

Vilken information finns i socialtjänstens biståndsbeslut?

En en pilotstudie om innehåll och målsättningar i biståndsbeslut
om hemtjänst i Umeå Kommun.

Anders Holmström



Sjukgymnastutbildningen 120p

Titel: 2006
Vilken information
finns i socialtjänstens biståndsbe-
slut?

Författare: Anders Holmström
Glädjens gränd 16
903 63 UMEÅ

Handledare: Marianne Sandström
Sjukgymnast
Lillemor Lundin Olsson
Univ lektor

Nyckelord:
Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, bistånds-
beslut, insats, socialtjänst, hemtjänst.
Keywords: ICF, International classification of function,

För att kartlägga de komponenter som från ICF som förekommer vid en biståndsbedömning, och se vilka målsättningar det leder tills har 32 besluten kodats och undergått en kvalitativ och kvantitativ granskning. Föreliggande arbete har kartlagt de komponenter från ICF som förekommer vid en biståndsbedömning och vilka målformuleringar de leder till.

Tyngdpunkten i besluten ligger på domänerna Aktivitet och delaktighet. Även kroppsfunction och kroppsstruktur ges mycket stor tyngd. De mest använda kategorierna är Hemliv och Personlig vård. Även om materialet i besluten ger en bred bild av den biståndssökandes behov, så saknas viktig information. Framför allt brister det i domänen "Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv". Inom denna domän finns många av de kategorier som poängteras i lagstiftning, internationella överenskommelser och rekommendationer. När mål formuleras finns sällan någon klar koppling mellan delaktighetsinskränkning / aktivitetsbegränsning och de insatser man väljer. Den önskade effekten med insatsen anges oftast som direkta citat från lagtexten. Målen är således inte uppsatta för att möta individuella behov. Tidsmålen var i alla fall utom ett "tillsvidare". Vare sig effektmål eller tidsmål är möjliga att utvärdera.

Introduktion

För att få hjälp (bistånd) från socialtjänsten vänder sig den biståndssökande till äldreomsorgskonsulenterna på socialtjänsten som fattar beslut om vilka insatser som krävs. Förfrågan leder till en utredning (biståndsbedömning) av den biståndssökandes behov och ett beslut. Allt samlas i ett dokument som jag nedan refererar till enbart som beslut. De verktyg äldreomsorgskonsulenterna har till sitt förfogande är Socialtjänstlagen (1) (SoL), socialstyrelsens författningssamling (2) (SOSFS), kommunala beslut och vägledningar i socialtjänstplanen, samt länsrättens prejudicerande överprövningar av deras beslut. Vad som skall göras står i äldreomsorgskonsulenternas beslut. När och av vem bestämmer enhetscheferna, som har som uppgift att styra hur personalresurserna fördelas och hur arbetet utförs. Beslutet är även styrande för vårdgivarnas (hemtjänstpersonalens) arbete. De vänder sig till det skriftliga beslutet för att se vilka insatser de ska utföra hos vårdtagarna. Socialstyrelsen rekommendation är, bland annat, att det skall framgå i beslutet vilka mål som gäller för respektive insats, på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planerade och beslutade insatser, och hur nämnden eventuellt har samverkat med t.ex. andra myndigheter, organisationer eller föreningar och vad det har resulterat i. Den enskildes uppfattning om sina behov och hur dessa kan tillgodoses skall framgå av beslutet

Det skall även upprättas en genomförandeplan inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet med utgångspunkt i biståndsbeslutet. Genomförandeplanen skall beskriva målet för insatsen och hur den praktiskt skall genomföras. Även här skall framgå på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen. Den kontinuerliga journalföringen skall bland annat visa vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen, (3) Kommunen har det yttersta ansvaret för de som vistas i kommunen. Det inskränker inte det ansvar som andra huvudmän har. Men när inga andra huvudmän tar sitt ansvar så är det kommunen som måste göra det (1).

Socialnämndens beslut kan överklagas till förvaltningsdomstol. Förvaltningsdomstolen utgörs av Länsrätten. Länsrätten kan pröva både laglighet och det materiella innehållet i beslutet. Domstolen kan undanröja socialförvaltningens beslut och sätta ett nytt beslut i dess ställe, men måste då ta skäliga hänsyn till kommunens resurser (1). Socialstyrelsen utövar tillsyn över socialförvaltningarna. Även om kommunen har frihet att utveckla socialtjänsten efter lokala förutsättningar, så fastställs de övergripande målen av riksdag och regering. Socialstyrelsen är den centrala myndighet som skall se till att målen verkställs (1). Umeå kommun ger varje år ut en socialtjänstplan som beskriver verksamhetens målsättningar. Planen har formen av en överenskommelse mellan politisk nivå och verksamhetsnivå (4).

Där beskrivs både verksamheten och arbetsgivaransvaret. Vägen till ett biståndsbeslut är främst reglerad genom lagstiftning och styrdokument. Dessa säger att individuella, tydliga och utvärderingsbara mål skall finnas i besluten, och att de skall anges på vilket sätt den biståndssökande har medverkat till att sätta målen.

Utredningsverktyg

Under sammanlagt nästan 4 år har jag arbetat som vårdbiträde i hemtjänsten. Under min utbildning till sjukgymnast har mina nyförvärvade kunskaper gett mig ett intryck av att man, inom hemtjänsten i Umeå, inte arbetar på ett sätt som är optimalt för vårdtagarna. De beslut jag läst, för att kunna utföra mitt arbete i hemtjänsten, har enligt min uppfattning, saknat en strukturerad bild av vårdtagarna, deras behov och målsättningen med biståndet. Jag ville därför undersöka om det fanns bättre sätt att utreda vårdtagarnas behov och att sätta upp mål för hjälpinsatsen. Användning av systematiska metoder inom socialt arbete och biståndsbedömning är bristfälligt. (5) Ett verktyg för att undersöka om innehållet i besluten ger en tydlig bild av de biståndssökande och deras behov, är Världshälsoorganisationens (WHO's) "Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa" (ICF). Ett syfte med ICF är att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd i syfte att förbättra kommunikationen mellan olika användare såsom hälso och sjukvårdspersonal, forskare, politiker och allmänhet inklusive människor med funktionshinder (6). Interdisciplinär kommunikation är en viktig del i arbetet med ett biståndsbeslut. Äldreomsorskonsulenterna inhämtar information från sjukvårdspersonal, vårdtagare och anhöriga och vidarebefodrar information till enhetschefer och vårdgivare. Det finns studier som visar att interdisciplinär kommunikation underlättas av att man använder ICF (7,8).

Varje komponent inom ICF består av olika domäner och varje domän av kategorier, som är klassifikationsenheten. Kategorierna är ömsesidigt uteslutande. ICF har validitetstestats i andra sammanhang, bland annat i strokerehabilitering, och vid muskeloskeletal problem, och visat sig ha god validitet inom dessa fält (7,8,9,10). Det har visats att ICF är ett instrument som är precist i beskrivningen av de svårbeskrivna kategorierna aktivitet och delaktighet (11). Det har dock framförts kritik mot att ICF blanda samman förmåga att utföra en handling med det faktiska utförandet (12). Trots extensiv sökning, i 24 vetenskapliga tidskrifter om socialt arbete, har jag inte funnit någon studie på hur ICF kan användas vid biståndsbedömning.

