombud och myndigheter, identifierade brister och fel i arbetsformer och styrsystem som ombuden upptäckt.

Ordförandeskapet i en ledningsgrupp kan vara fast eller roterande. Fast ordförandeskap skapar fördelar i form av kontinuitet i ledningsarbetet. Roterande ordförandeskap skapar fördelar i form av delaktighet för alla i ledningsgruppen. En erfarenhet är att den modell med 6-månaders ordförandeskap och därefter skifte som tillämpas inom EU fungerar ganska bra. Man får fördelarna med både den fasta och roterande modellen.

Att läsa

Socialstyrelsen. *Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud*, 2006-126-6.

Socialstyrelsen. *Christian och Helge. Bilder från arbetet som personligt ombud i Kristianstad*, 2002-110-13.

Socialt nätverksarbete

Inledning

Människor som resurser

Vårt samhälle i Sverige utgörs av drygt 9 miljoner innevånare, varav 1,5 miljoner finns utanför arbetslivet – arbetslösa, sjuka, sjukskrivna, icke arbetssökande, delvis självförsörjande. Av dessa 9 miljoner är omkring 40 000 personer psykiskt sjuka eller har social och psykisk ohälsa, ibland kombinerad med missbruk eller somatisk ohälsa.

I ett socialt nätverk behövs alla som ger människorna sammanhang och mening. Forskning om sociala nätverk visar att det är de anhöriga i vid mening som utgör den helt dominerande resursen för att ge stöd, sammanhang och mening åt individen i hennes vardagsliv. I vårt samhälle uppskattas de stå för 2/3 av alla resurser som finns i den samlade nationella vården och omsorgen.

Hur påverkas då den sociala nätverkssituationen för en person som drabbats av psykiskt insjuknande? Vänner och andra som funnits där en gång har troligtvis glesats ut alltmer under den psykiska sjukdomens förlopp. Kvar finns kanske enbart de närmast anhöriga, ett litet och sårbart socialt nätverk. Den psykiska funktionsnedsättningen har fört med sig att den drabbade personen från att vara en aktiv deltagare i sitt eget liv på gott och ont blivit föremål för andras engagemang och omsorg. En process där bilden av den drabbade som en engagerad och givande medmänniska bleknar alltmer till förmån för ”identiteten” som patient och klient. Detta kapitel om socialt nätverksarbete syftar till att ge det personliga ombudet ytterligare verktyg att tillsammans med brukaren vända denna negativa utveckling. Generellt handlar det om strategier och metoder att gemensamt återaktivera resurser i det personliga nätverk som fortfarande finns samt sätta igång bygget av nya nätverksrelationer. Förutom konkreta metoder för socialt nätverksarbete kommer grundteori och forskning att presenteras.

Vad är ett socialt nätverk?

Närvaron av mänskliga, sociala relationer är ett fundamentalt mänskligt behov. De sociala kontakterna ger oss regelbundna positiva upplevelser och en känsla av stabilitet och förutsägbarhet. Att leva i sociala nätverk hjälper oss också att identifiera och anpassa oss till de roller och för-

väntningar vi utsätts för och som på så sätt ger oss uppfattningen av vårt egenvärde.

När författarna började med nätverksterapi i början av 1980-talet var ordet nätverksfortfarande exotiskt och ovanligt. Även om det numera kan verka som en självklar kunskap, ska vi presentera ett ”signalement” på vad som menas med ett socialt nätverk.

En persons sociala nätverk kan sägas bestå av hennes relationer till alla de människor som sammantaget utgör hennes sociala sammanhang – samt relationerna dem emellan. Till nätverket hör då så skilda livsområden som familj och släkt, vänner, arbetsplats, professionella hjälpare och myndighetspersoner som hon har kontakt med. Dessutom alla andra som hon direkt eller indirekt samverkar med. Ett socialt nätverk finns alltså kring en person, kring var och en av oss. Alla i vårt personliga sociala nätverk varken känner, eller ens känner till varandra. Deras gemensamma nämnare är att de är viktiga för den person i vars nätverk de ingår.

Nätverksmetodikens rötter

Förhistorien är omfattande. Vi ska ge några glimtar.

En antropolog har hävdade att människan inte hade överlevt utan tillhörighet i sammanhang som är större än den omedelbara familjegruppen. Konstellationen mamma-pappa-barn är alltför liten och sårbar. I stället verkar jägarbandet, bestående av cirka 15–40 personer, ha varit den tidigaste organiseringen, det ursprungliga sociala nätverket (*Lovejoy 1980*). Nätverket framstår alltså som människans naturliga hemvist. Hon är i grunden en social gruppvarelse, ingen ensamvarg.

De komplexa samhällen som vi nu lever i har utvecklats under oerhört kort tid, om vi ser till vår människoarts ca 150 000-åriga historia. Biologer och antropologer är i stort sett eniga om att det varken genetiskt, intelligens- eller känslomässigt har uppstått någon grundläggande skillnad hos oss människor under denna tid (*Berg 2007*). Däremot har våra nutida sociala nätverk utarmats på många viktiga kvalitéer, i form av omsorg och ömsesidiga band som tills helt ”nyligen”, i ett utvecklingshistoriskt perspektiv, kan antas ha säkrat överlevnaden.

Termen nätverk som metafor för att beteckna mänskliga relationer introducerades av antropologen Radcliffe-Brown i början av det förra seklet. Den som var först med att beskriva det sociala nätverket grafiskt var John Barnes, en brittisk socialantropolog. Han studerade relationerna i ett norskt fiskarsamhälle på 1950-talet⁴². För att åskådliggöra ett nät-

⁴² Barnes, J.P. Class and Committees in a Norwegian island parish. Human relations nr 7. 1954

verk ritade Barnes ett antal punkter som representerade individer. Mellan punkterna drog han linjer mellan dem som kände varandra. Här uppstod så vitt vi vet den första nätverkskartan där olika relationsmönster och grupperingar mellan de berörda personerna synliggjordes.

Barnes kunde se att i det sociala fältet runt en person, som han studerade, är varje person i kontakt med ett antal människor direkt eller indirekt. Han fann att ett nätverk inte motsvarar en organisation eller har någon klar ledare. Han fann vidare att nätverk med relationer av jämlingar var högst värderat.

Relationerna mellan invånarna i fiskebyns nätverk innefattade flera funktioner – man var till exempel samtidigt syskon, arbetskamrater och grannar. Fiskarbefolkningen intog en ställning mellan stamsamhällets mångfasetterade, relationstäta nätverk och industrisamhällets/stadens glesa.

När de antropologiska idéerna om nätverk mötte de terapeutiska ett decennium senare tog utvecklingen fart mot den personliga nätverkskartan, som vi presenterar längre fram.

Utan antropologernas möten med stamsamhällets läkande ritualer hade knappast relationsinriktade västerländska behandlingsformer som familjeterapi och nätverksterapi uppstått. I stammen väger de sociala förklaringarna till sjukdom minst lika tungt som de individuella. Doktors – läkarens – medicinmannens terapi består i att göra patienten symptomfri genom att bryta konfliktladdade relationer runt patienten. Det centrala inslaget i behandlingen sker när relationerna mellan de berörda bearbetas och omgestaltas via ritualer där alla deltar (*Bergerhed, Forsberg, Hultkrantz-Jeppsson 1985*). Det motsvarar väl våra egna erfarenheter av den verksamma ingrediensen i nätverksmötesprocessen.

Nätverksterapin introducerades i mitten av 60-talet av psykoterapeuterna Ross Speck och Carolyn Attneave. De var kollegor på Philadelphia Child Guidance Clinic, en legendarisk mottagning där flera terapiformer, bland annat strukturell familjeterapi, tagit sina första steg.

För Ross och Carolyn var det naturligt att föreslå familjer i kris att samla oroliga vänner och anhöriga till gemensamma nätverksmöten. De hade traditionerna med sig från tidigare erfarenheter inom vuxenpsykiatri och skolhälsovård. Carolyn hade dessutom med sig från sin uppväxt bland Navajo-indianerna, erfarenheten av mötesritualer som självklara sätt att arbeta med psykiska problem och kriser.

En av grundarnas lärjungar, psykologen David Trimble från Boston, var den som först undervisade oss omkring 1980 i Botkyrka.

Socialt Nätverk och Hälsfaktorer

I en kalifornisk studie där man följde ett urval av 7000 personer under 9 års tid hade den mest isolerade gruppen mer än dubbelt så hög dödlighet som den med flest sociala kontakter. De sammanhang som står för de nära relationsbanden, äktenskap och vänkontakter, visade sig mest livsviktiga. Ett nätverk som utifrån sett verkar rikt på relationer behöver inte vara odelat positivt. Avgörande verkar vara hur väl det fyller personens behov av socialt stöd, d v s de relationer i nätverket som ger känslomässig närhet, möjligheter att få råd, praktisk och materiell hjälp (*Forsberg & Wallmark 2003.*) J Cassel, forskare inom socialmedicin, har utvecklat en modell om stress och sårbarhet. Modellen visar att psykosociala faktorer som bristande socialt stöd i nätverket och social isolering är sjukdomsalstrande genom att de ger upphov till signaler eller symboler som av olika individer tolkas på olika sätt (*Svedhem m.fl. 1985*). Cassel pekar på, att dessa stressfaktorer i individens sociala miljö i sin tur medverkar till förändringar i kroppens hormonbalans. Genom detta ändras individens sårbarhet inför olika sjukdomar. Det gäller så skilda tillstånd som exempelvis högt blodtryck, hjärnblödning, komplikationer vid havandeskap och förlossning, depression och schizofreni.

Socialt Stöd

Om personer utsätts för stress av olika slag är alltså chansen större att undgå sjukdom i närvaro av ett effektivt socialt stöd. Det sociala nätverket fungerar som en buffert som lindrar effekterna av stressen. En undersökning med överlevande efter olyckan med den norska oljeriggen Alexander Kielland visade att det var de som hade dåligt socialt stöd som fick svårast att komma igenom sitt trauma (*Dalgaard 1992*).

Aaron Antonovsky (1991) har utvecklat en nätverksorienterad teori om varför vissa människor behåller sin hälsa trots att de utsätts för stora påfrestningar. Han har kommit fram till att en persons *känsla av sammanhang* (KASAM) är avgörande och säger mer om livssituationen än olika yttre egenskaper hos personens sociala nätverk. Känslan av sammanhang som är mätbar utifrån Antonovskys testfrågor, handlar om i vilken utsträckning en människa upplever sin omvärld som begriplig, hanterbar och meningsfull. Det stora flertalet av psykiskt drabbade har både låg KASAM och små, sårbara nätverk (*Folkhälsorapporten, SLL 1995*). När man arbetar (som yrkeshjälpare, som Personligt Ombud) med inriktning på att stärka och utveckla relationerna i utsatta personers nätverk är det

rimligt att deras känsla av sammanhang (KASAM) ökar och därmed deras kraft till återhämtning.

Här följer ett par exempel på vad forskningsresultaten visar om nätverksfaktorer och psykiska symtom.

Den amerikanske psykologen Mansell Pattison (1975) identifierade karaktäristiska skillnader mellan psykosdrabbades, neurospatienters och s.k. ”normala” symptomfria personers sociala nätverk. Bilden som förmedlas är att psykospatienterna ”sitter fast” i små (genomsnittligt 7 personer) familje- och släkt dominerade nätverk, där alla känner alla medan neurotikerna generellt har större och glesare nätverk (15 personer) med få som känner varandra. Tendensen bland de psykosdrabbade är att uppleva relationerna i nätverket som ambivalenta, d v s både positiva och negativa, medan de för neurospatienterna är övervägande negativa. De symptomfria personernas nätverk består i den här undersökningen av i genomsnitt 25 personer, där flera men inte alla känner varandra och vissa bara personen själv. Nätverksrelationerna för dem utan symtom är mestadels positiva.

Man skulle lätt kunna tolka resultaten som att vissa nätverksmönster finns med som orsak till att vissa psykiska symtom bryter ut. Vid närmare eftertanke kan det ju förhålla sig precis tvärtom, att det just är de psykiska symtomen som påverkar och formar vad som händer med relationerna i nätverket. Det behöver inte heller vara så att ”normala” nätverksmönster utesluter psykiskt insjuknande.

En studie (Lipton, Cohen, Fisher & Katz 1981) av hur psykiatriska patienters sociala nätverk såg ut före insjuknandet visade att de inte varit särskilt avvikande jämfört med andras, möjligen något mindre. Den stora utarmningen av nätverket kommer först senare, i samband med inläggning och behandling. Unga patienter som lagts in mer än en gång hade i genomsnitt mindre än hälften så stora nätverk som en jämförbar grupp förstagångsinlagda. Främst hade vännerna försvunnit medan nära anhöriga och familj fanns kvar (Cohen & Sokolovsky 1978; Fyrand 1994). En tänkbar förklaring skulle kunna vara att vänner inte orkar med frånvaron av ömsesidighet i kontakten, att få så litet tillbaka från sin psykiskt drabbade kamrat. En annan förklaring är att traditionell psykiatri medverkar till att förstärka patienternas sociala isolering genom att sällan öppna sig för patienternas nätverk annat än den omedelbara familjen. Vänner och andra får helt enkelt inte chansen!

Om nätverk brister vad händer då med ens tillhörighet?

För att kunna komma igen måste man få hjälp att skapa en trygg struktur, så att man vågar börja relatera igen – en tillitsfull struktur av mänskliga relationer, där man också kan stödja varandra.

Vår utgångspunkt är att nätverksterapi ger konkret möjlighet att bearbeta krisen vid ett psykiskt insjuknande på ett tidigt stadium, så att den drabbade personen kan behålla sina viktiga relationer när de behövs som bäst. Att komma till tals med varandra på möten i den akuta krisen där både professionella och personligt nätverk deltar, bidrar till att den drabbade återfår sin känsla av sammanhang och att utglesningen av nätverket kan förebyggas och risken för återinläggning minskas. Med en aktiv nätverksmobilisering som motkraft hindras den fortgående alienationsprocessen, där personer som brottas med psykisk sjukdom hamnar i kronisk isolering och utanförskap.

Nätverksmetoder

Nätverksorientering i praktiken

– Att möta brukaren i ett nätverksperspektiv

Nätverksperspektivet levandegörs så snart en yrkeshjälpare intresserar sig för brukarens hela sammanhang av viktiga relationer och strävar efter att förstå hans eller hennes situation i ljuset av det sociala nätverket.

Precis som andra, lever brukaren i ett nät av sociala relationer med både positiva och negativa förtecken. De som finns runt henne eller honom känner ibland varandra, ibland inte, d.v.s. olika personers nätverk har olika grad av täthet. Vissa känner varandra utifrån att de har gemensam historia. Avstånd, geografiskt sett, kan ur vissa aspekter spela mindre roll då de emotionella banden är starka. Relationerna runt varje individ präglas av olika innehåll och intensitet. Det gemensamma är att de påverkar personen på olika sätt.

Ofta är de psykiska symtomen hos en brukare förknippade med komplikationer i det sociala nätverket, att detta mer eller mindre inte fungerar och att de naturliga resurserna som finns runt personen inte kunnat användas på ett konstruktivt sätt. En vanlig utveckling idag är, att myndighetspersoner tagit över många funktioner som det personliga nätverket haft. Genom att ha ett nätverksperspektiv i sitt arbete kan yrkeshjälpare bidra till att vända den utvecklingen och ta hänsyn till människors ansvar för sin och andras sociala situation.

Vid arbete utifrån detta perspektiv behöver inte personer från nätverket delta i själva behandlingen. Frågor och reflektioner kring en brukares nätverkssituation ger många gånger kraft åt en rörelse framåt, där han eller hon själv återanknyter viktiga kontakter i sitt liv och tar steg mot att söka upp nya sammanhang.

I ett tidigare forskningsprojekt i Alby socialdistrikt i Botkyrka, där författarna deltog (Klefbeck m.fl. 1987), formulerades två resursfrågor om nätverket. Genom frågorna uppmärksammar yrkeshjälparen sammanhanget kring det problem/den problematik som brukaren presenterar (t.ex. ”Så snart jag ska gå ut, om det så bara är för att handla mat, måste jag kämpa mot panikångesten i timtal – om jag ens kommer ut....”)

- Fråga 1: *Vem eller vilka personer känner till ditt problem? (eller andra varianter av denna fråga)*
- Fråga 2: *Vilka personer kan du tala med om detta, som förstår dig och som lyssnar på dig? Vilka känner du stöd av?*

Det är ju långtifrån säkert att alla som känner till hur en människa har det också är desamma som hon kan eller vill anförtro sig åt. Fråga 2 väcker tankarna på andra personer, som skulle kunna vara till hjälp om de fick veta hur hon har det. Erfarenheten är att med dessa enkla frågor kan ett tungt och problemfyllt samtal styras över mot att söka och finna resurser och möjliga vägar framåt.

Nätverkskartan

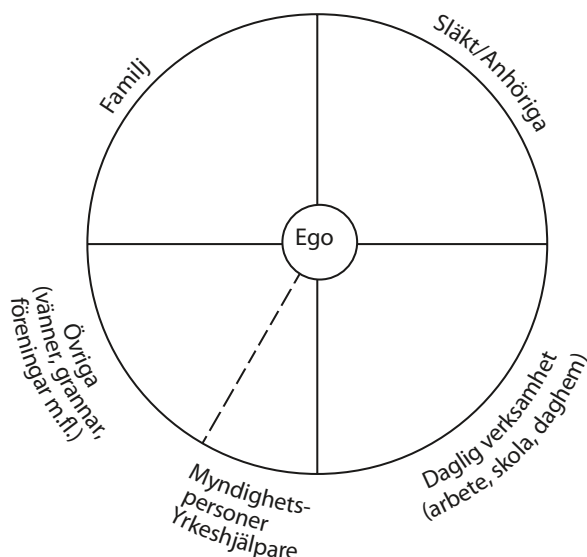
Under det fortsatta samtalet utvecklas inre bilder av relationerna i brukarens nätverk hos yrkeshjälparen och förmodligen också hos brukaren själv. När man som yrkeshjälpare får kunskap om detta kan det falla sig naturligt att föreslå sin klient att rita en nätverkskarta. Via kartbilden som sedan växer fram kan man lättare föra ett meningsfullt samtal omkring brukarens sociala verklighet, där kartan återspeglar hur han eller hon upplever sin situation. Det väsentliga är idéerna och tankarna som man delar, inte hur nätverkskartan rent ”objektivt” ser ut. En nätverkskarta ska inte vara något bedömningsinstrument.

Det finns många typer av kartor och många variationer i sätten att rita dem, beroende på vad som verkar lämpligt i sammanhanget. Flera kommer att presenteras i det följande. Den karta vi utgår från är den subjektiva fyrfältskartan, som vi varit med om att utveckla tillsammans med våra kollegor i Botkyrka (Klefbeck/Marklund 1985).

Att rita en subjektiv fyrfältskarta

Först ritas en cirkel, gärna på ett blädderblock eller ett större papper. I cirkelns mitt placerar kartritaren sig själv i form av en triangel om kartritaren – ego – är en man eller pojke, som en ring om ego är en kvinna eller en flicka. Ytan innanför cirkeln delas i fyra fält av två linjer, en lodrät och

en vågrät. Linjerna skär cirkeln mitt där symbolen för ego finns. Denna fyrdelade yta innanför cirkeln utgör grundstommen i nätverkskartan, på vilken kartritarens sociala sammanhang nu kan kartläggas.



Kartans fält eller sektorer visar på fyra livsområden som är betydelsefulla i vår västerländska kultursfär:

- 1. *Familj*. I detta sammanhang tolkas begreppet snävt, dvs "de som bor under samma tak".
- 2. *Släkt*. De som genom blodsband är förbundna med kartritaren. Om ego har egna barn, ritas barnets biologiska släktingar in även om de inte är släkt med kartritaren. Även ingifta personer har sin plats i denna sektor, dvs svägrar, svärdöttrar etc. En f.d. man, hustru eller sambo som kartritaren har gemensamma barn med räknas också hit, liksom barn eller syskon som flyttat hemifrån.
- 3. *Daglig verksamhet*. Oftast arbete eller skola – kan också vara förskola, fritidshem eller annan daglig organiserad sysselsättning. Hit räknas de personer som ego träffar dagligen (så gott som) genom någon strukturerad verksamhet, utan att behöva göra en överenskommelse från gång till gång.
- 4. *Övriga*. I denna sektor ryms vänner, grannar och alla andra som "är viktiga" för ego, utan att passa in i de andra sektorerna: barndomsvännen, terapeuten, sångkören eller frisören etc. Vid behov kan sektorn

för övriga delas av en streckad linje, för att ge ett avgränsat utrymme för professionella och myndighetskontakter. Tanken bakom detta grundar sig på våra erfarenheter från nätverksarbetets start i Botkyrka: att många av de personer vi träffade saknade vänner helt. De flesta nära relationer hade de istället till terapeuter och socialarbetare. Utrymmet för professionella kan alltså ses som en ”gästande” sektor som förväntas minska i och med att ego skapar egna kontakter och får en mindre pressad livssituation⁴³.

Kartans grundläggande struktur med de olika fälten är given. Med vilken rätt kan vi då säga att den är subjektiv? Utgångspunkten för det subjektiva finns i den öppna uppmaningen till kartritaren: ”Rita in de personer i ditt liv som är viktiga/betydelsefulla för dig”. Ego behöver alltså inte ta med alla de personer som han känner, till exempel hela släkten eller alla på jobbet, utan de som han upplever är viktiga just när kartan ritas. En annan sak att komma ihåg är att en viktig eller betydelsefull person kan vara någon som ego är i konflikt med eller tycker illa om. Det är ofta lättare att placera in personerna på kartan, om kartritaren först gör en lista över vilka han eller hon vill ha med.

Symboler för personer och djur

- Rund ring – kvinna eller flicka
- △ Triangel – man eller pojke
- ☼ Personsymbol med strålar omkring = symbolperson. Med symbolperson har inte ego fysisk kontakt. En sådan person kan vara en idol eller anhörig eller vän som är död. När någon är död markeras det med ett kors inuti cirkeln eller triangeln. Symbolpersoner behöver inte vara verkliga. Det kan ibland vara en låtsaskompis eller annan fantiserad person.
- ☼
- Kvadrat eller bild av djuret – husdjur. För många, särskilt barn, är husdjur viktiga att ha med på kartan. Djur är ju ofta en förmedlande länk till andra människor.

Värdetecken

- + Plustecken – används när kartritaren särskilt vill ange positiva känslor för en person på kartan.
- Minustecken – en person som ego har negativ kontakt med. Minustecknet möjliggör att ”viktiga” och ibland ”nära ovänner” kan ritas in.

⁴³ Gunnar Forsberg, Johan Wallmark. Nätverksboken – om mötets möjligheter. Liber 1998

- + Plustecken ovanför minustecken – ambivalens. Kartritaren upplever
- personen både positivt och negativt samtidigt

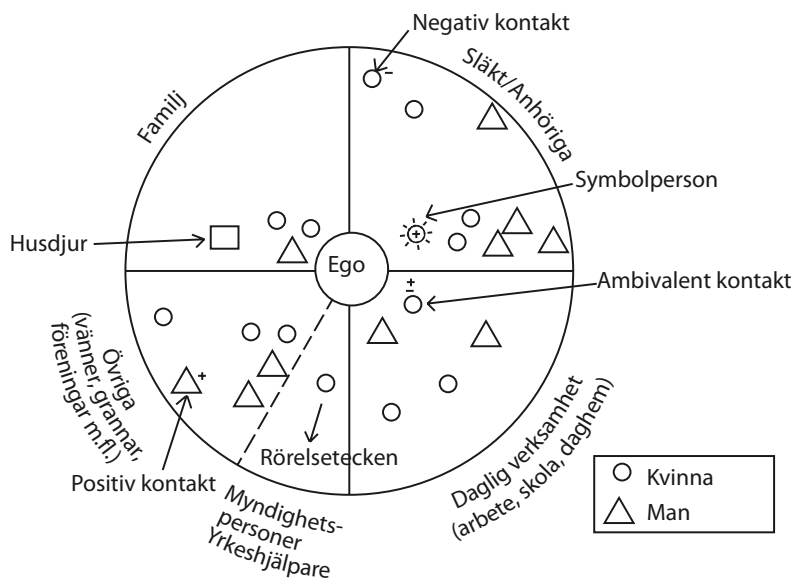
Rörelsetecknen

- En pil mot ego – beskrivning av en förväntan eller upplevelse av att en person är på väg att komma närmare
- ←———— En pil bort från ego – när en person är på väg bort. Kan vara en arbetskamrat som har slutat eller vän som flyttat.

Hur placerar man?

Ju viktigare någon är för kartritaren desto närmare sig själv i kartans mitt placeras personen. Hur nära eller långt ifrån bestämmer ego själv. Som tidigare sagts kan även de som ego har konflikter med placeras nära. Dessa är då betydelsefulla i den meningen att de påverkar egos liv på ett negativt sätt. Ibland utnyttjar kartritaren möjligheten att placera en konfliktfylld eller avbruten men ändå viktig relation utanför cirkeln.

Vanligt är att skriva namn och eventuellt ålder och funktion intill symbolerna för de personer som är med på kartan.

