

MARTINA TAKTER

VEM ÄR DEN ENSKILDE I ETT GEMENSAMT HEM?

En studie av hur biståndshandläggare förhåller sig till anhörigas
möjligheter till frivillighet, autonomi och personlig integritet



MALMÖ HÖGSKOLA

VEM ÄR DEN ENSKILDE I ETT GEMENSAMT HEM?

Licentiatuppsats FoU rapport 2017:5
Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola

© Martina Takter, 2017

Foto: Elisabeth Madell

ISBN 978-91-7104-508-9 (tryck)

ISBN 978-91-7104-509-6 (pdf)

ISSN: 1650-2337

Holmbergs, Malmö 2017

MARTINA TAKTER

**VEM ÄR DEN ENSKILDE
I ETT GEMENSAMT HEM?**

En studie av hur biståndshandläggare förhåller sig till anhörigas
möjligheter till frivillighet, autonomi och personlig integritet

Malmö högskola, 2017
Fakulteten för hälsa och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt på:
<http://dspace.mah.se/handle/2043/22933>

För alla som försöker skapa en hanterbar vardag för sig och sina nära.

ABSTRACT

This dissertation concerns the options given to relatives of a person in need of care and assistance in their home, for instance, in the event of disability or illness. Its purpose is to explore the possibilities available to relatives in terms of voluntary choices, autonomy and personal integrity. The author's intention is to contextualize the available forms of voluntariness and determine how these may be understood. The dissertation's starting point is the practice of care management in municipal healthcare organizations and the care managers' attitude towards relatives. The care managers' work is studied and discussed within a theoretical frame encompassing power, accounts and compensatory strategies as well as the rules and regulations concerning healthcare management and organization. The possibilities for relatives to voluntarily choose is explored through three themes: 1) Task and organization, 2) The home, and 3) Voluntariness and the responsibilities of the individual. Furthermore, an extensive discussion is presented regarding the dilemmas experienced by care officers in their professional practice.

The dissertation shows that care managers, through motivational work, tend to focus on the individual, namely, the applicant or recipient of the care and assistance. The relatives' situations are not part of the application process. It follows that the rights of the individual to accept or abstain from the services offered, for example, home care, defines the possibilities of relatives' autonomy, personal integrity and space to make voluntary choices. In turn, this may lead to the relative being made responsible for the well-being

of the individual without having chosen to do so in addition to the relative's needs being obscured in the care application process.

Based on the empirical data, the author concludes that the responsibility for the relative is turned into a private matter. Within care management, an acceptance emerges of the withdrawal of municipal responsibility, which is instead shouldered by relatives. The attitude of care managers towards relatives and their needs is strongly influenced and defined by structures, norms, regulations and guidelines. The autonomy and personal integrity of relatives have no place in the care management process, the purpose of which is to see to the needs of the individual. Thus, the voluntary contributions and options of relatives are not made a part of the care management process. This process describes contributions made by relatives as "may be obtained by other means" for the individual. The needs of relatives or the contributions and responsibilities taken on by the relatives – or even forced upon the relatives – are not documented and cannot be appealed against by the relative.

Nyckelord: anhörigskap, anhörig, frivillighet, biståndshandläggare, motivationsarbete, autonomi och personlig integritet

Key words: informal carer, informal caregiving, kin, relative, voluntariness, care managers, work motivation, autonomy, personal integrity

INNEHÅLL

FÖRORD.....	13
INLEDNING	15
FORSKNINGSOMRÅDET.....	20
Syfte och frågeställning	21
Begreppsförtydligande.....	21
Anhörig.....	21
Definiera eller identifiera.....	21
Den enskilde.....	22
Frivillighet	22
Hjälpökande och hjälpbehövande	22
Systemiskt perspektiv	22
Avhandlingens disposition.....	22
ÖVERSIKT OM ANHÖRIGSKAP	24
Anhörigstöd - ökat stöd eller reformnaivitet?.....	24
Anhörigskap	25
Anhöriga som resurser.....	27
Partnerskap med anhöriga.....	28
Anhöriga som egen klientgrupp	28
Ersatt anhörig som omsorgsgivare.....	28
Socialpolitik och anhörigskap.....	30
Grundsatser för samhällets vård och service	30
Universell välfärd	35
Den enskilde.....	37
Sammanfattande reflektion	39

METODOLOGISKA ANSATSER.....	40
Urval och praktiskt tillvägagångssätt.....	41
Utrednings- och beslutsunderlag	41
Observationer	42
Intervjuprocessen	43
Reflektioner och förståelse	45
Att intervjua.....	45
Att observera.....	47
TEORETISKA PERSPEKTIV	49
Makt och maktlöshet	50
Kompensatoriska strategier	53
Accounts: förvändningar och rättfärdiganden	54
RESULTATREDOVISNING.....	57
UPPDRAG OCH VERKSAMHET	58
Regler och riktlinjer	59
Tillämpning.....	60
Likställighet eller rättvis fördelning	63
Prioritetsordning och omsorgsrationalitet	67
Schablontid	69
Social tid.....	72
Specialisering av biståndshandläggarnas uppdrag.....	76
Trösklar eller effektivitet.....	77
Kompetens och delegation.....	79
Kvalitetssänkande strategier.....	81
Bedöma utifrån behov eller insats.....	83
Motivation som ett metaverktyg för uppdraget.....	85
Motivationsarbetet.....	91
Biståndshandläggning och ekonomi.....	94
Sammanfattande reflektion	97
HEMMET	99
Boendesituationen i hemmet	102
Möjlighet till kvarboende eller att kvalificera sig till särskilt boende	107
Vård och omsorg i hemmet	111
Hjälpmedel.....	114
Alternativa boendeformer	116
Sammanfattande reflektion	117

FRIVILLIGHET OCH INDIVIDENS ANSVAR	120
Erbjudande om stöd eller socialtjänst	123
Anhörigas frivilliga åtaganden	126
Vem är då den anhörige?	128
Vem är då den enskilde?	130
Avlösande insatser	132
Den enskildes ansvar	135
Anhörigas insatser	136
Anhörigas insatser i biståndsutredningar/beslutsunderlag	138
Biståndsbedömt stöd till anhöriga	139
Anhörig som kvinna eller man	140
Maktlöshet hos anhöriga	144
Statistik kring könsfördelning och omsorgsbehov	144
Sammanfattande reflektion	145
DILEMMAN	147
Biståndshandläggarnas val och strategier	152
VARFÖR BEHÖVER ANHÖRIGA STÖD?	155
Uppdrag och verksamhet	156
Hemmet	158
Frivillighet och Den enskildes ansvar	159
Makt	160
Vem är den enskilde i ett gemensamt hem?	162
Slutord och framtida forskning	163
REFERENSER	166
Lagar och domar	174
BILAGA	175
Semistrukturerad observation	175
Placering i rummet	175
Interaktion	175
TIDIGARE RAPPORTER UR SAMMA SERIE	176

FÖRORD

Även om jag upplevt avhandlingsarbetet som mycket ensamt, inser jag vid en tillbakablick att en mängd personer varit delaktiga. Deras delaktighet har varit en förutsättning för att genomföra arbetet. Med risk att glömma någon vill jag ändå tacka några av de viktigaste.

Först och främst tack alla ni som låtit er intervjuas och bistått med empirin. Tack också alla hjälpsökande och anhöriga som låtit mig ta del av sina berättelser vid observationerna.

Tack till mina handledare Finnur Magnusson och Monica Larsson som kämpat med mig under dessa år.

Tack till min outtröttlige mentor Dieter Hoffmann.

Och ett stort tack till Jenny Malmsten som ägnat dagar åt glada tillrop, support och att kommentera den växande texten.

Malmö juni 2017

INLEDNING

Titeln på denna avhandling symboliserar en fråga som blir allt mer aktuell för många människor. Socialtjänstens vård- och omsorgserbjudande och sjukvårdens utveckling har ett ökande fokus på hemmet, som den plats där vård och omsorg i stor utsträckning ska ges. I den enskildes hem. Den enskilde avser här det juridiska begrepp som definierar den individ som avses vara mottagare vid utredning och beslut enligt socialtjänstlagen. Ett begrepp vars innebörd definierar vem som avses vid en bedömning av behov av insatser men som också exkluderar och därmed förtydligar vem som står utanför. Vem är det som är denne enskilde i ett hem där flera parter lever? Vems behov ska gå före vems?

Detta inledande avsnitt ger en beskrivning av några av de olika strukturer och parallellprocesser som påverkar när en hjälpbehövande och dennes anhöriga vänder sig till kommunen. Det kan bero på att vardagen inte längre är hanterbar på grund av omsorgs- eller vårdbehov hos en individ med t.ex. långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Inledningen exemplifierar, ur ett anhörigperspektiv, avhandlingens huvudfrågor. Beskrivningen är skriven utifrån ett fiktivt ”jag” som anhörig, för att på ett förenklat sätt tydliggöra de problembilder som genomgående diskuteras i avhandlingen. På så vis bygger texten på ett generellt fiktivt exempel som skapats utifrån avhandlingens empiri.

Anta att jag lever i en familj där någon, t.ex. min partner, har särskilda behov, och min partner behöver stöd och omsorg för att

kunna hantera sin vardag. Anta att vi lever i samma hushåll där vi delar en gemensam vardag. Anta också att vi får svårt att hantera det gemensamma vardagslivet på grund av den situation som uppstår när min partner får ett behov av omsorg, vård och hjälp med vardagens bestyr. Dessa faktorer leder till en beroendesituation som allt mer styr och kontrollerar vår tillvaro. Ett fysiskt, praktiskt och ofta även ekonomiskt beroende förstärks mellan oss. Beroende på vilka vi är, påverkas våra föreställningar om vilken hjälp vi förväntar oss och hur denna ska ges av kommunen och hälso- och sjukvården. Den bakgrund vi har, våra kulturella normer, vår socioekonomiska ställning och de erfarenheter vi bär på, påverkar våra förväntningar. Låt säga att vi vänder oss till kommunens biståndshandläggare för att få stöd och hjälp med att hantera vår vardag. I mötet med biståndshandläggaren får vi lära oss hur det offentliga systemet fungerar. Vi informeras och motiveras till att förstå vilka insatser som ska kunna tillgodose behoven så som kommunen definierar dem. Vi indelas per automatik i kategorier, vi definieras i organisationen genom att höra till specifika grupper. Min partner tillhör kategorin ”den enskilde” som juridisk term och jag kategorin ”anhörig”. Genom kategoriseringen fördelas status och vilket ”värde” respektive kategori har i relation till en annan. Kategorierna förtydligar vilken roll som åligger vem och vems behov som ska bedömas och prioriteras.

Genom att kategoriseras som ”den enskilde” förtydligas den person som myndighetsutövningen (avser utövning av befogenhet att bland annat besluta om enskilds rätt till förmåner eller insatser) kretsar runt och att bli den som tilldelas rätten att tacka ja eller nej till beviljade insatser. Det är ”den enskilde” som är den som är sökande av biståndet. Kategorin ”anhörig” får till stor del acceptera de utvalda insatserna vilka ofta kommer att utföras i det gemensamma hemmet eller, om denne inte kan eller vill det, välja att själv fortsätta stödja, hjälpa eller vårda alternativt lämna det gemensamma hemmet och flytta. Genom min egen självbild eller upplevt socialt tryck från min omgivning kan jag t.ex. uppleva tacksamhet över möjligheten att min partner får insatser som underlättar dennes vardag. Jag kan även i möjligaste mån själv vilja stödja, hjälpa

och vårda min partner så länge som möjligt utan insatser från kommunen. Jag kan också försöka kombinera insatser från kommunen med det jag själv vill hjälpa min partner med. Jag kan också känna mig snärjd i en situation som jag inte längre har kontroll över. Jag kan uppleva att min personliga integritet och autonomi inte längre ligger inom ramen för min egen kontroll, t.ex. genom dagliga och nattliga punktinsatser från hemtjänst för att utföra sysslor för min partner. Jag kan även uppleva att min partner är så beroende av mig att jag ständigt vakar över dennes behov och därför undviker att lämna hemmet. Om den hjälpbehövande är en äldre person t.ex. en förälder som sammanbor med mig och min övriga familj, finns alternativ som att söka annat boende på den öppna bostadsmarknaden för denne. Den bostadsmarknad som står till förfogande för den äldre föräldern styrs både av inkomst och av den äldres kreditvärdighet. Dessutom behöver jag eller den äldre kunskap om vilka vägar som finns att tillgå för att få ett bostadskontrakt, t.ex. genom privata fastighetsägare. Om den hjälpbehövande i min familj är ett barn är det inte ett alternativ att lämna hemmet. Föräldraansvaret är långtgående och frågan om vad som ska omfattas av ett normalt föräldraansvar är otydlig. För föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättning kan föräldraansvaret upplevas som det som mest får stå tillbaka i en vardag med vård, omsorg, hjälpmedel, assistenter, sökande av kunskap och uppdateringar om nya forskningsrön samt koordinering av olika professioners insatser med mera (Nka och FUB 2014).

Jag som anhörig kan utöva påtryckning och försöka att motivera min partner att acceptera eller avstå de insatser som biståndshandläggaren föreslår. Genom argumentation kan vi, jag och min partner, till viss del påverka biståndshandläggaren till andra insatser än de som rådande riktlinjer föreskriver. Biståndshandläggaren i sin tur har en prioritetsordning med både formella och informella riktlinjer att förhålla sig till. I första hand ska behoven tillgodoses med olika insatser i det egna hemmet som främst utförs av hemtjänst. Det kan t.ex. omfatta praktiska göromål och skötsel av hemmet. Här får hushållsgemenskapens sammansättning allt större roll för att få tillgång till insatserna. Exempel på detta visar domar från en

del domstolar där en del insatser beskrivs som naturliga för en familj att bistå varandra med eller att vissa behov ska tillgodoses då de kan anses ingå i hushållsgemenskapen (jfr t.ex. Kammarrätten Jönköping 2014; Kammarrätten Stockholm 2015; Förvaltningsrätten Stockholm 2016). Om jag som anhörig är yngre förväntas jag i högre grad ta större del av ansvaret för det gemensamma hushållet än om jag själv och min partner är äldre. Är jag förälder till ett hjälpbehövande barn är det vården och omsorgen om barnet som de bedömda insatserna omfattar och inte generellt stöd eller insatser för det gemensamma hushållet.