Tabell 1.

Översikt över ICF-komponenter:

Definitioner
Kroppsfunktioner med kroppssystemets fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner.
Kroppsstrukturer är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter.
Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling.
Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation.
Funktionsnedsättning respektive strukturavvikelse är problem i form av betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion eller kroppsstruktur.
Aktivitetsbegränsningar är svårigheter en person kan ha vid genomförandet av aktiviteter.
Delaktighetsinskränkningar är problem som en person kan ha vid engagemang i livssituationer.
Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar.

Insatsens innehåll.

För att visa bredden på betydelser för begreppet rehabilitering, sökte jag på google på "What is rehabilitation". Det gav mycket skiftande svar om att återvinna lån, återställa stenbrott, återplantera skog och mycket annat. Etymologiskt tolkar jag ordet som re= återhablitera=skapa förmåga. Rehabilitering kan vara funktionsbevarande behandlingsinsatser, dvs insatser som syftar till att personen ska kunna bibehålla en funktionsnivå, och funktionsåtervinnande behandlingsinsatser, dvs insatser som syftar till att personen ska kunna återfå medicinska, sociala och psykologiska funktioner som gör det möjligt att återgå till tidigare förhållanden (13). Rehabilitering måste inte inskränka sig till kroppsfunktion eller kroppsstruktur, utan innefattar social integration, livskvalitet och självförverkligande. Speciell uppmärksamhet bör ges åt b.l.a kulturellt och socialt liv inklusive sport och rekreation, politisk representation och politiskt engagemang i frågor som berör dem (14). Inom WHO pågår för närvarande arbete för att sprida konceptet "Community based rehabilitation" (CBR). På grundval av den allmänna deklARATIONEN om mänskliga rättigheter försöker man få ett brett engagemang för rehabilitering (15). CBR är en strategi på samhällsnivå för rehabilitering, jämställdhet och social delaktighet. Genom att engagera och aktivera människor med funktionshinder själva, deras familj, organisationer, grupper och relevanta samhällsinstitutioner skall deras mänskliga rättigheter tas tillvara så att de aktivt kan delta i samhällslivet. Rehabilitering ses alltså som en mänsklig rättighet som bör engagera alla nivåer i samhället. Lagstiftningen säger att äldre människor ska erbjudas en aktiv och meningsfull

tillvaro i gemenskap med andra och att biståndet skall utformas så att det stärker deras möjligheter att leva ett självständigt liv (1) Det finns tydliga likhet mellan WHO:s (15) och FN:s utvecklingsprogramms definitioner (14) av rehabilitering och den hjälp som, enligt SoL, skall erbjudas till äldre biståndsbehövande. Socialtjänsten i Umeå skall prioritera förebyggande och tidiga insatser (4). Eftersom rehabilitering även definieras som funktionsbevarande (13) så är förebyggande av försämring också att definiera som rehabilitering. I förarbetet till denna uppsats pratade jag med två enhetschefer och en äldreomsorgskonsulent. De svarade alla, på en direkt fråga, att rehabilitering är landstingens och inte kommunernas, ansvar. Deras syn på rehabilitering skiljer sig alltså från den syn som presenteras ovan.

Målformulering

Biståndsbeslut skall ha mål och vara utvärderingsbara (3,18). Hur sätter man då mål på ett effektivt sätt? När Locke och Latham summerar 35 år av forskning på området skriver de(16): Ett mål är syftet med en handling, exempelvis att uppnå en viss kompetens, vanligtvis inom en given tidsram. Specifika mål leder till en bättre insats. Om man ber någon "gör ditt bästa" så gör de inte så bra de kan. Att göra sitt bästa har ingen yttre referens, de ger ett stort omfång av acceptabla utfall. De är även så att ju svåra målet är att nå, desto bättre blir utfallet. Om man tillåts att själv sätta tidsramarna så kan man ta längre tid på sig för att nå målet. Medan snäva tidsramar ökar arbetstakten. Det är mer troligt att man är fokuserad på målet och strävar mot det om man anser att det är viktigt och om man tror att man har förmågan att nå målet. Genom att ge adekvat feedback kan man stärka tron på den egna förmågan. Att ge mål på utförandenivå vid komplexa uppgifter kan påverka utfallet negativt. Då fungerar det vanligtvis bättre att säga "gör ditt bästa". Om man istället sätter mål på utfallsnivå så ger det ett bättre resultat vid komplexa uppgifter.

Enligt DeShon, Richard P Et al är mål hos individen hierarkiskt ordnade. Högt skattade mål är ofta avlägsna önskade tillstånd medan lågt rankade mål är vägar till det högt skattade målen. Mål förändras över tiden och det kan finnas diskrepans mellan kortsiktiga mål och högt skattade mål. Att lösa akuta problem kan göra det svårare att uppnå högt skattade mål. (17). Mål bör alltså innefatta en tidsram för att öka effektiviteten, det bör vara specifikt, uppnåelig, upplevas som viktigt och tillräckligt svårt för att vara sporrande. Man bör även utreda om målen är högt skattade eller om de är lågt skattade för se om de är huvudmål eller vägar till målet.

I beslut om bistånd bör det alltså finnas individuellt utformade, utvärderingsbara (18) insatser och målsättningar som handlar om en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och att det skall stärka deras möjlighet att leva ett självständigt liv. ICF är ett

instrument som kan användas för att titta på innehållet i biståndsbeslut för att se vart tyngdpunkten i besluten ligger.

Syfte

Jag ska kartlägga vilka komponenter från ICF som förekommer vid en biståndsbedömning och vilka målformuleringar de leder till.

Metod

Jag valde att analysera biståndsbeslut från tre äldreomsorgskonsulenter i Umeå kommuns socialförvaltning. Äldreomsorgskonsulenterna valdes ut av socialtjänstens chef och jag tog själv kontakt med dessa. De skickade månadens sista beslut om bistånd från de 10 senaste månaderna. Inklusionskriterierna var att hemtjänst skulle ingå i beslutet. De som får hemtjänst är alla över 65 år. Ett underförstått inklusionskriterium var därför "Biståndssökande över 65 år". Från två av äldreomsorgskonsulenterna kom beslut från de 12 senaste månaderna. Två beslut föll bort eftersom ett inte innehöll hemtjänst utan endast särskilt boende och ett annat var en dubblätt.

Totalt kom det in 34 beslut om bistånd, efter att två beslut fallit bort återstod 32 beslut. Besluten ankom i form av datorutskrifter på papper med namnet på den biståndssökande utraderat. Alla beslut hade samma struktur och såg ut att vara skrivna i samma datorprogram med givna rubriker som exempelvis: städ, inköp, transport, matlagning, personlig hygien, på och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag, tvätt, Fritid/Sysselsättning, kommunikation, Andning/cirkulation och läkemedelshantering. Besluten fick ett ordningsnummer. Alla beslut scannades sedan in till bilder och gjordes om till text i programmet Readiris (OCR). Namnet på beslutsfattarna togs sedan bort. I programmet TAMS analyser har alla texter sedan kodats utifrån koderna i tabellerna 1 och 2. Begrepp och fraser från besluten markerades som tillhörande någon av koderna. Se bilaga 1 för exempel. Analysen kombinerade kvalitativ och kvantitativ metod. Kvalitativ, eftersom jag kategoriserade innehållet som tillhörande vissa komponenter och kategorier från WHO's Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Kvantitativ, eftersom jag räknade förekomsten av dessa komponenter och kategorier. Kodningen gjordes utan att värdera komponenterna, målet är i stället att visa om de förekommer i utredningsmaterialet och i så fall hur ofta.

