

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Socialt Arbete

Social work

Personligt ombud – en social rättighet i välfärden?

Personer med psykiska funktionshinders sociala rättigheter utifrån personliga ombuds yrkesroll och erfarenheter

Kajsa Levahn



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. **Campus Sundsvall** Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för Socialt arbete

Examinator: Masoud Kamali, Masoud.Kamali@miun.se

Handledare: Charlotte Andoh-Appiah, charlotte.andoh-appiah@miun.se

Författare: Kajsa Levahn, kale1400@student.miun.se

Utbildningsprogram: Socionomprogrammet, 210 hp

Huvudområde: Socialt arbete

Termin, år: HT, 2016

Sammanfattning

Syftet med studien är att undersöka hur sociala rättigheter beaktas i den svenska välfärdskontexten för personer som har psykiska funktionshinder genom att intervjua personliga ombud kring deras handlingsutrymme och erfarenheter i sitt arbete. Metoden för insamling av data till studien är kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Fem stycken personliga ombud intervjuades och intervjuerna analyserades med hjälp av perspektiven empowerment och social rättvisa. Utifrån intervjuerna upplevde de personliga ombuden sitt uppdrag som mycket betydelsefullt, det centrala var att kunna stödja sina klienter för mer egenmakt och kontroll i sin vardag. Den svenska välfärden är svåråtkomlig för målgruppen pga. att det är flera instanser som är inblandade och det skapar problem att kunna tillgodose de sociala rättigheterna. Resultatet visar att de sociala rättigheterna som finns för personer med psykiska funktionshinder är samma som för de utan funktionshinder men att de inte har samma möjlighet att nyttja dem. De personliga ombudens flexibla arbetssätt främjande sina klienter i en sektoriserad välfärd.

Nyckelord: Personligt ombud, psykiska funktionshinder, sociala rättigheter

Förord

Författaren skulle vilja börja med att tacka de fem personliga ombuden som medverkade i studien och delade med sig av sina erfarenheter i sitt arbete, utan er hade inte denna studie varit genomförbar. Författaren skulle också vilja tacka sin handledare Charlotte Andoh-Appiah för hennes stöd och kloka ord under arbetets gång.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND OCH PROBLEMFÖRMULERING	1
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
1.3 AVGRÄNSNINGAR.....	3
1.4 BEGREPP	3
1.5 DISPOSITION	5
2. TIDIGARE FORSKNING	7
2.1 PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER	7
2.2 PERSONLIGT OMBUD.....	9
2.3 TEORETISKA PERSPEKTIV	11
3. METOD – KVALITATIV	13
3.1 VETENSKAPLIG UTGÅNGSPUNKT	13
3.2 VAL AV METOD	13
3.3 URVALSFÖRFARANDE	14
3.4 DATAINSAMLING	14
3.5 ANALYSMETOD	15
3.6 ETIK.....	16
3.7 TILLFÖRLITLIGHET OCH GENERALISERBARHET	16
4. RESULTAT	18
4.1 BAKGRUND	18
4.2 PERSONLIGT OMBUD SOM PROFESSION	18
4.3 PERSONLIGA OMBUDS ARBETSSÄTT	20
4.4 VÄLFÄRDENS BEMÖTANDE AV PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER	22
4.5 PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDERS DELAKTIGHET.....	24
4.6 SAMMANFATTNING	25
DISKUSSION	26
5.1 RESULTATDISKUSSION	26
5.2 DISKUSSION KRING METOD OCH GENOMFÖRANDE.....	27
5.3 FRAMTIDA FORSKNING	29
REFERENSER.....	30
BILAGA 1 - INFORMATIONSBREV.....	35
BILAGA 2 - FRÅGESHEMA	36

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund och problemformulering

De insatser som finns för personer med psykiska funktionshinder har under 1900-talet genomgått stora förändringar. Fram till avinstitutionaliseringen under 1960-talet dominerade den institutionsbaserade vården (Markström, 2003). Förändringen skedde på grund av att vårdinrättningar kritiserades för långa vistelsetider för patienterna. Begrepp som normalisering och individualisering blev istället ledorden framåt (Järkestig, 2010). Under 90-talet genomfördes en psykiatrireform. Det hade tidigare konstaterats att av de svaga grupper som fanns i samhället var personer med psykisk ohälsa den grupp som hade sämst kontakt och samverkan i samhället (Knutsson & Pettersson, 1992). Statistik visar också att personer som har psykisk sjukdom dvs. personer som kan ha psykiska diagnoser och annan psykisk problematik får sämre vård och dör oftare i sjukdomar som cancer, diabetes, stroke och hjärtinfarkt (Diskrimineringsombudsmannen, 2012). Psykiatrireformens målsättning var att personer som led av psykisk ohälsa skulle ha samma möjlighet till gemenskap och delaktighet som andra (Markström, 2003).

Under de senaste decennierna har det skett en ökning av internationella policys gällande funktionsnedsättning, både inom EU och FN. Dessa dokument påverkar också den nationella agendan som nu snarare handlar om full delaktighet och jämlikhet än om människorätt. Detta innebär att policys fokuserar mer på icke-diskriminering, tillgänglighet i samhället och jämställdhet än på de allmänna mänskliga rättigheterna som handlar om allas lika värde m.m. (Tøssebro, 2016). I Sveriges diskrimineringslag (SFS 2008:567 1 kap 5 § st. 4) som skall motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter finns funktionsnedsättning med som en av de nio huvudpunkterna. Trots denna lag som skall skydda personer med olika typer av psykisk problematik, förekommer diskriminering och diskriminerande attityder till psykisk ohälsa. Det syns både inom vården, media, arbetsplatser och den privata sfären (Thorncroft, 2006). Det gör att många personer som lider av psykisk ohälsa drar sig för att ta kontakt med både myndigheter och vården samt struntar i saker för att det finns en negativ föreställning om psykisk ohälsa och därmed en förväntad diskriminering (Edin & Sandlund, 2013).

För att stärka personer med psykisk ohälsa sociala rättigheter uppkom personliga ombud under psykiatireformen. Grundtanken bakom personligt ombud kommer från Case management (CM) som är en internationell förlaga där den ledande idén är att sammanlänka den sektoriserade välfärden och stödja individen genom en nyckelperson eller ett team (Markström, 2003). De personliga ombuden skall stödja sina klienter att tillvarata sina rättigheter i samhället. De riktar sig till personer med långvarig och omfattande psykisk funktionshinder som har ett behov av särskilt stöd. Klienten står i centrum och det personliga ombudet ska fungera som ett verktyg för att stärka klientens tillit till sig själv. Genom den ökade självtilliten skall klienten få bättre inflytande över sin egen vardag. Detta kan ses utifrån ett teoretiskt perspektiv som är centralt för socialt arbete nämligen empowerment. Empowerment syftar till att som professionell stödja individer att själva få makt i sitt eget liv (Payne, 2015). Trots lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som är en rättighetslag (SFS 1993:387 1§ st. 3), har inte personkrets 3, dvs. de personer som omfattas av psykisk sjukdom, inte rätt till arbetsträning och sysselsättning som andra personkretsarna har dvs. personer som har utvecklingsstörning, autism eller personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

I 84 % av Sveriges kommuner idag finns det personliga ombud. Denna insats är frivillig, det är en fristående verksamhet som arbetar på sina klienters uppdrag och finns därmed inte i alla kommuner. Stödformen personligt ombud kan ses som en välfärdstjänst som befinner sig i ett gränsland mellan offentliga myndigheter, marknaden och civilsamhället (Lindqvist, 2012). Ingen enskild person kan heller därför överklaga om hen skulle nekas personligt ombud, enda premiss nedskrivna är att du som ansöker skall ha en omfattande och långvarigt psykisk funktionshinder (Socialstyrelsen, 2014). Detta gör att det kan ifrågasättas hur personer med psykiska sjukdomar kan få ta del av sina rättigheter som alla andra. Vilka rättigheter har dem? Trots reformen av personligt ombud, diskrimineringslagen (SFS 2008:567) och LSS (SFS 1993:387) hamnar ofta gruppen personer med psykiska sjukdomar långt ner i både politikernas och forskares prioriteringar och budgetar (Borelius, 2014). Med anledning av den tidigare nämnda diskriminering och marginalisering av personer med psykiska funktionshinder anses denna studie vara viktig, inte minst för ämnet socialt arbete

som arbetar för marginaliserade grupperns inkludering i samhället och dess sociala rättigheter, däribland personer med psykiska sjukdomar dvs psykiska funktionshinder.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur sociala rättigheter tillgodoses i den svenska välfärdskontexten för personer som har långvariga psykiska funktionshinders genom personliga ombuds handlingsutrymme och erfarenheter i sitt arbete.

1. Hur upplever personliga ombud sin profession?
2. Hur upplever personliga ombud myndigheters bemötande gentemot personer med psykisk problematik?
3. Hur upplever personliga ombud personer med psykisk problematik möjlighet att vara delaktiga i samhället?

1.3 Avgränsningar

Denna studie fokuserar på sociala rättigheter för målgruppen personer med psykiska funktionshinder utifrån personliga ombuds handlingsutrymme och erfarenheter. Därför kommer studien inte att behandla målgruppens återhämtningsprocesser (Klockmo, 2013) eller personligt ombuds implementering i glesbefolkade områden (Lindqvist, Markström & Sandlund, 2009). Däremot är deras forskningsresultat relevant för denna studie och kommer att finnas med i kapitlet tidigare forskning.