Biståndshandläggarens arbete med att motivera oss att omsorg och vård i hemmet kommer att tillgodose våra behov, kan till viss del bestå av att jag som anhörig kan få avlastning. Exempelvis görs detta genom att en avlösare kommer hem till oss eller att min partner åker på en kortare vistelse på ett korttidsboende eller växelvårdsboende. Det förutsätter att min partner (som sökande) ger sitt samtycke. Jag som anhörig kan inte bestämma insatser som berör min partner utifrån mina behov eller min upplevelse av vår situation utan det krävs att min partner samtycker och accepterar att t.ex. åka någon annanstans för avlastning eller att ta emot en avlösare i hemmet. Detta medan jag kan göra andra saker i eller utanför det gemensamma hemmet. Vid bedömningar som avser barn görs bedömningen utifrån barnets bästa och vårdnadshavaren lämnar samtycke.

Vilken valfrihet och omfattning av frivillighet har anhöriga? Som barn till en förälder med psykisk ohälsa, som förälder till ett barn med funktionsnedsättning eller som partner till någon som fått en demenssjukdom, vilka val om att stödja, hjälpa och vårda kan anhöriga göra? Vilka val har den anhörige utifrån sin egen upplevelse att kunna bibehålla sin autonomi och personliga integritet? Hur är samhället utformat för att möta den frivillighet som ska genomsyra socialt arbete, där anhöriga som grupp ska inkluderas? Frihet och jämlikhet är enligt forskare en klassisk målkonflikt. Thurèn (2015) diskuterar kollektiv jämlikhet och individuell frihet. Han beskriver att ju mer kollektiv jämlikhet desto mindre individuell frihet. Ju

starkare en kollektiv jämlikhetsideologi är i ett samhälle desto mindre utrymme finns för individuell frihet och desto mindre blir valet individens eget (Thurén 2015). Bauman (1992) har argumenterat på liknande sätt. Trygghet och frihet är två sidor som dels är kompletterande men som också motverkar varandra. Ju högre grad av samhällstrygghet desto svagare är möjligheten till individuell valfrihet (Bauman 1992). Hur håller detta resonemang att appliceras på anhörigas situation, där den hjälpbehövande är fokus för biståndet och valmöjligheten? Som den inledande texten visar finns många aspekter av att vara anhörig. De handlar om aspekter relaterade till den anhöriges livssituation och känsla av lojalitet med den som behöver stöd och hjälp. Men det handlar också om samhällets syn på både stöd och hjälpinsatser och på anhöriga. I denna studie utforskas och problematiseras anhörigas frivilliga åtagande, autonomi och personliga integritet. Därav rubriken: Vem är den enskilde i ett gemensamt hem?

FORSKNINGSOMRÅDET

I avhandlingen vill jag exemplifiera och problematisera den komplexitet och de dilemman inom vård och omsorg som beskrevs inledningsvis. Jag kommer att illustrera olika hjälp- och stödinsatser som erbjuds utifrån socialtjänstlagen i samband med kommunal biståndsbedömning. Fokus ligger på hur anhörigas frivilliga åtagande hanteras och beaktas i dessa sammanhang. Jag undersöker aspekter av anhörigskap genom biståndshandläggningens praxis. Avhandlingen tar avstamp i en ideologisk utgångspunkt om en universell välfärd.

Hur ser möjligheterna ut för den som står bredvid? Jag har under arbetets gång sökt svar på frågor som handlar om anhörigas möjligheter och rättigheter när en vård och omsorgssituation uppstår i ett gemensamt hem. De huvudsakliga forskningsfrågorna i avhandlingen är: Vem är den enskilde i ett gemensamt hem? Vems integritet och behov går före vem? Vem är det som bestämmer detta?

Anhöriga finns i alla delar av befolkningen och i alla åldersgrupper (Jeppsson Grassman 2003). Avhandlingen handlar om anhörigskap ur perspektiv förknippade med anhörigas frivilliga val. Till anhörigas frivillighet har jag kopplat anhörigas möjligheter till personlig integritet och autonomi. Den enskildes/ brukarens/ klientens/ patientens rätt till frivilliga val är till stor del en uttryckt självklarhet. Det är en lagstadgad rättighet som återfinns inom både socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och i offentlighets- och sekretesslagen. I kommunal vård och omsorgsverksamhet

är den största gruppen hjälpsökande äldre personer. Det gör att den största gruppen anhöriga återfinns bland de som finns i relation till den äldre personen, t.ex. partners eller vuxna barn.

Syfte och frågeställning

Avhandlingen avser att utforska och fördjupa förståelsen av anhörigas möjligheter till frivilliga val, autonomi och personlig integritet med utgångspunkt i biståndshandläggningens praxis. Med denna utgångspunkt är frågeställningarna följande:

- Hur påverkas biståndshandläggares arbete och förhållningssätt till anhöriga av normer, regler och riktlinjer?
- Hur förhåller sig biståndshandläggare till anhörigas autonomi och möjlighet till personlig integritet?
- Hur förhåller sig biståndshandläggare till anhörigas frivilliga insatser och valmöjlighet?

Begreppsförtydligande

I texten används genomgående ett antal begrepp vars innebörd och tillämpning förklaras nedan.

Anhörig

Med anhörig avses i denna avhandling den person som stödjer, hjälper, vårdar eller ger omsorg till någon som inte kan klara sin vardag på egen hand. Detta på grund av särskilda behov orsakade av långvarig sjukdom eller att personen försvagats av hög ålder eller har en intellektuell, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning.

Definiera eller identifiera

Definiera och identifiera skiljer jag åt på följande sätt: Definiera, används då handlingen avser att avgränsa vilka behov som kan tillgodoses med standardiserade insatser. Identifiera, används då handlingen avser att urskilja vilka faktiska behov som den hjälpsökande har t.ex. beaktat ur aspekter som kontext, fysiska och psykiska samt självskattade behov.

Den enskilde

Begreppet den enskilde används utifrån sin juridiska term för att tydliggöra den individ som avses vid myndighetsutövningen.

Frivillighet

Begreppet frivillighet används utifrån de intentioner som avses i socialtjänstlagen där frivillighet och självbestämmande är en av de grundläggande etiska principerna (Socialstyrelsen 2015). Dessa tillämpas här också ur ett anhörigperspektiv, det vill säga anhörigas frivillighet och självbestämmande.

Hjälpsökande och hjälpbehövande

Den som tar emot stöd, hjälp, vård eller omsorg benämns hjälpsökande eller hjälpbehövande. Dessa begrepp används för att betona att det avser en person som har ett definierat eller självskattat behov som behöver tillgodoses för att denne ska kunna hantera sin vardag.

Systemiskt perspektiv

Med ett systemiskt perspektiv avses här att möta individen som en del av en större helhet, där även andra individers behov som ingår i denna helhet beaktas. Individer inom denna helhet avser exempelvis partner, familj, vänner och andra personer (jfr Schjödts och Egeland 1994).

Avhandlingens disposition

I avhandlingens bakgrundskapitel görs en övergripande översikt kring anhörigskap. Där lyfts också utgångspunkter fram för vilken vård och omsorg invånare i en kommun kan förvänta sig. I kapitlet därefter redogörs för metodologiska ansatser och forskningsprocessens genomförande. I kapitlet med teoretiska perspektiv, redogörs för vilka teoretiska ramar jag utgår ifrån. Det är teorier som handlar om makt och hur biståndshandläggares strategier för att hantera sin position kan förstås. Därefter följer resultatredovisningskapitlet. Kapitlet är strukturerat utifrån följande teman 1) Uppdrag och verksamhet, 2) Hemmet, 3) Frivillighet och Den enskildes ansvar. Varje tema innehåller ett antal underkategorier som

binds ihop i en sammanfattning efter varje tema. Slutligen avslutas kapitlet med en fördjupning kring olika återkommande dilemman. Sista och avslutande kapitlet omfattar avhandlingens slutdiskussion.

ÖVERSIKT OM ANHÖRIGSKAP

I detta kapitel ger jag ett sammandrag kring delar av forskningen om anhörigskap samt beskrivningar och uttryck om anhöriga i statliga utredningar i en svensk kontext. Inledningsvis följer en presentation av mig själv och min väg in i ämnet.

Anhörigstöd - ökat stöd eller reformnaivitet?

Sedan 2008 har jag arbetat strategiskt med frågor om stöd till anhöriga. Min tjänst som närståendekoordinator är förlagd på stadskontoret i Malmö stad. Målgrupperna omfattar anhöriga till någon som har beroendeproblematik, barn som är anhöriga och framför allt anhöriga till någon som har en långvarig sjukdom, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller som är anhörig till någon som försvagats av hög ålder. Gemensamt för de olika grupperna är att anhöriga på olika sätt ger stöd till någon som inte klarar sin vardag på egen hand. Viktigt att ha i åtanke är att ett anhörigskap beskriver en relation mellan människor. Det är en självvald relation, om än mer eller mindre av tradition och norm, eller en relation som individen fötts in i. Det innebär att andra individer än de i traditionella familjereationer också kan påverkas av sitt anhörigskap till en hjälpbehövande person.

År 2013 fick jag möjlighet att kombinera min tjänst med att studera på licentiatnivå kring en problemställning som kommit att uppta mitt uppdrag allt mer. Hur kan den hjälpsökandes *och* den anhöriges behov tillgodoses med nuvarande organisering i kommunal vård och omsorg? I mitt arbete har jag följt utvecklingen

från ändringen i socialtjänstlagen 5 kap 10 § (SoL 5:10), år 2009, där ett ansvar för socialnämnderna att erbjuda anhöriga stöd klargjordes, till vad jag uppfattar som en tendens av högre förväntningar på anhöriga och deras insatser. Under de gångna åren har jag haft förmånen att föreläsa kring frågorna för olika yrkesgrupper och verksamheter på ett antal olika platser i Sverige och stundtals mötts av en ”reformnaivitet” som följt på ändringen i SoL. Genom lagändringen verkar olika verksamheter i kommuner och landsting fått ökade förväntningar på att ett mer utvecklat stöd till anhöriga ska lösa resursförändringar samt skala bort komplexiteten mellan det offentliga insatser och en hanterbar vardag för den enskilde (jfr Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2016). En grundläggande fråga om varför anhöriga behöver stöd, uteblir ofta i kommunerna till förmån för ett konstaterande att anhöriga ska erbjudas stöd. Detta stöd består ofta av samtalsstöd med en anhörigkonsulent eller att delta i stödgrupper. Dessa stödformer erbjuds som service och ligger utanför biståndshandläggningen (Winqvist 2014). I en kombination av socialtjänstlagstiftningens intentioner, offentlig verksamhets organisering och ett ökat ”privatgörande” av individens ansvar för sin egen välfärd uppstår komplexa situationer och frågor.

Anhörigskap

Forskaren Jeppson Grassman (2003) diskuterar komplexiteten med begreppen anhöriga och anhörigskap. Likt hennes definition är det inte alla variationer av anhörigskap som berörs i denna avhandling. Jeppson Grassman menar att begreppet anhörig tenderar att bli allt mer synonymt med den person som gör insatser, ger omsorg eller vård till någon som inte klarar sin vardag på egen hand. Jag sluter mig i mångt till hennes definition vid min användning av begreppet framför allt då denna definition är etablerad i kommunerna. Twiggs och Atkin (2002) redogör för att en relation mellan den anhörige och den hjälpbehövande är själva grunden för att informell omsorg existerar och att det är närvaron av ett hjälpbehov som förändrar symmetrin i relationen till att bli en mer asymmetrisk omsorgsgivar- respektive omsorgstagarsituation. Jeppson Grassman (2003) menar att det ökade intresset för anhöriga har

flera bottnar. Dels påverkas intresset av västvärldens demografiska fördelning med en allt äldre befolkning och frågor kring hur detta ska kunna hanteras vid ökade behov av vård- och omsorg. Dels beskrivs ett ökat gap mellan vård- och omsorgsbehov och resurser, som lett till mer restriktiva bedömningar vid fördelning av samhällsresurser. Men frågorna har också fått en uppmärksamhet pådriven av anhörig- och brukarföreningar med grund i anhörigas situation och hälsa. Sand (2007, 2014a), Szebehely och Ulmanen (2012, 2014a) är några av de forskare som fördjupat sig i anhörigas situation och konsekvenser för anhörigas ekonomi och arbetsliv. Sand (2014b) förtydligar i sitt resonemang att ekonomiska skäl används som motivation till utveckling av stöd till anhöriga. Hon beskriver en verksamhetsutveckling med syfte att begränsa kommun- och landstingskostnader. Detta görs utan ett samhällsekonomiskt perspektiv där ökad ohälsa hos anhöriga, förlorade skatteintäkter från uteblivet förvärvsarbete, lägre pensioner, ökad ojämlikhet mellan grupper i livsvillkor och social isolering tas i beaktande. Sand menar att det i anhörigas informella omsorg ”verkar finnas en gräns runt 20 timmar per vecka som avgör om omsorgen får en negativ inverkan på den anhörige” (ibid. s.57). Studier visar att omsorgsgivande i mindre omfattning ger en positiv effekt för den anhörige (t.ex. Jegermalm, Malmberg och Sundström 2014; Sand 2007). Effekter som att exempelvis känna sig behövd och få vara delaktig vid vård och omsorgsinsatser är några av de positiva beskrivningar som återges. I en kunskapsöversikt från Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) konstaterar Erlingsson m.fl. (2010) att anhörigas förhållningsätt och syn på livet spelar en viktig roll för hur de hanterar sitt omsorgsgivande. En tydlig skiljelinje går också mellan att ge omsorg i ömsesidighet med andra parter eller i isolering som ensam omsorgsgivare. Den anhöriges förhållningsätt till sitt omsorgsgivande har en stark inverkan på den anhöriges hälsa. Det finns även en ökad risk för försummelse, övergrepp och våld i nära relationer, både för den anhörige och för den hjälpbehövande, då omsorgsgivandet sker i isolering.