Biståndsbedömning och ICF

Från ICF-komponenterna "Aktivitet och delaktighet" använde jag samtliga domäner på första nivån som koder. I de fall det fanns befintliga rubriker i besluten, har jag använt dessa. Där det fanns beskrivande text, som kan hänföras till en domän, valde jag att koda även denna.

Tabell 2.
Domäner inom komponenten Aktivitet och delaktighet

Aktivitet och delaktighet

Att lära och tillämpa kunskap
Allmänna uppgifter och krav
Kommunikation
Förflyttning
Personlig vård
Hemliv
Mellanmänskliga interaktioner och relationer
Viktiga livsområden
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv.

Hemtjänsten gör medicinska insatser endast om de blir delegerade sådana uppgifter från medicinskt ansvarig personal. Eftersom hemtjänsten därför inte har som primärt uppdrag att förändra kroppsstruktur och kroppsfunktion, kommer jag att inte titta på de specifika domänerna utan kodar utifrån komponenterna: 1. Kroppsfunktioner: Vilka funktionsned-sättningar beskrivs. Exempelvis rörelseinskränkningar och 2. Kroppsstruktur: Vilka struk-turella förändringar och problem beskrivs? Vilka sjukdomar och diagnoser beskrivs?

Beträffande ICF komponenten "Omgivningsfaktorer" valde jag att granska samtliga domä-ner.

Tabell 3.
Domäner inom komponenten Omgivningsfaktorer.

Omgivningsfaktorer

Produkter och teknik
Naturmiljö och mänskligt skapade förändringar.
Personligt stöd och personliga relationer.
Attityder
Service, tjänster, system och policies.

För att se vilka slutsatser som dragits av utredningen har jag även undersökt vilka målsätt-ningar man har med biståndsbesluten. Materialet har därför kodats utifrån: 1. Vad vill man

åstadkomma med insatsen? (Effekt) 2. Vilken insats skall man använda för att åstadkomma detta? (Insats) 3. När skall detta vara uppnått? (Tidsplan)

Kategorin "Att lära och tillämpa kunskap" förkom inte någon gång i data. Även om kognitiva funktioner beskrevs på många platser i data, och kan ge implicit information om inlärningsförmåga, så förkom inte någon direkt hänvisning till inläring. Jag har därför oftast klassificerat dessa enbart som kroppsfunktioner. Kategorin "Allmänna uppgifter och krav" handlar bland annat om daglig rutin och kan används i aktivitetsträning. Det beskrevs ofta mer detaljerat i de övriga kategorierna och det var oftast där man hittade hänvisningar till daglig rutin och allmänna uppgifter och krav. Omgivningsfaktor "Personligt stöd och personliga relationer" visar att något finns, medan "Mellanmänskliga interaktioner och relationer" beskriver kvalitén på relationerna. Under rubriken "Kommunikation" fann jag flera gånger "klar och redig". Det kan även tolkas som en beskrivning av kognitiva funktioner. Jag valde att koda det som kommunikation eftersom det var placerat under den rubriken i beslutet. Under samma rubrik förekom i flera fall beskrivning av kroppsfunktionerna hörsel och syn, eller omgivningsfaktorer som "hörapparat". Jag har då valt att inte koda dem som tillhörande kategorin "kommunikation".

Resultat

Totalt vid 365 tillfällen kunde något hänföras till "Aktivitet och delaktighet" detta utgjorde 47% av de kodade begreppen i besluten. Olika kroppsfunktioner fanns omnämnda 161 gånger i besluten. Funktioner som vanligen togs upp handlar om: syn, hörsel, kognitiva funktioner, nedstämdhet, andning, cirkulation, balans. Kroppsstrukturer fanns omnämnda 133 gånger. De strukturavvikelse som togs upp handlar ofta om: frakturer, operationer, tumörer, proteser, sår och hud. Sammanlagt utgör kroppsstrukturer och kroppsfunktioner 38% av de kodade begreppen.

● Aktivitet och delaktighet
 ● Omgivningsfaktorer
 ● Kroppsfunktioner
● Kroppsstrukturer

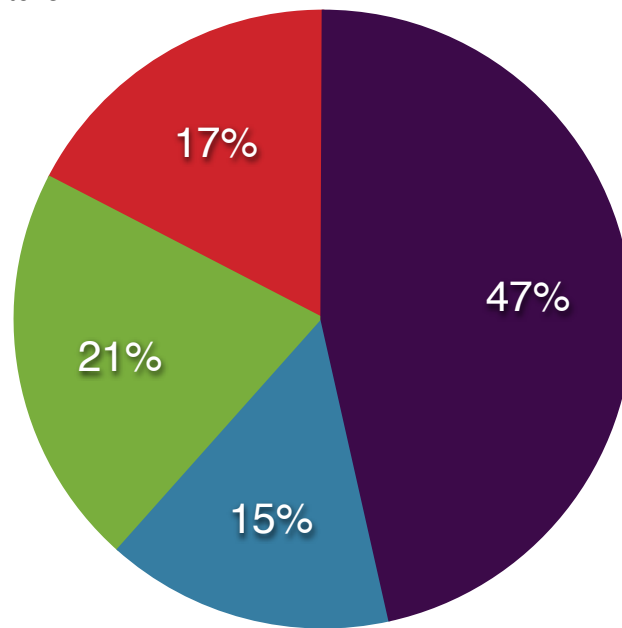


Fig 1. Beslutens fördelning av begrepp som kunde kodalas som olika ICF-kategorier.