1.4 Begrepp

Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

För att kunna förklara begrepp som rör sjukdom bör det också undersökas vad som kan ses som friskt. Enligt World Health Organization (2003) är hälsa ett tillstånd som utmärks inte bara av frånvaro av sjukdom utan också av ett psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Det centralaste för den enskilda individen är hans upplevelse av att vara frisk eller sjuk. I litteratur och artiklar finns det flera symptom och tecken som kan kopplas samman med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Det kan vara allt ifrån psykos, utmattningssyndrom, ångest, självskadebeteende, substansbrukssyndrom, suicid, ätstörningar, schizofreni,

depression, bipolär sjukdom, ADHD osv (Skärsäter, 2014). Vid tillämpning av begreppet psykisk ohälsa syftar författaren till alla typer av psykisk problematik oavsett diagnos eller inte. Psykisk sjukdom syftar till de psykiska sjukdomar som leder till diagnoser.

Psykiska funktionshinder

Tidigare användes funktionshinder och funktionsnedsättning synonymt. Funktionsnedsättning definieras fortfarande som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2016). Däremot definieras funktionshinder numer som en egen term. Där funktionshinder är det som uppstår vid ett hinder i miljön. Begreppet förklaras som en "begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen" (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Sandlund (2005) är det individer som lever med konsekvenserna av psykisk sjukdom och de är allvarliga och långvariga som har psykiska funktionshinder. Enligt Blume och Sigling (2008) innebär psykiskt funktionshinder att en person har svårt att klara sig i samhället på egen hand på grund av psykisk störning. Psykisk störning nämner flera författare (Blume & Sigling, 2008 & Socialstyrelsen, 2016) men det upplevs som en term med en negativ klang och nedsättning i ordet som därför inte kommer att användas i studien. Som Grönvik, Hugemark och Söder (2016) skriver kan termer som funktionsförmåga och funktionalitet appliceras på alla människor medan funktionsnedsättnings enbart syftar till dem med en sådan. I dimensionen av funktionsförmåga har alla ett värde. Det som är skillnaden är att den kan vara större eller mindre hos olika individer (Grönvik et al, 2016). Alla de intervjuade personliga ombuden i studien menade att definitionen av begreppet långvarig psykisk funktionsnedsättning (som är den enskilda premiss som finns för att ansöka om personligt ombud) är att personen inte kan klara av sitt vardagliga liv på grund av den psykiska problematiken. Det handlar inte om att personer skall ha en diagnos utan de skall ha självupplevd psykisk problematik som varar över en längre tid. Utifrån tidigare forskning har begreppet psykiska funktionshinder valts att använda i studien. Psykiska funktionshinder kommer således i studien att syfta till personer som har en självupplevd långvarig psykisk problematik. Vid benämningen "målgrupp" i studien syftar författaren till studiens målgrupp som är personer med psykiska funktionshinder.

Personligt ombud

Det centrala i uppdraget personligt ombud är att se till att sin klient får sina önskemål, behov men också lagliga rättigheter gällande vård, stöd och service. Personligt ombud har i sitt uppdrag att tillsammans med sin klient urskilja och formulera sin klients behov. Därefter tillsammans med klienten skapa kontakt med olika huvudmän så att insatser kan planläggas, koordineras och genomföras. Ett personligt ombud skall också (om fullmakt finns) företräda sin klient i kontakt med olika instanser (Socialstyrelsen, 2000). I studien kommer författaren att skilja på ett personligt ombuds profession och arbetssätt. Personliga ombuds profession syftar till deras legitimitet, yrkesroll, kunskap och de organisatoriska ramarna kring professionen. Ett personligt ombuds arbetssätt syftar till tillvägagångssätt och hur de arbetar empiriskt.

Välfärd

Sveriges välfärd syftar i studien till de socialpolitiska insatser och system som är tagna och används idag. Det är socialförsäkringssystemet, hälso- och sjukvård, äldreomsorg och barnomsorg m.m. Studien kommer också nämna arbetsmarknadsmyndigheter och arbetsmarknadspolitiska program, även de kommer att syfta på välfärd (Fritzell, Gähler & Neramo, 2007).

Avinstitutionalisering

Ses som den viljeinriktning som präglade svensk socialpolitik under 1900-talets slut. Det handlar om förändringar i både stöd, service och vård till personer med psykiska funktionshinder. I grunden handlade det om att få personer från mentalsjukhus ut i samhället (Markström, 2003). Foldemo (2014) menar att det är ett förändrat synsätt på psykiska problem som utmynnade i alternativ till den institutionsvård som tidigare bedrivits. Det skedde en omorganisering kring öppenvård och slutenvård, nya professioner tillkom inom den psykiatriska vården samt att mentalsjukhus avvecklades.

1.5 Disposition

Denna studie har inletts med en inledning och problemformulering, där författaren ger en inblick i vad studien har för fokus samt åskådliggör psykiska funktionshinder som fenomen

och hur den tidigare psykiatriska vården sett ut. Sedan redogörs frågeställningar och syfte. Det följs av avsnittet avgränsningar och där presenteras forskning som berör ämnet personligt ombud och psykiska funktionshinder men utifrån perspektiv som inte har inkluderats i studien. Därefter förklaras studiens centrala begrepp. I nästa kapitel presenteras den tidigare forskning som finns inom området psykisk ohälsa, psykiska funktionshinder och personligt ombud. Det följs av en beskrivning av de teoretiska perspektiv som författaren valt att använda i studien vilket är empowerment och social rättvisa. Det tredje kapitlet, innehåller en beskrivning av den valda metoden som är kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Därefter presenteras urvalsförfarandet, analysmetod och etiska aspekter. I fjärde kapitlet redogörs studiens resultat där empirin presenteras och analyseras med hjälp av de teoretiska perspektiven. Studien avslutas med en diskussion där arbetet summeras samt reflektion kring studiens genomförande.

2. TIDIGARE FORSKNING

2.1 Personer med psykiska funktionshinder

Omstruktureringen (avinstitutionalisering) gällande den psykiatriska vården i Sverige mot mer öppna och samhällsbaserade former av vård har gjort att intresset ökat kring attityder till psykisk ohälsa bland forskare. Den mesta forskning som gjorts har handlat om psykisk ohälsa i allmänhet, den är därför inte enbart inriktad emot personer som har psykiska funktionshinder dvs. personer som kan ha psykiska diagnoser eller andra varaktiga psykiska problem. Flera forskare har konstaterat att det fortfarande finns negativa attityder till psykisk ohälsa i samhället (Björkman, 2005; Edin & Backlund, 2013; Thornicroft, 2006). Björkman (2005) menar att det är flera faktorer som samverkar till stigmatisering av personer som har psykiska sjukdomar. En faktor är att det finns felaktiga föreställningar om att personer som har psykisk sjukdom är "farliga", "opålitliga" och därför inte kan tas på allvar. Även massmedia spelar en viktig roll. Det har varit stora rubriker kring farliga våldspersoner som funnits inom rättspsykiatri (Björkman, 2005). Samtidigt hävdar både Edin och Backlund (2013) samt Björkman (2005) att en del av den existerande stigmatisering som finns kring psykisk ohälsa också kommer ifrån personerna som lider av den. Dels förväntar sig vissa att bli diskriminerade vid olika kontakter och till följd av det väljer att själva avskärma sig (Edin & Backlund, 2013). Många har också svårt att både skapa samt vidmakthålla sociala kontakter (Björkman, 2005). Lindqvist (2016) menar att stigmatisering av funktionshinder sker på olika nivåer. Det sker dels på en strukturell nivå där det syftar till ofullständig tillgänglighet och institutionella barriärer (välfärdens otillgänglighet och sektorisering). På gruppnivå är det en fråga om interaktionen mellan välfärden och personer. På individnivå är det en fråga om personliga erfarenheter kring diskriminering kopplat till sitt funktionshinder.

Järkestig (2010) och Tøssebro (2016) menar att inom socialpolitiken har det skett en avgörande förändring i och med avinstitutionaliseringen. Tidigare sågs personer med psykiska sjukdomar som en heterogen grupp som behövdes hospitaliseras. Synen ändrades till mer individualisering, vilket kan ses ur två aspekter. Den första aspekten är hur brukarorganisationer var drivande i frågor som handlar om självständighet och självbestämmanderätt. Den andra aspekten är den nyliberala politiken med dess tillhörande

filosofier om New public management som har påverkat diskursen (Tøssebro, 2016). New public management syftar till att införa marknadsidéer och effektivisera offentliga myndigheter (Järkestig, 2010). Vilket kan ses som två typer av pådrivande krafter men som har liknande agenda. En grundläggande del i avinstitutionaliseringen har varit att minska och helst lämna den slutna vården och istället utveckla samhällsbaserade vårdalternativ (Markström, 2003). Markström (2003) menar att avinstitutionalisering dels avser den statistik som visar på minskning av vårdplatser på mentalsjukhus men också en ny vårdideologi som vill betona självständighet och välfärd för individen samt en strävan efter att avdramatisera psykisk ohälsa och göra det mer synligt. Normaliseringsprincipen är ett centralt begrepp inom den utveckling som skett av vård för personer med psykiska sjukdomar. Nirje (2003) formulerade normaliseringsprincipen under 1960-talet. Principen syftar till att funktionshindrades livsvillkor och vardagsliv skall bli så nära det "normala" som möjligt (Nirje, 2003). Samtidigt menar Lindqvist (2012) att en individualiserad praktik kan innebära problem, eftersom allas behov prövas individuellt. Detta leder till att personer som har komplexa behov behöver söka hjälp från flera instanser inom välfärdssektorn (Lindqvist, 2012). Lindqvist, Markström och Rosenberg (2014) menar att avinstitutionaliseringen inneburit en del missöden för personer med psykiska nedsättningar. Bland annat i form av missbruk, kriminalitet och hemlöshet. En del av dessa problem kan knytas till en minskad tillgång till psykiatrisk vård men också en bristande förmåga hos samhället att identifiera och fånga upp den enskildes behov (Lindqvist et al., 2014).