I delar av forskningen kring anhörigskap och i statliga utredningar beskrivs anhöriga som viktiga resurser. Det är beskrivningar som

påtar den anhöriges delaktighet i vården kring den hjälpbehövande och där den anhörige ibland beskrivs som en förutsättning för den hjälpbehövandes rehabilitering, habilitering eller tillfrisknande. Anhöriga beskrivs som en resurs för den hjälpbehövandes hantering av sin vardag och för samordning av olika insatser för den hjälpbehövande. Trots detta resonemang finns det begränsat med verksamheter i det offentliga regi som är tillgängliga utanför kontorstid till stöd för anhöriga utanför deras arbetstid. Vilka förutsättningar den anhörige har psykiskt, fysiskt, socialt, boendemiljömessigt och ekonomiskt, och framför allt i vilken omfattning den anhörige vill vara en resurs och tillgång för att bistå offentlig verksamhets uppdrag att bistå hjälpbehövande, kvarstår att problematisera. Ett antal forskare har använt sig av en modell utarbetad av forskaren Julia Twigg. Modellen ger en ökad förståelse och är en beskrivning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika förhållningsätt till anhöriga (jfr Jegermalm 2003; Sand 2007; Twigg och Atkin 2002). Jag kommer här kort att redogöra för denna modell som delar upp förhållningssättet till anhöriga i fyra grupper.

Anhöriga som resurser

I den första gruppen är anhöriga betraktade som samhällsresurser och den primära omsorgen åligger de anhöriga som finns i den hjälpbehövandes närhet. Först när omsorg inte kan tillgodoses på annat sätt träder samhällets resurser in såsom hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänst (Jegermalm 2003; Sand 2007; Twigg och Atkin 2002). I modellens första grupp beskrivs ett perspektiv med ett utgångsläge i ekonomiska aspekter och lösningar utan kostnader för de formella inrättningarna. Perspektivfokus i den första gruppen är på den hjälpbehövandes behov och potentiell "conflict of interest" mellan anhöriga och den hjälpbehövande är en icke-fråga (Twigg och Atkin 2002, s.12). Sand (2007) problematiserar synsättet i relation till biståndsbedömningens insatser där den anhörige inte är primärmottagare och vars behov därför ofta osynliggörs. Detta sker dels genom ett strikt fokus på "den enskilde" och dels genom strukturer inom t.ex. dokumentationssystem som inte ger utrymme för strukturerad dokumentation om anhörigas behov

av insatser och därmed inte blir identifierbara, mätbara eller möjliga att utvärdera på aggregerad nivå.

Partnerskap med anhöriga

I grupp två är perspektivet att se den anhörige som en medarbetare eller samarbetspart och synsättet utgår från att den hjälpbehövandes behov är ett gemensamt projekt mellan samhällsinsatser och den anhörige. De samhällsinsatser som den anhörige erhåller är exempelvis avlösande insatser och utbildning. Detta ges för att ge den anhörige kunskap om sjukdomsförlopp och bästa omsorg, för att tillgodose den hjälpbehövandes behov. Insatserna för den anhörige avser primärt att stärka den anhöriges roll som vård- och omsorgsgivare. Intressekonflikter mellan anhöriga och hjälpbehövande är inte heller i detta perspektiv nämnvärt uppmärksammat. Utgångspunkten är att anhöriga vill vårda, stödja, hjälpa och ge omsorg. (Jegermalm 2003; Sand 2007; Twigg och Atkin 2002)

Anhöriga som egen klientgrupp

I grupp tre är perspektivet att anhöriga ses som en egen hjälpbehövande grupp och avgränsas ofta till de anhöriga som har omfattande omsorgsgivande och avser anhöriga i en mycket nära relation till den hjälpbehövande inom samma hushåll, exempelvis äldre partners som själva är skröpliga eller har avtagande hälsa. Insatser (t.ex. städ, tvätt osv.) som ges till denna grupp anhöriga synliggörs inte då behovsbedömda insatser ges till ”den enskilde”. Därmed omvandlas den anhöriges behov till att bli insatser till en hjälpbehövande. Intressekonflikter mellan den anhörige och hjälpbehövande i denna grupp erkänns men tyngdpunkten för att hantera dessa åligger den anhörige (Jegermalm 2003; Sand 2007; Twigg och Atkin 2002).

Ersatt anhörig som omsorgsgivare

I denna grupp ligger fokus på oberoende inom relationen, både för den anhörige och för den hjälpbehövande. Hjälpt, stöd, vård och omsorg till den hjälpbehövande tillgodoses främst med olika samhällsinsatser. Relationen mellan den anhörige och den hjälpbehövande blir på så sätt mer symmetrisk och jämbördig och präglas av

båda parter möjlighet till autonomi, med tyngdpunkt på den hjälpbehövandes oberoende av sina anhöriga (Jegermalm 2003; Sand 2007; Twigg och Atkin 2002). Men detta perspektiv kan också innebära att anhöriga blir uteslutna från delaktighet. Perspektivet tillämpas t.ex. för vissa grupper av personer med funktionsnedsättning. LSS-lagstiftningen (1993:387) framhåller där vikten av möjlighet att leva på jämlika villkor som personer utan funktionsnedsättning och innehåller en starkare utformning av individens rättigheter än socialtjänstlagens formulering.

De ovan beskrivna grupperna återfinns sällan renodlat i offentlig verksamhet. Variationer och kombinationer av grupperna kan identifieras, dels beroende på vilken uppfattning olika verksamheter och huvudmän har om sina uppdrag och dels beroende på ekonomiska aspekter. Inom hälso- och sjukvårdens uppdrag finns en begränsad tolkning av sociala konsekvenser och uppdraget avser främst den sjukvårdande uppgiften. När vården är avslutad eller sjukvården bedömts att inte kunna tillföra mer för patienten är uppdraget slutfört och ansvaret för patientens omsorg upphör eller överförs till annan huvudman. Sjukvårdens förhållningssätt till anhöriga utgår främst utifrån den första modellen, att förhålla sig till anhöriga som resurser. Inom kommunernas socialtjänst, med behovsbedömda insatser och med den enskilde i fokus, osynliggörs anhöriga genom organisatoriska och strukturella förfaringsätt vid administreringen av insatser. (jfr Jegermalm 2003; Sand 2007). Sand (2007) menar att utifrån de utvecklade stöd som ges specifikt till anhöriga (t.ex. samtalsstöd, utbildning, avlösning) är synsättet på anhöriga inom kommunal verksamhet ofta en kombination av de tre första grupperna. Ofta handlar stödet om att hantera rollen som anhörig och bli avlastad för att orka fortsätta ge stöd, hjälp, vård eller omsorg.

Det är främst i den fjärde gruppen som det går att urskilja en möjlighet för anhörigas egen vilja och frivilliga val. I verksamheter med ett förhållningssätt som utgår från grupp fyra lämnas utrymme för anhöriga att i större utsträckning själva kunna välja förhållningssätt till sitt anhörigskap. Det ger verksamheterna möjlighet till

ökade individualiserade stödinsatser med utgångspunkt i vem den anhörige respektive den hjälpbehövande är och vilka behov av stöd de har, både var för sig och gemensamt.

Stora delar av forskningen kring anhöringskap har under flera år handlat om anhöriga till äldre personer som försvagats av hög ålder och som drabbats av funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar (t.ex. Eliasson 1992; Jeppsson Grassman 2003; Sand 2007; Whitaker 2003; Winqvist 1999). Även om en del författare i senare studier refererar till äldre personers anhöriga är det ett rimligt antagande att det finns en del likheter mellan olika anhörigrupper. Dessa likheter återfinns både i offentlig verksamhets sätt att förhålla sig till anhöriga och i anhörigas upplevelse av sin möjlighet till frivillighet, autonomi och personlig integritet oavsett den anhöriges ålder. Även om konsekvenserna för de olika anhörigrupperna kan te sig helt olika. I Twiggs modell tydliggörs problematiken kring anhörigas möjligheter till frivilliga val, bibehållen personlig integritet och autonomi (Twigg och Atkin 2002).

Socialpolitik och anhöringskap

Frågor kring anhörigas åtaganden, roll, situation och frivillighet har i statliga utredningar främst diskuterats i anknytning till anhöriga till äldre personer som försvagats på grund av hög ålder, kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Därför blir det också främst utifrån dessa underlag som jag diskuterar i denna avhandling. På flera sätt är situationen likartad för många av de anhöriga som lever i ett gemensamt hushåll oavsett ålder med undantag för barn som är anhöriga. Barns frivilliga val som anhöriga är ytterst begränsade, även om barns rätt och perspektiv enligt socialtjänstlagen (SoL 5:1) ska beaktas i de fall deras tillvaro påverkas.

Grundsatser för samhällets vård och service

I propositionen *Äldreomsorgen inför 90-talet* lyfts inledningsvis tre grundläggande principer för samhällets vård och service (prop.1987/88:176). Den första avser ”människors rätt att själva bestämma och att få behålla sin integritet och identitet [...] med sin egen uppfattning om och en självklar rätt att besluta om hur hon

vill leva sitt fortsatta liv.” (ibid. s.23-f). Den andra principen avser att människor ska kunna känna sig trygga och att den enskilde själv ska kunna avgöra hur och när denne känner sig trygg. Den tredje principen avser valfrihet, att kunna välja bostad, innehåll och utformning av service och insatser, samt ges möjlighet att aktivt delta i samhällslivet. Även om propositionen diskuterar omsorg om äldre hjälpbehövande, regleras detta inom ramen för socialtjänstlagen som omfattar människor oberoende ålder. De angivna principerna är i sig inte åldersknutna utan avser hjälpbehövande vars behov ska tillgodoses med insatser som regleras utifrån socialtjänstlagen.

För att ge en bakgrund till utvecklingen ska jag i följande avsnitt återge exempel på hur den socialpolitiska retoriken om anhöriga inom vård och omsorg samt psykiatri återges i statliga utredningar och hur den gradvis har förändrats från slutet på 1980-talet fram till idag.

I Sverige finns inget juridiskt omvårdnadsansvar mellan vuxna. Omvårdnadsansvaret i föräldrabalken anger *normalt* föräldraansvar för minderåriga barn, det vill säga barn under 18 år. Vid eventuell omsorgssvikt från vårdnadshavaren har samhället genom socialtjänsten ett ansvar att särskilt beakta barns bästa. Det pågår en ständig diskussion om vad som ska anses rymmas inom ett normalt föräldraansvar (prop. 2008/09:82). Exempelvis anses egenvård rymmas inom föräldraansvaret t.ex. då barn med funktionsnedsättning har behov av medicinering eller matning genom sond. I Socialstyrelsens SOSFS/2009:6 anges hur bedömningen av egenvård ska gå till. Det anges inte i vilken omfattning en behandling kan anses vara egenvård. Det kan komplicera tillvaron exempelvis för föräldrar till barn som har omfattande egenvårdsbehov som bedömts ingå i föräldraansvaret.

Proposition *Äldreomsorgen inför 90-talet* (prop.1987/88:176) beskriver att anhörigas vilja att ge stöd och vårdinsatser ska ses som ett komplement till samhällsinsatserna. De som vill ge omsorg ska ges förutsättningar för detta. Vidare skriver utredaren: ”Det förhål-

landet att en närstående åtar sig en vårduppgift får inte innebära att socialtjänsten och hälso- och sjukvården undandrar sig sitt ansvar. Inte ens vid akuta belastningar av samhällets service- och vårdverksamhet får ett alltför stort vårdansvar läggas på närstående.” (ibid. s.92) (närstående är här synonymt med det jag avser med anhörig). Vidare uttrycks vikten av att inte ställa ökande krav på anhöriga oavsett utvecklingen av mer vård och omsorg i ordi-närt boende, framförallt då frågan uttrycks som starkt kopplad till ett jämställdhetsperspektiv. Utredaren framhåller också vikten av att hjälpbehövande inte görs beroende av sina anhörigas omsorg.

Återkommande i statliga utredningar om vård, omsorg för äldre, omsorg om personer med funktionsnedsättning och psykiatrisk vård är att anhörigas informella vård- och omsorgsinsatser ska vara frivilliga. Stöd till anhöriga anges som ett område som behöver prioriteras när dessa ger frivillig omsorg. Det påtalas behov av stödformer för att avlasta anhöriga och att anhöriga ska ges möjlighet till återhämtning för att de ska orka. Hur det faktiskt ska gå till när en anhörig ”åtar sig” uppgifter eller insatser finns inte specificerat.

I propositionen om utvecklingen inom psykiatrisk vård (prop. 1993/94:218 s.90) står följande: ”Vi anser det särskilt angeläget att anhöriga till allvarligt och långvarigt psykiskt störda får adekvat stöd. Ett väl fungerande anhörigstöd är också en viktig förutsättning för att rehabiliteringen [...] skall bli framgångsrik.” Formuleringen förtydligar att anhöriga är en viktig del av, och delvis en förutsättning för vården till vissa patientgrupper.

Diskussionen om anhörigas åtagande fortsätter in på 2000-talet. Propositionen *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg för äldre* (prop. 2005/06:115) beskriver anhörigas ökade omsorgsinsatser i äldreomsorgen. Orsakerna förklaras bland annat med att en minskande andel äldre får del av den kommunala äldreomsorgen. Sjukhusens kortare vårdtider har gett mer omfattande vård- och omsorgsbehov i kommunal äldreomsorg till en mindre, men mer vårdkrävande grupp äldre. Till detta hör också att flertalet

kommuner skärpt sina riktlinjer för att bevilja insatser (Sand 2007; Wolmesjö och Staaf 2014). I en rapport från Socialstyrelsen (2003) konstateras en fördubbling av så kallade ”anhörigprövningar” mellan åren 1997-2003. Det innebär att vid biståndshandläggningen utreds om det finns anhöriga som kan bistå med stöd, hjälp eller andra insatser. I rapporten uttrycks förvåning över resultatet med hänvisning till de satsningar som gjorts med stimulansmedel för att uppmärksamma anhörigas behov och situation. Socialstyrelsen summerar i rapporten ”att denna uppmärksamhet istället skapat acceptans för ökade förväntningar på anhörigas medverkan i vård och omsorg” (ibid. s.7).