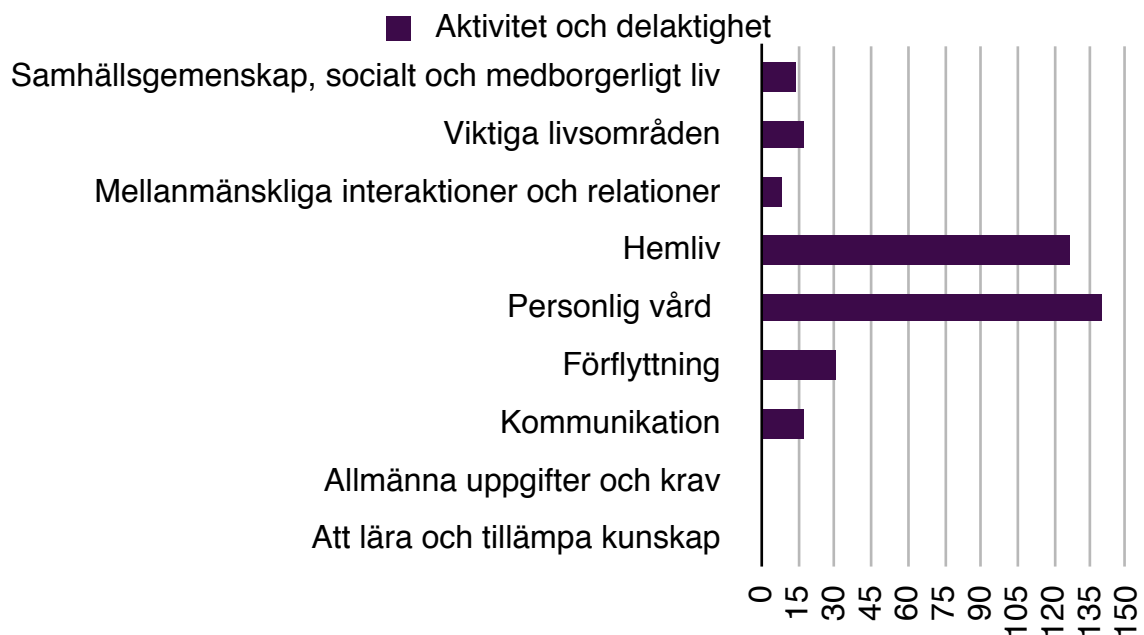


Fig 2 Förekomst, i besluten, av domäner inom kategorin "Aktivitet och delaktighet".

Inom kategorin "Aktivitet och delaktighet" förekom domänen "Personlig vård" vid 140 tillfällen och "Hemliv" 127 gånger. Närmast därefter kommer "Förflyttning" med 31 om-

nämmanden och "Kommunikation" med 17 kodade begrepp. Vanliga problemområden som beskrevs var: personlig hygien, inköp, toalettbesök, på och avklädning, städ och tvätt.

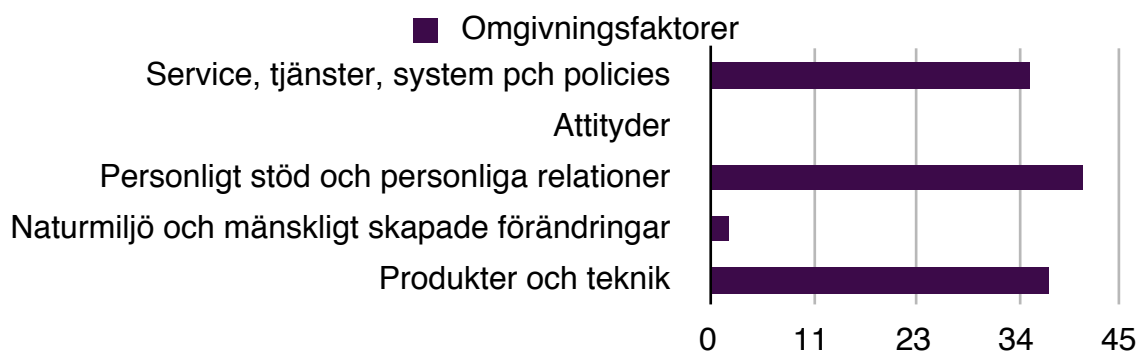


Fig 3 Förekomst, i besluten, av domäner inom kategorin "Omgivningsfaktorer".

Under domänen "Service, tjänster system och policies" beskrevs ofta befintliga tjänster som exempelvis färdtjänst. De begrepp som kategoriserats under omgivningsfaktorn "Personligt stöd och personliga relationer" har inte värderats i besluten. När inget har angetts om relationens innehåll eller kvalitet så har det kodats som en omgivningsfaktor. De som vanligtvis förekommer inom domänen "Produkter och teknik" är vanliga hjälpmedel som glasögon, rollator, rullstol och liknande. I ett beslut förekom två olika begrepp som beskrev höga trappor och höga trösklar. Detta kodades som "Naturmiljö och mänskligt skapade förändringar".

Insatser och målsättningar

Huvuddelen av insatserna handlade om domänerna "Hemliv" och "Personlig vård". Vid 5 tillfällen förekom "Promenader" som en insats. Vanligaste insatserna är matlagning, dusch, tvätt och städning. I ett fall förekommer "Hjälp att upprätthålla vanor och struktur i vardagen". Det finns dock inga ledtrådar till vad struktur eller vanor betyder för denna vårdtagare. I ett fall är insatsen beskriven som "Hemtjänst". Det framgår inte av beslutet vad denna hemtjänst skall innehålla.

