



MÄLARDALENS HÖGSKOLA

Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap
Eskilstuna
SSO 116 Sociologi C

**En studie av
biståndshandläggarens dilemma
vid ansökan om särskilt boende**

*Mot bakgrund av de
samhälleliga aktörernas krav och
med hänsyn taget till den äldre människans behov*

av Anette Jonsson

C-uppsats i Sociologi, Vt-2008
Handledare: Professor Rolf Å. Gustafsson
Examinator: Professor Mats Börjesson

ABSTRACT

En studie av biståndshandläggarens dilemma vid ansökan om särskilt boende

Anette Jonsson

Syftet med denna C-uppsats har varit att få en ökad kunskap om hur biståndshandläggare utreder, bedömer och fattar beslut om särskilt boende. Mer specifikt syftar den även till att belysa den problematik som finns runt bedömningen av det sociala behovet respektive det ”tydligare” medicinska behovet. Mitt metod val har varit en kvalitativ ansats. Intervjuer har gjorts av fem biståndshandläggare som alla arbetar i huvudsak med Sol-handläggning (Socialtjänstlagen). Jag valde en intervjuform därför att jag hade en uppfattning om att kunna få fram fylligare svar och även möjlighet att ställa relevanta följdfrågor och på så sätt få en större helhetsbild. Jag har även försökt att belysa de krav och förväntningar som ställs från samhällets sida på en biståndshandläggare bl.a. genom att beskriva hur de kommunala riktlinjerna i förhållande till den mer generösa Socialtjänstlagen skiljer sig och att utifrån detta få förståelse för hur vissa handläggare kan känna en viss ambivalens. Detta är något jag försöker beskriva i min uppsats och som även har stöd i tidigare forskning.

Resultatet tyder på att den intervjuundersökning som genomfördes, utifrån två av mig konstruerade fallbeskrivningar, visar på en relativt stor samstämmighet bland handläggarna då det gäller synsättet om och kring de sociala behovens betydelse. I min förförståelse hade jag en farhåga om att de värderades så mycket lägre än de ”tydligare” medicinska behoven. Jag kan bara konstatera att jag hade fel. Biståndshandläggarna kunde inte nog poängtera vikten av att se till människans sociala behov, till helhetsperspektivet, men de har även att ta hänsyn till de kommunala riktlinjer som i vissa fall gör att de hamnar i den ambivalenta situationen som beskrivs som en korstryckssituation. Det finns många aktörer i sfären att ta hänsyn till för biståndshandläggarna, men vi får inte glömma bort att de bara är politikernas förlängda arm som kanske har behov av ett tydligare regelverk.

Sökord: *äldreomsorg, särskilt boende, sociala och medicinska behov, biståndshandläggare*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Kapitel 1. Introduktion

1.1 Inledning.....	4
1.2 Kort om Maslows behovsteori.....	7
1.3 Syfte.....	8
1.4 Avgränsning.....	8

Kapitel 2. Bakgrund

2.1 Kort om äldreomsorgens organisering över tid.....	8
2.2 Socialtjänstlagen.....	12
2.3 Ädelreformen.....	14
2.4 Särskilt boende.....	15

Kapitel 3. Biståndsbedömning

3.1 Biståndshandläggarens yrkesroll.....	16
3.2 Revisionsrapport om biståndshandläggarens yrkesroll.....	17
3.3 Forskning om biståndshandläggarens behov av kompetensförstärkning.....	19
3.4 Analys av tidigare forskningsresultat angående biståndshandläggaryrket.....	19

Kapitel 4. Uppsatsen uppläggning och överväganden om metod

4.1 En kvalitativ ansats.....	20
4.2 Förförståelse.....	21
4.3 Tillvägagångssätt och avgränsning.....	22
4.4 Konstruktion av två fall.....	22
4.5 Inledande kontakt och konfidentialitet.....	23
4.6 Intervjuernas uppläggning och dokumentation.....	23
4.7 Bearbetning av intervjuerna.....	24
4.8 Urval.....	25
4.9 Fakta om fallkommunen i förhållande till medelkommunen.....	26

Kapitel 5. Resultat

5.1 Redovisning av intervjuernas bearbetning.....	27
5.2 Ett sammanfattande referat och analys av den empiriska undersökningen.....	27-33
5.3 Sammanfattning och diskussion.....	33-36
5.4 Förslag på framtida forskning.....	36
Referenser.....	37-38

Bilagor;

Missivbrev.....	39
Konstruerade fallbeskrivningar 1 – 2.....	40-42
Intervjuguiden.....	43
Redovisning av intervjuvaren i sin helhet, biståndshandläggare 1 – 5.....	44-53

Kapitel 1. Introduktion

1.1. Inledning

Prognoser visar att den äldre befolkningen i samhället kommer att öka. Äldrefrågorna bör därför vara av ett stort samhällligt, socialpolitiskt likväl som av ett allmänmänskligt intresse. Medellivslängden fortsätter att öka och den var 83 år för kvinnor och 78 år för män under åren 2001-2005. Kort sagt, de äldre blir allt fler. SCB konstaterar att drygt 17 procent av Sveriges befolkning är äldre än 65 år och var tjugonde person är över 80 år. Sverige tillhör därmed de länder som har världens äldsta befolkning.

<u>År</u>	<u>Andel 65 år och äldre</u>	<u>Andel 80 år och äldre</u>
1980	13,4 %	3,2 %
2002	17,2	5,3
2020	21,5	5,5
2035	24,2	8,0

Källa: Sveriges Riksdag; Motion 2005/06:So710 – s. 6 (SCBs befolkningsframskrivningar, prognos)

Därför anser jag att det kommer att krävas stora och omfattande åtgärder gällande våra äldreboenden i det framtida samhället och att det gäller att ligga steget före, i synnerhet avseende planeringen av bostäder för våra äldre. Jag tror att det kommer att finnas behov av olika typer av boenden, allt från servicehusboenden, generationsboenden, trygghetsboenden, seniorboenden, gemenskapsboenden till särskilda boenden där den äldre förmodas sluta sina dagar. Särskilt boende är den boendeform, där brukaren har så stora omvårdnadsbehov att inga andra alternativ finns att tillgå. Antalet platser till ett särskilt boende är begränsade och biståndsbedömda utifrån brukarens behov av omvårdnad. Det betyder att, för att få tillgång till ett *särskilt boende*, så måste den sökande uppfylla kriterierna i kommunens riktlinjer om ”ett stort omvårdnadsbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt”.

Jag vill genom att belysa den förväntade ökningen av antalet äldre människor i samhället påstå att en naturlig utveckling av detta torde vara att även en ökning av antalet ansökningar om särskilt boende kommer att öka i framtiden. Min farhåga är den att om inte antalet äldreboenden kommer att utökas i framtiden så kommer samhället att stå inför ett stort problem då det gäller bristen på boenden för äldre människor. Det är en av de stora frågor som dagens politiker har att lösa.

Mitt intresse för frågeställningar inom området grundar sig dels på att jag arbetar som biståndshandläggare inom äldreomsorgen, dels på mina tidigare studier i ämnet Social omsorg. En av mina arbetsuppgifter som biståndshandläggare är att bedöma och besluta om en människa ska ges tillgång till ett särskilt boende. Det är alltså inte bara att ställa sig i kö till ett särskilt boende som en del tror, utan boendet är alltså behovsbedömt.

Dunér & Nordström (2003, s. 123) menar att biståndsbedömning är en subtil process och att det finns vissa möjligheter för handläggaren att förmå brukaren att anpassa sina *behov* efter de resurser som finns. Bonniers svenska ordbok (1988, s. 53) översätter ordet behov;

”Det som behövs, det som man måste ha; (psykol.) det som en människa måste få tillfredsställt för att kunna leva (normalt), t.ex. hunger, törst, sexualitet, sömn (ä. sociala b. som kontakt, vänskap etc.), behovsprövning: noggrann prövning om en person behöver en viss förmån”

Att arbeta som biståndshandläggare är för det mesta väldigt intressant och givande, anser jag. Att arbeta med och hjälpa människor i svåra utsatta situationer kan ibland kännas tungt men ändå väldigt meningsfullt. Naturligtvis finns det både enkla och svåra beslut man måste fatta och ta ställning till. Jag har valt att skriva min uppsats kring ett av de svåraste besluten i mitt tycke att ta ställning till, nämligen den att utreda, bedöma och besluta om ett särskilt boende. I synnerhet de avslag man måste lämna ibland. Dels grundar jag det på att utredningen runt ett särskilt boende bör vara omfattande innan ett beslut kan tas, dels på vetenskapen om att det förmodligen är *ett av de svåraste besluten den äldre människan har att fatta* och ansöka om samt att det kanske är fattat med stor vanda och beslutsångest. Därför måste denna ansökan behandlas med största respekt och med stor hänsyn taget till den äldre människans vilja och med största möjliga rättsäkra bedömningsgrund. Bedömningsgrunden är Socialtjänstlagen och den egna kommunens riktlinjer. Kvarboendepincipen ska genomsyra bedömningar och beslut enligt riktlinjerna. Dessutom ska information inhämtas från berörda aktörer i sfären runt brukaren, naturligtvis efter samtycke från brukaren.

Sociala respektive medicinska behov

Johansson (2002, s.15), menar att man kan tolka skillnader inom omsorgens, omvårdnadens och det sociala arbetets innehåll och mål enligt följande synsätt:

”Förändringsarbete hör till det medicinska tänkandet likaväl som till det sociala arbetets. Patienten ska helst bli frisk eller åtminstone symptomfri om det gäller medicinska insatser. Med hjälp av socialt arbete ska han eller hon återföras till ett anständigt eller socialt acceptabelt liv. I den sociala omsorgen är det oftast inte förändringen till symptomfrihet som är det centrala utan att bevara så mycket som möjligt av befintliga funktioner eller att medverka till att en försämring genomlevs med bibehållen värdighet. För eventuell gränsdragning mot både omvårdnad och traditionellt socialt arbete kan det vara viktigt att lyfta fram och stödja andra, ganska vardagsnära och kulturella värden.”

Enligt Andersson (2004) anser biståndshandläggarna att det mest kritiska i deras arbetsuppgifter är att ge avslag på ett särskilt boende. Andersson anser att handläggarna ger ett "ambivalent" intryck och att de pendlar mellan en vaghet i sina beslut då det gäller de äldres behov av social gemenskap med andra å ena sidan och relaterar till vikten av att följa de kommunala riktlinjerna å andra sidan. Andersson konstaterar att de *sociala faktorerna inte prioriteras utan det är de medicinska behoven*. Det finns en avsaknad av ett socialt perspektiv i biståndsbedömningarna (Andersson, 2004, s.288). Även i en norsk studie framkommer samma sak, att de sociala behoven bortprioriteras till förmån för de medicinska behoven (Andersson, 2004, s.289). Stockholms Äldreomsorgsinspektörer har i en rapport från 2005 påvisat att kvalitén är ojämn på de fattade avslagsbesluten. En del avslagsbeslut är tydliga och en stor del är otydliga i sin formulering att de inte kommer fram varför ansökan har avslagits (Äldreomsorgsinspektörernas årsrapport, 2005).

I mitt arbete har jag ofta känt att den s.k. *trygghetsaspekten eller de sociala skälen fått "stryka på foten" till förmån för den medicinska bedömningen för att bevilja ett särskilt boende*. Jag grundar det på min egen erfarenhet och att jag själv, de facto, anser det vara svårare att dokumentera de sociala skälen då de ofta saknar det "bevisvärde" eller "bevisgrund" som ett medicinskt intyg om demenssjukdom eller om annan omfattande sjukdomsproblematik innebär. Kort sagt, ju fler sjukdomar du kan "stapla" på varandra som en bevis- eller en bedömningsgrund, desto lättare att motivera ett bifall.

Lindelöf & Rönnbäck (2004, s.13) pekar på att utredningarna följer ett och samma mönster och att de är kortfattade. De menar att det som är klart dominerande är den medicinska dokumentationen. Det förekommer uppgifter om hemsituation och bostadsförhållanden men ofta saknas information om vanor, intressen och den allmänna livssituationen. En förklaringsgrund går ut på att de som innehar beslutspositioner oftare har en medicinsk skolningsbakgrund.

När den äldre brukaren "bara" har ångest eller anger en otrygghetskänsla i det egna boendet, då blir allt mycket luddigare och otydligare. Om det ändå slutar med att en ångestfylld, ängslig och otrygg människa får tillgång till ett särskilt boende, så kan det räcka med vetskapen om att det finns människor i närheten, blir de lugna och trygga i sin förvisning om detta. Detta i sin tur kan då föranleda ett ifrågasättande från personalen sida, på vilka bedömningsgrunder just den här brukaren fick ett bifall på sin ansökan då personen inte längre uppvisar dessa ångestsymptom på äldreboendet.

Synsättet som jag tror finns bland personalen, är den att det måste föreligga ett omfattande omvårdnadsbehov och i det begreppet inryms inte det sociala behovet. I vart fall så har det inte samma dignitet, tror jag. Om en ångestfylld person alltså anger trygghetsaspekten som den enda orsaken kan en utredning ”kännas tunn”. Vad betyder helhetsperspektivet som bedömningsgrund? Helheten består både av den medicinska bedömningen likväl som av de sociala skälen. Socialtjänstlagen anger att man ska se till helhetsperspektivet, men frågan är, hur viktas de rent medicinska aspekterna kontra de sociala aspekterna? Betraktas de medicinska behoven som de basala medan synsättet avseende sociala behov endast kan tillgodoses om det finns tid över och därmed anses vara av en sekundär betydelse? Ytterligare ett exempel på detta som jag själv i mitt arbete lagt märke till är att den av sjukhuset upprättade vårdplanen sällan eller aldrig ifylls mer än till hälften. Första hälften är oftast ifylld med aktivitets- och funktionsförmågor (medicinska/fysiska) men resterande hälft är för det mesta tom på information om det som tillsammans med det medicinska skulle utgöra helheten, nämligen människan sociala förmågor. Den delen består av orienteringsförmågan, intellektuella funktioner, övergripande psykosociala funktioner, temperament och personlighet, tankefunktioner och mellanmänskliga interaktioner och relationer.

1.2. Kort om Maslows behovsteori

Författarna Lindelöf & Rönnbäck (2007), kritiserar i sin bok Abraham Maslows behovsteori, om att behov kan rangordnas och graderas i olika nivåer utifrån fem olika behovsnivåer. Den första, som Maslow menar är den primära och grundläggande skulle vara: föda, skydd och sexuellt utlopp. Den andra nivån är det mänskliga behovet av trygghet i en mer psykologisk bemärkelse. Därefter kommer behov av samhörighet och sedan behovet av uppskattning. På sista plats kommer självförverkligandet. I den rangordningen måste behoven alltså tillfredsställas och detta har okritiskt fått prägla äldreomsorgens utveckling de senaste 20 åren, anser författarna.

Det betyder att äldreomsorgen har fått fokusera sina resurser på de mest vårdtunga för att få sina fysiska och medicinska behov tillfredsställda medan de sociala, psykiska och existentiella behoven har prioriterats bort (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s. 89).

En annan liknande kritiker till Maslows teori är Peter Westlund (Westlund, 2005, s. 39).

Han säger;

”Detta ger upphov till en praktik som dömer patienter och omsorgstagare till att i första hand vara biologiska varelser och det reducerar omsorgen till en fråga om fysisk överlevnad.”

Detta betyder att faran med denna fokusering på fysiska/medicinska behoven är att *människan inte ses som en social varelse*. Peter Westlund menar att vi behöver teorier som utgår från ett mer socialt synsätt. Människan bör uppfattas som en social varelse vilken relaterar till och ingår i samspel med andra. Han pekar på vikten av att ha nära sociala band med andra människor och att detta minskar risken för sjukdomar och att dö i förtid.

Detta synsätt borde vara det vägledande i socialtjänstens arbete (Westlund, 2005, s. 39).

1.3. Syfte och frågeställning

Syftet med denna C-uppsats är att belysa hur biståndshandläggare utreder, bedömer och fattar beslut om *särskilt boende*. Mer specifikt syftar den även till att belysa den problematik som finns runt bedömningen av det sociala behovet respektive det ”tydligare” medicinska behovet. Hur väger handläggare de olika behoven i jämförelse med varandra, eller mer specifikt *hur bedöms de sociala behoven i jämförelse med de medicinska behoven?*

1.4. Avgränsning

Den empiriska undersökningen avgränsas till en analys av intervjuvaren från fem biståndshandläggare utifrån två av mig konstruerade fallbeskrivningar. Biståndshandläggargruppen har stor erfarenhet av äldre människors verklighet. Biståndshandläggarnas egna synsätt och erfarenhet blir på så vis föremål för den empiriska undersökningen.