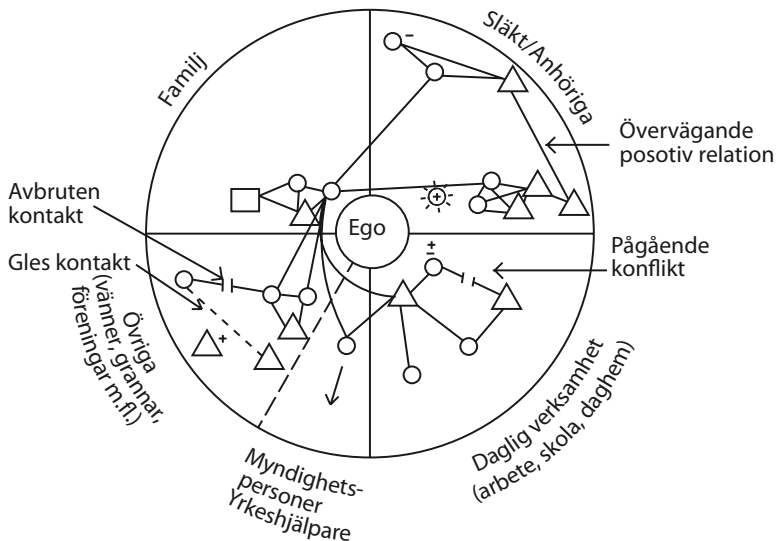


Länkning

När ego anser att alla viktiga personer finns med, börjar kartans nät ta form i och med att relationsvägarna mellan personerna på nätverkskartan ritas in. Nu ska de personer som känner varandra d.v.s. de som har bärande kontakter oberoende av kartritaren länkas ihop. Man förbinder dem helt enkelt med varandra via en linje. Grupperingar där alla inbördes känner varandra (exempelvis en familj eller orkester, pokergång etc.) kan man i stället omge med en konturlinje.

Olika typer av länkar

Relationsvägarna ger en uppfattning om hur personerna i nätverket, utifrån egos upplevelse, känner varandra.



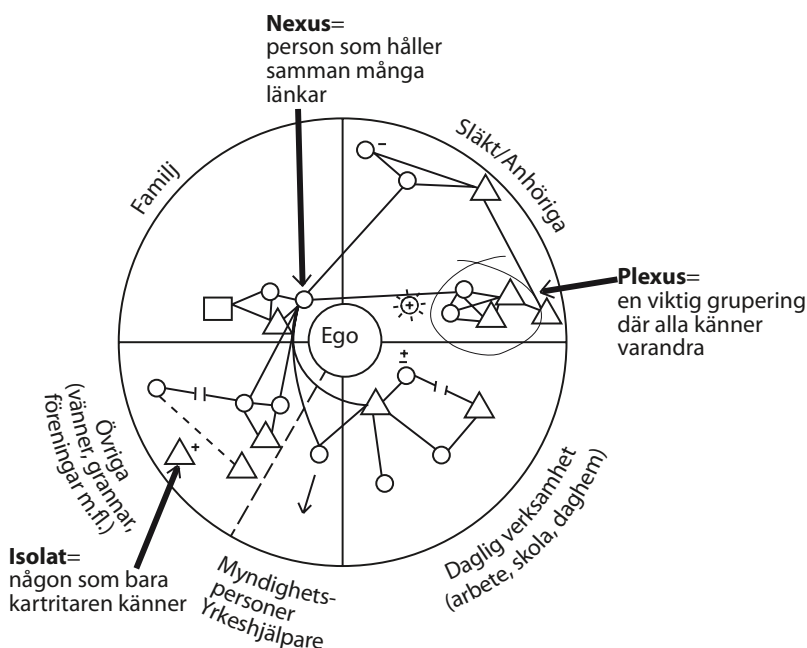
- En heldragen linje mellan två personer – betyder att de har en övervägande positiv kontakt.
- - - - - En streckad linje – en kontakt som har “runnit ut i sanden” eller två som har träffats men ännu inte lärt känna varandra.
- ←———— En linje som är en pil – en enkelriktad relation, brist på ömsesidighet.
- //——— En linje korsad av två tvärstrecker – pågående konflikter mellan dem som förbinds av linjen. Kan också uttryckas som en blixn mellan två personer.

- ===== Flera parallella linjer nära varandra – kan användas för beskriva en nära, intensiv relation
- ||— En bruten linje – ett ”nätverksbrott”, två som tidigare känt varandra har brutit kontakten.

Vad säger kartan och dess mönster?

Vår utgångspunkt är att ingen annan än kartritaren själv kan säga något med säkerhet om vad kartan förmedlar. En karta präglas av situationen och sammanhanget där den skapas. Tillsammans med en yrkesperson som ett personligt ombud, som ställer sina frågor blir den på ett sätt, hemma vid köksbordet på ett annat.

Generella relationsmönster som återkommer på de flesta nätverkskartor kan man ändå säga en hel del om. Vi kallar dem Nexus, Plexus och Isolat



Nexusperson (från latinets ”sammanhållande”) är den som känner flera andra personer, ofta i olika sammanhang i egos liv, där flera i sin tur kanske inte känner varandra. I det typiska mönstret på kartan framstår nexuspersonen som navet i ett hjul med ekrarna som länkar till andra viktiga personer. Via nexuspersonen kan många snabbt nås i nätverket om ego är i en kritisk situation. Ibland kan det vara livsavgörande. När

en nexusperson, kanske maken eller hustrun, försvinner ur ens liv innebär det för många en allvarlig kris. En större eller mindre del av nätverket trasas sönder samtidigt som möjligheterna till hjälp och stöd försvåras. Nexus finns naturligtvis även bland vänner, släkt och arbetskamrater. En nexusperson kan också vara en yrkeshjälpare som samverkar med brukarens sociala nätverk. Denna position betyder att den professionelle under kortare eller längre tid också fungerar som *Nexusersättare* tills någon i brukarens personliga nätverk övertagit rollen (*Johansson C 1998*).

Plexus ("sammanflätade" på latin) en gruppering där alla känner varandra men i övrigt har liten kontakt med andra i nätverket. Det kan handla om en sångkör, teatergrupp, bridgeklubb, förening, kontaktcenter etc. För de brukare som inte orkar vara i nära relationer representerar plexus ofta möjliga sammanhang att träffas i och över tid knyta kontakt med andra. Förutom yrkeshjälpare kan de enda personer som en brukare träffar vara de andra i samma orkester.

Isolat betecknar en person som ego av olika anledningar inte har sammanfört med andra i sitt nätverk – någon som enbart har kontakt med ego. Det är inte säkert att andra i kartritarens nätverk känner till personens existens. Isolat kan till exempel vara egos psykoterapeut eller en barndomsvän. Det kan vara någon man inte ens träffat personligen annat än i nära mailkontakt på nätet. När livet trasslat till sig kan det vara ovärderligt med samtal och stöd från en nära person som inte är inblandad i ens övriga liv.

Andra kartperspektiv – andra typer av nätverkskartor

Om man av olika skäl inte vill beskriva sin här-och-nu situation på nätverkskartan finns alternativet att utgå från tiden. Ego kan välja att rita en karta utifrån minnet av sitt nätverk vid någon tidpunkt i det förflutna eller fokusera på en tänkt framtidssituation, när livet har blivit annorlunda och bättre.

Det förflutna, gestaltat av en *historisk nätverkskarta*, kanske från barn- eller ungdomen, kan ge ego ny förståelse för sitt nuvarande liv. Kanske finns relationsmönster i kartan som återkommer i nuet? Som ger idéer om förändringar. Vad väcks i samtalen om detta med yrkeshjälparen, i den egna familjen, föräldrar, syskon och andra? Kanske ego tar upp kontakten med någon barndomsvän.

Som ett exempel hörde författarna en erfarenhet från ett kontaktcenter för äldre. En tidigare mycket aktiv kvinna hade gått in i demens i samband med en nära anhörigs bortgång. En yrkeshjälpare föreslog kvinnan att göra en nätverkskarta från när hon var i sina "bästa år". Den närmaste

på kartan, hennes väninna på den tiden, hade hon förlorat kontakten med i och med hon flyttat utomlands. En medlem av teamet fick ändå idén att leta i telefonkatalogen och hittade väninnan. I och med att de återsågs blev det en vändpunkt där kvinnan återfick sin livsgnista och därmed sitt förstånd.

Framtidskartan kallas ibland önskekarta. Framtiden är ett oskrivet blad där det är möjligt att föreställa sig hur nätverket skulle förändras när ego börjar på en utbildning eller får ett arbete. Det kan också handla om att en institutionsbehandling håller på att avslutas och brukaren gör en karta över sina förväntningar och önskningar hur nätverket ska se ut när han kommer hem igen – vilka som han då vill ha med och deras relationer. I samtalen kring kartan med yrkeshjälparen väcks gärna idéer till fortsatt planering av sådant som brukaren vill genomföra. Frågor kommer upp som: Vad önskar han ska förändras i nätverket? Hur märker han om det har förändrats? Vad kan han själv göra för att det ska bli så? Vad har redan hänt?

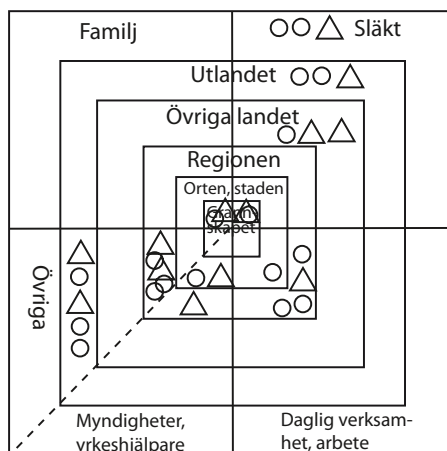
Den hypotetiska kartan – någon annans bild

När man ritar en tänkt karta över en annan persons nätverk kallas den hypotetisk. Vanligt förekommande är att yrkeshjälpare gör hypotetiska kartor, d.v.s. kartlägger sin bild av klientens nätverkssituation i samband med handledning eller behandlingskonferens, för att få idéer om hur man kan gå vidare.

I andra situationer när den använts i författarnas praktik, har det handlat om föräldrar som befinner sig i vårdnadskonflikter och upptrappade umgängesstrider. Erfarenheten är att föräldrar som gör bilder av hur de upplever sina barns nätverk får närmare till beslut som sätter barnens intresse i första rummet. Att låta två föräldrar som strider om sitt barn jämföra sina bilder av barnets värld – först med varandras, därefter med barnets egen nätverkskarta – har visat sig vara en stark intervention, som kräver viss tid för reflektion (*Forsberg & Wallmark 1998*).

Geografisk nätverkskarta

I en undersökning för Statens råd för byggnadsforskning (1987) har socialantropologen Clarissa Kugelberg studerat småbarnsföräldrars nätverk, deras behov av socialt stöd i synnerhet. Vad hon tagit reda på är betydelsen av det geografiska avståndet mellan de viktiga personerna och småbarnsföräldern. I detta ligger även vilka möjligheter dessa viktiga personer har att kunna bistå rent praktiskt. Hur tillgängliga är de i en krissituation och vid kontinuerligt stöd?



1. – Nuets nätverk 2. – 10 år tillbaks 3. – 20 år 4. – 40 år 5. – 50 år

Detta perspektiv kan vara viktigt för personliga ombud att ha med sig. En geografisk karta kan vara mindre laddad att göra än en subjektiv, och likaväl vara utgångspunkt för samtal om resurser och relationer.

Biografisk nätverkskarta

Denna karta kom till vid Östfoldsprojektet utanför Moss i Norge (1990). De som arbetade där tyckte inte att den subjektiva kartan berättade något om hela livet och gav en för tunn bild för de lite äldre alkoholmissbrukare som bodde på deras institution. De skapade en ny karta, ”den biografiska”, en blandning mellan livslinje och subjektiv karta vars form framstår som årsringarna på ett träd med nuets nätverk innerst.

Att få berätta sin livshistoria bland annat utifrån:

- Vilka viktiga personer har funnits med i livets olika skeden?
- Finns det några som man skulle vilja återknyta kontakten med?
- Finns det händelser, som skulle ge en förklaring till andra händelser som skett, om man nu ser helheten?

Kartan i mötet – i samtalet med brukaren

Professionella från psykiatrin, som författarna mött, har erfarit att arbete med nätverkskarta ofta innebär en strukturerande upplevelse. Samtalet om kartan verkar underlätta för brukaren att få tag i en bild av sitt livssammanhang som inte störs av psykosen.

Kartan kan liknas vid en gemensam arena för brukaren och yrkeshjälparen, där nya historier och nya perspektiv uppstår. Yrkeshjälparens frågor om personerna på kartan och deras relationer väcker nya idéer.

Att få svart på vitt hur man har det i sina nätverksrelationer kan vara svårt. En brukare med lång erfarenhet som patient i psykiatri har kanske få eller inga vänner – och släkt och anhöriga som präglas av konfliktladdade eller avbrutna relationer. Det är naturligtvis viktigt att man som yrkeshjälpare är varsam och lyhörd för brukarens reaktioner. I synnerhet som det oftast är yrkeshjälparen som föreslår en nätverkskarta.

Några råd inför kartritningen

Börja helst med en brukare som har en trygg kontakt med dig.

Förklara idén med att rita en nätverkskarta. Om brukaren är tveksam be honom tänka på saken. Bestäm ingen tid innan ni fattat ett gemensamt beslut.

Ni bör ha gott om tid, helst två timmar vid två olika tillfällen. Mellan gångerna har både du och brukaren tid att fundera på frågor och tankar om brukarens nätverkssituation. När ni ses igen med kartan emellan er handlar samtalet kanske om förändringar, om nya kontakter eller gamla att återuppta.

Låt brukaren vara den som bestämmer vem som ska hålla i pennan. För många underlättar det om yrkeshjälparen ritar, åtminstone i början.

Acceptera att brukaren förhåller sig till ”reglerna” för fyrfältskartan på sitt eget vis, vem som ska ritas in var osv. Det är ofta så kartarbetet utvecklas.

Självklart är kartan brukarens. Föreslå henne eller honom att ta med sig kartan, kanske för att arbeta vidare på den hemma. Många föredrar att ha kvar sin karta hos yrkeshjälparen.

Idéerna och tankarna som väcks är det viktiga – inte hur nätverkskartan i sig ser ut.

När du som personligt ombud reflekterar med brukaren kring kartbildningen kan det vara bra att återvända till de tidigare beskrivna resursfrågorna. Vi har här formulerat dem något annorlunda och lagt till några ytterligare frågor:

1. Vilka känner till dina svårigheter/ditt dilemma/din situation?
2. Vilka skulle du kunna få hjälp av? Vilka tror du inte att du kan prata med som du skulle vilja/behöva prata med?
3. Vilka berörs av svårigheten/dilemmat/situationen?
4. Vilka skulle behöva/ha glädje av att medverka?
5. Tänk dig att det ordnat upp sig för dig? – Vilka har du fått hjälp av? – Vilka har du pratat med.
6. Vad har var och en bidragit med att göra det bättre? – Vad har du själv bidragit med tillsammans med dem?

Hur mobilisera nätverket i samverkan med brukaren

Syftet är att aktivera de betydelsefulla personerna som finns i brukarens nätverk, så att de kan stödja henne eller honom att ta tag i sitt liv igen. När det klarlagts vilka dessa personer är, tar brukaren kontakt med dem, antingen själv eller i samarbete med dig som personligt ombud. Ansvaret för det fortsatta arbetet fördelas sedan på personen själv och dem som han eller hon känner bäst, både privatpersoner och professionella.

Grunddragen i mobilisering kan liknas vid *muddring*, *dikning* och *avlänkning*.

Med *muddring* menar vi att ”muddra i igenslammade relationskanaler” människor emellan, eller återuppliva en relation.

Vid *dikning* (länkande) ”gräver man kanaler” mellan personer i nätverket, som inte tidigare haft kontakt.

Avlänkning sker när man gör slut på eller minskar betydelsen av en relation till sig själv eller en relation mellan personer i nätverket. I samtalen med till exempel sitt personliga ombud kan brukaren komma fram till att bryta destruktiva relationer.

Stegvis mobilisering

För att direkt involvera personer från brukarens personliga nätverk finns en mängd vägar att gå. Naturligtvis hela tiden i nära samverkan med personen själv. *Stegvis mobilisering* är den vedertagna beteckningen för detta. En stegvis mobilisering kan ta sin början när en brukare, uppbackad av sitt personliga ombud, bjuder in en vän eller anhörig att vara med och samtala om de närmaste planerna, dela tankar om hur han eller hon ska ta vidare steg mot att bryta sin isolering. Det leder till att de kanske gör ett gemensamt studiebesök på en daglig verksamhet som stämmer överens med brukarens intressen. Efteråt har brukaren både sitt personliga ombud och sin vän/anhörig att dela erfarenheten med. Den stegvisa mobiliseringen kan och får ta tid. Gradvis utvidgas och omskapas brukarens sociala nätverk. Som vi ser det ligger tonvikten på att mobilisera och stärka de personliga delarna av nätverket, som ofta utarmats under sjukdomstiden. De professionella är nog så viktiga men kan förstås inte ersätta det personliga. Småningom har flera viktiga personer dykt upp, kanske någon tidigare medpatient eller arbetskollega. Som tidigare patient i psykiatrin är det mer eller mindre svårt att frigöra sig från sin roll som mottagare av andras vård och omsorger. Den stegvisa mobiliseringens potential kan vara att brukaren mer och mer vågar relatera ömsesidigt, bli en aktiv person i andras liv och själv ge stöd när det behövs.

Nätverksmöten

Hur kan läget vara när ett personligt ombud i samverkan med brukaren står inför att förbereda ett nätverksmöte? Situationen kan också innefatta att det personliga ombudet blivit ombedd eller erbjudit sig att leda ett nätverksmöte.

I det följande kommer vi att gå in på utgångspunkterna för nätverksmöten, beskriva några olika mötesformer och hur förberedelsearbetet kan läggas upp.

Krisen som utgångspunkt

Det är inte utan orsak som någon väljer att göra allvar av idén att bjuda viktiga personer i sitt liv till samtal på ett nätverksmöte. Det är ett stort steg och något som man inte gör utan vidare. Den gemensamma nämnaren handlar om kris i någon bemärkelse. Vi talar om *akut* respektive *stabil kris*.

Den akuta krisen kännetecknas av stark oro särskilt bland de närmast drabbade. Det kan handla om att någon i den egna familjen oväntat blivit akut psykotisk eller försökt ta sitt liv. Som chockdrabbad anhörig eller nära vän har man först svårt att ta till sig vad som hänt. När de närstående slagit larm och möter vårdens professionella är behovet att komma till tals ofta mycket starkt. Personal från mobila team som arbetar i situationer som dessa har erfarenhet av hur kriser kan vända när de berörda får omedelbar hjälp att samtala kring det som hänt. Man talar om hur viktigt det är att komma igång med samtal medan krisen ännu är akut. Inom till exempel Stockholms Södra Psykiatri (Borgengren & Costa 1999) talar man om att ta till vara ”det gyllne dygnet”, d v s att samlas till ett första möte inom tjugofyra timmar. Även allvarliga psykotiska tillstånd har visat sig kunna klinga av när den drabbade personen och det närmaste nätverket samlas akut med de professionella – lidandet får möjlighet att delas och ord ges åt det som sker.

Vid *stabil kris* framträder bilden av att den drabbade och det närmaste nätverket har anpassat sig till en akut kris, som ”stelnat” och förblivit olöst. Krisbearbetningen har stagnerat och symtomen verkar ha permanentats. När alla har vant sig vid situationen och börjat se den närstående som ”psykiskt sjuk” är det svårare att mobilisera till krismöten med nätverket. Snarare är mindre möten mer realistiska utifrån vad man kommit fram till i samtalen kring nätverkskartan.

Förberedelser inför ett nätverksmöte – att ta fasta på

Mötets sammansättning – mötets balans

I en nätverksskris, som när en person debuterat med psykos, är det flera som drabbas: den unga människan som blivit psykotisk, föräldrarna som kanske strider om vems fel det är, syskonens som glöms bort i all vrede och förtvivlan, mor- och farföräldrar som misslyckats i sina omsorger och dras med i anklagelser och skuldbeläggning. Ett möte med enbart dessa drabbade anhöriga som bekämpar och diskvalificerar varandra, är ett vågspel. Tillsammans med våra kollegor vid Krismottagningen för barns nätverk i Botkyrka har författarna erfarit hur viktigt det är att ta hänsyn till det som vi kallar balansaspekter i mötesförberedelserna.

Ett mötes balans utgår från olika nivåer i nätverket:

1. de drabbade – de lidande
2. de berörda
3. stödpersoner och
4. proportionen professionella – privatpersoner.

De drabbade/de lidande

I nätverkets perspektiv återfinns de drabbade inte enbart bland nära anhöriga och vänner. Den bästa kompisen till ett barn i kris kan ses som drabbad, när han eller hon oroar sig. Erfarenheter har visat att även involverade yrkespersoner mycket väl kan räknas in bland de drabbade. Som i akuta lägen när arbetet håller dem vakna på natten.

De berörda

Personer som berörs av krisen utan att vara så starkt känslomässigt involverade har andra möjligheter att bidra med nya idéer och perspektiv under ett nätverksmöte. Det kan röra sig om vänner, släktingar, arbetskamrater till de drabbade privatpersonerna och kanske någon kollega till en drabbad yrkeshjälpare. Personer som trots nätverkets splittring har bärande kontakter med olika drabbade parter som står långt ifrån varandra i krisen, är viktiga att få med.

Stödpersoner

En av stödpersonens viktigaste funktioner under ett möte är att lyssna och förmedla till den drabbade sådant som denne själv på grund av ångest och oro inte kan ta in. Stödpersonerna rekryteras utanför gruppen av drabbade eller indragna. En gammal vän eller tidigare behandlare är typiska stödpersoner. Just genom sin position som utanförstående kan stödpersonen ge nya tankar och perspektiv till nätverksmötet. Stödpersoner blir även

samtalspartners för de mest drabbade efter ett möte För yrkespersoner från psykiatri och socialtjänst kan det vara viktigt att en chef med mandat att fatta beslut deltar. Den senare blir en resurs för hela nätverksmötet. Det förebygger risken att lösningar som ett nätverksmöte arbetat fram under stor möda annulleras dagen därpå därför att någon viktig beslutsfattare saknats på mötet.

Professionella – privatpersoner

I princip bör det vara fler privatpersoner än yrkespersoner på ett nätverksmöte. Ju fler röster som blir hörda på ett nätverksmöte desto större möjlighet för de professionella att släppa på sitt traditionella ”tolkningsföretärde” och i stället gå in i dialog med de det personliga nätverket. Dialoger som innebär större chans att hitta samförståndslösningar.

Mobiliseringsprocessen – de olika stegen inför ett nätverksmöte

1. Krisärende

Som sagts tidigare är ett nätverksmöte en krisintervention. Inom det psykiatriska sammanhanget handlar det ofta om situationen för en nyinsjuknad person med många som oroar sig. Det kan också röra sig om organisatorisk kris eller förvirring, som kännetecknas av att professionella från olika myndigheter och/eller behandlingsinstanser är inblandade och där man inte är klar över vem som gör vad eller skjuter över ansvaret på varandra.

2. Konsultation

När ett personligt ombud eller annan yrkeshjälpare fått idén om ett nätverksmöte är ofta nästa steg att konsultera ett nätverkslag. Vanligt är att man har en hypotetisk nätverksskarta som utgångspunkt för konsultationen. Ett annat alternativ är att snarast presentera mötesidén för den drabbade personen och de närstående och utifrån detta bjuda in en representant för ett nätverkslag till en gemensam konsultation. Yrkeshjälparen intervjuas om sin avsikt med ett möte och tillsammans bedömer man om det är lämpligt att gå vidare. Det är inte säkert att tiden räcker till för en konsultation, när krisen är intensiv och många kräver att något måste göras. Uppdrag att leda nätverksmöten inleds många gånger med att yrkeshjälpare och klient gemensamt tar kontakt med ett nätverkslag. (Forsberg & Wallmark 1998)

3. Det etiska överbägandet – klienten blir uppdragsgivare

Det är önskvärt att den drabbade personens beslut att samla sitt nätverk är ”fritt”. Föredrar denne att gå vidare på något annat sätt måste det respekteras. Forskning har visat att man som klient eller patient oftast väljer att följa sina yrkeshjälparens förslag. En patient som mår dåligt befinner sig

både faktiskt och psykologiskt i ett beroendeförhållande till yrkeshjälparen och om denne tror på en väg framåt så följer man den.

4. Planeringsmöten

Förberedelserna sker hela tiden i ett nära samarbete med den eller dem som det närmast gäller. Man tar reda på en del bakgrundsfakta, förväntningar och farhågor inför mötet. Med i planeringen förutom den drabbade personen själv och någon från nätverkslaget, är kanske någon närstående samt yrkeshjälpare som personligt ombud och personal från psykiatrin. Tillsammans går man igenom vilka som finns att bjuda utifrån den karta som redan finns eller som ritas. Den som ska vara med och leda förklarar i stora drag hur ett möte kan gå till. Vidare tas sekretessfrågan upp: En förutsättning för att ett möte ska kunna vara verksamt är att huvudpersonen ger sin tillåtelse till yrkeshjälpare och andra att kunna tala fritt.

5. Mötesplatsen

Mindre nätverksmöten passar ofta att ha i den egna bostaden. Det känns ofta tryggare för den/dem som det mest gäller att vara i sitt eget sammanhang. Alternativt äger mötet rum i en samlingslokal i grannskapet, men kan också hållas i sammanträdesrummet på ett sjukhus eller socialkontor. Ytterligare en faktor att tänka på är att vid större möten som leds av ett nätverkslag behövs plats att låta deltagarna flytta mellan olika positioner.