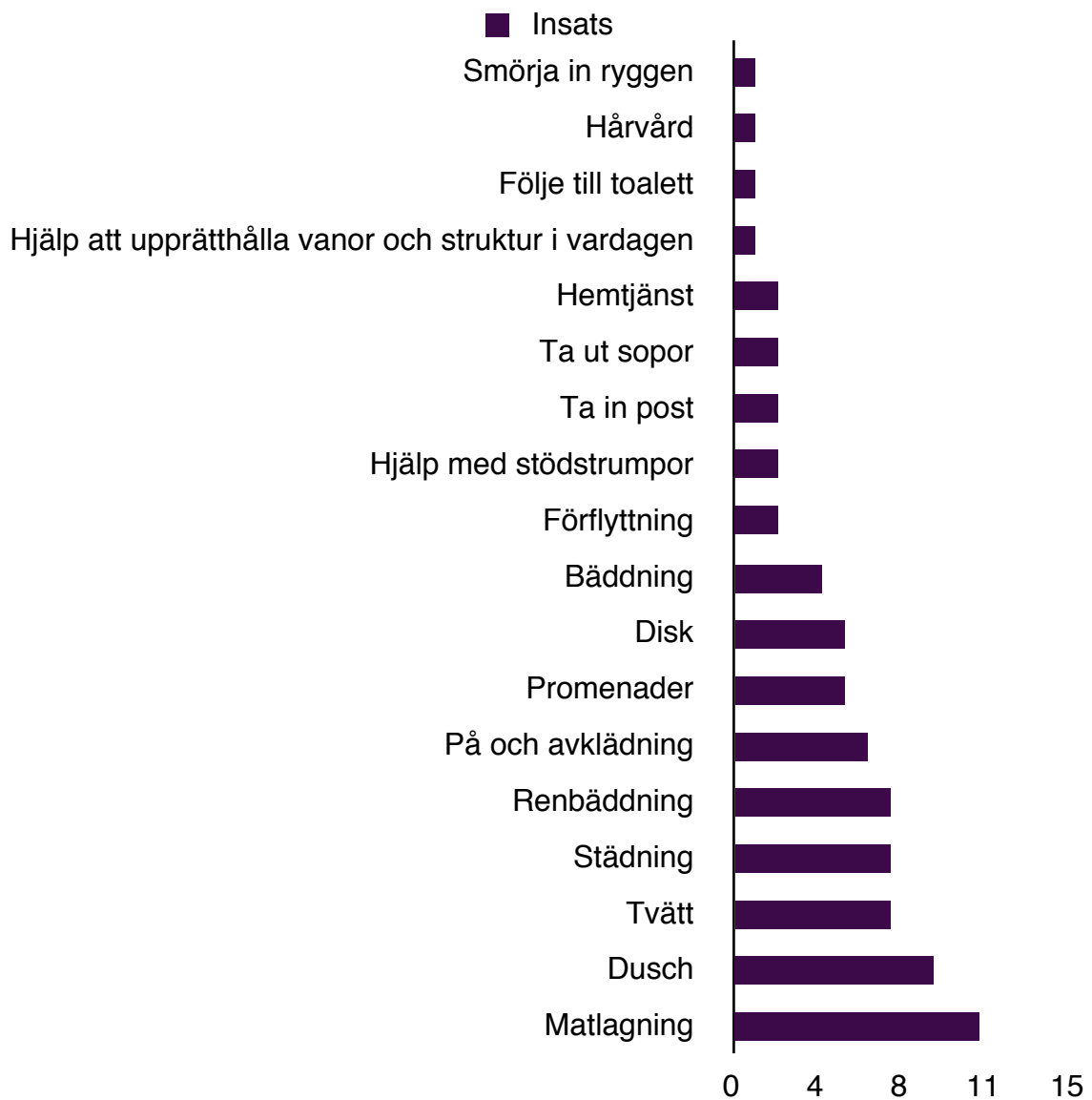


Fig. 4. Insatser i de granskade besluten.

De beslutade insatserna förväntas ge de effekter som är beskriven i fig 6. Där är 78 av 81 beslut hämtad direkt ur lagtexten. De tre vanligaste är direkta citat från lagtext. Medan "bo kvar hemma" är en målsättning hämtad från Umeå kommuns Socialtjänstplan 2006. I ett fall uttrycktes målsättningen som " Att NN ska känna trygghet i sitt hem" - detta var det enda fall där denna motivering gick att härleda till utredningsmaterialet, där det stod "Hon känner sig lite osäker inför hemgång från sjukhuset." I fig 7 ser vi även att tidsplanen i 24 fall av 26 är "Tillsvidare". Endast i 2 fall var tidsplanen för att uppnå målen något annat än "tillsvidare". Målsättningarna är alltså inte i något fall att anse som individuella. Målen är inte heller mätbara i form av tidsplan och vilket utfall som önskas? Vilken insats som skall göras är ofta mycket väl klarlagt. Insatsen är en dikotom varibel som antingen utförs eller

inte. Den är så tillvida möjlig att utvärdera. Varför insatsen skall utföras är ofta svårare att utläsa och i de flesta fall omöjligt att mäta.

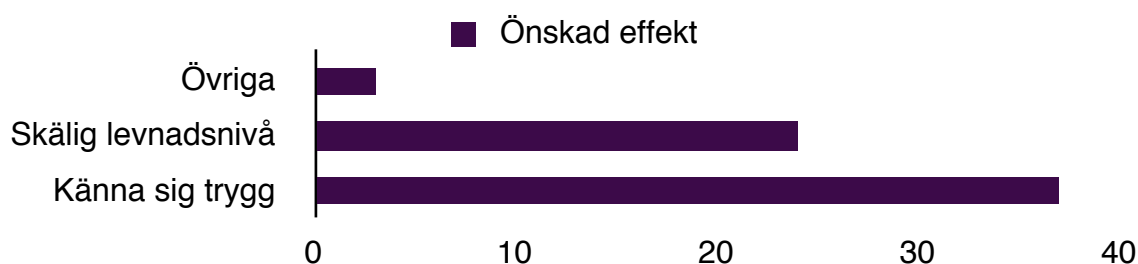


Fig. 5. Vilka effekter önskar man uppnå med de beslutade insatserna.

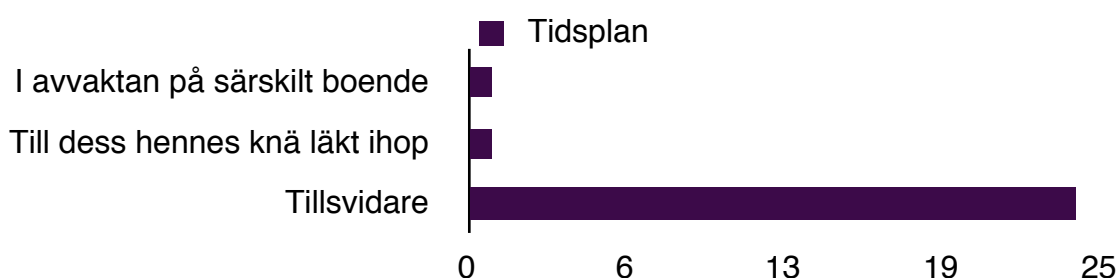


Fig. 6. När skall de önskade effekterna vara uppnådda?

Diskussion

Tyngdpunkten i utredningen ligger på kategorin "Aktivitet och delaktighet" som nämns på olika sätt 356 gånger. I beslutet läggs även stor vikt på komponenterna "Kroppsfunktioner" och "Kroppsstruktur". De nämns sammanlagt vid 294 tillfällen i besluten. Besluten behandlar bara biståndssökande över 65 som anser att de inte klarar sin vardag utan hjälp. Det är därför förståeligt att de är vanligt med problem inom dessa komponenter. Men ett problem blir det först när det leder till delaktighetsinskränkningar. Den viktigaste delen att utreda är alltså delaktighetsinskränkningar. Även om information om kroppsstrukturer och kroppsfunktioner kan leda till antaganden om delaktighetsinskränkningar, så är det givetvis en omväg att göra antaganden i stället för att ställa frågor. I de 32 olika besluten som redovisas i fig 2 fann jag bara 12 tillfällen när "Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv" nämns. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att, bland annat, domänerna "Rekreation och fritid" och "Samhällsgemenskap" finns i denna kategori. Att "Mellanmänniska interaktioner och relationer" bara var representerat 9 gånger i fig 2 var också oväntat. Tidigare forskning på området visar samma resultat. Lindelöf och Rönnbäck har funnit att de dokumenterade utredningarna är kortfattade och följer ett visst standardmönster där uppgifter om medicinska diagnoser alltid ingår, till viss del även uppgifter om familjesituatio-

nen samt uppgifter om bostaden. Däremot saknas uppgifter om den sökandes intressen, vanor och livssituation i övrigt (19).

Bland omgivningsfaktorerna som redovisas i fig 3 fanns "Service, tjänster, system och policies" redovisat 35 gånger och "Personligt stöd och personliga relationer" 41 gånger. Om någon annan än hemtjänsten hjälper till med domänerna "Hemliv" och "Personlig omvårdnad" brukar detta vara angivet. Man brukar även nämna vilka som lämnar information vid utredningen om bistånd. Förutom detta nämndes sällan vilka aktörer man samarbetar med. Socialstyrelsen kräver att det skall framgå på vilket sätt andra aktörer är inblandade. De framgår sällan på vilket sätt hemtjänsten samarbetar med dessa aktörer för att uppnå gemensamma mål.

För att uppnå den önskade effekten väljer äldreomsorgskonsulterna att besluta om olika insatser. 65 av 75 insatser i fig 4 sker inom kategorierna hemliv och personlig vård. Undantagen är "förflyttning", "promenader", "Hjälp att upprätthålla vanor och struktur i vardagen" och den ospecifika insatsen "hemtjänst". Tidigare forskning visar att det sällan är den biståndssökandes behov som styr. Det är snarare en "insatskatalog". En formell eller informell överenskommelse om vilken typ av bistånd som ges inom (19). Det har även visat sig att det är svårt att få promenader beviljade och att det ofta är samhällets normer om ett rent och ordentligt hem som styr(20).