Kapitel 2. Bakgrund

2.1 Kort om äldreomsorgens organisering över tid

Enligt 1763 års lagstiftning skulle socknen dra försorg om de fattiga, de gamla och skröpliga. De som tidigare tagits om hand på sjukstugan flyttades nu till fattigstugan. På så sätt kunde pengar frigöras för vård av späda barn, vilket ansågs befrämja befolkningstillväxten (Högman, 1999, s 166). Synen på åldrandet som det uttrycktes på 1800-talet skulle med dagens begrepp kallas ett ”naturligt åldrande”. Det var ett förlopp som i stort sett var förutbestämt och som inte kunde påverkas. Mot slutet av 1800-talet började man intressera sig för äldres hälsa men först runt 1950 inrättas den medicinska specialiteten Geriatrik, vilket betyder ”läran om ålderdomens sjukdomar” (Högman, 1999). De som arbetade med äldre vid tidpunkten fram till mitten av 1900-talet, hade inte någon utvecklad syn på åldrandet i sig och säger inget om den gamles principiella rättigheter eller hur olika enskilda önskemål skulle bemötas.

Om man går tillbaka till 1900-talets början gjordes ingen skillnad mellan gamla människor och befolkningen i övrigt. Vid denna tidpunkt skulle endast 8 procent av befolkningen med dagens mått mätt ha betraktats som äldre, d.v.s. 65+. Om dessa personer inte hade någon egen familj som kunde sörja för deras uppehälle så måste de söka hjälp från fattigvården. Inom den fanns från början inga eller få anställda, utan besluten fattades av förtroendemän. Fattigvårdanstalterna leddes ofta av någon mer eller mindre "försigkommen" gamling. "Kommandoran" känner vi alla till från Astrid Lindgrens och Emils värld. Andra alternativ som fanns att tillgå, var att den fattige fick gå runt och tjäna bönderna inom roten för mat och husrum s.k. rotegång. Fattigvården sköttes alltså som en angelägenhet i socknen eller i det närmaste grannskapet (Johansson, 2002, s. 13).

Den "fattigvård" som bedrevs runt sekelskiftet kunde även bestå av utackordering för en blygsam ersättning som betalades ut till den familj som tog hand om den gamle. Bortauktionering förekom också vilket innebar att den som ville ha minst ersättning fick ta hand om den äldre personen genom detta "köp". Efter hand och genom frivilligorganisationer, som Centralförbundet för socialt arbete och Svenska fattigvårdsförbundet, avskaffades de mest inhumana formerna för bemötandet av de fattiga och obemedlade. En utbildning av s.k. fattigvårdsfunktionärer startade 1908 genom en halvårskurs bestående av både teori och praktik. Den teoretiska utbildningen bestod i lika delar av sjukvård och fattigvård. Utbildningen bestod av hälsolära och födoämneslära, fattigvårdslagstiftning samt öppen och sluten fattigvård m.m. Det fanns alltså drag av myndighetsutövning och fostran när de första kunskapskraven på personal formulerades (Johansson, 2002, s. 13). 1910 blev ålderdomshem ett begrepp och det stod för försörjning, bostad och vård åt de gamla. 1918 skedde en reform inom den obligatoriska fattigvården genom att den utvidgades och ungefär samtidigt förbjöds bortauktioneringar och den s.k. rotegången.

Det svenska välfärdssamhällets framväxt

Det svenska välfärdssamhället grundlades på 1930-talet. Antalet utredningar inom det sociala området var många. Den husliga arbetskraften var ett exempel på en sådan. Enligt 1943 års förslag skulle en hemhjälpreform riktas mot landsortskommunernas svårigheter att skaffa hjälp i hushållen. Statsbidrag utgick till kommunerna för att anställa hemvårdarinnor. Dessa skulle vara välutbildade och särskilda statsbidrag utgick till skolorna där de utbildades.

Verksamheten styrdes via en hemhjälpnämnd och central tillsynsmyndighet blev Socialstyrelsen. Detta lade grunden till ett upprättande av denna yrkeskår som föreslogs utgöras av

heltidstjänster med tillhörande sjuk-, semester-, bostads- och pensionsförmåner (Johansson, 2002, s. 34). Hemhjälpsreformen 1943 kom att stöta på svårigheter då det visade sig att det inte var helt lätt att rekrytera hemvårdarinnor. Staten lät bygga denna yrkeskår kring heltidstjänster samtidigt som man hoppades göra den geografiskt flexibel. De antogs vara mer villiga att söka arbeten i hela landet och i första hand skulle de tillfredsställa landsbygdens behov av hemvårdarinnor och hemhjälpen i städerna skulle få stå tillbaka. Distriktssköterskorna stödde detta. Tanken var att genom att organisatoriskt skilja landstingens respektive kommunernas ansvar, kunde man lyfta fram kompetensen i sociala frågor som ansågs som ett viktigt komplement till distriktssköterskorna (Evertsson, 2002).

År 1948 hade hjälp till gamla börjat organiseras i kommunal regi i enlighet med en proposition från samma år. Arbetsvillkoren för dessa (oftast hemmafruar som då ansågs som en billig arbetskraftsresurs) var sämre än för hemvårdarinnorna. Hemmafruarna ansågs som en billig och tillräckligt kompetent grupp för arbetet. Lönen var så låg att ingen skulle kunna leva på enbart den inkomstkällan utan det var ”nålpengar” som företrädesvis hemmafruar i medelåldern skulle kunna acceptera för att kunna gå ifrån några timmar. Det ställdes inte några krav på formell utbildning för att arbeta med äldre, däremot var det en självklarhet för dem som skulle arbeta med barn.

Under 1950-talet växte hemmaboendeideologin sig stark och den tidigare så billiga hemtjänsten blev p.g.a. den växande gruppen äldre betydligt dyrare. Ungefär vid samma tidpunkt ledde övergången från fattigvård mot en mer differentierad vård och omsorg till en förskjutning av två gränslinjer. Gränsen mellan å ena sidan den *sociala kunskapen* och omhändertagandet och å andra sidan sjukvården och den *medicinska kunskapen*: Att ansvara för hushåll, mat och hygien skulle skiljas från de rent medicinska uppgifterna som att fördela medicin, ge sprutor eller ha en kontakt med läkaren (Eliasson & Szebehely, 1991).

Särskiljande av de sociala och de medicinska uppgifterna

Den sociala kunskapen grundade sig vid den tiden till stor del på kunskap om den tidens sociallagstiftning (Johansson, 2002). Samtidigt differentierades vården. Långvarigt sjuka och mentalsjuka togs hand om av sjukvården. De åldringar som var relativt friska skulle bo kvar hemma. Föreståndarinnan på ålderdomshemmen hade två separata uppgifter att ta hänsyn till. Dels husmorsuppgifterna, dels de vårdande uppgifterna. En fördelning kunde se ut så här;

Till husmorsuppgifterna räknades: Upprätthålla ordningen, upprätthålla hygien, se till att maten var vällagad och bra sammansatt, handleda och övervaka personal, sköta ekonomi och föra bok över inventarier och inköp, tillse brandskyddet samt representera hemmet utåt.

Till de vårdande uppgifterna hörde: Att ordna med fördelning och behandling av de vårdade, fördela medicin, ge injektioner, tillkalla läkare vid behov samt att underrätta anhöriga i olika frågor. Genom att särskilja de sociala och medicinska uppgifterna klargjorde man att dessa två kompetensområden inte bara existerar utan att de skulle kunna komma i motsättning till varandra (Johansson, 2002, s.14).

Inom den sociala omsorgen har det främst varit gränsdragningar och många som arbetar i den sociala omsorgen känner igen sig. Särskilt då det avser relationen mellan sjuksköterskor och hemtjänstassistenter som den utvecklats i kommunerna framför allt i Ädelreformens spår (då man överförde den landstingskommunala äldreomsorgen till kommunerna). Johansson (2002), beskriver den som *en typ av gränskonflikt* som pågått på verksamhetsnivå. I Sverige har betoningen på offentligt ansvar för omsorgsfrågorna växlat och om man söker ännu längre bakåt i tiden så kan vi se att det vid olika tider funnits starkare eller svagare betoning på familjen eller släkten, fattigvården eller roten som ansvariga över de fattigas försörjning.

Hemmaboende-ideologins framväxt i det svenska samhället

I mitten av 1900-talet var den s.k. vårdideologin så beskaffad att den utgick från att äldre skulle vistas på institutioner. År 1952 initierade Ivar Lo-Johansson (välkänd svensk proletärförfattare, f. 1901-1990) en diskussion om en ovärdig behandling av de äldre. Detta tror man kan vara en bidragande orsak till att den ideologiska diskussionen tog en annan vändning. Samma år tillsattes en åldringsvårdsutredning i efterdyningarna av dåtidens debatt. En annan stark förespråkare för en värdigare behandling av de äldre var f.d. Socialministern Gustav Möller som förespråkade den s.k. hemmaboendeideologin. Gustav Möller var en av Socialdemokratins mest framträdande politiker och anses som "Social-Sveriges" skapare. (Han var riksdagsledamot 1918-1954 och innehade flera viktiga ministerposter samt innehade partisekreterarposten 1916-1940 och var mycket nära att bli Sveriges statsminister).

En fortsatt utbyggnad av institutionsboenden gavs tummen ner till förmån för en utveckling av vården i hemmen "från vårdhem till hemvård". Detta gav hemmaboende garantin en ny näring och det nya mottot var att flytta service och vård till patienten istället för patienten till service och vård. Under 1960-talet satsades det på sjukhemsutbyggnaden och på bättre bostäder för äldre. Det satsades även på den kommunala hemtjänsten. Då hemvårdarinnorna som yrke uppkommit för att förhindra flykten från landsbygden så var det ändå de mer

okvalificerade verksamheterna, som byggde på spontana kommunala initiativ och ideellt arbete, som överlevde och därmed utvecklades till en modern yrkesverksamhet med utbildningskrav och till heltidstjänster. En lärdom av hemvårdarinnornas inträde på arbetsmarknaden är att den garanterade å ena sidan kvalitén inom omsorgsarbetet men å andra sidan gick det inte att fokusera enbart på det kvalitativa då det gällde den stora gruppen äldre människor, hänsyn behövde även tas till kvantiteten (Johansson, 2002, s. 33-37).

Den sociala lagstiftningen

Sociallagsstiftningen som fanns före Socialtjänstlagen var uppdelad i fyra lagar, varav *socialhjälpslagen* var en av dem och kom 1956. Lagen hade sina rötter ur den gamla fattigvårdens auktoritära syn på människan. Det betyder att det inte fanns något utrymme för vare sig självbestämmande eller integritet. Det var nämnderna som tyckte att de visste hur de på bästa sätt skulle göra för de fattiga och utsatta människorna. Det fanns stora möjligheter att tvångsvårda personer t.ex. med stöd från den s.k. nykterhetsvårdslagen. På 1960-talet var visionen om folkhemmet alltjämt levande och då den ekonomiska tillväxten som saknade motstycke tidigare i historien, möjliggjorde en generell socialpolitik så att folkhemmet kunde skapas utifrån det goda och jämlika synsättet.

Den tidens socialarbetare kritiserade dåtidens socialvård hårt och frågor om tvångsvård m.m. debatterades livligt. Dessa krävde en radikal förändring av sociallagslagstiftningen och 1967 tillsatte dåvarande regering en parlamentarisk utredning för att ta fram förslag om en ny sammanhållen lagstiftning som skulle gälla hela socialvården. Tanken var att kommande socialtjänstlag skulle vila på både demokratins och solidaritetens grund. Slutligen efter att ha gjort en omfattande utredning så kunde riksdagen, juni 1981, anta den nya Socialtjänstlagen, som trädde i kraft den 1 januari 1982 (Bergstrand, 2006).

2.2 Socialtjänstlagen (SoL) träder i kraft 1982

Bergstrand (2008, s7,8) skriver i sin bok om den ”Den nya socialtjänstlagen” att den moderna socialtjänsten formades under 1970-talet och den manifesterades i 1980-talets socialtjänstlag. Portalparagrafen (1§) anger de grundläggande målen och värderingar och med vilken människosyn som ska präglade socialtjänstens arbete. Denna reform ansågs som ett genombrott för en ny och humanistisk människosyn. Demokrati, jämlikhet, solidaritet, trygghet och självbestämmande är några av ledorden och portalparagrafen får tjäna som en ledstjärna för det sociala arbetet. Socialtjänstlagen vilar på några vägledande principer;

Helhetssynen – vilket innebär en strävan efter att förstå sammanhanget och helheten, att beakta hela människan, både starka och svaga sidor vägs samman och bör ha stor betydelse för hur utformningen av socialtjänstens organisation.

Frivillighet och självbestämmande – Utgångspunkten i socialtjänstreformen är frivillighet.

Socialtjänstens arbete bör präglas av erbjudande och service. Den enskilde självbestämmande går före allt och kan bestämma själv huruvida hon/han vill ta emot erbjudande de får från socialtjänsten. Ingen kan påtvinga någon sociala tjänster om de själva inte vill ta emot.

Kontinuitetsprincipen – bygger på insikten om att för att få till stånd en förtroendefull relation mellan den hjälpsökande och socialtjänstens företrädare så kan detta ske genom att den hjälpsökande personen möter samma personer eller team under en längre tid/period.

Normaliseringsprincipen – Den som har fysiska eller psykiska eller ett socialt handikapp ska ha en rättighet att bo och leva som alla andra. Biståndsinsatserna ska då inriktas på att underlätta ett boende i en för personen invand miljö.

Flexibiliteten – Innebär att insatser från Socialtjänsten aldrig ska utformas från färdiga mallar utan vara individuellt anpassad utifrån den enskildes önskemål med tanke på helhetssynen.

Närhetsprincipen – liknar helhetsprincipen som innebär den enskildes psykosociala eller sociala problem inte bör lösas utan närstående, den enskildes sociala miljö eller sammanhang vilket innebär att familjehemsplaceringar o dyl. bör ske så nära hemmiljön som möjligt.

Valfrihet – Inom ramen för socialnämndens resurser så får den enskilde avgöra valet mellan alternativa insatser. Därför är valfriheten en framträdande plats som en vägledande princip. Fler viktiga begrepp är självbestämmande, integritet och självständighet. Socialtjänstlagen är en ramlag som ger stor frihet till kommunerna att själva utforma sin socialtjänst. Dock finns det regler om skyldigheter för kommunen då det gäller att tillgodose vissa verksamheter. De kommunala beslut som grundas på en allmän skyldighet kan överklagas med stöd av bestämmelserna i KL (kommunallagen) s.k. laglighetsprövning (Bergstrand, 2008, s8).

Biståndsparagrafen

En annan viktig regel i SoL som är utformad som en rättighetslag (rätt att överklaga) för den enskilde är rätten till bistånd i 4 kapitlet (Bergstrand, 2008, s37).

1 § Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Riktlinjer

Riktlinjerna i en kommun är de politiskt antagna regler, som anger ramarna för biståndsbedömningen. Anledningen till dessa riktlinjer är att underlätta likartade bedömningar och resultera i mer rättvisa beslut. Det bakomliggande syftet har även en ekonomisk grund, att hushålla med de kommunala resurserna (Dunér & Nordström, 2005, s35). Riktlinjerna skiljer sig dock åt mellan olika kommuner (Trydegård, 2000). I sammanhanget är det dock viktigt att framhålla att dessa riktlinjer ska vara underordnade Socialtjänstlagen.

2.3 Ädelreformen (ÄDEL) 1992

Denna reform innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård och omsorg om de äldre och handikappade. Det innebar också ett lagstadgat ansvar att inrätta så kallade särskilda boenden för det stora antal personer som då vårdades på sjukhem, servicehus och gruppboenden samt dagverksamheter. Begreppet särskilt boende kom med Ädelreformen. Begreppet särskilt boende är en uppföljare till begreppet servicehus. Det senare användes tidigare för olika former av boenden med en gemensam service. En grundförutsättning var att boendet skulle uppfylla tre grundläggande kriterier ;

1. Bostaden ska vara utrustad på så sätt att den boende kan använda sina resurser till att leva ett självständigt liv.
2. Den boende ska, oavsett tid på dygnet, kunna erhålla de tjänster som gör att hon kan klara sin tillvaro och känna sig trygg.
3. Det ska finnas personal som har kunskapen av att bedöma när, och om, det behövs social omsorg eller medicinsk vård

I samband med att Ädelreformen genomfördes 1992 fick kommunerna ett betalningsansvar som gällde all långvarig vård till äldre människor och funktionshindrade. *De särskilda boenden som inrättades av kommunerna var avsedda för dem som inte längre kunde bo kvar i de egna hemmen* . Tanken var att det skulle kännas hemligt och att boendena inte skulle vara för stora. Den skulle bestå av säng, egna möbler och plats för besökare. Ett hemligt boende var tanken. Ädelreformen syftade till att ge äldreboenden ett mer socialt präglat innehåll då en omfattande kritik hade riktats mot den gamla "långvårdens" torftiga boendemiljö (Larsson & Szebehely, (2006).

