

Till Regeringen

103 33 Stockholm

## Personligt ombud – förslag till målgruppsdefinitioner och dess konsekvenser

### Bakgrund

I regeringens beslut den 18 maj 2000 uppdrogs till Socialstyrelsen att samordna en nationell uppbyggnad och utveckling av verksamheter med personligt ombud till psykiskt funktionshindrade personer. Socialstyrelsen skulle också följa, stödja och utvärdera verksamheterna. Utbildning och kompetensutveckling för ombuden betonades särskilt.

Länsstyrelserna fick samtidigt uppdraget att ”i samverkan med Socialstyrelsen, utveckla verksamheten med personligt ombud för psykiskt funktionshindrade med den inriktning som beskrivs i regeringens beslut med uppdrag till Socialstyrelsen angående personliga ombud.”

I Socialstyrelsens Meddelandeblad 14/00 ”Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamhet med personliga ombud”, som utarbetades tillsammans med representanter för brukarorganisationer och berörda myndigheter, redovisas bl.a. principerna för fördelning av statsbidraget, ansökningsförfarande, *kriterier för målgruppen*, krav på samverkan, förutsättningar för verksamheternas organisation i kommunerna m.m.

### Tidigare rapporter inom personligt ombuds-uppdraget

I årliga *lägesrapporter* har utfallet av implementeringen, länsstyrelsernas och Socialstyrelsens utbildningssatsningar för ledningsgrupper och ombud liksom uppföljnings- och utvärderingsstudier redovisats.

I maj 2005 lämnades en omfattande redovisning och analys av de senaste årens nationella, regionala och lokala uppföljningar och utvärderingar (Personligt ombud 2000-2004). Socialstyrelsen konstaterade då att verksamheterna är en förstärkning av psykiatrireformens intentioner om normalisering, integrering och delaktighet för personer med psykiska funktionshinder och omfattande behov av insatser. Satsningen på ombudsverksamheter har också lett till avsevärda samhällsekonomiska vinster.

Socialstyrelsen föreslog att verksamheterna med personligt ombud skulle följas och stödjas ytterligare en tid, att länsstyrelsernas tillsyn av dem borde regleras och att lagstiftning borde övervägas för att säkra verksamheternas existens.

I rapporten togs bl a upp att *målgruppen varierar över landet* beroende på hur man har tolkat och tillämpat definitionen. För klienter med behov av behandlingsinsatser, t ex personer med psykiska funktionshinder och missbruk och med starkt nedsatt social funktionsförmåga, föreslogs "case management-team" som en kompletterande funktion.

Utbildningsinsatserna föreslogs fortsätta.

I lägesrapporterna 2006 och 2007 redovisades bl.a. resultat från två kortfattade enkäter till verksamhetsansvariga respektive ombud. I den senaste rapporten uppmärksammades särskilt arbetet med "nya" och "traditionella" klienter, med klienter som har minderåriga barn och med klienter som också är hemlösa.

De två senaste årens begränsade uppföljningar av verksamheterna har inte föranlett någon revidering av Socialstyrelsens övergripande slutsatser från 2005 om ombudsverksamheternas arbete och verksamheternas fortsättning.

## Uppdraget

I regeringens regleringsbrev till Socialstyrelsen (december 2006) angående 2007 års arbete med Personligt-ombud-verksamheterna sägs att, utöver den årliga statistikrapporten, ska

"..... Socialstyrelsen även i samverkan med andra aktörer lämna olika förslag till hur målgruppen kan definieras tydligare så att den uppfattas mer likvärdigt över landet. Socialstyrelsen skall i detta arbete bl a utgå från att kvinnor och män som är hemlösa i stor utsträckning har omfattande psykiska funktionshinder. Dessa kvinnor och män lever under särskilt socialt utsatta förhållanden och kan ha ett stort behov av samordnade insatser. Socialstyrelsen skall redovisa förslagen och olika konsekvenser av dessa till regeringen senast den 1 juli 2007."

