

Med olika glasögon

Några reflektioner utifrån en kunskapsbaserad diskussion i en FoU-cirkel kring behov, bedömning och insatser för personer med psykiska funktionshinder

Författare: Carina Bäckström, Lars Wilhelmsson, David Rosenberg och Eva Rönnbäck

Rapport: nr 2006:4

ISSN 1653-2414 ISBN 91-975930-4-4

Förord

Den bok/rapport är ett resultat av en FoU-cirkel som startade hösten 2003 och pågick under 2004 med inriktning på biståndshandläggning och verkställighet för personer med psykiskt funktionshinder. Några år efter det att psykiatrireformen infördes, började Socialtjänsterna runt om i landet att allt mer besluta om insatser till målgruppsmedlemmarna efter en individuell prövning utifrån socialtjänstlagens biståndsparagraf. Detta kan ses som en förändring från en generell och allmän tilldelning av de olika insatserna till en individuellt bedömd behovstilldelning. FoU-cirkeln samlade biståndshandläggare och verkställare från kommunerna i Västernorrland som arbetade med psykiskt funktionshindrade. Syftet med FoU-cirkeln var att diskutera socialtjänstlagen och dess möjligheter och begränsningar utifrån de speciella behov som personer med psykiska funktionshinder upplevde och sökte hjälp för. Många av de biståndshandläggarna som deltog i FoU-cirkeln hade tidigare i huvudsak arbetat med äldre människor och de mötte nu en ny målgrupp som de själva upplevde att de behövde mera kunskaper om. Ett centralt tema var individuellt kontra generell eller allmän tilldelningen av hjälpen eller insatserna. Tanken var att diskutera vilka konsekvenser som olika handlande/vägval får för brukarna, professionerna och organisationerna.

Deltagarna i FoU-cirkeln har varit:

Carina Bäckström	Härnösand
Kristina Wiklund	Härnösand
Monica Carlsson	Sollefteå
Monika Kuronen	Sollefteå
Hans Lundberg	Sollefteå
Kristina Wedin	Sollefteå
Maria Lundin	Timrå
Lars Wilhelmsson	Timrå
Patrik Jonsson	Sundsvall
Erika Lööf	Sundsvall
Maria Magnusson	Sundsvall

Träffarnas innehåll styrdes i huvudsak av deltagarna även om vi – David och Eva – ibland försökte styra genom att ta upp vissa teman och ge uppgifter till deltagarna. De krav som vi ställde på deltagarna var att de till varje träff skulle skriva ned några egna reflektioner kring vad som diskuterades vid en tidigare träff eller något som de ville lyfta fram inför nästa.

Deltagarantalet har varierat från att samtliga varit med till endast ett fåtal de sista gångerna. Diskussionerna som fördes vid träffarna var emellertid livliga och många olika uppfattningar och åsikter kom fram. Det gemensamma var att det finns ett stort behov av ökade kunskaper från deltagarna särskilt kring målgruppens behov och hur vi ska bli bättre på att fånga in behoven.

Två av deltagarna – Carina Bäckström och Lars Wilhelmsson – har tillsammans med oss på FoU-enheten sammanställt denna rapport som kan sägas vara ett axplock av de diskussioner som förts vid träffarna. Varje författare har valt sitt eget tema och ansvarar självständigt för sin del i rapporten. Vi har inte ambitionen att få med samtliga deltagares synpunkter och reflektioner i rapporten men vår förhoppning är att såväl deltagare i FoU-cirkeln som kollegor runt om i länet och i landet ska känna igen sig och få egna reflektioner kring ämnet.

Eva Rönnbäck

David Rosenberg

Innehåll

Förord	2
Rapportens disposition och författarpresentation	6
1. Hur social är socialtjänsten?	8
Lars Wilhelmsson	8
<i>Klimat</i>	8
<i>Gemenskap</i>	9
<i>Delaktighet</i>	10
<i>Slutsats</i>	11
2. Socialtjänstlagen - problem och möjligheter	12
Eva Rönnbäck	12
<i>Psykiatrireformens mål och syfte</i>	12
<i>Socialtjänstlag – mål och konstruktion</i>	13
Strukturell, generell och individuell nivå	13
En målrationell lag	15
<i>Den faktiska tillämpningen av lagstiftningen – hur gör man?</i>	17
<i>Varför blir det så och går det att ändra på - möjligheter</i>	19
3. ”I huvudet på en biståndshandläggare”	23
Carina Bäckström.....	23
<i>I mötet</i>	23
<i>Värderingar hos handläggaren påverkar behovsbedömningen</i>	25
<i>Helhetssyn saknas – bara vissa behov synliggörs</i>	26
<i>Tillräckligt med tid – ett krav för en helhetsorienterad behovsbedömning</i>	27
<i>"Nya behov"</i>	28
<i>Nu har jag inte tid att skriva nå´t mer!</i>	29
4. Kan man bevilja en framtid?	30
David Rosenberg.....	30
<i>Personer med psykiska funktionshinder – Ett behov av att uttrycka sina behov...</i>	31
<i>Ett bemötande om behov – attityder, värderingar, färdigheter och kunskap</i>	33
<i>Biståndshandläggning</i>	34
<i>Organisation</i>	37
<i>Diskussion</i>	39
5. Några avslutande reflektioner	42
Referenser	45

Rapportens disposition och författarpresentation

Rapporten innehåller fem kapitel. De fyra första kapitlen är fristående och kan läsas var för sig, medan det sista kapitlet har ambitionen att försöka sig på att sammanfatta det som kommit fram i artiklarna och i FoU-cirkeln och koppla det till en kunskapsprocess. Kapitel 1 har författats av Lars Wilhelmsson och har den något provocerande titeln ”Hur social är socialtjänsten”. Lars resonerar kring vad begreppet social står för och hur socialtjänsten lever upp till innehållet i detta begrepp. Kapitel 2 berör lagstiftningen och dess intentioner för psykiskt funktionshindrade. I kapitlet ställs det föreskrivna mot hur det faktiska handlandet och hur FoU-cirkeldeltagarna har resonerat kring detta. Avslutningsvis diskuteras kring några möjliga sätt att bryta mot den rådande handläggningskulturen. Kapitlet har författats av Eva Rönnbäck.. Det följande kapitlet 3 fokuseras på biståndshandläggaren och hennes uppgift. Carina Bäckström reflekterar över rollen och uppgiften och de problem och möjligheter som finns kring biståndshandläggningen. I kapitel 4 som författats av David Rosenberg beskriver en social modell för att beskriva individens samhällsbaserade behov. David utgår från FoU-deltagarnas reflektioner och lyfter in detta i ett teoretiskt perspektiv.

Nedan presenteras författarna:

- | | |
|------------------|---|
| Carina Bäckström | Biståndshandläggare vid socialtjänsten i Härnösand. Carina har arbetat 20 år inom Härnösands kommun med i huvudsak personaladministrativa uppgifter. I slutet på 1990-talet utbildade hon sig vid Mitthögskolan på sociala omsorgsprogrammet och år 2000 började hon arbeta inom socialtjänsten. |
| Lars Wilhelmsson | Verksamhetschef för handikappomsorgen i Timrå kommun. Lars har arbetat inom verksamhetsområdet sedan 1973. Han började som skötare inom slutenvården och öppenvården vid psykiatri och i samband med psykiatireformen övergick han till socialtjänsten. Lars har en fil kand. i beteendevetenskap och en psykoterapiutbildning (steg1). |
| David Rosenberg | Forskningshandledare vid FoU Västernorrland och doktorand vid institutionen för socialt arbete i Umeå. David är från USA och har en lång yrkeserfarenhet som socialarbetare inom området psykiatri och rehabilitering. |

Eva Rönnbäck

Fil dr i socialt arbete och forskningshandledare vid FoU Västernorrland. Eva har tidigare arbetat i drygt 20 år vid socialtjänsten i Sundsvall som både hemtjänstassistent och som utredare/utvecklare inom socialtjänsten.

1. Hur social är socialtjänsten?

Lars Wilhelmsson

Jag som står för denna "betraktelse" har en bakgrund som skötare inom både slutenvården och öppenvården psykiatrisk vård, fostrad i den dynamiska andan, är utbildad beteendevetare och arbetar sedan tio år tillbaka som verksamhetschef inom socialförvaltningen. Tror på relationen som bärare av den näring vi behöver för vår existens.

Det kan vara nyttigt att ibland fundera över vad ord och begrepp egentligen står för. Ta ordet social som enligt latinet står för begrepp som *kamratlig, vänskaplig* och i vidare bemärkelse *gemenskap, gemenskap och delaktighet*. Hur stämmer det med bilden av socialtjänsten i allmänhet? Nedan resonerar jag kring dessa begrepp i relation till socialtjänsten.

Klimat

Jag träffade en person för inte så länge sedan som var utan bostad och dessutom psykiskt funktionshindrad. Han hade nyligen separerat och kände sig både arg och ledsen över detta vilket upptog merparten av hans tankar. Blev uppringd av en tjänsteman på sjukhuset som i ett annat sammanhang hade träffat personen och påtalade vikten av att genast ordna bostad och ordna med tillsyn. Problemet var bara att personen själv inte ville ha någon lägenhet inte heller något annat stöd. Han ville bara tillbaka till sin tidigare sambo. Han ville inte träffa några "soc-kärringar" ville inte ens komma på besök till kontoret så att någon biståndsbedömare fick träffa honom. Han hade en mobiltelefon men lämnade inte ut numret så att det gick att nå honom. Ville vara ifred. För att erhålla det stöd han behövde måste han själv begära detta, få tid hos handläggare för utredning och beslut. Hur var hans bild av socialtjänsten? Varför såg han inte oss som en möjlighet till förändring, som något gott?

Redan under 80-talet påbörjades en utflytning av personer som länge vistats inom psykiatrin. Det var innan ädelreformen och de personerna hamnade ute i samhället med stöd av hemtjänsten. För många av de personerna har det gått mycket bra och är ett exempel på att normalisering och integrering kan åstadkommas. Gjorde hemtjänsten något speciellt för dessa personer för att det skulle fungera? Nej, men de satt inte fast i något diagnostänkande och bemötte dessa personer med respekt på mer lika villkor, i en vardaglig kontakt, vilket är betydelsefullt för min självkänsla. Alla möten med utsatta personer oavsett var i organisationen de än sker är betydelsefulla.

Det handlar alltså om den "atmosfär", hur den person som behöver våra insatser bemöts och uppfattar oss. Hur känns det i rummet, hur är tonen i samtalet, tas jag på allvar och ges det utrymme och tid? Hur är det att behöva oss en fredag eftermiddag? Vilket språk använder jag?

Undersökningar inom psykiatrisk slutenvård påvisar ett synergistiskt förhållande mellan hur bra patienten mår och hur bra behandlarrelationen är (Allen m.fl. 1985). En god behandlingsrelation är därför en av de viktigaste åtgärder man kan vidta inom psykiatrisk behandling och rehabilitering. Skulle det vara någon skillnad i dessa relationer som uppstår inom kommunalt bedrivna verksamheter?

Jag tror inte det. Det stärker bara min tro på att de personer som funktionshindrade kommer i kontakt med, den miljö som han eller hon ska ingå i, är betydelsefull på vägen till ett liv som andra.

Gemenskap

En social modell som sätter individens förmågor och möjliga roll i samhällsgemenskapen i centrum, innebär att individer med funktionsnedsättning kan delta i samhällslivet om adekvat stöd ges. I det perspektivet spelar våra ansträngningar att påverka samhällets utformning en stor roll. Om vi kan skapa stöd och anpassa omgivningen till individens förmågor och oförmågor kan de bli delaktiga (Lindqvist & Hetzler 2004)

Vi vet av erfarenhet att gruppen psykiskt funktionshindrade utmärks till stor del av personer i avsaknad av tillhörighet, oftast isolerade och med svårighet att etablera varaktiga relationer. Den utvärdering av psykiatrireformen som nyligen gjorts på centralt håll stöder detta.

Hur gick det då med mannen utan bostad, fick han någon hjälp? En öppning in i systemet visade sig komma då han kontaktade en person på kommunen för att han behövde pengar. Han fick löfte att ordna tid hos en socialsekreterare och fick även vara med vid besöket. Via den kontakten kunde vi gå vidare, han lämnade ut sitt telefonnummer och personen hade möjlighet att nå honom på vissa tider. Med honom som länk, senare en annan person, kunde han efter några månader träffa en handläggare för utredning. Idag har han fått en lägenhet och har ett beslut om stöd i boendet vilket han accepterar.

Vad jag vill säga med detta är att vi ibland måste hitta andra vägar för att nå dit vi vill komma. Vi har ett byråkratiskt system och en risk med detta är att man bara ser till sitt eget. Vi måste våga bryta revir. Socialtjänstens uppdrag är ett gemensamt uppdrag och innebär gemensamt ansvar för de människor som behöver oss.

Det finns en fara med hur socialtjänsten är organiserad idag. För att förstå en persons behov och fatta rätt beslut är helhetsperspektivet viktigt, alltså i vilket socialt sammanhang man finns. Om vi alltför mycket specialiserar oss och på förhand bedömer personer för att passa in i organisationsmodellen försvåras denna möjlighet. Varje område ser utifrån sitt perspektiv, har sina glasögon, och det är lätt att missa viktiga delar i bedömningen. En annan effekt av specialiseringen är att man bibehåller en indelning av människor utifrån vissa

karaktäristika som missbruk, psykiskt sjuk, utvecklingsstörd, socialbidragstagare etc. alltså bidrar till och vidmakthåller en stigmatisering. Socialtjänsten ska ju vara lika för alla.