Det socialpsykiatriska fältet och dess institutionella miljöer som personer med psykiska funktionsnedsättningar rör sig inom är många i välfärden. Tabellen nedan, inspirerad av Lindqvist (2012), ter det sig inte helt praktisk för personer som har sammansatta behov. Det är dessutom flertalet lagar och regler som berör denna grupp (Lindqvist, 2012).

Det socialpsykiatriska fältet och dess institutionella miljöer				
Organisation	Psykiatrin	Arbetsmarknadsmyndigheter	Försäkringskassan	Socialtjänst
Regler & Lagar	Hälso- och sjukvårdslagen	Arbetsmarknads-kungörelsen	Lagen om allmän försäkring	Socialtjänstlagen (SoL) och LSS

Det är alltså både kommun, landsting och stat som kommer i kontakt med personerna ifråga. Allmänt sett har det skett en förskjutning av ansvar emot kommunerna. Staten är den instans som utformar policys och mål (Lindqvist et al., 2014). Kommuner har ansvar för stöd, service, boende men också sysselsättning. Tittar vi i rättighetslagen LSS (SFS 1993:387 § 1) är det personkrets tre som inte omfattas av rätten till sysselsättning som de andra personkretsarna gör i samma lag. Personkrets tre innefattar personer med psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande. Personkrets ett och två innefattar personer som har utvecklingsstörning, autism eller personer med betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (LSS, 1993:387). Däremot i SoL (2001:453, 5 kap § 7) som är en ramlag vilket betyder att kommuner har fritt tolkningsutrymme för det som står i lagen står det att socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning. Trots ramlag om sysselsättning är det gruppen personer med psykiska funktionshinder som har lägst sysselsättningsgrad av personer med funktionsnedsättningar. Gruppen är också svagt representerad i arbetsmarknadspolitiska program (Lindqvist, 2012).

2.2 Personligt ombud

Personligt ombud har en internationell förlaga som heter Case Management (CM). Vilket innebär att personligt ombud i svensk kontext har influerats av CM. Definitionen av begreppet CM handlar om att koordinera samhällsstöd för den enskilde. På internationell nivå utvecklades CM med inflytande från new public management (NPM), där syftet är att organisera den offentliga sektorn effektivare enligt marknadsmässiga metoder (Järkestig, 2010). CM:s ambition är att utjämna den sektorisering som finns inom vård- och stödsystem genom att stödja individen. Detta sker via en nyckelperson eller ett team som står för kontinuitet, koordinering, tillgänglighet, flexibilitet och personlig planering (Markström, 2003). Enligt Markström (2003) är grundtanken med CM att anpassa insatserna efter den enskilde och inte omvänt. Under psykiatriutredningen i Sverige hämtades idéer för personligt ombud ifrån CM. Detta arbetssätt anammades och översattes till den svenska välfärdskontexten. I slutbetänkandet (SOU 1991:88) av utredningen togs det fasta vid att brukarorganisationer efterfrågade att personligt ombud skulle skrivas in i rättighetslagen LSS (SFS 1993:387). Insatsen personligt ombud skrevs däremot inte in i lagen men efter

psykiatriutredningen startades det tio försöksverksamheter med personligt ombud runt om i Sverige. En permanent etablering av personliga ombud med statligt stöd till kommunerna skedde efter en utvärdering gjord av Socialstyrelsen 1999 (Järkestig, 2010).

Enligt Järkestig (2010) är personligt ombud ett yrke eftersom arbetet omfattas av arbetsrättsliga förhållanden. Däremot har yrket en relativt låg grad när det kommer till yrkesmässighet vilket hör ihop med att det inte finns någon yrkesexamen som personligt ombud. I det socialpsykiatriska fältet som de personliga ombud rör sig inom träffar de ofta aktörer med en högre yrkesmässighet. Gentemot dessa aktörer skall det personliga ombudet föra sin klients frågor. Eftersom det personliga ombudet inte har en kunskapsbas skapas en svag legitimering i förhållande till andra professionella. Legitimitet får personligt ombud från brukarorganisationer samt socialstyrelsen (Järkestig, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2014) är det 41 procent av ombuden som har vårdutbildning som mentalskötare, undersköterska eller sjuksköterska men många har också annan akademisk utbildning inom exempelvis beteendevetenskap och samhällskunskap. 15 % av de personliga ombuden har en socionomexamen (Socialstyrelsen, 2014). Således ger olika utbildningar tillträde till yrket personligt ombud. Enligt Järkestig (2010) lever därför inte personligt ombud upp till det karakteristiska som anses känneteckna en profession. Ett personligt ombud granskar en professionells inom välfärdens handlingsutrymme dvs. begär öppning av nytt ärende eller omprövning tex. Individualiseringsprincipen är följaktligen en viktig aspekt i yrket personligt ombud. Personligt ombud påverkar andra professionellas handlingsfrihet genom att få en insyn i hur klientens ärende hanteras. Vid möten med professionella i välfärden (ofta socionomer) ställs på det sättet individualiseringsprincipen mot likabehandlingsprincipen (Järkestig, 2010). Verksamheten personligt ombud kan drivas på flera olika sätt, och kan ha både kommun, stiftelser, ideella organisationer eller kooperativ som arbetsgivare (Lindqvist, 2012). Ett personligt ombud har som uppdrag dels att stödja och tillförsäkra klienten sina rättigheter. Huvuduppgiften består i att urskilja och formulera behov hos klienten. Lindqvist, Markström och Sandlund (2009) menar att personligt ombuds speciellt i glesbygd har en stor frihet att utforma sina insatser och i praktiken betyder det att de gör en del avtramp ifrån statens uppsatta villkor. De personliga ombuden utvecklas där till en typ av "välfärdsentreprenörer" enligt Lindqvist, et al (2009). Det kan vara både stöd, vård och service. Klockmo (2013) menar att de personliga ombudens har en central roll i

återhämtningsprocessen för personer som har psykiska funktionshinder. Där det personliga ombudet visade sig använda ett arbetssätt som sätter klienten i en aktiv roll gällande förändring, där klienten är delaktig i varje del av den processen (Klockmo, 2013). Samtidigt har det personliga ombudet ett nationellt uppdrag som består i att identifiera "systemfel" på en strukturell nivå inom välfärden som rör sin klientgrupp och rapportera om dessa (Socialstyrelsen, 2014). Systemfel innebär att identifiera de strukturella problem och hinder de kan komma att ställas inför i sitt arbete i kontakt med myndigheter och vård tillsammans med sina klienter (Järkestig, 2010).

2.3 Teoretiska perspektiv

Det sociala arbetet är en tvärvetenskaplig disciplin där huvudsyftet är att styrka mänskliga rättigheter och social rättvisa. Den globala definitionen av socialt arbete tar bland annat upp vikten av skydd och stöd för utsatta, empowerment och frigörelse av människors resurser. (IFSW, IASSW & ICSW, 2012). Funktionshinder som fenomen är mångfacetterat och därav finns det flera perspektiv och definitioner att använda sig av. De perspektiv som valts till studien skildrar alla på något sätt ojämlikhet, makt, empowerment och social rättvisa. Lindqvist (2016) menar att synen på funktionshinder varierar över tid och en persons funktionsförmåga är också varierande. Det motiverar till ett mångfaldsperspektiv (Lindqvist, 2016). De teoretiska perspektiv som valdes till studien gjordes med hänvisning till att de är centrala för det sociala arbetet samt möjliggör ett brett perspektiv för en stigmatiserad grupp som är personer med psykiska funktionshinder.

Personer som lider av psykisk ohälsa är en utsatt grupp som mår dåligt och har på grund av sjukdomsbilden svårt att ta sig fram i samhället. De personliga ombuden för således en grupps talan både individuellt direkt kopplat till sina klienter men också organisatoriskt och strukturellt eftersom de även rapporterar systemfel. Sverige har ratificerat konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar (Utrikesdepartementet, 2006). Konventionens syfte är att mildra konsekvenserna av funktionshinder som social skiktningssprincip dvs den systematiska ojämlikhet som finns mellan olika grupper i samhället (Lindqvist, 2016). Personliga ombud huvudsakliga uppdrag handlar om företrädarskap och empowerment. Enligt Payne (2015) är empowerment och företrädarskap en praktik av sociala demokratiska former. Det gör att uppdraget personligt ombud har en inriktning mot

social rättvisa. Empowerment avser att hjälpa klienter att kunna fatta egna beslut och kunna agera utifrån besluten. Det är också att öka klienternas självförtroende och förmåga att använda sin egen makt. Empowerment kommer ifrån en socialdemokratisk praktik där syftet är att stödja människor för att de skall kunna bemästra olika hinder gällande livsvillkor och tillgången till sociala tjänster. Empowerment har flera samband med både kritiska, feministiska och antidiskriminerande teorier (Payne, 2015). Social rättvisa är således ett centralt begrepp och teori för att kunna belysa psykiska funktionshinder och dess målgrupps stigmatisering. Enligt Carr, Bhagwat, Miller och Ponce (2014) syftar social rättvisa till rättvisfördelning av resurser, självbestämmande, lika engagemang för alla i samhället men också fysisk och psykisk säkerhet för alla människor. Begreppet betonar även rättvisa särskilt för marginaliserade grupper som inte har samma makt i samhället på grund av sin fysiska eller psykiska förmåga. Historiskt sett har personer med psykisk problematik var en stigmatiserad grupp som har fått uppleva marginalisering, maktlöshet och ojämlikhet. Med hänvisning till den bakgrunden har social rättvisa ett viktigt värde för målgruppen (Carr et. al, 2014).