### **Denna rapport**

Med utgångspunkt i årets regleringsbrev, ska oklarheter belysas som föranletts av nuvarande definition och några olika förslag ges till eventuella förändringar av målgruppsdefinitionen med hänsyn tagen till personer i de allra mest utsatta positionerna. Kommentarer till förändringsförslagen ges och tänkbara konsekvenser skissas.

Representanter från Sveriges kommuner och landsting, Försäkringskassan, Arbetsmarknadsverket, Länsstyrelserna och Brukarorganisationerna Riksförbundet för Social och Mental Hälsa och Schizofreniförbundet har bjudits in till gemensamma diskussioner om verksamheternas målgrupp och konsekvenser av eventuell förändring av den nuvarande definitionen.

I april genomfördes en hearing med ombud och ledningsgruppsrepresentanter om målgruppsdefinitionen.

Skriftligt yttrande från Schizofreniförbundet har också inkommit till Socialstyrelsen.

Diskussioner med NU!-projektet inom Socialstyrelsen har genomförts.

## Vad gäller idag?

### Nuvarande definition av verksamheternas målgrupp

Regeringens beslut år 2000 om statsbidrag för ombudsverksamheterna byggde på förutsättningen att cirka 10-20% av psykiatireformens målgrupp (45 000 personer) kunde ha behov av ett kvalificerat personligt stöd. I Meddelandebladets definition ringades målgruppen in:

Personligt ombud bör erbjudas personer med psykiska funktionshinder (18 år och äldre) som

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

Personligt ombud ska vara en möjlig insats också för personer som finns på hem för vård eller boende liksom för personer med psykiska funktionshinder och missbruk (*s.k. dubbeldiagnos*).

### Verksamheternas omfattning

I de drygt 100 verksamheterna, spridda i cirka 240 kommuner, var cirka 6 000 klienter aktuella hos 295 ombud under 2006. Cirka 2 800 klienter avslutades under året.

Drygt 10 000 klienter har kommit till verksamheterna under uppbyggnadsperioden. Det råder okunskap om det faktiska behovet av personligt ombud i kommunerna eftersom relevanta inventeringar inte görs regelbundet. Denna brist gör det svårt att relatera innehållet i den statistik vi har om ombudsverksamheterna på ett meningsfullt sätt. Den ursprungliga målgruppen för personligt ombud uppskattades i Meddelandebladet till mellan 4 500 - 9 000 personer (enligt ovan). Om dessa finns bland verksamheternas 10 000 klienter vet vi inte med säkerhet. Det kan vara så, givet den omdiagnostisering av psykiatrins patienter som nämns nedan och som delvis kan döljas bland de ”nya” klienterna med stora behov av insatser.

### Vilka har kommit till verksamheterna?

Målgruppen definieras utifrån behov, givet att klienten har långvariga psykiska funktionshinder förorsakat av psykisk sjukdom. Detta har utvärderingarna visat vara en lämplig definition - om än svår att alltid tillämpa. Avgränsningar av klienter utifrån diagnos bör därför normalt inte förekomma.

Tidigare uppföljning visar att drygt fyra av fem verksamheter arbetar med klienter utifrån Meddelandebladets definition av målgruppen. En osäkerhet ligger dock i hur ledningsgrupperna har tolkat definitionen. Prioriteringar, inklusion och exklusion av klienter görs utifrån ombudens kompetens, kösituationen eller andra lokala förhållanden.

Förra årets kartläggning visade att 75% av ombuden bland sina klienter hade personer med psykiska funktionshinder och somatisk sjukdom, 70% av ombuden hade klienter med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk, 60% av ombuden hade klienter med neuropsykiatriska funktionshinder och 20% av ombuden hade klienter med psykiska funktionshinder och utvecklingsstörning.

#### *Nya grupper*

Målgruppen har förändrats över tid enligt ombuden och därmed behoven av insatser. De som fördes över från psykiatrins ansvar till kommunernas i samband med psykiatrireformen kom till verksamheterna inledningsvis, men dominerar inte den nytillkommande gruppen idag. De ”traditionella” klienterna hade ofta lång erfarenhet av psykiatrisk institutionsvård, medan de klienter som kommer till verksamheterna idag är yngre och utan sådana långa vårdtider, men med stora funktionshinder.