2.4 Särskilt boende

Socialtjänstlagen femte kapitel 5 §, första stycket, betonas vikten av att äldre människor får goda bostäder och även vid behov sociala serviceinsatser. För inte så långt tillbaka bodde äldre människor sämre än befolkningen i övrigt. Detta gäller inte längre, enligt levnadsundersökningar, utan äldres boendeförhållanden skiljer sig inte mycket från övriga grupper i samhället (Bergstrand, 2008).

Det andra stycket anger att kommunerna ska inrätta *särskilda boendeformer för äldre med behov av särskilt stöd*. Det kan gälla särskilda boendeformer som servicehus, äldreboenden eller gruppboenden för äldre med omfattande omvårdnadsbehov p.g.a. somatiska sjukdomar eller p.g.a. en demenssjukdom. För att få tillgång till ett särskilt boende krävs ett beslut av biståndshandläggare eller i vissa fall beslut av den sociala nämnden i kommunen. Beslutet grundar sig på rätten till bistånd och då gäller det 4 kapitlet 1 § i Socialtjänstlagen. En sådan ansökan föranleder alltid att en utredning startas upp enligt 11 kapitlet 1 §. Denna utredning ska alltid resultera i ett beslut som ska kommuniceras och meddelas den sökande. Vid avslag ska den sökande informeras om rättigheten att överklaga beslutet (Bergstrand, 2008).

Hemmaboendeideologin i det särskilda boendet genom den s.k. Kvarboendeprincipen

Hemmaboendeideologin som ju var en strategi, med både ekonomiskt och humanistiskt positiva förtecken, sprunget ur den ideologiska debatt som utvecklades i mitten av 1900-talet, kan man likna vid dagens kvarboendeprincip. Den växande andelen äldre fick en relativt stor samhällelig betydelse tidigt i Sverige och den har haft betydelse för och har underlättat äldres integration. Om man jämför med Japan så har problemet där under senare tid blivit mer eller mindre akut med den stora andelen äldre i befolkningen (Henning & Karp, 1999).

I Sverige har framväxten av åldringsvården uppfattats som antingen ett fattigvårds- eller ett vård- och omsorgsproblem. Detta ändrades då systemet i mitten av 1900-talet införde system för de äldres integration i det som kallas ”att bo kvar hemma”. Strategin med hemmaboende för äldre utvecklades till att under 1970- 1980-talen kunde man se hur en utveckling från ett servicetänkande till en professionalisering av vård och omsorg. Det gemensamma för de välfärdssystem som utvecklats under 1900-talet, är att samhället har skapat större förutsättningar för att bli äldre vilket den ökade medellivslängden visar. Allt färre äldre dör före pensionsåldern och det är i *högsta grad realistiskt för att planera för att vi blir äldre och äldre* (Henning & Karp, 1999).

Dunér & Nordström (2005, s.12), menar att normaliseringsprincipen som föddes under 1960-talet, kom till som en motvikt till den särbehandling som tidigare gällt inom omsorgen, i första hand mot gruppen funktionshindrade. Det skulle vara fokus på det faktum att var och en skulle betraktas som medborgare, som alla andra. Denna princip innebär för de äldre- och funktionshindrade att de ska ha samma rättigheter till ett normalt liv så långt detta är möjligt. Principen fick genomslag i samband med hemmaboendeideologin.

Snart gick den s.k. normaliseringsprincipen och hemmaboendeideologin hand i hand och den gäller fortfarande i form av de socialpolitiska lagar liksom verksamhetens utveckling har som utgångspunkt, att de personer som har särskilda behov vill bo kvar i sina egna hem.

Boendet betonas på så sätt framför vården. Policyn gäller även där om ett kvarboende så länge de själva vill eller tills de dör. Dagens kvarboende princip innebär alltså att vården och omsorgen kommer till den egna bostaden, vilket innebär att den äldre inte behöver flytta p.g.a. ett eventuellt omfattande omvårdnadsbehov. I och med att vårdplatserna minskar och även det faktum att vårdtiden på sjukhusen har minskat, innebär ju detta, att det ställer högre krav på den kommunala äldreomsorgen, i form av större omvårdnadsinsatser samt de rent medicinska insatserna (Dunér & Nordström, 2005).

Kapitel 3. Biståndsbedömning

3.1 Biståndshandläggarens yrkesroll

Att arbeta som biståndshandläggare i dag anses vara en central och svår uppgift inom äldreomsorgen. Yrket kräver en administrativ skicklighet, en kunskap om regelverk, en kännedom om behovsbedömning och bemötande, m.m. Vidare kräver det en förståelse för åldrandet och olika demenssjukdomar. Handläggaren bör även kunna bemöta förväntningarna utifrån en stundtals komplicerad verklighet och inte minst alla krav från olika aktörer i form av brukare, anhöriga och från den kommun handläggaren är anställd i, som också har krav och (implicita) önskemål att ta hänsyn till. Det är en komplex arbetssituation som ibland kan kännas arbetsam. Inte minst på grund av att arbetet går ut på att arbeta med människor hela tiden och ofta i situationer där det råder livskriser av skilda slag.

Yrket biståndshandläggare härstammar från 1950-talets hemtjänstutbyggnad. Då sköttes denna verksamhet av två yrkesgrupper, nämligen socialsystemen som skulle bedöma hjälpbehoven och förmedlingsassistenten som skulle förmedla hjälpen genom en fördelning av arbetsuppgifterna och överlämna dessa via hemsamariterna som gick till de hjälpbehövande. Enligt Trydegård, (Eliasson, red.1996), så skedde en integrering av de ovan beskrivna rollerna under 1960-talet. Då inrättades hemvårdsassistenttjänsterna som hade sina tjänster

och var anställda vid landets socialvårdsbyråer. Hemvårdsassistenten hade ansvar för cirka 120 hjälptagare och det fanns 85 hemvårdsassistenter sammanlagt i landet. Arbetsuppgifterna bestod av mycket expeditjonsarbete och 1982 när Socialtjänstlagen trädde i kraft så blev den nya titulaturen hemtjänstassistent med handläggansvar inom ett begränsat område med ansvar för dess myndighetsutövning och ibland ingick även ett ledarskap över vård- och omsorgspersonalen (Eliasson, 1996).

På grund av den helhetsyn som förespråkades av den då nya socialtjänstlagen så fortsatte den integrerade yrkesrollen att vara integrerad under hela 1980-talet. När sedan 1990-talet kom organiserades äldreomsorgen utifrån den s.k. beställare – utförarmodellen. Hemtjänst-assistentens uppgifter delades till två yrkesroller och ansvaret för verkställigheten kontra handläggningen skildes åt. Biståndshandläggningen räknades inom beställare sidan och yrket har haft många benämningar som behovsbedömare, biståndsbedömare, vårdbedömare eller beställarkonsult. Denna specialisering var genomförd, enligt Socialstyrelsen, till drygt 80 procent av landets kommuner under 2000-talets början.

Henning & Karp (1999) har i sin studie påvisat hur den kommunala äldreomsorgen har som strategi bl.a. att genom införandet av biståndsbedömning, markerat sin systemidentitet och myndighetsutövning inom äldreomsorgen. De menar att genom att renodla denna myndighetsutövning och verksamhetsansvar, infört en befattningshavare för biståndsbedömning och en för arbetsledning.

Enligt Lindelöf & Rönnbäck (2007) råder det oklarheter i hur många handläggare som arbetar inom äldreomsorgen idag och menar att det kan bero dels på att det inte finns någon enhetlig befattningstitulatur, dels på att kommunerna har olika sätt att organisera sin verksamhet. Denna anonymitet kan tyckas märkligt om man betänker den makt i ekonomiska termer denna grupp har då det gäller fördelningen av äldreomsorgens resurser.

3.2 Revisionsrapport om biståndshandläggarens yrkesroll

Stadsrevisionen i Stockholm har i sin revisionsrapport nr 4/2007 konstaterat att uppdraget som biståndshandläggare inom äldreomsorgen är ett både kvalificerat och komplext uppdrag. Inte minst utifrån att biståndshandläggarna fördelar huvuddelen av äldreomsorgens resurser. Revisorerna menar att detta ställer stora krav på handläggarnas professionella kompetens. Det behövs en tydlig ledning och styrning av verksamheten.

I sin rapport konstaterar de att de brister och problem som de pekar på är sedan tidigare väl kända. Kommunstyrelsen i Stockholm stad bör agera kraftfullt och i samråd med berörda försöka finna på lösningar på de problemställningar som rapporten beskriver. I korthet dras i rapporten följande slutsatser: Biståndshandläggarnas uppdrag och roll behöver förtydligas. En stor samstämmighet råder mellan de tre intervjugrupperna bestående av biståndshandläggare, utförare och gruppen äldre. I rapporten hävdas att riktlinjerna inte bör vara styrande som de är idag. De är trots allt "endast" riktlinjer till stöd för att tillämpa Socialtjänstlagen som är en ramlag. Tanken är att ramlagskonstruktionen bör tillåta ett visst utrymme för handläggarna att göra individuella bedömningar. Rapporten visar att handläggarna inte använder handlingsutrymmet, utan i bedömningar och insatsbeslut, följer handläggarna strikt de formella och även de informella kriterier som råder, istället för att göra en helhetsbedömning som lagen avser. *Det betyder att de kommunala riktlinjerna som är tänkta att vara vägledande istället blir styrande* (Stadsrevisionens i Stockholm, 2007).

Stadsrevisionen i Stockholm har en rekommendation om "lämplig kompetens" som skulle kunna bidra till ett förtydligande och en förstärkning av yrkesrollen biståndshandläggare. De som arbetar som handläggare idag har ofta en utbildningsbakgrund inom social omsorg, sjuksköterska eller socionom. Rekommendationerna som lämnas går ut på att det behövs en slags generalistkompetens som skulle kunna bestå av ett grundläggande teoretiskt kunnande, praktiska färdigheter samt ett professionellt förhållningssätt. Vidare behövs det kunskaper om de äldre och om åldrande (geriatrik) samt kunskaper i juridik och ett utrednings- och behovsbedömningsförfarande.

Att ha ett bra förhållningssätt, handlar om ett professionellt engagemang och distansförhållande men även att kunna förhålla sig till de riktlinjer som går emot de intentioner som finns inom lagstiftningen. Kompetens behövs i beställarrollen men även som konsumentupplysare. Rapporten belyser att det även handlar om den politiska nivån och dess roll både då det gäller *utformningen av innehållet i äldreomsorgen samt formuleringen av de förutsättningar som ska ligga till grund för biståndshandläggarna*. Deras granskning tyder alltså på att det finns ett antal frågeställningar som bör belysas då de politiska målen inte stämmer med biståndshandläggarnas verklighet. Handläggarna ställs inför svåra avvägningar mellan de kommunala riktlinjer, lagstiftning, politiska mål, begränsade resurser, individuella behov, förväntningar från anhöriga som sammantaget bidrar till en "korstryckssituation" som i sin tur kräver en tydlig ledning och styrning (Stadsrevisionens i Stockholm, 2007).

3.3 Forskning om biståndshandläggarens behov av kompetensförstärkning

Stina Johansson, professor i socialt arbete med inriktning social omsorg vid Umeå universitet har bl.a. skrivit om den sociala omsorgens akademisering (Johansson, 2002). Hon konstaterar att det i dagsläget finns för få forskarutbildade personer (inriktning social omsorg) för att det skulle vara tillräckligt för att fylla vare sig professurer som lektorat. Hon har även i en artikel i tidningen Social omsorg nr. 2 (2005) gett uttryck för en farhåga om synsättet att den sociala omsorgens utbildningsstatus, i skuggan av de högre statustyngda socionomutbildningar, skulle på något vis utarma kärnan inom den sociala omsorgen genom att för lättvindigt kasta ut, istället för att utveckla, innehållet i sin nuvarande och för äldreomsorgen så relevanta utbildning. Detta på bekostnad av de moment som av tradition är centrala i en social omsorgsutbildning. Hon menar, gör gärna om, *genom att kompetensförstärka social omsorgsutbildning, utifrån vad forskning har påvisat saknas, för att utbildningen ska uppnå balans med socionomutbildningen istället för att ta bort äldreomsorgens signifikanta delar som kännetecknar den sociala omsorgsutbildningen.*

Hon skriver; ”En breddning av dess innehåll måste följas av en saklig dialog med arbetsmarknadens företrädare så att kompetens paras med efterfrågan”. Stina Johansson anser att dilemmat är att det råder brist på både kvalificerad utbildningspersonal likväl som det råder brist på kvalificerad personal inom den sociala omsorgen. *Det kommer att krävas omfattande kunskaper i förståelsen av de äldres vardag, sett ur ett socialt omsorgsperspektiv. Dessvärre har den tydligare medicinska kunskapen tagit över stora delar av äldreomsorgen men risken är också stor att de ekonomiska och förvaltningstekniska resonemangen kan komma att styra verksamheten i ogynnsam riktning.* Stina Johansson avslutar med att konstatera att fler högskolor och universitet bör samverka i frågan och att det skulle gynna den sociala omsorgsutbildningen så att de skulle kunna dra nytta av den struktur socionomexamen har. Därmed skulle det genom en ökad bredd ge möjlighet till reell kompetens avseende framtidens arbetsmarknad inom den sociala omsorgen (Social omsorg, nr 2, 2005).

3.4 Analys utifrån tidigare forskningsresultat kring biståndshandläggaryrket

Tidigare forskning visar alltså på att biståndshandläggaryrkets komplexitet kräver stora kunskaper och att det behövs tydligare ledning och styrning. Forskningen har påvisat att det är nödvändigt att förändra och förstärka biståndshandläggarens kompetens, kanske genom att genomföra omfattande förändringar på våra högskolor och universitet som idag utbildar inom det sociala omsorgsprogrammet samt inom socionomutbildningarna (Johansson, 2002).

Kapitel 4. Uppsatsen uppläggning av överväganden om metod

4. 1 En kvalitativ ansats

Valet av metod beror, enligt litteraturen på vad som ska studeras eller forskas kring och vad eller vilken kunskap man vill få ut av sin forskning (Holme & Solvang, 1997, s.94). Min egen förförståelse runt metodvalet är den att man kan gå in mer på djupet genom en *kvalitativ ansats*. Jag har även en uppfattning om att genom en intervjuform kunna få fram fylligare svar och därigenom få en bredare bild genom bl.a. att man kan ställa relevanta följdfrågor.

Svårigheten är att formulera ett bra underlag av intervjufrågor och att tolka och analysera dessa på ett rimligt och bra sätt. Eliasson (1996, s.199) talar för det kvalitativa metodvalet på grund av en argumentation i moraliska termer då kvalitativa metoder ses som en garanti för att upprätthålla en *respekt för individen*, subjekt-subjekt relation, med inlevelse och solidaritet gentemot dem vi forskar om. "Hårda data" och statistiska metoder ansågs spegla en manlig etik och kan i sig vara förtryckande. Hon skriver;

"De forskare som dogmatiskt försvar sig till kvalitativa metoder kan ha en tendens att dränka sig själva och sina läsare i fallbeskrivningar och livshistorier. Försjunker vi i denna "livets text" - löper vi risken att förlora den vetenskapens kritiska och politiska potential som ligger bl.a. i ambitionen att försöka översätta personliga bekymmer till allmänna problem. Kanske kan vi här tala om en "förtrogenhetsfälla" där vi inte ser skogen för alla träd" (Eliasson, 1996, s.200).

Hon menar, att vi inte ska förkasta den kvantitativa metodens hårddata utan den behövs också för att påvisa ojämlikhet och orättfärdigheter då det gäller fördelning av pengar och andra resurser i samhällelig service vård och omsorg. Men med enbart hårda data kan vi inte *förstå* en problematik inifrån och når inte långt utanför det, som redan på mer eller mindre säkra grunder är känt. Vi måste ju bl.a. på förhand bestämma vad som är värt att veta. Eliasson menar att man måste börja sin forskning "på verkstadsgolvet". Att välja rätt metod, kvalitativ eller kvantitativ, beror då till stor del på vad som ska studeras (Eliasson, 1996, s. 200).