3. METOD – Kvalitativ

3.1 Vetenskaplig utgångspunkt

Utifrån det syfte och frågeställningar studien har valdes en kvalitativ forskningsansats. Enligt Alvesson & Skölberg (2008) är en utmärkande egenskap för kvalitativa metoder att de som utgångspunkt har studiesubjektens perspektiv. Det är tolkning och förståelse som är centrala verktyg i den kvalitativa metoden som kommer ifrån hermeneutiken. En central sak är att innebörden i en del endast kan förstås om det sätts ihop med helheten (Alvesson & Sköldberg, 2008). Kopplat till studien syfte som handlar om sociala rättigheter, psykiska funktionshinder och personliga ombud handlar studien om människor och hur de personerna tolkar och värderar deras sociala verklighet. Därav är tolkning och förståelse centrala verktyg för studien. Studien är induktiv, vilket innebär att slutsatser kommer ifrån erfarenheter. Teorin utvecklas som följd av de resultat som kommer av studien (Bryman, 2011).

Studien har en ontologisk ståndpunkt som betyder att egenskaper hos människor är något som skapas i samspel mellan dem och inte något som "är" (Bryman, 2011). Alvesson & Skölberg (2008) menar att det som är avgörande för god samhällsvetenskap är inte metodik utan ontologi och epistemologi. Särskilt i kvalitativ forskning där den synliggör mångtydigheten kring både tolkning och hur forskaren konstruerar det som beforskas. Att se människan som unik betyder också att forskaren som individ sätts i centrum (Widerberg, 2011). Vilket kräver kritisk reflektion i alla delar i forskningsprocessen kring både det insamlade empiriska materialet men också forskarens egna roll i tolkningen av data.

3.2 Val av metod

Widerberg (2011) menar att frågan men också svaret är förenat med den metod som valts i en studie. Utifrån de ställda frågorna i studien valdes kvalitativa semistrukturerade intervjuer som insamlingsmetod av data. Dels på grund av att studiens frågeställningar söker svar på de personliga ombudens erfarenheter, upplevelser samt tolkning kring deras profession och hur de uppfattar deras klienters sociala situation. Den kvalitativa intervjun valdes också på grund av att den kvantitativa metoden har en positivistisk prägel, som har benägenhet för att svara på frågor som i vilket utsträckning saker och ting sker i en mer eller

mindre statisk bild av vår sociala verklighet. Den kvalitativa metoden söker efter ett djup på grund av möjligheten att kunna ställa följdfrågor vilket gör att en kvantitativ metod inte är lämplig för denna studie (Bryman, 2011).

I enlighet med den semistrukturerade intervjun utformade författaren ett frågeschema (se bilaga 2) över specifika teman som kopplades direkt till syfte och frågeställningar. Som resulterade i tre teman - profession, delaktig, sociala rättigheter men också inledning samt avslutning. I samband med utformningen av frågorna skaffade sig också författaren en ämneskunskap igenom att studera relevant forskning och litteratur på området. Detta på grund av att intervjuaren behöver vara bekant med temat för att kunna ställa relevanta följdfrågor (Brinkman & Kvale, 2009). Frågorna som ställdes var öppet ställda så att informanterna skulle ha utrymme att själva reflektera över temat i frågan. Eftersom frågorna är öppna gör det att intervjuaren kan ställa olika följdfrågor beroende vad informanten svarar. Det gör intervjuförloppet mer flexibelt (Bryman, 2011).

3.3 Urvalsförfarande

Målinriktat urval valdes till studien. Den samplingsteknik är enligt Bryman (2011) av ett metodiskt slag, där forskaren försöker frambringa en överrensstämmelse mellan frågeställningar och urval. Urvalet kommer alltså från forskarens egna förförståelse om vilka personer som kan kopplas samman med problemformuleringen (Bryman, 2011). Därför har studiens författare valt informanter kopplade till studiens frågeställningar och syfte dvs. professionella som arbetar som personliga ombud. De personliga ombuden skall också vara verksamma inom samma geografiska område. Den geografiska avgränsningen har som syfte att de personer som tillfrågas skall ha liknande förutsättningar när det gäller kommunernas invånarantal och tillgång till myndigheter samt vård. Som Bryman (2011) påtalar är det svårt att i förhand veta hur många intervjuer som behöver genomföras för att ge studien teoretisk mättnad. Till hänvisning av studiens tidsbegränsningar och författarens arbetsbelastning blev antalet informanter fem stycken.

3.4 Datainsamling

I studiens börjans skickades det ut ett informationsbrev (se bilaga 1) till samtliga informanter via mail, där framgick studiens syfte samt information om studien. Därefter tog författaren

kontakt med samtliga personliga ombud via telefon för att boka in tid för intervju om de inte hunnit komma med förslag på tid via mail. Samtidigt hämtades relevant litteratur och forskning för studien fram. Författaren använde olika sökord för att kunna söka efter data. Sökord som användes var: Personligt ombud, psykiska funktionshinder, avinstitutionalisering, deinstitutionalisation, välfärd, case management, discrimination, social justice, mental illness och psykiska ohälsa. Den valda forskningen och litteratur hittades via PROQUEST Social Sciences samt via Biblioteket. Innan varje intervju fick informanterna skriva på en samtyckesblankett som hade utformats utifrån de etiska forskningsprinciperna och deltagarens rättigheter förklarades. Samtliga intervjuer hölls på informanternas arbetsplats detta på grund av informanternas arbetsbelastning inte skulle påverkas nämnvärt. Intervjuerna tog mellan 20-80 minuter och allt spelades in med hjälp av en diktafon och transkriberades sedan. Efter den första genomförda intervjun reflekterade författaren över hur frågorna hade besvarats utifrån syfte och frågeställningar, inga ändringar gjordes. Endast en intervju per dag genomfördes för att det skulle finnas tid för reflektion efter alla intervjuer.

3.5 Analysmetod

För att analysera det insamlade empiriska materialet valdes innehållsanalys. Enligt Bryman (2011) är kvalitativ innehållsanalys ett tillvägagångssätt för att söka efter centrala teman i data. Det är informanternas uttalanden som analysens fokus ligger på. För att ge studien en bra innebörd görs innehållsanalysen med hjälp av en manifest analys. Den manifesta innehållet beskriver vad som faktiskt informanterna har sagt (Graneheim - Hällgren & Lundman, 2012). Det transkriberade underlaget studerades noggrant. En reflektion gjordes utifrån frågeställningar och syfte kring teman som upplevdes som betydelsefulla för arbetet. För att kunna hantera materialet valdes meningsbärande delar ut som var både ord, stycken och meningar. Det som nu urskildes var flera kategorier. Kategorierna var personliga ombuds uppdrag, resurser, kunskap, betydelse för personer med psykiska funktionshinder men också personer med psykiska funktionshinderns rättigheter, delaktig och integrering i samhället. De kategorier delades sen in under respektive tema som valdes för analys. Utifrån innehållet i det empiriska materialet gjordes ett övervägande och det resulterade i fyra stycken centrala teman. De centrala teman grundades på studiens syfte och frågeställningar för att senare kunna sammanväva dem med det intersektionella perspektivet kring maktstrukturer i samhället. De teman namngavs efter vad deras innehåll representerade och skrevs i ordning

som också följde syfte för att kunna understödja förståelsen och den röda tråden i studien. De fyra teman som valdes var personliga ombuds profession, personliga ombuds arbetssätt, välfärdens bemötande av personer med psykiska funktionshinder samt personer med psykiska funktionshinderns delaktighet. Studiens utgångspunkt är att ta reda på hur de sociala rättigheterna för personer med psykiska funktionshinder ser ut samt personliga ombuds handlingsutrymme och erfarenhet i arbetet med dem. Därför är de teman som kommer att analyseras utifrån empirin professionsroll, arbetssätt, bemötande och delaktighet. Citaten som valdes att ha med i studiens resultatdel påvisar och styrker likheter och skillnader mellan tidigare forskning och empiri inom de olika temaområdena. Citaten har också valts ut för att på bästa sätt belysa informanternas erfarenheter.

3.6 Etik

Inom samhällsvetenskapen finns det grundläggande etiska forskningsprinciper. De innefattar att deltagaren informeras om att det är frivilligt att delta, att deras integritet skyddas men också att alla uppgifter behandlas konfidentiellt (Bryman, 2011). Studien uppfyllde informationskravet genom att alla informanter fick skriva på en samtyckesblankett. På blanketten framgick de etiska forskningsprinciperna och deltagarens rättigheter i enlighet med principerna förklarades också (se bilaga). Alla deltagare erbjöds kopior av dessa blanketter eftersom studiens författare ansåg det viktigt att de skulle ha dem till hands under studiens gång, samtliga avböjde. Intervjuerna kodades för att uppnå anonymitet. Författaren valde bort vissa citat och meningar från det transkriberade materialet eftersom de skulle kunnat gå att avläsa vem som sagt det. Detta gjordes för att säkra anonymiteten och för att informanternas arbetssituation inte skulle påverkas. Samtliga transkriberingar kommer att förstöras efter studiens slut.