Att sammansättningen av målgruppen har förändrats kan delvis förstås med hjälp av nedanstående citat, som styrker ombudens iakttagelser. Citatet är dock inte skrivet med tanke på ombudsverksamheterna.

”En nygammal patientkategori har tagit plats – de neuropsykiatriska patienterna. Ny därför att diagnoserna ADHD, Tourettes syndrom och autismspektrumtillstånd (inkl Aspergers syndrom) knappast har ställts inom vuxenpsykiatri tidigare, gammal därför att dessa patienter alltid har varit en betydande del av psykiatrins patienter, dolda bakom diagnoser som kris, tvångssyndrom, depression, schizofreni och personlighetsstörning. Dessa diagnoser ställer nya krav på behandling och stödinsatser från psykiatri, habilitering och kommun.” (Susanne Bejerot, Läkartidningen 2006, nr 19)

Förändringen kan enligt några storstadsombud också delvis förklaras av att psykiatri tar hand om de ”traditionella” patienterna/klienterna. För flera har (dock) omhändertagandet inneburit placering på institution (t.ex. Hem för Vård och Bostad). Dessa klienter inkluderas i den nuvarande målgruppsdefinitionen.

Enligt uppföljningen 2004 var cirka 85% av de avslutade klienterna i verksamheterna ”rätt” enligt målgruppsdefinitionen. En stor del av resterande andel var klienter som togs emot för ett eller två samtal under vilka ombud och klient kom fram till annan lösning än ombudets hjälp och stöd.

Hur många personer som inte nås av ombudens stöd, trots stora behov, är ovisst. Hemlöshetsombudens erfarenheter är att det bland de hemlösa med psykiska funktionshinder finns personer som är myndighetsskygga och därför inte söker hjälp hos socialtjänsten eller psykiatri.

Tre olika grupper kan alltså identifieras:

- 1) klienter som söker stöd och hjälp av ett ombud och tilldelas ett ombud
- 2) klienter som söker stöd och hjälp av ett ombud men som inte tilldelas ett ombud
- 3) klienter som behöver stöd och hjälp av ett ombud men som inte söker den hjälpen.

## Svårigheter/oklarheter med målgruppsdefinitionen

Socialstyrelsen har konstaterat att Meddelandebladets målgruppsdefinition har tillämpats olika beroende på ledningsgruppernas avgränsningar och prioriteringar. Till exempel har personer med psykiska funktionshinder och som samtidigt är missbrukare, är kriminella, har en personlighetsstörning och/eller neuropsykiatriska funktionshinder uteslutits, trots att dessa personer kan ha stora behov av vård och stöd. Klienter med missbruksproblem uppges ta stor del av ombudens tid och energi. Personer med personlighetsstörningar och personer med neuropsykiatriska funktionshinder exkluderas inte bokstavligen i Meddelandebladets behovsstyrda definition. I praktiken är det dock så att vissa verksamheter tar emot dessa klienter medan andra inte gör det. De *unga vuxna* personer som kommer till verksamheterna har enligt ombuden ofta en personlighetsstörning och behöver både behandling och socialt stöd. Klienter med neuropsykiatriska funktionshinder avbryter ofta kontakten för att de inte är nöjda med den hjälp de får. Flera återkommer dock för att få stöd och hjälp när de hamnar i nya problematiska situationer.

Det är ingen tvekan om att de uppräknade grupperna kan ha ett stort behov av ombudsinsatser, bl.a. beroende på att deras situation kräver kontakt med många myndigheter samtidigt.

### Gränszoner

– *samma behov men olika diagnoser*

Att se klienten i ett helhetsperspektiv är utgångspunkt för ombudets bedömning. Det är graden av utsatthet som avgör om klienten kvalificerar sig till ombudets insatser. Kravet på diagnos finns inte, men implicit krävs att ombudet vet vad som karaktäriserar psykiska funktionshinder.

Det är helt klart (och förståeligt) att tillämpningen av definitionen inte alltid sker efter behov ute i verksamheterna. Diagnoser blandas in i tänkande och praktik när ombuden identifierar kännetecken/markörer hos de personer som ska inkluderas eller exkluderas för att "rätt" grupp individer ska få del av ombudens stöd.