Delaktighet

Jag tycker det är viktigt med samma handläggning för gruppen psykiskt funktionshindrade, att det ska vara en rättighet för de som för alla andra kommuninnevånare att kunna ställa krav på stöd, få ett beslut som även kan överklagas. Men inom socialtjänsten är man van att personer som kommer vet vad de vill, kan formulera ett behov av stöd oavsett vad det gäller.

Inom vår gren av socialtjänsten med inriktning mot funktionshinder har vi i vår kommun valt att som utgångspunkt använda oss av det miljörelaterade handikappbegreppet.

Funktionshinder är en egenskap hos individen. Ett handikapp är däremot något som uppstår när den funktionshindrade möter en omvärld som inte är anpassad till hans eller hennes behov. Hindret finns alltså inte hos individen utan i miljön.

Med detta som utgångspunkt ställer jag mig frågan om vi beaktar detta i tillräcklig grad. Vi använder oss i vårt arbete av redskap som individuell vårdplanering, individuella planer och sätter hela tiden individen i centrum. Jag menar inte att det på något sätt är fel, tvärtom borde delaktigheten och egen vilja stärkas betydligt, *men fokus borde flyttas till att i högre grad beakta i vilket sammanhang personen befinner sig eller mer korrekt i vilket eller vilka sammanhang finns han eller hon inte!*

Hur människor tillbringar sitt dagliga liv utgör en del av deras funktion, vilket innebär att kunskap om hur vardagslivet ter sig för personer med psykiska funktionshinder är viktigt för att förstå funktionshindret i sig. (Meyer 1922/1977) Personer med psykiska funktionshinder är understimulerade i sin vardag.

Normalisering och integrering var en av målsättningarna med psykiatrireformen. Normalisering och integrering gäller lika mycket för andra personer som behöver socialtjänstens insatser.

Egentligen är det fel att tala om psykiskt funktionshindrades behov då dessa är lika för oss alla men skillnaden är att om mitt beteende till följd av sjukdom eller annan funktionsbegränsning avviker från det ”normala” försvåras min möjlighet att få del av det som mitt arbete, mitt boende och mina kontakter egentligen genererar. Vad jag vill säga är att det viktiga i vårt arbete inte är vilka insatser vi kan erbjuda utan på vilket sätt och av vem stödet förmedlas så att personen upplever detta ”mervärde” som är så viktigt för vårt välbefinnande.

Slutsats

Jag tror att det är viktigt att förmedla hopp framförallt i tider då media och den allmänna uppfattningen av gruppen psykiskt funktionshindrade kännetecknas av farlighet, krav på omhändertagande och restriktivitet. Vi vet att det bedrivs omfattande forskning kring rehabilitering och återhämtning som kan konstatera följande: det finns insatser som bidrar till en förbättrad arbetsförmåga. Det finns program för att förbättra sociala färdigheter. Det finns behandlingsmetoder som är effektiva och framförallt finns det kunskap kring olika aspekter av relationen mellan behandlare och klient som är av betydelse för framgång i rehabiliteringsarbetet och bidrar till ökad autonomi, delaktighet och inflytande.

I den så kallade Vermontstudien (Harding 1992), som var en långtidsuppföljning av personer med schizofreni, visade det sig att över hälften hade återhämtat sig eller avsevärt förbättrats.

Jag har tagit upp detta med miljöns betydelse. Det handlar om allt från varje enskilt möte oavsett var i organisationen man befinner sig till att påverka samhällets attityder till gruppen. Börja med oss själva.

Jag har försökt peka på faran med ett alltför byråkratiskt system där det egna kontoret, min egen verksamhet förblindar mig. Där arbetstider och scheman inte anpassas efter personers behov, där öppettider och tillgängligheten är begränsad.

Slutligen vill jag påstå att socialtjänsten kan vara social om vi vågar!

2. Socialtjänstlagen - problem och möjligheter

Eva Rönnbäck

När Riksdagen i juni 1994 beslutade om att införa psykiatrireformen 1 januari, 1995 flyttades en stor del av ansvaret från landstingen till kommunerna. Personer med psykiskt funktionshinder skulle i likhet med andra omfattas av socialtjänstlagen och dess rättigheter och kommunen fick ett samlat och förtydligat ansvar för boende och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade. Tio år senare kan vi konstatera att det är långt kvar tills kommunerna lever upp till de intentioner och de målsättningar som ställdes med reformens genomfördes (Socialstyrelsen, 2005). Det som framförallt brister är kunskaper om målgruppens behov relaterat till socialtjänstens insatser. De diskussioner som förts i FoU-cirkeln bekräftar denna bild och vad som kommit fram i tidigare forskning kring hur svårt vi har att tillämpa socialtjänstlagen. Den institutionella ordningen som består av informella regler och invanda mönster styr vårt handlande mera än officiella lagar och regler (Lindelöf & Rönnbäck, 2004). I detta kapitel resonerar jag kring den diskrepans som finns mellan lagstiftningen och dess intentioner och den praktiska tillämpningen av lagen samt hur lagen skulle kunna bli ett stöd för en professionell behovsbedömning och för genomförande av olika stödinsatser. Utgångspunkten är dels min egen forskning inom området dels de diskussioner som förts i FoU-cirkeln.

Psykiatrireformens mål och syfte

När psykiatrireformen genomfördes 1995 var det en följd av en process som startade på 1970-talet avinstitutionalisering inom slutenvårdspsykiatri. Utvecklingen som då påbörjades gick mot en ökad öppenvård. Mellan åren 1990 – 1992 pågick den statliga psykiatriutredningen med uppdrag att kartlägga situationen för psykiskt funktionshindrade i Sverige. Utredningen föreslog ett flertal åtgärder för att förbättra målgruppens livssituation och möjlighet till delaktighet i samhället (Markström 2003). Psykiatriutredningens arbete fokuserade tre områden. De tre områdena var: 1) Bättre välfärd och en stärkt ställning för psykiskt störda och deras anhöriga. 2) En effektiv användning av tillgängliga resurser. 3) Människors engagemang och intresse måste tas till vara och kunskaperna måste spridas.

De mål som sedan lyftes fram i psykiatrireformen var:

1. Samma rättigheter och skyldigheter som andra.
2. Insatser med god kvalitet efter individuella förutsättningar och behov.
3. Insatser baserade på deras egna val och prioriteringar.

4. Tillgång till nödvändiga insatser lokalt i samhället där de lever.
5. Insatser utformade så att de stödjer oberoende och integritet.
6. Insatser utformade så att de stödjer den enskildes välfärd.

Utgångspunkten för psykiatriutredningen och för psykiatrireformen har varit att psykiskt funktionshindrade tillhör bland de svagaste grupperna i samhället. Flertalet av dem har dessutom svårt att ta tillvara sina rättigheter bl.a. beroende på kommunikationssvårigheter (Knutsson & Pettersson 1995). Målsättningen att de ska ha samma rättigheter och skyldigheter som andra ställde enligt psykiatriutredningen därför stora krav på en långtgående anpassning efter individens förutsättningar och behov.

Ett problem som man såg med den dåvarande ordningen var att personer med psykiskt funktionshinder i huvudsak fick stöd och hjälp utifrån ett vårdperspektiv med stöd från hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Eftersom syftet med psykiatrireformen bl.a. var att utveckla insatser som stödjer den enskildes hela livssituation ansågs det nödvändigt att ändra fokus från ett vårdperspektiv till ett välfärdsperspektiv. Begreppet psykiskt störd som var individ och sjukdomsbaserat ersattes med psykiskt funktionshindrad som tar sin utgångspunkt i ett samhälls- och situationsfokuserat handikappbegrepp.

Socialtjänstlag – mål och konstruktion

I och med att psykiatrireformen antogs blev psykiskt funktionshindrade ett särskilt ansvar för kommunerna och socialtjänsten. Socialtjänstens verksamhet styrs främst av socialtjänstlagen som är en s.k. målinriktad ramlag. Det övergripande målet med socialtjänsten är *främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i samhället samt ett aktivt deltagande i samhällslivet*. När det gäller specifikt för psykiskt funktionshindrade säger socialtjänstlagen att:

7 § SoL

Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Strukturell, generell och individuell nivå

Av förarbetena till socialtjänstlagen framgår att socialnämndens arbete kan delas in i tre nivåer: strukturell, generell eller allmän samt individuell. Med den strukturella nivån menas åtgärder som är inriktade mot samhället och rör

samhälleliga förhållanden som bostadsbyggande, samhällsplanering mm. Den generella eller allmänna nivån riktas mot grupper i samhället och kan vara av förebyggande karaktär och som exempel kan nämnas mötesplatser och dagcentraler men även hjälp i hemmet. Slutligen har vi den individuella nivån som riktar sig mot individen och dennes behov. Oavsett vilken nivå som åtgärderna sätts in är målsättningen densamma.

Skillnaden mellan de olika nivåerna ligger främst kopplad till hur man som medborgare eller brukare får del av de olika åtgärderna. De generella insatserna riktar sig till grupper och är följden av den kunskap som finns generellt kring ett behov. Att skapa mötesplatser kan vara ett sådant generellt behov. Det innebär att insatsen/åtgärden är förutbestämd och tydligt avgränsad. Den generella åtgärden är emellertid inte utkrävbar utan kan ses som en tillgång och möjlighet. Den individuella insatsen enligt biståndsparagrafen är däremot inte förutbestämd utan ska anpassas efter individens behov och förutsättningar och insatsen måste dessutom sökas av den enskilde själv. Det individuella behovet utgör grunden som prövas utifrån biståndsparagrafens kriterier och beslutet går att överklaga. I tabell 1 framgår skillnaden mellan generell/allmän åtgärder och individuella insatser.

Tabell 1: Individuell kontra generell fördelning av hjälp

	Individuell	Generell/allmän
Lagstöd	4 kap 1 § SoL	3, 5 kap SoL
Målgrupp	Den enskilda individen	Grupper
Insats	Individanpassat och ej förutbestämt	Anpassat för gruppen och förutbestämt
Prövning	Individuell prövning utifrån biståndsparagrafens kriterier	Ingen individuell prövning. En generell behovsbedömning som grund för utbudet
Beslutsfattare	Biståndshandläggare	Politiker
Rättighet	En individuellt behovsstyrd utkrävbar rättighet	Ett generellt behov – ingen utkrävbar rättighet
Rättssäkerhet	Beslutet kan överklagas som förvaltningsbesvär	Kan endast överklagas som kommunalbesvär

Vi FoU-cirkeln diskuterades flitigt kring för- och nackdelar med generell respektive individuell tilldelning av hjälpen. En av deltagarna (Carina Bäckström) listade ett antal för- och nackdelar med de olika sätten som jag sammanställt i tabell 2

Tabell 2: För- och nackdelar med generell respektive individuell tilldelning

	Generell tilldelning	Individuell tilldelning
Fördelar	<ul style="list-style-type: none"> - Högre integritet - Minskar på handläggare - Lättåtkomligt/mindre byråkrati - Förebyggande 	<ul style="list-style-type: none"> - Rättssäkerhet - Behoven framträder tydligare - Resurserna fördelas på bästa sätt
Nackdelar	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen rättssäkerhet - Enbart de starka tar för sig 	<ul style="list-style-type: none"> - Integritetskränkande/integritetskrävande??

En målrational lag

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag med inslag av skyldigheter för myndigheten att tillhandahålla viss service och hjälp till medborgarna, blandat med specifika rättigheter för enskilda medborgare. Socialtjänstlagens konstruktion innebär att individens behov är centralt och styrande för val av insatser. För att förstå vilka konsekvenser detta får för behovsbedömningen och biståndsbeslutet utgår jag från begreppsparen *målrationalitet* och *normrationalitet*, som företrädesvis används inom rättssociologin. Dessa två rationaliteter kan förklara hur en lag kan konstrueras och hur olika lagkonstruktioner resulterar i olika handlande och olika beslutsmodeller. I denna beskrivning av de två olika beslutsmodellerna har jag i huvudsak utgått från Karsten Åströms studier av normbildningsprocessen inom socialtjänsten (1988, 1998, 2000) och Gustaf Svenssons studie av bedömningar av skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor i förvaltningsdomstolar och socialnämnder (2000).

De olika beslutsmodellerna i rättstillämpningen hämtar sin näring hos Max Weber (1983) och hans idealtyper för det rationella sociala handlandet - det *värderationella* och det *målrationalella*. Ett värderationellt handlande beskrivs enligt Weber som ett agerande som ”utan avseende på de förutsebara följderna handlar i överensstämmelse med sin övertygelse om vad plikt, heder, estetiska ideal, religiös kallelse, fromhet eller ’sakens’ vikt och betydelse synes bjuda honom” (Weber 1983 sid 19). Aktörer som präglas av ett värderationellt handlande agerar efter sin övertygelse, utan att göra några överväganden kring dess konsekvenser. Det är normen som blir det speciella värdet och det som den handlande strävar efter att följa utan hänsyn till dess konsekvenser. Den som

däremot agerar målrationellt styrs av mål, medel och konsekvenser. Weber menar att det målrationella handlandet sker genom att aktören anpassar sitt agerande med hänsyn till syfte, medel och sekundära verkningar. Med andra ord är det konsekvensen av handlingen som blir det centrala och den som handlar ställs inför flera vägval och bedömningsituationer.

Den koppling som man kan göra mellan Webers idealtyper för social handling och rättsociologins begreppspår är kring själva argumentationen fram till beslutet. Den normrationella beslutsmodellen kan liknas vid den värderationella idealtypen. I likhet med den är det normen som den handlande strävar efter att följa utan någon hänsyn till följderna (Svensson, 2000). Den normrationella beslutsfattandet innebär i sin yttersta form en normtillämpning, d v s där en färdig norm direkt kan användas på ett konkret fall. Detta förutsätter att normen är tydlig och begränsningar och förutsättningar klart framgår. Den enskilde handläggarens ansvar rymmer ingen grad av egen bedömning utan han/hon måste följa normen utan egna ställningstaganden.