År 2008 kom propositionen *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående* (2008/09:82) med ett förslag om en lagändring som innebär en skyldighet för kommunerna att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stödjer eller vårdar en person som inte klarar sin vardag på egen hand på grund av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller som försvagats av hög ålder. I juli 2009 trädde förslaget ikraft och är nu gällande lagstiftning i 5 kap. 10 § Socialtjänstlagen (2009:549). Den utredande kommittén påtalade vikten av att ha en preventiv ansats i erbjudandet om stöd för att motverka ohälsa hos anhöriga. Vidare har frivillighetsperspektivet för anhöriga lyfts: ”Varje situation som anhörig respektive för närstående är unik. Utgångspunkten är att en anhörig eller annan person själv avgör hur stort ansvar han eller hon vill ta för att vårda, bistå och stödja en närstående.” (ibid. s.11). (Med närstående avses här en hjälpbehövande.) Det som beskrivs i propositionen är de delar inom anhörighetskapet som den anhörige gör eller väljer att inte göra i relation till den hjälpbehövande. Den anhöriges upplevelse av *sin egen* situation och hur autonomi och personlig integritet som kan komma att påverkas av den hjälpbehövandes behov berörs sparsamt. Perspektivet i utredningen förutsätter ett frivilligt åtagande från anhöriga att göra omsorgsinsatser till den hjälpbehövande. Anhörigas risk för ohälsa uppmärksammas dock i texten och anges som skäl för att den anhörige ska erbjudas stöd för att kunna hantera sin situation. Stödåtgärder som ges till anhöriga ”måste kännetecknas av individualisering,

flexibilitet och kvalitet. Individualisering förutsätter att t.ex. den anhörigas unika behov identifieras och att stödet utformas efter hans eller hennes behov” (ibid. s.21).

I en översiktlig kartläggning från Socialstyrelsen (2012) studeras ett antal olika stödinterventioner för anhöriga och utfallet för den sjuka äldre. Syftet beskrivs som att ”uppdraget är att starta en verksamhet som fortlöpande ska stödja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att systematiskt identifiera kunskapsluckor, stimulera till ny kunskap och aktivt föra ut kunskap som kan bidra till att ge de mest sjuka äldre ett värdigt liv och en god vård och omsorg” (ibid.s.9). Nära 20 år efter propositionen om ”äldreomsorg inför 90-talet” omnämns fortfarande anhörigas frivilliga åtaganden men betoningen har förflyttats från frivilligt åtagande till att konstatera att anhöriga behöver och ska få stöd för att kunna ge en god vård och omsorg till den hjälpbehövande. Det är en förskjutning från 1987 års utredning (prop.1987/88:176), där samhällets ansvar betonats, till Socialstyrelsens kunskapsöversikter om mest effektfulla stödsatser till anhöriga för att därigenom ge ett värdigt liv åt de mest sjuka äldre (Socialstyrelsen 2012).

I utredningen om en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst (SoU 2016:2) omfattar avsnittet om anhöriga elva meningar. I utredningen bekräftas anhörigas omfattande ansvar och risk för ohälsa och samtidigt antas att en bättre koordinerad vård och omsorg för äldre, ska underlätta för anhöriga även om det faktum att vården som ska bedrivas i den äldres hem kan komma att påverka de anhöriga (ibid. s.450). Anhörigas möjligheter till valfrihet eller bedömning av anhörigas hälsa, autonomi eller personliga integritet omnämns inte.

Intentionen från utredningarna i slutet på 80-talet är att stöd till anhöriga ska vara en utgångspunkt. Den anhörige själv ska avgöra hur stort ansvar hen vill ta för att vårda, bistå eller stödja den hjälpbehövande. Dessa valmöjligheter har bleknat i de senare gjorda utredningarna. Anhörigas autonomi och personliga integritet omnämns inte. I dessa utredningar ges exempelvis beskrivningar

av syftet med stöd till anhöriga i termer som ”orka”, ”underlätta för anhöriga” och de ska ”avlastas”. Denna terminologi ger en antydning om var det grundläggande ansvaret socialpolitiskt förväntas ligga och kan förstås som en normmarkering från staten, utan ett förtydligande i lagstiftningen om ansvarsfördelning. Det vill säga att det finns en förväntan om anhörigas åtaganden.

Universell välfärd

De tidigare statliga utredningar som presenterats ovan har sin förankring i ett Sverige med ett universellt välfärdssystem. Sverige har identifierats med en bild av ett universellt välfärdssystem. Det är ur denna tradition som stora delar av aktuell lagstiftning inom socialtjänst, stöd till personer med särskilda behov och hälso- och sjukvården tar sin utgångspunkt. Mitt resonemang tar därför också sin utgångspunkt här, i bilden av ett Sverige med ett universellt välfärdssystem. Jag tar hjälp av Esping-Andersens (1990) teorier om välfärdsregimer för att, om än förenklat, beskriva de olika välfärdsregimer som han har identifierat.

I de tre klassiska välfärdsregimer som Esping-Andersen identifierar beskrivs den första som en liberal välfärdsregim, där USA används som ett exempel. Det är en välfärdsregim där individen själv i stor utsträckning är ansvarig för sin välfärd. Välfärdssystemet fyller en marginell funktion för den breda massan och är till för de allra mest utsatta och fattiga. Nästa regim beskrivs som en konservativ välfärdsregim med ett välfärdssystem där privata försäkringssystem förutsätts och där familjen har en framträdande roll och ett normtraditionellt perspektiv betonas. Det är ett perspektiv där varje individ som är en del av en familj också bär ett socialt ansvar för dess medlemmar. Den tredje välfärdsregimen som Esping-Andersen beskriver kallas för den socialdemokratiska välfärdsregimen som i Sverige också är känt som den universella välfärdsstaten. Denna kännetecknas av ett generellt välfärdssystem med ett socialförsäkringssystem som till största del är finansierat genom skattemedel. Det är hit Sverige brukar associeras. Med det universella välfärdssystemet förknippas ofta generösare och ej behovsprövade förmåner för olika större grupper i befolkningen. Ett exempel är den

svenska barnomsorgen som är en förväntad rättighet för invånarna och en skyldighet för kommunerna att tillhandahålla (Skollag, 2010:800). Barnomsorgens erbjudande har varierat över tid och mellan olika kommuner. Det har varierat från att föräldrarna ska vara förvärvsarbetande eller stå till arbetsmarknadens förfogande, till att alla barn ska erbjudas plats inom offentlig barnomsorg, även om föräldrarna står utanför arbetsmarknaden (Sand 2015).

Även äldreomsorg förknippas med en rättighet för kommuners invånare och som en skyldighet för kommuner att tillhandahålla. Skillnaden mellan möjligheten att nyttja barnomsorg respektive äldreomsorg är trots det stor. Skyldigheten för kommunerna att tillhandahålla omsorg om äldre och grupper med särskilda behov regleras i socialtjänstlagen som t.ex. beskriver en omsorg för äldre som bland annat ska omfatta att den äldre kan leva ett värdigt liv, känna välbefinnande, bo självständigt under trygga förhållanden, ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och i boenden som är anpassade för äldres särskilda behov. Omsorgen som ges via socialtjänstlagen är behovsprövad på liknande sätt som övriga bistånd med utgångspunkt i socialtjänsten och regleras i samma paragrafer (Socialtjänstlagen 2010:427). Rothstein (2004) använder andra termer än Esping-Andersen och skriver att den generella välfärdspolitikens motpol är en selektiv välfärdspolitik. I den selektiva välfärdspolitikerna är bland annat förmånsnivåerna minimala och de dominerade åtgärdsprogrammen behovsprövande.

Rauch (2007) är en av de forskare som diskuterar olika faktorer som tillsynes ligger till grund för en västerländskt allmänt accepterad skillnad i omsorgsgarantier för olika grupper som t.ex. mellan barn- och äldreomsorg. I denna diskussion ses barn som en kommande tillgång medan äldre tillskrivs en belastning som ofta uttrycks som en åldersproblematik. Vid min jämförelse av tillgång till kommunal vård och omsorg och tillgång till barnomsorg synliggörs tendenser som kan härledas till Esping-Andersens (1990) definition av liberal- respektive konservativ välfärdsregim eller det Rothstein (2004) beskriver som selektiv välfärd. Denna jämförelse får dagens

äldreomsorg att tydligare framstå som behovsprövad socialtjänst med äldre hjälpbehövande som största målgrupp. En behovsprövad socialtjänst som är villkorad och som ger bistånd om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt (t.ex. genom anhörigas försorg eller med privat köpta lösningar). Jag menar att *socialtjänst för äldre* ger en annan konnotation än *äldreomsorg*. Dels att det förtydligar att inte vem som helst, enbart på grund av hög ålder, omfattas (d.v.s. äldreomsorg). Och dels för att det också anger ett mer omfattande ansvar än allmän service till personer inom en viss åldersgrupp. Socialtjänstlagens grundläggande socialpolitiska mål är formulerat i portalparagrafen enligt följande:

1 kap. Socialtjänstens mål

1 § Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. (Socialtjänstlag, 2001:453)

Vidare in i lagtexten kategoriseras "människan" till andra begrepp. Begreppet människan blir till den "enskilde" som avser att individer under specifika förutsättningar ges behovsprövade förmåner och insatser. Detta inkluderar därmed exempelvis inte anhöriga som genom sin närhet till en hjälpbehövande person kan få särskilda behov för att bibehålla sin egen autonomi och personliga integritet.

Den enskilde

I lagtexter är *den enskilde* den formulering som används för den individ som åsyftas och omfattas av aktuellt lagrum. Enligt Nationalencyklopedin beskrivs enskild på följande sätt: "som tillhör eller har att göra med en enda person" (motsats till allmän) (avser individuell, personlig, privat) (2016). Vem är då den en-

skilde och vad innebär det att vara den anhörige vid denna definition?

I regeringsformen (1974:152 1 kap. 2 §) uttrycks att ”det allmänna ska verka för att *alla människor* [min kursivering] ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person”. Det stämmer väl överens med den allmänna deklarationen om de mänskliga rättigheterna (Regeringens webbplats, 2017). Detta kan direkt knytas till grundläggande etiska imperativ som har innebörden att en person aldrig ska behandlas bara som medel utan alltid som ett mål i sig (Thurén 2015). Bourdieu (2004) diskuterar etiska imperativ och skriver att filosofen Kant ansåg att etiska påståenden behöver testas. Genom att ”logiskt kritisera etiska påståenden” kan dessa testas för att se om det som avses vara för alla, det universellt gällande, verkligen är det (ibid. s.200). Habermas (2008) diskuterar på liknande sätt och menar att moralen i organisationer och verksamheter behöver utforskas. Vilka villkor ska vara uppfyllda för att verksamheter ska verka för allas lika rätt och ge en utgångspunkt om en ”opartisk bedömning av alla berördas intressen” inom t.ex. socialpolitiken (ibid. s.44). Hur kan allas lika rätt knytas samman med den enskilde i målkonflikter där den enskildes behov innebär inskränkningar av anhörigas rätt och intresse?

I Sverige beskrivs individen, *den enskilde*, som den minsta enhet som välfärdssystemet verkar mot och det är den enskilde som är knuten till välfärdssystemet. Det innebär att det är den enskilde som på olika sätt får tillträde till välfärdssystemets olika förmåner (Sand 2015). Vid tolkningar att den enskildes rätt och fria vilja ska vara den gällande rättigheten inom ett specifikt område, t.ex. vid bedömning av insatser i vård och omsorg, kan en inskränkning av någon annans (anhörigas) rätt och fria vilja legitimeras. Med motivationsarbete och informationsgivande från biståndshandläggare

till den anhörige och om den enskildes rätt och fria vilja, skapas en acceptans och preferensförskjutning. Denna preferensförskjutning sker både hos anhöriga och hos den enskilde, som ofta leder till konsensus kring vilka insatser som ska tillgodose behovet. Liknande förfarande beskriver Habermas (2008) som en nödvändighet: ”Den moraliskt förpliktigande respekten för autonomi hos var och en av de berörda vilja som gör det nödvändigt att kräva en överenskommelse.” (ibid. s.44).

Sammanfattande reflektion

I detta kapitel har jag gett en beskrivning av utvecklingen av anhörigskapets roll i socialpolitiken och i organiseringen av offentlig verksamhet. En roll vars fokus har skapats genom en perspektivförskjutning över tid. Rollen som ansvarig för att tillgodose hjälpbehövandes behov har förflyttats från ett tydligt ansvar för det offentliga till ett mer otydligt ansvar för anhöriga som befinner sig i en hjälpbehövandes närhet. Det är en komplex utveckling, där en universell välfärdsregim med generella förmåner och ett kollektivt ansvar förskjutits till ett ökat individuellt ansvar utifrån en mer liberal/konservativ välfärdsregim och en mer selektiv välfärdspolitik. Det är en utveckling som verkar generera ökande ojämlikhet och marginalisering för grupper vars liv inte ryms inom de förutsättningar som krävs för att kunna göra fria val. En av dessa grupper är anhöriga som ger omfattande omsorg.