En faktor som bidrar till diagnostänkandet är att patient- och klientföreningarna organiserar sig efter sjukdomsdiagnoser och kan uppleva det orättvisa i att en förenings medlemmar tas emot i en verksamhet men inte i en annan. I ombudens uppdrag ingår dock att klienten aktivt deltar i indefinieringen av sig själv i målgruppen genom att beskriva sina svårigheter och behov. Ombudet har att bedöma om klientens och den egna bilden överensstämmer. Ombuden kan ta emot klienter

från det upplevda ”gränslandet” för att de inte vill vara ytterligare en instans gentemot klienten som hänvisar vidare till någon annan.

Det hade kanske varit enklare med diagnosen som inträdesbiljett till verksamheten, men intentionen i ombudsuppdraget hade då till viss del gått förlorad. Enligt psykiatrireformen ska psykiskt långtidssjuka leva i samhället på lika villkor som andra, och kommunernas verksamhet ska enligt socialtjänstlagen utgå från ett behovs- och inte symtomperspektiv. Diagnoser är dessutom föränderliga (se ovan) och det är inte givet att alla personer med diagnosen schizofreni eller Aspbergers syndrom har behov av ombudets lotsande eller coachande insatser.

*- samma behov men olika myndigheter*

I flera av utvärderingsstudierna har man påtalat risken för personer med psykiska funktionshinder och omfattande behov av insatser att hamna mellan olika huvudmäns ansvarsområde.

”Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans syn på vilka klientproblem PO ska befatta sig med knyts till individens förutsättningar att påbörja en arbetsrehabiliteringsprocess. Det innebär att det uppdrag som respektive organisationer har inverkar på vilka problem man anser att PO ska ta sig an. En liknande logik tycks också gälla för psykiatrins representanter som i viss mån anser att PO ska prioritera de fall som man själv inte tror sig kunna göra något för.” (PO – välfärdsentreprenörer utan gränser, SoS)

Flera ombud, klienter och ledningsgrupper menar att Försäkringskassan inte tar tillräckliga initiativ till att personer med sjukersättning ska få möjlighet att komma ut igen i arbetslivet. Flera menar också att det råder brist på arbetsanpassning utifrån vad den enskilda individen orkar med.<sup>1</sup> Klienter skulle vara hjälpta till ett mer normaliserat liv genom insatser som ger struktur på tillvaron t ex genom någon form av lönearbete som i sin tur skulle kunna generera en ekonomi som ger möjlighet till en givande fritid.

Organisering av relevanta vård- och stödgivare och deras resurser har betydelse för utformningen av ombudens arbete. Därför finns det också gränsland där man tänjer på målgruppsdefinitionen. Speciellt tydligt är detta i glesbygd där det är långt till närmaste psykiatriska mottagning. På andra ställen kan målgruppen till viss del bestämmas av de resurser andra aktörer har att tillgå. Finns det t.ex. en utredningsenhet för personer med neuropsykiska/neuropsykiatriska problem eller ett case-management-team kan det betyda att vissa klienter aldrig kommer till ombudsverksamheten alternativt att de snabbt kan slussas vidare till adekvat hjälp.

Hemlöshetsombuden träffar ett stort antal personer med erfarenheter av att de olika myndigheternas ansvarsfält överlappar varandra, t.ex. mellan socialtjänst, beroendevård, somatik, psykiatri och kriminalvård. Denna överlappning kan vara lika

---

<sup>1</sup> Ett pågående samverkansprojekt, PILA-projektet, mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, har dock tydliga målsättningar uppställda för riktade insatser till individer med sjuk- och aktivitetsersättning samt långtids-sjukskrivna.

bekymmersam att hantera som när fälten gränsar till varandra. Ansvarsfrågan uppfattas som oklar i båda fallen.

### **Nationell Psykiatrisamordnings definition av psykiska funktionshinder**

I skriften "Vad är psykiskt funktionshinder?" definierar psykiatrisamordnaren psykiskt funktionshinder med förhoppningen om att den ska utgöra en användbar utgångspunkt för arbetet med den målgrupp samordnarens uppdrag avsåg, inom och mellan kommunerna, landstingen och statliga myndigheter.