Mitt metodval är således en kvalitativ ansats. Kvale (1997, s 18) menar att intervjuandet är som ett hantverk. Han säger att i den kvalitativa forskningsintervjun bygger man upp kunskap, det rör sig om ett samspel eller om ett utbyte av synpunkter mellan två personer som samtalar om ett ämne av gemensamt intresse. Han anser att resultatet bygger på intervjuarens kunnande, känslighet, empatiska förmåga och omdöme där intervjuaren är redskapet. Kvale (1997) skriver vidare att man kan tänka på följande frågor; Hur påbörjas intervjuprojektet? Hur många intervjupersoner behövs? Hur kan jag undvika att påverka dem med ledande frågor? Kan jag vara säker på att jag verkligen får veta vad de intervjuade menar? Är det nödvändigt att skriva ut intervjuerna? Hur analyserar jag intervjuer? Kommer

tolkningarna att bli subjektiva? Hur rapporterar jag mina intervjuer? (Kvale, 1997, s19). Kvalitativa studier syftar till att få fram en bättre insikt eller förståelse för frågeställningen. Det är då respondentens *upplevelser är i fokus men problemet med kvalitativa studier är att det är forskaren som är mätinstrumentet. Forskaren kan utifrån sin egen förförståelse misstolka svaren* (Holme & Solvang, 1997 s. 94).

4.2 Förförståelse

Jag vet att jag har en förförståelse angående denna frågeställning men jag kommer verkligen att vinnlägga mig om att försöka bortse från denna. Hur kan jag undvika att ställa ledande frågor och hur kan jag försäkra mig om att jag inte med mitt kroppsspråk eller ansiktsuttryck avslöjar vad jag själv tycker och känner? Jag vill klargöra att jag verkligen ska göra mitt yttersta för att vara neutral och frågeställningen så neutral och ”öppen” så att det verkligen framkommer vad biståndshandläggarna anser i frågan, att det inte är färgat av mig.

Min förförståelse är att jag anser att det medicinska väger så mycket tyngre än det borde göra i förhållande till de sociala behoven. Läser man Socialtjänstlagen så ger den ett stort utrymme för de sociala behoven eller att se till helhetsperspektivet d.v.s. se till hela människan. Jag tror att handläggarna känner att de måste tänka på det snäva ekonomiska utrymme eller det begränsade utbudet av bostäder i form av särskilda boenden som kommunerna har att använda sig av så det tjänar som en hämmande faktor på att lämna bifall. Dessutom tror jag att det inte känns lika sårbart att lämna ett avslag till den enskilde brukaren utifrån ett otrygghetsperspektiv så länge brukaren klarar sig i hemmet, sett utifrån de rent medicinska/fysiska perspektivet. Min uppfattning är att det alltså är svårare att ge avslag till en person med relativt omfattande medicinska/fysiska omvårdnadsbehov, även om dessa skulle kunna tillgodoses i hemmet med hjälp av omfattande hemtjänstinsatser.

Jag anser att socialtjänsten borde se till människans helhet och inte främst ta hänsyn till medicinska diagnoser. Det borde finnas ett förebyggande arbete och då menar jag att det behövs större utbud av aktiviteter anpassade efter de äldres behov samt flexibla dagverksamheter som är öppna under kvällstid och helger. Vidare behövs det olika former av boendevarianter utifrån de äldres behov. Biståndshandläggarna behöver också kunna inhämta (eller ha egen kompetens) intyg/information från psykosocialt skolad expertis. Varför finns inte den aspekten med i större utsträckning i utredningarna? Detta är bakgrunden till att jag valde att göra en uppsats runt denna frågeställning. Min förförståelse är alltså den att de sociala behoven får stå tillbaka för de tydligare medicinska behoven som bedömningsgrund.

4.3 Tillvägagångssätt och avgränsning

Innan jag fortsätter min uppsats vill jag här återknyta till min inledning och mitt syfte med uppsatsen. Jag har alltså valt att fokusera på hur biståndshandläggare ser på eller rättare sagt bedömer de sociala behoven i förhållande till de medicinska behoven. För att kunna undersöka detta kommer jag att utgå från två av mig konstruerade fall, vilka är tänkta att användas som utgångspunkt för mina intervjuer. Jag vill pröva detta som ett lite annorlunda sätt att genomföra en intervjuundersökning. Det ena fallet är då konstruerat så att det borde utmynna i ett bifall. Det andra fallet är lite knivigare och inte helt solklart. Där har jag en förhoppning om att kunna få fram viktig information utifrån handläggarnas bedömningar och kanske få svar på mina frågeställningar. När jag inledde mitt C-uppsatsarbete hade jag funderingar på att även intervjua ett par politiker i ledande ställning, för att känna dem på pulsen i frågeställningen, men insåg snart att det inte räcker inom ramen för en C-uppsats. Jag var tvungen att avgränsa mig och valde istället att intervjua fem biståndshandläggare utifrån två av mig konstruerade fall.

4.4 Konstruktion av två fall

Den bakomliggande idén eller syftet med att konstruera två fall var att med dessa som utgångspunkt få reaktioner, resonemang och svar från intervjupersonerna om sånt som kan belysa min frågeställning. Det är intressant, anser jag, att genom denna studie få möjlighet att se hur de olika handläggarna bedömer dessa fall och hur man ser på de medicinska respektive de sociala behoven. Detta kan ge en insikt i dilemmat runt bedömningen av ett särskilt boende, sett ur ett socialt bedömningsperspektiv. Följdfrågorna syftade till att handläggarna kunde utveckla sitt perspektiv om vad de anser ligger till grund för den specifika bedömningen.

Jag konstruerade alltså fallen så att det ena är lite mer svårbedömt än det andra. Syftet var att eventuellt kunna utläsa hur man bedömer de sociala behoven i jämförelse med de medicinska behoven, med ett specifikt intresse av bedömningen runt det sociala behovet. Eftersom jag anser att fokus bör ligga på just det syftet, så hade jag i mina konstruerade fallbeskrivningar valt två likartade personer, i det här fallet två kvinnor. Kvinnorna har i stort sett likartade bakgrund utifrån kön, ålder samt att de är ensamstående med varsin dotter. Vidare att de bor och är födda i en mellansvensk småstad och deras yrkesliv har varit den lågavlönade kvinnans med ursprung i arbetarklassen, sett ur ett klassperspektiv. Jag valde två ”fiktiva” personer med relativt likartad bakgrund så att inga andra aspekter utifrån kön och klass behövde vägas in i bedömningsdiskussionen.

4.5 Inledande kontakt och konfidentialitet

Att planera inför en C-uppsats kräver en hel del och inte minst hur man går tillväga för att få tillgång till respondenter. Jag ansåg det vara en självklarhet att börja med att kontakta chefen för bistånds enheten i den kommun (fallkommun) jag valt för studien. Efter att ha presenterat mig själv och mitt ärende/syfte, ställde jag frågan, om det var tänkbart att få komma dit och genomföra en intervjuundersökning. Jag berättade vidare att intervjuerna beräknades ta cirka en halvtimme – en timme i anspråk hos var och en av de fem handläggare som jag hade tänkt använda till min studie. Upplyste även om att de hade möjlighet att ta del av intervjuvaren i utskrivet skick för undvikande av eventuella missförstånd samt att de skulle få ta del av C-uppsatsen i färdigt skick.

Berättade även att jag själv arbetade som biståndshandläggare, för det hade varit fel och oetiskt att undanhålla detta, ansåg jag. Det kändes naturligt att berätta det, även ur det perspektivet att det skulle underlätta att ställa de följdfrågor som skulle kunna infinna sig naturligt vid eventuella oklarheter. Jag bad om att få återkomma några dagar senare för att han skulle få en chans att förhöra sig med handläggargruppen. Jag skickade även skriftlig information i form av ett missivbrev (se bilaga) där jag presenterade mig och syftet samt information utgiven av Vetenskapsrådet med information om forskningsetiska principer (www.vetenskapsradet.se).

Efter cirka en vecka återkom jag till chefen för biståndsenheten i fallkommunen. Han berättade att handläggarna såg fram emot att ställa upp på intervjuer och jag hälsades välkommen dit på överenskommen tidpunkt. Jag kom till handläggarna strax före kl 13.00 den överenskomna dagen och intervjuerna var avklarade vid 17-tiden. Mötet var mycket positivt och jag tror att även handläggarna upplevde det så. Ämnet var dessutom rykande aktuellt för handläggarna. De berättade att de nyligen hade diskuterat ett fall utifrån min frågeställning där Regeringsrätten hade kommit med sin dom som gick emot bedömningen i Socialnämndens mål nr 2331-04 och där dom är meddelad i Stockholm den 21 december 2007. Se beskrivning av målet i korthet längre fram i uppsatsen.

4.6 Intervjuernas uppläggning och dokumentation

Tanken då jag använde mig av två av mig konstruerade fall var att intervjufrågorna skulle falla naturligare med fallbeskrivningarna som utgångspunkt och att jag utifrån dessa skulle kunna ställa relevanta följdfrågor. Varför och på vad grundade handläggaren sin bedömning och sitt beslut på? För min studie hade jag även valt att ställa några bakgrunds frågor där jag

ville veta hur intervjupersonernas utbildningsbakgrund såg ut och hur länge de hade arbetat som handläggare. Därefter hade jag även valt att ställa några specifika frågor runt bedömningen av de medicinska respektive de sociala behoven av ett särskilt boende. Jag ställde även frågan om de anser sig följa kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagen. Slutligen ville jag även undersöka vad de anser vara det mest negativa respektive det mest positiva i deras yrkesroll för att få fram ett helhetsperspektiv. För att säkerställa att jag hade uppfattat svaren riktigt erbjöd jag mig att skicka intervjuerna utskrivna till varje respondent så att de hade möjlighet att korrigera eventuella felaktigheter eller komma med relevanta återkopplingar.

4.7 Bearbetning av intervjuerna

Innan intervjuundersökningen genomfördes på plats, hade jag en gemensam informationsgenomgång av tillvägagångssättet för alla handläggare. Samtidigt informerade jag om att de erhållna intervjusvaren därefter skulle bearbetas till en av mig gjord sammanfattning av hur jag tolkade eller uppfattade intervjusvaren. Jag informerade att min ansats, då det gäller utskriften av intervjusvaren, skulle vara i form av ett sammanfattande refererat utifrån det sakliga svarsinnehållet eller av kärnan i intervjusvaren, såsom jag hade tolkat intervjusvaren. För att undvika att svaren skulle kunna missuppfattas av mig, kanske utifrån min egen förförståelse, så informerade jag om att jag gärna vill ha en återkoppling till handläggarna. Det innebar att jag skickade ett renskrivet refererat av intervjusvaren som baserades på min egen tolkning vilken jag ville ha justerad av alla handläggare. Svaren märktes med biståndshandläggare (bhl) 1 – 5 och där var och en av handläggarna fick möjlighet att justera det siffermärkta intervjusvaret som representerar just den intervjuade handläggaren. Om justeringen skulle föranleda en större korrigering av de tolkade svaren skulle detta faktum redogöras för. Det siffermarkerade intervjuunderlaget delgav jag berörd handläggare vid intervju tillfället så att de kunde härleda sina egna svar genom siffermarkeringen. De numrerades helt enkelt i den ordning jag intervjuade handläggarna.

Vid intervjutillfället använde jag mig av en bandspelare. Ingen av handläggarna hade något emot detta. När intervjuerna var genomförda, åkte jag hem och påbörjade relativt omgående utskriften. Detta för att jag skulle ha samtalen i färskt minne. Därefter skickade jag över dessa sammanfattade intervjusvar, endast numrerade, som överenskommelsen var. Efter cirka en vecka fick jag ett meddelande från biståndsgruppen. Där stod att läsa; Vi har alla läst igenom de renskrivna intervjusvaren du skickade. Vi har inga ytterligare kommentarer. Svaren bedömdes alltså rätt uttolkade och därmed behövdes ingen justering göras.

4.8 Urvalet

Sett ur ett etiskt perspektiv bör ej ett beroendeförhållande föreligga mellan forskaren och den tilltänkta undersökningsgruppen. Ur den aspekten var det bra att gå utanför sin egen kommun. Fallkommunens uppgifter gällande antalet platser i särskilda boenden för äldre samt befolkningsmässigt påminner om den egna kommunen. Det hade varit synnerligen intressant att få undersöka, kanske inte hela gruppen av biståndshandläggare i landet, men en mycket större grupp än den som p.g.a. praktiska och tidsmässiga skäl är realistiska för en uppsats. Jag hade i samråd med min handledare kommit fram till att intervjua fem biståndshandläggare i en mindre kommun. Det urval som jag valde att använda mig av kallas för ett *strategiskt urval*. Intervjupersonerna är då utvalda av mig på grund av att de ingår i mitt intresseområde och är i högsta grad berörda av det som studien avser att undersöka (Holme & Solvang, 1997, s. 92) menar att urvalet av undersökningsspersonerna kan vara avgörande för hela undersökningen såtillvida att om det skulle vara ”fel” personer leder det till att hela undersökningen blir oanvändbar i relation till frågeställningen i studien (Holme & Solvang, 1997, s. 87).

I mitt fall hade jag valt att intervjua biståndshandläggare i en mindre kommun som har liknande struktur den jag själv för närvarande arbetar i. Jag tog även praktisk hänsyn, då kommunen ligger relativt nära min egen, sett ur ett geografiskt perspektiv. Undersökningens resultat gäller främst den kommun där undersökningen genomförts. Möjligen är resultatet giltiga för kommuner av liknande konstruktion. En utförligare konkretisering av den undersökta kommunen skulle här behövas, för att möjliggöra eventuella generaliseringar till kommuner med liknande struktur och arbetssätt.

4.9 Fakta om den undersökta fallkommunen i förhållande till en medelkommun

Befolkningsfakta:

<u>År</u>	<u>Folkmängd i fallkommunen</u>	<u>Andel 65- w</u>
2007	15.000 (cirka)	21 % (cirka)

Den ovanstående uppgiften gällande fallkommunens folkmängd är angiven i cirka tal. Detta för att anonymiteten i studien ska gälla.

<u>År</u>	<u>Folkmängd i medelkommunen</u>	<u>Andel 65 - w</u>
2007	31.665	17,5 %

Riket består av 290 kommuner och detta tal är delat med rikets totala folkmängd som 31 december 2007 uppgick till 9.182.927. Medelvärde = 31.665

Källa: *Sveriges befolkning 31 december 2007. Kommunal jämförelsetal. Sveriges officiella statistik.*
www.scb.se/statistik

Ovanstående tabell visar att fallkommunen har cirka 15.000 invånare och är cirka hälften så stor befolkningsmässigt som medelkommunen. Antalet äldre över 65 år och uppåt är drygt 3 procentenheter högre i fallkommunen och uppgår till cirka 21 %.

I medelkommunen är gruppen äldre 65 år och uppåt 17,5 % av befolkningen i snitt. Här skiljer sig fallkommunen genom att gruppen äldre 65 år och uppåt är 3 procentenheter högre där.

Antal 65 år i permanentboenden i särskilt boende; 1 oktober 2006.

Fallkommunens antal personer i särskilt boende:	<u>Antal boende per 1000 av befolkningen</u>	
	65 år – w	80 år – w
	6,0 % cirka	16,5 % cirka
Rikets totala antal personer i särskilt boende:	6,2 %	16,2 %

Källa: www.socialstyrelsen.se Statistik Socialtjänst 2007:3 "Äldre – vård och omsorg år 2006"
Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Tabell 10, sid 89.

Ovanstående tabell visar att fallkommunen inte skiljer sig nämnvärt från rikets genomsnittliga värden.

Kapitel 5. Resultat

5.1 Redovisning av intervjuernas bearbetning

Redovisningen av de fem intervjuade biståndshandläggare kommer att redovisas i den följd som intervjuerna har blivit genomförda, d.v.s. intervju 1 kommer alltså att redovisas som en intervju med biståndshandläggare (bhl) 1, t.o.m. biståndshandläggare 5, i form av ett sammanfattande refererat och därefter en analys av den empiriska undersökningen.

Ett sammanfattande referat

Innebär att jag tagit bort förekommande pauser och andra ovidkommande ”utfyllnadsord”, som inte har något större värde för undersökningens syfte. Jag har alltså försökt dragit ut det som är av vikt för studien. Dessutom har jag, då vissa av frågorna går in i varandra, så redovisar jag inte heller ”slaviskt” intervjufråga för intervjufråga, utan mer som det samtal som intervjuerna utmynnade i.

Intervjuerna i sin helhet, ligger i slutet av uppsatsen som bilagor, s. 44-53. Resultatet av de i efterhand renskrivna och sammanfattade intervju svaren blev justerade av de intervjuade handläggarna i fallkommunen (se kapitel 4.6).

5.2 Ett sammanfattande referat och en analys av den empiriska undersökningen

Här vill jag rekommendera läsaren att först ta del av materialet som ligger i denna uppsats bilagedel, där båda fallbeskrivningarna finns med samt tillhörande intervjuguide (s. 40-43).

Fallbeskrivning 1, Beata

Beata fick av alla fem biståndshandläggare ett *bifall till särskilt boende*. Så förutspådde även jag i min förförståelse. När vi sedan kom in på bedömningen så skilde sig handläggarna åt på frågan om det var ett medicinskt eller ett socialt behov.