METODOLOGISKA ANSATSER

Denna avhandling har en kvalitativ ansats (Meeuwisse och Jacobson 2008; Merriam 1994). Jag gör en deskriptiv studie i huvudsak bestående av intervjuer med biståndshandläggare. Därtill har jag gjort observationer och dokumentanalys av utrednings- och beslutsunderlag av ärenden enligt SoL rörande kommunal vård och omsorg. Jag undersöker ett *hur* (jfr Jacobsen 2012), det vill säga hur förhåller sig biståndshandläggare till anhörigas frivilliga insatser, valmöjlighet och personliga integritet? Jag vill förstå och göra resultatet tillgängligt för en vidare diskussion (jfr Merriam 1994). För att närma mig forskningsfrågorna har jag använt tre olika tekniker för insamling av empiri: intervju, observation och dokumentanalys. Genom insamling av material från olika källor har jag strävat efter att vidga förståelsen för mina frågor. Användning av dessa olika tekniker breddar tillförlitligheten i studien och syftar till att ge förståelse av strukturer och processer. *Intervjuerna* utgör den huvudsakliga empirin. Genom *observationerna* har jag tillägnat mig ny kunskap om hur biståndsbedömningsprocessen ser ut och hur biståndshandläggare kan arbeta på fältet i mötet med hjälpsökande, anhöriga och andra parter. Observationerna har gjorts i hemmet hos den hjälpsökande. Materialet har i viss mån styrts av de intervjuade biståndshandläggarnas val av exempel som de återgivit i intervjuerna. Samt dessutom från de hembesök som jag erbjudits att delta i för att observera interaktionen i mötet vid vårdplanering i hemmet. Därav har empirin fått en betoning på äldre hjälpbehövande personer och deras anhöriga. Inom ramen för *dokument* ryms dels 20 avidentifierade utredningar och beslutsun-

derlag på enskilda ärenden samt utdrag ur vård- och omsorgsdata-lager över beviljade och pågående insatser i kommunen. Det ingår även policydokument och riktlinjer i kommunen samt, statliga utredningar, betänkanden och propositioner. I dokumentanalysen har jag undersökt hur dokumentförfattarna förhåller sig till anhöriga i utredningar och hur detta är formulerat. Från Socialstyrelsens nationella databas har data använts som beskriver frekvens och antal insatser samt, i den mån det framgått, civilstånd på den hjälpsökande.

Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Lund (2014 ärende 236).

Urval och praktiskt tillvägagångssätt

Studien är genomförd i Malmö stad under åren 2014-2016. I den fortsatta texten har jag valt att löpande referera till "kommunen". Min studie omfattar biståndshandläggare som arbetar både i innerstadsområde, villaområde, miljonprogram med hyreslägenheter samt till viss del bostäder utanför tätbebyggt område. Urvalet av biståndshandläggare gjordes utifrån ett strategiskt urval som i första hand utgick ifrån geografisk placering av biståndshandläggarnas arbetsfält, för att täcka samtliga befolkningsområden i undersökningen (Meeuwisse m.fl., red. 2008).

I tabellen nedan redogörs för omfattningen av insamlat material avseende intervjuer, observationer och utrednings- och beslutsunderlag.

Utrednings- och beslutsunderlag	20
Observationer vid hembesök	9
Intervjuer med biståndshandläggare	11
Intervjuer (post hoc) med övriga informanter	2

Utrednings- och beslutsunderlag

I december 2014 skickades en begäran om utlämnande av allmän handling till de 15 primärt utvalda biståndshandläggarna. Förfrågan omfattade utrednings- och beslutsunderlag som gjorts under en

och samma vecka i september 2014. Med stöd från en av kommunens jurister togs en lathund fram för biståndshandläggarna om hur avidentifieringen skulle gå till och bifogades förfrågan tillsammans med information om studien. Vid årsskiftet 2014/2015 infördes ett nytt dokumentationssystem i den undersökta kommunen. På grund av komplikationer vid starten av det nya systemet kunde inte utredningar tas ur systemet från den valda veckan 2014. Fem biståndshandläggare responderade före årsskiftet och skickade avidentifierade utredningar för den aktuella veckan. Totalt samlades 20 utredningar/beslutsunderlag in. De begärda utredningarna/beslutsunderlagen är inte specifikt kopplade till de biståndshandläggare som senare intervjuats.

Observationer

Under hösten 2014 följde jag med på hembesök för vårdplaneringsmöten i hemmen hos hjälpsökande. Mitt syfte med observationerna var att observera biståndshandläggares arbetsmetoder och förhållningssätt i mötet med hjälpsökande och anhöriga. Jag gjorde inga särskilda urval utan följde med på de möten där handläggare fått positiv respons och samtycke från den hjälpsökande, god man och/eller av anhöriga att jag kom med. Totalt gjordes nio observationer. Jag har fått informerat samtycke vid observationerna och har spelat in det som sagts under hembesöket på diktafon, vilket har gett möjlighet att fokusera på att observera händelserna i rummet (Ahrne och Svensson 2011; Kvale och Brinkmann 2014). Vid observationerna har ett enkelt observationsschema använts som förts över t.ex. hur biståndshandläggaren placerar sig i rummet i relation till den hjälpsökande respektive den anhörige. Jag har också undersökt om och hur biståndshandläggaren tilltalar respektive närvarande vid mötet. Samt om och hur anhöriga tillfrågas om åtagande av insatser. Varje mötes inspelningar har transkriberats ordagrant och texten kompletterats med mina anteckningar från observationstillfället.

Under vårdplaneringstillfällena har ofta ett antal olika personer deltagit, exempelvis god man, tolk, partner, vuxna barn samt olika personalfunktioner från hemtjänst. Upp till sex olika personer kan

ha deltagit vid ett och samma möte. Observationerna har gett mig möjlighet att studera interaktionen i vårdplaneringssituationen utan handläggarnas selektiva perspektiv och självpresentation (Fangen 2011). I de fall beskrivningar eller citat presenteras från observationerna har dessa avidentifierats genom att detaljerade karaktäristika ändrats, till skydd för de hjälpsökande och anhöriga som låtit mig ta del av deras berättelser vid mötena.

Intervjuprocessen

Tidig höst 2015 påbörjades arbetet med intervjuerna. Då studien genomfördes i en tid av omfattande omorganisering i den undersökta kommunen fördelades urvalet av biståndshandläggare slutligt mer slumpmässigt och snarare utifrån deras intresse av att delta än från geografiska områden och det strategiska urval som ursprungligen planerats (jfr Ahrne och Svensson 2011). Flertalet av de deltagande biståndshandläggarna har bred erfarenhet både av olika demografiskt och geografiskt sammansatta områden. Jag tog direktkontakt med varje handläggare, det vill säga inga chefer har förmedlat kontakt. Totalt intervjuades 11 biståndshandläggare.

Med inspiration från Kvale och Brinkmann (2014) har jag tagit fram en tematiserad intervjuguide som använts som stöd i samtalen. De flesta intervjuer är utförda på biståndshandläggarnas kontorsrum. Två intervjuer har gjorts på mitt kontor efter önskemål från biståndshandläggarna. Intervjuerna tog mellan 50 min till 2 timmar och 10 min. De flesta intervjuerna varade kring 1 ½ timme. Samtliga deltagande biståndshandläggare har lämnat informerat samtycke (Kvale och Brinkmann 2014). Intervjuerna har spelats in och transkriberats. Viss karaktäristika som kan identifiera handläggare har tagits bort, t.ex. områdesnamn, namn och kön på kollegor eller chefer. Jag har valt att låta citaten bli förhållandevis långa då jag bedömt det som viktigt att ge läsaren en möjlighet att följa hur biståndshandläggarna ibland resonerar med sig själva. I citaten har jag gjort redaktionella ändringar, t.ex. om någon har återkommande särskilda uttryck eller annan meningsbyggnad på grund av annat modersmål än svenska, dialekt eller liknande. Bland de intervjuade biståndshandläggarna deltog ytterst få män

och med anledning av detta används ”hen” som könsneutraliserande genus med hänsyn till avidentifieringsaspekter. Åldersspannet på biståndshandläggarna rör sig från strax under 30 år upp till närheten av pensionsålder med en majoritet i yngre medelåldern. Vid intervjutillfällena var det två biståndshandläggare som nyligen sagt upp sig för att lämna kommunen, ytterligare en som blivit erbjuden nytt jobb hos annan huvudman, tre som nyligen bytt uppdrag och/eller kommun och fyra som nyligen varit eller under intervjutillfället var deltidssjukskrivna för längre tid. I tabellen nedan presenteras biståndshandläggarnas antal år i yrket.

Antal år i yrket	Antal biståndshandläggare
Mindre än 5 år	3
Mellan 5-10 år	5
Mer än 10 år	3

Vid bearbetning av intervjuerna har dessa först lästs igenom upprepade gånger. Därefter har jag genom koncentrerad av materialet skapat meningsbärande enheter och grupperat utsagorna i kategorier och som därefter formulerats i övergripande teman (Fangen och Sellerberg 2011; Kvale och Brinkmann 2014; Rennstam och Wästerfors 2015). Mina handledare och jag har var för sig kategoriserat delar av materialet för att sedan i gemensamma diskussioner jämföra kategorierna för ökad tillförlitlighet. Tolkningen av materialet har gjorts genom kritiskt sunt förnuft och teoretisk förståelse (Kvale och Brinkmann 2014). Det vill säga, jag har i analysen sammanfört materialet med en vidare förståelseram av tidigare kunskap och ett teoretiskt ramverk.

Ytterligare två intervjuer har gjorts med personer inom vård och omsorg i centrala positioner i kommunen, för att ge en vidare bild av organisatoriska frågor, om strukturer och utvecklingstendenser. Dessa intervjuer genomfördes när de flesta intervjuerna med biståndshandläggarna var genomförda. Intervjuerna gjordes på

mitt kontor och följde liknande tematiserade intervjuguide som intervjuerna med biståndshandläggarna. Men dessa intervjuer bar mer en inriktning om organisering, strukturer och utvecklingsområden, kring informanternas respektive expertisområde. Med dessa intervjuer sökte jag kunskap om vård- och omsorgsverksamheten i kommunen ur ett mer strategiskt perspektiv. Dessa intervjuer har transkriberats i sammanfattande textstycken.

Reflektioner och förförståelse

Som tidigare nämnts arbetar jag sedan ett antal år i samma kommun som min undersökning ägt rum. Löpande under forskningsprocessens gång har jag återkommit till vilka konsekvenser det kan ha lett till för mitt resultat. Vid bearbetningen av intervjumaterialet har jag både reflekterat över mitt eget engagemang och svårigheten att distansera mig från mitt uppdrag som tjänsteperson i samma organisation (eller det som Tapio Salonen uttryckte vid en inledande informationsträff inför antagandet som doktorand, som behovet av att ”avkommunaliseras”, 2012-11-20). Att både vara del av en organisation och samtidigt beforska den är en svår balansgång för en forskare. Nyttan av att beforska ett område som ligger nära mitt uppdrag i organisationen är dock att det ger en möjlighet att kunna bidra till utvecklingen i min egen organisation (Repstad 1999).

Att intervjua

Jag har uppfattat både närhet och distans i relation till de intervjuade. Närheten uppstår genom att vi delar en gemensam referensram om problematiken i ämnet, kommunens organisation och de utmaningar som biståndshandläggare möter. Det gör att jag under intervjuerna inte varit ”ett ovetande tomt blad” vilket gett intervjuerna mer karaktären av tematiserade samtal (jfr Repstad 1999; Merriam 1994; Larsson 2008). Min egen distansering både till min förförståelse och intervjupersonerna och har jag brottats med i de olika faserna genom forskningsprojektet. Varje biståndshandläggare har som individ gjort avtryck på mig, som människor som var och en försöker hantera sin vardag och göra ett bra arbete. Jag har försökt att skapa distans till biståndshandläggarna genom att vara

tydlig med att göra en åtskillnad mellan mitt tjänstepersonsuppdrag och mitt forskningsprojekt och att inte ingripa med lösningar i beskrivna problemsituationer. Under analysprocessen har distansen blivit tydligare och intervjuerna blivit empiri som tolkas och förstås utifrån teoretiska perspektiv.

Vid insamlingen av empirin pågick omfattande förändringar både i den studerade organisationen på övergripande nivå och i biståndshandläggarnas arbete. BIC (behov i centrum), en ny utredningsmetod från Socialstyrelsen (2016a), höll på att implementeras och ett nytt dokumentationssystem infördes. Förändringar genomfördes till mer detaljerade insatser inom samma insatsgrupp, nya schabloner för insatserna och därtill bestämdes nya avgifter för insatserna. Samtliga intervjuade biståndshandläggare var berörda av förändringarna och påverkades bland annat genom högre arbetsbelastning.

Fyra av de intervjuade biståndshandläggarna har olika specialiserade uppdrag för biståndsbedömning inom SoL. Övriga biståndshandläggare hanterar ärenden som omfattar insatser i hemmet. Dessa ärenden fördelas mellan olika biståndshandläggare antingen utifrån geografiskt område eller utifrån den hjälpsökandes födelsedatum. Ett fåtal av biståndshandläggarna har vid intervju-tillfällena haft delegation på att fatta beslut om korttidsplatser för perioder om max två veckor. Vid ansökningar där den hjälpsökande uppfattas ha särskilda behov som inte kan tillgodoses med hemtjänstens insatser, lämnas dessa ärenden vidare till de handläggare som har specialiserade uppdrag inom respektive område. Det gäller exempelvis ärenden med behov av socialpsykiatrisk kompetens eller vid ansökan om särskild boendeform. Omfattningen av biståndshandläggare som har specialiserade uppdrag i kommunen varierar beroende på område och dess respektive organisering. Ansvar för bedömning av hjälpmedel och för förstärkt hemtjänst i de områden som tillämpar det, (avser hemtjänst med intensivare frekvens och rehabiliterande insatser under begränsad tid), bedöms av fysioterapeuter. Sjukvårdande insatser utförs av hemsjukvården på delegation från ordinerande läkare.

Biståndshandläggarna har i intervjuerna till viss del styrts samtalet. Deras funderingar och upplevelser har ibland förflyttat perspektiven i mina frågor (Ehn och Öberg 2011). Detta har bidragit till en bredare förståelse och bild av organisationen och strukturens makt över biståndshandläggarnas arbetssituation och arbete. Stundtals har jag frågat mig ”vill jag verkligen veta detta?” och ”vad ska jag göra med denna kunskap?”. Under intervjuerna frågade jag biståndshandläggarna i slutet av intervjun, ”känner du dig nöjd med det arbete du gör?”. En av de intervjuade handläggarna började då gråta. Jag insåg att mina frågor och frågeställningar kring hur de förhåller sig i sitt arbete, väcker eller tydliggör etiska konflikter hos flera av dem. Jag insåg också att det väckte reaktioner hos mig. Mitt uppdrag i kommunen är att arbeta centralt med frågor kring stöd till anhöriga inom socialtjänst såväl som vård- och omsorgsområdet. Jag inser att delar av mitt arbete är knutna till biståndshandläggarnas beskrivningar och upplevelser. Även om jag inte tidigare träffat eller haft kontakt i tjänsten med de medverkande biståndshandläggarna står det klart att de flesta av dem känner till min funktion och mitt uppdrag.