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

Själva definitionen säger inget konkret om behovet av hjälp och stöd som ju är det viktiga i ombudsarbetet.<sup>2</sup> I stället ges flera illustrativa exempel som förtydligar vilka personer som avses med definitionen.

Vidare förklaras begreppen *psykiskt funktionshinder* och *psykisk störning*:

*"..... psykiskt funktionshinder hänvisar till de konsekvenser som en psykisk störning får för individen. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos individen, eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner."*

#### *Psykisk störning*

*"Grundprincipen är att alla tillstånd som diagnostiserats (eller som kunde ha diagnostiserats) som psykiska sjukdomar eller störningar kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder." NPS använder begreppet psykisk störning som samlingsbegrepp för alla tillstånd som diagnostiseras som psykiatriska. "Individens tillstånd ska kunna fylla, eller ska vid någon tidpunkt ha kunnat fylla de diagnostiska kriterierna för psykisk störning. Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med någon psykosjukdom, personlighetsstörning eller något allvarligare affektivt syndrom. Även högfungerande personer (utan utvecklingsstörning) med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk störning ingår, s k dubbeldiagnos."*

Det sägs också

*"Att psykisk störning enligt ovan ska ha förekommit eller förekommer är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för att ingå i gruppen personer med psykiskt funktionshinder."*

---

<sup>2</sup> Psykiatrisamordnaren uppdrog åt ett brukar- och anhörignätverk<sup>2</sup> att formulera en framtidsvision för vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. I rapporten "Så vill vi ha det" (2006:6) framhålls att (ombuds) "reformens personkrets bör utvidgas till att även omfatta personer med neuropsykiatriska funktionshinder och andra grupper som idag till stor del är uteslutna från möjligheten till personligt ombud.

## Förslag och konsekvenser

Ovanstående konstateranden och reflektioner utgör sammantaget ett underlag för några förslag till definition av ombudsverksamheternas målgrupp och vilka konsekvenser som följer av respektive definition.

### 1) Oförändrad definition

Personligt ombud bör erbjudas personer med psykiska funktionshinder (18 år och äldre) som

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

Personligt ombud ska vara en möjlig insats också för personer som finns på hem för vård eller boende liksom för personer med psykiska funktionshinder och missbruk (*s.k. dubbeldiagnos*).

#### *Kommentarer*

Den nuvarande definitionen upplevs av brukarorganisationer, ombud och ledningsgrupper ha stora *fördelar* därför att den utgår från behov, är vid och kan tillämpas efter de lokala förutsättningarna. Definitionen upplevs ha *nackdelar* av samma skäl, främst av presumtiva klienter/klientföreträdare. De ser oprecisiteten som orsak till att personer trots stora behov av ombudstjänster utesluts i vissa verksamheter. Detta upplevs som orättvist vilket blir tydligt när ombuden alltjämt klienterna för in diagnoser som skäl för att tilldelas ett ombud. Klienter kan hänvisa till att medlemmar i en patient/klientförening, som organiserar personer med en viss diagnos, har fått hjälp och stöd av ett ombud på en plats men inte på en annan.

Flera utvärderingar visar att det lokala utbudet av ordinarie vård och stöd för personer med psykiska funktionshinder, till stor del styr vilka som kommer till ombudsverksamheten. En väl fungerande organisering av vård och stöd för dessa personer med t.ex. case-management-team<sup>3</sup> inom psykiatrin, en utredningsenhet för