Bhl 1 anser att otryggheten baseras på det medicinska tillståndet och det övervägande för beslutet är det *sociala behovet* (otryggheten). Hon anser att det sociala perspektivet är övervägande för bedömningen. Vill hon komma hem så skulle det gå att ordna via hemtjänsten. Hon menar dock att de sociala behoven och de medicinska behoven går in i varandra och att man måste ta hänsyn till båda behoven. Det går inte att särskilja behoven, för man måste se till helheten.

Bhl 2 säger att otryggheten är grundproblemet i det här fallet, men säger att det *medicinska behovet* överväger, anser hon. Hon menar att det medicinska behovet orsakar den otrygghetskänsla som Beata känner. Hon hänvisar i sin diskussion till det rättsfall som hon har färskt i minnet där Regeringsrätten bedömt ett bifall till ett särskilt boende utifrån ett trygghetsperspektiv vilket visar på hur viktigt det är att se till trygghetsperspektivet i enlighet med Socialtjänstlagens intentioner.

Bhl 3 anser att det *medicinska behovet* överväger något och fortsätter sin diskussion med att säga att både medicinska och sociala förhållanden väger tungt men att det medicinska överväger. Om Beata hade varit fysiskt frisk så hade inte enbart det sociala behovet motiverat ett bifall. Det hade då kunnat tillgodoses genom t.ex. social dagvård, väntjänst och liknande insatser. Hon säger vidare att det är klart att det skiljer mellan ett socialt behov och ett medicinskt behov men hon menar att tankegången är densamma, d.v.s. om behovet kan tillgodoses på annat sätt så har inte personen behov av annat boende. Man måste även anpassa insatserna utifrån behoven och förutsättningarna i den egna kommunen.

Bhl 4 anser att det är ett övervägande *medicinskt behov*, men menar också att det medicinska bidrar till otryggheten genom den förlamning som Beata har.

Bhl 5 anser att det är utifrån det *sociala behovet*. Hon menar att trots att ett stort medicinskt behov förelåg så skulle det med omfattande hemtjänstinsatser gå att komma hem, om hon vill det själv. Det övervägande var alltså det sociala behovet utifrån den otrygghet hon känner inför att komma tillbaka till bostaden. Skulle hon verkligen vilja komma hem skulle det gå att ordna. Hon tycker att både det medicinska behovet som uppkommit genom stroke och det sociala behovet som uppkommit genom otryggheten härrör ur det medicinska behovet, visar på hur båda perspektiven hänger ihop. Samtidigt nämner denna bhl att hon väger in sådana parametrar som både ålder och bostadsförhållanden i sin bedömning innan hon fattar beslutet.

Två av biståndshandläggarna menar alltså att de skulle bevilja ett särskilt boende gällande fallbeskrivning 1, utifrån att det är ett socialt behov, men detta i kombination med att det grundar sig i ett medicinskt behov. Tre av biståndshandläggarna menar att det är ett övervägande medicinskt behov som bidrar till ett bifall men att det i sig bidrar till otryggheten som är utifrån ett socialt behovsperspektiv.

Här skiljer sig formuleringarna åt men kanske inte så mycket synsätten. Bedömningen och besluten leder ändå fram till samma resultat för alla fem biståndshandläggarna trots att man

lägger olika stor vikt vid vad man *anser vara ett medicinskt respektive ett socialt behov*. Detta kan betyda att om man skulle analysera deras utredningar så skulle kanske formuleringarna skilja sig åt men att beslutet ändå skulle vara entydigt likartade i slutändan.

Fallbeskrivning 2, Birgit

Birgit fick av alla fem biståndshandläggare ett *avslagsbeslut till ett särskilt boende*, dock med viss reservation från bhl 5, som ville ha längre utredningstid på sig innan hon fattade beslutet. Detta för att få tillgång till mer information om Birgit. Hon menade att om fallet varit verkligt så hade hon helt enkelt följt fallet noggrant och inte lämnat beslutet på en gång utan hon hade använt den utredningstid som finns till förfogande, då hon tycker att sådana här gränsfall är svårbedömda. Vidare ansåg bhl 2 att hon skulle uppmuntra till att överklaga avslagsbeslutet till Länsrätten och skulle motivera sitt avslagsbeslut med att hon ville pröva olika typer av sociala aktiviteter, innan hon tog ställning inför bedömningen och beslutet.

Vid ett avslagsbeslut har biståndshandläggarna alltid en skyldighet att informera om rätten att överklaga avslagsbeslutet. När vi sedan kom in på bedömningsdiskussionen så skilde sig handläggarna inte så mycket åt på frågan om det var ett medicinskt eller ett socialt behov.

Bhl 1 I fallet Birgit, anser bhl 1 att problemet var övervägande utifrån ett *socialt behovsperspektiv*, men hon anger att det även till del är en outredd medicinsk frågeställning om vad som låg bakom yrselattackerna och då det gällde frågan om en eventuell bakomliggande demenssjukdom. Hon skulle dock lämna ett *avslagsbeslut* till Birgit. Hon menar att man måste pröva andra utvägar först innan man eventuellt beviljade ett särskilt boende. Hon skulle också råda henne att söka läkare för sin yrsel och att sätta igång en demensutredning. Hon resonerade vidare att det är naturligt att känna sig ensam och isolerad, då hon relativt nyligen blivit änka. För det skulle hon vilja rekommendera Birgit att pröva på aktiviteten social dagvård. Skulle det falla väl ut så skulle sannolikheten vara stor, att genom att vara aktiv på dagarna, eventuellt få en bättre sömncykel. Att det därigenom skulle kunna bli en positiv kedjereaktion av insatsen social dagvård och som i sin tur kunde resultera i att hon slutade ringa sin dotter om nätterna.

Bhl 2 skulle *ej tillstyrka ett särskilt boende* men samtidigt skulle hon uppmana dottern att överklaga beslutet till Länsrätten. Hon skulle föreslå att Birgit borde prova aktiviteten social dagvård för att bl.a. råda bot mot ensamhetsproblematiken. Hon ansåg att det var det *sociala behovet* som vägde över och att mycket annat vore löst, om det gick att komma tillrätta med det, anser bhl 2.

Bhl 3 skulle ej ge ett bifall till ett särskilt boende. Hon menade att man måste prova insatser som t.ex. social dagvård för att få tillgång till social stimulans och sysselsättning. Hon fortsatte sin diskussion med att hon ansåg att ingen av behoven, vare sig det medicinska eller det sociala behovet skulle motivera till att lämna ett bifall i nuläget utan att andra insatser har prövats först. Hon anger även andra exempel på insatser som borde prövas först. Hon avslutar med att båda behoven väger tungt och att tankegångarna runt bedömningarna ser likadana ut.

Bhl 4 skulle ej ge bifall till ett särskilt boende baserat på att både det medicinska som de sociala behoven ej var tillräckligt stora för att skulle utmynna i ett bifall. Hon grundade det på att Birgits medicinska behov inte var tillräckligt stora samt att hennes sociala behov kunde tillgodoses på annat sätt.

Bhl 5 skulle ge ett avslag till ett särskilt boende, dock ett tveksamt sådant p.g.a önskemål om en längre utredningstid. Hon behövde helt enkelt behöva få mer ”kött på benen” för att kunna göra en bra utredning till sin bedömning/beslut. Birgit skulle i alla fall inte behöva vara kvar på korttiden, i väntan på beslutet. Hon ansåg också att fallet är grundat på ett i huvudsak *socialt behov*, då Birgit hade återhämtat sig bra under korttidsvistelsen och att den andra problematiken med yrsel och en eventuell demensproblematik, tar tid att utreda.

Tre av biståndshandläggarna pekade ut fallet Birgit som ett i huvudsak socialt behov, medan de andra två handläggarna tog lika stor hänsyn till de båda behoven och pekade inte specifikt ut det utifrån ett socialt behov. Dock förordade samtliga fem biståndshandläggare att lämna ett avslagsbeslut i fallet Birgit.

Där hade jag i min förförståelse rätt att det troligen skulle utmynna i ett avslagsbeslut. Men den farhågan jag hade om att man tittade för ensidigt på de medicinska behoven för att det ska utmynna i ett bifall stämde inte. Tvärtemot min förförståelse så tar man i diskussionen upp att man tar minst *lika stor eller större hänsyn till det sociala behovet* än till det medicinska behovet, men att man i praktiken alltid prövar andra insatser innan man eventuellt beviljar ett särskilt boende. Det sociala behovet ensamt är mer ovanligt för ett bifall, men i kombination med ett medicinskt behov kan göra att det ändå bli det som faller avgörandet till ett bifall.

En av biståndshandläggarna relaterade även till ett rättsfall som hade gått ända upp i Regeringsrätten. Där hade det bedömningen utmynnat i ett bifall. Detta ärende hade tydligen

diskuterats och analyserats av biståndshandläggargruppen och den visar på vikten av en helhetsbedömning eller ett helhetsperspektiv. Att alla bitar måste vägas in för ett rättvist beslut. Socialtjänstlagen som är en målinriktad ramlag, d.v.s. lagen anger mål och ramar för, istället för att detaljreglera tillämpningen. Detta skapar ett relativt stort handlings- eller tolkningsutrymme för biståndshandläggarna i sitt beslutsfattande och därmed minskar det statens möjligheter till insyn och kontroll, (Lindelöf, Rönnbäck, 2007, s.133). De menar att det är i första hand individens självbestämmande, integritet och unika behov som ska fungera som en ledstjärna i stället. På frågeställningen om det är Socialtjänstlagen eller om det är kommunens riktlinjer som är vägledande för besluten så svarar tre av de fem handläggarna att de följer kommunens riktlinjer.

Bhl 1 anser att det är både och att de går hand i hand och bhl 5 anser att hon mer tittar på och tar hänsyn till Socialtjänstlagen, i synnerhet då det gäller särskilt boende, då lagen betonar helheten. Jag anser att hon verkligen gör så då hon anger åldershänsyn bland de kriterier hon lägger in i sin bedömning. Hon säger att om det handlar om en flytt för den äldre för ett eller ett par år och som kanske inte riktigt uppfyller kriterierna för övrigt om ett omfattande omvårdnadsbehov så lägger hon ändå vikt vid en hög ålder då man kan förvänta sig att personens förmågor är på nedgång. På samma sätt redogör Regeringsrätten för i sin utredning att de faktiskt väger in hög ålder som ett skäl som bör tas hänsyn till. Tvärtemot vad som föreskrivs i kommunens riktlinjer, se nedanstående utdrag ur kommunens riktlinjer; som föreskriver;

”Särskilt boende eller bostad med särskild service är avsett endast för personer med ett omfattande vård- och omsorgsbehov under hela dygnet och som inte är av tillfällig karaktär. Det är endast det individuella behovet som avgör om personen ska ha rätt till särskilt boende, inte diagnos, *ålder* eller behovets orsak. Endast behovsbedömningen ligger till grund för ett bifalls- eller avslagsbeslut.”

Studier har dock påvisat att dessa riktlinjer i hög grad styr beslutet om hjälp till de äldre som fattas och att biståndshandläggarna ogärna gör avsteg från de kommunala riktlinjerna (Dunér & Nordström (2005). Synsättet utifrån denna handläggares diskussion skiljer sig alltså från övriga handläggares synsätt både i intervjugruppen men även utifrån tidigare studier.

Riktlinjerna kan vara skriftliga men det förekommer även enbart muntligt förmedlade riktlinjer. Bakomliggande orsaker till kommunala riktlinjer bör vara att underlätta likartade bedömningar och beslut som en bra vägledning för biståndshandläggarna i sin yrkesutövning. De kan alltså handla om både en stödjande likväl som någon form av kontrollfunktion.

Detta kan kanske vara ett tecken på, att vissa handläggare, börjar ifrågasätta de kommunala riktlinjerna och mer börjar titta på den generösare Socialtjänstlagen. Kanske det behövs mer tydlighet i fråga om domar från både Länsrätt, Kammarrätt som Regeringsrätt och att handläggarna

får möjlighet att ta del av dessa för att hålla diskussionen vid liv och därigenom kunna lämna rättsäkrare bedömningar och beslut. Det fall som diskuterades i gruppen återger jag här i korthet: Kvinna, född 1913, hävdade att hon kände en stor otrygghet p.g.a. sin yrsel och hon led av besvär med svimmingsanfall och hon hade därför ansökt om särskilt boende. Socialnämnden avslag hennes ansökan och hon överklagade till Länsrätten som tyckte att kvinnan hade rätt till ett särskilt boende. Socialnämnden överklagade vidare till Kammarrätten och även till Regeringsrätten som tillstyrkte ett bifall till ett särskilt boende.

”Huruvida en person tillförsäkras en skäligen levnadsnivå kan dock enligt Kammarrättens mening inte enbart bedömas utifrån fysiskt omvårdnadsbehov. Även sociala och psykologiska faktorer bör vägas in i bedömningen. NN fysiska problem medför att hon känner otrygghet i det egna hemmet, Hon har även svårigheter att upprätthålla ett socialt liv. Kammarrätten finner mot bakgrund av vad som framkommit i målet om NN levnadsförhållanden att kravet på trygghet i det egna hemmet inte kan tillgodoses genom insatser från hemtjänsten. NN är således inte tillförsäkrad en skäligen levnadsnivå i sitt nuvarande boende. Hon är därmed berättigad till bistånd i form av särskilt boende”, slut citat. Överklagandet (från Socialnämnden) skall således avslås. Domslutet lyder; ”Kammarrätten avslår överklagande”. Vilket även Regeringsrätten följde.

Min analys av detta är ändå att synsättet börjar förändras hos handläggarna och inte minst hos våra politiker. Därför är det viktigt att den här typen av rättsfall granskas av alla instanser och håller biståndshandläggarna och politikerna ajour med lagstiftningen för rättsäkrare bedömningar och beslut, anser jag. Jag vill även kommentera en känsla jag fick då jag träffade biståndshandläggarna. Känslan jag fick var den att de tre handläggare som hade arbetat längst tid och hade en likartad utbildningsbakgrund, d.v.s. den Sociala omsorgslinjen (tvåårig högskoleutbildning) var mer eftertänksamma eller i mitt tycke mer uttömmande i sina intervjusvar. De ville vända på fler stenar och komma med fler ”om och men” och bollade med olika alternativa lösningar innan de bestämde sig för ett svar. De handläggare som arbetat kortare tid som biståndshandläggare, mellan två – tre år, och som hade en färskare och längre akademisk utbildningsbakgrund (beteendevetenskaplig) tenderade att lämna snabbare svar och verkade därmed mer säkra i sina bedömningar.

Det första som slog mig, när jag började arbeta med analysen av intervjusvaren, var känslan jag fick under intervjutillfället, att de biståndshandläggare som arbetat kortast tid, men med längre utbildningsbakgrund, var de som lämnat de snabbaste svaren. De verkade alltså mer säkra på sina svar och verkade mindre eftertänksamma då de lämnade sina bedömningar/beslut. Naturligtvis kan jag ha fel i min analys. Det kan naturligtvis ha andra orsaker, som att de eventuellt kände sig tidspressade vid intervjutillfället.

De tre biståndshandläggarna, som hade arbetat längst inom yrket gav alltså uttryck för att de vägde in fler ”om och men” i sina överväganden. För att exemplifiera detta, så gav t.ex. bhl 5 (som hade arbetat flest antal år i yrket) uttryck för att hon ville veta mer innan hon fattade ett slutgiltigt beslut. Det har jag stor förståelse och respekt för. Om detta hade varit ett verkligt fall så skulle det inte gå att avkräva ett svar så snabbt. Det kan helt enkelt vara så att dessa tre handläggare, som arbetat en längre tid, vet av erfarenhet att det ena fallet inte är det andra likt och kan därför aldrig utesluta något och att man kanske därför vill gå försiktigare fram i sina uttalanden, tror jag. De kanske är så att de som arbetat längre, i större utsträckning använder sig av den utredningstid de har till sitt förfogande, innan de lämnar ett beslut. Det är den känslan jag fick under intervjuerna, att de gärna tog in flera bitar för att det få en större helhetsbild. För att få svar på denna frågeställning skulle en djupare analys behöva göras. Bhl 1 och 2 relaterade också till ett fall som kommit till deras kännedom. Det var det fall som överklagats p.g.a. ett avslag på ett särskilt boende och som gått ända upp till Regeringsrätten (se föregående sida). Fallet som till största delen grundade sig på ett otrygghetsperspektiv i det egna boendet. Det blev i Regeringsrätten bedömt som ett bifall till ett särskilt boende. Detta fall refererade handläggarna som arbetat längst i yrket till. De menade att i och med att vetskapen om detta i färskt minne, så har man mer fog för att bevilja bifall till ett särskilt boende grundat på ”enbart” ett otrygghetsperspektiv. Fallet har ju en prejudicerande och vägledande betydelse för likartade fall i framtiden.