Att observera

Under observationerna har jag observerat exempel på hur praktik görs av regelverk och riktlinjer. Jag har lyssnat till de samtal som ägt rum och följt interaktionen mellan handläggare och andra deltagande parter vid mötena och identifierat processer och skeenden. Observationerna har gett mig en större förståelse och en utökad gemensam referensram med biståndshandläggarna som intervjuats. Observationerna har även bidragit med värde i att jag fått ta del av människors hem och därigenom granskat mina egna värderingar av skälig levnadsnivå i relation till de bedömningar som biståndshandläggarna gjort, även om jag inte specifikt undersökt innebörden av begreppet skälig levnadsnivå.

Observationerna redovisas inte i sin helhet av konfidentiella skäl då det var för få deltagande biståndshandläggare. Därav används materialet från observationerna i texten som exempel och som un-

derlag för ökad förståelse vid analysarbetet. Genom observationerna har jag fått en fördjupad inblick i hur arbetet med hjälpsökande och deras anhöriga kan göras och fått kunskap om hur strukturer för samtalsupplägg vid hembesöken kan fungera. Observationerna har även gett en inblick i hur den komplexitet kan se ut som biståndshandläggare ställs inför i sitt uppdrag. Jag har varit passiv under observationerna, varit en åskådare och försökt vara som Merriam (1994 s.105) beskriver ”omärklig”. Hur omärklig jag faktiskt varit har jag dock funderat över. Vid ett observationstillfälle var stämningen spänd och en anhörig var mycket tydlig med vad som skulle ansökas om. Höjda röster och inga leenden utdelades mellan någon av parterna under hela mötet. Efter avslutat möte och då biståndshandläggaren och jag skulle gå fick jag ett fast handslag och ett stort leende från den anhörige, som gav mig en känsla likt när en skådespelare tackar sin publik. Det fick mig att känna mig högst delaktig i det som utspelats tidigare under mötet.

Det har varit viktigt att reflektera och noga fundera över mina val och ställningstaganden i processen. Det är vid analysarbetet när orden och fraserna går igenom och förbi individerna och materialet abstraheras som komplexiteten träder fram.

TEORETISKA PERSPEKTIV

I detta kapitel återfinns en redogörelse för avhandlingens teoretiska perspektiv. Jag har studerat biståndshandläggares arbete för att få svar på mina frågeställningar. Motivationsarbete och informationsgivande är verktyg i det arbete som biståndshandläggare utför. En kombination av regelverk, organisatoriska förutsättningar och ekonomiska begränsningar ska kombineras med hjälpsökandes och anhörigas behov. Med ett raster av teoretiska perspektiv om makt och begrepp som kompensatoriska strategier och accounts har det empiriska materialet sedan analyserats. Sett utifrån dessa teoretiska perspektiv ställs biståndshandläggarnas förutsättningar och förhållningsätt till anhöriga.

Anhörigskap och anhörigas situation och hur dessa frågor bemöts i samhället, beforskas inom ett antal olika vetenskapliga ämnesområden. För att kunna undersöka hur strukturer som är avsedda för en viss grupp hjälpbehövande (hur organisatoriska konsekvenser, socialpolitiska beslut och ekonomiska principer påverkar andra grupper än de som strukturerna i sin konstruktion är avsedda för) behövs en kombination av ingångsvinklar. Mina val av teoretiska perspektiv som analysverktyg har till viss del en organisationsteoretisk betoning. Det beror på att biståndshandläggarnas förutsättningar att förhålla sig till anhörigas frivillighet är knutna till hur organisation och regelverk är konstruerat och det är denna konstruktion som anger utgångspunkter för praktisk tillämpning.

Vad är egentligen fri vilja och vad är att vara beroende av andra? De flesta av oss lever både med fria och ofria val. Med det menar jag val som individer gör trots att de kanske inte vill, för att valet ligger utanför deras egen kontroll. Det kan exempelvis vara val som styrs av att individens avgränsade kännedom om världen bara ger ett visst mått av valfrihet, det som ligger inom ramen för det individen känner till. Det som upplevs som ett fritt val av en individ kan av en annan upplevas som tvång och vara en del av rådande normer. Bauman (1992) beskriver frihet som kontextuell och beroende av vem individen är, samt vilken bakgrund och tidigare erfarenhet denne har. Exempelvis kan social tillhörighet som kön, etnicitet och ekonomiska förutsättningar avgöra de val som ligger inom individens räckvidd av frihet. En stor del av individens handlingsutrymme ligger således inom dessa ramar. Valet av grupp, kön, etnicitet och social tillhörighet är redan från födseln begränsande för de fria val som individen upplever att denne kan göra. Normer och förväntningar följer och är en del av en socialiseringsprocess från barn till vuxen. Vilka mål individen har och vilka val som denne gör påverkas bland annat av grupp tillhörighet och de normer som fastställts där. Den frihet individen har i sina val rör sig ofta inom dessa normer. Andras frihet tenderar också att sätta gränser för individens frihet och tvärtom (Bauman 1992). I situationer där en annan individ blir beroende av de beslut som fattas, t.ex. genom myndighetsutövning och som påverkar dennes möjligheter till val, fastställs graden av frihet. Den individ som jag avser i denna avhandling är som tidigare framgått, den anhörige.

Grunden för frivillighet i socialtjänsten baseras på den enskildes fria vilja och samtycke. Det är den enskilde som är subjekt för insatser och stöd. Den enskilde ska samtycka till stödåtgärder och insatser. Inom socialt arbete ligger frivillighetens fokus på den enskildes fria vilja att ta emot eller avböja stödåtgärder och insatser som föreslagits av socialtjänstens handläggare.

Makt och maktlöshet

För att förstå mitt material använder jag olika teoretiska perspektiv för att tolka det som sker. Ett av dessa perspektiv är *makt*. Makt-

perspektivet är ett av de flitigast återkommande temana i samhällsvetenskaplig forskning. Här tar jag inspiration av Alvessons (2011) och Nilssons (2008) tolkningar av Foucault kring makt som disciplinär och strategisk position. Min utgångspunkt är att se makt som ett fenomen som är beroende av kontext och position. Makten kan både fördelas och förflyttas mellan individer och nivåer i den offentliga sektorn. Jag har tagit hjälp av Nilssons (2008) förståelse av Foucault kring att betrakta makt som *strategisk position*. Nilsson skriver att det är själva "positionen som studeras och analyseras, inte de subjekt som innehar den" (ibid. s.87). Då mitt fokus är biståndshandläggarens möjligheter att beakta och förhålla sig till anhöriga blir det här primärt biståndshandläggarens position som studeras och inte biståndshandläggaren som subjekt. I linje med den tolkningen har jag valt att se makt som en "rationalitet som hänförs till de metoder med vilka den praktiseras" (Nilsson 2008, s.87). Makt som en strategisk position synliggörs vid myndighetsutövning, t.ex. när det gäller att motivera, ge bifall för eller avgränsa insatser.

Alvesson (2011) för ett resonemang kring makt tolkat ur Foucaults definition av makt som *disciplinär och normaliserande*. Alvesson beskriver den moderna makten som disciplinär. "Den skapar individen snarare än tvingar denna att göra på ett visst sätt. Makten är övertalande, ibland till och med hjälpsam - genom rådgivning, information och fastslagna standarder för vad som är rätt, rationellt, nödvändigt och naturligt formas subjektet. [...] Detta sker bland annat genom att ange standarder och normer för hur en individ bör vara." (ibid. s.101). Genom att se mitt material genom ett raster av makt på dessa sätt studerar jag en del av de strukturer och normer som råder i vård och omsorg i kommunal verksamhet. I uppdraget som biståndshandläggare inlemmas makten dels genom biståndshandläggarens strategiska position och dels som normaliserande och disciplinär. Biståndshandläggarens arbete styrs både av olika maktperspektiv och ett ansvar, att besluta om insatser och bedöma behov. Därmed har de också makten att tolka *hur* och i *vilken omfattning* den enskilde och dennes anhöriga ska ges tillgång till offentliga resurser genom kommunens insatser.

Järvinen (2002) menar att socialtjänstens handläggare är ”underlagda en organisationslogik” och kallar detta ”en logik som mera handlar om att klienten skall anpassas till systemet än att systemet ska anpassas till klienten”(ibid. s.76). Detta antyder handläggarens begränsade möjlighet att tillgodose behov utanför systemets normer. Med makt kan således också följa ett visst mått av *maktlöshet* för organisationens olika nivåer, förvisso på olika sätt, med olika uttrycksformer och med olika konsekvenser. Jag ser makt som ett fragmenterat fenomen. Makt som en position som varje nivå till viss del blir ägare av och fördelar vidare delar av, till nästa nivå som har att förhålla sig till det på olika sätt och som i sin tur även fördelar vidare.

Med makt följer för varje bärare också ett *moraliskt ansvar*. Socialt arbete omgärdas av ett antal etiska principer. En vaksam reflektion kring maktperspektiv blir viktig i socialt arbete just för att fördelningen av makten är asymmetrisk i mötet mellan hjälpbehövande och den som ”hjälper” (Akademikerförbundet 2015; IVO 2016; Socialstyrelsen 2002). För att som socialarbetare och biståndshandläggare kunna förhålla sig till dessa etiska principer krävs en medvetenhet om de moraliska aspekterna i ansvaret. I offentlig verksamhet legitimeras detta ansvar genom tillägandet av normer och vad som avses vara ”normalt”. Det vill säga oavsett den enskilde biståndshandläggarens *personliga* moraluppfattning kan ett beslut bli moraliskt försvarbart genom de normer och riktlinjer som ligger till grund för ett beslut om behov eller insats ska fattas (Hasenfeldt 2010). Biståndshandläggare kan tilldelas ansvar men *utan* makt att fullfölja ansvaret, som exempelvis att inte ges tillgång till insatser som tillgodoser de behov som identifieras hos en hjälpsökande. Ansvar utan resurser och makt att fullfölja ansvaret kan istället skapa *maktlöshet*. Maktperspektivet är beroende av både position och relation mellan parter, t.ex. mellan biståndshandläggare och hjälpsökande, och av hur kommunikationen mellan parterna fungerar eller hur parterna kan argumentera för sina olika ståndpunkter. Engelstad (2006) beskriver kommunikationen mellan biståndshandläggare och hjälpsökande: ”Aktörer försöker påverka andras

handlingar genom att hänvisa till deras normer eller genom att försöka få dem att ändra sina normer.”(ibid. s.27). Detta beskriver hur arbetet utövas genom normaliseringsprocesser i bemärkelsen att få de hjälpsökande och deras anhöriga att ta till sig rådande normer som det ”normala”.

Hasenfeldt (2010) som studerat människobehandlande organisationer, menar att människobehandlande arbete är ett moraliskt arbete. Motivationsarbete och informering om vilka normer som är gällande och hur människor förväntas leva sina liv är kärnan i hjälparbetet. Normerna påverkas av kontext och ekonomi. Både beroende på vilken kontext organisationen verkar i och vilka målgrupper som är mål för verksamheten, vilken grupp det omgivande samhället för närvarande finner mest prioriteringsvärd, samt i ekonomiskt mer gynnsamma tider tillämpas generösare tolkningar vid resursfördelning. Arbetet organiseras utifrån normer vars syfte är att upprätthålla samhällets moraliska värden som till viss del både produceras och reproduceras i ett dynamiskt samspel mellan organisationens praktik och dess medarbetare (Hasenfeldt 2000; Linde och Svensson 2013). Socialt arbete är baserat på moraliska värderingar och normer som varierar över tid, beroende av kontext och ett samhälles ekonomi.

Kompensatoriska strategier

Om biståndshandläggaren upplever maktlöshet genom att det ansvar som tilldelats inte går att lösa med fördelade resurser kan normkonflikter uppstå i uppdraget. För biståndshandläggaren kan konflikten stå mellan att följa de riktlinjer som ska tillämpas eller följa sina egna subjektiva normer om den hjälpsökandes situation och behov. Hur biståndshandläggaren hanterar dessa normkonflikter kan förstås genom ett antal strategier.

Hirschman (2006) har i sin klassiska teori om sorti, protest eller lojalitet redogjort för strategier om hur människor hanterar normkonflikter. Dessa strategier har vidareutvecklats av andra forskare. Exempelvis beskriver Astvik och Melin (2013) strategier som används av socialsekreterare. Jag applicerar dessa strategier på bi-

ståndshandläggare i vård och omsorg. Strategierna avser att beskriva handläggarens sätt att hantera och kompensera en obalans mellan arbetskrav och resurstillgång. Strategierna tematiseras enligt följande: 1) *kompensatoriska strategier*, som exempel nämns övertidsarbete, sjuknärvaro, avstå från kaffe- och lunchpauser och liknande för att hantera arbetsbelastningen. 2) *Sänkta kvalitetsanspråk i arbetet*, en strategi som skapar moraliska konflikter hos handläggarna genom att de t.ex. definierar istället för att identifiera behov. Samhällets kontra individens eget ansvar blir ett sätt att reducera belastningen för handläggarna och beskrivs som en kombination med distansering som delstrategi. Strategin stöds med en omsorgsideologi om individens eget ansvar. ”I kölvattnet av den moraliska stress som uppstår här beskriver flera av socialsekreterarna en process som kan förstås som en utveckling av mer defensiva strategier såsom rationalisering och idealisering” (ibid s.66). På så sätt legitimeras och höjs acceptansen för strategin och verkar ansvarsavlösande. 3) *Disengagemang*, uttrycks genom att inte engagera sig i arbetsgruppen eller nya kollegor och hålla sig till sitt eget arbete och inte ta aktiv del i diskussioner kring frågor om arbetet eller arbetsplatsen. 4) *Voice*, är en strategi som innebär att aktivt protestera, påtala brister eller behov i arbetet. 5) *Exit*, beskrivs som en sista utväg. Arbetstagaren väljer att helt enkelt avsluta sin tjänst, säga upp sig, och ser inga lösningar till förändringar eller påverkansmöjligheter på arbetsplatsen. Exit blir också ett sätt att skydda sin egen hälsa och sitt eget välbefinnande genom att lämna det som upplevs som omöjligt att hantera. I arbetsgrupper med hög personalomsättning blir exitstrategin ett problem då ny personal, ofta mer oerfaren, ska ersätta platsen. Genom att arbetstagaren tillämpar exit genererar det kompetensförlust på arbetsplatsen och ökad arbetsbelastning för övriga i arbetsgruppen. I Astvik och Melins (2013) studie framgick ett mönster av variationer över hur de olika strategierna användes vid olika faser och upplevelser av arbetssituationen.