<sup>3</sup> Det finns olika versioner av case management. I den kliniska modellen (som är närmast den SoS föreslog som komplement till PO-verksamheternas arbete för personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk) ger case managern service direkt och ansvarar för alla behov, både sociala och medicinska, och är alltså en slags vårdplanerare. Ett case management-team är multiprofessionellt och har ett dygnetruntansvar. Det svenska personliga ombudet har inte medicinska uppgifter eller ansvar och skiljer sig därmed från modeller som innehar sådant ansvar. Personligt ombud har däremot en kravställande och samordnande funktion för sin klients räkning i förhållande till myndigheter. På klientens uppdrag är ombudet kravställare på andra organisationer med ansvar för stöd och service, och denna uppgift kan ingå också i case managerns uppgift. (Järkestig Berggren, 2006, s48)



bedömning av neuropsykiatriska funktionshinder, en handikappomsorg som har bra kontroll över medborgarnas behov och anpassade insatser, utbyggda dagverksamheter, en fungerande beroendevård osv. minskar behovet av ombudsinsatser för den traditionella gruppen och lämnar öppet för andra grupper att ta ombudets tjänster i bruk.

Motsatsen kan också gälla, dvs. ombuden ersätter ordinarie vård- och stödgivares utbudsbrister.

#### *Konsekvenser*

Ombudsarbetet fortsätter som tidigare utifrån lokala förutsättningar. Ombudet ska enligt definitionen ta hänsyn till funktionshindrets art och behovens komplexitet - inte diagnosen. Det är ledningsgruppernas ansvar att tydligt sätta in ombudsverksamhetens arbete i den lokala kontexten så att omgivningens förväntningar blir realistiska. Ledningsgrupperna har möjlighet att styra verksamhetens inriktning med ett visst mått av flexibilitet beroende på uppkomna situationer och behov. Särskild hänsyn ska tas till klienter som också är hemlösa eller riskerar att bli hemlösa enligt situation 2 och 3<sup>4</sup> i Socialstyrelsens kartläggning 2005. Behovet av antalet ombud kommer att öka givet en fortsatt vid tillämpning och ökad uppmärksamhet på de två nämnda hemlöshetsgrupperna.

## **2) Nuvarande definition med ändringar som enbart inkluderar den "traditionella" gruppen**

Personligt ombud *ska enbart* erbjudas personer med psykiska funktionshinder förorsakade av psykosjukdom (18 år och äldre) som

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

#### *Kommentarer*

Här avses enbart personer i de allra svåraste och mest utsatta situationerna – de med vanföreställningar, som isolerar sig, har svårigheter att fatta beslut och oförmåga att driva sina egna intressen. Farhågan är stor bland brukarorganisationer, ombud och ledningsgrupper att det finns personer med stora behov av stöd och hjälp som inte nås för att de inte är aktuella inom vårdsystemet eller är okända för att de skyr kontakten med offentliga myndigheter och organisationer.

En ambitionshöjning från samhällets och myndigheternas sida för den här gruppen efterlyses av Socialstyrelsen. Det är fråga om människor som behöver sökas upp

<sup>4</sup> Situation 2: en person som är intagen/inskriven på kriminalvårdsanstalt, behandlingsenhet eller stödboende inom socialtjänst, landsting, privat vårdgivare, HVB-hem, SIS-institution och planeras att skrivas ut inom 3 månader utan att ha någon bostad ordnad inför utskrivningen eller utflyttningen.

”Situation 3: en person är intagen/inskriven på behandlingsenhet eller stödboende inom socialtjänst, landsting, privat vårdgivare, HVB-hem SIS-institution och planeras inte att skrivas ut inom tre månader och har inte någon bostad vid ev framtida utskrivning/utflyttning.

och motiveras för att ta emot ett långvarigt och personligt anpassat stöd. Psykiatri, primärvård, socialtjänst och Försäkringskassan är självklara samarbetspartners kring dessa personer.

#### *Konsekvenser*

Denna definition innebär en avgränsning av målgruppen som gör att ombuden kommer att få säga nej till flera av de klientgrupper som idag vänder sig till ombudsverksamheterna. Ombudens insatser blir, mer än hittills, inriktade på uppsökande arbete på individnivå, en utvidgning av ombudens uppdrag. Hittills har ombuden i huvudsak spritt skriftlig och muntlig information om ombudsverksamheterna till berörda huvudmän, myndigheter och brukarorganisationer för vidarebefordran till patienter och klienter. Med ovanstående definition kommer ombuden att aktivt söka upp personer med psykiska funktionshinder på träffpunkter av olika slag, på härbärgen, i parker o.d.