En lagstiftning som däremot regleras utifrån den målrationella beslutsmodellen innehåller mer allmänt hållna formuleringar och preciseringar. Istället för att styras av en norm blir konsekvenser det centrala och det rationella innebär att hitta det bästa sättet att nå det uppsatta målet. Kännetecknande för ett målrationellt handlande är att beslutsfattaren står fri att välja medel för att uppnå det målet enligt Svensson. (2000). Tonvikten ligger här på individen, den unika situationen och beslutsfattarens bedömning. Den målrationella beslutsmodellen lämnar en stor handlingsfrihet samtidigt som den förutsätter en stor handlingsförmåga hos beslutsfattaren. Det stora handlingsutrymme och makt som lämnas till beslutsfattaren inbegriper även ett stort ansvar, eftersom det inte går att hänvisa till en förutbestämd norm.

Det finns tre avgörande skillnader mellan de olika beslutsmodellerna, vilket framgår av tabell 3. Den första är graden av frihet/bundenhet i beslutssituationen för den som ska fatta beslut. I den målrationella modellen ges handläggaren en hög grad av frihet, medan den normrationella modellen förutsätter en bundenhet till normen vilket innebär en liten grad av frihet (Svensson, 2000). Den andra skillnaden som Svensson lyfter fram är möjligheten att i efterhand uttala sig om korrektheten i beslutsfattandet. Enligt den normrationella beslutsmodellen kan man uttala sig om ett beslut var rätt eller fel, medan man i den målrationella beslutsmodellen endast kan uttala sig om beslutet var mer eller mindre lämpligt. Slutligen den tredje skillnaden som handlar rättssäkerhet. Den normrationella beslutsmodellen förutsätter en formell rättssäkerhet (Edelstam 1995) där likabehandling och förutsägbarhet är viktiga principer. Den målrationella beslutsmodellen däremot har rättssäkerheten en annan dimension. Där står i stället den materiella rättssäkerheten i fokus som inriktar sig på beslutets innehåll. Om målsättningen med den formella rättssäkerheten är att "lika fall ska behandlas lika", blir rättssäkerheten i den målrationella beslutsmodellen snarare det omvända, d v s att "lika fall behandlas olika" (Schlytter 1987).

Tabell 3: Skillnader mellan normrationell respektive målrationell beslutsmodell

	Normrationalitet	Målrationellitet
Handlingsfrihet	Låg	Hög
Korrekthet i beslutet	Ja	Nej
Rättssäkerhet	Formell	Materiell

Socialtjänstlagen är alltså konstruerad efter den målrationella modellen. Om vi kopplar detta till rätten till bistånd (4 kap 1 § SoL) så är utgår man där från behovet och målsättningen med den utredning/behovsbedömning som ska göras är att finna insatser som tillgodoser detta behov. Det är målet som styr och det är tillämparen av lagen som måste finna medlen, d v s de sociala biståndsinsatserna vilka ska främja målet för den enskilde. De olika hjälpinsatser som kan beviljas som bistånd är följaktligen inte preciserade i denna lag. Det är tvärtom så att lagstiftaren inte önskat sig en normering. Det beslutade biståndet ska istället vara en följd av det individuella behovet och individens livssituation och inte en följd av en norm. Ett individuellt behov är något som man dessutom menar är omöjligt att förutse.

Sammanfattningsvis kan sägas att socialtjänstlagens ramlagskonstruktion ger beslutsfattarna en hög grad av handlingsfrihet. Den bedömning som föreskrivs genom den individuella tilldelningen utgår från en målrationell argumentation, där *behovet* ska vara själva utgångspunkten och styrande för resten av utredningen och därmed för beslutet och val av lämplig insats. Enligt socialtjänstlagen krävs ett *unik ställningstagande* i varje enskilt fall. Denna form av beslutsfattande kräver att handläggarna har en hög grad av kunskap inom det sociala området och integritet samt gott om tid, eftersom bedömningen enligt den målrationella beslutsmodellen anses som betydligt mer tidskrävande än den normrationella bedömningen (Åström 1998, Svensson 2000).

Förutom den individuella behovsbedömningen har socialtjänsten möjligheter att ge stöd och hjälp till grupper utifrån den kunskap som finns generellt kring en målgruppsbehov. Men oavsett hur denna hjälptilldelning går till ska kommunen och socialtjänsten följa de mål som psykiatrireformen och socialtjänstlagen har.

Den faktiska tillämpningen av lagstiftningen – hur gör man?

Många av deltagarna i FoU-cirkeln uttrycker en oro inför att bedöma behov och fatta beslut om biståndsinsatser för personer med ett psykiskt funktionshinder. Flera av de som hade uppgiften att utreda behovet arbetade också som biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Det man uttryckte oro inför var:

”Kan man som biståndshandläggare förändra/förnya det traditionella utredningsförfarandet?”

”Det finns inga tydliga rutiner.”

”Som handläggare tror jag att man tenderar att ha krav på att komma med lösningar. Detta har förmodligen sin bakgrund i att av tradition träffar vi äldre människor med jämförelsevis (om man generaliserar) ganska tydliga behov av ex grundläggande behov som hygien och mat. Vi är vana att möta sådana problem och lösa dem snabbt med vi känner till och som redan finns.”

”Det har känts betungande på grund av att det här är en ny klientgrupp som man i vanliga fall inte stöter på. Jag vet knappt vilka insatser som finns tillgängliga. Det har blivit så att X (verksamhetschefen), har informerat mig om vilket bistånd som kan vara lämpligt t.ex. boendestöd.”

Citaten ovan från biståndshandläggare belyser bra hur den faktiska tillämpningen av socialtjänstlagen går till.

I min och Margareta Lindelöfs avhandling granskade vi handlägningsprocessen inom äldreomsorgen (Lindelöf & Rönnbäck 2004). Av avhandlingen framgår att den faktiska handläggningen skiljer sig i flera och väsentliga fall från det föreskrivna. Det mest anmärkningsvärda är att de hjälpsökande inte får den individuella prövning de enligt lag har rätt till. Istället för att göra en individuell prövning utifrån den enskildas behov och situation handlar handlägningsprocessen i de flesta fall om att konstruera en klient som passar in i det redan befintliga utbudet. Det finns starka tecken på att schabloner och standards är mer styrande för bedömningen än individens behov och livssituation. Den individuella hjälptilldelningen blir därför utbudsstyrd istället för behovsstyrd, något som står i direkt kontrast mot lagstiftningen. En konsekvens av denna utbudsstyrning är att de hjälpsökande endast ”tillåts” ansöka om det som biståndshandläggarna i praktiken kan bevilja, vilket motsvaras av det kommunala utbudet eller det vi benämner ”insatskatalogen”. Insatskatalogen är det verkliga styrdokumentet i handlägningsprocessen och definieras enligt följande:

”En insatskatalog kan bestå av lokalt antagna normer för olika insatser som eller får beviljas i en specifik kommun, vilket är politiskt antagna eller har formaliserats av verksamheten på annat sätt. Men en insatskatalog kan även existera i form av en diskursiv praxis hos biståndshandläggarna, en katalog som fungerar som en tyst överenskommelse och som alla handläggare tycks känna till inom en kommun. Vår definition av en insatskatalog utgörs således av en katalog som existerar i såväl formaliserad som i diskursiv form.” (Lindelöf & Rönnbäck 2004 sid 164)

Det faktiska sätt att hantera den individuella hjälptilldelningen innebär stora brister i rättssäkerheten. I praktiken fungerar därför inte den individuella

hjälp tilldelningen som lagen föreskriver utan det är snarare en generell tilldelning som göms under förespeglning av att det görs en individuell bedömning.

Andra brister som blev tydliga i avhandlingen var att behovsbedömningarna inte utgår från en helhetssyn utan det är endast vissa behov som synliggörs och dokumenteras. Fysiska och medicinska behov omnämns i de flesta utredningarna, medan de sociala, psykiska och existentiella behoven ytterst sällan framgår.

Detta handlande som vi såg var institutionaliserat, vilket innebär att det notoriskt upprepas, pågått under en längre tid, sker vanemässigt och rutiniserat samt omfattas av ett kollektiv. Handlingsmönstret är också menar vi, till stora delar accepterat och legitimerat av samhället och har blivit det normala medan det föreskrivna handlandet, enligt socialtjänstlag och förvaltningslag, mer kan betraktas som avvikande. Handlandet är en följd av den institutionella ordningen och den kultur som styr äldreomsorgen.

Detta handlingsmönster är vad många av biståndshandläggarna har med sig i ryggsäcken när de ska möta en psykiskt funktionshindrad och dennes behov och livssituation.

I Socialstyrelsens nationella tillsyn kring kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder (2005) framgår även där kritik som kan förklaras av det beskrivna handlingsmönstret. Handläggarna anses ha kunskapsbrister vad gäller målgruppens behov och att de saknar en helhetsorienterad bedömningen.

Varför blir det så och går det att ändra på - möjligheter

Det finns många faktorer som har påverkat hur det faktiska handlandet har utvecklats. Tänkbara och rimliga förklaringar kan dels ligga i lagstiftningens uppbyggnad dels i organisationen.

Som jag tidigare nämnt ger socialtjänstlagen handläggarna stora möjligheter att fatta beslut om hjälp där olika lösningar är tänkbara för att tillgodose ett utrett behov av hjälp. Det paradoxala är hur denna lagstiftning som förväntades ge en stor handlingsfrihet åt de professionella handläggarna i praktiken har lett till det omvända, d v s ett handlande som sker inom ett begränsat utrymme. Som jag nämnde inledningsvis så förväntades socialtjänsten agera utifrån tre olika nivåer, strukturell, generell/allmän och individuell. Dessa tre nivåer förväntades komplimentera varandra men tonvikten i förarbetena låg på de strukturella och generella åtgärderna. Men i praktiken har det inte blivit som lagstiftaren avsåg. Istället för att komplettera varandra har de generella åtgärderna inte alls använts så som det var tänkt och i praktiken har i stort sett all hjälp fördelats med stöd av biståndsparagrafen (Esping 1994, Thorslund 2002). Detta har inneburit att allt ansvar i princip lagts på biståndshandläggarna, som är de som har delegation på

att besluta om bistånd när det gäller såväl äldre som för personer som har ett psykiskt funktionshinder. För att klara det krävs gedigna kunskaper, en stark profession samt inte minst gott om tid, vilket leder oss till organisationsnivån.

När det gäller organisationen så handlar det om den tradition och den kultur som verksamheten vilar på men också om biståndshandläggarna som professionell yrkesgrupp. Äldreomsorgens handläggare uppfattas många gånger som en anonym och diffus yrkesgrupp, det finns t.ex. ingen offentlig statistik över antalet handläggare inom äldreomsorgen eller någon enhetlig titel för befattningen. Men det är inte enbart yrkesgruppen som uppfattas som diffus, även själva kunskapsområdet kan betraktas som otydligt. Stina Johansson (2002) har i en forskningsöversikt pekat på fem problemområden med social omsorg som kunskapsområde. De fem områdena är: en otydlig kunskapskärna, oklara kunskapsgränser, den mest utbildade personalen arbetar inte med klientarbete, uppdelade arbetsuppgifter samt arbetsledare och underställd personal utan gemensam kunskapsbas. I avhandlingen har vi resonerat kring de två förstnämnda problemområdena som vi menar kan kopplas till handläggarnas handlingsförmåga (Lindelöf & Rönnbäck 2004).

Den otydliga kunskapskärnan som är det första problemet, består enligt Johansson i praktiken av två kunskapskärnor ”en kring det konkreta omsorgsarbetet och en kring dess ledning”. Vi menar att det finns en tredje kunskapskärna inom det sociala omsorgsarbetet. Den tredje kunskapskärnan handlar om lagstiftningen och att tolka och förstå dess grundläggande värden och undanliggande normativa strukturer. Den utbildning som har bedrivits riktar sig i första hand mot själva omsorgsarbetet och verksamhetsledning har sannolikt bidragit till att biståndshandläggarna inte har den teoretiska bas som motsvarar den nya och förändrade yrkesrollen.

Det andra problemområdet som Johansson tar upp är oklara kunskapsgränser. Äldreomsorgen har under alla år haft starka band till sjukvården och dess kunskapsområde. Det vardagliga språket som används inom äldreomsorgen är starkt kopplat till sjukvården. De äldre benämns ofta för vårdtagare fast de i huvudsak får omsorg och inte vård inom socialtjänsten. Begreppen vård och omsorg används ofta synonyma fastän de har två olika betydelser. Trots att den hjälp som ges inom äldreomsorgen domineras av omsorg har antalet sjuksköterskor under 1990-talet ökat i förhållande till socialt utbildad personal (Johansson, 2002, Trydegård, 2000). I och med att vårdperspektivet ges så stort utrymme inom äldreomsorgen innebär det att den medicinska modellen präglar äldreomsorgen. Den medicinska modell utgår från diagnos och sjukdom som det gäller att identifiera och bota. Peter Westlund diskuterar kring begreppen vård och omsorg och hur de felaktigt använda kan ge fel signaler och även kan leda till underlåtenhet (Westlund 2005)

En viss del i handläggarnas agerande, t ex snabba beslut och en fokusering på medicinska och fysiska behov kan förklaras av att äldreomsorgen många gånger styrs av en medicinsk modell.

På organisationsnivå ingår även tidsaspekten. Carina Bäckström resonerar i denna rapport (kapitel 3) kring handläggjarrollen och den tid som de har tillförfogande vid behovsbedömningarna och beslutsfattandet. I min tidigare nämnda avhandling diskuteras även tiden som central för att förstå handläggarnas agerande.