3.7 Tillförlitlighet och generaliserbarhet

En direkt tillämpning av reliabilitet och validitet i kvalitativa studier är svår på grund av att det förutsätter att det går att komma fram till ett enda absolut resultat och en definitiv bild av den sociala verkligheten (Bryman, 2011). Däremot går det att prata i termer om tillförlitlighet och en viss typ av generaliserbarhet. För att få en hög tillförlitlighet i studien redogörs alla faser av forskningsprocessen noggrant. Studiens författare har utformat frågeschemat på ett sådant sätt att den skall ge genomgående beskrivningar på de

personliga ombudens upplevelser och erfarenheter (Bryman, 2011). Samtidigt menar Widerberg (2002) att en allt för stor vikt vid reliabilitet dvs tillförlitligheten i en studie kan kväva intervjun på dess rikedom i variation och kreativitet. Validitet dvs att man mäter det man vill mäta i en studie är enligt Widerberg (2002) något som genomsyrar hela forskningsprocessen och behandlar inte enbart slutprodukten där forskarens roll är att ständigt tolka, ifrågasätta och granska resultaten. Studiens författare har ifrågasatt och reflekterat över alla val i forskningsprocessen för att ge studien hög tillförlitlighet. Det som avgör en kvalitativ studies generaliserbarhet handlar inte om hur väl undersökningen går att reproducera i en annan miljö utan hur väl det genomförts teoretiskt (Bryman, 2011). Därför har studiens författare under analysarbetet studerat det empiriska materialet utifrån de teoretiska utgångspunkter intersektionalitet, sociala rättigheter och personligt ombuds handlingsutrymme.

4. RESULTAT

4.1 Bakgrund

Syftet med studien är att undersöka hur sociala rättigheter tillgodoses i den svenska välfärdskontexten för personer som har psykiska funktionshinder genom personliga ombuds handlingsutrymme och upplevelser i sitt arbete. För att kunna analysera det empiriska materialet kommer författaren att använda sig av teoretiska begrepp som empowerment och social rättvisa. Från tidigare forskning används flera centrala begrepp som legitimitet, case management (CM), rättigheter och negativa attityder för att belysa personliga ombud som profession och målgruppens utsatthet.

Verksamheten personligt ombud har i det undersökta länet funnits sedan 2002. Sedan dess har det ändrat verksamhetsuppbyggnad och arbetsgivare. Tidigare var alla kommunerna i undersökningslänet delaktiga i verksamheten, men efter en omorganisation är det nu fyra stycken kommuner som har kvar verksamheten och en kommun som har arbetsgivaransvar över de personliga ombuden som arbetar. Verksamheten personligt ombud finansieras av statligt stöd vilket är oförändrat sedan verksamheten startade. Ett fåtal av de personliga ombuden som intervjuades var tämligen nya på arbetet och svarade också utifrån den erfarenhet de hunnit få under sin arbetstid. Samtliga personliga ombud har olika erfarenhet och bakgrund. Flera av informanterna hade en tidigare utbildning - behandlingspedagog, undersköterska med inriktning psykiatri samt rehabilitering. Det fanns också erfarenhet av att tidigare arbeta med människor inom arbetsgruppen bland annat inom LSS.

4.2 Personligt ombud som profession

De personliga ombudens uppdrag handlar om att stödja sina klienter och koordinera olika typer av insatser för dem. Den sfär som ett personligt ombud rör sig inom är väldigt nära och likt det sociala arbetets praktik. Dels arbetar personliga ombud hela tiden inom välfärdskontexten samt med en utsatt och stigmatiserad grupp. De lagar som berör klientgruppen är bland annat både rättighetslagar (LSS) och ramlag (SoL), vilket betyder att det handlar om hur väl klientens behov kan uttryckas för myndigheter och vilka insatser eller vilken service som beslutas utifrån det. Alla informanter upplevde sitt uppdrag som fritt och såg det som något positivt. En informant beskriver hur de utövar sitt yrke:

”Just för att vi inte har någon som styr oss utan vi kan agera ganska fritt och vi kommer heller inte med några beslut. Utan vi är den som står på personens sida och det tror jag de uppfattar som, att de tycker det är skönt och lugnande. Att man kan vara ett stöd i det.”

Citatet ovan beskriver personligt ombud som ett flexibelt yrke och att det är en fördel för klienten. Informanten lägger vikt vid att de arbetar på den enskildes uppdrag, att de står på deras sida, vilket gör att klienternas röster blir hörda och att deras sociala rättigheter därmed stärks med hjälp av denna yrkesroll. Däremot fattar inte personliga ombud några beslut vilket också Järkestig (2010) tar upp och tillägger att de inte heller har dokumentationsplikt. Detta kan påverka de personliga ombudens legitimitet (Klockmo, 2013). Samtidigt är det detta i deras profession som är till stor fördel för deras klienter eftersom det skapar en annan typ av relation och förtroende mellan klient och personligt ombud. Detta betyder att det är gynnsamt för klienterna men samtidigt skapar det en svag professionsroll.

Personliga ombud har ingen huvudman vilket innebär att de arbetar utifrån en fristående position på uppdrag för sina klienter, men de har en arbetsgivare vilket en informant menar kan vara ett hinder för deras yrkeskår:

”Potentiellt så tror jag att det är oerhört lätt att bli bortglömd, och det ser jag som ett hinder... Och det viktiga är att hålla de personliga ombuden uppdaterade ackjor på ganska bredd front i och med att vi möter många. Ett hinder är ju verkligen att det här med att inte inkluderas tror jag. Men om man är medveten kan det snarare vara en möjlighet men det kan också vara ett hinder.”

Detta uttalande syftar till ambivalensen i att vara en fristående verksamhet dvs inte ha en huvudman där du arbetar individuellt med dina klienter samtidigt som du också befinner dig i en väldfärdscontext med många möten med olika organisationer. Eftersom inte alla professionella i välfärden känner till verksamheten personligt ombud kan det också skapa en känsla av att inte vara inkluderade, delaktiga eller att tillhöra en profession. Detta kan förstärkas av, som Järkestig (2010) nämner, att det inte heller finns någon utbildning som

leder till personligt ombud vilket gör att professionens gränser är otydliga. Samtidigt är det just detta, flexibiliteten, som ger en möjlighet för personliga ombud att lättare kunna agera utifrån sina klienters behov. Enligt Järkestig (2010) finns det även få organisatoriska ramar runt personligt ombud vilket ger en organisatorisk transparens. Den organisatoriska transparensen uppkommer dels när personliga ombuden befinner sig en kontext där de skall granska andras professionella beslut och ibland gå emot dem. Det betyder att de granskar en professionells handlingsutrymme dvs. begär öppning av nytt ärende eller omprövning tex. individualiseringsprincipen är följaktligen en central aspekt i professionen personligt ombud. Personligt ombud påverkar andra professionellas handlingsfrihet genom att få en insyn i hur klientens ärende hanteras. Vid möten med professionella i välfärden (ofta socionomer) ställs således individualiseringsprincipen mot likabehandlingsprincipen (Järkestig, 2010). Personligt ombuds frihet att utforma insatserna främjar klienterna och skapar empowerment (Lindqvist, et al, 2009). Empowerment är en väsentlig princip som bör användas till fördel eftersom begreppet syftar till att använda sig av klientens egen kunskap och eftersträvar också till ömsesidighet. Makt är en central del i empowerment, men det är viktigt att se den som något positivt och hjälpa sin klient att hantera sin livssituation. Det är centralt att inte hamna i en position där ombudet inte tar hänsyn till klientens egen bedömning. Då drar sig handlingen mer mot ett paternalistiskt förhållningssätt (Payne, 2015). Personligt ombuds få organisatoriska ramar kring sig är samtidigt också en fördel som leder till än mer fokus på klientens behov.

4.3 Personliga ombuds arbetssätt

Arbetssättet de personliga ombuden använder sig av utgår i stort utifrån klientens behov som tidigare nämnts. De personliga ombuden träffar sin klient på ett första möte där de går igenom situationen och benar ut vad klienten kan ansöka om eller vad som behövs koordineras. Det kan det handla om försörjning, olika stödinsatser, boende m.m. Markström (2003) menar att den bärande tanken med CM, som personligt ombud utgår ifrån, är att anpassa insatserna efter individen och inte tvärtom. En informant beskriver sitt arbetssätt på följande sätt:

”Man får också försöka vara flexibel, det kan vara lite tjuvigt ibland men det är ju också det som ger framgång”.