Accounts: förevändningar och rättfärdiganden

För att fördjupa analysen av intervjumaterialet använder jag också ett raster av Scott och Lymans (1968) teoretiska begrepp, *accounts*.

Jag kommer att använda accounts som ett synonymt begrepp vid de olika berättelser som biståndshandläggarna använder vid förövändningar och rättfärdiganden. Biståndshandläggarnas olika strategier för att hantera och begripliggöra sin arbetsituation och sina uppdrag uttrycks på olika sätt. Ett sätt att tydliggöra och tolka ut-sagorna i intervjuerna är att analysera dem med hjälp av accounts. Vad är det biståndshandläggarna ger uttryck för? Scott och Lyman (1968) grupperar accounts i två olika begreppskategorier, *excuses* - förövändning och *justifications* - rättfärdiganden. Förövändningar används som förmildrande omständighet för att individen inte tar ansvar för handlingen. Rättfärdiganden används för att visst ta ansvar för handlingen men samtidigt ge en förklaring till omständigheter som gör att handlingen ändå var rätt utifrån en given situation. Rättfärdiganden är en vanlig strategi vid tolkning av lagstiftning, riktlinjer eller uppfattade normer (Astvik och Melin 2013). Rättfärdiganden kan delas upp i *neutraliserande tekniker*: 1) *förnekande av skada*, 2) *förnekande av offer*, 3) *fördömande av fördömare* och 4) *åberopande av lojaliteter*. Till dessa typifierar författarna ytterligare två typer av neutraliserande tekniker, *sorgliga berättelser* och *självförverkligande* (Scott och Lyman 1968, s.51).

Orbuch (1997) är en av de forskare som menar att accounts inte bara används för att individen vill skydda sitt eget anseende utan även för att 1) *ge individen en större känsla av kontroll och förståelse för sin omgivning*, 2) *tillåter individer att hantera känslomässigt laddade och stressande händelser*, 3) *ger i viss mån en känsla av avslut*, 4) *ger en ökad känsla av hopp och vilja inför framtiden* och 5) *skapar ordning i dagliga möten med andra*. Individen presenterar bilder av sig själv för att behålla status och självkänsla inför andra. På så sätt verkar accounts också till skydd för och hjälper individen att motivera sina beslut i etiskt besvärliga situationer. Accounts används av individer inom samtliga nivåer för att hantera, försvara och rättfärdiga olika handlingar i en mängd olika situationer. Exempelvis beskriver McGraw (1991) politikerns användning av accounts för att underbygga sina beslut och strategier, rättfärdiga obekväma beslut eller för att ge dessa ökad legitimitet. Accounts kan också fungera ansvarsavlösande genom att

användas till att förlägga ett ansvar högre upp (t.ex. på nationell politik) eller längre ner i organisationen (t.ex. på tjänstemän och utförande organisation). Accounts kan också användas som förhandlingsteknik för att motivera och användas i en produktiv och kreativ process med syfte att skapa konsensus (Firth 1993). Persson och Wästerfors (2009) beskriver accounts som ett sätt att begränsa valfrihet och frivillighet på ett särskilt boende. Där används accounts för att ge verksamheten och organiseringen av arbetet ett självklart företräde och därigenom begränsa de boendes val och frivillighet. Utgångspunkten är deltagande och frivillighet för de boende i vardagliga bestyr och i livet på boendet men om detta på något sätt går emot verksamhetens rutiner eller organiseringen av arbetet blir deltagandet och frivilligheten inte möjlig och omöjligheten rättfärdigas med perspektiv som arbetsmiljöfrågor, säkerhetsaspekter, bristande personalresurser osv. Författarna påpekar att vikten av att analysera personalens accounts är för att öppna upp för en diskussion om normer och beteende. Som analysverktyg ger accounts denna möjlighet, att fördjupa *vad* som sägs och tolka *varför*. På liknande sätt kommer jag att använda accounts i analysen av mitt intervjumaterial.

RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel problematiseras det empiriska materialet utifrån tre olika teman för att förstå och synliggöra strukturer och faktorer som påverkar biståndshandläggarnas förhållningssätt till anhörigas frivillighet, autonomi och personliga integritet. Dessa teman belyser förhållningssätt och rutiner kring både den hjälpsökande, organisationen och relationer till andra parter. De utvalda temana är följande: 1) Uppdrag och verksamhet, 2) Hemmet, 3) Frivillighet och Den enskildes ansvar. Varje tema har också ett antal underkategorier. Gränserna mellan de olika temana är flytande och de kan tyckas vävas in i varandra. Kapitlet avslutas med en fördjupning kring olika återkommande dilemman. I texten ägnas störst utrymme åt det första temat. Detta föll sig naturligt då biståndshandläggarna här beskriver sitt uppdrag och de rutiner de följer. De olika temana är utvalda dels för att det är de är områden som framträtt i analysen av intervjuerna och dels för att dessa områden starkt påverkar hur biståndshandläggarna förhåller sig till anhörigas möjlighet till frivillighet. Slutdiskussionen återfinns i det sista kapitlet under rubriken *Varför behöver anhöriga stöd?* I detta avsnitt binds helheten ihop och frågeställningarna besvaras.

UPPDRAG OCH VERKSAMHET

Detta tema fokuserar på biståndshandläggarnas uppdrag. Inom verksamheten finns regelverk och riktlinjer som är styrande för hur biståndshandläggarnas arbete ska utföras. I dessa förtydligas vilka insatser som ska erbjudas hjälpsökande och hur frekvent hjälpen ska ges. För att kunna klargöra biståndshandläggarnas möjligheter till att förhålla sig till anhörigas frivilliga åtagande, autonomi och personliga integritet behöver regelverk och riktlinjer undersökas och förtydligas. Ramverket av regler och riktlinjer kring bistånd till hjälpsökande påverkar biståndshandläggarnas möjligheter att förhålla sig till anhörigas behov. I detta tema beskrivs hur biståndsbedömningen görs i praktiken i vård och omsorg. I första avsnittet kommer olika faktorer som påverkar biståndshandläggarnas uppdrag, mandat och arbetsmetoder att exemplifieras, konkretiseras och problematiseras i relation till hur dessa faktorer kan påverka anhöriga. Flera av exemplen som lyfts i intervjuerna beskriver det som inte fungerar och när tolkningar av regelverk och riktlinjer riskerar att få oönskade konsekvenser. Exempelen åskådliggör de gränser som omgärdar verksamheten och ger en möjlighet att analysera kärnan.

Myndighetsutövningen och biståndshandläggarnas uppdrag och arbetsmetoder bygger på hur socialt arbete är organiserat i en kommunal regi. Regelverket tolkas till viss del olika beroende på vilken nivå eller profession och funktion som gör tolkningen. Tolkningarna görs från politikens beslut om formuleringar och vilka riktlinjer som ska gälla, genom chefernas organisering av

verksamheten, fram till biståndshandläggarnas uppdrag och till själva utförandet i t.ex. hemtjänsten (jfr Andersson 2007).

Elva biståndshandläggare har intervjuats i den här studien. Drygt hälften av dem har arbetat som biståndshandläggare i tio år eller mer och övriga har arbetat från ca ett och ett halvt år upp till sex år. Samtliga har utbildning inom socialt arbete. Biståndshandläggarnas uppdrag, upplevelser och förutsättningar för sitt arbete är viktiga faktorer för hur de förhåller sig till anhörigas frivillighet, autonomi och personliga integritet, när bistånd ska bedömas och insatser ges till en hjälpbehövande och där det finns anhöriga som påverkas av besluten.

Regler och riktlinjer

Utöver lagstiftningen består det regelverk som biståndsbedömningen grundas på bland annat av lokala riktlinjer. Dessa är kommunens tolkningar av socialtjänstlagens intentioner utifrån den kontext och organisering av verksamheter som finns i kommunen. Tillämpning av regelverk påverkas av normer både inom olika verksamheter och av rådande samhällsnormer samt tillgängliga resurser. I enlighet med socialtjänstlagens formulering ska den enskildes behov tillgodoses för att nå skälig levnadsnivå (Socialtjänstlag 2001:453). Linde och Svensson (2013) som forskat kring organiseringen i socialt arbete skriver att intentionen för biståndsbedömning inte bygger på likabehandling utan på lika i utfall. Det är resultatet av bedömningarnas utfall som ska generera skälig levnadsnivå. En strävan att genom riktlinjer uppnå likabehandling och att alla ska få lika, kan därmed leda till ojämnt utfall som inte når upp till skälig levnadsnivå för den hjälpsökande. För att uppnå ett *jämlikt* utfall kan det innebära olika åtgärder och insatser beroende på individ och behov, så att den enskilde därmed tillförsäkras skälig levnadsnivå. De lokala riktlinjer som tillämpas ska avse miniminivå (Lindelöf och Rönnbeck 2007).

Ett antal forskare har fördjupat sig kring biståndsbedömningen inom vård och omsorg (ex. Westlund och Clow 1996; Lindelöf och Rönnbeck 2007; Wolmesjö och Staaf red. 2014, m.fl.). Dessa pe-

kar på att en ofta återkommande problematik är likställighet kontra individuella behov. Det är en komplexitet som förstärks av krav på att biståndshandläggarna förväntas prioritera kostnads-effektivitet och hålla sig inom givna ekonomiska ramar.

Tillämpning

Äktenskapsbalken är en av de lagar som omtolkad till lokala normer används vid biståndshandläggning i vård och omsorg. I äktenskapsbalken (1987:230) beskrivs skyldigheter och rättigheter mellan parter inom ett äktenskap. I första kapitlet i lagen förtydligas att makarna ska visa varandra trohet och hänsyn. De ska gemensamt vårda hem och barn och i samråd verka för familjens bästa samt fördela utgifter och sysslor mellan sig. Trots att det inte finns något uttryckt omvårdnadsansvar eller att den ena parten ska överta den andra partens del av göromål i hemmet, finns studier som pekar på att äktenskapsbalken då och då använts som utgångspunkt till att avslå ansökningar (Socialstyrelsen 2003). Det gäller framför allt ansökningar om serviceinsatser då den hjälpsökande lever i ett äktenskap med någon i ett gemensamt hem. I den undersökta kommunen har nyligen en diskussion kring hur tillämpningen av äktenskapsbalken ska göras, förts med kommunens jurister. En biståndshandläggare sa:

Just det med service fick vi nyligen information om att vi hade tänkt fel innan. Vi har varit lite för hårda. När det spred sig så blev chefen lite så här: "Åh, det har vi sagt i alla år att det skulle vara så här. Och så säger juristerna någonting annat." Men jag tyckte det var lite skönt för jag har inte riktigt gillat den riktlinjen.

Flera av biståndshandläggarna refererar till äktenskapsbalken som en lag att ta i beaktande vid biståndsbedömning. Däremot är det ingen av dem som refererar till den hjälpsökandes inkomst som skäl för avslag. Men väl att biståndshandläggarna ibland "tipsar" om att insatser som städ kan bli mer ekonomiskt gynnsamt för den enskilde att anlita privat och använda RUT-avdrag (skatteverket.se). I andra studier (t.ex. Andersson 2007) beskrivs en ut-

veckling av att biståndsbedömning görs allt mer ur ett beaktat privatekonomiskt perspektiv. Dessutom att tillgång till anhörigas insatser kan anses tillgodose behovet och därför ligga till grund för avslag. I citatet nedan resonerar en biståndshandläggare om fördelningen i ett gemensamt hushåll.

Man kan inte säga att det är 100 % makans ansvar att ta hand om, utan att det är uppdelat. Alltså är man två i ett hushåll så har man ju inte 100 % ansvar för hela. Men man har ju ändå ansvar för sin del och det har man ju oavsett om man gör det eller inte. Beroende på vad man har för familjesyn.

Vikten av att insatser för hushållssysslor fördelas ”rätt” påtalas och uttrycks som en jämställdhetsfråga i citatet ovan när biståndshandläggaren använder begreppet ”familjesyn”. I citatet beskrivs ett jämställdhetsfostrande perspektiv där normen om jämställd fördelning av hushållssysslor i praktiken blir överordnat den aktuella familjens hela situation. Andra biståndshandläggare ger exempel på en mer pragmatisk hållning oavsett riktlinjer och ger bistånd på serviceinsatser t.ex. i fall där en anhörig gör betydande insatser för den hjälpbehövande eller där den anhöriges egen hälsa tenderar att vackla.

Det finns olika benämningar för den samling av insatser biståndshandläggare har att tillgå vid biståndsbedömningen. Ofta beskrivs det som en given insatskatalog som omfattar riktlinjer för hur och i vilken omfattning, de olika insatserna ska beviljas (Lindelöf och Rönnbeck 2007). I intervjuerna beskrivs upplevelser av ett behov av formella riktlinjer, med en tydlig viljeyttring från politiskt håll om var nivåer och hur tillämpning av olika insatser ska göras. Flera av biståndshandläggarna uttrycker det som en hjälp i arbetet och ett underlag som ger en bekräftelse på att de gör rätt. Det uttryckta behovet av en formell riktlinje förklaras främst som ett behov av bekräftelse på att biståndshandläggaren gör ”rätt”. Jag tolkar det som i första hand ett behov av att kompensera en osäkerhet gentemot organisationen och inte osäkerhet i bedömningen av den hjälpbehövandes behov. Den osäkerhet som infinner sig vid be-

dömningen av en hjälpbehövandes behov är ett verktyg i socialt arbete som praktik, och enligt Ponnert (2013), ett verktyg som socialarbetaren behöver för att reflektera och ge utrymme för eftertanke. Författaren skriver att allt för stor tilltro till riktlinjer och metoder kan leda till att osäkerheten övergår till att bli en ”bristande tilltro till den egna yrkeskompetensen” (ibid. s.48). Detta kan leda till att biståndshandläggaren ger bistånd utifrån standardiserade lösningar. Med risk att den individuella behovsbedömningen av en hjälpsökandes situation och behov ur ett helhetsperspektiv kan utebli. En biståndshandläggare förklarar behovet av riktlinjer:

Vi i [område] hade en insatskatalog, som man kallade det för. Men den har ju inte blivit uppdaterad och nu har vi ett nytt system och det har varit tveksambheter, gäller den fortfarande eller inte? Men så länge jag inte hör något annat så har vi gått rätt så mycket på den. Men jag tycker inte det ska vara beroende på var i [staden] man bor heller så därför så tycker jag att det är välbehövligt med den här [nya riktlinjen].