Hur ska vi då kunna ändra på ett invant handlande och genomföra behovsbedömningar som lever upp till lagstiftningens krav. Peter Westlund resonerar om detta i sin senaste bok. Det han lyfter fram som viktigt är att vi måste byta ut Maslows behovsteorier mot Antonovskys teorier om känsla av sammanhang (KASAM) för att få ett salutogent perspektiv som mera svarar mot socialtjänstens uppgift. Maslows teorier utgår från antagandet att behov kan rangordnas och att vi har några behov som mer grundläggande än andra. Det handlar om den fysiska överlevnaden. Att få mat och vara hel och ren anses som basala behov. Att denna teori har stor genomslagskraft inom äldreomsorgen och äldreården kan man utläsa av de prioriteringar som görs inom kommunerna. Men även inom forskningen har denna teori stor framgång. Thorslund & Larssons anser att vissa behov är mer grundläggande än andra. De behov som de ser som basala är behov av mat, kläder, bostad och viss sjukvård.

Mot denna teori står ett socialt perspektiv/synsätt som menar att människan är en social varelse och som behöver finnas i ett socialt sammanhang. Antonovsky (1987) som utgår från det salutogena perspektivet har sökt faktorer som befrämjar hälsan och som påverkar var jag befinner mig på skalan hälsa – ohälsa. Antonovsky ser inte hälsa som en dikotomi, dvs. att man antingen är sjuk eller frisk, utan som ett kontinuum. Med det menar han att även om vi är mycket sjuka är vi i någon bemärkelse friska. ”Vi kommer alla att dö. Och vi är alla, så länge det finns det minsta liv i oss, i någon bemärkelse friska” (Antonovsky 1987 sid 24).

De faktorer som enligt Antonovsky befrämjar hälsan är: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Med meningsfullhet avses några områden i livet som är särskilt viktiga för en person så att de är värda känslomässig inventering och engagemang. Med begriplighet menas i vilken grad som vi upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbar och förståeliga. Hanterbarhet handlar om vilka resurser man har att möta de olika krav som ställs i livet. Förmågan att hantera de olika situationer man ställs inför oavsett om det är jag eller andra som förfogar över resurserna. Den viktigaste av de tre faktorerna är meningsfullhet.

Westlund menar att ett perspektivskifte skulle innebära en helt annan syn och förhållningssätt inom äldreomsorgen. I tabell 4 framgår hur de olika teorierna betraktar några centrala områden inom omsorgen. Väljer vi att se t.ex. på ett boende som endast ett rum och plats som en objektiv

Tabell 4: En jämförelse mellan omsorg enligt Antonovsky och Maslow (Westlund 2005 s 55)

Aspekt	Antonovsky	Maslow
Personligt boende	En lägenhet	Ett rum/en plats
Arbetets fokus	Meningsfullhet	Överlevnad
Personalens orientering	Samarbetsrelationer Individualisering	Uppgifter Standardisering
Gemenskap	Självvald med släkt och vänner i kök och vardagsrum	Påtvingad med medboende i dag- och uppehållsrum
Mötesplatser	Allaktivitetshus Dagcentraler	Entréer, korridorer och personalutrymmen
Gruppaktiviteter	Många och ofta deltagarstyrda	Få och ofta underhållande
System	Öppet mot omvärlden	Slutet mot omvärlden

”Kunskaper om den enskildes vardag måste återerövrars” (Westlund 2005 s 54)

Citatet ovan leder oss till den insikt som handläggarna i FoU-cirkeln gav uttryck för att vi måste ändra och bryta mot ett traditionellt tillvägagångssätt vid biståndshandläggningen. Vi måste ersätta den medicinska diskursen inom äldreomsorgen med de sociala och utgår från den sociala modellen som David Rosenberg beskriver i kapitel 4. I den sociala modell ser man ett handikapp som brister och beroende på omgivningen. Ett funktionshinder blir till ett handikapp om förutsättningen i den omgivande miljön har brister. Handikappet är därmed situationsberoende.

Att handläggarna redan har den kunskapen framgår av nedanstående citat från FoU-cirkeln. Kunskapen finns men det krävs att biståndshandläggningen får bättre förutsättningarna så att handläggarna ska kunna bedöma behov och fatta beslut om biståndsinsatser som svarar mot de individuella behoven och lagstiftningens intentioner.

”För att kunna utröna behov måste man ha förmåga till inlevelse och att kunna möta den människan där just den är. Till detta behövs god tid, uthållighet, tålmod och långvarig kontakt så att man genom samtal och motivationsarbete i lagom takt kan arbeta med den funktionshindrade för att hitta behovet och därefter minska konsekvenserna av det psykiska funktionshindret.”

3. "I huvudet på en biståndshandläggare"

Carina Bäckström

Som deltagare i FoU-cirkeln hade jag stora förväntningar på att få hjälp med lösningar som jag kunde använda i mitt arbete som biståndshandläggare. I början var det frustrerande för mig att upptäcka att varken cirkelledarna eller deltagarna hade samma förväntningar som jag utan att syftet med cirkeln var att den skulle ge ny kunskap genom reflektion och med hjälp av forskning på området.

I mitt arbete som biståndshandläggare ingår att bedöma behov för bl.a. personer som har ett psykiskt funktionshinder. Efter flera möten med personer i denna målgrupp har jag noterat att ofta har de svårt att uttrycka sina behov och önskemål. I min roll som biståndshandläggare gäller det för mig att hjälpa personen i fråga att formulera behoven, ta reda på om de är tillgodosedda och ifall de inte är tillgodosedda, hur de kan tillgodoses.

Behovsbedömningen är en del i biståndsprövningen som avslutas med ett beslut om att bevilja eller avslå en insats. Om behovsbedömningen är felaktig kan den utmynna i en felaktig insats, d v s att personen inte får den hjälp den verkliga behöver, utan vad biståndshandläggaren tror den behöver.

I mitt arbete möter jag främst äldre personer som pga. ålder eller somatisk sjukdom har en funktionsnedsättning. Varför har jag känslan av att jag gör bättre behovsbedömningar när det gäller denna målgrupp? Varför finns känslan av att det är svårare att bedöma behov för personer med ett psykiskt funktionshinder? Syftet med denna artikel är att reflektera över vad jag tror är några faktorer som hindrar en bra behovsbedömning för personer med ett psykiskt funktionshinder. Reflektionerna bygger på erfarenheter från min arbetsvardag men också utifrån de diskussioner vi haft tillsammans i FoU-cirkeln.

I mötet

Ett möte med en biståndshandläggare är ett möte med en myndighet. Jag tror många personer med ett psykiskt funktionshinder kan känna misstänksamhet, dels som ett symptom på sin sjukdom men också pga. att de kanske har dåliga erfarenheter av tidigare möten med myndigheter. Mitt första mål som handläggare blir att försöka skapa en relation som känns bra och som gör att personen jag möter känner att den kan berätta om sig själv, om inte vid första mötet så kanske längre fram.

Enligt socialtjänstlagen ska den enskilde vara delaktig i insatser som planeras för honom/henne. Det första mötet med personen blir början på

behovsbedömningen som senare kan utmynna i ett stöd eller en hjälpinsats. Ibland blir det bra möten där personen berättar om sina behov och önskemål. Jag kan då känna att jag får en bra bild av vad personen har för olika behovsområden och får härmed ett bra underlag för att kunna göra en sammantagen behovsbedömning och kunna ta ett beslut om lämplig insats.

I andra möten kan jag känna att jag inte blir accepterad. Det kan nog bero på att jag ibland väcker misstanke. Det kan då bli nödvändigt att få "andrahandsuppfattningar" om behov från t ex sjukhuspersonal eller boendestödjare eller annan person i den psykiskt funktionshindrades omgivning.

Misstänksamhet tror jag enbart är en förklaring till att jag inte lyckas med att skapa en relation till personen. Andra förklaringar till att jag inte "når fram" kan vara att den psykiska sjukdomen kan medföra kommunikationsproblem, att personen är känslig för intryck, har svårt att uttrycka sig, kanske befinner sig i en psykos och inte är mentalt närvarande?

Tiden som behövs för att bygga upp bra relation saknas idag. Ofta gör jag som biståndshandläggare en behovsbedömning utifrån att ha haft endast en träff med personen det gäller. Om inte en relation skapas i den kontakten blir det jag och omgivningen som "tar över" och pratar för personen.

Personer med psykiska funktionshinder har inte sällan kognitiva svårigheter, tankestörningar och bristande sjukdomsinsikt, faktorer som påverkar individens bedömning av vård- och stödbehov (Corrigan et al 1996). Anita Bengtsson-Tops (2005) ställer sig frågan om hur tillförlitliga individens egna behovsbedömningar är?

En inställning från omgivningen om att personer med ett psykiskt funktionshinder saknar förmåga att kunna bedöma vad den behöver tror jag tyvärr får för stort utrymme. Om en person med ett psykiskt funktionshinder har ett avvikande beteende tror jag att deras förmåga ofta underskattas. Utifrån mina erfarenheter från möten med en person som har ett psykiskt funktionshinder kan jag konstatera att de däremot kan behöva mer tid på sig för att kunna uttrycka sig ibland pga. koncentrationssvårigheter. När vi som handläggare träffar på personer med svårighet att beskriva sina behov är vi skyldiga att ge dem tid och hjälp att uttrycka sig, hjälpa dem sätta ord på sina problem och behov. Vi måste också kunna lyssna till budskap som kan ges "mellan raderna".

Ibland kan jag efter ett möte med en psykiskt funktionshindrad person där många fler personer varit närvarande, slås av tanken att personen i fråga aldrig fick komma till tals. I socialstyrelsens tillsynsrapport 2002-2004 menar man att personer med psykiska funktionshinder inte har det inflytande på planerings- och samordningsprocessen som de har rätt till. De menar vidare att det är handläggaren som skapar eller inte skapar utrymme till delaktighet för den enskilde.

Värderingar hos handläggaren påverkar behovsbedömningen

Med våra egna värderingar kan vi göra felbedömningar om behov. Vi kan också med våra värderingar ställa för höga krav på dem vi ska hjälpa. Vi kan skapa ett behovsområde där vi anser att personen behöver hjälp, men som inte överensstämmer med vad personen själv tycker att den behöver eller i nivå med vad den tycker den behöver. Ibland vid uppföljningar av en hjälpinsats kan det visa sig att jag gjort en felbedömning av behovet redan från början. Troligtvis finns det personer som också fortsätter att få stöd och hjälp för behov de egentligen skulle kunna klara själva men där detta inte visar sig vid uppföljningarna.

Ett exempel kan vara en person som har beviljats en insats, t ex boendestöd för att få motivationstöd till att klara städning, efter ett tag vill avsluta kontakten med boendestödjaren. Han eller hon kanske ringer och säger att ”jag behöver inte längre hjälp med städningen, jag mår bättre nu och klarar mig själv”. Om personen själv har begärt stödet för att klara att hålla ordning omkring sig, borde inte insatsen till hjälp med städningen skapa tillfredsställelse? Vad beror det på att personen vill avsluta kontakten med boendestödet? Det kanske inte beror på att personen inte känner behov av hjälp med städningen, utan på att för höga krav har ställts på honom/henne?

Jag tror detta kan hänga ihop med att jag som handläggare men också andra i personens omgivning har påverkat behovsbedömningen med våra egna värderingar om vad som behövs. Vi har synpunkter på hur ett hem ska vara städat. Det resulterar i för stora krav på personen som har en annan uppfattning om hur det ska vara när det är städat. Vår mening med att stötta personen kan i detta exempel få en motsatt effekt. Personen upplever inte stödet som positivt utan bara påträngande. Konsekvensen kan bli att personen inte vill ha någon kontakt alls.

Om biståndshandläggaren också har gjort en felaktig behovsbedömning och ”missat” det verkliga behovet, förlorar samtidigt personen möjligheten till stöd den egentligen skulle behöva. Personen kanske har ett socialt behov och behöver gemenskap med någon och också ha möjlighet att kunna få prata om sin situation. Genom att gå in och ställa för höga krav på städningen missar personen denna gemenskap. Vi blir ingen bra erfarenhet för personen. När någon i fortsättningen nämner ordet biståndshandläggare eller boendestöd drar sig personen undan.

Att felbedömningar lätt kan göras kan också förstås av Rakel Lundgren, förbundsordförande för Schizofreniförbundet i en artikel om socialstyrelsens tillsynsrapport 2002-2004 som menar;

”När den som är drabbad sitter hos biståndshandläggaren vill man inte framstå som dålig, då vill man vara så bra som möjligt och säger att man klarar nästan allt, det

ligger i sjukdomsbilden. Man vill inte träffa andra människor, somliga släpper inte in boendestödjare. Om handläggaren då inte har tillräcklig kunskap kan det gå snett.”

Helhetssyn saknas – bara vissa behov synliggörs

Uttrycket att ”handläggaren ska ha en helhetssyn” möts vi ofta av. Vad menas? Här kan man få en föreställning om att handläggaren ska besitta kunskap om alla behovsområden i en människas liv. David Rosenberg menar att ”det är bara individen som kan ha helhetssynen”.

Att ha en helhetssyn som biståndshandläggare är för mig att ta ansvar för att ”täcka in alla livsområden” hos personen och att, i förutom samtalen med personen, också samla in uppgifter och samplanera med andra professioner, t ex sjukvård, försäkringskassa, arbetsförmedling, andra kommunala verksamheter samt närstående för att kunna göra en bra behovsbedömning. Att också göra kontinuerliga uppföljningar hör till helhetssynen.

Socialstyrelsen nämner i sin kritik i tillsynsrapport 2002-2004 att handläggarna saknar ofta helhetsorientering och har en otydlig roll i planeringen och samordningen av det individuella stödet. De menar att handläggarnas fokus ligger i stor utsträckning på individernas behov av insatser på boendeområdet, medan sysselsättningsområdet förefaller ligga utanför handläggarnas uppmärksamhet.