Mål i beslut och i styrdokument.

De mål som skall gälla för biståndsbeslut Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (1). I en övervägande majoritet av beslut jag granskat finns frasen "att leva och bo självständigt under trygga förhållanden" som målsättning. Andra halvan av lagen fanns inte nämnd i ett beslut. Lagstiftningen säger även att den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. (1) I de flesta beslut som ingår i studien fanns "...skälig levnadsnivå" med som målsättning. "Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv." Fanns inte noterat i något av besluten. Lagen erbjuder möjligheter för biståndsbedömarna att utreda "aktiv och meningsfull tillvaro" och "möjligheter att leva ett självständigt liv" och att ge bistånd för att uppnå detta.

Lagar är utformade för att vara så generella som möjligt. De är snarast motsatsen till individuellt utformade. När man finner citat ur lagar i beslutens målformulering är det rimligt att anta att besluten inte är individuellt utformade. "En aktiv och meningsfull tillvaro" är helt

olika saker för olika individer. Det är en fras utan innehåll, tills en individ fyller frasen med innehåll. Samma ska gälla för begrepp som "skälig levnadsnivå", "trygghet" och "självständighet". Generella fraser måste ges ett innehåll för att bli individuella.

Biståndsbedömning och ICF.

Vilken komponent som en beskrivning skall hänföras till kan vara helt och hållet semantisk. Om frasen "N.N kör permobil ute" förekommer i ett beslut så är det en explicit beskrivning av förmågan att köra permobil ute. Där finns även omgivningsresursen permobil. Men meningen innefattar implicit även en funktionsnedsättning och eventuellt också delaktighetsinskränkningar. Att ta frasen "N.N kör permobil ute" och försöka göra den till ICF-information skulle innebära att vi måste ställa följande frågor.

- Vilka kroppstrukturproblem har NN?

KOL.

- Vilken funktionsnedsättning innebär detta?

Tungt att andas

- Viken aktivitet vill NN vara delaktig i, som funktionsnedsättningen förhindrar?

N.N vill gå i skogen och fiska.

Exemplet visar att information om kroppsstruktur, kroppsfunktion och hjälpmedel inte ger någon vägledning om vilka delaktighetsproblem som den biståndssökande upplever. Intresset för fiske och skog är en personlig resurs som vi kan utnyttja. Det är i detta fiktiva fall också det som den biståndssökande vill ha hjälp med. Men permobilens resurs som inte hjälper oss att lösa detta problem. Frasen "N.N kör permobil ute" är alltså ett korrekt svar på fel fråga. Svaret är relevant endast om vi vet vad NN vill uppnå med att köra permobil ute. Jag har, i materialet, sett exempel på att fiske och idrott nämns under rubriken fritid/sysselsättning men att det sedan inte förkommer på någon annan stans. Det finns ett tydligt intresse som kan leda till målsättningar. I ett beslut står "Viktigt att hon får medverka i de sysslor hon klarar av för att upprätthålla funktioner." och "Mår bra av och tycker om att sjunga..." " ..dyfasi. Har troligen inslag av expressiv afasi." Hon får ändå bara hjälp inom kategorierna hemliv och personlig vård.

Rehabiliterande mål

Trots omfattande sökning har jag inte funnit någon källa som antyder att ett rehabiliterande förhållningssätt skulle vara något exklusivt förbehållet insatser enligt Hälso och sjukvårdslagen. Snarast pekar jämförelsen, i introduktionen, mellan definitioner av rehabilitering, socialtjänstplan och lagstiftning, att hemtjänsten bör ha ett rehabiliterande förhållningssätt. Lagen ger utrymme för ett rehabiliterande förhållningssätt, citaten visar att rehabilitering på inget sätt inskränker sig till frågor om kroppsstruktur eller kroppsfunktion. Definitionerna

fokuserar i stället på effekterna av rehabilitering på delaktighetsnivå. De dubbelriktade pilarna i fig 2 visar att rehabilitering på delaktighets och aktivitetsnivå även kan påverka kroppsstruktur och kroppsfunction.

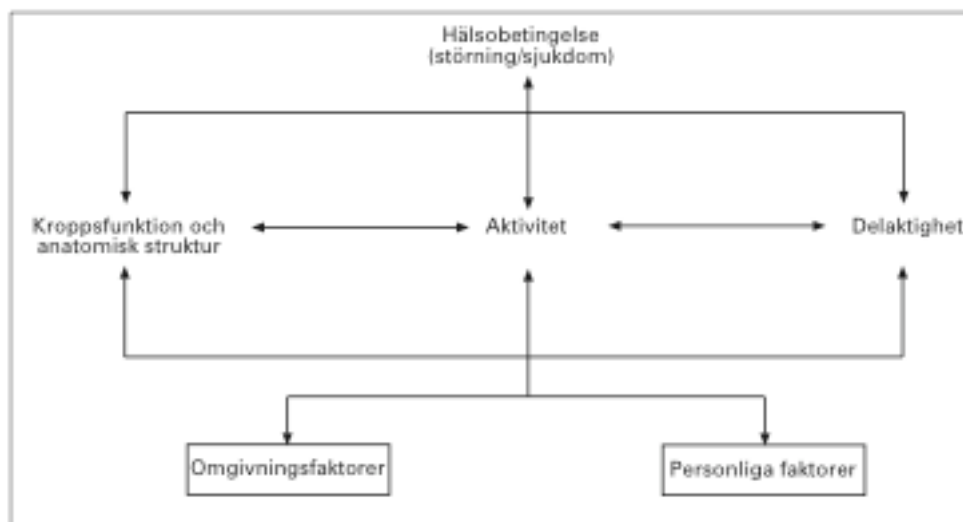


fig. 7
Interaktion mellan komponenterna i ICF. Notera att pilarna är dubbelriktade. Komponenterna kan alltså påverka varandra i båda riktningar.