Citatet beskriver att det kan vara problematiskt att skapa en förändringsprocess och goda framsteg hos sina klienter. Det krävs således ett tålamod och följsamhet hos det personliga ombudet för att nå en framgång i sitt arbetssätt. Lindqvist, et al (2009) menar att de personliga ombuden utformar insatserna efter sina klienter. Detta tyder på handlingsutrymmet är begränsat men att de personliga ombuden är kreativa och går utanför ramarna i sitt arbetssätt. Markström (2003) talar om vikten av att en nyckelperson dvs. ett personligt ombud skall stå för flexibilitet, tillgänglighet, kontinuitet och personlig planering. Detta stöder informantens uttalande, däremot kan svårigheterna att nå målgruppen finnas i att de har svårt för sociala kontakter. Därför är det viktigt att det personliga ombudet är följsam och inte utnyttjar sin maktposition. En fördel som informanterna talar om är att de arbetar utifrån sin klients önsknings och behov på ett annat sätt än vad professionella i välfärden gör. Följande informant beskriver denna fördel så här:

”Alla människor främjas genom att möta någon som inte har till uppdrag att försöka fösa dig någonstans eller att på något sätt komma med lösningar hela tiden utan kanske lyssna och komma med idéer utifrån att man har någonstans en större helhetsbild än den man pratar med. Det finns olika alternativ, vad väljer du? Att man hela tiden återkopplar, det främjar hela tiden tänker jag.”

Citatet ovan ger exempel på hur personliga ombud arbetar med att anpassa insatserna efter individen genom att visa på vilka alternativ som finns istället för att fösa individen till en speciell aktivitet. Ett maktperspektiv gentemot klienten kan också skönjas där det personliga ombudet sitter med mer kunskap, en helhet av vilka möjligheter som finns, jämfört med klienten.

Alla de fem personliga ombuden arbetar individuellt med sina klienter vilket gör att deras arbetssätt kan skilja sig åt lite från person till person. Att de alla har olika utbildning och erfarenhet inom området kan också påverka deras arbetssätt. Den individualiserade praktik som existerar för målgruppen personer med psykiska funktionshinder menar Lindqvist (2012) kan leda till problem när allas behov prövas individuellt. Deras komplexa behov kan leda till att hjälp från flera håll behövs för att kunna få sina behov tillgodosedda (Lindqvist,

2012), vilket i praktiken innebär väldigt mycket möten för den enskilde att gå på. Sektoriserade välfärdstjänster innebär för personer med psykiska funktionshinder ett behov av personliga ombuds arbetsätt vilket följande citat visar:

”Svårigheter för dom här personerna är att komma till rätt ställe när dem söker hjälp... Framför allt så är det svårt att veta för dem här personerna vad jag har för rättigheter, och få tag på rätt information. Och det blir tokigt när det är så många instanser, och olika bud från olika ställen.”

Citatet visar att de personer som sökte sig till personligt ombud hade svårt att ha kontroll över sin situation och inte alltid vet vart de skall vända sig inom välfärdssektorn. Det betyder att det är otillräcklig tillgänglighet och institutionella hinder för individer som söker stöd, vård och service i den svenska välfärden (Lindqvist, 2016). Detta skapar inte någon social rättvisa för målgruppen utan förstärkare snarare marginalisering och ojämlikhet som redan finns (Carr et. al, 2014).

4.4 Välfärdens bemötande av personer med psykiska funktionshinder

Vad som kan påverka bemötandet av personer med psykiska funktionshinder är negativa attityder och föreställningar som finns i samhället (Björkman, 2005; Edin & Backlund, 2013; Thornicroft, 2006). Det många klienter påtalade enligt informanterna var att de upplevde en väsentlig skillnad kring bemötande när det personliga ombudet var med och när det inte medverkade:

”När jag följer med tycker jag absolut att de blir bra bemött, men när de går ensam är det inte samma bemötande. Det är skrämmande att det skall vara så. Det är deras upplevelse..”

Citatet belyser att vid medverkan av personligt ombud i ett möte upplevde personer med funktionshinder sig mer lyssnade på och får en annan typ av hjälp. Detta kan kopplas till en diskriminerande praktik på individuell och strukturell nivå (Lindqvist, 2016). Samspelet mellan välfärden och personen sker på två nivåer och två olika sätt. Det personliga bemötande (individuell nivå) – syftar till hur de blir behandlade av professionella i mötet.

Bemötandet strukturellt syftar till hur välfärdens organisering fungerar och samverkar. Det som påverkar bemötande på det strukturella nivån är hur olika myndigheter och vård samverkar, men deras organisationsuppbyggnad och struktur spelar också en stor roll. Som tidigare nämnts är Lindqvist (2012) mening kring att den svenska välfärden är sektoriserad och samtidigt svårorienterad för personer med psykiska funktionshinder hithörande. Några informanter berättade också att de upplevde att bemötande och stödet från professionella hos myndigheter och vården är varierande. Det visar citat nedan:

”Och det kan man väl säga att dyker visa namn upp då tar man en annan väg, för det är inte lönt att förklara för någon som inte begriper. Sen kan man också bli glad att man får tag på den och det gick bra. Men det är lite skrämmande att man blir glad utifrån att en gör sitt arbete.”

Citatet ovan belyser den personbundenhet som kan råda påverkan av beslut vid olika insatser. Att de efterhand lär sig vilka personer de skall kontakta på de olika instanserna. De personliga ombuden kommer ofta i kontakt med socialarbetare i sitt arbete då de rör sig i välfärden (Järkestig, 2010). Uttalandet tyder också på att maktstrukturer påverkar de personliga ombudens praktik, som också är det sociala arbetets praktik. Social rättvisa uppnås inte i situationen beskriven ovan eftersom det inte sker en rättvisfördelning eller ett lika engagemang i bemötande för alla (Carr et. al, 2014).

”Sen är det ju kommunikation. Att man inte anpassar sig. Det är också någon form av diskriminering, man möter inte människor där de är. Man pratar över huvudet och man pratar om dem i facktermer.”

Citatet åskådliggör en del av de svårigheter som målgruppen möts av i välfärden. Det blir personlig diskriminering eftersom det uppstår i själva interaktionen (mötet). De professionella i beskrivningen anpassar inte sin kommunikation vilket leder det till en ojämlikhet i relation till klienten. I det mötet reproduceras de negativa förställningar som finns kring psykiska funktionshinder och marginaliseringen av målgruppen (Lindqvist, 2016). Det samtliga informanter påtalade var att det är långa väntetider på både psykiatri och försäkringskassan. En informants klient hade fått vänta på att få komma till psykiatrin i 13

månader och att få ett beslut från försäkringskassan kan ta minst 30 veckor. Samtidigt när klienten fått en kontakt på psykiatrin upplevdes en del av personalen på psykiatrin som forcerad, stressad och inte tillmötesgående.

4.5 Personer med psykiska funktionshinders delaktighet

Delaktighet handlar både om målgruppens samhällsrättigheter men också hur delaktiga de är i sin vardag när det gäller aktiviteter och arbete. Samtidigt påverkas delaktigheten av en persons ekonomi samt vart den bor. I Socialtjänstlagen (2001:453) finns kommunernas skyldighet om att de skall ge en meningsfull sysselsättning till den enskilde, trots lagen är det gruppen personer med psykiska funktionshinder som har lägst sysselsättningsgrad av personer med funktionshinder. Edin och Backlund (2013) menar att många personer som lider av psykiska funktionshinder avskärmar sig. Psykiatrireformen och avinstitutionaliseringen har lett till mycket positivt för gruppen personer med psykiska funktionshinder däremot har det samtidigt lett till en minskad tillgång av psykiatrisk vård och samhället har haft svårt att urskilja behov och att fånga upp dessa personer (Lindqvist et al., 2014). Fyra av fem informanter säger att personer med psykiska funktionshinder har låg delaktighet i samhället. En av dem beskriver det så här:

”Den är väldigt begränsad. Dom är väldigt isolerade. Det är självvalt många gånger också. Dom vill sitta inne. Dom är inte kontaktsökande på något vis. Dom flesta har ingen sysselsättning vill jag påstå.”

Citatet visar att delaktigheten är låg hos personer med psykiska funktionshinder. Både forskning och detta uttalande påvisar att det finns en komplexitet i den låga delaktigheten eftersom den till viss del är självvald, ofta utifrån deras sjukdomsbild, samtidigt som den också kan bero på negativa attityder och sämre bemötande gällande psykisk ohälsa i samhället. En av informanterna menade även att målgruppen är vana att straffa ut sig själva och har svårt att lyckas hålla i fortlöpande sociala kontakter. Detta visar sig kan ha att göra med hur delaktiga de är i samhället:

”Det som är hemskt är att ingen har berättat för dem vad de har rätt till. Kommun har inte gjort det, psykiatri har inte berättat och då kan de haft kontakt med psykiatri både 10, 15 och 20 år och ingen har berättat vad de har rätt till.”

Citat tyder på en oförmåga hos de professionella att förmedla information om sociala rättigheter till målgruppen. Utifrån ett rättighetsperspektiv skall de lagar, regler och konventioner som finns i Sverige förmildra konsekvenserna som funktionshinder ger (Lindqvist, 2016). Däremot tyder informantens uttalande på att de inte är tillräckliga om vård och myndigheter inte förmår sig att nå ut till målgruppen. Samma uttalande gällande deras rättigheter tyder också på felfördelning av resurser och makt. För det existerar rättigheter (resurser) för målgruppen (personer med psykiska funktionshinder) men ingen av de professionella tillgodoser dem med information eller möjlighet att få ta del av resurserna. Detta kan ses som en maktstruktur som påverkar först och främst klienterna men också det sociala arbetets praktik (Mattsson, 2010), samt reproducerar det sociala skiktet med negativa attityder och fördomar för denna målgrupp (Lindqvist, 2016). Borelius (2014) utsaga om att gruppen är lågt prioriterad både hos politiker och forskare stöds också utav dessa uttalanden eftersom det verkar ha sett ut såhär under en lång tid.