6. Inbjudan

Sätten att skriva inbjudan varierar. Vanligt i författarnas tidigare sammanhang var att klienten skrev den tillsammans med sin närmaste yrkeshjälpare, ofta en socialsekreterare, och att de sedan undertecknade tillsammans. Ibland har huvudpersonerna föredragit att göra på sitt eget sätt som att skicka personliga brev till var och en i sitt personliga nätverk och överlämna till yrkeshjälparen att kalla de övriga professionella. En slagfärdig kort rubrik är att föredra, som i klartext sammanfattar krisen. Ett inbjudningsbrev vi läst inleddes med: ”Du är hjärtligt välkommen att rädda ett liv.....”

Det kan verka självklart, men det bör sägas att ”Du är en viktig person för.....” och att ”Din närvaro behövs”. Ange mellan vilka klockslag mötet planeras samt datum och mötesplats. Det är en bra idé att bifoga en lista på de övriga inbjudna med telefonnummer. Det känns tryggt för många att veta vilka andra som fått inbjudan. Dessutom förstärks mobiliseringen med spontana samtal i nätverket inför mötet.

Nätverksspiralen – metafor för mötesprocessen

I de flesta situationer när människor samlas för att lösa problem utvecklar samspelet spontant en karakteristisk gruppprocess, där vissa skönjbara

faser passeras. Detta förlopp identifierades av nätverksarbetets pionjärer (Speck & Attneave 1975) på 60-talet. De liknade det vid en expanderande spiral, *nätverksspiralen*. Skissartat kan man beskriva nätverksspiralen så här: Efter en inledande ritual, där deltagarna knyter an till varandra – kan vara så enkelt att man hälsar på varandra eller talar om vädret – övergår samtalen till att klargöra de olika uppfattningarna och att oenigheter och konflikter kommer till öppet uttryck. Lösningar som föreslås i detta skede vinner inte allmänt gehör. Deltagarnas plåga över att inte kunna hantera problemet bäddar för en gemensam känslomässig upplevelse, som möjliggör att en ”vi-känsla” uppstår i gruppen. Därefter finns beredskap att bejaka förslag och spiralprocessen kan fortsätta från nya utgångspunkter. Tänker man efter är spiralprocessen närvarande vid alla möjliga möten där människor försöker lösa gemensamma problem, från arbetskonferensen på jobbet till familjediskussionen vid köksbordet. Olika typer av nätverksmöten skiljer sig i fråga om hur mycket mötesprocessen uppmärksammas av dem som leder mötena.

Nätverksspiralen beskrivs mer ingående under avsnittet om processorienterade nätverksmöten.

Strukturerade nätverksmöten

Gemensamt för denna mötesmodell är att mötesledarna medvetet håller det som handlar om gruppprocess och nätverksspiral i bakgrunden. I stället för att uppmuntra mötesdeltagarna att ge uttryck för olika meningar och känslomässigt delande, blir innehållet och upprätthållandet av samtalsordningen det centrala. Vanliga anledningar till att välja detta sätt att leda ett möte är:

- att det handlar om en långvarig, ”stabil” kris.
- att det råder otillräcklig balans, där den/de drabbade, lidande personerna har begränsat stöd.
- att de professionella är fler än privatpersonerna.

Utgångspunkten för en strukturerad orientering är förhandlingssituationen med ordförande och sekreterare. Mötesledarna stödjer här deltagarna att mobilisera sina känslomässiga och praktiska resurser och uppmuntrar dem att omformulera sina klagomål och sin oro till positiva förslag på lösningar och sätt gå vidare. Alla inblandade har ett engagemang och det gäller att få fram den positiva intentionen som kan leda till en gemensam strategi för stöd.

Här följer ett konkret exempel:

Vi var inkallade till att leda ett krismöte kring en ensamboende trebarnsmor som vårdades på akutpsykiatriska kliniken efter ett allvarligt självmordsförsök. Mötet hade kommit till mycket hastigt genom att kvinnans väninnor befarade att socialtjänsten var på väg att tvångsomhänderta barnen som de turats om att ta hand om. Barnen eller andra anhöriga skulle inte vara med på mötet. Som mötesledare hade vi inte arbetat i förberedelserna utan träffade kvinnan först strax innan mötet. Hon sade att hon uppskattade väninnornas engagemang och att hon ändå ville ha mötet, även om hon fortfarande mådde dåligt. I synnerhet som hon själv inte varit aktiv i mobiliseringen och att det var en övervikt på mötet av professionella hade vi bestämt oss för att ha ett strukturerat upplägg.

Mötet fokuserades på vad kvinnan ville ha hjälp med och vad som oroade henne mest. Hon var mest orolig för att barnen skulle bli tvångsplacerade. En av oss intervjuade medan den andre skrev upp på blädderblock. Samma frågor ställdes till alla på mötet. Det informella nätverket var mest oroligt för att de ej räckte till som stöd, att kvinnan inte skulle orka med sig själv och barnen utan försöka ta livet av sig igen. De professionella från psykiatri och socialtjänsten beklagade mest att kvinnan inte vågade behålla behandlingskontakter och få varaktig hjälp med sina problem. Efter den första rundan märktes att deltagarna också behövde prata fritt med varandra. Avbrottet för fika blev ett välkommet utrymme för detta. En avslutande fråga till var och en var, "vad som skulle behövas just nu för att modern skulle komma till rätta med sig själv och sin situation"? Förslagen listades ned på blädderblocket och det personliga och professionella nätverket kunde stödja varandra i de olika förslagen. Länkarna i kvinnans nätverk hade blivit tätare och tydligare för alla inblandade. Olika delar i kvinnans nätverk hade knutits samman. Hon hade stöd att fortsätta som mamma till sina barn samtidigt som hon själv via olika stöd- och hjälpinsatser, som mötet gjort upp om skulle kunna bearbeta sina problem.

Den strukturerade mötesmodellen har genom åren vidareutvecklats för att passa i olika sammanhang.

SLP (Sålla – Länka – Planera) – mötet

Är en strukturerad krisintervention som enligt upphovsmännen (Garrison, Hansell 1974) passar i akuta situationer, t.ex. när någon är nyinsjuknad i psykos. Man stärker personens sociala nätverk genom att i krisen samlas kring personen på ett stödjande sätt och väcka positiva förväntningar och ge feed-back i "identitetsreparerande syfte". Den identitetsreparerande

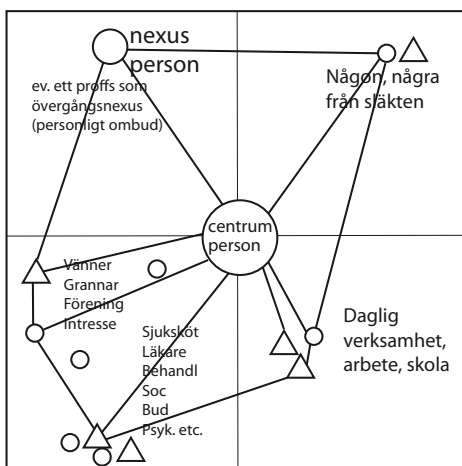
aspekten innebär att deltagarna föreslås dela sina minnesbilder av huvudpersonen från tiden innan den psykiska krisen. Ur de samlade minnena i nätverket finns det ihågkomster av kompetens och ansvarstagande hos den person som drabbats av ett psykiskt sammanbrott. Personen vars identitet är diffus för tillfället, kan använda informationen att rekonstruera en positiv identitet för sig själv som en kompetent person.

Vårdkretsmöte och Nätverksförening:

Ett vårdkretsmöte respektive en nätverksförening formar bärande sammanhang över tid kring en enskild brukares livssituation. Hon eller han kan ha en kortare eller längre tids erfarenhet som psykiatrisk patient. Fokus är stöd i återhämtningen.

Vårdkretsmöte

Från att till en början ha tätare träffar övergår vårdkretsen till att samlas ungefär en gång i månaden så länge det behövs. I en vårdkrets ingår oftast förutom brukaren och behandlare från psykiatrin, några närstående bland anhöriga och vänner, myndighetspersoner som biståndsbedömare och socialsekreterare. Vi tänker oss att många personliga ombud har erfarenhet av vårdkretsmöten. Även om vårdkretsen har en fast kärna, kan deltagandet variera något från möte till möte beroende på vilket område som är i huvudfokus. Det verkar som att det stöd som vårdkretsen ger, aktiverar personen själv i arbetet med återhämtningen. Ett bättre namn är egentligen *nätverkskrets* då det anger ett ömsesidigt sammanhang och inte att någon ska "vårdas". Nätverkskretsen blir såsom en arena för brukaren att få tillit – kontinuitet, att våga relatera till andra.



Erfarenheten från Psykiatri Södra i Stockholm (Eklund, Klingsell 2001) är, att ”den fasta strukturen med väl tilltagen tid (tre timmar), dagordning, protokoll och en ordentlig kaffepaus med tillfälle till informella samtal, ger trygghet och skapar en lugnande atmosfär”. Platsen för mötet är oftast hemma hos den som det mest gäller, vilket ger ökad trygghet. Över tid är erfarenheten att brukaren tar mer och mer ansvar för mötet, som att skriva kallelser och protokoll samt ordna med fika.

Dagordningen som följs är samma vid alla vårdkretsmöten:

1. *Presentation av alla närvarande samt vars och ens förväntningar och farhågor inför mötet.*
2. *Sammanfattning och utvärdering av givna stöd- och behandlingsinsatser vid tidigare kontakter med psykiatri (gäller det första mötet) eller Vad har hänt sedan sist?*
3. *Aktuellt läge.*
4. *Paus med kaffe.*
5. *Förslag på problemlösningar*
6. *Eventuellt fattas beslut om fortsatta vård- och behandlingsinsatser.*
Planeringsförslag som vunnit allmänt gillande bildar grund för planeringen av den närmaste framtiden.
7. *Beredskap vid eventuell kris.* Om det värsta skulle hända, vad gör man då? Vem kontaktar vem och hur delar vi på ansvar och uppgifter?
8. *Avslutning. Eventuell uppföljning.*

Sekreteraren för anteckningarna synligt på blädderblock så att deltagarna under mötets gång har möjlighet att komplettera och korrigera vad som skrivs. Utifrån dessa anteckningar skriver mötessekreteraren rent protokollet och lämnar till den/de som huvudpersonen/brukaren bestämmer ska få ta del av protokollet.

Att tänka på för mötesledarna.

- Låt presentationen ta tid, särskilt vid det första mötet. Var och en klargör i vilken egenskap de deltar och hur de känner huvudpersonen. Psykiatri Södra (Eklund, Klingsell 2001) menar, att ”det är viktigt att inte slarva över denna del av mötet utan att alla ska ges ordentligt utrymme att uttrycka sig kring vad just han/hon tycker är viktigt att förmedla till behandlarna, till de övriga i nätverket och till oss. Det har också visat sig att mötesdeltagarna upplevt just den här delen av mötet som särskilt betydelsefull”, då den ”bidrar till att skapa en känsla av respekt och att allas röst är lika mycket värd”.

- I första rummet fokusera på egen förmåga och resurser: Vad är det som fungerar bra? Först därefter: Vad är det som fungerar mindre bra? På så sätt sker en problemformulering, där var och ens formulering tas i beaktande och får finnas parallellt med de andras.
- Låt förslagen på lösningar komma fram via en ”brainstorming”. Alla förslagen beaktas oavsett hur de ser ut eller uppfattas och antecknas på blädderblocket för att komma med i beslutsprocessen och protokollet.
- Dra aldrig över tiden 3 timmar – att sluta i förtid är däremot OK.
- Sträva efter att reducera ångest, sträva efter att vara och göra så vanligt som möjligt.
- Ha öppen utgång om det blir för laddat i rummet.
- Mötesdeltagarna är de som bestämmer om att ha ett eller fler möten.

På en workshop på Svenska Familjeterapiföreningens konferens (2000) berättade en brukare om sina erfarenheter:

”När jag fick erbjudandet var jag skeptisk, här kom kavalleriet för att skrämma en katt att hoppa från ett träd. Hotfullt med så många främmande att rota i mitt liv. Men, tänkte jag sen vilka resurser på mig. Det blev mer och mer meningsfullt att så många brydde sig tillsammans med mig hur det skulle bli bra. Mest värt: att alltid någon fanns dygnet runt, året om. Jag var aldrig ensam. Hur jag inte blev lämnad ifred fastän jag ville det. Vårdkretsen blev som en god familj, det enda sammanhanget jag under lång tid kände mig tillräckligt trygg att träffa mina föräldrar....”

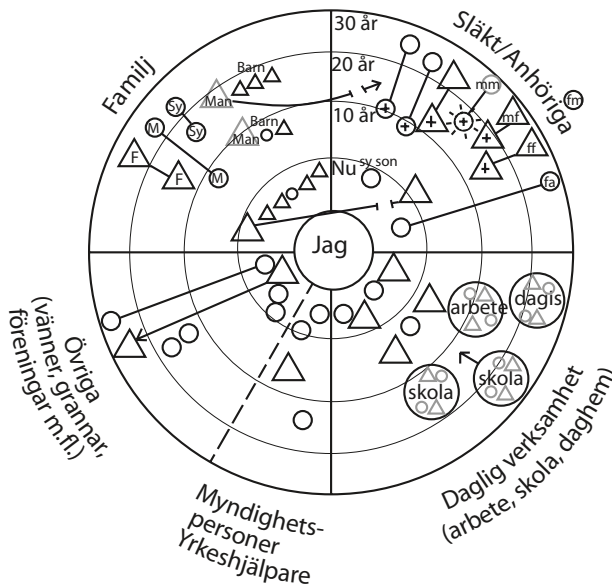
Nätverkskretsmöten i PO:s sammanhang

Ett liknande sätt att över tid arbeta med nätverksmöten beskrivs i boken: *Christian och Helge. Bilder från arbetet som personligt ombud i Kristianstad* (Socialstyrelsen 2002) Mötena har fokus på Christians konkreta behov, såsom bostad, ekonomi, boendestöd osv. Handlingsplaner görs och följs upp på följande möten, där ”det formella och informella nätverket skapar en positiv allians och stödjer varandras insatser med det som var och en kan bidra med”. När ett möte ibland blir för ansträngande och oklart ”avbryts det en kort stund för att Helge (det personliga ombudet) och Christian ska få överlägga enskilt. Efter mötena utvärderar Helge och Christian ”vad som varit bra och vad som varit mindre bra”. Mellan mötena får ombudet ”lägga ner en hel del arbete på att få de saker som beslutades att fungera. Det handlar om att lägga pussel, lirka, vara diplomat, förhandla och jämkä samman olika behov. Vid en del av dessa tillfällen

medverkar också Christian och för honom är det både uppmuntrande och oroande med alla dessa nya kontakter”. Vi rekommenderar till vidare läsning om denna kreativa och inspirerande mötesprocess.

Nätverksförening

Modellen har utvecklats inom psykiatri i Norrtälje av Astrid Hultkrantz-Jeppson, den ena av författarna till detta avsnitt. Nätverksförening handlar om att skapa en arbetskreis tillsammans med patienten/brukaren. Brukaren är då ofta en person som länge varit patient i psykiatri och nätverksföreningen får ses som ett stödsystem för såväl återhämtning som ett optimalt bra liv, trots en psykiskt funktionsnedsättning. Kretsen består av personer från de olika sektorerna i brukarens sociala nätverk.



Dessa bildar tillsammans något som närmast liknar ”en gemensam förening”, som har föreningsarbetets form och struktur. Föreningen har en sammanhållande ordförande och en sekreterare som upprättar beslutsprotokoll. Vardagliga frågor tas upp. Om det behövs någon som har kännedom om en viss fråga/ett visst område bjuds den personen in som adjungerad.

Genom protokollen kan man följa processen under lång tid.

Varje gång har man uppföljning av besluten från tidigare gånger. Vad har gjorts – vad har ej gjorts? Varför?

Under Nätverksföreningens första 3 månader har man regelbundna möten, cirka en gång i veckan, så att arbetskretsen verkligen formeras. Därefter fungerar det oftast att mötas glesare. Nätverksföreningen utvecklas till ett sammanhang där brukaren själv tar mer och mer ansvar i processen. Den innebär också en lärandeprocess hur man arbetar i föreningslivet.

Nätverkskontrakt

Nätverkskontrakt representerar ett strukturerat sätt att arbeta som visat sig vara verksamt som verktyg i återhämtningen för personer med bipolära symtom och manodepressiv sjukdom. Specifikt kan det handla om att förebygga maniska skov eller gör dem så lindriga som möjligt. Kontraktet konstitueras vid ett nätverksmöte och görs upp i nära samverkan mellan brukaren, yrkeshjälparna och närstående anhöriga och vänner.

Kontraktets innehåll:

1. Brukarens/patientens eget ansvar definieras angående medicinering och balanserad livsstil.

Exempel utifrån Laila Gentzell (2001) själv brukare, som är den som utvecklat Nätverkskontrakt i samarbete med sina behandlare på Psykiatri Södra i Stockholm: *"Mitt eget ansvar är förutom att gå i terapi en gång i veckan leva ett vanligt, trivsamt liv..."*

a. Jag kommer att äta Litium under detta kontraktsår utan försök till nedtrappning.

b. Mina övriga val och beslut ska alltid innehålla reflexionen: Kan detta provocera min maniska sårbarhet? Det gäller att sätta gränser både för mig själv och i mina relationer till omvärlden, så att jag inte slarvar förbi mina känslor, splittrar upp mig för mycket och får för många järn i elden. Jag måste medvetet och noggrant prioritera sådana aktiviteter som leder till lugn och harmoni".

2. Nätverkets hjälp om jag inte klarar ta mitt eget ansvar:

a. Misstänkta tidiga tecken på mani? Vad ska de göra?

b. Maniska tendenser eller tydlig mani? Vad ska de göra?

Om jag bedöms som alldeles för jobbig att ha boende hemma: *"Jag avsäger mig då makten att fatta beslut om min behandling, för att snabbt komma ur det maniska skovet, eftersom mitt eget omdöme i maniskt tillstånd inte är att lita på"* (2001).

Detta skrivs under med namn och telefonnummer till läkare och kontaktpersoner både inom öppen- och heldygnsvård.

3. Tystnadsplikten gentemot personliga nätverket och inom detta måste upphävas för att entydig, rak och tydlig kommunikation ska vara möjlig. Vedertagen tystnadsplikt däremot utanför nätverket.
4. En behandlingsplan upprättas av vårdteamet i samråd med två personer ur det personliga nätverket
5. Brukaren/patienten accepterar i det här läget att en bestämd närstående så länge det behövs tar hand om ekonomin och ger fickpengar.
6. Vad som ska gälla vid beslut om permission eller utskrivning: Till exempel att förutom brukaren själv, läkare och en annan ur vårdteamet ska också två personer från nätverket delta. Om utskrivning beslutas ska en handlingsplan för tiden därefter upprättas vid detta tillfälle.
7. Nätverkskontraktet ska utvärderas en gång varje år helst vid ett möte där de som undertecknat kontraktet tillsammans med brukaren deltar. Annars skriftligen eller via telefon.

Erfarenheterna av Nätverkskontrakt är så pass goda att de börjat användas på flera håll inom psykiatrin.

Förusägelsedialog

Har utvecklats i Finland av sociologen Tom Erik Arnkil (2005). Efter att forskat många år på klientärenden inom socialtjänsten kom han fram till ett begrepp, ”den grå zonens” ärenden, som utgjorde ca 90 procent av de som man arbetade med. Man var osäker på hur och vad man skulle arbeta med. Hur såg egentligen svårigheterna ut? Och vad skulle man göra? I den ”grå zonen” upplevde socialarbetarna samtidigt en diffus, men ändå kännbar oro för situationen. Utifrån detta skapades Förusägelsedialoger.

Dessa går till på följande sätt:

- Man samlas efter att ha kartlagt och bjudit in nätverket.
- Två ledare håller i mötet.
- Det informella nätverket (familj, släkt, vänner) sätter sig vid ett bord.
- Det formella nätverket (tjänstemännen) sätter sig vid ett annat bord.
- Den ene ledaren håller i frågandet av det informella nätverket. Den andre intervjuar tjänstemännen.
- Ledarna säger till alla: Tänk er att vi sitter här och ett år har gått, bekymren har minskat och framtiden är god

- Ledaren frågar var och en först i det informella nätverket: *Vad är det som gör dig speciellt glad? Vad har Du gjort för att det skulle bli en så här bra situation. Har du bett om hjälp? Med vad i så fall och av vem / vilka? Och hur har de hjälpt dig?*

Vid svaret säger intervjuaren: *Hörde jag rätt när jag hörde dig säga.....* och repeterar svaret. Däremot inte tolka eller kommentera det.

Varje person intervjuas på samma sätt i tur och ordning. Den andre ledaren skriver upp svaren på ett blädderblock.

- Den andre ledaren intervjuar tjänstemännen, de professionella i tur och ordning.

Fråga: *"Nu har du hört vad nätverket/familjen fått för hjälp. Vad har Du kunnat göra utifrån din yrkesposition? Har du bett om hjälp av någon/några och i så fall med vad?"*

Svaren skrivs upp på blädderblocket.

Vid uppföljningsmötena har man sett vem som gjort vad och hur utifrån den arbetsplan som man arbetade fram vid det första mötet.

Vid föutsägelsedialogmötet skapas ett tvåpartssamtal där många finns närvarande och lyssnar. Var och ens individuella perspektiv intresserar och alla hör vad som sägs. Man behöver också ett individuellt handlande och ansvarstagande. Var och en får också minnas framtiden ur sitt eget perspektiv.

När man möts finns chans till att förståelse uppstår mellan människor. De delar sina erfarenheter och skapar sitt språkområde. Att var närvarande och lyssna, inte bara höra och försöka anpassa sitt språk till varandra skapar en hjälpande och läkande dialog.

Processorienterade nätverksmöten

Det fullskaliga nätverksmötet

I den här mötesformen har ledarna inte fokus på i första hand på innehållet i vad som sägs på mötet utan hur det sägs, sättet man kommunicerar med varandra. Mötet leds av ett nätverkslag på 2–4 personer, som på olika sätt samverkar med grupprocessen som utvecklas. Vanligt numera är två aktiva ledare som håller i själva mötet med de andra två som reflekteror. Nätverksspiralen (se inledningen av mötesavsnittet) är lagets främsta ledstjärna.

0. *Förmobilisering* (finns beskriven i det tidigare avsnittet om förberedelsearbetet inför ett nätverksmöte).

1. *Retribaliseringsfasen*

Benämningen kommer från engelskans re- (åter) och tribe (stam) och betecknar alltså processen varunder nätverket ”åter blir en stam”. Tanken med retribalisering på ett möte är att deltagarna trots motsättningar och initial stress ska kunna samla sig och förenas i uppgiften att lösa gemensamma problem. När mötesdeltagarna samlas hemma hos den person/den familj som bjudit in eller på en ”neutral plats”, bekantar de sig spontant med varandra och delar sin oro inför det som ska hända. Efter en ömsesidig presentationsrunda tar lagledaren initiativ till en lämpligt passande ritual. På ett möte läste en mamma som var i fokus en fredsdikt hon själv skrivit och spelade ett musikstycke. En annan ritual kan handla om en annorlunda presentation där man skickar en budkavle med foton av de berörda barnen (som då inte är med på mötet) medan var och en presenterar sig utifrån hur de känner dessa barn.

Laget försöker skraddarsy ritualen att passa den kris det gäller.

Efter retribaliseringsritualen presenterar ledaren/na hur mötet kommer att ledas, går igenom mötesordningen samt försäkrar sig om att sekretessfrågan är löst att huvudpersonen/erna ger de professionella möjlighet att tala fritt.

2. *Polariseringsfasen*

Börjar ofta utvecklas under det följande *nätverkstalet*, där lagledaren ger lagets syn på problemet/krisen. Samtidigt som det understryker det positiva med allas närvaro och bekräftar inbjudarnas initiativ bör talet i klartext betona den fara som krisen representerar: att t.ex. ställa en fråga om att det gäller liv och död när någon är inne i ett heroinmissbruk, att den personens barn håller på att bli föräldralöst. I och med talet har nya och gamla motsättningar kommit till ytan. Olika åsikter, meningsskiljaktigheter och konflikter arbetas med. Laget lyssnar efter bärande teman i det som kommer upp och tar initiativ till gestaltningar och positionsförändringar som tydliggör de olika ståndpunkterna. T.ex.: – ”Vilka tror här att du Bo kan klara ett självständigt liv borta från behandlingshemmet?” – ”Vilka tänker att Bo mår så dåligt att att han inte kan ta vara på sig själv eller bo ensam?” och – ”Det går bra att placera sig var som helst mellan ytterpunkterna, beroende hur starkt man känner i ena eller andra riktningen”.

3. Mobiliseringsfasen

När ett möte präglats av meningsskiljaktigheter tillräckligt länge börjar förslag till lösningar höras. Utmärkande är att de i det här skedet antingen betraktas som realistiska eller är för tidigt lagda. Det kan också vara förslag som redan prövats. Gruppen är ej med, alla tänker på sitt sätt. Nätverket är ännu inte redo att fatta beslut som på ett avgörande sätt kan leda till en förändring.

4. Depressionsfasen

Lösningsförslagen har fallit hur bra de än verkade. Aktiviteten avtar och stämningar av uppgivenhet och hopplöshet sprider sig. "Det finns inget vi kan göra. Det är för sent". Alla, både från det personliga och professionella nätverket, "sitter i samma båt". Tillsammans måste man göra något. Deltagarna behöver i det här läget blir sedda av mötesledarna. Någon i laget kan till exempel ge en "depressionstolkning", t.ex.: – "Mötet har nu hållit på i över två timmar och alla verkar trötta och uppgivna. Trots den energi och kraft ni lagt ner, alla idéer, förslag och viktiga teman som ni varit inne på så här långt verkar det inte finnas något ni kan göra för att nå en vändpunkt. Det ser hopplöst ut.... " När laget understryker hopplösheten på detta sätt inbjuder det till protester och invändningar mot pessimismen. Samtalet väcks till liv igen och deltagarna visar att de inte tänker ge upp.