5.3 Sammanfattning och diskussion

Frågeställningen i min uppsats valde jag för att belysa svårigheten i, att utreda, bedöma och besluta om ett särskilt boende utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv. Jag ville belysa de olika behoven som består av både ett medicinskt som ett socialt behov hos den äldre människan och hur handläggarna ”viktar” de olika behoven i jämförelse med varandra. Jag hade i min förförståelse, en stark känsla för att de medicinska behoven vägde tyngre och hade en överlägset starkare ställning än de sociala behoven som en bedömningsgrund. Där visar resultatet på att jag hade fel.

Alla fem biståndshandläggare betonade istället vikten av de sociala behoven, dock tillsammans med de medicinska behoven, för att dessa sammantaget skulle bilda den helhet som är av vikt, inte minst om man ska följa Socialtjänstlagen. Några av handläggarna uttryckte de sociala och de medicinska behoven som att de går ”hand i hand”. Två handläggare refererade även till det ovan redovisade rättsfallet som hade varit föremål för en diskussion i biståndshandläggargruppen. Det fallet betonade vikten av att se till det sociala behovet, d.v.s. att se den äldre utifrån det helhetsperspektiv som faktiskt betonas i Socialtjänstlagen. I riktlinjerna står skrivet att

kvarboendeprincipen ska genomsyra bedömningarna och där kanske bedömningarna skiljer sig åt om principens innebörd. Det är ibland ett dilemma som biståndshandläggarna har att tampas med och som gör att en del kan upplevas lite ambivalenta i frågan om att följa de kommunala riktlinjerna eller Socialtjänstlagen. Utifrån min egen erfarenhet och den forskning jag tagit del av genom mitt uppsatsarbete, anser jag att det är för stark betoning på det medicinska synsättet inom området. Efter Ädelreformen har det blivit tydligare och avspeglat sig i tjänstetillsättningen av personal på ledande befattningar. Det finns t.ex. medicinskt ansvariga sköterskor (MAS) som därigenom fått en starkare ställning och ett större inflytande över frågorna inom äldreomsorgen. Jag anser absolut inte att den medicinska omvårdnaden är oviktig, tvärtom, men jag anser att den sociala omsorgens frågor är minst lika viktiga i dag och i framtiden, i synnerhet då ensamhets- och ångestproblematiken verkar öka bland den äldre befolkningen. Därför borde kommunerna inrätta en person, gärna med någon form av beteendevetenskaplig (kurativ) kompetens, ansvarig för kvalitén inom den sociala omsorgen. Dessa två kompetensområden skulle då kunna komplettera varandra och vid behov vara behjälpliga biståndshandläggarna i vissa utredningar och bedömningar.

Då det gäller frågan om hur de kommunala riktlinjerna används som bedömningsgrund så var de flesta handläggare överens om att de lutar sig emot de kommunala riktlinjerna i första hand, med ett undantag, bhl 5 som ansåg att hon tog i första hand hänsyn till Socialtjänstlagen vid beslutet. Det verkar alltså så, vilket jag också skrev om under rubriken min förförståelse, att de kommunala riktlinjerna som är tänkta att vara till stöd och hjälp för handläggarna, istället blir till del styrande. Forskning har visat att detta är något som även gäller många andra handläggare (se kap. 3.2, s.17 i uppsatsen). Där hade jag nog rätt i min förförståelse. Någon av handläggarna uttryckte att hon alltid hade med sig riktlinjerna i väskan och de flesta angav att de följde dessa. Bhl 1 uttryckte att det gick hand i hand med Socialtjänstlagen och bhl 5 menade att då det gällde att besluta om ett särskilt boende så använde hon sig mer av Socialtjänstlagen. *Bedömningsgrunderna skiljer sig således till en del åt i gruppen.*

Det har varit mycket intressant att jämföra hur de olika handläggarna har bedömt dessa två, av mig konstruerade fallen. Dessutom har jag i inledningen av denna C-uppsats velat belysa hur viktigt det är för landets kommuner, i synnerhet dess politiker, att följa upp den demografiska utvecklingen, för att kunna bedöma de framtida behoven av boendeplatser (boenden i alla dess former) för de äldre i samhället. Det är nödvändigt och viktigt att kunna ha en framförhållning, inte minst för att kunna *verkställa behoven av permanenta platser i tid*. Kommunerna har att verkställa ett beviljat särskilt boende inom en tre månaders period. En del kommuner hinner inte med att tillgodose de

äldre med bostäder inom denna tid och har då belagts med sanktionsavgifter från staten. Det innebär att de måste anmäla sig själva i den mån de inte hinner verkställa behoven av bostäder inom tidsramen. Det i sin tur har gjort att en del äldre, som har blivit beviljade ett särskilt boende, får erbjudande under en övergångstid att dela ett boende med någon annan tills eget boende kan erbjudas. I en del fall kan det säkert vara positivt men i andra fall mindre positivt och de kan betyda att de tackar nej trots att behovet finns. De hamnar då ibland längst bak i kön och får vänta ytterligare några månader på ett särskilt boende. Detta är ingen rolig uppgift att som biståndshandläggare behöva informera om denna form av dubbelboende.

Vidare har jag belyst genom tidigare forskning att en kompetensförstärkning behövs för att kvalitetssäkra yrkesrollen biståndshandläggare. Det visade sig i min intervju undersökning att utbildningsnivåerna skilde sig åt hos de handläggare jag använt mig av i min studie. En del hade den äldre utbildningen som för cirka tjugو år motsvarades av en tvåårig högskoleutbildning på den Sociala omsorgslinjen. Den motsvaras av dagens sex – sju terminers studier på ett Socialt omsorgsprogram. På samma sätt har fler utbildningar förändrats och kompetenskraven skärpts. Jag anser det är bra om Social omsorg kan komma att ingå som en inriktning inom Socionomutbildningarna, vilket jag tror ökar yrkets status och kompetens, och att man därigenom kanske uppnår en bättre kvalitet inom biståndshandläggaryrket. Jag anser alltså att det är positivt att man numer har börjat lägga in utbildningen inom Socionomutbildningarna, men med inriktning äldreomsorg, utan att ta bort de nödvändiga kurser som är signifikanta för just äldreomsorgen och med en viss breddning som forskningen har visat är nödvändig för yrket. Inte minst med tanke på komplexiteten i yrket och att man bl.a. har att hantera olika känslor av sorg och trauman som både den hjälpsökande brukaren eller den anhöriga gett uttryck för. Genom att komma nära familjer, där det råder livskriser av olika slag, så kommer man inte ifrån att man blir mer eller mindre berörd av de olika livsöden som man får ta del av, trots att man alltid försöker förhålla sig professionellt. Här behövs en viss typ av kompetens för att lära sig hantera detta. Även kunskaper i juridik, kunskaper i geriatrik samt kunskaper i samtals-metodik är fler exempel på kompetens som är bra att ha med sig (se även.kap.3.2).

I min egen kommun har vi biståndshandläggare möjlighet att dra vissa beslut inför den politiska nämnden. I de flesta fall har vi lämnat förslag till bedömning och beslut. Ibland har vi lämnat bedömningen och beslutet öppet för att det inte ska färga nämndens deltagare i deras tyckanden. Det är då mycket intressant att lyssna till diskussionen, och vad de lämnar för beslutsförslag. Detta är intressant ur fler perspektiv. För att politikerna ska kunna göra ett bra jobb, genom att få en

insikt i, och möjlighet att dela de beslutsvårdor och svårigheter som biståndshandläggarna har att tampas med dagligdags. Det är lätt att kritisera biståndshandläggare som fyrkantiga myndighetspersoner, i synnerhet de gånger de tvingas att lämna ett avslag, men kom ihåg att biståndshandläggarna bara är politikernas förlängda arm.

5.4 Förslag på framtida forskning

1. Hur stort inflytande har de kommunala riktlinjerna över beslutsfattandet för biståndshandläggare
Hur kan riktlinjerna utformas så att de blir till ett bättre stöd än vad många handläggare upplever idag. Behövs det nationella riktlinjer?
2. Att granska ett tillsynsärende, tex ett avslag om ett särskilt boende som har överklagats och hur gången och bedömningen gått till samt resultatet av tillsynen. Från ”ax till limpa”. En grundlig analys där hänsyn tas till alla aktörer i ärendet från brukaren själv, anhöriga och övriga berörda eller att göra fler jämförande studier över hur handläggare i ett par snarlika kommuner utreder och bedömer likartade ärenden och i vilket avseende de eventuellt skiljer sig i bedömning och beslut. Att helt enkelt analysera hur de skiljer sig åt och varför.
3. En studie för att belysa om hänsyn tas till ett genusperspektiv vid utformningen av insatser till äldre människor i samhället.



Tusen tack till min handledare, som med stort tålamod, engagemang och klokhet, lotsat mig hela vägen fram. Jag är mycket tacksam och stolt!

Sist men inte minst vill jag tacka alla fem biståndshandläggare som med sitt trevliga bemötande och sin professionalitet möjliggjorde min intervjuundersökning som dessutom resulterade i ett intressant och positivt möte!

Anette Jonsson

Referenser

- Andersson, K. (2004). Det gäller att hushålla med kommunens resurser – biståndsbedömares syn på äldres behov. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, nr 3-4, 275-292.
- Bergstrand, B-O. (2006). *Den nya Socialtjänstlagen*, Höganäs: Kommunlitteratur
- Bergstrand, B-O. (2008). *Den nya Socialtjänstlagen*, Höganäs: Kommunlitteratur
- Bonniers Svenska Ordbok (1988). Malmström, Györki, Sjögren. Stockholm: Bonnier.
- Dunér, A. & Nordström, M. (2005). *Biståndshandläggningens villkor och dilemman – inom äldre- och handikappomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. (1996). *Omsorgens skiftningar*, Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. & Szebehely, M. (1991). Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift* 2-3, 69-77.
- Evertsson, L. (2002). *Välfärdsolitik och kvinnoyrken – organisation, välfärdsstat och professionalisering*. Diss. Sociologi, Umeå universitet.
- Henning, C. & Karp, H. *Rapport nr 4/1999*. Utveckling av lokala strategier för äldres välfärd – Ett kommunikativt perspektiv på kvarboende och äldreomsorg. Hälsohögskolan, Jönköping & Mälardalens högskola, Eskilstuna.
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik*, Lund: Studentlitteratur
- Högman A-K. (1999). *Ageing in a Changing Society*. Diss. Historiska institutionen. Umeå Universitet.
- Johansson, S. (2002). *Den sociala omsorgens akademisering*, Liber AB; Stockholm
- Johansson, S. (2005). Mellan förslag och beslut. *Tidningen Social omsorg*, nr 2, 4-6.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, K. & Szebehely, M., (2006). Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_1980I05_BR_17LE112SA0601.pdf.
- Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2007). *Biståndshandläggning och handlingsutrymme – från ansökan till beslut i äldreomsorgen*, Lund: Studentlitteratur.
- Regeringsrätten i Stockholm (2007). *Mål nr 2331-04*. Bistånd enligt socialtjänstlagen, Stockholm: JPinfonet Förlag AB.
- SCB, *Sveriges befolkning 31 december 2007*. Kommunala jämförelsetal. Sveriges officiella statistik. http://www.scb.se/templates/subHeading_26051.asp.
- Sveriges Riksdag. *Motion 2005/06: So710*, s. 6, Seniorpolitiken – Riksdagen. Stockholm.
- Stadsrevisionen i Stockholm (2007). Uppdraget som biståndshandläggare inom äldreomsorgen. <http://www.stockholm.se/Extern/Templates/InfoPage.aspx?id=34530>

Szebehely, M. (2007). Äldreomsorg i förändring-konsekvenser för anhöriga. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Socialstyrelsen (2006). *Socialt arbete med äldre – Förslag till kompetensbeskrivning för handläggare inom äldreomsorg*. Stockholm:Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007). *Statistik Socialtjänst 2007:3 "Äldre – vård och omsorg år 2006"*, Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Tabell 10,s. 89.

Trydegård, G-B. (1994). "Från kommadora till driftschef". R.Eliasson, red.:*Omsorgens skiftningar*.Lund:Studentlitteratur.

Trydegård, G-B. (2000).*Tradition, change and variation.Past and present trends in public old-age care*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet (akad.avh.).

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360/HS_15.pdf

Westlund, P. (2005). *Antonovsky inte Maslow*. Solna: Fortbildningsförlaget.

Äldreomsorgsinspektörernas årsrapport (2005). *En sammanfattning från granskningen 2004*. Stockholm stad. Äldreomsorgsberedningen kansli. Dnr.327 -683/2005.



Mitt namn är Anette Jonsson och jag skriver en C-uppsats inom ämnet **Sociologi**.

Syftet med uppsatsen är att få en förståelse för hur biståndshandläggare utreder, bedömer och beslutar om ett *särskilt boende*. Jag vill alltså med denna uppsats få en förståelse för hur biståndshandläggare arbetar och tänker runt en sådan ansökan genom att belysa den problematik som finns i samband med detta. Era kunskaper och erfarenheter skulle vara en stor tillgång för mitt C-uppsatsarbete. Min metod och tillvägagångssätt är att få möjlighet att intervjua 5 biståndshandläggare som arbetar med Sol-handläggning inom äldreomsorgen. Jag vill ställa ett antal frågor runt mitt *syfte utifrån av mig två konstruerade fallbeskrivningar* som jag önskar att respektive biståndshandläggare ska bedöma och resonera kring mina frågeställningar

Undertecknad *försäkrar att dessa uppgifter kommer att vara fullständigt anonyma* och jag kommer att använda mig av de forskningsetiska principer som är framtagna av Vetenskapsrådet. Dessa principer är: **Informationskravet:** Den som ska bli intervjuad ska ha blivit informerad om uppsatsens syfte, att deltagandet är frivilligt samt om rätten att när som helst avbryta sin medverkan. Resultatet av studien kommer att enbart användas till min C-uppsats. **Samtyckeskravet:** Deltagaren ska själv bestämma över sin medverkan i studien, det vill säga att medverkan är helt frivilligt och att deltagaren när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. **Konfidentialitetskravet:** Uppgifter som deltagare lämnar i studien kommer att vara anonyma och skall hanteras med största möjliga konfidentialitet. Allt material runt uppsatsen kommer att makuleras efter att materialet är färdigbearbetat. Deltagarna kommer att ha fingerade namn i uppsatsen och alla uppgifter avidentifierade.

Nyttjandekravet: Denna studie kommer bara att användas till denna C-uppsats. Deltagaren har rätt att ta del av det färdiga resultatet.

Med vänlig hälsning

Anette Jonsson

Fallbeskrivning 1 (Konstruerad av Anette Jonsson)

Beata är 82 år och ligger på sjukhuset då hon drabbats av en stroke. Hon är nu utskrivningsklar och biståndshandläggaren kallas till en vårdplanering. Det framkommer att Beata har drabbats av sin andra stroke. Denna gång är den mer omfattande än den första stroke hon fick för fyra år sedan. Beata är sedan sju år tillbaka inskriven i äldreomsorgen och hon har sedan tidigare relativt omfattande insatser via hemtjänsten. Hon har varit ensamstående sedan hon och maken skilde sig för snart 30 år sedan. Hon har en dotter som bott i Spanien i hela sitt vuxna liv. Dottern brukar resa hem till jul och ibland till moderns födelsedagar. I övrigt är det via telefon, då modern inte orkar besöka sin dotter längre. Andra nära relationer finns inte annat än ett brorsbarn som hon inte träffar så ofta. Beata har i sitt yrkesverksamma liv arbetat på ett bageri. För att dryga ut inkomsten tog hon extra städjobb.

Beata första kontakt med en handläggare var för sju år sedan, då hon ansökte om trygghetslarm. Vid en omprövning ett år senare fick hon en utökning med matservice. Efter sin första stroke fick Beata ytterligare utökning av hemtjänstinsatserna med morgon-, lunch-, kvällshjälp samt städ, tvätt och inköp beviljade. Vid samma tidpunkt fick hon även sin lägenhet handikappanpassad av arbetsterapeut och hjälpmedel i form av en rollator för inomhusbruk och duschstol m.m.

Den andra stroke som resulterade i ytterligare en vårdplanering. Allt ser mycket mörkare ut. Sköterskan berättar att hon är helt förlamad på den högra sidan. Beatas tal är otydligt och hon klarar inte att sitta med under vårdplaneringen utan kommunikationen sker i salen där Beata ligger i sjuksängen. Biståndshandläggaren beviljar en korttidsplats under 3 månader för att följa upp Beata och därefter se hur mycket av hennes förmågor som kan tränas upp igen.