4.6 Sammanfattning

De personliga ombudens såg sitt uppdrag positivt och upplevde att de gjorde skillnad för deras klienter. Alla informanter arbetar individuellt med sina klienter och har alla olika utbildning och bakgrund vilket ger ett individualiserat stöd. Arbetssättet är flexibelt och det var värdefullt för det gör att fokus är på klientens behov. Samtidigt framkom den ambivalens som finns då de arbetade helt fristående utan huvudman men med en arbetsgivare. Bemötandet av målgruppen i välfärden är komplex. Dels för att välfärden är svår att navigera inom på grund av att det är ett flertal instanser som är involverade men också för de negativa attityder som existerar i samhället. Enligt informanterna upplevde klienter en positiv skillnad vid medverkan av personligt ombud i kontakten med myndigheter och vård. Personer med psykiska funktionshinder har en låg delaktighet i samhället både gällande deras sociala rättigheter men också i deras vardag. De har samma rättigheter som resterande befolkningen men de har inte samma möjlighet att nyttja dem.

Diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka hur Sveriges välfärd tar hänsyn till sociala rättigheter för människor som har psykiska funktionshinder genom personliga ombuds handlingsutrymme och erfarenheter i sitt arbete. För att kunna besvara syftet och frågeställningarna intervjuades personliga ombud om dels deras professionsroll och arbetssätt. De personliga ombuden besvarade även frågor kring välfärdens bemötande av personer med psykiska funktionshinder och deras delaktighet i samhället.

5.1 Resultatdiskussion

Första frågeställningen handlar om de personliga ombudens profession och hur de arbetar. Resultatet visar att de personliga ombuden upplever sitt uppdrag som mycket viktigt och det centrala var att kunna stödja sina klienter för mer egenmakt och kontroll i sin vardag. Detta leder i sin tur till att målgruppen kan få sina sociala rättigheter tillfredsställda på ett bättre sätt. Översiktligt antyder resultaten från denna studie att tillvägagångssättet i arbetet med målgruppen kräver en vis flexibilitet för att kunna nå framgång, vilket flera informanter inte var främmande att nyttja för att nå gott resultat. Däremot nämnde ingen av informanterna sin egen maktposition gentemot sin klient. Frågor som väckts under studiens gång är att det intersektionella perspektivet erfaras vara väsentligt att använda vid arbete med stigmatiserade grupper i samhället eftersom maktstrukturer påverkar det sociala arbetets praktik dvs. den sfär som de personliga ombuden rör sig inom (Mattsson, 2010). Andra frågeställningen tar upp de personliga ombudens upplevelser av myndigheters bemötande av personer med psykiska funktionshinder. Det framträder en bild av att professionella som bemöter målgruppen inom myndigheter och vård inte möjliggör nyttjandet av deras rättigheter. Dels är den svenska välfärden svåråtkomlig för målgruppen, det är flera instanser som är involverade och det skapar problem att kunna tillgodose de sociala rättigheterna. Det har både med välfärdens organisering att göra samt de rådande negativa attityder som finns gällande psykiska sjukdomar. Välfärdens svåråtkomlighet är även en anledning till att uppdraget personligt ombud kom till från början, vilket kan ses som problematiskt. Tidigare forskning kring ämnet personligt ombud var något begränsad. Detta kan delvis bero på att verksamheten är relativt ny i Sverige (sedan 2002 som permanent verksamhet). Samtidigt visar både den forskning som finns inom området och efter denna

genomförda studie ett behov av mer resurser och utveckling för personligt ombud. Det sociala arbetet skulle kunna bidra med både forskning och legitimitet till yrket personligt ombud. Utifrån det sociala arbetets kunskap om stigmatiserade grupper och empowerment. Att ett uppdrag och yrke skapas på grund av en komplex organisering av välfärdstjänster istället för att förbättra välfärdens helhet och struktur för att det skall kunna bli mer tillgängligt för alla. Frågan som väcks under studien är hur situationen hade sett ut om personligt ombud hade skrivits in i rättighetslagen LSS? Resultatet i detalj pekar på att i det undersökta länet har endast hälften av kommunerna personligt ombud, vilket betyder att det blir en avsevärd skillnad kring möjligheten att tillgodose en person med psykisk problematik sina sociala rättigheter beroende på vart du bor. Vilket leder till en strukturell problematik då servicen för denna målgrupp inte uppfylls (Dominelli, 2008). Tredje frågeställningen handlar om hur de personliga ombuden upplever personer med psykiska funktionshinder möjlighet att vara delaktiga i samhället. Studien konstaterar att personer med psykiska funktionshinder har en låg delaktighet i samhället. Det finns en komplexitet i den låga delaktigheten eftersom den delvis är självvald, ofta utifrån deras sjukdomsbild, parallellt som den även kan bero på negativa attityder och sämre bemötande rörande psykisk ohälsa i samhället. Vad som framträder är att målgruppens sociala rättigheter är liknande som för resterande befolkning. Skillnaden ligger i att de inte har möjlighet att nyttja sina sociala rättigheter på samma sätt på grund av deras funktionshinder. Det som begränsar nyttjande är delvis deras egna psykiska problematik dvs svårt att skapa sociala kontakter, isolering och sämre mående. Den svenska välfärden är också svåråtkomlig för målgruppen då många har komplexa behov där flera instanser är involverade och samverkan mellan dessa instanser är låg. De professionella bemöter och är inte tillräckligt lyhörda för dessa personers behov.

5.2 Diskussion kring metod och genomförande

Efter genomförd studie upplevdes semistrukturerade intervjuer som en god metod utifrån att intervjuaren hamnar i en flexibel position och kan följa informanten på ett bra sätt (Bryman, 2011). I kvalitativ forskning lämnas mycket tolkning och utrymme åt forskaren vilket kan ses som en nackdel. Samtidigt försökte författaren använda relevanta teorier och forskning för att stödja sitt arbete på ett tillfredställande sätt som skulle öka tillförlitligheten. Eftersom författaren till studien själv har erfarenhet inom området eftersom en nära anhörig

haft personligt ombud har det lett till att viss igenkänning vid informanternas beskrivning av situationen för målgruppen personer med psykiska funktionshinder. Detta kan vara en fördel men kan samtidigt innebära ett hinder som kan medföra att författaren lägger ett känslomässigt värde i det som informanterna förmedlat. Samtidigt är förkunskaper oftast något positivt eftersom det underlättar förståelsen av informationen som presenteras samt att tolkningen av det empiriska materialet är mer lättfattligt. Däremot är det svårt att avstå från frågan om detta har påverkat tolkningen av råmaterialet. Det som kan ses som problematiskt är att utforska en målgrupps rättigheter genom professionella som möter dem istället för att undersöka målgruppen i sig i tillägg. Med hänvisning till författarens egen forskningskunskap och de ställda forskningsfrågorna upplevs ändå undersökningsenheterna som tillfredställande för studien. En nackdel är att studiens empiri är ifrån en begränsad kontext och ett målinriktat urval vilket leder till låg överförbarhet. Det är också svårare att replikera kvalitativ forskning för att forskaren själv är ett viktigt verktyg i insamlingen av det empiriska materialet. Vilket gör utfallet i studien unikt eftersom den inte går att upprepa på grund av att sociala betingelser hade essentiell del i studien. Det leder till att den externa reliabiliteten är låg (Bryman, 2011).

Det som avgör om en studies utfall kan komma att användas som vägledning för framtida forskning har till viss del också att göra med hur den tidigare forskningen sett ut inom samma område. Eftersom forskning om personligt ombud är något begränsad, mycket på grund av att verksamheten fortfarande är relativt ny samt inte finns i alla kommuner i Sverige, gör det svårt att avgöra studiens användbarhet i sig. Samtidigt är studien också därför viktigt för att den bidrar till ett obeforskat område inom den svenska välfärden och tar fasta vid en målgrupp med psykisk problematik som växer. Däremot upplever författaren att personer med psykiska funktionshinderns sociala rättigheter är betydelsefullt för det sociala arbetet och därför bör denna studie ses som en början till det sociala arbetets bidrag inom området. För att kunna få en mer övergripande bild av hur personliga ombud arbetar för personer med psykisk funktionshinderns sociala rättigheter vore triangulering, där kvalitativ och kvantitativa metod kombineras, ett alternativ. Förslagsvis genom enkäter och intervjuer. Författarens ambition hade gärna varit att genomföra en sådan studie men med hänvisning till tidsramen var det inte möjligt. Därför anpassades metoden efter studiens syfte, tid och resurser (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.3 Framtida forskning

De personliga ombuden befinner sig i välfärden och skall obehindrat kunna navigera sig inom den och kunna ha medvetenhet gällande maktstrukturer för att kunna förstå målgruppen personer med psykiska funktionshinders utsatthet. Personliga ombudens organisatoriska ram är svag och professionen är inte känd av alla (Järkestig, 2010). Detta ställer krav på de personliga ombuden med tydlighet och kunskap i sitt arbetssätt. Målgruppen är stigmatiserad på flera sätt både när det gäller delaktighet och rättigheter. Det sociala arbetet har till uppgift att identifiera, synliggöra och motarbeta stigmatisering av utsatta grupper i samhället. Därför skulle författaren vilja se forskning gällande välfärdens helhet, struktur och uppbyggnad för en ökad tillgänglighet för målgruppen personer med psykiska funktionshinder. Även en ökad forskning kring hur verksamheten personligt ombud går att utveckla till en tydligare organisation och förbättra utbildning samt forskning kring personligt ombud som profession. Där skulle det sociala arbetet kunna bidra med sin kompetens och kunskap om stigmatiserade grupper, funktionshinder, välfärd, och sociala rättigheter m.m. som är väsentliga för verksamheten personligt ombud eftersom målgruppen för verksamheten är personer med psykiska funktionshinder.