Laget kan när det verkar lämpligt i stället välja mer direkta sätt att närma sig uppgivenheten. Som att ta initiativ till en gestalt för att stödja mötet att närma sig krisens kärna. Exempelvis: *Någon i laget kanske sätter sig på en tom stol framför en pappa som varit nära att dö av en överdos. "Vad skulle din dotter ha sagt om du dött? Jag vet ju inte, i stället överlämnar jag stolen till er som känner henne. Ni kan berätta för pappa hur det skulle vara för henne om han hade dött". Flera kommer och sätter sig och talar ur hjärtat till pappan. Stämningen fördjupas ytterligare. Deltagarna talar om hur de var och en finns som stöd för pappan att göra upp med sitt drogberoende.*

5. Genombrottsfasen

Via de delade känslöerfarenheterna kan förslagen från mobiliseringsfasen plötsligt visa sig intressanta och gå igen. Mötet når sitt genombrott. Lösningar skapas och nya samtal utvecklas, först försiktigt och trevande, sedan med allt större frimodighet. Deltagarna fattar beslut om hur man ska gå vidare. Att satsa på ett uppföljande nätverksmöte kan vara ett sätt stödja de förändringar som kommit igång.

6. Hänförelse/Utmattningsfasen

Efter genombrottet sprider sig utmattningen och tröttheten. Deltagarna känner sig samtidigt lättade och upprymda – nöjda för att de äntligen kommit fram till något gemensamt. Grupprocessen går mot retribalisering på en högre nivå och en ny spiral.

Vårdmötet – dialogisk nätverksterapi

Vårdmötet har utvecklats av den finländske psykologen Jaakko Seikkula och hans kollegor inom psykiatri vid Keropudas sjukhus nära Torneå i finska Lappland. De senaste 20 åren har man gått från den traditionella psykiatriska behandlingen med tonvikt på inläggning och medicinering till mobila akutteam, som arbetar med psykiska kriser hemma hos människor, i deras vanliga sammanhang. Arbetet bygger på en stark tilltro till dialogens möjligheter och erfarenheten av att människor när de kommer i dialog tillsammans utvecklar nya sätt att se på problem.

Den psykiska krisen är skrämmande för det drabbade nätverket. Det blir lätt så att samtalen avstannar medan skuldkänslorna växer. Man orkar inte längre vara lyhörd för vad en psykosdrabbad närstående trots allt försöker säga.

Teamets uppgift är att bidra till att den förlorade dialogen återupprättas. Under sina öppna nätverksmöten, som ofta är relativt små, för de en ställföreträdande dialog med varandra, så att alla kan lyssna. När teamet samtalar öppet om de teman som genomsyrar ett möte inspirerar de nätverkets eller familjens dialoger. Teamets erfarenhet är att det är särskilt verksamt att hårbärgera känslorna som väcks hos dem själva under ett möte (s.k. motkänslor), och sedan samtala öppet om dem. Motkänslorna kan ses som återsken av laddade teman hos dem som det mest berör. Genom att teamet pratar om dem blir de tillgängliga och kan uttryckas i det gemensamma språket. Synsättet är att ett yttrande inte blir helt förrän det fått sitt svar.

Samtalen skapar ett gemensamt språkligt gränssystem med strävan att den drabbade inte ska behöva läggas in. En sjukhusinläggning menar man skapar en blixtnabb etikettering av huvudpersonen som psykiskt sjuk.

Det finns ingen ambition att ett vårdmöte ska komma fram till lösningar utan teamet återkommer gärna dagen därpå. Mötesprocessen fortsätter så länge det behövs. I Keropudas förbereder inte teamet vilka teman som ska tas upp på ett möte. ”Diskussionsformen är viktigare än själva innehållet” (Seikkula 1996). Förutfattade meningar om situationen skulle snarare minska behandlarnas nyfikenhet på nätverkets språk och metaforer.

Övningsuppgifter

Det finns goda skäl att anta att vi yrkeshjälpare ofta underskattar de resurser som finns i våra klienters/brukares naturliga nätverk. Vi har ibland en tendens att ta över funktioner, som alla skulle ha vunnit på att det naturliga nätverket hade fått behålla. När det gäller personer som brottas med långvarigt psykiskt lidande är risken för ett sådant ansvarsövertagande från de professionellas sida särskilt stor. Och att vederbörande därigenom riskerar fastna än mer i en passiv patientroll.

Den röda tråden i arbetet med övningsuppgifterna är att utveckla nätverksperspektivet i samspel – att brukaren genom detta inspireras att utveckla sin förmåga till att kunna och våga relatera med andra.

Din nyfikenhet på brukarens resurser är viktig som drivkraft – hur han eller hon klarar att genomföra olika saker trots sina psykiska problem. Vårt förslag är att du börjar med en person du känner väl och där ni utvecklat ömsesidigt förtroende i kontakten.

Resursinventering

Trots att det psykiska lidandet bidragit till att brukarens personliga nätverkssituation utarmats, finns mer resurser där än vad man först vill tro. Många brukare har varit föremål för andras omsorg och behandling så länge, att deras egna resurser som givande och handlande personer helt eller delvis kommit i skymundan. Övningsuppgiften består i att tillsammans med brukaren gå igenom:

- Personer som man vill återuppta kontakten med?
- Erfarenheter av studier och arbete?
- Sådant brukaren är bra på?
- Intressen? Trädgård, musik, film, sport, litteratur etc. Personer i nätverket som delar ens intresse?
- Vad kan brukaren bidra med utifrån sina intressen och förmågor?

Samtal utifrån Resursfrågorna

Om det skulle kännas ovant för dig att föra in nya frågor i samtalet, kan du t.ex. säga att du har läst om nätverksperspektivet och blivit intresserad av vad det skulle kunna ge. Frågorna finns beskrivna på sid 127.

Göra en nätverkskarta

Utgå från anvisningarna på sid 136 Gör kartan stegvis och ta god tid på er. Arbetet bör ske i den takt som passar brukaren. Den behöver inte bli färdig ens vid det tredje eller fjärde tillfället. Det viktiga är de samtal och

tankar som väcks i samarbetet mellan dig och brukaren, inte hur kartan ser ut.

Att fundera över tillsammans med brukaren:

- Vilka är de viktiga personerna som finns i nätverket? Deras betydelse? Vilka ger konkret stöd?
- Vem / Vilka delar man intressen med? Vilka ger känslomässigt stöd – är bra att prata med?
- Avståndet till ego i mitten och kontaktvägarna mellan personerna på kartan.

Framtidskarta/Önskekarta

Brukaren har kanske överdrivet negativa förväntningar. Även om det är viktigt att vara följsam gentemot brukaren tänker vi att de kan vara viktiga att utmana. Framtiden är ju ett oskrivet blad.

Hur långt in i framtiden vill brukaren lägga sig? Var vill brukaren lägga sig

- en tänkbar situation som han eller hon vill utgå ifrån?

Tänkbara frågor:

- Vad kan man uppnå?
- Hur kan vi hjälpas åt för att uppnå det?
- Vad har du gjort för att det i den framtida situationen har blivit på det eller det sättet?
- Vad har vi gjort tillsammans?
- Vilka har vi bett om hjälp och med vad?

Skaffa dig nya ”arbetskamrater”

- Föreslå brukaren att sammanföra dig med viktiga personer i nätverket. Det kan hända att träffarna äger rum stegvis och bara med någon i taget. På så sätt lär du känna, kanske en förälder, boendestödjaren, kontaktpersonen, socialsekreteraren, någon vän och ytterligare personer. De här personerna blir resurser både för dig och naturligtvis för brukaren att samarbeta med.

En nätverksteoretisk aspekt på den här övningsuppgiften är att personliga ombud främst har nexuskompetens – en sammanhållande roll som länkar ihop de viktiga personerna i brukarens nätverk och som finns där tills någon annan tar på sig rollen som nexus – snarare än isolat. Personliga ombudets roll skulle också kunna vara att leta efter en nexusperson i det

informella nätverket. Personligt ombud kan då utifrån sin position som nexus samarbeta med den personen, för att så småningom överlämna sitt nexusansvar.

Vi tänker oss att detta bidrar till utveckla ett övergångsnätverk, som öppnar upp brukarens isolerade situation mot att denne går vidare med egna steg. Där är det personliga ombudets roll mer blir som ”nätverks-coach”.

Nätverksbyggande/ nätverksskapande

- Tillsammans med brukaren utforska grannskapet och därigenom ”spåra upp” en naturlig nexusperson, d.v.s. någon som känner många i området och kan ”slussa” till kontakter som stämmer med brukarens intressen. En nexusperson kan vara en granne som utan att vara yrkeshjälpare helt självklart tar kontakt, eller kanske någon i affären eller den som driver det lokala caféet.
- Tillsammans med andra PO verka för att era brukare träffas. Knyta personliga kontakter med brukarorganisationer, RSMH, Fountain House m.fl.

Övningsuppgiften kan leda fram mot att grupper skapas, där man utvecklar sina intressen gemensamt. Kanske de delas av andra brukare och deras PO?

Skapa stöd- och samarbetsformer med andra personliga ombud

Bilda en grupp med andra personliga ombud. Om det inte går att skapa en lokal samarbetsgrupp så knyt ihop den tillsammans med kollegor i grannkommunerna. Det ser säkert mycket olika ut, men vi tänker oss att man som personligt ombud kan bli rätt så isolerad. Risken finns att arbeta ensam med krävande uppgifter utan tillhörighet i en arbetsgrupp. Samarbetsgruppen tänker vi oss kan fungera som jordmån för metodutveckling. Inte minst tror vi att den behövs för att vidmakthålla och utveckla och de personliga ombudens sociala nätverksarbete.

Och Avslutningsvis

Behåll er nyfikenhet, ert tålamod – ge inte upp! Det är bara att det omöjliga tar lite längre tid.

Att läsa

Marianne Borgengren och Ann Mossberg (red): *Familjer och nätverk – Fem artiklar från en intensiv satsning på familj- och nätverksarbete i en psykiatrisk organisation under fyra år*. Psykiatrin Södra Stockholm, SLL 2:a uppl. 2007

Johan Cullberg: *Psykosor – ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Natur och Kultur, Stockholm 2000

Gunnar Forsberg och Johan Wallmark (red): *Nätverksboken*. Liber, Stockholm 2003

Laila Gentzel: *Nätverkskontrakt – ett verktyg i återhämtning*. RSMH och Föreningen Balans, Stockholm 2006

Astrid Hultkrantz-Jeppsson och Lennart Svedhem: *Nätverksskapande metoder*. I *Nätverksterapi – teori och praktik*. Svedhem (red), Carlssons, Stockholm 1985

Johan Klefbeck och Terje Ogden: *Barn och Nätverk*. Liber, Stockholm 2003

Jaakko Seikkula och Tom Erik Arnkil: *Sociala nätverk i dialog*. Mareld 2005

Vid klientens sida – om brukarinflytande och empowerment i ombudens arbete

Personliga ombud kan på ett avgörande sätt stärka inflytandet för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Uppdraget som personligt ombud är unikt. Det är tydligt vad uppdraget går ut på och vid vems sida man ska stå. Ombudens uppgift är att arbeta på uppdrag av och tillsammans med den enskilde mot diskriminering och för rätten till högkvalitativa stödinsatser.

Brukarinflytande och empowerment spelar en stor roll på arenan där personliga ombud agerar. Personliga ombud behöver förstå innebörd och spänningar i nämnda fenomen, för att kunna orientera sig i uppdrag och yrkesroll. Detta kapitel ger en introduktion till brukarinflytande och till dess, på samma gång mor och dotter; empowerment. Vidare diskuteras vilken roll ombuden kan ha för att stödja människor med psykiska funktionsnedsättningar då dessa, enskilt eller som medborgargrupp, strävar efter att erövra mer makt över sina liv. De personliga ombudens huvudsakliga arbete, att ge stöd till och föra enskilda individers talan, skildras på flera andra ställen i denna skrift och är inte kapitlets huvudsakliga fokus.

Empowerment – makt som förändrar

– Tålmod, hopp, och en massa egenmakt! Det är vad människor med psykisk funktionsnedsättning behöver vara rustade med för att leva ett bra liv och klara utmaningar. Denna tolkning och i viss mån önskan gjordes av ett personligt ombud som deltog i en diskussion om livsvillkor för nämnda grupp.

”Egenmakt” är en omskrivning på svenska av det engelska ordet ”empowerment”. Ordet kommer närmast från engelskans power, alltså makt, förmåga, kraft och när det används för att beskriva ett tillstånd översätts det vanligen med ordet egenmakt. Då menas att individen kan erövra empowerment – egenmakt – större förmåga och rättigheter till att styra sitt liv. ”Egenmakt” kan låta harmlöst. Ställer man däremot fram inre vanmakt eller utsatt för förtryck som dess motsatser, blir dess inneboende kraft tydligare.

Det tidigare nämnda personliga ombudet hade lagt märke till att där människor finns, där finns också över- och underordning; kort sagt ett

maktspel. Makt och status finns i alla sammanhang och överallt. Om en enskild person eller grupp inte fyller ut sitt utrymme för initiativ och bestämmande så kommer andra att träda in och bestämma i stället. Empowerment handlar om att se möjligheterna med makt. Men också att kunna hantera riskerna.

Möjligheterna tas upp i den fortsatta texten. Riskerna har historien visat oss. Mentalsjukhusen med inlåsning, ovärdiga förhållanden och behandlingsmetoder som snarare liknade tortyrmetoder är väl det tydligaste exemplet på risker. Svaga egna maktpositioner å ena sidan och andras tolkningsföreträde och missbruk av makt å andra sidan går som ett stråk genom historien för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Fortfarande präglas situationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar till viss del av detta. De initiativ som tas för att förbättra livsvillkoren har till största del handlat om satsningar på traditionell vård och omsorg. Dessa satsningar har gett små effekter och visat begränsningarna med traditionellt klient/patientarbete när det handlar om att förbättra livsvillkor för grupper i socialt utsatta situationer.

Detta är en av anledningarna till att empowerment har blivit något av ett modeord inom det sociala området i många länder under de senaste decennierna. Sedan slutet av 1980-talet används det alltmer flitigt av socialarbetare, forskare och politiker. Empowerment används också som benämning på en teori och ett förhållningssätt i socialt arbete. Det kan då lättast förstås som ett medel – alltså värderingar och arbetssätt – som kan användas för att stödja en individ eller en grupp i att ta makten i sitt liv. Det översätts ibland med begreppet ”bemyndigande”.

Ofta nämns den sociala aktiviströrelse som växte fram i USA under 1960-talet och de idéer till självhjälp och mobilisering av utsatta grupper som introducerades under 1970-talet som främsta idébärare till empowerment. I Sverige uppstod brukarrörelsen på 1960-talet då bland annat RSMH, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, startades. Även om just det ordet inte användes vid den tiden kan detta ses som en del i empowerment-rörelsen.

Det finns en koppling mellan det utåtriktade arbete som brukarorganisationer för personer med psykiska funktionsnedsättningar bedriver idag och den kamp som drevs av medborgarrättsrörelsen i USA på 1960-talet, befrielsesteologin och kvinnorörelsen, konstaterade tidigare en grupp erfarna brukarrepresentanter⁴⁴. De menar att det är en kamp för lika värde

⁴⁴ Hagberg, L. 2006. *Med lika värde och rätt. – 16 brukar- och anhörigrepresentanters syn på möjligheten att påverka psykiatrin och socialtjänsten*. Inflytandeprojektet/Ersta Diakoni

och rättigheter. Arbetet är också riktat inåt, till medlemmarna själva och till organisationen som sådan. Då handlar empowerment om att utveckla synen på sig själv, att stärka sig för att komma ifrån rollen som ”patient”, som icke fullvärdig medborgare, för att ta makten över sitt eget liv. Empowerment upplevs ofta av brukare mer som en känsla; en känsla av stolthet, av att räknas och att duga, en känsla av att ha gjort upp med mindervärdeskänslor och skam.

Hur vet man då om någon är ”empowered”/har egenmakt? En av de starkaste företrädarna för den amerikanska brukarrörelsen, Judi Chamberlain, har tillsammans med en grupp brukarföreträdare, lagt fram en lista över tänkbara kännetecken.⁴⁵ Chamberlain menar att empowerment är mer av en process än en enstaka händelse, och därför kan inte alla personer uppfylla beskrivningens samtliga punkter för att vara ”empowered”/ ha egenmakt. Den amerikanska listan innehåller 15 egenskaper, här presenteras ett urval.

Att ha egenmakt innebär att:

- ha beslutsmandat och möjlighet att fatta egna beslut
- få tillgång till information och resurser/insatser. Det är viktigt att få en mängd alternativ att välja bland
- ha en bestämd vilja
- ha en känsla av att enskilda kan göra skillnad för sig själva och andra (hoppfullhet)
- tänka kritiskt och att se saker ur andra perspektiv – att omvärdera den man upplever sig vara och vad man faktiskt kan göra
- inte känna sig ensam; känna sig som del av en grupp
- förstå att vi människor har rättigheter
- skapa förändringar i sitt liv och det samhälle man lever i
- erövra kunskaper som man själv värdesätter
- komma ut ur garderoben, vara öppen med sin ohälsa/funktionsnedsättning
- förstärka självbilden och övervinna stigmatisering.

Beskrivningen av egenskaper visar att empowerment-processen innefattar såväl en inre, psykologisk del, som en yttre, politisk del. I den inre delen ökar stolthet och självförtroende i takt med att förmågorna stärks.

⁴⁵ Chamberlin, J. 1997 *A working definition of empowerment* Psychiatric rehabilitation journal, spring 1997- volume 20 number 4

I den yttre delen agerar man för att få ökade rättigheter och arbetar gemensamt för att samhället ska förändras och bättre möta ens önskemål.

En del tolkningar av empowerment betonar politiskt arbete på grupp-nivå. Organiseringen i självhjälpssgrupper eller föreningar är oftast en förutsättning för att empowerment ska kunna växa och gro. En del i empowerment-processen är att se och värdera de erfarenheter man gjort som en tillgång, som en form av kunskap att lära av och använda. Människor som är aktiva i självhjälpssgrupper och brukarorganisationer utvecklar en erfarenhetsbaserad kunskap. Hur denna process går till har beskrivits i boken *Kunskap att hämta – om brukarmedverkan för bättre psykiatri*.⁴⁶

”I det första stadiet ser personen sig som enbart ett offer för en händelse. Andra steget är att individen i mötet med gruppen börjar tro på sin egen förmåga. I tredje och sista skedet har personen med gruppens hjälp omtolkat sin upplevelse. Med den insikten följer trygghet, självförtroende och förmåga att på olika sätt hjälpa andra. Ett fjärde steg kan vara att personen blir en ”erfarenhetsexpert” vars kompetens lämnar avtryck långt utanför självhjälpssgruppen”

I diskussionen om empowerment bör man minnas att alla inte har en vilja att vara med och planera sin vård. Alla kommer heller inte att vara intresserade av empowerment eller av mer ansvar. Det finns också de som i långa perioder behöver mycket stöd och som har svårt att uttrycka sina önskemål. Det får förstås inte medföra att de underkänns som brukare av en i övrigt empowerment-inriktad verksamhet.

Att stödja utvecklandet av empowerment

Det personliga ombudet vars uttalande inledde det här avsnittet såg tydligt behovet av ökad egenmakt hos de personer han mötte. Utmaningarna som möter personer med psykiska funktionsnedsättningar är stora. Det beror inte minst på att myndigheter och andra samhällsfunktioner varken lyckas tillgodose denna grupps rättigheter eller anpassar sig för gruppens behov. Flera problemområden är kända sedan lång tid. Till dessa hör exempelvis urusla levnadsförhållanden med ekonomisk misär och bristande samverkan mellan berörda huvudmän.

Denna oförmåga hos samhället kräver därför funktioner som ansvarar för att stödja grupper i utsatta livssituationer samt stöd för utvecklandet

⁴⁶ Nördén, H. 2008. *Kunskap att hämta – brukarmedverkan för en bättre psykiatri*. s 57. Gothia

av individers och grupper empowerment. Att utveckla empowerment eller egenmakt är något som endast individen/gruppen själv kan göra. Ingen kan ge empowerment till någon annan.

Med detta sagt, bör det understrykas att personer som har maktpositioner kan spela en avgörande roll för att människor med utsatta levnadsvillkor ska ha möjlighet att utveckla egenmakt. Idéer om empowerment har sitt ursprung i och realiseras lättare (kanske till och med bara är möjliga) i en viss typ av organisationer. Det är organisationer i vilka självhjälp, ömsesidighet, politisk kamp är ledord, eller organisationer som bygger på folkbildning, lokalt utvecklingsarbete alternativt fristående kooperativa sammanslutningar. Alla, oavsett i vilken organisation man verkar i, kan dock alltid välja att stödja någons empowerment eller välja att motverka det. Alla som i sitt arbete möter personer i utsatta situationer har ett ansvar; man kan vara en möjliggörare, en "egenmaktsförstärkare" eller motverka någons egenmakt.

Bengt Starrin, professor i socialt arbete vid Karlstads universitet, menar att motsatsen till empowerment som förhållningssätt till grupper i socialt underläge är paternalism.⁴⁷ Med ett paternalistiskt förhållningssätt kategoriseras "svaga grupper" och för deras räkning organiseras och levereras stödinsatser. Anställda "hjälpare" har där uppdraget att "ta hand om" de "hjälpssökande" och "experter" planerar och utvärderar de olika "insatserna" som ska förbättra människornas liv. Individerna är objekt och mottagare och berövas aktiva roller i och för sin egen återhämtning och utveckling.

Paulo Freire, befrielsepedagogen som var verksam i Sydamerika på 1970-talet och framåt, av många ansedd som den främste empowerment-teoretikern, beskriver hur det kan gå till när människor passiviseras:

*"Hjälpismen berövar människor en fundamental mänsklig nödvändighet – ansvar. Ansvar kan inte uppnås på enbart intellektuell väg, utan endast genom erfarenhet. Hjälpismen erbjuder inget ansvar, inga tillfällen att fatta beslut, den erbjuder bara gester och attityder som uppmuntrar till passivitet."*⁴⁸

I rapporten *Empowerment och personligt ombud* undersöks hur processen där individen utvecklar sin egenmakt kan vara central i ombudens praktik

⁴⁷ Askheim, Starrin 2007. Empowerment i teori och praktik. Gleerups

⁴⁸ Freire, P. 1975 *Utbildning för befrielse* i Carlberg, A. 2005 Ett bättre liv är möjligt – om empowerment och social mobilisering. Equal.

för att nå långsiktiga och hållbara resultat⁴⁹. Författarna har följt några personliga ombud i deras arbete. De ser att ombudens arbete speglar de principer som bidrar till en empowerment-process och hävdar dessutom att resultaten för brukarna, i rapporten kallad ”resultat med stort R”, är avhängigt ett empowerment-inriktat arbete, eller som de uttrycker det:

”Vi tror att själva syftet med verksamheten inte är att lösa problem för individen eller systemet, men att stödja individens utveckling av en självstyrande livsstil.”

Att de personliga ombudens teoretiska hemvist är principerna om empowerment och företrädarskap, konstaterar Ulrika Järkestig Berggren i licentiatavhandlingen *Personligt ombud – Social praktik i en medicinsk diskurs*⁵⁰ där hon fördjupat sig i de personliga ombudens yrkesroll. Järkestig använder den brittiska socialarbetaren Malcolm Paynes arbete kring empowerment som teori/förhållningssätt i socialt arbete när hon analyserar ombudens arbete. Enligt Payne innebär empowerment att socialarbetarens, i vårt fall ombudens, arbete inriktas på att:

*”frigöra individers och gruppers makt över beslut och händelser som påverkar deras liv genom att undanröja personliga och sociala hinder. Detta uppnås genom att stärka klientens förmåga och självtillit och genom att makt överförs från omgivningen till individen eller gruppen”*⁵¹

Paynes bok ger en bra översikt av hur förhållningssätt till människor i socialt utsatta situationer skapas och omformas beroende på sammanhanget och vilka intressen som gör sig gällande. Företrädarskap (advocacy) är en tradition närbesläktad med empowerment. Payne beskriver advocacy som ett

*”företrädarskap som strävar efter att representera de maktlösa klienternas intressen i förhållande till mäktiga grupper och sociala strukturer”*⁵²

⁴⁹ Carolina Klockmo, David Rosenberg och Rolf Dahlin. Empowerment och personligt ombud, rapport 2006:3. FoU Västernorrland

⁵⁰ Ulrika Järkestig Berggren. Personligt ombud – social praktik i medicinsk diskurs. Växjö Universitet 2006

⁵¹ Payne, M. 2005 Modern social work theory. Palgrave

⁵² Payne, M. 2005 Modern social work theory. Palgrave. s 253

Sverige har en lång tradition av företräderskap (advocacy) genom ombudsmannafunktionen som finns för flera grupper och på skilda nivåer i samhället. Företräderskapet i socialt arbete kan betyda flera saker. Det kan enligt Payne betyda att man argumenterar för klientens åsikter och rättigheter, med andra ord för klientens talan. Det kan också betyda att ge stöd och bistå med resurser så att människor kan föra sin egen talan. Även de personliga ombudens uppdrag med systemkritik passar in i Paynes definition av (advocacy) företräderskap i socialt arbete.