Efter 3 månader är det åter dags för en ny vårdplanering, denna gång på korttidsboendet. Det visar sig att det inte gått att träna upp Beatas förmågor nämnvärt. Hon är fortfarande förlamad på sin högra sida men talet är lite bättre och hon är mer närvarande. Hon uppger att hon inte längre varken orkar eller vill komma tillbaka hem till sin bostad då hon inte ens kan klara sina toalettbesök själv. Här känner hon trygghet vilket hon inte skulle göra hemma längre. Beata ansöker då muntligt om ett särskilt boende. Hur skulle du agera i denna situation?

Tror du att d.o. redovisade fallet skulle resultera i att du som biståndshandläggare skulle;

Bevilja ett särskilt boende

eller

Ge avslag till ett särskilt boende

Fallbeskrivning 2 (Konstruerad av Anette Jonsson)

Birgit ansöker om ett särskilt boende. I ansökan framkommer att sedan hon blev änka för 2 år sedan, så har hon känt sig otrygg och upplever ångest framförallt på nätterna. Ansökan är kortfattad och handläggaren ringer och bokar tid för ett hembesök. Vid hembesöket är Birgits dotter närvarande. Följande framkommer:

Birgit är 80 år, änka, ordinärt boende, anser sig ha behov av att komma till annat boende p.g.a. att hon känner sig ensam och isolerad. Hon vill slippa vara ensam. Dottern berättar att hon har börjat ringa henne på nattetid ibland, då ångesten är som värst. Hon berättar vidare att modern känner sig otrygg och socialt isolerad och hon vågar inte företa sig något p.g.a. nedsatt hälsa och yrsel. När handläggare talar till Birgit så säger hon att hon tycker att hon väl klarar sig skapligt men visst har det blivit ensamt sedan maken dog. Hon önskar närhet till sociala kontakter, gemenskap och närhet till andra människor. Men, säger hon, jag har min dotter jag kan ringa till ibland och som hälsar på. Jag ska inte klaga egentligen...

Birgit har ett trygghetslarm sedan maken dog, men det har hon inte velat använda då hon inte vill vara till besvär. "Visst är det ensamt och visst skulle jag vilja träffa andra människor ibland, men då tittar jag på TV:n eller lyssnar på radio så känns det lite lättare. Värst är det på nätterna, mörkret då ligger jag vaken ofta och väntar på att det ska ljusna ute...

Birgit är alltså änka sedan 2 år tillbaka, har varit hemmafru en stor del av livet men hon berättar att när dottern flyttade hemifrån så tog hon ett deltidsarbete i en matbespisning på en skola i närheten. Maken blev tidigt sjukpensionerad så hon ville "hjälpa till" ekonomiskt då de hade det knapert ekonomiskt.

Då det gäller Birgits nuvarande fysiska hälsotillstånd så har hon problem med en höftled och ont i ett knä vilket resulterade till att hon trots allt fått tillgång till färdtjänst som är bra att ha då hon besöker dottern ibland som bor i andra änden av stan. Vidare känner hon sig yr ibland och har till sin hjälp en rollator för inomhusbruk att använda vid behov.

Biståndshandläggare noterar att boendesituationen är bra såtillvida att trösklarna är borta (lägenheten på nedre botten anpassades då hon fick problem med höften) och hon har nyligen haft problem med sin yrsel. Dottern är då rädd att modern ska svimma när hon får sina yrselattacker. Dottern tar med Birgit och handlar mat minst en gång i veckan och städar vid behov. Birgit är självständigt då det gäller den personliga omvårdnaden men dottern har börjat hjälpa sin mor att duscha (nu när hon har blivit så "yrslig").

Dottern avslutar med att det inte är så bra som det verkar utan att modern försöker hålla skenet upp att allt är bra då hon inte vill vara till besvär. Dessutom har dottern märkt att Birgit har börjat få problem med sitt minne. Hon undrar om det kan vara Alzheimer...
Biståndshandläggaren råder dottern att kontakta familjeläkaren för att påbörja en demensutredning.

Det går en tid och du blir på nytt kallad till en vårdplanering på lasarettet. Birgit har fått en höftledsfraktur och du beviljar en korttidplats under 4-6 veckor för en periods rehabilitering.

Rehabiliteringen har gått bra och det börjar närma sig en ny vårdplanering/uppföljning på korttidsboendet. Det visar sig att Birgit har trivts väldigt bra och enligt dottern levt upp igen då hon fått träffa andra människor. Dottern påminner om moderns ansökan gällande särskilt boende som de ansökte om under hembesöket. Det har nu gått lite drygt 2 månader sedan hembesöket hos Birgit och du måste snart fatta ett beslut om särskilt boende. Dottern anser att Birgit ska få stanna på korttids i väntan på ett särskilt boende. Du har ännu inte fattat ditt beslut.

Hur skulle du agera i denna situation?

Tror du att d.o. redovisade fallet skulle resultera i att du som biståndshandläggare skulle;

Bevilja ett särskilt boende

eller

Ge avslag till ett särskilt boende

Här kommer följdfrågorna till fallbeskrivningarna

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

1. Vad är din ålder och vad har du för utbildning?
2. Hur länge har du arbetat som biståndshandläggare?

Här kommer följdfrågorna kring Beata och Birgit;

Hur tänkte du/vad grundade du din bedömning/beslut på gällande

1. Fallbeskrivning 1 (Beata)?
2. Fallbeskrivning 2 (Birgit)?

Om vi går tillbaka till fallbeskrivningen av Beata.

1. Vad tog du fasta på när du kom fram till beslutet i fallet Beata?
2. Hur relaterar du din bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv?
3. Vad anser du väge över, då det gäller den medicinska respektive sociala bedömningen för beslutet?
4. Kan du peka ut varför du anser det vara just ett medicinsk eller ett socialt behov?
5. Kan du förklara för mig om du anser att det skiljer mellan det medicinska / sociala behovet som bedömningsgrund för ett bifall till ett särskilt boende. Varför i så fall?

Samma frågeställningar gällande fallbeskrivningen av Birgit.

6. Anser du att du följer kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagens intentioner?

Nu lämnar vi fallen och jag vill ställa ett par avslutande frågor;

- Slutligen vill jag fråga dig vad som är mest positivt med ditt yrke?
- Vad tycker du är det mest negativa i ditt yrke?

Tack för din medverkan!

Anette Jonsson

Redovisning av intervju svaren i sin helhet, biståndshandläggare 1 – 5

Biståndshandläggare 1 är cirka 55 år. Hennes utbildningsbakgrund är bl.a. Socialomsorgslinje. Hon har arbetat som biståndshandläggare i sex år.

Frågeställningar kring fallbeskrivning 1, Beata besvarades så här av biståndshandläggare 1:

Beslutet: *Bifall till ett särskilt boende*. Bedömningen baserades på följande aspekter:

Biståndshandläggare 1 (bhl 1) menar att hon tog fasta på att Beata uppger att hon varken själv orkar eller vill komma tillbaka till sin bostad. Att hon känner trygghet där hon är då och utifrån vad hon förstod av bakgrundstexten så kände Beata inte trygghet i sin bostad. Det är det väsentliga. Det är *trygghetsperspektivet som är det väsentliga*. Det är också relaterat till hennes hälsotillstånd då det gäller det medicinska och det sociala behovet. Hennes otrygghet baseras på hennes medicinska hälsotillstånd, tror bhl 1. Hon har ju haft två stroke och hon är ju halvsidesförlamad, har svårigheter med talet och att hon inte klarar toalettbesöken själv. Hon behöver alltså mycket hjälp och hon skulle inte kunna få lika mycket hjälp i hemmet som hon skulle kunna få på ett särskilt boende. Hon känner närhet till personalen och känner därmed trygghet där hon är nu därför att hon har personalen runt omkring sig. Det är ju det som är det sociala behovet i det här fallet.

På frågeställningen vad som överväger i bedömningen, det sociala eller medicinska behovet svarar bhl 1;

”Det är nog det sociala behovet för hade hon velat vara hemma så hade man ordnat det och ställt in alla resurser i hemmet så att hon fått sina behov tillgodosedda i hemmet. Om hon ville komma hem och känna sig trygg i hemmet så hade man satt in så mycket hemtjänst som man kunnat för att trygga upp det hela. Man har ju rätt att få bo kvar hemma om man vill det. Så här är det nog det sociala som är tyngdpunkten”.

Bhl 1 fortsätter sin diskussion om varför det är det övervägande:

”Jag tycker på sätt och vis att det är en kombination. Det övervägande är det sociala.... Att hon inte känner att hon är trygg i sitt hem. Är man inte trygg och hon inte känner sig trygg i hemmet så är det svårt att motivera henne med punktinsatser från hemtjänsten”.

På frågan vad det är som skiljer mellan det sociala och det medicinska behovet, svarar hon:

”Det går in i varandra anser jag och man måste ta hänsyn till både det sociala och det medicinska behovet samt även det psykologiska bör man väga in. De här olika punkterna går in i varandra så man kan inte särskilja det. Man måste titta på helheten alltså...”

Frågeställningarna om fallbeskrivning 2, Birgit, besvarades så här av biståndshandläggare 1:

Beslutet: Avslag till ett särskilt boende. Bedömningen baserades på följande aspekter:

Bhl 1 menar att hon kan se här när hon tittar i underlaget att dottern för moderns talan, hon pratar mycket om hennes yrsel och hennes oro för en eventuell bakomliggande Alzheimer.. och menar att det är ju en läkarkontakt och det måste jag ju få ett läkarutlåtande på då och likaså vad yrseln beror på. Kan det finnas något läkemedel att sätta in när man vet vad yrselattackerna beror på, så en läkarkontakt råder jag till i det här fallet. Sedan har hon ju blivit änka och känner sig *ensam och isolerad*. Då skulle man ju kunna bevilja *social dagvård* för att bryta isoleringen och istället få sysselsättning om dagarna via den sociala dagvården. Då kanske hon även kommer tillrätta med sin oro på nätterna. Om Birgit får *sysselsättning och möjlighet att bryta isoleringen* genom att träffa andra så kanske hon också sover om nätterna och slipper väcka sin dotter med nattliga samtal. Det dottern gör idag, det skulle ju också hemtjänsten kunna hjälpa till med.. så där skulle man ju kunna sätta in hemtjänst. Att hon känner sig ensam sedan maken dog är ju också en normal reaktion när ens nära avlider, det är ju inget konstigt med det, så är det ju för alla. Det är ju en sorgebearbetning som Birgit måste gå igenom. Dottern kan ju ändå fortsätta hjälpa modern genom att kanske fortsätta handla åt henne men bara göra sådant som de tycker om och vill. Resten kan ju hemtjänsten ta över, t.ex. städningen, om inte dottern nu absolut vill göra det. Larm hade hon ju redan. Jag skulle ge avslag på den här ansökan, det skulle jag göra, konstaterar bhl 1.

På frågan om hur hon relaterar den sociala respektive medicinska bedömningen, svarar hon;

”Dom sociala behoven som Birgit har, dom kan man tillfredsställa med social dagvård. De medicinska behoven kan man ju ta en läkarkontakt om, t.ex. vad gällde den bakomliggande orsaken till yrseln. Även gällande misstanken om en Alzheimer. Då måste vi ha ett intyg på sjukdomen från en läkare och då kanske man får stötta upp med tillsyn i hemmet om det kommer fram en diagnos från läkaren. Birgit kan alltså få mycket hjälp i hemmet tills det senare kanske blir aktuellt med ett gruppboende för hennes del.. man vet ju att med tiden skulle det bli sämre men i nuläget så skulle Birgit ändå få avslag på en ansökan om särskilt boende då man som sagt kan sätta in mycket resurser i hemmet från hemtjänstens sida”.

På frågan om vad som vägde över och varför det vägde över, svarar hon;

”I bedömningen så var det till större delen det sociala behovet.. men de båda behoven hänger ju ihop också, eller rättare sagt går ”hand i hand”. Yrselattackerna och misstanken om Alzheimer, skulle hon flytta till ett särskilt boende baserat på det, så är det inte säkert att det skulle bli bättre för det utan här är det mer de sociala aspekterna man ser på, anser jag”.

På frågan om vad som är mest positivt i yrkesrollen, svarar bhl 1;

”Det är varierande arbetsuppgifter det är det att man träffar mycket människor, det skapar mycket kontakter och det är ju spännande då man vet inte vad dagen bjuder på. Det är en utmaning också att hela tiden möta nya människor”

På frågan om vad som är mest negativt, svarar hon;

”Stressen, arbetsbelastningen, vi har väldigt hög arbetsbelastning , hela tiden känner man att man själv ligger efter, man skulle vilja göra mer uppföljningar, det hinner vi inte göra som önskvärt är” .

Avslutande frågeställning till biståndshandläggare 1;

Följer du kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagens intentioner?

”Socialtjänstlagen den är ju stark, men man tittar ju på både och. Lagen är ju den som överväger helt klart man måste ju även titta på kommunens riktlinjer också. Det är ju ändå lagen som är starkast. Kommunens riktlinjer går ju in i lagen, och hon menar att det inte skiljer så mycket Jag kan inte säga att jag inte bryr mig om det, men det går hand i hand, anser jag”.

Biståndshandläggare 2 är även hon cirka 55 år och har arbetat tjugo år som biståndshandläggare. Hennes utbildningsbakgrund är den sociala omsorgslinjen.

Frågeställningar kring fallbeskrivning 1, Beata, besvarades så här av biståndshandläggare 2:

Beslutet: Där skulle jag bevilja ett särskilt boende och utgår utifrån den kommunen jag jobbar i. Jag tar hänsyn till den sökandes bakgrund och nuvarande situation och hennes otrygghetskänsla samt att man måste känna *trygghet* i sitt boende. Regeringsrätten har ett prejudikat på en liknande dom. Jag skulle bevilja henne ett särskilt boende i form av ett sjukhemsboende.

Bhl 2 tog fasta på följande; Först tänkte jag, p.g.a. att hon haft en stroke, att koppla in hemrehabteamet, men då när hon fick ytterligare en stroke och det blev mera som tillkom, så kunde man ana att hon inte kunde känna sig riktigt trygg i sitt hem efter det. I synnerhet då hon fått en påspädning av stroke. Det var i en kronologisk ordning en följd av försämringar i hennes hälsa som ledde fram till min bedömning.

På frågan om hur hon kopplar det medicinska resp. det sociala behovet;

”Det medicinska är ju hennes stroke och halvsidesförlamning och det i sin tur leder till att hon inte kan gå på toaletten men sedan i samband med dessa bristande funktioner så känner hon sin otrygghet som ju är det sociala behovet. Med vetskapen om att Regeringsrätten i sin dom hänvisar till vikten av trygghetsaspekten så visste jag att jag hade mycket på fötterna för att bevilja henne ett särskilt boende så att jag kunde stå för det beslutet”.

Vad anser du väger över, det medicinska eller det sociala behovet för att bevilja ett bifall?

”I det här fallet tycker jag att det är det medicinska behovet p.g.a. de nedsatta funktionerna, det gick nedåt hela tiden för henne. Det måste vara det medicinska”.

Varför vägde det över?

”Det övervägde till ett medicinskt behov p.g.a. av stroke. Vad kom först hönan eller ägget? Hon förlorade de här funktionerna och hon kunde inte träna upp dessa nämnvärt under denna korttidsvistelse, jo talet och det var ju positivt att hon kunde prata för sig, och då kommer det fram det här att hon varken orkar eller vill komma tillbaka till sin bostad, och då hon inte ens kan klara sin

toalettbesök själv det kunde hon inte, och då hon kände trygghet i det boende hon hade under den här tiden”..

Frågeställningarna om fallbeskrivning 2, Birgit, besvarades så här av biståndshandläggare 2:

Beslut: Där skulle jag inte tillstyrka något särskilt boende utifrån att hon kände sig ensam, utan jag skulle föreslå social dagvård till henne, kanske daglig eller varannan dag, inte bara en gång i veckan utan jag skulle vilja föreslå rätt så mycket av den varan.

På frågan om vad hon tog mest fasta på i sin bedömning, svarar hon;

”Jag tyckte att det var dottern mer som tryckte på om att hon behövde ett annat boende, själv säger hon att det går bra och dotter menar att modern försöker vara mer positiv själv än vad hon egentligen är.. Dottern säger något annat och menar att sanningen ligger kanske någonstans mittemellan de här båda budskapen man får höra. Jag skulle göra så i alla fall att jag skulle ge ett avslag på ett särskilt boende men samtidigt uppmana dottern att överklaga beslutet hos Länsrätten för att få det prövat. Jag skulle då skriva i min motivering till avslaget att man behöver pröva med socialdagvård och hemtjänst före ett särskilt boende sen skulle Länsstyrelsen få kommentera fallet. Inte för att dottern ljuger för det är säkert jobbigt för henne men man måste pröva andra alternativ före i alla fall”.

Vad anser du väger över, det medicinska behovet eller det sociala behovet?