Att kommunen har ett ansvar för en helhetssyn kan utläsas i socialtjänstlagen. Bl.a. ska socialnämnden ”i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning”. Vidare ska socialnämndens insatser ”utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar”. Också i lagens biståndsparagrafen finns helhetssynen. ”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 och för sin livsföring i övrigt.” Vidare att ”biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.” Vidare säger socialtjänstlagen att nämnden ”skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra”.

I Socialstyrelsens tillsynsrapport redovisas att ”ansvariga handläggare har svarat på frågan om de insatser som individerna i den undersökta gruppen får motsvarar hans eller hennes behov”. En relativt stor del av handläggarna har inte kunnat svara på frågan och angett att de ”inte vet”. En anmärkningsvärt stor del av handläggarna har svarat att de inte känner till vare sig individernas behov av hälso- och sjukvård eller tandvård. Det kan delvis förklaras med att handläggarna inte anser sig kapabla att göra en sådan bedömning, men förklarar inte okunskapen i stort. För övrigt hänger handläggarnas bristande kunskap

troligen samman med hur de tolkar sin uppgift att skaffa sig en uppfattning om individens behov i sin helhet eller avgränsar den till att gälla individens ansökan på ett visst behovsområde”.

Tillräckligt med tid – ett krav för en helhetsorienterad behovsbedömning

Att socialstyrelsen förklarar bristen på helhetssyn hos handläggarna med okunskap och med hur de tolkar sin uppgift kan jag förstå. Vad jag inte förstår är att man inte också har en tänkbar förklaring i att handläggarnas förutsättningar i tid kan vara en faktor till att man inte tar hänsyn till helheten.

Jag känner att brist på tid är ett stort hinder för att som handläggare kunna ha en helhetssyn. I de behovsbedömningar jag gör idag tar jag enbart ibland hänsyn till en persons behov i olika livsområden. Spontant kan jag känna att det saknas förståelse från både ledning och politiker när vi handläggare påtalar att vi inte hinner med vårt arbete. Att man inte förstår sig på handläggrollen har bl.a. visat sig i att man dragit in flera handläggartjänster på kort tid.

För att inte bara uppfattas som en som säger ”jag hinner inte med mitt jobb” känner jag behov av att försöka beskriva min arbetssituation i tid per ärende. (Ärende = handläggningstiden från en anmälan med utredningstid, behovsbedömning och ett beslut). Naturligtvis varierar handläggningstiden med olika ärenden. Ett ärende kan ta flera dagar att handlägga, kanske en månad att handlägga medan ett annat kan ta 30 minuter. De flesta ärenden tar i snitt totalt en dag i anspråk av min arbetstid. Det är snabba handläggningar, med många gånger ett ”tunt” beslutsunderlag.

De flesta beslut om insatser bygger på att jag samlat in uppgifter från ett möte med personen under ca en timmes tid, vid ett hembesök eller på en vårdplanering på sjukhuset. Därutöver har jag också haft några telefonkontakter med andra aktörer runt personen. Hur ska det individuella synsättet och helheten kunna rymmas inom denna tid? Idag är denna verklighet med snabba utredningar ett måste för att klara att hantera den ärendemängd som ligger på biståndshandläggarna

Enligt socialtjänstlagen krävs ett unikt ställningstagande i varje enskilt fall. Denna form av beslutsfattande kräver att handläggarna har en hög grad av kunskap inom det sociala området och integritet samt gott om tid, eftersom bedömningen enligt den målrationella beslutsmodellen anses som betydligt mer tidskrävande än den normrationella bedömningen. (Lindelöf & Rönnbäck 2004). Avhandlingen återger bl.a. berättelser från handläggare som ingått i undersökningen. Handläggarna beskriver handläggningsprocessen som forcerad och akutinriktad där handläggarna tvingas till snabba beslut.

Att inte kunna ha en helhetssyn tror jag förutom brist på tid, också kan ligga hos handläggaren själv och dennes synsätt på vilka behov som är viktiga. Vilka behov är viktigast för mig att få tillgodosedda? Vilka frågor ställer jag till den enskilde för att ta reda på behov? Jag kan tycka att handläggarna idag är för fokuserad på grundläggande behov i form av mat, hygien, förflyttning och praktisk hjälp med städning, tvätt och handling. Den sociala delen med nätverk och meningsfullhet i personens liv tar vi inte tillräcklig hänsyn till i våra behovsbedömningar.

Det är min erfarenhet att personer som har ett psykiskt funktionshinder kan behöva fler tillfällen, mer tid, för att uttrycka sig. Jag som handläggare kan också behöva mer tid med dessa personer, för att få till en relation och då personer i denna målgrupp har "nya problem" för mig som handläggare som inte stämmer överens med den större målgruppen jag träffar, d v s äldre människor. (Jag generaliserar väldigt här). Funktionshindret hos en person med psykisk sjukdom kan visa sig på så många olika sätt och kontakter kan behöva tas med flera aktörer, t ex arbetsförmedling och försäkringskassa.

Att det (oftast) tar mer tid att skapa relationer med personer som har ett psykiskt funktionshinder blir tydligt i detta citat: "Somliga talar med den som har ett funktionshinder genom brevlådan, det kan ta mycket lång tid innan dörren äntligen öppnas." (Rakel Lundgren).

"Nya behov"

Varför fokuserar vi då på de som enligt Maslow är grundläggande behov; som mat, hygien och missar det sociala? Är anledningen att vi ser dessa behov som det viktigaste, eller är dessa behov de vi helt enkelt är vana att ta hänsyn till och kanske de är enklare att bedöma än de sociala behoven? Jag tror framför allt att dessa behov går "snabbare att bedöma". Om en person inte får hjälp med maten, får vi en snabbt synlig konsekvens i att personen far illa. Om en person inte får sina sociala behov, t ex av att känna meningsfullhet tillgodosedda, visar sig inte konsekvensen lika snabbt utan mer på längre sikt. Kan det vara så att vi har en "utredningskultur" där det är inbyggt att fokusera på det som kortsiktigt syns för att "hinna med vårt arbete".

Vi måste bli bättre på att ta hänsyn till de sociala behoven i våra behovsbedömningar. "Utifrån ett socialt synsätt är människor alltid beroende av varandra och en människa uppfattas som social när hon relaterar till andra människor och ingår i samspel med dem. Det är skillnad på att visa varandra omsorg och ha omsorg om andra." (Westlund & Sjöberg 2005). Detta citat tycker jag täcker in att vi dels har ett ansvar för att ge en person socialt stöd vid behov men också att ge en person möjlighet att ingå i ett socialt sammanhang där personen kan ge något till andra. Ibland kan jag träffa en person med ett psykiskt funktionshinder och uppfatta att den personen inte känner sig sedd av någon.

Nu har jag inte tid att skriva nå't mer!

Mina reflektioner har handlat mycket om att tiden inte räcker till! Jag återkommer till det igen och menar att, mer tid är den största förutsättningen för att lyckas med en helhetsorienterad behovsbedömning som självklart ska täcka in det sociala behovet!

Min sista tanke om tid: Dagar, veckor eller t o m år kan en person med ett psykiskt funktionshinder leva, utan att ha en skäligen levnadsnivå, om vi inte har tid att hjälpa dem med en riktig behovsbedömning och ta reda på vad de har rätt till för stöd.

Om jag återgår till frågan om varför jag har känslan av att det är svårare att bedöma behov för personer med ett psykiskt funktionshinder sammanfattar jag det med: Personer med ett psykiskt funktionshinder behöver mer tid på sig för att få en chans att uttrycka sig. De har också "nya behov" för oss, framför allt att ingå i ett socialt sammanhang.

Med kunskaper från FoU-cirkeln, med dessa slutreflektioner samt med mina erfarenheter i mitt arbete under cirkelns gång har jag omvärderat det jag kände behov av i början, d v s att få hjälp med lösningar att kunna använda i arbetet. Det finns inga färdiga lösningar.

Att kunna arbeta som biståndshandläggare och våga säga "jag vet inte", "jag har ingen lösning", känns utvecklande och ger bättre förutsättningar för en helhetsorienterad behovsbedömning.

4. Kan man bevilja en framtid?

David Rosenberg

”Ett liv i samhället som alla andra.” Enligt Psykiatireformen är målsättningen för personer med psykiska funktionshinder att få tillgång till ett liv i samhället. I ett sådant påstående kan man hitta toner av teoretiska inriktningar i handikappolitiken som normalisering, integrering och även inkludering. Som forskare nu för tiden, verksam vid FoU Västernorrland, funderar jag på situationen idag för personer med psykiska funktionshinder utifrån dessa begrepp. Det är min vardag. Hur kan man beskriva individens behov utifrån en social modell, där funktionshindrets konsekvenser beror på samhällets förmåga att anpassa sig till individens behov, och utifrån detta utveckla stödinsatser som reducerar risken att funktionshindret leder till ett liv som handikappade. Den kritiska ingrediensen i en sådan formulering kan man säga, är frågan om *hur vi definierar och bedömer behov*.

Före psykiatireformen, när den sjukvårdsbaserade psykiatrin var den dominerade modellen i Sverige, kunde man förklara mycket om behovsbedömningsprocessen utifrån ett medicinskt/diagnos perspektiv. En diagnos kunde styra behandling, medicinering och förutsäga prognosen för individen, vilket oftast genererade ett liv med långsiktiga stödinsatser utformade efter symptomen och störningarna. Efter psykiatriutredningen och psykiatireformen växte handikapperspektiv fram där funktionshindret stod i centrum och inte individens medicinska diagnos. Då vi försöker inventera och kartlägga behov bland målgruppen ”psyksikt funktionshindrade” utifrån kommunens ansvar att ”*göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder*” blir vi snabbt medveten om att det inte längre handlar om diagnos. Behovet som ska kartläggas för personerna som ska inventeras är kopplad till en funktionsnedsättning och dess konsekvenser för ett liv i samhället.

Sådana ”sociala” begreppen som blivit förankrad i lagstiftningen och i handikappolitiken bör få konsekvenser även för socialtjänstens operativa försök att bedöma behov och planera stödinsatser. Tio år efter psykiatireformens genomförande bör vi ha utvecklat ett paradigm där funktionshinder har ersatt psykiskt sjukdom och att vi därmed har fått en social eller ett samhällsbaserat synsätt på behoven. Hur kan de som arbetar som biståndshandläggare arbeta utifrån ett sådant paradigm? Hur kan man förstå behov för just den här målgruppen utifrån den rådande kunskapen om hur behovsbedömning används i kommunerna? Frågorna blev för mig en entré till en diskussion i en FoU-cirkel där biståndshandläggare som möter personer med olika behov, verksamhetsansvariga som ska försöka verkställa biståndet och vi som forskare som gräver efter en kunskap som kan stödja hela processen, tillsammans ska fundera över sådana frågor. Cirkeln utformades och slutfördes under en tid då många kommuner just hade börjat kräva ett biståndsbeslut för personer med psykiska funktionshinder som tidigare hade fått dessa insatser utanför en sådan

individualiserat struktur. I många tidigare diskussioner vid olika projekt hade frågan kommit upp upprepade gånger. Finns det någon skillnad då vi som biståndshandläggare försöka bedöma behov för den här målgruppen jämfört med äldre människor? Sådana frågor präglade också mina tankar då vi började träffa gruppen. Jag hade ett behov av att bättre förstå hur ”behov” operationaliseras i kommunens vardagspraktik. Följande artikel ska försöka sammanfatta de olika intressanta finesser och frågor som lyftes fram för mig under processen.

Personer med psykiska funktionshinder – Ett behov av att uttrycka sina behov...

Vad jag kan konstatera efter snart 10 år är att dom allra flesta som tillhör målgruppen inte har den förmågan att själva kunna uttrycka vad man har för behov, utan det ställer krav på oss som arbetar med dom psykiskt funktionshindrade att, både utifrån kunskap om psykisk sjukdom och om det sätt som personen uttrycker sig på, kunna fatta beslut om rätt insats (deltagare i FoU-cirkeln).

Vi biståndshandläggare har ett behov av att diskutera insatser och hur man formulerar behovet när den enskilde själv har svårigheter att uttrycka själv vad behovet är (deltagare i FoU-cirkeln/Erika).

En premis för FoU-cirkeln inriktning var frågan om behov för just den här målgruppen, personer med psykiska funktionshinder. De flesta biståndshandläggare i Sverige, oavsett kommunens utformning av biståndsprocessen, har mest kontakt med äldre människor. Socialpsykiatri är om inte ett nytt ansvarsområde i socialtjänsten åtminstone ett tydligt uttryckt ansvarsområde efter psykiatrireformen. Det fanns ett ansvar även förut men nu kan man säga att psykiatrireformens effekt i kommunerna har varit att skapa ett ny sorts bemötande för målgruppen.

Det har känts betungande på grund av att det här är en ny klientgrupp som man i vanliga fall inte stöter på. Jag vet knappt vilka insatser som finns tillgängliga (deltagare i FoU-cirkeln).