Det empowermentinriktade arbetssättet har vunnit mark. I flera länder är det på väg att bli den huvudsakliga utgångspunkten för socialt arbete. Det har förändrat verksamheter som tidigare inriktat sig på omhändertagande och utmanar de arbetssätt inom socialt arbete som bygger på pater-nalismiska synsätt.

Är empowerment möjligt?

Historieskrivningen berättar om en svag maktposition för gruppen psykiskt funktionshindrade. En fortsatt utveckling av verksamheter som premierar passiva roller och utökade tvångsåtgärder väcker frågor. Finns förutsättningarna för empowerment över huvud taget för dem som lever med psykiska funktionshinder i Sverige idag?

De sociala villkoren begränsar möjligheterna till empowerment. Den usla privatekonomi som personer med psykiska funktionsnedsättningar ofta har kan ses som ett avgörande hinder för möjligheten att utvecklas. Effekterna av omgivningens stigmatisering är genom den senaste tidens omfattande forskning väl kända. Trots detta tas i Sverige alltför få initiativ för att motverka stigmatiseringen, dess effekter och den snedvridna kunskapsbas som viktiga grupper i samhället bemöter psykiskt funktionshindrade utifrån.

Man kan också fråga sig om empowerment som ett förhållningssätt för professionella enbart är en positiv utveckling. Anna Meeuwisse,⁵³ professor i socialt arbete vid Malmö högskola, framhåller att om empowerment kan vara ett förhållningssätt för professionella så innebär det, med en optimistisk tolkning, att det som från början var en kamp på gräsrotsnivå har fått genomslag på strukturell nivå. Med en pessimistisk förståelse kan det tolkas som att de, som har mindre makt, har blivit fråntagna, till och med, det begrepp som går deras väg. Empowerment, som handlar om ändrade

⁵³ Meeuwisse, A. (1999). Egenorganisering för stärkt medborgarskap och ökat inflytande. I Erik Annå (red.) SOU 1999:113, Medborgarnas erfarenheter. Demokratiutredningen, forskarvolym V. Stockholm: Thomson förlag, s. 167-195.

maktförhållanden och samhällsstrukturer riskerar att minimeras till en behandlingsmetod.

Med en radikal tolkning har empowerment i högsta grad med livsvillkor och politik att göra. Det ställer krav på omfördelning av tillgångar, inklusive tillgången till resurser, makt och omedelbart upphörande av diskriminering. Det kan därför verka motsägelsefullt att stödja någons empowerment utifrån de offentliga organisationerna när de ju är desamma som besitter tillgångarna, bedömer de enskilda, formar insatserna och upprätthåller diskriminerande strukturer.

Meuwisse menar vidare att som strategi för professionellt verksamma innebär det empowermentinriktade arbetet ett motstånd i förhållande till behandlingsmodeller och experttänkande. Man kan alltså ifrågasätta om empowermentinriktade arbetssätt ens är möjliga i de verksamheter där biståndsbedömning, hierarkier och experter som erbjuder vårdinsatser är självklara ingredienser. En väg till empowerment i dessa organisationer kan vara att utveckla strukturer för maktodelning och inflytande för brukarna och deras organisationer. Nästa avsnitt handlar om hur detta stärkta brukarinflytande kan uppnås.

Brukarinflytande – ett nytt uppdrag och kunskapsfält

Stöd och öppenhet för ökat inflytande är ett av de tydligaste karaktärsdragen hos en verksamhet som arbetar för att stödja empowerment. För personliga ombud visar det sig tydligast i det dagliga arbetet tillsammans med klienten. Ombudet blir en ”inflytande-förstärkare” och en ”inflytande-stödjare” genom att företräda eller stödja klienten i att föra sin egen talan. Ombudets uppdrag, att företräda och stödja individen, innebär också att vara uppmärksam på och stödja det kollektiva brukarinflytandet; det vill säga att människor med psykiska funktionsnedsättningar, som grupp, får en stärkt ställning i verksamheter de använder såväl som i samhället i stort. Ombuden spelar därför en roll för att klienterna ska erövra denna typ av inflytande, eller som det uttrycks i en av Socialstyrelsen rapporter:

”Ombudens arbete kan kopplas till empowermentbegreppet på så sätt att upptäckterna om systemens fel och brister i arbetet tillsammans med klienter innebär att möjligheterna ökar att åstadkomma social förändring till gagn för hela målgruppen. Detta är ett socialt arbete som gränsar till samhällsarbete”⁵⁴.

⁵⁴ Socialstyrelsen 2005. Personligt ombud 2000-2004. s 34.

Men innan vi tittar närmare på ombudens roll i förhållande till brukarnas strävan för ökat inflytande ägnas nästa avsnitt åt att ge en fördjupad bild av vad brukarinflytande egentligen är och hur det kan uppnås.

Rollen som brukare

Vad är en brukare? Som medborgare är vi alla brukare när vi använder offentliga tjänster, till exempel när vi nyttjar ortens bibliotek eller barnomsorg och vistas i offentliga miljöer. Brukare är ingen benämning på en person utan på en roll i förhållande till en verksamhet – man brukar verksamheten. Begreppet betonar en starkare rätt till inflytande jämfört med begrepp som patient och klient. En del personer med psykiska funktionsnedsättningar föredrar därför att tala om sig själva som brukare. Brukarinflytande definieras ofta som:

”medborgarnas möjlighet att såsom användare av offentlig service, påverka tjänsternas utformning och kvalitet”⁵⁵

Det finns även en kritik mot detta synsätt. Man frågar då varför vissa grupper av medborgare ska ha större inflytande över vissa typer av verksamheter då det förhållandet inte råder i andra sammanhang. Exempelvis har ju inte gruppen brukare av vägnätet mer inflytande över detsamma än vad gruppen icke-brukare av vägnätet har, utöver det inflytande som utövas i form av den politiska demokratin (läs rösträtt i allmänna val).

Det talas ofta om tre typer av brukarinflytande. Först den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som behövs. Det kallas vanligen för individuellt inflytande. Den andra typen är inflytande över verksamheter. Det handlar om möjligheten till delaktighet i beslut i en verksamhet, till exempel en klinik. Den tredje typen av brukarinflytande rör påverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis vid utarbetande av policydokument eller politisk påverkan. Här ingår också en mycket viktig form av inflytande, den som utövas genom brukarnas och de närståendes egna organisationer. Detta avsnitt handlar om de två sista formerna av brukarinflytande.

Arenor för medverkan

Bristen på fantasi är ofta ett stort hinder när man planerar för att stärka patient-, brukar- och anhöriginflytandet. Patienter, brukare och anhöriga

⁵⁵ Vidga brukarinflytandet – en väg till ökad delaktighet och bättre service. Civildepartementet (1991)

kan och bör vara del i olika stadier i en verksamhets eller ett projekts utveckling. Representanter behöver finnas med från idéstadiet, i planeringsfasen, i framttagandet av riktlinjer, i utbildning, i genomförande och uppföljning. Många verksamheter planeras och drivs enligt detta mönster. Det kan ses som en verksamhets livscykel.

Det är inte alltid socialtjänstens eller psykiatrins verksamheter som är i fokus när det handlar om ökat inflytande utan samhället i stort. Genom att brukarföreningarna driver egna verksamheter, kampanjer och på olika sätt försöker stärka sin ställning i samhället syftar deras inflytandearbete ofta till att stärka medlemmarnas roll som medborgare.

Exempel på initiativ för ökat brukarinflytande

Exemplen är hämtade från skriften *Hitta rätt – en vägledning till brukarinflytande i socialtjänsten och psykiatrin*. Den togs fram inom ramen för Inflytandeprojektet som var Nationell psykiatrisamordnings satsning på brukarinflytande.

Hearings

Beställarenheten Vård i Stockholm bjöd under 2006 in till fem hearings med patienter och representanter för brukar- och anhörigföreningar. Syftet var att få mer kunskap om vad personer med psykiska funktionshinder och deras anhöriga anser är viktigt för att förbättra tillgänglighet, bemötande, samverkan och kontinuitet i behandlingskontakter samt att få förslag på hur de kan följa upp behandlingen. Slutsatser från dessa hearings presenterades i en rapport som bland annat utgjort underlag för länets politiker.

Brukarstyrda verksamheter

Som ett led i psykiatrireformen gjordes en ekonomisk satsning på öppna verksamheter som drevs av lokalföreningar inom RSMH och Schizofreniförbundets lokala IFS-föreningar. Många av dem är fortfarande aktiva. Ett exempel är Kärnhuset i Umeå. De ordnar bland annat studiecirklar i vardagsekonomi, rösthörarträffar, tjejträffar, ungdomskvällar, kafé, bibliotek, datarum och musikstudio. På flera håll i landet finns också fontänhus och sociala arbetskooperativ. Dessa är ofta mer inriktade på rehabilitering och bygger på brukarmedverkan.

Forskningsråd

CEPI, Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser vid Lunds universitet, ska tillsätta ett forskningsråd där personer med erfarenhet

av psykiska funktionshinder ska delta i arbetet. Inledning på detta är en kurs på tio träffar för 20 personer med patientbakgrund. Intresset har varit stort och antagningen bygger främst på lämplighet och intresse för uppgiften, ej på föreningsrepresentation.

Utbildare och konsulter

”Patienter som konsulter i vården” heter ett projekt och utbildningsmodell som Norra Stockholms psykiatri i samarbete med föreningen Balans har utvecklat. Personal inom slutenvården utbildas av personer med erfarenhet av olika diagnoser. Under utbildningen träffar två utbildare en handfull personer ur personalen för ”dialogmöten”. Målsättningen är att personalen bättre ska förstå patienternas perspektiv, hur det är att uppleva manier och hur patienter vill bli bemötta, etc. De har gett ut en rapport och en metodskrift.

Brukarråd

Brukarråd inom psykiatri i Halland har gamla traditioner. Det första startades 1988. Sedan 2003 finns ett gemensamt råd för hela länet. Medlemmar från patient- och anhörigorganisationer och fontänhus är välkomna. Mellan 20 och 30 personer brukar delta på mötena som hålls sex till åtta gånger per år. Just nu är psykiatrichefen ordförande. Enligt verksamhetsplanen är målsättningen att erbjuda ”ett väletablerat brukarinflytande på alla nivåer i organisationen”. Brukarrådet har även två representanter adjungerade i psykiatristyrelsen.

Attityder och information

”Låt himlen vänta” hette en informationskampanj om vikten av att prata med unga om hur de egentligen mår. Målet var att förhindra självmord bland yngre genom att öka vuxnas förmåga att upptäcka, samtala med och stötta ungdomar. Kampanjen turnerade under hösten 2006 i landet och hade cirka 1 000 deltagare från skolor, socialtjänst, polisen, församlingar och vården. Den arrangerades av Riksförbundet SPES – Suicide Prevention och Efterlevandes Stöd i samarbete med studieförbundet Sensus. I Lund ordnade Riksförbundet Ungdom för Social Hälsa en musikfestival på Mejeriet. Bland banden som spelade fanns lokala och välkända hiphopband. Medlemmar i RUS Lund spelade också. I samband med festivalen informerade om psykisk ohälsa. Kommunen finansierade satsningen. Syftet var att förändra negativa attityder och sprida information om psykisk ohälsa.

Brukarrevision

Flera orter har de senaste åren arbetat med brukarrevision. Metoderna skiljer sig åt, men syftar till att ge personer med psykiska funktionsnedsättningar möjlighet att utvärdera och granska olika verksamheter. Göteborgs stad har utvecklat en modell som ska kunna ersätta de brukarenkäter som hittills använts. Utvärderingsteam bestående av personer med erfarenhet av funktionshinder eller av att vara anhöriga utbildas. Teamen gör nedslag i verksamheter och boenden. Slutsatserna sammanfattas i en rapport och återförs till verksamheten genom så kallade akvariegrupper.

Kommunförbundets FoU-enhet i Västernorrland startade utvärderingsteam med 12 revisorer från fyra kommuner. Teamen har gjort granskningar av verksamheter i andra kommuner än de som de själva kommer från. I Skellefteå har tre intresseorganisationer fått uppdrag av kommunen att genomföra brukarrevisioner. Revisionerna har baserats på intervjuer och enkäter. Stiftelsen Stora Sköndal, Botkyrka kommun och några fler verksamheter har också genomfört brukarrevisioner. Det finns en handbok om hur man kan komma igång med en brukarrevision.

Medverkan vid anställningsintervjuer

Sedan 2004 deltar brukar- och anhörigrepresentanter vid anställningsintervjuer på vuxenpsykiatrien på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Det finns möjlighet för dessa personer att delta i en förberedande utbildning. Alla handlingar som rör de sökande skickas ut en vecka före intervjun. En fördel med att ha med representanter är att de ställer frågor som personalen kan dra sig för att ställa. De representanter som är med vid anställningsintervjuer arvodas.

Coach, mentor, kamratstödjare

Riksföreningen Autism och några verksamheter i Stockholms län har erbjudit personer med Aspergers syndrom en mentor. Mentorn fungerar som en resurs både för anställda inom verksamheten och för nydiagnostiserade.

Sankt Görans sjukhus i Stockholm arbetar med coacher för personer med olika typer av psykisk ohälsa och för anhöriga. Coachen stöttar bland annat nyinsjuknade, som kan få svar på frågor hur det är att leva med en sjukdom och att ta sig vidare.

Sedan 2002 har psykossektionen vid Sahlgrenska utbildat patienter till kamratstödjare eller "peer case managers".

Inflytandekultur

De exempel som beskrivits har sina begränsningar. Man kan lätt tro att brukarinflytande bara handlar om ett brukarråd eller om speciella projekt. Men principen om brukarnas rätt till självbestämmande påverkar en verksamhet på ett genomgripande sätt och är nära förknippat med dess mål och aktiviteter. Syftar verksamheten till att stärka brukarnas roll som samhällsmedborgare? Är aktiviteterna inriktade på individernas starka sidor eller mest på bristerna? Finns det valfrihet i såväl det lilla som det stora? Präglas relationen mellan personal och brukare av respekt och ömsesidighet? Är målet med verksamheten empowerment, omhändertagande eller kontroll?

Brukarinflytande bottnar i hur väl de anställda i det dagliga arbetet, i ett boendestöd i en sysselsättningsverksamhet eller på en mottagning, lyckas stödja människor att ta kontroll över sina liv. Det dagliga arbetet är alltså intimt sammankopplat med det mer strukturerade brukarinflytandet. Om individen har förmåga att påverka sin vardag ökar möjligheterna att påverka i större frågor. Det kan låta som en självklarhet. Men många människor med psykiska funktionsnedsättningar har alltför liten aktuell erfarenhet av reellt beslutsfattande. Det handlar om människor som kanske inte är vana vid att bli tagna på allvar utan de kan ha anpassat sig till passiva roller.

Inflytande i lagtext och rapporter inom psykiatriområdet

Ökat inflytande för gruppen med psykiska funktionsnedsättningar och deras organisationer har varit målsättningen med en rad reformer och föremål för flera uppföljningar. Dessa har visat på flera brister, och därför har förslag lämnats på hur kommuner, landsting och föreningar behöver agera för att visionen om ett ökat inflytande ska sättas i verket. Psykiatriutredningen⁵⁶ lyfte år 1992 fram brukarföreningarnas arbete med att utveckla nätverk och mötesplatser som något mycket betydelsefullt. Dessa gavs ekonomiskt stöd genom psykiatrireformen⁵⁷. År 1997 föreslog Socialstyrelsen⁵⁸ att det skulle inrättas "patient- och anhörigråd i varje landsting och att till dessa knyta särskilda aktiviteter och resurser för information om psykisk sjukdom och dess behandling riktad till allmänheten" och att patient- och anhörigorganisationerna skulle få stöd för att starta självhjälpprogram och delta i samrådsgrupper.

⁵⁶ *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. SoU 1992:73*

⁵⁷ Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.

⁵⁸ Socialstyrelsen. 1997:8. God psykiatrisk vård på lika villkor.

Utvärderingen av psykiatrireformen⁵⁹ visade på tydliga brister och att samverkan endast var av informationskaraktär. Där gavs även förslag på vad som behövde göras. År 2000 togs beslut om en ny nationell handikappolitik där demokratiperspektivet var i fokus.⁶⁰ Vård och omsorg är bara en del av politiken kring funktionshinder. Allas rätt till medverkan i samhällslivet är målet. Socialstyrelsens kartläggning av brukarråd kom med rekommendationer på hur brukarråd och brukarrevisorer kunde införas.⁶¹ Ytterligare ett par år senare visade en tillsynsrapport att endast 23 procent av kommunerna mötte de lågt ställda krav på brukarinflytande som tillsynen satt upp.⁶² Nationell psykiatrisamordning visade också på flera hinder för brukarinflytande samt lämnade även flera förslag på hur detta kan åtgärdas (se slutbetänkandet ”Ambition och ansvar”⁶³, kapitlet om brukarinflytande).

Även Socialstyrelsens senaste uppföljning av regeringens satsning under perioden 2005–2007 visar på behovet av nya insatser. Där dras slutsatsen att kommunernas och landstingens arbete inte genomförts ur ett brukarperspektiv.⁶⁴

Personer med psykiska funktionsnedsättningar och deras anhöriga har under lång tid fört fram krav på rätten till självbestämmande, ökad respekt och krav på att de erfarenheter man besitter som funktionshindrad eller anhörig ska uppvärderas. Den första patientföreningen, RSMH, startade 1967 just utifrån dessa krav. Dokumentet *Så vill vi ha det...* utarbetades av ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Däri, liksom i policymaterialet *För dialog och förändring* och i rapporten *Med lika värde och rätt* förs ett brukar- och anhörigperspektiv på inflytandefrågorna fram.⁶⁵ Dessa skrifter gavs ut under åren 2006–2007 och har arbetats fram direkt eller indirekt av erfarna brukar- och anhörigrepresentanter.

I lagtexter och andra styrdokument regleras individens rätt till självbestämmande och medverkan samt verksamheternas skyldighet att samver-

⁵⁹ Socialstyrelsen 1999. Velfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.

⁶⁰ Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken Prop. 1999/2000:79

⁶¹ Socialstyrelsen 2001. Brukarråd och brukarrevisorer inom verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.

⁶² Socialstyrelsen 2005. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004.

⁶³ Ambition och ansvar. SOU 2006:100

⁶⁴ Socialstyrelsen 2007. Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. En uppföljning..

⁶⁵ Rapporterna kan laddas ner eller beställas på www.nsph.se eller www.inflytandeguiden.se

ka med intresseföreningar. Samverkan mellan myndigheter och ideella organisationer, när det gäller att planera och utveckla hälso- och sjukvården och andra sociala insatser, har stöd i lagar, förordningar och reformer vilket kan ge trygghet i inflytandearbetet. Här följer några exempel på den rättsliga regleringen.

Grunden för lagar och andra författningar som rör människor när de påverkas av långvarig sjukdom eller av funktionsnedsättning bygger på ett antal grundläggande principer. En av de viktigaste är människovärdesprincipen. Den finns i första artikeln av FN:s *allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*.

”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De är utrustade med förnuft och samvete och bör handla gen emot varandra i en anda av broderskap.”

Regeringsformen, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) har denna deklaration som utgångspunkt. I Hälso- och sjukvårdslagen (2 a §) anges att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och i socialtjänstlagens portalparagraf slås fast att verksamheterna ska bygga på respekt för de enskildas självbestämmande och integritet.

FN:s standardregler för personer med funktionshinder och Konventionen för personer med funktionsnedsättning ger också flera mer detaljerade krav på medborgerliga rättigheter. Redan i inledningen av konventionen slås det fast att vuxna och barn med funktionshinder och deras organisationer aktivt ska involveras i statens, landstingens och kommunernas arbete med riktlinjer och lagstiftning som berör funktionshindrade. Enligt en standardregel (nr 19) bör staterna ”utveckla utbildningar i samarbete med handikapporganisationerna. Personer med funktionsnedsättning bör delta som lärare, instruktörer eller rådgivare i personalutbildning”.

De regleringar som finns i lagtexten om det kollektiva brukarinflytandet är mer allmänt hållna. Av kommunallagen (KL 6:8 §) framgår att nämnderna ska verka för att samråd sker med dem som använder tjänsterna. Av socialtjänstlagen framgår att kommunerna i planeringen av insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning ska samverka med handikapporganisationerna (SoL 5:6 § och 5:8 §). Även hälso- och sjukvårdslagen innehåller ett flertal bestämmelser om information, samråd och samverkan mellan hälso- och sjukvården, patienten, dennes närstående och deras organisationer (exempelvis HSL § 8 och 21). Kommunfull-

mäktige kan enligt kommunallagen (KL 7:18 §) besluta att en nämnd får uppdra åt ett självförvaltningsorgan att helt eller delvis sköta driften av en viss verksamhet. Ett självförvaltningsorgan ska bestå av en styrelse med företrädare för dem som använder verksamheten, anläggningen eller institutionen och de anställda (KL 7:20 §). I en sådan styrelse ska antalet brukarföreträdare vara större än antalet företrädare för de anställda.

Varför brukarinflytande?

Som framgått har strävan efter att stärka medborgarnas inflytande varit en del av politiken på området sedan en tid tillbaka. Den roll man har inverkar på vilka argument som används för att driva frågan framåt. Det kan handla om demokratiaspekten, om att bli tagen på allvar, om det hälsobefrämjande i att engagera sig, om förbättrad kvalitet på verksamheter, om att ta vara på värdefull kunskap och om att få rollen/arbetet som anhörig uppvärderad. De argument som brukar föras fram till varför ökat brukarinflytande är viktigt kan sammanfattas i fyra punkter:

- **Demokrati**
Vård och stödinsatser är till för dem som är i behov av sådana insatser. Att kunna påverka sin vardag även när man är i behov av stöd är en rättighet. Varje medborgare har rätt till självbestämmande. Samhällets organisationer är också ålagda att samråda med brukar- och anhörigföreningar vid planering av verksamheten.
- **Kunskap och kvalitet**
Personer med erfarenhet av psykiska funktionshinder eller av att vara anhöriga har unika erfarenheter om respektive situation. Det är erfarenheter och en form av engagemang som behövs för att skapa effektiva verksamheter som möter de behov som finns.
- **Återhämtning**
Makten över och ansvaret för beslut som rör ens livssituation är viktiga faktorer för att möjliggöra återhämtning och utveckling. På så sätt blir inflytandet också ett viktigt inslag i vård och rehabilitering.
- **Delaktighet**
Många personer med psykiska funktionshinder är utestängda från delar av samhällslivet. En orsak är stigmatisering och negativa attityder hos allmänheten såväl som hos vårdpersonal. Ökat brukarinflytande motverkar detta.

Att möjliggöra inflytande och organisering: Inflytandecirkeln

Allt fler politiker, verksamhetsledare och andra anställda inser att det också är deras ansvar att se till så brukare och anhöriga på ett effektivt sätt kan påverka beslutsfattandet. Perspektivskiftet och maktindelningen, som förändringarna i de senaste årens reformer syftar till, händer inte av sig självt. Förhoppningsvis är många av dem som i sitt arbete möter personer med funktionshinder medvetna om att de måste hjälpa och bjuda till.

Det finns en kunskapsbas att förvalta och utgå från när man ska planera för ett ökat inflytande i utvecklingen av verksamheterna. Resultaten som framställs i internationella rapporter på området är rätt entydiga. I dessa rapporter kan man finna vilka faktorer som ska till för att lyckas med ökat brukarinflytande i utvecklingen av verksamheten.⁶⁶

Följande faktorer är av betydelse för framgång:

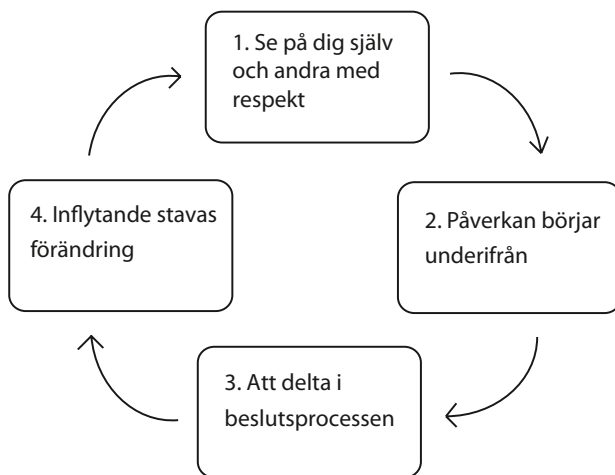
- Brukarrepresentanterna får utbildning för sitt uppdrag och personal utbildas av brukare
- Det finns en levande diskussion om verksamhetens värderingar och skillnaderna i makt synliggörs och förstås
- Det finns en tydlig struktur för representation
- Det finns starka autonoma brukargrupper
- Personer med personlig erfarenhet av psykiskt funktionshinder anställs/arvoderas
- Inflytandearbetet är av god kvalitet, upplevs meningsfullt och är mätbart.

Dessa faktorer är alltså viktiga oavsett vilka metoder man valt att samarbeta och föra dialog genom. Grundbudskapet som forskningen ger är att arbetet med brukarinflytande måste jämföras med övriga ansvarsområden i en verksamhet. Det kräver budget, riktlinjer, utbildning och uppföljningar för att fungera. Inom många verksamheter i Sverige saknas vanan att se brukarinflytande som en så betydelsefull del. Att stärka brukarinflytande är inte detsamma som att starta ett brukarråd, lika lite som att demokrati bara handlar om att rösta vart fjärde år. En tankemodell som utvecklades under projektet Vardagsmakt⁶⁷ ger en bild av hur inflytande kan

⁶⁶ Johansson, P., 2006 Brukarinflytande i praktiken. Om planering, tydlighet och maktutjämning. Återgivna erfarenheter från andra länder. Inflytandeprojektet/Ersta diakoni

⁶⁷ Projektet Vardagsmakt drevs av RSMH mellan 2001 och 2004 och syftade till att stärka brukarinflytandet för personer med psykiska funktionshinder.

uppnås⁶⁸ och hur man kan stödja denna process. Upplägget ligger i linje med de internationella studierna på området. Modellen utgår från fyra grundförutsättningar. Cirkeln symboliserar att var och en av dessa förutsättningar är nödvändig för att inflytandet ska fungera och ge resultat.