Hittills gjorda erfarenheterna av arbetet med klienter som har psykiska funktionshinder som följd av en psykosjukdom och med de symptom som nämns ovan, visar att kontakttiderna blir långa bl.a. beroende på att det inledande motivations- och förtroendeskapande arbetet tar tid. Om farhågan besannas att det finns ett stort antal personer som ännu inte har ett ombud trots behov, kan detta föranleda ett ökat behov av antalet ombud. Klienterna blir färre per ombud. Arbetsbördan kan ändå öka genom att arbetet blir konstant komplicerat. Delvis förändrade arbetsmetoder krävs för att säkra professionaliteten.

Ledningsgrupperna har här en viktig roll när det gäller att förankra definitionen och dess konsekvenser hos berörda myndigheter och organisationer. Särskild hänsyn ska tas till klienter som är hemlösa enligt ovan men framför allt också enligt situation 1<sup>5</sup> i Socialstyrelsens kartläggning 2005.

### **3) Ny definition som utgår från Nationell psykiatrisamordnings förslag**

Personligt ombud bör erbjudas personer med psykiska funktionshinder (18 år och äldre)

– som har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning”. /NPS/

– och har *sammansatta* behov av vård, stöd, service och *sysselsättning* och som har behov av kontakt med socialtjänst, primärvård och/eller den specialiserade psykiatrin (*utan krav på diagnos*) och andra myndigheter.

Personligt ombud ska vara en möjlig insats också för personer som finns på hem för vård eller boende, för personer med psykiska funktionshinder och missbruk, *för personer med psykiska funktionshinder som är hemlösa samt för personer som riskerar att utveckla svåra psykiska funktionshinder.*

Se Nationell psykiatrisamordnings definition av begreppen psykiskt funktionshinder och psykisk störning på sidan 7.

<sup>5</sup> Situation 1: En person är hänvisad till akutboende, härbärke, jourboende eller till att sova ute.

#### *Kommentarer*

Att utgå från NPS' definition, som övriga verksamma inom samma arbetsfält troligen kommer att göra, skulle underlätta kommunikationen inom och mellan institutioner och myndigheter. Det kan också vara en fördel att använda begreppet "psykisk störning" eftersom det förekommer i lagtexter som rör målgruppen. Givet NPS' definition med vidhängande förklaring av vilka som inbegrips i psykisk störning gör att målgruppen beskrivs tydligare.

Ordet "sammansatta" innebär att behovet av insatser gäller flera institutioner/myndigheter samtidigt. Ordet "sysselsättning" indikerar en höjd ambitionsnivå när det gäller klienternas starkt uttryckta behov av något meningsfullt att göra på dagarna.

Ett ökande antal yngre arbetslösa personer med psykiska funktionshinder/psykisk ohälsa har observerats av flera. Personer med psykiska sjukdomar och som har beviljats sjukersättning/aktivitetsersättning är den grupp som ökar mest i Försäkringskassans statistik.

Att inkludera grupper som riskerar att utveckla svåra psykiska funktionshinder innebär att målgruppen delvis utvidgas till att omfatta ett förebyggandearbete. De angivna grupperna finns redan bland ombudens klienter i ett stort antal verksamheter. Ledningsgrupper och ombud har i dessa fall ansett att det är viktigt att ta sig an personer för att om möjligt förhindra traumatiska händelser, som kan leda till svåra psykiska problem. Ombuden blir på så sätt en länk i kedjan som kan förhindra nyrekrytering av personer med allvarliga psykiska funktionshinder och bidra till att minska den enskildes lidande och spara kostnader för samhället.

Ombudens erfarenheter tyder på att målgruppen förändrats från personer företrädesvis med diagnosen schizofreni, med erfarenheter av långa institutionsvistelser till en mera sammansatt målgrupp som lever i samhället. De är yngre, oftare föräldrar, har olika diagnoser och riskerar i högre grad att hamna i missbruk eller kriminalitet.