Jag tror att alla författarna i rapporten har tagit upp frågan om hur befintliga insatser i en viss kommun kan styra handläggarnas behovsbedömning. Som forskare i ämnesområdet socialpsykiatri och psykiatrisk rehabilitering är jag särskilt medveten om bristerna hos vissa verksamheter som leder till att de inte stödjer återhämtning för personer med psykiska funktionshinder. Det finns samtidigt en omfattande litteratur om både återhämtning och rehabilitering och det finns gott om internationell forskning om metoder som har utvärderats som effektiva och framgångsrika (Anthony, Hansson, Brunt, Topor, osv.) Deltagarna i gruppen uttryckte en frustration över hur bristen på lämpliga resurser för denna grupp påverkade deras förmåga att bedöma behov och bevilja lämpliga insatser. Jag blev bekymrad över bristen av evidensbaserade insatser, men även mer över frånvaron av kunskap om vad det finns för möjligheter för personer med

psykiska funktionshinder. Vi vet, t.ex. att många personer med allvarliga psykiska funktionshinder kan fungera i arbetsliv då det finns en välutvecklad "Supported Employment" verksamhet. Med andra ord har kommunerna, ofta i samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedling och Psykiatri, utvecklat stöd (job coaches) i arbetsplatsen (Rosenberg, m.fl. 2005) Utan en sådan fungerande verksamhet, hur kan biståndshandläggarna, men även brukarna, veta att det finns en möjlighet för dem att fungera i arbetsliv med stöd? Vi såg i gruppen en tydlig koppling mellan kunskap om vad som är möjligt för målgruppen och hur vi kan fånga upp och förstå behovet.

Vanlig att behovet är socialt och i stödform istället för handgriplig hjälp (deltagare i FoU-cirkeln)

En äldre man med en dålig rygg har ett behov av att få hjälp med att komma ur sängen varje dag. Efter det att han fått hjälp att komma ur sängen kunde han sedan klara sig ganska bra under nästan hela dagen. Utan "lyfthjälpen" skulle han troligtvis bli liggandes kvar i sängen. Om en yngre kille har ett behov av stöd för att lämna sängen pga. en allvarlig depression kan han beviljas samma stöd. Personalen måste kanske prata med honom istället för att lyfta honom, men resultatet skulle bli det samma. Utan stöd skulle både två ligger kvar i sängen. Vi diskuterade exemplen i gruppen och hittade inget svar i reglerna eller i de allmänna råden, men svaret kanske istället ligger i hur olika vi tolkar behov. Hur kan man jämföra insatser som går ut på stöd eller samtal eller sällskap med insatser som är "handgripliga"? Är de lika konkreta då vi tillämpar ett kunskapsperspektiv och utgår från Socialtjänstlagens intentioner? Många boendestödare t.ex. påstår att en relation byggt på tillit är deras främsta verktyg för att hjälpa människor.

Hur beskriver vi "de osynliga behoven" och låta dem bli tillåtna att utföra? (deltagare i FoU-cirkeln)

Vi använder olika begrepp för att beskriva behov bland personer med psykiska funktionshinder som kan karakteriseras som osynliga. De kan vara osynliga utifrån individens bristande förmåga att uttrycka dessa i mötet med kommunens representant. I Carina Bäckströms artikel har hon tagit upp olika begränsningar i biståndshandläggarnas möjlighet att fånga individens riktiga behov. Tidsbegränsningar, byråkratiska strukturer och olika myter om vad personer med psykiska funktionshinder kan prestera kan alla fungera som hinder till att få bra begrepp om individens behov. Alla var överens att en karaktäristisk faktor för just den här gruppen var deras brist på förmåga att uttrycka sina behov. Ett sådant hinder kan ses som en brist i individens kognitiva förmågor, men kan lika väl hänga ihop med ett bristande kunskap om hur vi bäst kan stödja personer med psykiska funktionshinder utifrån socialtjänstens begränsade "verktyglåda". Alla var överens om tid och en bra relation är förutsättningar för att så småningom komma fram till en bra beskrivning av individens behov. Här beskrev de en ömsesidig dialog där individens synsätt på deras behov fick lika

stort gehör som biståndshandläggarens försök att beskriva kommunens möjliga lösningar.

Egentligen är det fel att tala om målgruppens behov, då dessa är lika för oss alla. Problemet är att kunna överbrygga dom hinder psykisk sjukdom medför som förhindrar dom själva att tillgodose dessa behov (deltagare i FoU-cirkeln)

Något som gått som en röd tråd genom cirkeln är följande. Att få möjlighet till en bra bedömning av de individuella behoven, dvs. att få hjälp att ta reda på och formulera behoven och/eller målsättning med hjälpen, kan vara en viktig insats som biståndshandläggarna kan besluta om. Vi var överens om att målgruppen ofta har det svårt att se en framtid och sig själv som en delaktig samhällsmedlem. Det finns dessutom sällan någon färdig ”paketlösning” som skapa det. Kan man betrakta behovsbedömning som ett steg i en gemensam planering med klienten? Bör man bevilja en behovsbedömning för personer med psykiska funktionshinder eller måste vi anpassa den befintliga processen för att skapa ett bättre bemötande för dessa individer?

Ett bemötande om behov – attityder, värderingar, färdigheter och kunskap

Värderingar och attityder påverkar bedömningsprocessen enligt många av deltagarna i cirkeln. I diskussionerna blev det också tydligt att det finns en koppling mellan rådande attityder och värderingar som präglar socialtjänsten och socialpsykiatri. Förväntningar från den medicinska psykiatrin kan sätta press på biståndshandläggare som kanske känner att de inte har en lika vetenskaplig kunskap om individens behov som psykiatripersonalen. Att få tid till att skapa en relation med individen så att de kan känna sig trygga då de uttrycker sina behov kan låta som ett ganska ”mjukt” arbetssätt i jämförelse med Landstingets krav på ett gruppböende som den enda möjliga insats för en individ med en ”varaktigt schizofreni” och ”ingen sjukdomsinsikt”. Men verkligheten enligt dagens forskning ger inget vetenskapligt stöd för dessa insatser och synen på individens behov. Tvärtom har det visat sig att många har orkat med mycket mer än vad den diagnosbaserade prognosen skulle ha förutsagt. En attityd som man kan bli bekymrad över är därför kommunpersonalens otrygghet och rädsla för att stå för det samhällsbaserade synsättet på behov. Kommunerna har haft flera år på sig att bli medvetna om möjligheterna i samhället och det finns en växande kunskap bland t.ex. boendestödpersonal. Dessutom finns som jag tidigare nämnt en ganska stark evidensbaserad litteratur om behoven i samhällsliv för målgruppen. Andra attityder som kom fram i FoU-cirkeln handlade om tålmod, respekt för individen, en fokus på en helhetssyn och en flexibilitet i hela processen.

Det vi tycker att personen borde mår bra av är inte alltid rätt. Vi har tidigare pratat om att möta den funktionshindrade på ”rätt” nivå, att kanske erbjuda andra tider i kontakten med handläggare och kunna minska myndighetsspråket så att det blir mer

begripbart för den enskilde. Vi försöker också att skraddarsy individuella insatser så långt det är möjligt (deltagare i FoU-cirkeln)

Psykiskt funktionshindrade har ofta rädsla för formella möten, myndighets/sjukvårdskontakter liksom att kunna urskilja både ansvar och arbetsuppgifter varför de ofta behöver stöd och hjälp i samband med sådana kontakter, så att de inte uteblir eller bokar av pga. rädsla.(deltagare i FoU-cirkeln)

Det visade sig att det också finns lärdom som kunde påverka ett bemötande på ett negativt sätt. En biståndshandläggare berättade för gruppen hur hon inför ett möte med en person med ett psykiskt funktionshinder informerades av en erfaren personal på psykiatri att hon inte skulle ta ögonkontakt med personer som hade diagnosen schizofreni. Bakom ett sådant påstående finns mest bara myter medan kunskap om hur man bäst kan bemöta människor med allvarliga psykiska funktionshinder finns att hämta.(SISUS 2005) Men man kan tänka sig att handläggarna som tog det här på allvar lämnade rummet med en attityd och även rädsla som kunde påverka deras kontakt med klienter i fortsättningen på ett mycket negativt sätt. Det finns ett klart behov av kunskap och kompetensutveckling, inte minst av kontakt med f.d. brukare, för att förstå deras situation då de måste presentera sina behov till myndighetspersonal.

Biståndshandläggning

Innan vi planerade och började cirkeln hade jag en viss erfarenhet av biståndshandlägningsprocessen genom en ”nära kontakt” med Eva Rönnbäcks avhandling (Rönnbäck/Lindelöf 2004). Jag hade åtminstone börjat förstå att handläggningen kan ses som en tvåstegsprocess där man ska först göra en behovsbedömning och sedan ett biståndsbeslut. Man ska inte bara göra en biståndsbedömning. Med andra ord blev det klart för mig att det finns ett tydligt försök att sätta ord på individens behov innan man ska börja ett försök att skapa ett beslut som ska vägleda verkställighet. Vad vill individen? Hur ser dem på sina behov? Och vilka behov ska vi ta hänsyn till utifrån begreppet ”skälig levnadsnivå”? Då man funderar på de olika frågor om just psykiska funktionshinder som sammanfattas i början av artikel kan man börja se komplikationerna som skapas av ett försök att hålla oss till socialpolitikens intentioner med biståndshandläggning.

Om jag återgår till att titta på intentionerna med psykiatrireformen finner jag följande:

- den psykiskt störde skall ha samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället (normaliserings principen).
- Rätten till stöd och service skall vara individuellt anpassad.
- Utgångspunkten för alla insatser skall vara den enskildes egna val och prioriteringar.
- Insatser skall ges i så öppna och normaliserade former som möjligt.

- Insatserna skall främja oberoende och integritet.
- Insatserna skall utformas så att dom stöder den enskildes välfärd.

I socialtjänstlagens portalparagraf sägs i princip samma sak och i 3 kap § 5 påtalas vikten av att insatserna planeras tillsammans med den enskilde. I kap 5 § 7 belyses vikten av att människor med betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

Vi kan alltså konstatera att intentionerna och regelverket stämmer väl överens och att svårigheterna i den praktiska utformningen finns på annat håll. Om vi antar att biståndsbedömningen är en viktig del i utformningen av det individuella stödet, hur skulle det utformas för att bättre kunna fånga upp den enskildes behov av stöd? (deltagare i FoU-cirkeln)

Enligt den nyligen publicerade tillsyns rapport producerades av Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005);

* Handläggarna har otillräcklig kunskap om behov och utvecklingsmöjligheter hos personer med psykiska funktionshinder

* Handläggarna saknar helhetsorientering

Om vi samlar några av de olika idéerna som lyftes fram under diskussionerna kan man börja skissa en bild av problemet. Utifrån ett paradigm där begreppet funktionshinder bör präglas av en fokus på individens förmågor, brister och möjligheter i samhällslivet kan man konsekvent se att behovsbedömning bör fokusera på individen som samhällsmedlem och inte bara som patient eller klient. Det finns enligt forskning om återhämtning och rehabilitering (Topor, Anthony, Socialstyrelsen), men även enligt lagstiftningens intentioner, en kunskapsbaserad förståelse att målsättningen för individen måste vara en roll i samhällslivet. Här finner vi en bristande på kunskap om metoder och möjligheter som finns för just den här målgruppen. Vi vet t.ex. att vi kan installera en hiss i en byggnad för en rullstolsburen person som vill läsa och ta ett datakort som ett steg mot arbetslivet. Men det är få som vet vilken sorts stöd eller anpassning som skulle fungera för någon med ett funktionshinder kopplat till en psykisk sjukdom där målsättningen är den samma. Som noterat i tillsynsrapporten har vi en begränsad kunskap om utvecklingsmöjligheter för personer med psykiska funktionshinder. Inom socialpsykiatri har vi också hittills haft en mycket begränsad fokus på individens brister. Vår "blick" har begränsats kan man säga av en medicinsk synsätt som ärvt och som aldrig ifrågasatt från medicinsk psykiatri. Ett sådant synsätt är motsatsen till helhetssynen som biståndshandläggarna och verkställarna i vår grupp uttryckte så väl. Det är också motsatsen till en synsätt på funktionshinder där individens behov bedöms utifrån en förståelse av deras liv och möjligheter i samhället, inte bara deras liv som klient hos socialtjänsten.

Följande bild är ett enkelt försök att börja reflektera över problematiken som vi såg i gruppen. Den första bilden kan ses som en beskrivning av den traditionella behovsbedömningsprocess som vanligtvis används oavsett målgrupp. Vi möter personen som en klient eller en individ med ett hjälpbehov och inte som en medlem i en samhällsgemenskap som Lars Wilhelmsson har tagit upp i sin artikel. Hur kan vi hjälpa Kalle att lära sig färdigheter för att få ett bättre socialt liv? I den andra bilden ser vi en samhällsbaserad behovsbedömning där biståndshandläggarnas roll är att "följa" med Kalle ute i samhället, inte fysiskt, men i deras diskussioner av behov för att skapa en helhetssyn. Man kan sedan lägga till en annan fråga. Hur kan vi stödja Kalle att vara med i några sociala möjligheter som finns just i bostadsområdet där han bor? I den första frågan tar vi hänsyn bara till bristerna som ses hos just Kalle. I den andra frågan tar vi med samhället och Kalles "medlemskap" i ett visst bostadsområde där det kanske finns möjligheter som vi kan ta hänsyn till. En helhetssyn är förstås komplicerad, då vi måste ta hänsyn till brister i samhället som skapa hinder för personer med psykiska funktionshinder, t.ex. stigma.