Förutsättning 1. Se på andra och dig själv med respekt

Organisationskulturen och de anställdas värderingar är avgörande för om ett reellt brukarinflytande ska kunna utvecklas. De inblandade måste dela synsättet att personer med funktionshinder *kan* och har *rätt* till att vara delaktiga i de beslut som styr verksamheterna. Attityder och värderingar på ledningsnivå och bland anställda har därför stor betydelse. Även brukarna behöver ifrågasätta invanda roller. Brukarorganisationerna har en viktig uppgift i att stödja sina medlemmar att göra upp med inlärd hjälplöshet och isolering i skyddande miljöer.

Det finns ett flertal sätt att arbeta med värderingar i en verksamhet. På flera orter i landet har utbildningar om bemötande och maktfrågor genomförts där personer med egen erfarenhet av psykiska funktionshinder fungerar som utbildare.⁶⁹ Självhjälpsgrupper eller studiecirklar som exempelvis Vardagsmakt eller Din egen makt⁷⁰ ger möjlighet att tillsammans med likasinnade utveckla sin självbild, förhålla sig till omvärldens fördomar och utmana dessa uppfattningar. Att se till så att verksamheten

⁶⁸ Ershammar, D. Wiksten, A.2002. Makt över sin vardag – argument, tips och metoder för brukarinflytande inom verksamheter för psykiskt funktionshindrade. RSMH

⁶⁹ RSMH Utbildning: <http://www.rsmh.se/utbildning.shtml>

⁷⁰ Studiematerialet Din egen makt kan beställas från www.nsp.se

och de anställda i sitt språk, och arbetsrutiner inte ökar känslan av ”vi och dom” är ett annat sätt att medvetet ändra personalens och brukarnas syn på sig själva och varandra.

För att denna del i cirkeln ska utvecklas krävs också att personal och brukare har kännedom om hur medias rapportering och omgivningens attityder kring psykisk ohälsa/funktionshinder inverkar på enskilda individers livskvalitet.

Förutsättning 2: Påverkan börjar underifrån

Att föra fram sin egen och sina kamraters åsikter och arbeta för förändring kostar på. Det är något man ofta bara klarar av tillsammans med andra. En förutsättning är att brukarna, oberoende av vård- och servicegivare, har möjlighet att stödja varandra, utbyta erfarenheter och planera vad som behöver förändras. Detta gäller på alla nivåer, på riksplanet såväl som i ett gruppboende. Personerna i ett boende har behov av att prata ihop sig inför husmötet precis som arbetstagarna träffas på fackklubbsmöte inför en MBL-förhandling. Organisationernas roll som företrädare och kunskapsbärare är ovärderlig. Men efterfrågan på representanter som ska delta i exempelvis brukarråd utmanar, och de kan behöva ökat stöd för att klara sina uppdrag.

Ett sätt att arbeta med denna del av inflytandecirkeln kan vara att stödja föreningarna i att få fler medlemmar. Man kan också informera om föreningarnas verksamhet och betrakta det som en viktig del i det samlade utbudet för personer med psykiska funktionshinder. Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, har tagit fram en representantutbildning som förbereder personer som vill engagera sig i exempelvis ett brukarråd.

En orsak till att denna del av cirkeln är nödvändig är att vi människor har svårt att tänka bortom det vi förväntar oss. De strukturer och sammanhang vi finns i, och tar för självklara, styr vårt sätt att tänka. Forskaren Mats Ekermo⁷¹ som intervjuat ett trettiotal brukare av personligt ombud resonerar så här:

”Människor som far illa under en längre tid tenderar finna sig i sina bekymmer och acceptera sitt tillstånd av rena nödvånget att överleva. Som en följd därav har deras förmåga att kräva en radikal förändring gått förlorad. Människor anpassar därmed sina önskningar och förväntningar till vad de helt anspråkslöst anser vara möjligt”.

⁷¹ Föreläsning Psykiatrins dag, Västerås 12/11 2008

Därför kan denna förutsättning även formuleras som ”Påverkan börjar inifrån”. Genom ofta mycket svåra erfarenheter har personer med psykiska funktionsnedsättningar samlat på sig en tyst kunskap. Kunskap av sådant slag kan kallas *erfarenhetsbaserad kunskap* och den skiljer sig från de kunskaper som yrkesfolk lär sig på sina utbildningar.

Erfarenhetsbaserad kunskap bygger inte bara på en persons erfarenheter. Det är först när man utgår från samlade erfarenheter som man kan dra slutsatser och formulera erfarenheterna till kunskap. Det är detta som händer i en självhjälpsgrupp eller i en patient-, brukar- eller anhörigorganisation. Man delar erfarenheter, känner igen sig i sina kamraters situation och lyfter detta i olika sammanhang. Då kan man gemensamt utifrån erfarenheterna formulera konkreta förslag på hur vården bättre kan möta de behov som finns.

Förutsättning 3. Delta i beslutsprocessen

En tredje förutsättning är att brukarna ska ha möjlighet att delta i beslutsprocesser på så lika villkor som möjligt. Det ställer höga krav på mötesformer och tillgänglighet. Det finns metoder och mötesformer att använda så att mötesdeltagandet underlättas för dem med svårigheter att uttrycka sig i grupp. De är utformade så att fler ska kunna vara delaktiga och säga sin mening. Ingen ska uteslutas från några sammanhang på grund av funktionsnedsättning, kön eller etnisk bakgrund. Forskningen visar att en enda metod, en enda kanal för inflytande, inte är tillräckligt för att åstadkomma förändringar. Ett brukarråd räcker alltså inte. Brukarrådet kan fungera för det fortlöpande samrådet. Men för att brukarinflytandet verkligen ska bli meningsfullt måste flera metoder användas parallellt.

Förutsättning 4. Inflytande stavas förändring

Brukarinflytande handlar om att människor får inflytande över de verksamheter som påverkar deras liv. Om engagemanget och uttryckta åsikter inte tas emot och får effekt så finns risken att det ses som (ännu) ett misslyckat försök med brukarinflytande. I sådana fall leder det till en ökad känsla av maktlöshet. Att så långt som möjligt säkerställa att brukarnas åsikter leder till handling ställer höga krav på chefer och ledningspersoner. Att göra alla delaktiga i besluten och fortlöpande implementera, även de allra minsta förslagen, är viktigt för att upprätthålla intresse och förtroende.

Tydligare tecken på att brukarinflytandet verkligen bidrar till en positiv förändring efterlyses ofta av såväl verksamheter som av brukare. Förbättrar det verksamheten för framtida brukare? Ger det mer makt åt nuvarande brukare? Ökar möjligheten för personer med psykiska funktionshinder att

erövra en starkare roll i samhället? En del av dessa frågor kan man söka få svar på genom att följa upp och utvärdera effekterna av inflytandearbetet. Social Care Institute of Excellence (SCIE), den brittiska motsvarigheten till Socialstyrelsens IMS – Institutet för metoder i socialt arbete, har gett ut en bra handledning om hur man utvärderar effekterna av brukarinflytande.⁷²

Inflytandecirkeln symboliserar också en ständig utveckling. När cirkeln är sluten och verksamheterna förändras fortsätter utvecklingen i en uppåtgående spiral. Fördomar bryts i samma takt som självförtroende och kunskap växer bland brukare och personal. Det sker en växelverkan mellan empowerment och brukarinflytande.

Kunskapsbaserat arbete för ökat inflytande

Eftersom arbetet med brukarinflytande ska utgöra en naturlig del av verksamheten och bygga på systematiska metoder behöver kommunernas socialtjänst och landstingens psykiatri ta större ansvar än tidigare. För professionella innebär det en balansakt att inte själva ta över. Det handlar snarare om att skapa bra förutsättningar för människor att delta och utveckla tillgängliga arenor och aktiviteter som stödjer inflytandecirkelns fyra förutsättningar.

Hur kan då kommuner och landsting ta ansvar för detta demokratiuppdrag? En satsning inom Inflytandeprojektet – Nationell psykiatrisamordnings projekt om brukarinflytande, gav stöd till ett antal kommuner, landsting och föreningar att inrätta en samordnare som kan ta ansvar för de aktiviteter som forskningen pekar på som viktiga i sammanhanget.

Dessa kom att kallas BrukarInflytandeSAMordnare, BISAM. Uppdraget innebar att möjliggöra brukares inflytande. BISAM är inte företrädare eller ombud. Detta är alltså ingen ”metod” för brukarinflytande, utan snarare en satsning på att införa en funktion för ansvar omkring och samordning av inflytande. Genom att följa dessa samordnare utvanns kunskap om hur en sådan funktion bör organiseras inför ett nationellt införande.⁷³ 20 personer deltog i pilotsatsningen. De gick en skraddarsydd högskolekurs om fem poäng som löpte parallellt med att inflytandesamordnarna startade och utvecklade sitt arbete.

Utgångspunkten för satsningen på samordnarna kan låta självklar. Ökat brukarinflytande är ett mål och det behövs olika typer av åtgärder för att

⁷² Social care institute of Excellence 2007 Participation- finding out what difference it makes. <http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide20/index.asp>

⁷³ Lindqvist, A-L. 2007. Att främja inflytande för psykiskt sjuka och funktionshindrade – ett utvecklingsarbete inom vård och omsorg: Utvärdering av tio försök med brukarinflytandesamordnare (BISAM) i kommun och landsting. Stockholms universitet.

det ska kunna utvecklas. Det behövs också någon som direkt arbetar för att ett ökat brukarinflytande kommer till stånd. Patient-, brukar- och anhörigföreningarna är förstås motorn som driver frågan. Men även de som inte är medlemmar i föreningar har rätt att kunna påverka. Och på många håll är föreningarna svaga med låga medlemstal och endast några få aktiva representanter. I sådana fall behöver kommuner och landsting hitta vägar för att ett starkt brukarinflytande för alla ändå ska kunna utvecklas.

Liksom i början av satsningen på personligt ombud kommer det ta tid för inflytandesamordnarna att hitta sin roll i förhållande till huvudmän, patient-, brukar- och anhörigföreningar och andra intressenter. Det är en helt ny yrkesroll med uppgift att förverkliga psykiatrins och socialtjänstens demokratiuppdrag – att verka för inflytandecirkelns fullbordan.

Metoder för dialog och maktodelning

Som exemplen på sidan 168 visar finns det många metoder som kan vara till hjälp för att öka inflytande. De skiljer sig åt och kan anpassas till sammanhanget, till vilka deltagarna är och till de områden man vill påverka. Metoderna skiljer sig också åt i fråga om tidsåtgång och krav på förkunskaper. Vissa metoder kräver stora resurser och andra mindre. Flera av sätten att arbeta på kräver att de involverade får särskild utbildning.

Handikappråd, brukarråd eller andra samrådsgrupper är kanske den vanligaste formen. De kan finnas på olika nivåer i en organisation, alltifrån de boende på ett gruppboende till ett råd tillsammans med representanter för verksamhetens högsta ledning. Representanter från föreningarna kan också delta i befintliga grupper, som exempelvis en ledningsgrupp. Det finns goda erfarenheter av att involvera personer med psykiska funktionsnedsättningar och deras närstående i såväl utbildning av personal som i uppföljning/ utvärdering av verksamheter.

Det blir allt vanligare att personer med egen erfarenhet av psykiska funktionshinder anställs eller anlitas för ett uppdrag just för att deras erfarenhet ses som ett värdefullt tillskott till organisationen. De kan arbeta med utbildning och utvecklingsfrågor. De kan också vara ledare i självhjälpgrupper eller fungera som coacher, mentorer eller inflytandesamordnare, (BISAM). Men observera att sådana expertfunktioner inte ersätter brukarrepresentanterna som företrädare för gruppen.

Det har visat sig att metoder för rådslag, workshops och storgruppsmöten fungerar bra i brukarinflytandesammanhang. Dessa metoder är bra då de skapar bred delaktighet och involverar många. De passar speciellt bra i ett startskede eller i ett gemensamt visionsarbete. Framtidsverkstad och Öppet forum heter två metoder som på ett strukturerat sätt ger utrymme

för deltagarnas visioner samtidigt som det leder diskussionerna fram till konkreta förslag.

Men, vilket nämndes tidigare, det är ofta fantasin som sätter gränser. Inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har man utvecklat metoder för medborgarinflytande och har bland annat testat metoder att involvera medborgare i budgetprocesser och startat medborgarpaneler.

Tillgänglighet

Idag är det självklart att personer som är rullstolsburna har tillgänglighet till samhällslivet med hjälp av ramper och anpassade arbetsplatser. Även personer med osynliga funktionsnedsättningar, som psykiska, har rätt till tillgänglighet. Hjälpmedel som anpassats för psykiska funktionshinder är på frammarsch och kommer att öka tillgängligheten.

När det gäller möten är det bra att fundera över hur den egna funktionsnedsättningen begränsar och göra tydligt för sig själv och andra hur det kan kompenseras. Här handlar det inte om ramper. Här handlar det snarare om att hitta sätt att kompensera svagt självförtroende som kan vara följden av psykisk ohälsa, rädslan för eller ovanan vid att uttrycka sig i större grupper eller svårigheten att snabbt ta in stora mängder skriftlig information. Det gäller att i förväg tänka över hur möten ska kunna göras tillgängliga. Då bör mötets omfattning, mötesformen, tidpunkt, lokalerna, utsändande av material i förväg, till och med arbetssättet i ett helt projekt övervägas. Demokrati tar tid.

Demokratiska mötesformer är samlingsnamnet för en lång brokig lista på olika tekniker som används för att flera deltagare ska göra sig hörda och bli tagna på allvar. De kan kännas ganska styrda och kräver ofta en aktiv mötesledning. Det är för att komma undan det ”fria kaos” som oftast de som har mycket makt tjänar på. I litteraturförteckningen finns tips på var man kan läsa mer om tekniker för att göra möten mer tillgängliga.

Vikten av ett kritiskt perspektiv

För närvarande är det inne med brukarinflytande. Därför är det viktigt att i varje situation granska vad det egentligen betyder, och om det i det enskilda fallet bara är ord eller om det verkligen kan leda till något konkret.

Det kanske största hotet mot ökat inflytande och samverkan är tvivlet i frågan om att det leder till någonting positivt – kan verkligen människor med psykiska funktionshinder och anhöriga till sådana människor ha något att bidra med. Bakom den inställningen ligger ofta mindre lyckade försök till dialog: försök som inte har fungerat för att planering, förberedelse och även genomförandet har brustit.

Att formerna för medverkan är noga övertänkta har betydelse, dels för att samverkan ska leda till förändring, dels, och inte minst för att fler, inte bara de vana talarna, ska kunna vara med och dra sitt strå till stacken. Men framför allt är det viktigt för att de representanter som engagerar sig ska känna sig trygga och i alla fall inte må sämre av sitt engagemang.

Ofta förstår inte företrädarna för kommuner och landsting under vilka villkor de ideella föreningarna och deras medlemmar arbetar. Därför behöver man vara tydlig med att man exempelvis behöver möteshandlingar i god tid, behöver ersättning för resor och eventuella utlägg och att man har rätt till utbildning för sitt uppdrag. Det behöver finnas en tydlighet omkring hur samverkan ska ske. Kanske ska man till och med ibland säga nej till inviter, och avstå från deltagande med hänvisning till att villkoren gör det svårt att medverka på ett konstruktivt sätt.

Patient-, brukar- och anhörigorganisationer

Många personliga ombud arbetar nära patient-, brukar- och anhörigorganisationerna. På de flesta håll deltar representanter för föreningarna i ombudens ledningsgrupper och på några håll drivs verksamheten med personligt ombud helt av föreningarna.

Ett oberoende föreningsliv är en grundpelare i vår demokrati. Arbetstagare har fackförbund, elever har elevorganisationen, de äldre har pensionärsorganisationer och människor som har psykiska funktionsnedsättningar har sina intresseorganisationer, liksom anhöriga till människor med psykiska funktionsnedsättningar. Det är nödvändigt att människor bevakar sina gemensamma intressen och har möjlighet att organisera sig i föreningar som är oberoende av myndigheterna.

Genom de organisationer som personer med psykiska funktionsnedsättningar och organisationer som anhöriga och närstående driver, ges möjligheter att påverka beslutsfattandet på högre nivåer. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen ska huvudmännen samråda med dessa organisationer i sin planering. Föreningarna är viktiga av flera anledningar. Där finns kunskap och självupplevda erfarenheter av ohälsa, återhämtning och utveckling. Där finns möjlighet att stödja varandra, att stärka självförtroende och inte minst att själv börja formulera dagordningen och agera för förändring. Det finns flera hundra regionala och lokala brukar- och anhörigföreningar med anknytning till psykiatriområdet.

Dessa organisationer har inte alltid samma åsikter utan ser ur skilda infallsvinklar på psykiatriområdet. Största delen av deras arbete består av så kallad kamrattstödande verksamhet; alltså ett ömsesidigt stöd för varandra när man sitter i, eller tidigare har suttit i, samma båt. Detta görs i

öppna verksamheter, självhjälpgrupper och studiecirklar. En del av organisationerna erbjuder även rättslig rådgivning, är remissinstanser, bedriver opinionsbildning och intressepolitik, informerar allmänheten och utbildar yrkesverksamma inom området. Många ser möjligheten att driva egna föreningar och verksamheter som det viktigaste ”brukarinflytandet”.

I rapporten *Med lika värde och rätt*⁷⁴ intervjuades brukar- och anhörigrepresentanter från hela landet. De flesta menade att deras inflytande har ökat de senaste fem åren, men att det finns stora problem med villkoren de verkar under. Resursbrist nämns av de flesta som ett hinder. Bristen på medlemmar som vill bli representanter i olika sammanhang är ett annat problem.

I Sverige är dessa organisationers historia inte speciellt lång. Men vid slutet av 1960-talet, i den era av politisk medvetenhet och samhällskritik som då rådde, togs de initiativ vilka ses som starten för brukarrörelsen i Sverige. Riksförbundet Mental Hälsa (RMH) bildades 1967 av före detta patienter och några anställda på Långbro sjukhus i Stockholm. Senare byttes namnet till Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och förbundet blev del i den radikala klientrörelse som då växte fram i landet. RFHL, Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikaberoende, är ett annat av de så kallade R-förbunden som startade då och fortfarande är engagerade i psykiatrifrågor. Så småningom började anhöriga till människor med psykiska funktionshinder att organisera sig och bildade Intresseföreningen för Schizofreni, som sedan bytte namn till Schizofreniförbundet. Man kan hävda att satsningen på personliga ombud inte hade blivit av, eller i alla fall inte fått den inriktning den fick, om inte RSMH och Schizofreniförbundet lyckats så väl med sitt påverkansarbete. Verksamheten med personliga ombud är alltså i sig ett konkret resultat av brukar- och anhöriginflytande på samhällets högsta beslutsnivå. RSMH är unikt som organisation i och med sin breda inriktning. Andra föreningar är organiserade mer utifrån specifika diagnoser. Flera av dem har startats de senaste åren och ingår i NSPH.

NSPH

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa kallas intresseorganisationernas nationella nätverk. Föreningarna började samarbeta på ett nytt sätt under år 2005 då de blev inbjudna till Nationell psykiatrisamordning som leddes av Anders Milton. Styrelserepresentanter från respektive förening träffades regelbundet under utredningens senare del. De samordnade även dem som från föreningarnas sida fanns med i de nationella Milton-projektens

⁷⁴ Hagberg, L 2007. Med lika värde och rätt. Inflytandeprojektet/Ersta Diakoni

ledningsgrupper. Nationell psykiatrisamordning förde regelbundet dialog med föreningarna via nätverket och möjliggjorde för dem att ge ut den gemensamma rapporten "Så vill vi ha det..." som en delrapport i serien av rapporter från Nationell psykiatrisamordning. NSPH lyfter bland annat fram att organisationerna vill ha en utökad roll som utförare av verksamhet, som komplement och alternativ till gängse verksamheter.

Efter att den nationella psykiatrisamordningen avslutats fortsatte organisationerna sitt samarbete och bildade Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) år 2007. Föreningarna i samverkan fick ett uppdrag av regeringen att stödja utvecklingen av brukar- och anhöriginflytandet (se www.nsph.se).

Stöd till föreningslivet

En central del i arbetet med brukarinflytande är att stödja föreningarna i att få fler medlemmar och att utveckla sin verksamhet. Efterfrågan på personer som kan representera föreningarna i exempelvis samverkansråd av olika slag kan komma att öka organisationernas behov av stöd. Det kan handla om ekonomiskt och moraliskt stöd, eller ske genom att informera brukare om möjligheten att engagera sig eller genom samarbete kring självhjälpgrupper. Kommuner och föreningar samverkar på många håll kring brukarstyrda träfflokaler. Villkoren måste vara rimliga för föreningar som tar det ansvaret, så att det inte blir ett sätt för kommuner att spara pengar.

I regeringens budget för år 2009 nämns att en satsning på brukar-/föreningsdrivna rehabiliterande verksamheter planeras. Regeringen planerar att stödja sådana initiativ med hälften av finansieringen under en viss tid. I oktober 2008 enades regeringen, de idéburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, om ett antal principer som ska utveckla relationerna och tydliggöra rollerna parterna emellan. Överenskommelsen utgår från principer om organisationernas självständighet och oberoende, och betonar vikten av långsiktighet både i de ekonomiska relationerna och i samverkan i övrigt.

Men även utanför föreningslivet bedrivs något som vi kan kalla brukar- eller anhörigstyrd verksamhet. Det kan vara fristående självhjälpgrupper, sociala arbetskooperativ eller olika typer av kommunala verksamheter som till viss del är deltagarstyrda. Trenden i samhället går i riktningen att fler aktörer än de gängse, det vill säga kommun och landsting, ansvarar även för mer "avancerad verksamhet". Privata affärsintressen kommer att bjudas in som utförare av verksamhet men även föreningslivet och det

som ibland kallas för den ”sociala ekonomin” har möjlighet att medverka under friare former.

Internet har möjliggjort nya sätt att dela erfarenheter och kunskaper. De senaste åren har antalet internetforum, där personer med olika diagnoser och funktionshinder kan mötas, ökat stort. Ett exempel är sajten www.viska.se startad år 2001, som vänder sig till personer med schizofreni. Sedan dess har det gjorts över hundra tusen inlägg i över tiotusen ämnen av sajtens medlemmar och de många besökare som tittar förbi. Som bekräftelse på dess betydelse fick den 2008-års pris för God Socialpsykiatri av föreningen Socialpsykiatriskt Forum. Viska drivs ideellt av en person med egen erfarenhet av schizofreni. www.borderline.nu och [bipolart forum](http://www.bipolartforum.se) är exempel på forum för andra diagnosgrupper.

Exempel på brukar-/ föreningsdriven verksamhet

Föreningarnas hus i Skellefteå

Föreningarnas Hus är fristående från kommun och landsting och drivs av flera av patient-, brukar- och anhörigföreningar i Skellefteå. Det är centralt beläget och driver bland annat café, utbildningar och konferensverksamhet.

Parasoll, Personligt ombudsverksamhet i Norra Stockholmområdet

Parasoll arbetar helt fristående från myndigheter och har tio anställda personliga ombud. Verksamheten leds av lokalföreningar av RSMH och Schizofreniförbundet.

Nationella hjälplinjen

Nationella hjälplinjen är en jourtelefon för den som är i akut psykisk kris. Telefonjouren öppnades i april 2002 som ett resultat av samarbete mellan flera patient-, brukar- och anhörigföreningar.

Korttidshemmet Pan

I Landvetter utanför Göteborg startade Ångestsyndromsällskapet korttidshemmet PAN som tog emot personer med ångest och depressioner. De flesta anställda hade någon form av egen erfarenhet av ångest och depression. Just nu är verksamheten vilande på grund av bristande resurser.

Självhjälpssgrupper och studiecirklar

Nästan alla patient-, brukar- och anhörigföreningar har någon form av självhjälpssgrupper. En del kombinerar dessa grupper med utbildning.

Andra grupper, som exempelvis rösthörargrupper har mer renodlad självhjälp där fokus är att dela erfarenheter och ge ömsesidigt stöd. Riksförbundet Attention utvecklar forum för erfarenhetsutbyte där vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder ska få möjlighet att träffas och stärka sitt inflytande efter den modell som Riksföreningen Autism tog fram i sitt Empowerment-projekt. *Vardagsmakt* och *Din egen makt* är studiecirklar som ska stärka deltagarnas självkänsla och ge kunskaper så att de kan ta mera makt i sina liv och i verksamheter de använder.

Föreningsnätverk

Hösten 2005 bildades Dalarnas nätverk för psykisk hälsa, som består av patient-, brukar- och anhörigföreningar i länet. Nätverket har fått anslag från Landstinget Dalarnas Folkhälsoinstitut. De har arrangerat såväl studiedagar som öppna föreläsningar. Nätverket har också genomfört kurser i föreningsarbete. De träffas regelbundet, bland annat för att samordna opinionsbildning och för att utöka sin kontaktyta. Nätverket var representerat i de vårdutvecklingsprogram som psykiatriens utvecklingsenhet i länet genomfört. I skrivande stund finns representanter i ledningsgrupper för olika personalutbildningssatsningar. Flera regionala NSPH-nätverk har bildats, i bland annat Jönköping, Göteborg och Umeå.