REFERENSER

Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bergmark, Å & Fritzell, J (2007). Välfärdens utveckling efter 1900-talets kris. *Socialvetenskaplig tidskrift* vol. 14, nr 2-3, sid 102-109

Blume, B. & Sigling, I. (2008). *Psykiatrins ABC*. (3., [uppdaterade och utök.] uppl.) Stockholm: Liber.

Björkman, T (2005). Stigma *Kapitel 3 i Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser Sid 57-71*. Lund: Studentlitteratur.

Borelius, M. (2013). *Bryt det sista tabut: mental ohälsa ut ur garderoben!*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber

Carr R. E., Bhagwat, R., Miller, R & Ponce A. N. (2014) Training in Mental Health Recovery and Social Justice in the Public Sector. *The Counseling Psychologist*. Vol 42, Issue 8, 1108 – 1135. DOI: 10.1177/0011000014555200

Diskrimineringsombudsmannen (2012) *Rapport – Rätten till sjukvård på lika villkor*. Ödeshög: Danagård Litho. Hämtad: 2016-10-20
<http://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-ratten-till-sjukvard-lika-villkor.pdf>

Dominelli, L. (2008). *Social Work: Theory and Practice for a Changing Profession*. Cambridge: Polity Press.

Edin, F & Sandlund, M. (2013). Diskriminerande och psykiskt störd. Självupplevd särbehandling bland psykiatrins patienter. *Psykisk hälsa Tema: Språket*. 2013:4 (54), 56-65.

Edling, C & Liljeros, F. (2016). Social skiktning. *Kapitel 1 i Ett delat samhälle: makt, intersektionalitet och social skiktning Sid 8-30.* (2. rev. och utök. uppl.) Stockholm: Liber.

Foldemo, A (2014). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. *Kapitel 15 i Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå Sid 369-382.* (2., [revid. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Fritzell, J., Gähler, M. & Neremo, M (2007). Vad hände med 1990-talets stora förlorargrupper? Välfärd och ofärd under 2000-talet. *Socialvetenskaplig tidskrift vol.14, nr2-3, sid. 110-133*

Graneheim - Hällgren, U., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Grönvik, L., Hugemark, A. & M, Söder. (2016). Intersektionalitet och funktionsförmåga. *Kapitel 1 i Bara funktionshindrad?: funktionshinder och intersektionalitet Sid 13-30.* (2. uppl.) Malmö: Gleerups Utbildning.

IFSW (International Federation of Social Workers), IASSW (International Association of Schools of Social Work), & ICSW (International Council on Social Welfare) (2012). *Ethics in Social Work: statement of principles.* Hämtad: 2016-12-16
<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>

Järkestig Berggren, U. (2010). *Personligt ombud och förändringsprocesser på det socialpsykiatriska fältet.* Växjö : Linnéuniversitetet, 2010. Växjö.

Klockmo, C. (2013). *The role of personligt ombud in supporting the recovery process for people with psychiatric disabilities.* Diss. (sammanfattning) Sundsvall : Mittuniversitetet, 2013. Sundsvall.

Knutsson, G. & Pettersson, S. (1992). *Psykiskt stödda - välfärd och valfrihet: en översikt av Psykiatriutredningen.* (1. uppl.) Stockholm: Publica.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, R., & Hetzler, A. (Red.) (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, R., Markström, U & Sandlund, M. (2009) Case management for people with psychiatric disabilities in rural Sweden; experiences from the implementation of a national policy, *European Journal of Social Work*, 12:4, 495-508, DOI: 10.1080/13691450902930787

Lindqvist, R. (2012). *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. (3., [aktualiserade] uppl.) Malmö: Gleerup.

Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2014). *Psykiska funktionshinder i samhället: aktörer, insatser, reformer*. (2. uppl.) Malmö: Gleerup.

Lindqvist, R (2016). Funktionshinder *Kapitel 7 i Ett delat samhälle: makt, intersektionalitet och social skiktning Sid 149-176*. (2. rev. och utök. uppl.) Stockholm: Liber.

Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. (1. uppl.) Diss. Umeå : Univ., 2003. Umeå.

Mattsson, T. (2010). *Intersektionalitet i socialt arbete: teori, reflektion och praxis*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

Payne, M. (2015). *Modern teoribildning i socialt arbete*. (3., svenska utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Sandlund, M (2005). Vad är psykiskt funktionshinder? *Kapitel 1 i Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser Sid 15-34*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 2008:567 *Diskrimineringslag*. Stockholm. Kulturdepartementet.

SFS 1993:387 *Lagen om särskild stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*. Stockholm. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2014) *Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – uppföljning av verksamheten med personligt ombud*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad: 2016-10-18

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19404/2014-3-23.pdf>

Socialstyrelsen (2016) *Frågor och svar om funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen*. Hämtad 2016-12-16

http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_3

Skärsäter, I. (red.) (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2., [revid. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (2003) *WHO definition of health*. Hämtad: 2016-12-16

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Tøssebro, J. (2016). Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond, *European Journal of Disability research*, Vol.10(2), pp.111-123, DOI: 10.1016/j.alter.2016.03.003

Bilaga 1 - Informationsbrev

Kajsa Levahn

Kandidatuppsats Socionomprogrammet Mittuniversitetet

Ämne: Personligt ombud – Psykiska funktionshinder

En kvalitativ studie om de personliga ombudens yrkesroll och betydelse för personer med långvariga psykiska funktionshinder

Jag är en student som går sjätte terminen vid Socionomprogrammet på Mittuniversitetet i Östersund. Nu genomför jag min kandidatuppsats som handlar om personliga ombuds yrkesroll och betydelse för personer med psykiska funktionshinder. Jag önskar att ni skulle vilja vara med på en intervju där jag kommer ställa frågor kring din yrkesroll och erfarenheter i ditt arbete som personligt ombud. Syftet med studien är att studera personliga ombuds upplevelser i deras yrkesroll. Samt undersöka hur de upplever andra praktikers bemötande av personer med psykiska funktionshinder.

Deltagande är frivilligt och det går bra att avbryta när som helst under studiens gång och all data kommer att behandlas konfidentiellt. Intervjun är semistrukturerad, vilket betyder att jag kommer att utgå ifrån ett frågeschema men ställa olika följdfrågor. Intervjuerna kommer att ta ca 40 minuter och de kommer att spelas in och transkriberas för att allt ska komma med och så att inget glöms.

Innan intervjun kommer deltagaren att få skriva på en samtyckesblankett kring deltagandet i studien. Detta för att godkänna att intervjun kommer att spelas in och transkriberas samt att uppgifter samlas in och sparas under studien.

Handledare: Charlotte Andoh Appiah

Kajsa Levahn

Kale1400@student.miun.se

Bilaga 2 - Frågeschema

Frågeschema	
<p>Inledning</p> <p>Hur länge har du arbetat som personligt ombud? Vilken tidigare utbildning eller erfarenhet har du? Hur länge har verksamheten personligt ombud funnits här i X? Hur definierar du långvarig psykisk funktionsnedsättning?</p>	<p><i>Arbetslängd</i> <i>Kunskap</i></p>
<p>Tema 1: Professionen</p> <p>Berätta hur du arbetar som personligt ombud. - <i>Ledningsgrupp/handledning</i> Vilka möjligheter upplever du i ditt arbete? Vilka hinder upplever du i ditt arbete? - <i>Förändringspotential</i> Arbetssättet som ni använder er av, främjar det era klienter? - <i>Tillvägagångssätt</i> Om du tänker på de lagar och regler som berör klientgruppen, främjar dem ditt arbete? Berätta om hur du upplever dina resurser i ditt arbete som personligt ombud. - <i>Kontakter</i></p>	<p><i>Arbetssätt/Tillvägagångssätt</i> <i>Hinder/barriärer</i> <i>Lagar & Regler</i> <i>Utsikter/Resurser</i></p>
<p>Tema 2: Bemötande</p> <p>Hur upplever du att din klientgrupp inom vården och myndigheter blir bemötta? Vilka faktorer kan påverka bemötandet? Om det förekommer någon form av diskriminering, hur yttrar den sig?</p>	<p><i>Attityder: negativt & positivt</i> <i>Faktorer</i> <i>Diskriminering</i></p>
<p>Tema 3: Delaktighet</p> <p>Hur ser en klients vardag ut om du tänker kring delaktighet i samhället? De samhällsrättigheter som din klientgrupp har, vad tänker du kring dem? Uppdragen som ni har är tidsbegränsade, i vilken utsträckning återkommer klienter?</p>	<p><i>Inkludering/Integrering</i> <i>Aktiviteter/vardag/arbete</i> <i>Sociala rättigheter</i> <i>Stigmatisering/Exkludering</i></p>
<p>Avslutning</p> <p>Vill du tillägga något? Skulle jag kunna återkomma med fler frågor om det skulle de skulle uppstå? Ska jag skicka det färdiga arbetet till dig?</p>	