Bild 1: Behovsbedömning i socialtjänsten – Klientens behov bedöms inom ramen för socialtjänstens verksamhet/insatser

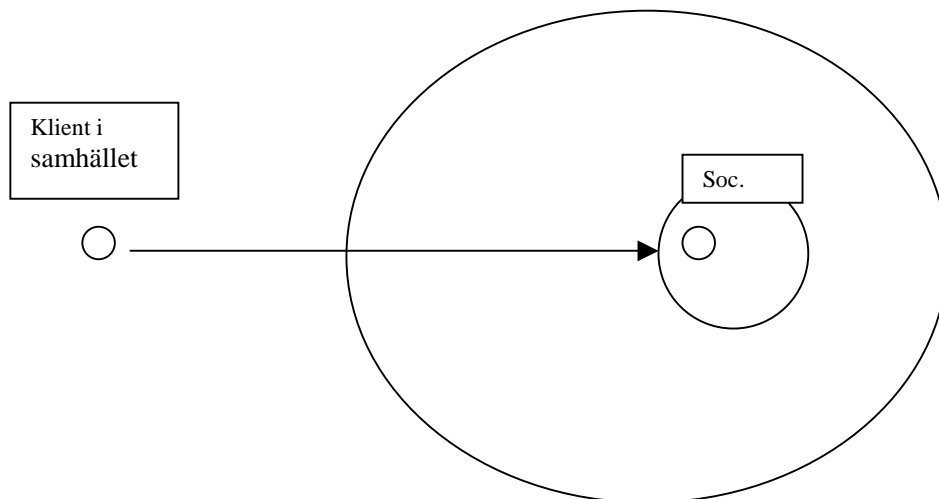
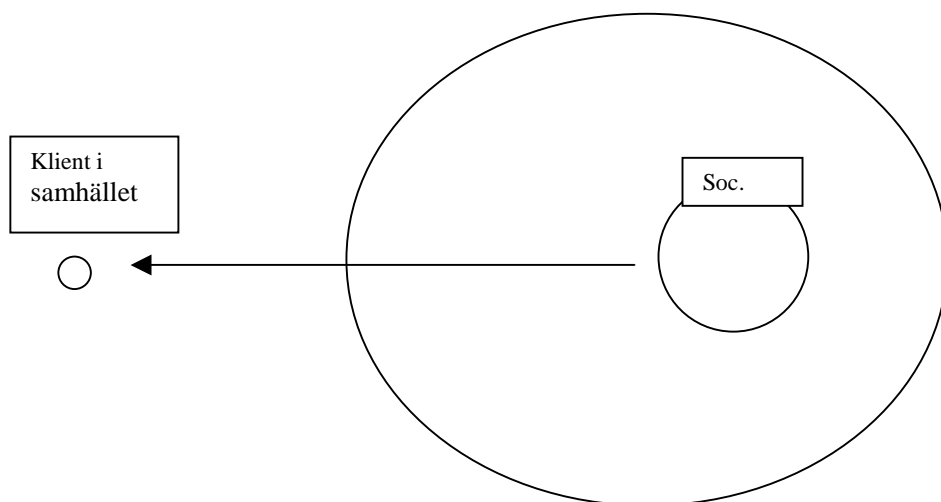


Bild 2: Samhällsbaserad behovsbedömning – Klientens behov bedöms inom ramen för deras liv i samhället



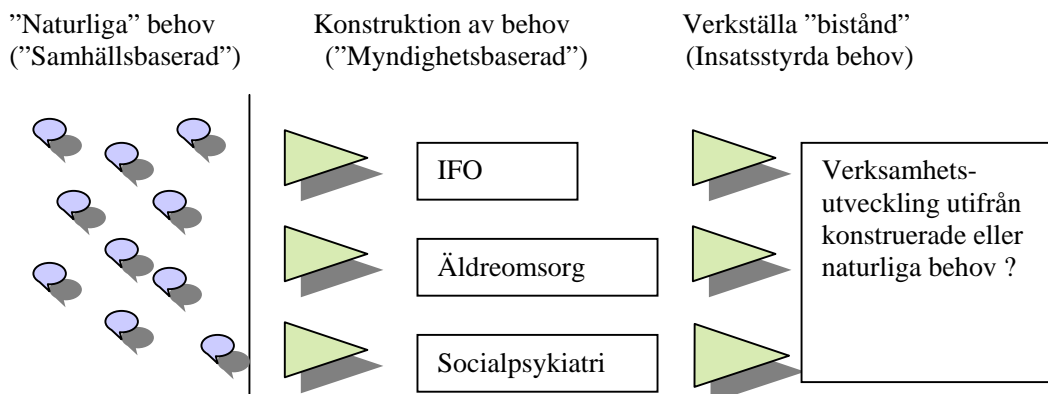
Man vill beskriva hur brister (i omgivningen) påverkar deras dagliga livsföring (deltagare i FoU-cirkeln).

Organisation

En annan faktor som kommit fram under cirkeln var den organisatoriska ramen. Hur hade kommunen planerat och strukturerat insatser för personer med psykiska funktionshinder? Under tiden att cirkeln pågick hade många förändringar skett både på lokal och på nationell nivå. Några kommuner hade en egen socialpsykiatrisk enhet, några tillhörde omsorg av funktionshindrade och ett par hade nyligen "flyttat in" till Individ- och familjeomsorgen. Vi kom fram till att det finns en förvirring över hur den organisatoriska strukturen ska se ut. En annan förändring som bör diskuteras mer handlar om själva organiseringen av biståndsprocessen. Att många kommuner nyligen hade börjat med individuell prövning av vissa socialpsykiatriska insatser som boendestöd, var en faktor som låg bakom cirkelns utformning. En annan faktor som deltagarna i cirkeln diskuterade var frågan om specialiserade eller allmänna biståndsenheter. Vissa kommuner hade biståndshandläggare med en speciell kunskap kring personer med psykiska funktionshinder och som organisatoriskt också tillhörde verksamheten. Andra hade en centraliserad biståndsenhet där handläggarna var mera fristående och bedömde behov för både socialpsykiatri och äldreomsorg. Istället för att debattera vilken organisatorisk form är bäst tyckte vi att det finns flera väsentliga frågor som handlar om hur den organisatoriska strukturen kan påverka eller styra behovsbedömningen.

Behoven ser alltså olika ut beroende på ålder, kön, tidigare erfarenheter, prevention, nätverk, utbildning etc. Gruppen psykiskt funktionshindrade är inte en homogen

grupp. Gruppen äldre/pensionärer är inte en homogen grupp, inte heller ungdomar, missbrukare, socialbidragstagare etc. Vad jag vill säga är att det uppstår svårigheter när vi har en organisation som "blockindelar" utifrån en uppfattning om olika gruppers behov. (deltagare i FoU cirkeln)



Den här bilden utvecklades under tiden i cirkeln när man funderade på hur de olika "naturliga" behoven som personer med psykiska funktionshinder upplevde i samhällslivet stötte ihop med socialtjänstens organisatorisk struktur. Eva Rönnbäck resonerade under cirkeln om hur behov kan blir konstruerade av ett bemötande med myndigheterna och jag har beskrivit en liknande fenomen i en rapport om kartläggningsprocessen. (Rosenberg, 2004) Om vi kategorisera folk enligt en förutsagd författning om hur personer med olika problem ska stödjas riskerar vi, tyckte vi, att inte utveckla en helhetssyn om individ som samhällsmedlem. De olika "naturliga" behov blir begränsat, kategoriserade och omkonstruerade på ett sätt som är mer reflektiv av den rådande organisatoriska strukturen än individens liv i samhället. Ett exempel från ett annat forskningsprojekt kan hjälpa utvidga reflektionen. (Rosenberg, 2001) Under inventeringen i Sundsvall ställde en sjuksköterska frågan om när personer med psykiska funktionshinder kunde "pensionera sig" till äldreomsorg. Hon menade att hon träffade många "vanliga" äldre personer som hade många "naturliga" behov utifrån en försämrad mental hälsa. Samtidigt träffade hon många äldre "psykisk sjuka" som var fortfarande kvar i ett socialpsykiatriskt gruppboende trots att deras beteende och mental hälsa var inte sämre än många av de "normala". Segregerad i en socialpsykiatrisk kategori kan man säga, var alla deras behov kopplad till deras psykiska funktionshinder. Har de inte en rätt att "lämna" en sådan stämpling om de kan, då de blir äldre? Ska behov styras av en organisatorisk "stämpel" eller individens individuella behov och en "skälig levnadsnivå"? En deltagare i gruppen tyckte att man vid varje bedömning i första hand skulle se individen som en samhällsmedlem annars riskerade man att "stämpla in" dem till ett liv som funktionshindrade. Han ville att de skulle få en chans att omprövas till "medborgare", kan man säga.

Om det finns ett behov som vi inte ha verksamheter till, vad händer sedan?... därför borde kommunerna skapa verksamheter utifrån behov! (deltagare i FoU-cirkeln)

Vad personen själv vill, även om vi inte kan hantera... (deltagare i foU-cirkeln)

Ett annat bekymmer utifrån en sådan organisatorisk fördelning är risken, som Eva har tagit upp i sin artikel, att behovsbedömningen kan bli "insatsstyrd". Det blev en viktig diskussionspunkt med hänsyn till personer med psykiska funktionshinder då man vet att insatserna för den här gruppen är så begränsad. Tillsynsrapporten har pekat på att det tio år efter reformen fortfarande finns en brist av sysselsättningsmöjligheter. Antalet samordnade rehabiliteringsverksamheter i Sveriges kommuner har minskat från 17 %, 2002, till 11 %, 2004. (Citera rapport) Vi markerade ett samspel mellan en brist av kunskapsbaserade insatser och en bristande förmåga bland handläggare att dokumentera individens behov. Om vi möter en klient som vill arbeta trots ett allvarligt funktionshinder och det saknas en arbetslivsinriktad rehabilitering i kommunen hur ska behovet registreras, bedömas och även kunna uttryckas av klienten? En klient i Sundsvallstudien sa att hon inte hade något behov angående arbetsliv då hon trodde att hon var för "sjuk" och inte orkade arbeta. Då jag beskrev en rehabiliteringsverksamhet (som hon inte hade någon information om) där hon kunde arbeta halvtid på en lönebidragsanställning och koppla av på en dagverksamhet halvtid, tyckte hon att det passade hennes behov perfekt. Här ser vi en komplicerade samspel mellan kommunens utbud av insatser, handläggarnas kunskap och förmåga att informera, och bemötande med individens "outvecklade" intresse och önskemål.

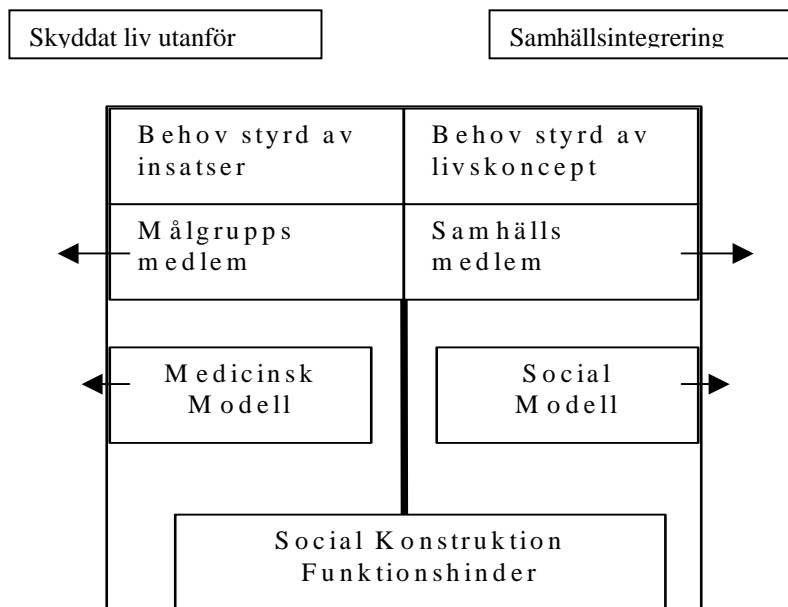
Jag tror att det behövs en helt annan typ av organisation där det verkligen tas hänsyn till HELA människan. För att målgruppen psykiskt funktionshindrade ska närma sig andra svaga grupper i vårt samhälle, tror jag att det är nödvändigt att vi bygger en organisation där det är möjligt att möta personers faktiska behov (deltagare i FoU-cirkeln)

Diskussion

Då vi pratar om människor med psykiska funktionshinder, där vi vet att de har ofta svårt att uttrycka sina behov, bör vi kanske se behovsbedömning inte bara som ett administrativt verktyg utan också som en insats. Hur vi bemöter personer med psykiska funktionshinder och tar hänsyn till deras behov är avgörande både för individens livskvalitet men även för vår egen kvalitetsutveckling som verksamhet. Om vi är duktiga på att förstå behov kan vi också bli duktiga på att utveckla lämpliga insatser. Om vi är duktiga på att förstå behovet utifrån ett socialt perspektiv, där individens helhet syns i processen, kan vi kanske lyckas bättre med vår uppgift av att stödja målgruppen till ett liv i samhället som alla andra. Risken som vi har alla beskrivit på olika sätt, är att individen kan blir fast i ett utanförskap, där deras potential aldrig utvecklas, där

de blir missnöjd och även försämrade i sin sjukdom och där samhällets ansvar för att försörja någon kan bli livslångt.

Perspektiv på psykisk funktionshindrade som "samhällsmedlemmar"



Från begrepp till resultat – behovsbedömning utifrån olika modeller

För att sammanfatta lite, kan man använda bilden ovanpå. En liten förenklad föreställning men kanske användbart som ett sätt att främja diskussionen som vi har börjat i cirkeln. Om vi antar den utmaningen som Lars Wilhelmsson tog upp i sin artikel, att ta med den sociala i socialtjänstens uppgift, kan vi fundera över hur en social modell kan vidga våra begrepp och öka vår kunskap om personerna med psykiska funktionshinder. Kan vi ställa frågor och lyssna och kan vi ta den tid som Carina Bäckström har förklarat behövs för att få en helhetssyn på individens behov. Kan vi betrakta de som sociala "varelser", som medborgare helt enkelt, som rör sig i samma kretsare som vi andra, och som har samma behov av gemenskap och ett meningsfullt liv. Tanken är att om vi betrakta individerna som kommer till oss med sina uttryckta behov, som samhällsmedlemmar trots en kvarstående sjukdom, skulle vi kunna bedöma behov utifrån ett livskoncept som vi kan utveckla tillsammans. Hittills har vi behandlat dem oftast som "målgruppsmedlemmar", kanske bara ett annat sätt att stämpla de som "kroniker" i värsta fall. Som samhällsmedlemmar skulle frågorna vara. Hur kan livet ser ut för mig, trots mitt funktionshinder? Hur kan ni –kommunen - hjälpa mig att komma till den mest hoppfulla framtid som jag kan sträva efter? Vilken roll vill jag ta på mig (student, anställd, pensionär) och vilket stödinsatser kan ni erbjuda och vilka resurser kan vi utveckla som jag kan prova?