Det finns lagliga möjligheter att erbjuda bistånd inom andra komponenter än “Personlig vård och Hemliv”. Som inledningen i detta arbete visar, är det även tillåtet och rekommenderat att hemtjänsten har ett rehabiliterande förhållningssätt. Besluten handlar i samtliga fall om vårdtagare över 65 år som söker hjälp för att de inte klarar sin vardag på egen hand. Ofta behöver funktionsnedsättningar ersättas med hemtjänstinsatser. Den som inte själv kan sköta sin personliga vård behöver primärt få den personliga vården utförd. För att ta ett drastiskt exempel: Den som har ett brådskande behov av att ta sig till toaletten är mer intresserad av att ta sig dit än att lära sig att ta sig dit självständigt. Man kan anta att det är lätt att formulera beslut som löser akuta problem och basala behov även om insatserna står i konflikt med långsiktiga mål som skapar självständighet och möjligheten att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Domänen “Aktivitet och delaktighet” var i de granskade besluten väl utredd på vissa områden. Rätt använd ger domänen information om i vilka situationer avvikelser i kroppsstruktur och funktionsnedsättningar upplevs som ett hinder av den biståndssökande. Det är därför rimligt att man satt tyngdpunkten i beslutet inom dessa kategorier. Genom att tydligare utreda andra kategorier, som exempelvis “Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv” får man ta del av vilka intressen den biståndssökande har inom rekreation och fritid. Att sätta mål och ge bistånd inom rekreation och fritid kan innebära att vår nödige vän,

från ovanstående stycke, tränar sin gångförmåga när nöden är mindre trängande, och så småningom kan ta sig självständigt till toaletten. I de granskade besluten i fig 4 är 65 av 75 insatser inom kategorierna "Hemliv" och "Personlig omvårdnad". Att arbeta med mål inom andra kategorier kan leda till att biståndsbehovet minskar. Konsekvensen blir i så fall att man bättre uppfyller lagens intentioner om självständighet och en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (1). Ett väldigt viktigt argument för detta arbetssätt är att det kan även leda till minskade samhällskostnader.

Strukturella problem

I socialtjänstens arbete upplever jag ett antal strukturella problem både vid bedömning av den biståndssökandes behov och vid utförande av insatsen. Problem som förhindrar rehabiliterande mål på aktivitets och delaktighetsnivå är:

1. Bedömningsformulär. Vare sig det är i form av datorprogram eller skriftliga formulär så har det begränsningar i vilka domäner som skall bedömas enligt den givna mallen.
2. Erfarenhet och tradition hos biståndsbedömarna.
3. Vårdtagarnas förväntningar
4. Vårdgivarnas erfarenhet och tradition.
5. Effektivitetskrav.

1. Ett datorprogram är till sin natur begränsat. Det arbetar utifrån fastställda ramar. Programmerare och systemerare har beslutat vilka funktioner som skall vara möjliga. Tyvärr kan detta innebära att även användarnas tankebanor begränsas. De rubriker som är mest använda i besluten är: städ, inköp, transport, matlagning, personlig hygien, på och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag, tvätt, Fritid/Sysselsättning, kommunikation, Andning/cirkulation och läkemedels hantering. Det som ryms inom dessa parametrar är det som man lättast kan få hjälp med, om inte beslutsfattaren tänker utanför de ramar som datorprogrammet ger.

2. Det finns en risk att biståndsbedömarna, av tradition och vana, oftast ger bistånd inom kategorierna personlig vård och hemliv. Detta styrks av tidigare forskning på området (19,20)

3. Man kan även anta att de biståndssökande, av tradition och vana, ofta bara förväntar sig att få hjälp inom domänerna personlig vård och hemliv.

4. En personlig erfarenhet som motiverat mig att studera detta område är att vårdgivare inom kommunal omsorg ofta mäter sin egen effektivitet i hur mycket de själva har utfört. För

att man skall känna sig effektiv arbetar man snarare som hembiträde än som vårdgivare. Risken finns att man upplever en större arbetstillfredsställelse ju mer av vårdtagarens funktioner man ersätter.

5. I utförandet av insatsen finns explicita effektivitetskrav på hur vårdgivaren använder sin tid. Enhetscheferna bedömer tidsåtgången för varje insats hos vårdtagarna. Min erfarenhet är att det även finns implicita ekonomiska krav som gör att vårdgivarna försöker minimera tidsåtgången för varje insats. En vårdtagare som behöver hjälp med förflyttning till toalett riskerar därför att bli förflyttad till toaletten med hjälp av rullstol snarare än att få använda och träna de befintliga kroppsfunktionerna.

Att använda ett urval av ICF-domäner för att granska de biståndssökande kan vara ett bra sätt att se vilka behov de har. ICF erbjuder en metod som kan hjälpa till att se hela människan. Att sätta mätbara mål på delaktighetsnivå skulle vara en bra början på vägen mot en bättre, individanpassad, kommunal omsorg. Min granskning av dessa beslut, och litteratur som berör ämnet, har dock fått mej att tro att det inte bara är metoderna det är fel på, utan att socialtjänsten måste ändra sin syn på sitt uppdrag. Det sätt man nu arbetar på riskerar att öka samhällets kostnader och det personliga lidandet. Om biståndsbesluten följde lagens alla delar och fyllde lagarnas tomma paragrafer med individuellt innehåll, skulle vi ha glada vårdtagare. Min erfarenhet säger att vi gott om olyckliga vårdtagare i skinande rena hem.

Metodkritik.

I anvisningarna för användandet av ICF rekommenderas att man använder alla relevanta koder för att beskriva data. På grund av arbetets omfång jag valt den kod som jag uppfattat som mest relevant för att beskriva fraserna i besluten. Som i exemplet "N.N kör permobil ute" beskrivs förmågan att köra permobil i en specifik miljö och det är därför förmågan som har kodats, och inte permobilens.

En viss cyklisk bias kan förekomma om månadens sista beslut har några särskilda egenskaper. Detta bör beaktas vid tolkningen av resultatet.

Att dra generella kvantitativa slutsatser om hur biståndsbedömning fungerar, är omöjligt med ett underlag på endast 32 beslut från tre beslutsfattare inom Umeå kommun.

Forskningsläget.

Jag har upplevt det svårt att finna forskning kring hur biståndsbeslut kommer till. Det saknas systematisk kunskap och teoretisk reflektion kring metoder i socialt arbete. De metoder som används är ofta andra än de som diskuteras interdisciplinärt och på utbildningar (5).

Den rapporter och avhandlingar jag funnit har dock pekat i samma riktning som detta arbete (19, 20).

Vägar vidare.

Vidare forskning i denna linje bör fokusera på att ta fram de ICF-kategorier som är relevanta för biståndsbedömning och göra en jämförande studie mot befintliga metoder. Man bör då titta främst på vilken metod som bäst beskriver delaktighetsinskränkningar och funktionsnedsättningar på ett sätt som ger ett bra underlag för målsättningar på delaktighetsnivå. Vidare bör man undersöka vilken metod som ger bäst underlag för en samordnad insats från alla aktörer i vårdtagarens omgivning.

Eftersom ICF bara ger underlag till målformulering, och inte styr hur mål skall formulera, bör även kommande forskning fokusera på målformulering i biståndsbeslut. Vilka egenskaper skall man kräva av en målformulering?