Personliga ombudens roll i förhållande till empowerment och brukarinflytande

”Det övergripande syftet med din roll som personligt ombud är att göra det möjligt för den psykiskt funktionshindrade att i mesta möjliga mån återta kontrollen och makten över sitt liv. Den enskildes inflytande över vård- stöd- och rehabiliteringsinsatser är centralt”⁷⁵

Med dessa ord beskrivs de personliga ombudens uppdrag i en av Socialstyrelsens rapporter. Vilken roll kan personligt ombud spela i relation till brukarnas strävan för ökat inflytande? Varför ska en personligt ombudsverksamhet syssla med att stödja även det kollektiva brukarinflytandet?

Den roll som upptar mesta tiden är förstås rollen som ombud som har i kontakt med enskilda klienter som försöker få tillgång till behövliga insatser. Detta är också kärnan i ombudens arbete och det som flera av kapitlen

⁷⁵ Teser och tips. Socialstyrelsen 2002.

i denna antologi tar upp. Samtidigt ska man vara medveten om att klientens tillgång till en insats inte med självklarhet innebär att insatsen svarar mot klientens behov och önskemål. Detta är avhängigt utbudet, kvaliteten på exempelvis socialtjänstens verksamhet, hur samverkan mellan huvudmännen fungerar, huruvida personalen har rätt kompetens och politiken överhuvudtaget prioriterar målgruppen. Det är fortfarande stor skillnad mellan, å ena sidan det som erbjuds och, å andra sidan de verksamheter brukarna skulle vilja ha och behöver. Detta märker ombuden dagligen. Därför är det kollektiva brukarinflytandet, alltså att enskilda tillsammans påverkar tillgång till och utformning av verksamheter, en möjlighet att få individuella behov tillgodosedda. De olika nivåerna hänger ihop och är beroende av varandra.

Verksamheten med personligt ombud är fortfarande under utveckling. De allra flesta koncentrerar sig på, och har fullt upp med det individuella klientarbetet. Behovet av ombuden är stort. Men när man arbetar på sina klienters uppdrag, med tydlig inriktning på självbestämmande och inflytande är det naturligt att i förlängningen även stödja inflytandet på andra arenor.

För det första behöver personliga-ombud-verksamheter utveckla och stärka brukarinflytande i den egna verksamheten. Personliga ombudsverksamheterna har oftast representanter för brukarorganisationerna med i sina ledningsgrupper, helt enligt de påbud som utgått från Socialstyrelsen. Flera ombud vittnar om värdet i att ha en förankring i de lokala brukarorganisationerna och att det hjälper dem att konkret utgå från brukarnas vardags- och livsperspektiv. Vissa ombudsverksamheter drivs av intresseföreningar. Ett exempel är Parasoll i Stockholm drivet av RSMH och IFS (Schizofreniförbundets) lokala föreningar. De organiserar personliga ombud för några kommuner i norra Stockholm.

Det finns anledningar som gör det speciellt viktigt för just ombudsverksamheten att ha väl utvecklade strukturer för brukarinflytande. Det beror på att insatsen personligt ombud är fri från myndighetsutövning. Brukare av ombudsverksamheten saknar formella möjligheter att överklaga en nekad ombudsinsats, eller kanske ens klaga på den hjälp man får. Det faktum att personligt ombud ofta är någon som träder in när en person är sviken av vård- och stödsystemet gör det än mer komplicerat. I en utvärdering av personligt ombud ur klientperspektiv lyfts detta fram som ett dilemma och beskrivs så här av en intervjuperson.⁷⁶

⁷⁶ Ekermo, M 2005 Personligt ombud – trumf i bakfickan? En studie av personligt ombud ur ett klientperspektiv. Socialstyrelsen s 64

”Man vågar ju inte kritisera sitt personliga ombud, för det är det enda man har på nåt sätt”.

Varje ombudsverksamhet behöver utforma tydliga rutiner för hur brukarnas ställning ska stärkas och hur de kan lämna klagomål. Ombuden har ögonen på sig och ska verka som en förebild.

Personligt ombud kan också vara möjliggörare för brukares inflytande över andra verksamheter och arbeta för att förutsättningarna i Inflytandecirkeln blir verklighet. Att stödja det kollektiva inflytandet är fortfarande ovanligt för många personliga ombud. Men flera arbetar nära föreningarna och stödjer deras påverkansarbete. Det finns också exempel på personliga ombud som arbetar med utbildning/gruppverksamhet i syfte att stärka deltagarnas egenmakt genom utbildning i rättigheter, i olika färdigheter för att föra sin talan och påverka på ett mer effektivt sätt. Studiecirkeln Vardagsmakt, som gavs av RSMH under några år, är ett sådant exempel där cirkeln hölls av personligt ombud på några ställen i landet.

Det finns en stor potential i att använda gruppverksamhet eller studiecirklar som ett sätt att ”stödja enskilda tillsammans”. Gruppverksamhet kan bli mer effektivt än att hela tiden arbeta med likartade frågor med enskilda. Det är heller inte ovanligt att ombud stödjer sina klienter att engagera sig i föreningsliv eller självhjälpsgrupper. Det finns också verksamheter där man ser egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionshinder som en merit och har anställt ombud med sådan erfarenhet.

Ombudens uppdrag, att föra fram synpunkter på brister i regelverk och verksamheter, ligger i linje med arbetet för ökat inflytande och kan inte nog betonas. Inom det området finns det stora möjligheter till samverkan med brukar- och anhörigföreningar där man gemensamt kan lyfta frågeställningar och arbeta för att de problem som ombuden ser ska åtgärdas. Ombudet kan stödja patient-, brukar- och anhörigföreningarna i att driva frågor som har med systemfel att göra istället för att agera på egen hand i sådana ärenden.

Men det är inte självklart att det alltid är ombuden själva som ska vara det stöd, den möjliggörare för kollektivt inflytande som behövs. I framtiden kan nya funktioner kopplas till ombudsverksamheten. Samordnare för brukarinflytande (BISAM) finns på ett 15-tal platser i landet. På ett par håll är de kopplade till personligt ombud och det kanske är en modell för framtiden?

Detta avsnitt inleddes med frågan: Varför ska en personligtombudsverksamhet syssla med att stödja även det kollektiva brukarinflytandet? Svaret på den frågan är att det beror på. Finns det på orten ett brett utbud

av kvalitativa verksamheter som möter behoven av stöd till återhämtning och delaktighet i samhällslivet? Beror villkoren som de aktuella brukarna tampas med på deras egna individuella funktionsnedsättningar eller är det sociala problem och hinder som samhället satt upp? Om brukarens situation påverkas av strukturella fel som exempelvis dåligt bemötande, bristande kompetens hos anställda, dysfunktionell organisering av verksamheten, negativa attityder hos allmänhet eller ovilja från politikerna att satsa resurser, ja då behöver ombudens strategi också vara ett aktivt arbete med brukarinflytande. Men avgörande är också om ombuden vill, har kunskap för och förutsättningar att arbeta empowermentinriktat.

Avslutningsvis...

...vill vi lyfta fram något man behöver hantera om man har ambitionen att stödja någons empowerment. För att stå pall när det blåser och utveckla en empowerment-inriktad praktik som bygger på en annan grund och logik än det omgivande vårdsystemet så krävs god förankring i en värderingsmässig och teoretisk mylla.

Ulrika Järkestig lyfter i sin avhandling⁷⁷ fram just bristen på sådan förankring som ett problem för ombuden. Hon fann i sin studie av personliga ombud att deras resonemang sällan var grundade i ett teoretiskt sammanhang. Eftersom ombudens yrkesroll och professionalitet på många sätt skiljer sig från traditionellt klientarbete – det som många andra yrkesgrupper inom socialtjänst eller psykiatri utövar – är det bra att förankra sitt arbete i traditionen och teorin kring empowerment. Hon pekar på risken att man annars anpassar sig till det medicinska eller omhändertagande tankesystem som finns.

Även Mats Ekermo, vars utvärdering av personliga ombud fokuserade på klientperspektivet, pekar på att ombuden har en tendens att anpassa sig till de traditionella arbetssätt som finns i omgivande vård- och stödsystem. Han konstaterar:

”en kritik som återfinns i denna utvärdering visar att klienterna är förlorare i en sådan utveckling, eftersom det leder till att klienter i olika situationer inte får nödvändigt stöd från PO i ombudets advokatroll⁷⁸”

En orsak till detta är att ombudsverksamheten har så goda förutsättningar att ge långsiktigt stöd utifrån individens önskemål. Den är flexibel och be-

⁷⁷ Järkestig, U. 2006. Personligt Ombud Social praktik i medicinsk diskurs. Växjö universitet

⁷⁸ Personligt ombud – trumf i bakfickan? Socialstyrelsen. 2005

friad från myndighetsoket och kan ge långsiktigt stöd. Personligt ombud har förutsättningar att arbeta på ett sätt som fler inom vård- och stödsystemet egentligen borde ha möjlighet till. Kort sagt, de erbjuder något som brukarna efterfrågar. Dessa förhållanden, i kombination med att ombuden ofta är kommunalt anställda, gör att arbetsuppgifter kan komma att utföras som kanske borde ligga på andra yrkesgrupper. Ombuden samordnar vårdinsatser, håller nätverksträffar, har långa motiverande kontakter med klienter och bygger ofta upp viktiga relationer med sina klienter.

Man kan fråga sig om detta ska vara arbetsuppgifter unika för de personliga ombuden? Snarare är det så att kommunen borde ha vård- och stödsamordnare, kontaktpersoner, stödteam eller rehabiliteringsassistenter och socialsekreterare som tillsammans med psykiatrin kan erbjuda sådant flexibelt och långsiktigt stöd. Förutsättningar för detta friare arbetssätt finns ofta inte i traditionell offentlig verksamhet. Kanske kan spridandet av vård- och stödsamordnare eller ”case managers” innebära att ombuden kan ägna mer kraft åt empowermentinriktat arbete.

Detta avsnitt syftade till att ge en introduktion till empowerment och brukarinflytande i relation till de personliga ombudens arbete. Få områden väcker så mycket känslor och frågor som när det gäller att patienter, brukare och anhöriga ska få mer makt. Det är förståeligt då det är svårt att förändra samhällets syn på psykiska funktionsnedsättningar. Det utmanar också inriktningen för de vård- och servicegivande organisationernas verksamhet. Förändringarna som krävs är grundläggande. Men samtidigt som man alltid behöver ha en kritisk blick, i förhållande till de utfästelser om ökat inflytande för brukare och anhöriga som görs av kommuner och landsting, behöver man välkomna de små steg som tas i rätt riktning. I backspegeln ser vi att dessa små steg på sikt fört utvecklingen åt rätt håll. De personliga ombuden är ett sådant exempel. De kommer för alltid att vara nära förknippade med fenomenet brukarinflytande – som ett av dess konkreta resultat.

Återhämtning och empowerment

Att bidra till återhämtning

Att människor med allvarliga psykiska problem återhämtar sig är någonting som har haft svårt att bli accepterat. Fortfarande förekommer föreställningarna om att ”en gång sjuk – alltid sjuk”.

Människor som återhämtat sig vittnar om att de kan mötas av vårdarbetare som påstår att de inte kan ha haft så svåra problem och vårdats med en diagnos som ”schizofreni”, eftersom de nu mår så bra.

Samma personer kan möta andra vårdarbetare som påstår sig kunna se kvardröjande symptom hos dem; tecken på att de egentligen inte alls är återhämtade, utan i ”remission”. De förblir ”sjuka”, även om de råkar må lite bättre för stunden, så att en oerfaren blick kan luras att tro att de är botade.

Men hur vanligt är det att människor återhämtar sig? Och vad kan bidra till deras återhämtning? Vad kan personalen inom kommun och landsting göra för att bidra till denna process?

Evidens

På senare år har det framkommit krav om att insatser från socialtjänsten och psykiatrin skall vara evidensbaserade. Brukarna har rätt att erbjudas insatser som visat sig vara verksamma. I tider av begränsade resurser är det viktigt att använda samhällets tillgångar på det mest effektiva sättet, så att så många som möjligt gagnas av insatserna. Det finns ingen anledning att argumentera mot behovet av evidensbaserade insatser. Men vad betyder det i det konkreta arbetet?

Den klassiska definitionen av evidensbaserade insatser är att de, i varje enskilt fall, bygger på en avvägning mellan tre faktorer; vetenskaplig kunskap, klinisk erfarenhet och brukarens erfarenheter. (Sackett et al 2000)

Resultat från vetenskapliga studier⁷⁹

Förhoppningen att vetenskapen ska erbjuda oss entydiga svar på frågor om vilka insatser som är de mest effektiva för olika diagnosgrupper och även enskilda individer är mycket spridd och förstäelig.

⁷⁹ Det finns en omfattande diskussion om vad detta betyder och vilka problem som är förenade med det. Här tar jag bara upp en av dessa aspekter. Den intresserade hänvisas till en rad artiklar i Socialvetenskaplig tidskrift under 2006–2007 (Anttila 2007a & b, Bergmark & Lundström 2006, 2007 a & b Topor 2006).

Tyvärr har det visat sig att olika studier som undersökt insatser för personer med samma diagnos kommit fram till olika resultat. Det kan bero på att forskarna har gått tillväga på olika sätt, t.ex. definierat brukargruppen på olika sätt. Det kan också bero på att man inte gett likadana insatser och på inverkan av sociala aspekter. Levnadsvillkoren för människor med psykiska problem i Sverige skiljer sig på avgörande sätt från de i USA, där de flesta studier görs.

Vetenskapen erbjuder därför sällan entydiga svar, och det har visat sig att även svar som framställts som entydiga förändras över tiden och blir mer tvetydiga.

En avgörande svårighet som sällan tas upp i detta sammanhang handlar om hur personalen skall överföra forskningens resultat som är på grupp-nivå till den konkreta individen som de möter. Hur kan man överföra ett statistiskt resultat till en sammansatt människa med sina särskiljande egenskaper och sin specifika livshistoria?

Resultat från forskningen kan därför inte anammas okritiskt, inte heller överföras direkt till en konkret brukare, utan evidensbaserade insatser för en bestämd person är alltid en fråga om olika avvägningar.

Klinisk erfarenhet

Personer som varit verksamma inom ett fält lär sig med tiden vad som fungerar och inte i de insatser som de erbjuder. Denna kunskap bygger dels på den professionelles egen personlighet, utbildning och erfarenheter och dels på de konkreta omständigheterna och de materiella resurser som kringgärdar mötet med brukaren.

Då det är möjligt att erbjuda stödinsatser i brukarens hem dygnet runt, är det lättare att skriva ut en patient från den slutna vården, för att man vet att han/hon kan få hjälp om det skulle uppstå ett problem. Har man som boendestödjare möjlighet att vara flexibel i sina insatser eller är de noga reglerade i tid och rum samt när det gäller vilka handlingar som skall förekomma blir det konkreta resultatet för brukaren helt annorlunda.

Den individuella professionelles erfarenheter kan sedan ställas i relation till andra medarbetares erfarenheter, så att en gemensam, men inte motsägelsefri, kunskapsbas kan byggas upp på en arbetsplats.

Brukarnas erfarenhet

Brukarna samlar på sig en mängd erfarenheter om vad som hjälper, respektive stjälper dem. Dessa erfarenheter är en individuell praktisk kunskap som måste tas tillvara i arbetet med att ta fram evidensbaserade insatser för den enskilda individen. Vad som hjälper kan vara högst in-

dividuell, beroende på livshistoria (och inte enbart "sjukdomshistoria"), problematik och resurser. Att ta reda på vad som stjälpes är också ovärderligt, då man slipper upprepa insatser som redan visat sig motverka sina syften för just denna brukare.

Varje individs erfarenhetskunskap är en av de tre källorna till evidensbaserade insatser för honom/henne.

Brukarnas erfarenheter är också föremål för vetenskapliga studier. Forskare i olika länder har undersökt vad som varit till hjälp för människor som haft allvarliga psykiska störningar. Människor som återhämtat sig har intervjuats och deras svar har analyserats. I dessa studier har man strävat efter att finna mer allmängiltig kunskap bortom den enskilda individens kunskap om vad som har hjälpt just honom/henne. På detta sätt kan brukarnas erfarenheter även användas som en del av den vetenskapliga grunden bakom evidensbaserade erfarenheter.

Besluten om vilka evidensbaserade insatser som är aktuella för en bestämd person måste alltså grunda sig på en avvägning mellan dessa tre aspekter; forskningsresultat, personalens och brukarnas erfarenheter. Mot den bakgrunden är ett återhämtningsinriktat arbete, då personalen tar tillvara brukarens erfarenheter om vad som hjälpt honom/henne, en central del. Det är inte möjligt att arbeta evidensbaserat utan att ha ett återhämtningsinriktat förhållningssätt.

I många länder finns idag tydliga krav på att behandlingsplaneringen skall vara återhämtningsinriktad. I Sverige har ett sådant perspektiv inte vunnit något tydligt gehör bland myndigheterna (Ershammar & Topor 2007).

Vetenskapliga studier

Inom delar av psykiatrin finns en föreställning att allvarliga psykiska störningar skulle vara kroniska; det vill säga livslånga. En sådan utgångspunkt har sin grund i många behandlares vardag. De arbetar med människor som mår dåligt och behöver hjälp i olika former. Deras möten motiveras av och fokuserar på problemen, bristerna och tillkortakommandena. Tillgångar, lustar, önskemål samt individens egna erfarenheter av att handskas med sin problematik hamnar lätt i periferin. När någon mår bättre försvinner han/hon från behandlarens värld. Endast de som kommer att må dåligt igen kommer tillbaka. De andra, de som går vidare, försvinner både bokstavligt från behandlarnas värld, men också som minnen. De vardagliga erfarenheterna för många som arbetar inom socialtjänsten och psykiatrin är därför av de människor för vilka det inte går bra; de som återkommer

gång efter gång för att få hjälp. Sådana erfarenheter ger näring åt en pessimism när det gäller brukarnas framtidsutsikter. I det dagliga samtalet talar man därför ofta om ”kroniker” eller ”långtidssjuka”.

Men även om återhämtningsprocessen kan ta lång tid och gå igenom många upp- och nedgångar, visar en lång rad uppföljningsstudier att en stor andel av människor med allvarliga psykiska störningar återhämtar sig (Topor 2001).

Vad betyder återhämtning?

Många återhämtar sig *helt* och uppvisar inga symptom, har inga behandlings- och stödåtgärder och lever ett vanligt socialt liv.

Många återhämtar sig *socialt*, det vill säga att de kan fortsätta att ha vissa symptom, vissa insatser i öppenvård, men att de lever vanliga liv.

För de flesta är återhämtning inte ett fast tillstånd, utan en sammansatt process där trenden går mot att individen återerövrar en större makt i sitt liv. Denna tilltagande makt riktar sig mot de symptom som tidigare plågat en, mot ett aktivt deltagande i besluten om psykiatrins och socialtjänstens insatser och mot mer ömsesidiga relationer med personer i det sociala nätverket.

Många beskriver sin egen återhämtning som att finna sig själv. Det är inte frågan om att åter bli den person som de var innan de började må dåligt. Få skulle vilja bli den personen igen. Utan de menar att deras psykiska problem kanske var en nödvändig väg för att bryta från ett sätt att vara som de hade innan psykosens; ett otillfredsställande sätt att vara.

Många beskriver psykosens som en resa. En resa som tog dem ner till en bottenplatta där de inte längre hade någonting att förlora, inga vänner, ingen familj, inga tillgångar, ingen framtid och knappt någon historia och personlighet utanför ”sjukdomen” och där döden ibland kunde framstå som ett tänkbart alternativ.

Man är helt ensam i ett landskap som ingen har varit i tidigare. Det är inte heller någon som frågar eller vågar följa med på den där vandringen. Du går i ett landskap där världen helt enkelt inte vågar ta för sig. (...) Det är snarare så att om man får med sig en medresenär så kan man förmedla saker. (citat i Topor 2001, s 178)

Jag vet att jag inte kan ta livet av mig. Det har jag gjort en gång, och det gick inte. Det var inte meningen. Nu får jag leva den tid jag har kvar, och det kan vara många år faktiskt.

Och om jag nu skall leva, så måste det vara så drägligt som möjligt. (cit. i Topor 2004)

För dem som återhämtar sig blir bottenplattan ett avstamp.

Någonting att ta sats från. Även ett ”misslyckat” självmordsförsök kan då framstå som ett tecken på att det är dags att äntra en resa upp. Som om döden inte ville ha en och då gällde det att finna ett nytt sätt att leva på.

Hur vanlig är återhämtning?

Men hur många är de som fått diagnosen schizofreni och som återhämtat sig?

I en av de senast publicerade studierna som genomförts av Världshälsoorganisationen (WHO) anges att mellan hälften och två tredje delar av dem som följdes upp under en period på cirka 15 år återhämtade sig helt eller socialt. (Hoper et al 2007). Dessa siffror ligger i linje med en mängd tidigare studier.

Harding (1988) sammanställde fem stora studier publicerade under 1970- och 80-talen:

Tabell 1. Återhämtning bland patienter som tidigare hade fått en schizofreni-diagnos.

	Antal patienter	% helt återhämtade	% socialt återhämtade	% helt och socialt återhämtade
Bleuler 1972	208	23	43	66
Harding et al 1986	269	34	34	68
Hubert et al 1975	502	26	31	57
Tsuang et al 1972	186	20	26	46
Ciampi & Muller 1976	289	29	24	53

(Källa Harding 1988)

Det finns alltså en omfattande forskning som pekar på att flertalet av de patienter som fått den diagnos som betraktas som den mest kroniska inom det psykiatriska fältet återhämtar sig socialt eller helt.

En sådan kunskap har flera följdverkningar. Viktigast, kanske, är att tanken på återhämtning inte är en from förhoppning, utan ett verkligt alternativ. Därmed finns en källa till hoppet om återhämtning och ett behov att mobilisera individens och andras resurser i arbetet för återhämtning. Ett sådant förhållningssätt står i strid mot det uppgivna förhållningssätt-

tet som stammar från en föreställning om svåra psykiska störningar som kroniska tillstånd.

Dessa uppgifter väcker också nya frågor: Vad är det som bidrar till återhämtningsprocessen?

Behandling och återhämtning

Enligt den forskningssammanställning som Harding (1988) har gjort verkar en betydande andel människor som fått en schizofrenidiagnos ha återhämtat sig under 1970- och 80-talen. Som vi tidigare sett pekar nyare forskning på liknande tal.

Warner (1985) gick längre tillbaka i tiden. Han sammanställde resultat från 85 studier som gjorts i USA och Storbritannien mellan 1900 och 1985. Hans siffror är utmanande:

Tabell 2. Andelen återhämtade patienter behandlade för diagnosen schizofreni under fyra olika tidsperioder.

	Social återhämtning %	Total återhämtning %	Sammanlagt %
1901–1920	20	41	61
1921–1940	12	29	41
1941–1955	23	44	67
1956–1985	22	45	67

(Källa Warner 1985)

Det verkar nämligen som om sannolikheten att återhämta sig har varit konstant över tiden, utom under en period på 1900-talet, närmare bestämt före andra världskriget.

Warner hävdar att det enda statistiska sambandet han finner för att förklara denna nedgång i återhämtningens omfattning är massarbetslösheten i den stora ekonomiska depressionens spår under 1930-talet.

Warners tabell innehåller en annan sak som är värd att uppmärksamma. En av de perioder han studerar skiljer sig från de andra; den som går mellan 1941 till 1955. För att vara lika lång som de andra borde den ha sträckt sig till 1960. Varför en sådan avvikelse?

Warners syfte är att studera de moderna neuroleptikas inträde i psykiatri och deras konsekvenser. 1955 var Hibernal (Klorpromasin) i allmänt bruk på engelska och amerikanska mentalsjukhus. Warner kan inte finna några spår av neuroleptikans inverkan på andelen återhämtade patienter

med diagnosen schizofreni i den statistik han arbetar med. En lika stor andel patienter återhämtade sig innan Hibernalsens spridning som efter. Läkemedlen kan ha haft många effekter, men knappast någon när det gäller återhämtning från allvarliga psykiska störningar.

Warners långa perspektiv pekar också på att inga av de olika terapeutiska vågor som avlöser varandra under 1900-talet verkar återspeglas i återhämtningsfrekvensen. Vare sig ECT, psykoterapier av psyko- eller beteendeterapeutisk art, insulinkoma eller andra behandlingsinsatser lämnar några tydliga spår i statistiken.

Samma sak konstaterar Bleuler i sin bok från 1976, där han följer upp sina patienter i upp till 36 år genom "den psykofarmakologiska revolutionen" och dess olika föregångare som gav näring åt de professionellas behandlingsoptimism.

Kultur

En annan studie som problematiserar behandlingsinsatsernas betydelse för återhämtningens frekvens är Världshälsoorganisationens studie där U- och I-länder jämförs (The International Study of Schizophrenia). När de första resultaten presenterades 1979 visade sig en betydande skillnad i sannolikhet att återhämta sig för patienter med en schizofrenidiagnos. 59 procent av dem i U-länderna hade återhämtat sig, mot 39 procent i I-länderna.

Dessa resultat, som visat sig hålla i efterstudier (Harrisson et al 2000, Hopper et al 2007) är anmärkningsvärda i den mån att de pekar på att länder med en ytterst begränsad sjukvård uppvisade bättre resultat än de länder som hade en omfattande sjukvårdsapparat.