Vi måste sluta fråga oss om brukare har en funktion att fylla och i stället börja fråga dem vilken funktion de vill fylla (deltagare i FoU-cirkeln)

Genom att börja en behovsbedömning från ett sådant premiss eller synsätt, att alla kan och bör ha chansen till ett liv i samhället, tror vi att vi skulle kunna lyckas bättre med en integreringsprocess, där många mer kunde försörja sig och leva ett tillfredställt liv.

5. Några avslutande reflektioner

I detta avslutande kapitel gör vi några avslutande reflektioner det som kommit fram i rapporten och i FoU-cirkeln.

Det som bl.a. kom fram under diskussionerna var att det finns också olika perspektiv på biståndshandläggning beroende på var man befinner sig i ”helheten”. Dessa olika perspektiv påverkar hur vi betraktar behovsbedömningen och biståndsbesluten.

- Ett system perspektiv – präglas av effektivitet, resursfördelning, organisatoriska strukturer, men även en viss sociopolitiskt människosyn.
- Handläggarnas perspektiv – präglas av erfarenhet, kunskap men också regler, riktlinjer, och ekonomiska och resursbegränsningar. Kanske också en synsätt på deras uppgift som är mer eller mindre uttryckt av ledarna och politiker.
- Individens perspektiv – präglas av deras egen synsätt eller livskoncept, ett behov som är samhällsbaserad och inte myndighetsbaserad.
- Kunskap/forskningsperspektiv – präglas av ett försök att integrera teori och praktik, forskningsresultat (evidensbaserad metoder) och praktik, och även lagstiftningens ideologi och praktik.

I denna FoU-cirkel var tre av perspektiven representerade.

Handläggarperspektivet representerades av de medverkande handläggarna och forskningsperspektivet av oss FoU-anställda. Det tredje perspektivet som fanns representerat var systemperspektivet genom att det på olika sätt präglar oss både medvetet och omedvetet. FoU-deltagarna befinner sig i en given struktur som styrs av resurser och givna organisationsramar och en föreställning om när och hur samhället ska intervensera i olika människors liv. Vi som forskare står nog inte heller helt fria från detta perspektiv även om vi försöker anta ett kunskapsperspektiv. Dessa olika perspektiv har inte bara kommit fram i de diskussioner som pågått i FoU-cirkeln, utan även i denna rapport. Genom att vi har belyst situationen utifrån olika perspektiv har vi även bidragit med att berika området och ökat vår gemensamma kunskap.

Om vi återgår till diskussionerna och de olika problematiseringar som lyfts fram i FoU-cirkeln och även i rapporten kan vi se några områden eller teman;

- Paternalism – Vi vet bäst

- Variation i funktionshinder kan leda till en variation i behov vilket ska leda till en variation i hjälpinsatsen. Detta är en utmaning för såväl biståndshandläggare som för personal i verksamheten.
- Insatser – Man är inte van med att bevilja ”nya” insatser.
- Inga ”allmänna råd”.
- Att ta hänsyn till konsekvenserna av funktionshindret inte diagnos.
- Tid – för att skapa en relation som kan stödja klientens förmåga att uttrycka sina behov (tillit) och för att undersöka/upptäcka behov som kan ha långtidskonsekvenser, t.ex. de sociala.

Deltagarna i cirkeln har haft modet att beskriva sin osäkerhet inför den nya situation de ställts inför och vågat tala om att de saknar vissa kunskaper. Detta är i sig ett gott tecken och en början på en vilja att ta in och verkligen vara öppen för att få nya kunskaper. Att vara medveten om sina egna brister och sin okunskap är ju som vi känner till ett tecken på klokhet. Att som professionell biståndshandläggare möta en person som har svårt att uttrycka sitt hjälpbehov och erkänna för den personen att jag inte vet hur jag ska kunna hjälpa dig kräver ett mod. Carina beskriver också detta i sin artikel. Detta handlingsätt öppnar dörren för ett beslut som i mångas ögon kanske är fel eller känns bakvänt men som vi menar är tecken på ett professionellt handlande, nämligen att bevilja en insats som innebär att personen får hjälp att formulera sitt egna behov. I citaten ned reflekterar några biståndshandläggare om detta och om svårigheten att möta personer som har svårt att formulera sina behov.

Ofta som jag upplever det är det **första steget** att för en blivande kontaktman att skapa en kontakt med den enskilde. Många som levt i år med psykisk ohälsa har ett mycket begränsat nätverk och det var länge sedan de tillät en person komma nära sig in på livet. Detta första steg är ett arbete tillsammans med den enskilde att bygga upp ömsesidig respekt och en hållbar relation som kan ta mycket lång tid. I denna del är det som jag ser det den enskilde och kontaktmannen som tillsammans påbörjar att ”måla tavlan”. Att tillsammans med den enskilde se förmågor utveckla färdigheter de redan har eller att skapa nya färdigheter. Att skapa nya eller utveckla redan befintliga resurser är en början för att sedan den enskilde ska kunna uttrycka en egen vilja, egna mål och kunna se en framtid. Ett **andra steg** är att som biståndshandläggare utveckla bistånden ytterligare och att tillsammans med den enskilde se framtiden (deltagare i FoU-cirkeln).

När jag träffar en behövande människa som kanske inte själv kan uttrycka sina behov pga. sin psykiska ohälsa, ska jag tillsammans med denne och ev. andra i dennes omgivning försöka komma fram till hjälpbehov och hur det kan tillgodoses. Som handläggare tror jag att man tenderar att ha krav på sig att kunna komma med lösningar. Detta har förmodligen sin bakgrund i att av tradition träffar vi äldre människor med jämförelsevis (om man generaliserar) ganska tydliga behov av ex

grundläggande behov som hygien och mat. Vi är vana att möta sådana problem och lösa dem snabbt med insatser vi känner till och som redan finns (deltagare i FoU-cirkeln).

I mötet med en psykiskt funktionshindrad person blir behoven inte lika "lätta att se". Mål nummer ett blir att försöka få en kontakt med personen (vilket ibland kan vara nog så svårt) och att sträva efter att denne ska kunna lita på socialtjänsten. Här gäller det att som handläggare inte ställa krav på sig att hitta lösning/vara så inriktad på insatser utan att försöka påbörja att skapa en bärande relation (deltagare i FoU-cirkeln)

För att kunna utröna behov måste man ha förmåga till inlevelse och att kunna möta den människan där just den är. Till detta behövs god tid, uthållighet, tålamod och långvarig kontakt så att man genom samtal och motivationsarbete i lagom takt kan arbeta med den funktionshindrade för att hitta och därefter minska konsekvenserna av det psykiska funktionshindret (deltagare i FoU-cirkeln)

Att bedöma andra människors behov och livssituation och fatta beslut om biståndsinsatser är en otroligt professionell arbetsuppgift som kräver kunskap och färdigheter i att bygga relationer med personer i kris. Det krävs en självständig professionalitet som måste bevaras för att skydda individens rättighet att uttrycka sina behov till socialtjänsten.

Till slut, en grupp som har haft det sämre än många andra och därför är det svårt att etablera en "skälig levnadsnivå". Vi vet inte vad de kan, men vi vet att det finns forskning som har börjat dokumentera en mycket högre frekvens av återhämtning till ett fungerande liv i samhället. Det innebär inte att sjukdomen har försvunnit, men att man kan fungera trots ett funktionshinder om det finns rätt stöd. Hur ska man ta med i bedömningsprocessen en optimism eller hoppfullhet, byggt på kunskap och forskning, som skulle sätta press på kommunen att verkställa möjligheten till ett liv i samhället?

Eftersom det är människor och individer vi arbetar med/för så kommer hjälpbehovet alltid att variera liksom lämpligt bistånd, så generella och/eller individuella insatser, kommer alltid att vara beroende på person och situation och självklart de ekonomiska förutsättningarna, i samhället. Naturligtvis är bemötandet, informationen och kommunikationen med den enskilde, av avgörande vikt i handlägningsprocessen. Jag tror att framtidens "socialarbetare" måste utveckla en större lyhördhet, flexibilitet och samverka i större utsträckning, både inom och utom den egna organisationen, i utredningsprocessen/tänkandet för att kunna identifiera den enskildes, ofta komplexa hjälpbehov och tillgodose dem (deltagare i FoU-cirkeln)

Referenser

Allen, J G. & Tarnott, G. & Coyne, L. (1985). Therapeutic alliance and longterm hospital treatment outcome. *Comprehensive psychiatry* 26: 187-194

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M, and Gagne, C. (2002) *Psychiatric Rehabilitation, Second Edition*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Antonovsky, A (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.

Bengtsson-Tops, A. (2005). Behov av vård och stöd i Brunt, D. & Hansson, L. *Att leva med psykiska funktionshinder*. Lund, Studentlitteratur.

Eklund & Bejerholm (2005) Vardagslivets rehabilitering i Brunt, D., & Hansson, L. (red) *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund, Studentlitteratur.

Harding, C. & Brooks, G W. & Ashikaga, T & Strauss, J. & Breier, A. (1986).The Vermont longitudinal study of Persons with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, s. 718-735.

Harding, CM, Zubin, J and Strauss, JS (1992). Chronicity in schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry*, Vol 161 (suppl 18), October, s 27-37.

Johansson, S. (2002). *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm, Liber.

Knutsson & Pettersson (1995). *Psykiskt stördas villkor. Psykiatrireformen i sammandrag*. Stockholm, Fritzes förlag AB.

Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2004). *Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå universitet: institutionen för socialt arbete (akad avh).

Lindqvist, R. & Hetzler, A. (2004). Funktionshinder och rehabilitering i Lindqvist & Hetzler (red): *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund, Studentlitteratur.

Lundgren, R. (2005). Bra personalutbildning saknas. *I Perspektiv på Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder*. Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.

Markström, U (2003) *Den svenska psykiatrireformen: Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå, Boréa Bokförlag.

Rosenberg, D. (2001) Att planera en framtid utan gränser: Psykiatrireformens uppföljning i Sundsvalls kommun. SoFo-mitt. Arbetsutvecklingsrapport 3/01.

Rosenberg, D, Dalin, R. mfl. (2005a). *Med på resan... Metoder och tillfrisknandefaktorer i psykiatrisk rehabilitering – En studie om Samrehab*. FoU Västernorrland. Rapport nr. 2005:6.

Rosenberg, D. (2004) *Living in the Real World: Surveying Psychiatric Disability in the Community*. FoU Västernorrland. Rapport nr. 2004:10.

Schlytter, A. (1987). *Barnomsorg och ramlag*. Rapport 1987:3. Stockholm, Nordiska institutet för samhällsplanering.

SISUS (2005) Bra bemötande av människor med funktionshinder- En översikt.

Socialstyrelsen. (2005). *Kommunernas insatser för psykiska funktionshinder*. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004.

Svensson, G. (2000). *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor: bedömning i förvaltningsdomstolar och socialnämnder*. Stockholm, Nordstedts Juridik.

Thorslund, M. & Larsson, K. (2002). *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Topor, A. (2001) *Återhämtning från svårs psykiska störningar*. Stockholm, Natur och Kultur.

Trydegår, G-B. (2000). *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*. Stockholm University. Department of social work, akademitryck AB (akad avh).

Weber, M. (1922/1983). *Ekonomi och samhälle. Förståendesociologins grunder. 1. sociologiska begrepp och definitioner*. Lund, Argos.

Westlund, P & Sjöberg, A. (2005). *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Solna, Fortbildningsförlaget.

"Skriv inget efter detta"

Med olika glasögon

Några reflektioner utifrån en kunskapsbaserad diskussion i en FoU-cirkel kring behov, bedömning och insatser för personer med psykiskt funktionshinder

Detta är en produkt av den FoU-cirkel som startade hösten 2003 och pågick under 2004 med inriktning på biståndshandläggning och verkställighet för personer med psykiskt funktionshinder. FoU-cirkeln samlade biståndshandläggare och verkställare från kommunerna i Västernorrland som arbetade med psykiskt funktionshindrade och syftet var att diskutera socialtjänstlagen och dess möjligheter och begränsningar. Två av deltagarna – Carina Bäckström och Lars Wilhelmsson – har tillsammans med oss på FoU-enheten sammanställt denna rapport som kan sägas vara ett axplock av de diskussioner som förts vid träffarna.

Lars Wilhelmsson, verksamhetschef vid socialtjänsten i Timrå, tar upp och diskuterar hur social socialtjänsten egentligen är. **Carina Bäckström** som arbetar som biståndshandläggare i Härnösand, reflekterar över sin yrkesroll i mötet med personer med psykiskt funktionshinder. **Eva Rönnbäck**, fil dr och forskare vid FoU Västernorrland beskriver socialtjänstlagen och de svårigheter som det innebär att följa dess mål och intentioner. **David Rosenberg**, doktorand och forskare vid FoU Västernorrland lyfter bl.a. fram den sociala modellens möjligheter vid behovsbedömningen. I det sista kapitlet ger Eva och David några avslutande reflektioner av det som kommit fram i rapporten och i FoU-cirkeln.

FoU-Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp ideér och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på www.y.komforb.se/fou