”Det var nog det sociala behovet och menar att det väger över och får dottern att genom sina nattliga telefonsamtal agera lite ”desperat” för man kan ju förstå att det blir jobbigt för henne i längden så hon inte kan slappna av”

I vilket avseende skiljer sig dessa behov åt?

”I detta fall var det inte så mycket medicinskt utan man kanske mer generellt eller allmänt sett så är det nog det sociala behovet som är det mest avgörande behovet sedan kan det vara det så att det medicinska behovet kan vara det som väger över och som gör att det sammantaget blir ett bifall till ett särskilt boende. I det här fallet så är det ju det sociala behovet som ”orsakar ” denna ansökan och kommer man tillrätta med det sociala behovet som ju detta bottenar i så är mycket löst, anser jag”.

Avslutande frågeställningar till biståndshandläggare 2;

Följer du kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagens intentioner?

Biståndshandläggare 2 anser att där överväger kommunens riktlinjer Socialtjänstlagen. Jag bär dem alltid med mig i väskan, säger hon.

På frågan om vad som är mest positivt och negativt i yrkesrollen, svarar bhl 2;

”Väldigt varierande, man träffar så många olika människor, man träffar helt underbara människor, man träffar normala människor och man träffar människor som är ett hår av hin för att vara ärlig och anhöriga som kan vara underbara men som kan vara helt åt andra hållet också. När man träffar dessa jobbiga människor så är det tur att man inte träffar fem jobbiga på en gång. När någon av kollegorna har det jobbigt med någon så har inte jag det, när jag har det jobbigt med någon så har dom det mindre jobbigt och vi har inte flera samtidigt, samtidigt kryddar det tillvaron lite.. det skulle kanske bli tråkigt om att bara flöt på i en stillsam lunk.. men det får inte komma en fem sex på en gång för då bryts man ner och blir knäckt och inte orkar. Men det har inte hänt under mina tjugo år här så...”

Biståndshandläggare 3 är drygt 30 år och har arbetat som biståndshandläggare i två år. Hennes utbildningsbakgrund är en beteendevetenskaplig utbildning om 145 p, med en fil kand. i psykologi. Frågeställningar kring fallbeskrivning 1, Beata, besvarades så här av biståndshandläggare 3:

Beslutet: Bevilja ett särskilt boende. Beata har redan hemtjänstinsats x 3 varje dag, serviceinsatser, larm och matservice. Hennes hälsotillstånd har försämrats avsevärt. Hon har inga anhöriga på nära håll som kan / vill stötta och hjälpa henne. Beata uppger att hon vill flytta till särskilt boende, hemma skulle hon inte känna sig trygg. Beatas hjälpbehov skulle eventuellt kunna tillgodoses i hemmet med täta besök av hemtjänsten och om hon klarar av att larma men hon skulle vara helt beroende av personalen och låst i hemmet. Hon skulle även bli socialt isolerad. Beata har ett så pass stort och omfattande omvårdnadsbehov och behov av social stimulans att hon är berättigad till särskilt boende. Om man ser på Beatas hela livssituation, så kan hon inte uppnå skälig levnadsnivå i hemmet med hemtjänstinsatser. Därför anser jag att Beata bör beviljas ett särskilt boende.

På frågeställningen om hur bhl 3 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg vägde över för beslutet, svarar hon:

”Både medicinska och sociala förhållanden väger tungt. Beata är svårt funktionshindrad och sjuk, vilket i sig motiverar till ett särskilt boende, men hade hon exempelvis haft en make och hon själv hade velat åka hem med hemtjänstinsatser hade hon kunna åka hem och lyckats uppnå en skälig levnadsnivå. Men för att svara på frågan så måste jag anse att det medicinska väger över något.

Kan du peka ut varför du anser det var just ett medicinskt eller ett socialt behov?

”Hade Beata varit frisk och rörlig hade inte hennes sociala behov enbart räckt till ett bifall, men enbart hennes medicinska tillstånd hade motiverat till ett bifall. Hade hon varit frisk hade det sociala behovet eventuellt kunnat tillgodoses genom social dagvård, väntjänst etc.

I vilket avseende anser du, skiljer sig dessa behov åt?

”Det är klart att det skiljer mellan ett socialt behov och medicinskt behov som bedömningsgrund, men själva tankegången är ju detsamma, d.v.s. om behovet kan tillgodoses på annat sätt, så har inte den enskilde behov av ett boende. Allt beror ju på förutsättningarna i kommunen. Om det finns mycket andra insatser att erbjuda den enskilde så att denne får den hjälp och trygghet denne behöver i hemmet, så kan relativt svårt fysiskt sjuka klara sig i hemmet. Däremot om man är psykiskt sjuk eller dement, har svår ångest o.s.v. kan inte behovet fullt ut tillgodoses med hjälp av hemtjänst, dagvård etc.

Frågeställningarna om fallbeskrivning 2, Birgit, besvarades så här av biståndshandläggare 3:

Beslutet: Ej bifall till särskilt boende. Birgit har endast trygghetslarm sedan tidigare. Hon uppger att hon klarar sig skapligt utan hjälp, men känner sig ensam och isolerad. Hon är rörlig och skulle kunna ta sig iväg till social dagvård för att få social stimulans och sysselsättning. Birgit har inte ett omfattande omvårdnadsbehov. Hennes behov kan tillgodoses genom social dagvård samt det trygghetslarm hon redan har. Om hon blir yrslig och ramlar kan hon ramla. Då kan hon larma. Förutom social dagvård skulle väntjänsten kunna vara ett alternativ för Birgit. Så för att sammanfatta bedömningen så kan Birgits behov tillgodoses på annat sätt, hon har ej behov av ett särskilt boende. Birgit kan återgå till sitt hem med eventuella hemtjänstinsatser.

På frågeställningen om hur bhl 3 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg vägde över för beslutet, svarar hon:

”Även i Birgits fall var det både medicinska och sociala behovet som sammanvägdes. Inget av faktorerna motiverade till särskilt boende innan andra insatser har provats. Skulle det vara så att hennes känsla av ensamhet och isolering inte kan tillgodoses genom andra insatser, skulle hon eventuellt kunna få ett bifall till ett särskilt boende p.g.a. sina psykiska besvär.

Biståndshandläggare 3 avslutar fallbeskrivning Birgit och menar att både det medicinska som de sociala behoven väger tungt men att själva tankegången är densamma. Om behovet kan tillgodoses på annat sätt så har inte Birgit behov av ett särskilt boende.

Slutfrågorna besvarades så här;

Biståndshandläggare 3 svarar avslutningsvis, att hon följer riktlinjerna i den här kommunen hon arbetar i för närvarande. Hon arbetade tidigare i en större kommun, där dels kommunens riktlinjer var mer i enlighet med lagens men även annars så var det lättare att följa lagens intentioner. Hon fortsätter och säger att ”i en liten kommun har verkställarna alldeles för mycket makt”.

”Det positiva med yrket är att få träffa människor, att få hjälpa dem. Det är trevligt att få kombinera skrivbordsjobb med att vara ute och träffa folk. Det är väldigt roligt att få tänka, ”klura” på en utredning som ju är en form av problemlösning”.

”Det negativa med yrket är att det är stressigt. Att få mina beslut ifrågasatta av andra, främst verkställare i form av hemtjänstpersonal, annan vårdpersonal och landstingets personal. Det kan ibland bli lite tråkigt med bara äldreomsorgsärenden. Jag skulle gärna ta lite LSS-ärenden också. Hon avslutar med att säga att det är för dålig lön för yrket”.

Biståndshandläggare 4 är cirka 35 år och har arbetat som biståndshandläggare i tre år. Hennes utbildningsbakgrund är en beteendevetenskaplig utbildning med inriktning Social omsorg.

Frågeställningar kring fallbeskrivning 1, Beata, besvarades så här av biståndshandläggare 4:

Beslut; Bifall till ett särskilt boende då Beata hade ett omfattande vårdbehov. Hon har alltså ett stort hjälpbehov. Dessutom att hon själv kände sig trygg nu, vilket hon upplever att hon inte skulle göra i hemmet.

På frågeställningen om hur bhl 4 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg väge över för beslutet, svarar hon:

”I Beatas fall var hon så pass fysisk dålig vilket bidrog till att jag tyckte att det medicinska behovet väge över. Det medicinska i sin tur bidrar till otryggheten”.

Kan du peka ut varför du anser det var just ett medicinskt eller ett socialt behov?

”Det är ett övervägande medicinskt behov, anser jag, p.g.a. att hon var förlamad och inte rehabiliteringsbar”.

Frågeställningarna om fallbeskrivning 2, Birgit, besvarades så här av biståndshandläggare 4:

Beslutet: Ej bifall till särskilt boende. Det jag tog fasta på var att Birgit hade återhämtat sig bra efter höftledsfrakturen. Hennes känslor av ensamhet och att hon känner sig isolerad kan tillgodoses genom att man sätter in dagvård och avlastning samt ledsagarservice. Hon fortsätter ”Då Birgit själv säger att hon klarar sig skapligt så kan man ju fundera över om hon egentligen tycker det eller om det är anhöriga som är oroliga över Birgits situation. Det är också viktigt med information till Birgit om att hon inte är till besvär utan att hon får larma. Dessutom har ju Birgit färdtjänst som hon kan använda sig av för att besöka sina anhöriga.

På frågeställningen om hur bhl 4 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg väge över för beslutet, svarar hon:

”I detta fallet kopplar jag min bedömning till att hennes medicinska behov inte är tillräckligt stort för ett bifall till ett särskilt boende. Samt att hennes sociala behov kan tillgodoses på annat sätt”.

På frågeställningen om vad som väge över gällande det medicinska eller det sociala behovet, svarar hon;

”I fallet Birgit vägde både det medicinska och det sociala behovet in och var avgörande för beslutet”

Slutfrågorna besvarades så här;

Biståndshandläggare 4 anser att hon följer kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagen.

”Det som är mest positivt med yrket är att det är ett omväxlande arbetet där man träffar många olika människor”.

”Det mest negativa är att det är en hög arbetsbelastning. Känner ibland att man inte har tid att lägga ner all den tid man borde göra i ett ärende”

Biståndshandläggare 5 är drygt 40 år och har arbetat inom området sedan 1985 då hon gick den Sociala omsorgslinjen. Hon tillhörde den första kullen som examinerades från Sociala omsorgslinjen. Den var då en 2-årig utbildning. Hon berättar vidare att hon började arbeta som enhetschef men gick senare över till att arbeta som biståndshandläggare.

Frågeställningar kring fallbeskrivning 1, Beata, besvarades så här av biståndshandläggare 5:

Beslutet: Bevilja ett särskilt boende. Beata upplever sin situation, att hon inte skulle känna sig trygg på samma sätt som hon kände sig innan hon drabbades av sin andra stroke. Efter första stroke så upplevde Beata att hon kände sig relativt trygg och att det gick bra att vara hemma med hjälp av hemtjänsten. Men det var innan den andra stroke och nu klarar hon inte ens att gå på toaletten själv. Hon har ju varit en längre tid på korttids, cirka 3 månader, och det har inte blivit så mycket bättre och hon känner stark olust inför att eventuellt komma hem igen. Jag grundar min bedömning på att hon känner otrygghet och olust och att hon inte ens klarar toalettbesök själv. Det hade varit en annan sak om hon själv hade velat komma hem, då ska man ju försöka möjliggöra det men vill man inte det så, där drar jag gränsen, d.v.s. jag tar stor hänsyn till brukarens egen vilja.

På frågeställningen om hur bhl 5 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg vägde över för beslutet, svarar hon:

”Jag anser det vara utifrån ett socialt perspektiv mer eftersom jag anser att om hon verkligen skulle vilja komma hem så skulle det gå att ordna med omfattande hemtjänstinsatser, utan det är väl det här hur hon själv upplever, att hon skulle känna sig otrygg.

Kan du peka ut varför du anser det var just ett medicinskt eller ett socialt behov?

”På sätt och vis hänger ju båda perspektiven ihop men det medicinska är ju stroken och det sociala är otryggheten i det här fallet som har kommit ur det medicinska behovet. På så vis hänger det ihop.”

I vilket avseende anser du, skiljer sig dessa behov åt?

”Om det medicinska innebär att du blir handikappad eller rullstolsburen t.ex. och du behöver göra stora anpassningar i din bostad samtidigt som den som ansöker har väldigt hög ålder så kan jag ta hänsyn till det för att bevilja ett särskilt boende, istället för att byta sin bostad för kanske ett eller två år och då det gäller det sociala behovet så är det ju deras egna upplevelser som man måste ta hänsyn till”.

Frågeställningarna om fallbeskrivning 2, Birgit, besvarades så här av biståndshandläggare 5:

Beslutet: Det lutar åt ett avslag (lite tveksamt) men bhl 5 vill veta mer innan hon fattar beslutet.

Här anser jag det vara det sociala också, det är ju inte så mycket fysiskt även om hon har brutit sig så har hon ju återhämtat sig väldigt bra och hon har ju en bra bostad. Dottern säger ju att hon inte säger allt men jag skulle nog försöka prata med Birgit och tala om vad det finns för möjligheter till att komma ut, eventuellt komma till en dagcentral och jag skulle berätta lite om vad det finns för möjligheter till aktiviteter så det beror ju lite på hur hon skulle bemöta den möjligheten. Det kan ju vara så att hon inte riktigt tar sig för och att det inte blir utav. Då är ju risken den att hon ändå blir väldigt ensam i sin bostad. Jag skulle vilja veta mer om det här med hennes minnesproblematik, om man har gått vidare. Kan det vara en Alzheimer eller är hon bara glömsk som kanske är p.g.a. inaktivitet och att hon är väldigt ensam. Så jag skulle vilja veta lite mer om henne innan jag fattar ett beslut. Ett alternativ som jag kan se för henne vore kanske någon form av servicelägenhet och att någon kan följa henne ner till dagcentralen där hon kan få tillgång till sällskap och kunna äta tillsammans med andra. Det skulle nog passa henne bättre än ett gruppboende. Jag skulle även informera henne hur det ser ut på ett gruppboende, vilka som bor där och om hon fortfarande skulle vara intresserad av att ansöka om ett särskilt boende. Det är ju möjligt ändå att jag i slutändan skulle bevilja henne ett särskilt boende men jag skulle vilja ha svar på de här frågorna först. Birgit skulle få återgå till sin bostad i väntan på beslutet och så kan vi ju stötta henne med andra saker i väntan på beslut.

På frågeställningen om hur bhl 5 relaterar sin bedömning utifrån ett medicinskt eller ett socialt perspektiv och vad hon ansåg vägde över för beslutet, svarar hon:

”Den här anser jag vara ännu mer socialt än fallet Beata. Birgit har ju återhämtat sig så bra så nu är det enbart ett socialt behov.

Kan du peka ut varför du anser det var just ett medicinskt eller ett socialt behov?

”Dottern berättar ju mycket om hur hon upplever att modern har det eftersom Birgit inte berättar allt själv och man måste ju väga in allt. Det låter ju som om det är ett stort problem. Enligt dottern som ju är den som berättar hur det är till vardags så saknar Birgit social gemenskap. Birgit säger ju att hon känner sig ensam och otrygg men dottern berättar mer om hur det yppar sig, det här att hon kan ringa på nätterna och verka lite oklar och sådana saker”.

Avslutande frågeställningar till biståndshandläggare 5;

Följer du kommunens riktlinjer före Socialtjänstlagens intentioner?

”Nej det tycker jag inte utan jag försöker väga in helheten då det t.ex. gäller att bevilja ett särskilt boende. Skrivningen i riktlinjerna säger ju att det ska vara ett omfattande omvårdnadsbehov enbart för att bevilja ett särskilt boende och att kvarboendepincipen ska genomsyra bedömningarna”.

Det är det ju inte jämt utan det kan vara andra aspekter man väger in som ålder, otrygghet, dom bitarna också för enligt Socialtjänstlagen ska man ju ta hänsyn till detta. Till helheten alltså. Det betyder att om man bara ska följa riktlinjerna om ett omfattande omvårdnadsbehov så frångår man ju Socialtjänstlagen. Man försöker naturligtvis med olika medel att uppmuntra folk att om de vill ska de kunna bo kvar hemma men det är ju hela tiden en avvägning och det är ju det som gör det så svårt.

Vad är det mest positiva i ditt yrke?

”Det mest positiva är ju mötet med människan och att man känner att man gjort någonting bra för den människan och att man kan känna att det är något positivt man gjort för att gynna den människan. Alla levnadsöden, berättelser man får till sig, ja, helt enkelt mötet med människan”.

”Det negativa är ju det att det är pengar som ska styra och att man känner sig lite bakbunden och i den här kommunen ligger man inte i fas eller steget före utan i underkant. Det vore kul om man låg lite steget före hela tiden. Annars trivs jag jättebra med jobbet”.