Flera hypoteser har lanserats för att förklara dessa skillnader, däribland att en del patienter i U-länderna aldrig kommer i kontakt med en sådan studie, och att de ofta är patienter med de sämsta framtidsutsikterna. Så kan troligtvis vara fallet, men en sådan hypotes förklarar knappast hela den uppmätta skillnaden. Andra hypoteser som lagts fram är U-ländernas:

- familjestruktur, där flera anhöriga kan dela på den börda som en allvarlig psykisk problematik medför för en familj,
- arbetsmarknadsstruktur, där människor med olika problem, i jordbruks-samhällen kan finna en plats i produktionen och inte bli uteslagna från arbetsmarknaden som i industrialiserade samhällen med höga krav på produktivitet,
- föreställningsvärld kring psykiska störningar. I I-länderna dominerar medicinska och psykologiska förklaringsmodeller som beskriver allvarliga psykiska störningar dels som kroniska och dels förlägger deras or-

saker bortom individernas möjligheter att inverka på dem; i deras barn-dom, genupsättning eller hjärna. Patientrollen blir då att följa upp den behandlingsplan som experterna lagt fram åt honom/henne. En behandlingsplan som inte ger något större hopp om framtiden. I U-länderna finns en värld vid sidan om skolmedicinens där olika magiska och andliga förklaringsmodeller förmedlar till brukaren och hans omgivning ett hoppfullt förståelsesammanhang och konkreta handlingsmöjligheter för att motverka problemen.

Det har alltså varit omöjligt att finna ett statistiskt samband mellan återhämtning från allvarliga psykiska störningar och specifika behandlingsinsatser.

Och ändå återhämtar sig människor.

Hur kan vi förstå detta? Och vad kan människorna omkring brukaren göra för att bidra till återhämtningsprocessen?

Ingen metod

I samband med betoningen av evidensbaserade insatser har föreställningen om att det finns bestämda metoder, bestämda insatser som skulle vara entydigt bättre än andra för olika diagnoser eller symptom åter vuxit sig stark.

Det finns en omfattande diskussion om denna föreställning inom den vetenskapliga världen.

Ett kritiskt förhållningssätt till denna metodfixering bekräftas i återhämtningsforskningen. Det är mycket sällan som personer som återhämtat sig beskriver det som en följd av en psykoterapeutisk teknik, metod eller en specifik medicin eller program. Även om sådana insatser förekommer i samtliga fall, så betonas relationella aspekter kopplade till mötet med de professionella.

På det sättet bekräftas mycket av forskningen kring så kallade ”gemensamma faktorer” bakom framgångsrika terapeutiska insatser, oberoende behandlarens teoretiska inriktning (Wamphold 2001, Denhov 2007a, 2007b). Där beskrivs just arbetsalliansen mellan brukaren och personalen som en avgörande faktor för vad behandlingsinsatsen kommer att leda till.

Bidragande faktorer till återhämtning

I en rad studier (Breier & Strauss 1983, 1984, Davidson 2003, Davidson & Strauss 1994, Denhov 2000, 2007c, Sullivan 1994, Topor 2001, 2004)

har människor som återhämtat sig tillfrågats om vad som bidragit till deras återhämtningsprocess.

- Generellt kan sägas att återkommande resultat i dessa studier är:
- tillgång till en god materiell bas
- en mening för att förklara vad som har hänt
- individens bidrag till sin egen återhämtning samt
- betydelsen av sociala relationer.

En materiell bas

Att ha en god materiell bas för sin existens spelar en central roll i en återhämtningsprocess. Utan en bostad är individens tid upptagen med att ordna ett skydd inför varje natt. Individen saknar en plats att dra sig tillbaka till som är hans/hennes. Han/hon har ingen fristad som han/hon kan utforma efter den egna personligheten.

Men har man en bostad, så riskerar man att bli fånge i den om man inte också har någonstans att ta vägen. Träfflokaler som drivs av kommunen, brukarrörelsen eller kyrkan och även olika former av aktivitets- och arbetsverksamheter kan utgöra platser att gå till. Men, som hos alla andra människor, så finns även ett behov av att delta i det kulturella och det kommersiella livet. Att stå utanför detta är att stå utanför en betydande del av den vanliga vardagen för många människor. Det är ett sätt att vara utesluten från samhället, trots att man lever i dess mitt. Fattigdomen, som drabbar många människor med allvarliga psykiska störningar är en form av total institution. En osynlig institution som utesluter individen från andra lika effektivt som tidigare murarna runt mentalsjukhusen.

Jag har haft förtidspension i tio år, med dålig ATP. Jag har levt från hand till mun. Det är bara att överleva. Det är ett finare sätt att ha ihjäl folk. Det är ingen humanism. Det är en oerhörd falskhet. (Citat i Topor 2004, s 195)

I en amerikansk studie undersöktes pengarnas terapeutiska verkan (Davidson et al 2001, Davidson et al 2004). En grupp brukare med allvarliga psykiska störningar och ett liv präglad av social isolering fick under en nio månaders period 500 kronor per månad för att gå ut och roa sig. Hälften av gruppen fick dessutom en ”vän” att gå ut tillsammans med. Deltagarna undersökte både före och efter studien och forskarna kunde notera dels att dessa patienter var villiga att medverka i studien, trots sina psykiska och sociala svårigheter, dels att de efter undersökningen uppvisade färre

symptom, en högre funktionsnivå samt en högre "self-esteem". Tillgång till pengar öppnade för ett socialt liv som inverkade på individernas symptom och självbild.

Tillgång till pengar är ett instrument i återhämtningsarbete. Ett annat instrument som omnämns i samtliga intervjuer är mediciner. Så gott som samtliga omnämner mediciner som en hjälp. Lika många beskriver medicinens stjälpande effekt i deras liv.

Undersöker man skillnaderna mellan hjälpande och stjälpande mediciner rör det sig inte om någon eller några specifika preparat. Det är inte heller om i vilken form medicinen tas; tablett, spruta eller i flytande form.

Den avgörande aspekten som tas upp gäller brukarens delaktighet i beslutet om medicinen. Huruvida individen tycker att han eller hon har kunnat påverka valet av läkemedel, dos och i vilken form det skall tas.

I de fall där läkaren varit öppen för att genomföra nedtrappningsförsök och preparatbyte har brukaren känt sig delaktig i sitt eget liv och detta har i sin tur bidragit till att denna tilltro och delaktighet färgat av sig på andra områden.

På behandlingsenheten sitter inte någon auktoritet, någon envåldshärskare som skriver ut piller. Här får man medicin i samråd, i ömsesidig förståelse. Patienten har mycket att säga till om här. Patienten vet hur en viss medicin fungerar. Hur han känner sig. Läkaren här har högsta respekt för mina önskemål. Jag har till exempel bett att få Cipramil utbytt mot någonting som jag har läst om som heter Soloft, som är en liknande preparat (...) När jag föreslog det, så sa hon: "Javisst, vi kan prova det. Vi gör ett experiment." (Citat i Topor 2001, s 222)

Mening

Den engelske sociologen Bury (1982) likställde betydelsen av att få en diagnos på en kronisk sjukdom med ett biografiskt sammanbrott. Hela individens livshistoria påverkas. Händelser tidigare i livet betraktas i ljuset av sjukdomens genombrott och hela framtiden är in-tecknad av sjukdomens förlopp. Ingenting av det som varit var det man trodde. Och ingenting av det man tänkte sig som framtid kommer att bli.

Att finna ett svar på frågan hur det kommer sig att just *jag* drabbats spelar en central roll i ett arbete för att återskapa en röd tråd i ens livshistoria.

Här rör det sig dock inte om en objektiv sanning, ty en sådan finns sällan att tillgå, utan om en mening. Meningen i detta fall är en privat san-

ning som är någorlunda accepterad i ens sociala omgivning. Meningen förklarar hur det kommer sig att det som inträffat, skett och vad individen och hans omgivning kan göra för att mildra den psykiska störningens effekter på deras identitet. Meningen skapar kontinuitet och ger en riktning åt individens strävan att komma bortom störningarnas ok.

Patienten som en individ

En av de svåraste utmaningarna som återhämtningsforskningen ställer den traditionella psykiatrikunskapen inför handlar om den person som drabbats av svåra psykiska störningar.

Bilden av "patienten" pendlar vanligtvis mellan extremer.

Å ena sidan framställs människor som får diagnoser för allvarliga psykiska störningar som några som förlorat viktiga förmågor. Personer som får diagnosen schizofreni beskrivs i termer av störningar av viljelivet, av känslolivet, av intellektet och kommunikationsförmågan. Vanföreställningar och hallucinationer präglar individens bild av sin omgivning. Patienten är ett passivt offer för sin "sjukdom".

Mot den bakgrunden anses inte den som är allvarligt psykiskt störd när han/hon begår ett brott vara ansvarig för sina handlingar. Han/hon döms inte till fängelse, utan till behandling.

Å andra sidan kan rollen som offer för "sjukdomen" ibland slå över till dess motsats. Patienten försöker luras. Problemet är närmast av moralisk natur och handlar om lathet och viljelöshet. Krav reses då på att den person som bedömts vara psykiskt störd skall skärpa sig och ta ansvar för sitt liv. Till exempel sänks ersättningsnivåerna inom försäkringssystemet så att det inte skall vara så lockande att inte verkligen satsa på en återgång till arbetsmarknaden. Det som verkar krävas är att individen anstränger sig, och det är en fråga om vilja.

Den individ som träder fram ur återhämtningsforskningens resultat är en individ som brottas med sina problem, söker förklaringar och utvecklar och uppfinner olika sätt att handskas med dessa problem.

Några sätt att hantera symptomen som beskrivs av brukarna finns:

Att formulera sig. Många skriver dikter och berättelser, andra målar. För många är denna konstnärliga verksamhet också ett sätt att sätta ord på sina erfarenheter och därmed få en distans till dem, samtidigt som de kommuniceras till andra i hopp om ett gensvar.

Att aktivera sig. Aktivitet och distraktion kan innebära att man kommer ifrån dystra tankar i sällskap med andra; att rösternas betydelse avtar. Många talar om naturupplevelser som ett sätt att ställa goda upplevelser mot symptomens destruktiva kraft.

Att dra sig tillbaka. På samma sätt som aktiviteter kan hjälpa en, så kan en minskad aktivitetsnivå vara till hjälp. När det blir för många intryck, för många krav eller efter en psykotisk upplevelse, så kan det vara adekvat för individen att dra sig tillbaka, undvika det som frambringat symptomen och ge sig tid att gå genom det som hänt.

Självinstruktioner är också ett sätt att möta de begränsningar som ofta hänger samman med psykiatriska symptom. Individen kan då ge sig själv råd om hur han skall vidga sin värld och utmana de begränsningar som uppstått. Många talar om att "ta ett steg i taget".

Även om alla dessa hanteringssätt inte är framgångsrika, är det tydligt att vi möter en person som förhåller sig aktiv inför det som händer i hans/hennes liv. En person som kan ta itu med sitt liv och de problem som han/hon möter, men som ibland kan övermannas av dessa problem. Det finns alltså ofta en rationell förklaring till en rad beteenden som av andra uppfattas som symptom. En förklaring där symptomen ibland framstår som mer eller mindre misslyckade lösningsförsök, som ibland blivit till nya problem. Exempelvis kan missbruk uppfattas av omgivningen som ytterligare ett symptom, men i individens historia uppstod missbruket som ett sätt att hantera ett värre problem; ofta ensamhet och ångest. En brukare berättar exempelvis att efter sin första kontakt med den slutna psykiatriska vården, så skrevs han ut med ett recept på mediciner och en återbesökstid någon vecka senare. Han bodde då på ett hotellhem och anfölls av olika symptom. Spriten blev då ett sätt för honom att handskas med en orimlig situation. Och spriten hjälpte honom i den akuta situationen.

Hanteringssätten som definieras enbart som ett problem och ett symptom av omgivningen innebär att man inte ser individens ansträngningar att ta itu med sin situation och därmed fränkänner honom/henne rollen som aktivt medverkande i sitt liv.

I andra situationer beskriver brukare hur de tvingas uppvisa symptom, som de ibland inte har, för att kunna få kontakt med psykiatri och socialtjänsten. Ett exempel är den kvinna som beskrev i en intervju att hon inte hade hört några röster under de senaste två åren, men ändå fortsatte att nämna dem ibland för sin kontakt i psykiatri. Hon uppskattade denna kontakt och var rädd att gå miste om den om hon inte längre kunde uppvisa några symptom.

Återhämtningsforskningen visar tydligt på att brukaren försöker finna vägar att hantera sina problem och att en allians mellan honom/henne och behandlingspersonal, vänner och familjemedlemmar är möjlig. Ett villkor för en sådan arbetsallians är dock ett erkännande av individen som subjekt i sitt liv.

Andra

Återhämtningsforskningen har bidragit till att återupptäcka individen och medborgaren bakom patienten. I en del litteratur framställs återhämtningen därför som en högst individuell process.

Anthony (1993), en av de forskare som tidigt intresserade sig för återhämtningsprocessen, skrev en ofta citerad sats:

Återhämtning beskrivs som en djup personlig, unik förändringsprocess av ens attityder, värden, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen skapar. Återhämtningen kräver att man utvecklar en ny mening med livet och nya livsmål, samtidigt som man lämnar mentalsjukdomens katastrofala effekter bakom sig. (s 15)

Denna betoning av det individuella kan man återfinna i många brukares beskrivning av innebörden för dem av begreppet återhämtning. Individen hittar till sig själv:

Jag minns en gång då jag går på en gata i Stockholm och känner att: "Nu är jag mig själv. Jag är tillbaka!" Det var kul, även om jag har haft problem sedan dess också, men det har alla. (cit i Topor 2001, s 286)

Det är en individ som kämpar och återvinner en makt över sig själv och en jämbördig relation till andra; även den personal som behandlar och stödjer honom/henne.

Men återhämtningen har en social sida som inte får glömmas.

Återhämtningsprocessens sociala aspekter berör:

- Det sociala nätverket runt patienten
- De professionellas insatser
- Kunskapen om psykiska problem och de mest evidensbaserade sätten att bidra till återhämtningen.

Det sociala nätverket

Återhämtning sker alltid i samspel med andra. Bland dessa andra kan familjemedlemmar och vänner spela en avgörande roll.

Självklart kan vänner och familjemedlemmar utgöra en bidragande orsak till brukarens problem och de kan svika honom/henne i avgörande

stunder, men de personer i individens ursprungliga sociala nätverk som stannar kvar blir ofta ett levande bevis på kontinuiteten i brukarens liv. De beskrivs som bärare av hoppet (Deegan 1996, Denhov 2007c, Topor 2006).

I takt med att detta nätverk tunnas ut och ersätts med ett professionellt nätverk, som träder in i brukarens liv på grund av hans problem och tillkortakommanden, så är de kvarvarande vännerna och familjemedlemmarna betydelsefulla vittnen om en tid då brukaren inte var brukare. De utgör ett levande minne om en annan tid och genom sin fortsatta närvaro ett hopp om en annan framtid.

Om jag ser till vad jag kan kalla för livlinan, så är det väl mamma och våra konfrontationer. Hon har aldrig gett upp trots att jag har skällt på henne. Fastän det fanns traumatiska upplevelser tidigare i våra liv, så har hon aldrig gett upp. Det har väl varit det viktigaste. (cit i Topor 2001, s 296)

Närstående familjemedlemmar och vänner kan utföra ”tidiga insatser”. De märker de första tecknen på försämringar i brukarens tillstånd, försöker motverka dem och förmedla kontakten till psykiatri och socialtjänsten. De kan vara både försvarsadvokater och lobbyister och kan då uppfattas som överengagerade och orealistiska i sina förväntningar och krav på de olika verksamheterna.

De erbjuder mat, pengar och husrum när samhällets formella stödssystem brister.

Många av dem känner dock inte till sin avgörande roll i återhämtningsprocessen och slits därmed med skuld- och otillräcklighetskänslor (Denhov 2007c).

Personalen

Vi har tidigare sett att det inte finns något statistiskt samband mellan psykiatriinsatser och återhämtning. Men det innebär inte att det arbete som personalen inom psykiatri och socialtjänsten utför inte skulle kunna bidra till återhämtningen.

I intervjuer om vad som bidragit till deras återhämtning berättar de flesta brukarna om personal som varit till hjälp.

Personalen inom dessa organisationer har ofta nyckeln till en rad stödformer som brukaren är beroenden av; pengar, medicin, möjlighet till inläggning och till stöd i hemmet och på fritiden, rehabiliteringsåtgärder mm. Att få tillgång till dessa insatser kan vara till hjälp, på samma sätt

som personalens tillgång till olika teorier och förklaringsmodeller kan hjälpa brukaren att orientera sig i sitt liv.

Ett genomgående drag i berättelserna om hjälpande personal, oberoende deras yrkes- och organisationstillhörighet, är att de har gjort eller sagt saker som brukaren inte förväntade sig av dem. Saker som brukarna hade lärt sig att inte förvänta sig inom denna typ av verksamhet.

De personer i personalen som hade bidragit till återhämtningsprocessen hade antingen *gjort mer* än det brukliga eller *gjort något helt annat*.

Vad betyder det? Ett belysande exempel beskrevs i ett samtal med en man som vårdats i cirka 20 år med bland andra diagnosen schizofreni. När han tillfrågades om vad som hade hjälpt honom nämnde han bland andra Veronika, sin kontaktperson på en aktivitetslokal. När han blev ombedd att beskriva vad Veronika hade gjort som hade hjälpt honom beskrev han följande situationer:

Hon är snäll och trevlig. Efter att jag hade arbetat en månad kom hon med en ros till mig. Den har jag torkat och har därhemma. Sådana små grejer.

Förra månaden fick jag låna en hundring av henne för att jag hade inga pengar till de sista dagarna i månaden. Den fick hon tillbaka i dag.

Hon ringer hem till mig och frågar hur jag har det.

Hon ringer till min mamma och berättar för henne om hur det går för mig på jobbet. Det har lugnat ned min mamma fruktansvärt mycket. (cit från Topor 2001, s 321)

Att ringa hem till en brukare eller till brukarens mor för att berätta hur det går för honom är ett gott arbete utfört av en kontaktperson. Men det är också klart att Veronika i detta fall gör mer än vad brukaren hade lärt sig att förvänta sig av personalen inom psykiatri och socialtjänsten.

Att ge en brukare en blomma för att fira att han klarat av ett viktigt steg i sitt liv eller att låna pengar till en brukare handlar däremot om att göra någonting helt annat än vad som anses vara lämpligt inom en behandlar/patient relation. Det tyder på ett personligt engagemang från personalens sida. Det är också förståeligt av sammanhanget att detta personliga engagemang inte kan rikta sig till alla brukare som besöker denna verksamhet. Att ge en ros eller låna pengar är ingen rutinhandling, ingen regel som alla medarbetare åläggs att följa. Tvärtom, så utgör dessa handlingar ett regelbrott mot det som definieras som professionellt arbete inom psykiatri och socialtjänsten. Det handlar om en emotionell relation som är orättvis

i den meningen att den inte kan komma alla andra brukare till godo. De är slutligen inte följden av en planering och handledning, utan sker spontant i stunden och i relationen. Kontaktpersonens handlingar står i strid med många föreställningar om ett professionellt förhållningssätt. De skulle till och med kunna betecknas som oprofessionella och även gränslösa. Det problematiska och intressanta är dock att just dessa handlingar beskrivs av brukaren som en hjälp i hans återhämtningsarbete.

Och så är det genomgående; att brukarna beskriver den hjälpande personalen i termer av gränsöverskridande och regelbrytande. Att just i dessa situationer tillerkänner personalen brukaren en vidare identitet än den som patient eller klient; varelser som karaktäriseras av och reduceras till sin diagnos, sina symptom, tillkortakommande och en samling behov av stöd och hjälp. Det verkar som att regelbrotten kan vara påtagliga erfarenheter för brukaren att vara någonting mer, någonting annat än en diagnos, en biståndsbedömning.

Den personal, de relationer och situationer som inte hjälper beskrivs som dem där brukaren känt sig behandlad lika som alla andra, efter en mall. Personal som får brukaren att känna sig som en patient, en klient bland alla andra. Avklädd alla sina personliga egenskaper och reducerad till en diagnos, ett antal symptom som skall behandlas efter ett givet protokoll.

Nätverkets återhämtning

Återhämtningen är på detta sätt ingen individuell resa. Individen genomför den i samspel med andra. Och det är andras hjälp och stöd som kommer att bidra till resans väg. Det är i det sociala spelet som individen blir den han/hon blir.

Men återhämtningsprocessen har även en annan social aspekt.

Återhämtningen kan inte enbart vara individens återhämtning, utan den måste vara hela det sociala nätverkets återhämtning. Vänner, anhöriga och professionella vänjer sig med tiden att inta en hjälparroll i förhållande till en person som är i behov av deras stöd. Men i takt med att återhämtningsprocessen fortskrider så förändras denna balans. Brukaren blir alltmer någon som kan hjälpa andra. Och bland dessa andra, så intar just de som tidigare hjälpt honom en speciell plats. Här ställs många personer inför en utmaning; att förändra en relation och en identitet som etablerats och ibland utvecklats under en lång tid.

I berättelserna från personer som återhämtat sig framkommer att denna förändring inte alltid varit möjlig och att återhämtningsprocessen ibland kan innebära skilsmässor och nya kriser för nätverket.

En sista aspekt av återhämtningsprocessen berör den kunskap som används inom psykiatri och socialtjänsten. Huvudparten av denna kunskap bygger på antingen observationer av människor på institutioner eller i andra märkliga situationer som en psykoterapi eller ett laboratorieexperiment (Asplund 1987). Det vill säga att den traditionella psykiatrins kunskap handlar om människor med psykiska problem i ovanliga situationer, där de ofta saknar möjligheter att påverka sitt liv. Den kunskap som kan utvinnas ur sådana situationer är inte på något sätt överförbar till kvalitativt annorlunda situationer, där brukarna har en autonomi och maktmedel i förhållande till sitt liv och psykiatri och socialtjänsten. Det innebär att det är inte bara brukarna och deras sociala nätverk som kan och bör återhämta sig. Även den kunskap och de arbetsmetoder som utvecklats inom vården måste förändras och återhämtas. Det finns idag en växande praktik, bland annat i Sverige, vars erfarenheter och kunskap borde tas tillvara för där finns kunskap om empowermentprocessen i den dagliga praktiken.

Referenser

- Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, no 4, pp 11–21.
- Anttila, S. (2007a) Svar på replik från Bergmark och Lundström, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 312–316.
- Anttila, S. (2007b) Slutord, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 322–323.
- Asplund, J. (1987) *Det sociala livets elementära former*, Göteborg: Korpen.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2006) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13:2, s 99–113.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2007a) Replik. Kartan och terrängen – Om evidensbaserad praktik som ideal och verklighet, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:1, s 77–82.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2007b) Om metaanalyser som styrmedel i socialt arbete, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 312–316.
- Breier, A.& Strauss, J.S. (1983) Self-control in psychotic disorders, *Archive of General Psychiatry*, vol 40, pp 1141–1145.
- Breier, A.& Strauss, J.S. (1984) The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders, *American Journal of Psychiatry*, 141:8. Pp 949–955.
- Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruptions, *Sociology of health and illness*, no 4, pp 167–182.
- Davidson, L. (2003) *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., Haglund, K., Stayner, D., Rakfeldt, J., Chinman, M. & Kraemer Tebes, J. (2001) ”I was just realizing... that life isn’t one big horror”: A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24 no 3, pp 279–292.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J. (2004) Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial, *Journal of Community Psychology*, vol 32, no 4, pp 453–477.
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65, pp 131–145.
- Denhov, A. (2000) *Personalens bidrag till återhämtning: Ett brukarperspektiv*. Stockholm: VSSO, FoU-enheten/psykiatri, Rapport 11. 2000

- Denhov, A. (2007a) *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt*. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatri Södra Stockholm.
- Denhov, A. (2007b) Relationer, viktigare än metoder? Patienter beskriver hur de professionella varit till hjälp i psykiatrisk vård, I Topor, A., Broström, K. & Strömwall, R (red) *Vägen vidare. Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*, Stockholm, RSMH – Psykiatri Södra Stockholm.
- Denhov, A. (2007c) Finnas kvar och ställa upp—Om anhörigas bidrag till återhämtningsprocessen, I Topor, A., Broström, K. & Strömwall, R. (red) *Vägen vidare. Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*, Stockholm, RSMH – Psykiatri Södra Stockholm.
- Deegan, P.E. (1996) Recovery as a journey of the heart, in Spaniol, L, Gagne, C. & Koehler, M. (red) *Psychological and social aspects of psychiatric disability*, Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Harding, C. (1988) Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, no 4, pp 633–643.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K:C., Ganey, K., Giel, R. An Der Heiden, W., Holmberg, S., Janca, A., Lee, P., Léon, C., Malhotra, S., Marsella, A., Nakane, Y. Sartorius, N., Yucum, S. Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S., Varma, V., Walsh, D. & Wiersma, D. (2001) Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study, *The British Journal of Psychiatry*, 178, pp 506–517.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Sartorius, N. (eds) (2007) *Recovery from schizophrenia. An international perspective. A report from the WHO Collaborative project*, The International Study of Schizophrenia, Oxford: Oxford University Press.
- Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W:S., Rosenberg, W. & Haynes R. B.: (2000) *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM* (2nd ed.) London: Churchill Livingstone.
- Sullivan, W.P. (1994) A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness, *Innovations and Research*, no3, vol 3, pp 19–27.
- Topor, A. (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A. (2004) *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A. (2006) Vetenskaplighetens dunkla subjektivitet – Om en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen, *Socialvetenskapliga Tidskrift*:13:3, s 195–211.
- Wampold B.E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.