Referenser

1. Socialtjänstlagen, Regeringskansliets rättsdatabaser.
[Http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst_lst&%24%7BOOHTML%7D=sfst_dok&%24%7BSNHTML%7D=sfst_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=format%3DTHW&BET=2001%3A453%24](http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst_lst&%24%7BOOHTML%7D=sfst_dok&%24%7BSNHTML%7D=sfst_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=format%3DTHW&BET=2001%3A453%24) Citerad 2006 05 29
2. Socialstyrelsens Författningssamling.
http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/sok_resultat.htm?Title=&SubjectId=-1&SubjectText=&PublishedYear=-1&PublDocType=2&PublDocTypeText=SOSFS&SortOrder=0 Citerad 2006 05 29
3. Socialstyrelsens författningssamling 2006:5 beslutade 17 februari 2006, Utkom från trycket den 3 mars 2006, Ansvarig utgivare: Chefsjurist Nils Blom, ISSN 0346-6019 Artikelnr 2006-10-5
4. Socialtjänsten. Umeå kommun. Socialtjänstplan 2006
5. Bergmark, Åke. Lundström, Tommy M. "Metoder i socialt arbete", Socialvetenskaplig tidskrift 4 1998 s. 291-314
6. Socialstyrelsen. "Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa." Art.nr. 2003-4-1, 2003
7. Florin J, Ehnfors M, Ostlinder G. "Developing a national integrated classification of health care interventions in Sweden" Int J Med Inform. 2005 Dec. 74(11-12):973-9.
8. Stephanie Tempest A1 and Anne Mcintyre, "Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation", Disability & Rehabilitation, Volume 28, Nummer 10 / Maj 2006
9. Julie A Ogonowski Et al. "Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities", Disability & Rehabilitation, Volume 26, Nummer 6 / 18 Mars 2004
10. Weigl M, Cieza A, Kostanjsek N, Kirschneck M, Stucki G. "The ICF comprehensively covers the spectrum of health problems encountered by health professionals in patients with musculoskeletal conditions.", Rheumatology (Oxford). 2006 Mar 27; (Publicerad elektroniskt före tryck)]

11. Alan M. Jette A2, Stephen M. Haley, Jill T. Kooyoomjian, "Are the icf activity and participation dimensions distinct?" Journal of Rehabilitation Medicine, Volume 35/3, Maj 2003
12. Nordenfelt, Lennart "Action theory, disability and ICF, Disability & Rehabilitation", Volume 25, Nummer 18 / 16 September 2003
13. Styrborn, Karin, Elmstål Sölve "Geriatrisk rehabilitering, teamarbete", Äldrevård 2003, SBU, 2003, Kapitel 19
14. Linda Lehman, Valérie Simonet, Paul Saunderson, Pius Agbenorku, WHO, "Concepts in prevention of disability and rehabilitation, Prevention of disability in Buruli ulcer, POD" WHO/CDS/NTD/GBUI/2006.12 2006 (sekundärkälla till UNDPs definition av rehabilitering.)
15. WHO "CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities Joint Position Paper" ISBN 92-4-159238-9 Schweiz 2004.
16. Locke, Edwin A., Latham, Gary P. Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35-Year Odyssey. American Psychologist, Volume 57(9), September 2002, s. 705–717
17. DeShon, Richard P Et al. A Motivated Action Theory Account of Goal Orientation, Journal of Applied Psychology, Volume 90(6), November 2005, s. 1096–1127.
18. Socialstyrelsen. "Socialstyrelsens författningssamling 1998:8"
http://www.sos.se/sosfs/1998_8/1998_8.htm. Citerad 2006 0530
19. Lindelöf, Margaret, Rönnbäck, Eva "Att fördela bistånd, Om handlägningsprocessen inom äldreomsorgen" Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete, No. 41, 2004 ISBN 91-7305-763-0
- 20 Socialstyrelsen. "Äldreuppdraget Slutrapport". Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. .p2000:4 ISBN: 91-7201-438 2000

Bilaga 1.

Modifierat exempel på det kodade materialet.

ANSÖKAN

200x-xx-xx muntlig ansökan från NN
om hjälp i hemmet med städning.

BAKGRUND

Tidigare social situation

Född i xxx, flyttade som vuxen till xxx där hon bott sedan 19xx. Har {ICF_Aktivitet_och_delaktighet_8}arbetat i xxx, på xxx och på xxx. {/ICF_Aktivitet_och_delaktighet_8}

Tidigare insatser Inga

Hälsohistoria

NN. har {ICF_kroppsstruktur}utslitna höfter och knän{/ICF_kroppsstruktur}.

Väntar på op. på höger höft. Har också {ICF_kroppsfunktioner}svårt att greppa med vänster hand. Den vill domna bort och

NN blir fumlig. {/ICF_kroppsfunktioner}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5} Munhälsa

självständig{/ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5}

AKTUELLT TILLSTÅND

ADL

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6} Städ Klarar ej självständigt. Behöver hjälp med städ var annan vecka. Kan diska själv {/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6} inköp självständig {/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6}

Transport

{ICF_omgivningsfaktorer_5}Har färdtjänst , ej ledsagare. {/

ICF_omgivningsfaktorer_5}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6} Matlagning självständig {/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5} Personlig hygien självständig{/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5} Pä och avklädning självständig{/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5} Toalettbesök självständig{/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5}

Förflyttning

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_4}Har svårt att gå pga. sina

{ICF_kroppsstruktur}utslitna höfter{/ICF_kroppsstruktur} och

{ICF_kroppsstruktur}knän{/ICF_kroppsstruktur}.

{ICF_omgivningsfaktorer_1} Använder rollator både inne och ute.{/

ICF_omgivningsfaktorer_1} {/ICF_Aktivitet_och_delaktighet_4}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5} Kontinens Självständig {/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_5}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6} Tvätt klarar självständigt. {/

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6}

{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6} Övriga hushållsgöromål självständig {/

Bilaga 1.

Modifierat exempel på det kodade materialet. forts.

ICF_Aktivitet_och_delaktighet_6}
{ICF_Aktivitet_och_delaktighet_9}Fritid / Sysselsättning
Tycker om att se på TV och lösa korsord. {/ICF_Aktivitet_och_delaktighet_9}
Kommunikation
{ICF_kroppsfunktioner}Nedsatt hörsel.{/ICF_kroppsfunktioner}
{ICF_omgivningsfaktorer_1}Använder hörapparat på vänster öra.{/
ICF_omgivningsfaktorer_1} {ICF_kroppsstruktur}Har op. grå starr.{/
ICF_kroppsstruktur}{ICF_omgivningsfaktorer_1} Använder glasögon{/
ICF_omgivningsfaktorer_1}.
Kunskap/utveckling
Har sjukdomsinsikt. {ICF_Aktivitet_och_delaktighet_3}förstår och kan
göra sig förstådd. {/ICF_Aktivitet_och_delaktighet_3}
{ICF_kroppsfunktioner}Andning/Cirkulation Ua{/ICF_kroppsfunktioner}
{ICF_kroppsstruktur}Hud Ua {/ICF_kroppsstruktur}
{ICF_kroppsfunktioner}Sömn
Sover bra{/ICF_kroppsfunktioner}
{ICF_kroppsfunktioner}Smärta
Mycket värk i hela kroppen.{/ICF_kroppsfunktioner}
BEDÖMNING
xxx har utslitna höfter och knän. Rör sig mycket dåligt. Har också en hand
som domnar bort och är fumlig och har svårt att greppa saker och ting.
Har därmed svårigheter att själv städa
sin lägenhet. varför jag beviljar
sökt hjälp. biståndet skall {Mål_effekt}tillförsäkra NN en skälig
levnadsnivå {/Mål_effekt}
KOMMUNICERING / SAMTYCKE
Har skickat skriftligt beslutsmeddelande 2005-05-02.
MÅLSÄTTNING
{Mål_effekt}Att fru NN ska känna sig trygg och få sina hjälpbehov
tillgodosedda i sitt hem. {/Mål_effekt}