När definitionen tydligare inkluderar grupper enligt ovan måste betonas att dessa inte får ställas mot varandra. Den "traditionella" gruppen, som ombudsreformen ursprungligen var tänkt för (se definition 2) kräver i högre grad än andra uppsökande ombud, för att de inte ska trängas undan av grupper som har styrka nog att aktivt söka upp ombudsverksamheten för att få hjälp och stöd. Ombuden behöver särskilt värna personer i den "traditionella" gruppen.

Det åligger kommunerna i första hand att följa upp och utvärdera placeringar på HVB-institutioner, uppmärksamma placeringar i kommunala gruppboende utan inbyggd samtidig rehabilitering för de boende med detta behov o.l.

#### *Konsekvenser*

Antalet ombud kommer att behöva ökas när definitionen tydligt inkluderar personer som finns inom de angivna grupperna. I de större verksamheterna med flera ombud kan utveckling mot specialiserade ombud ske, t.ex. hemlöshetsombud, en förändring som kräver *stabil kontinuitet*, dvs. verksamheternas fortlevnad och rimliga arbetsvillkor m.m. Förebyggande arbetet ställer också krav på annan kom-

*petens* än vad verksamheter med personliga ombud normalt förfogar över. Utbildning av olika slag kommer att behövas beroende på inriktning och arbetsmetoder för befintliga ombud.

Preventionstänkandet kommer förhoppningsvis att minska omfattningen av stigmatisering och allvarlig psykisk ohälsa senare i livet. Större samhällsekonomiska vinster kan också bli fallet om egenförsörjning ersätter statliga ersättningar (aktivitets- eller sjukersättning) till den enskilde.

Ledningsgrupperna har även här en viktig roll när det gäller att förankra definitionen hos berörda myndigheter och organisationer. Särskild hänsyn ska tas till klienter som också är hemlösa enligt ovan men också enligt situation 4<sup>6</sup> i Socialstyrelsens kartläggning 2005.

### **Konklusion**

Tre förslag till målgruppsdefinition har skisserats ovan. Av dessa tre förordar Socialstyrelsen det tredje förslaget, som utgår från Nationell Psykiatrisamordningsförslag till definition av psykiskt funktionshinder. Den tredje målgruppsdefinitionen har fördelar genom att den tydligare än tidigare definition implicerar bl.a.

- vidgat fokus på daglig sysselsättning för en grupp som idag står utan sådan
- tidig intervention för att förhindra/minska stigmatisering
- hänsyn till samtliga hemlöshetsgrupper som nämns i Socialstyrelsens kartläggning.

Definitionen kan förhoppningsvis också underlätta kommunikationen inom och mellan institutioner och myndigheter som arbetar med personer med psykiska funktionshinder.

## **Implementeringen fortsätter**

### **Fördelning av verksamheter och tjänster i landet**

De senaste två åren har statsbidraget varit 89 460 000 kr (295 tjänster). För innevarande år har ytterligare 20 miljoner kr avsatts för ombudstjänster (ca 60 tjänster givet nuvarande belopp per tjänst). Både kommuner med PO-verksamheter och kommuner utan har visat starkt intresse för resp. ansökt hos länsstyrelserna om drygt 30 nya ombudstjänster. En avvaktande hållning präglar kommunerna när det gäller att ansöka om medel för de återstående tjänsterna, och detta beror till stor del på att inriktningen av verksamheternas arbete kan komma att förändras om målgruppsdefinitionen ändras.

Socialstyrelsen föreslår att lagstiftning för ombudsverksamheterna övervägs igen och att målgruppsdefinitionen och andra frågor relevanta i sammanhanget genomlysas.

---

<sup>6</sup> Situation 4: En person bor tillfälligt och utan kontrakt hos kompisar, bekanta, familj, släktingar eller har ett tillfälligt inneboende- eller andrahandskontrakt och har pga denna situation sökt hjälp.

Beslut i ärendet har fattats av generaldirektören Kjell Asplund. I den slutliga handläggningen har deltagit avdelningschefen Åsa Börjesson och enhetschefen Peter Brusén. Utredare Lena Steinholtz Ekecrantz har varit föredragande.

Enligt Socialstyrelsens beslut

Lena Steinholtz Ekecrantz