Vid insamlingen av det empiriska materialet pågår ett arbete centralt i kommunen med att ta fram nya riktlinjer för kommunens biståndshandläggning inom vård och omsorg. En biståndshandläggare resonerar om de risker och fördelar som den nya riktlinjens standardiserade lösningar kan innebära. En allt för detaljerad riktlinje kan uppfattas ”åh, här är sanningen om den här insatsen. Det är det här som gäller och inget annat.” Riktlinjen kan då användas som ett stöd för handläggarna och liknas vid de insatser som regleras genom LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387). En del av biståndshandläggarna uppfattar att det finns en tydlighet i LSS med vad en insats ska omfatta. Komplexiteten av biståndshandläggningens perspektiv beskrivs av en biståndshandläggare som: ”skäligt kontra detta, kontra anhöriga, kontra budget kontra... det är hela tiden en megaprocess med hänsynstagande till olika saker”. Samtidigt förtydligar samma biståndshandläggare socialtjänstlagens intentioner och beskriver vikten av dess

öppenhet och möjlighet att skräddarsy insatser utifrån den enskildes behov.

Likställighet eller rättvis fördelning

I flera av intervjuerna med biståndshandläggare lyfts en komplexitet avseende begreppet likställighet. Flera av biståndshandläggarnas tillämpade tolkning av likställighet visar ansatser till en betoning på rättvis resursfördelning mer än den hjälpsökandes faktiska behov, som därmed inte problematiseras i samma utsträckning. Ett upplevt kommunalt perspektiv på en rättvis resursfördelning och vad kommunen anser skäligt, berörs återkommande i intervjuerna och mer sällan vikten av utfallet för den hjälpbehövande. I de nya riktlinjerna för biståndshandläggningen utgår flera av insatserna från ett ”normalfall”. Normalfallet är inte ett medelvärde (som begreppet antyder) på de faktiska behov som majoriteten av de hjälpsökande har, utan ett antagande om vad som ska ses som normalt. Detta antagande har jämförts med andra kommuners riktlinjer och är vad kommunen finner rimligt att tillämpa som norm. I texten till riktlinjerna förklaras att syftet med att använda begreppet normalfall är ”[...]att betona att det ska göras en individuell bedömning” och påtalar att individens omständigheter och livssituation är avgörande vid bedömningen (Malmö stad 2016a, s.3). IVO (2016) menar att i praktiken kan lokala riktlinjer leda till att de biståndshandläggare som följer riktlinjerna riskerar att bevilja under en hjälpsökandes faktiska behov. Den norm som riktlinjen förespråkar, kan uppfattas som gällande regler för de insatser som riktlinjen specificerar och som anger omfattning och frekvens av olika insatser. Biståndshandläggare som beviljar över normalfallet kan komma att ge bifall som avviker från den antagna normen och bli för generösa.

Det är otydligt hur de intervjuade biståndshandläggarna faktiskt förhåller sig till de riktlinjer som anger normalfall. Å ena sidan är det den som ska vara gällande norm och å andra sidan ska det göras en individuell bedömning utifrån individens behov. Utifrån nedanstående citat anges normen som det som väger tyngre än den enskildes behov.

Jag gillar faktiskt lite tydlighet så att man har nåt att utgå ifrån för annars kan man vara helt fel ute, tänker jag. [...] Man har någonting att utgå ifrån kanske lite mer eller lite mindre, men ändå på ett ungefär. Jag tänker med ledsagartimmar, det är en sån sak som verkligen är jättesvår. Och vissa vill ju ha hur många som helst. Nu blev det 16 timmar i den här vägledningen, men där vi innan har sagt 20 timmar. Så det har jag alltid utgått ifrån. Men sen har de väl fått höra att [kommunen] ligger väldigt generöst i just ledsagartimmar så då, jaha det hade jag ingen aning om. Jag har tänkt att det var en sån grej som var lite generöst.

Citatet ger exempel på att den hjälpsökandes behov bestäms utifrån var den nya riktlinjen säger att behovet ska ligga. Ett normalfall som tidigare låg på 20 timmar per månad, har med nya riktlinjer blivit 16 timmar per månad. (Vid beslut i kommunfullmäktige "Riktlinjer för biståndsbedömning i ordinärt boende och särskilt boende enligt Socialtjänstlagen" 2016-06-22, antogs att 12 timmar per månad avses som normalfall vid bedömning av insats *ledsagning*.) Det faktiska behovet för den hjälpsökande verkar inte vara grund för det bedömda antalet timmar, vilket i praktiken kan bli både till för stor generositet och för snäv begränsning för den hjälpbehövande. I den undersökta kommunen har en insats kallad "social dagverksamhet" tagits bort. Som en konsekvens av detta ersatte flera biståndshandläggare med insatser som t.ex. "ledsagare" och "kontaktperson" för att täcka det behov av sociala aktiviteter som identifierades. Flera av biståndshandläggarna beskriver *normalfall* vara den norm som anger *skälig levnadsnivå*.

En biståndshandläggare beskriver sin frustration över utbildningsinsatser för biståndshandläggare om t.ex. salutogent och rehabiliterande förhållningssätt och att dessa inte går att genomföra i praktiken då insatser som tillgodoser "livskvalitet" och "sjäslig hälsa" inte finns att tillgå. I nedanstående citat beskriver en handläggare delar av problematiken att identifiera behov i relation till skälig levnadsnivå och ett rådande prioriteringsfokus bland insatser.

Det är ju inte så att insatserna har ändrats på nåt sätt överhuvudtaget. Så vi känner ju en frustration över att jättehårt, vi vill jobba så. Och så frågar man om det på ett hembesök och man kan fortfarande höra inom citationstecken ”Ja, tillgodose kanske det sociala behovet. Ja, dagverksamhet. Nej, nu har vi inte det längre heller. Ok.” Det var någon gång vi tyckte det var lite skrattretande för vi sa: Men om man väljer att ta bort dagverksamheten då vi måste ju tillgodose behovet på nåt sätt och då kommer ju ledsagartimmarna att öka. Ja, det var man ju medveten om, från chefshåll och sen gjorde det ju det. Det blev att personen måste ju komma hemifrån och gynna livskvaliten som det står. Nää, då fick vi tillbaka att nu beviljades det för mycket ledsagning. Då var vi tvungna och dra de ärendena i grupp och med chefen innan vi skulle ta beslut om det. Så det är så bra tänkt, men sen? Vi ställer frågorna och vill lyfta fram behovet. Och sen får vi uppifrån att ”nej, nej, nu har ni gått helt över styr med det här.” Ledsagning då till exempel. ”Nä, nu har ni gått över skälig levnadsnivå.” Jag kan inte prata med en person om: ”vad är livskvalitet för dig? Vad känner du skulle gynna din hälsa?” Både generellt, fysiskt och själsligt. Jag kan inte, det känns så hemskt. Jag förstår ju, jag vill ju fråga det här. Vi har inte nåt att sätta in som då ska täcka det behovet tillräckligt.

I likhet med intervjupersonerna i Elmersjös avhandling (2014) betonas biståndshandläggarna i denna studie ett behov av sociala insatser. Flera av dem nämner en ”ensamhetsproblematik” hos hjälpsökande och som citatet ovan beskriver är det en mer instrumentell omsorg som primärt avser att tillgodose behoven med ett fokus på materiella insatser i bemärkelsen att få fysiska behov så som mat, mediciner och hygien tillgodosedda. Därefter följer insatser som städ, tvätt och andra praktiska göromål. Detta instrumentella fokus skapar målkonflikter i uppdraget för biståndshandläggarna. I biståndshandläggarnas uppdrag beskrivs ett av målen vara att tillgodose identifierade behov men som i praktiken blir att definiera vilka behov som kan tillgodoses med befintliga insatser.

För att gå utanför de rådande riktlinjerna beskrivs av en biståndshandläggare att det ska finnas speciella skäl eller "läkarintyg" för att motivera behovet. Det kan uppfattas som att behov som går utöver riktlinjerna går utöver skäligt och ska styrkas för att få bifall. En biståndshandläggare reflekterar:

[Riktlinjen] beskriver väl vad man anser är skälig levnadsnivå i normalfallet. Och vissa av de här sakerna som står i de här riktlinjerna, tänker jag, är det vi ska rätta oss efter om det inte är något speciellt som t.ex. att vi har städ var 14:e dag. Men man kan få det oftare om det är något speciellt man kanske är allergisk mot damm eller har läkarintyg för det.

Normalfallet som beskrivs i citatet med den nya riktlinjen framstår som ett tak, en maximinivå som ska tillämpas om det inte föreligger särskilda skäl som kan styrkas. Även om biståndshandläggarna har en medvetenhet om den individuella prövningen som anges i socialtjänstlagen, hänvisas till vilka normer som ska gälla och vilka tolkningar av dessa som ska göras. Genom kommunens praktiserade "normalfall" blir tillämpningen av dessa en implementering av en normalisering, som anger en omsorg där frekvens och tillämpning av insatser är detaljstyrda.

Silfverberg (1996) som forskat om etik i vård och omsorg ger exempel på hur normalisering av detta slag kan underminera skälig levnadsnivå för den hjälpsökande. Författaren använder som exempel frågan om hemtjänsten ska rasta hjälpbehövandes hundar. Frågan är om det är det som hemtjänsten egentligen gör när de går ut med en hund i 10 min. I texten refereras till en dom från regeringsrätten med formuleringen "hållande av husdjur" (Silfverberg 1996, s.116). Det framgår inte vilket värde hunden har för den hjälpbehövande och om denna hund är det som gör att livskvaliteten för den hjälpbehövande upprätthålls och därmed ger skälig levnadsnivå. Silfverberg diskuterar kring hemtjänstens arbete med att försöka få "känslomässiga valörer" att ingå i de vardagliga sysslorna. Detta görs genom att kombinera den hjälpbehövandes eget val av hur hemmet som symbolisk plats skapar livskvalitet och

vad som ska ingå i det utrymme som krävs för att uppnå skälig levnadsnivå (ibid. s.115). Ett exempel på detta kan vara att städning i sig kanske inte fyller den hjälpsökandes faktiska behov utan snarare att mötet och pratstunden med hemtjänsten är det som till största del tillgodoser behovet.

Flera av biståndshandläggarna i den undersökta kommunen tycker att den nya riktlinjen ska bli en tillgång och att den avlastar dem i ansvar och hjälper till att tydliggöra om man ”går utöver eller ligger i underkant” i sina bedömningar.

Prioritetsordning och omsorgsrationalitet

I intervjuerna framkommer en prioritetsordning mellan olika insatser som fastställts i organisationen med stöd av bland annat domar som används prejudicerande, vilka anger vad som anses skäligt i olika ärenden. Prioritetsordningen avser dels när olika insatser får beviljas och dels hur frekvent. Socialtjänstlagens formulering om möjlighet till att leva och bo självständigt uppfattas av biståndshandläggarna mer som en skyldighet, att den hjälpsökande i möjligaste mån ska bo kvar i ordinärt boende. Möjligheten till kvarboende används inte i bemärkelsen valbart för den enskilde att flytta till en särskild boendeform vid önskan om detta eller vid upplevt behov från den enskilde. Annan boendeform tillämpas utifrån ett strikt behovsprövat förfaringssätt på samma sätt som också kännetecknar övriga behovsprövade bistånd i socialtjänsten. En biståndshandläggare berättar:

Vi ska pröva allting först hemma innan vi beviljar vårdboende.

Vi ska pröva alla de insatser som vi har att erbjuda. Förutom då när det är personer som är risk för sig själva, då att de går ut.

Flera av biståndshandläggarna återkommer till att det är när den enskilde ”går ut” och blir en fara för sig själv, kanske inte hittar hem, eller blir ett socialt problem för grannar som det ger en prioritering för vissa insatser. Vidare beskriver biståndshandläggarna att mellan 65-80 % av de som beviljas särskild boendeform lever i

ensamhushåll. Detta pekar på att sammanboende med någon på ett eller annat sätt är en bidragande faktor för kvarboende i hemmet.

I studier från andra kommuner beskrivs liknande prioritetsordningar (Esbjörnsson, Larsson, Wolmesjö, Nyman 2014). Flera av biståndshandläggarna anger att upp till ca 120 timmar per månad med hemtjänst beräknas varfra en ekonomiskt berättigad gräns för kvarboende i hemmet, i jämförelse med kostnader för en särskild boendeplats. Även mellan insatser i hemmet görs prioriteringar utifrån organisatoriska förutsättningar och de olika verksamheternas resurser och tillgång på personal. Dessa prioriteringar kan också beskrivas som en *omsorgsrationalitet* (jfr Eliasson 1992). Med omsorgsrationalitet avser jag här ett förhållningssätt där en praktisk handlingsförmåga tillämpas vid begränsade förutsättningar vid utförandet av insatser. Exempelvis som används av hemtjänstens personal för att tillgodose så mycket som möjligt av de omsorgsbehov som ska tillgodoses även vid resursbegränsning. En biståndshandläggare beskriver:

Det var ju inte officiellt men det som rök först det var ju det som var minst viktigt eller ansågs vara minst viktigt. Mat går ju före promenader, dusch går före promenader. Det finns en prioriteringsordning.

Den beskrivna prioritetsordningen kan alltså vara ett uttryck för en omsorgsrationalitet som tillämpas i olika verksamheter. Den hjälpbehövandes behov värderas dels inbördes och även i jämförelse med andra hjälpbehövandes behov, vid personal- eller resursbegränsning och då insatser ska verkställas i de utförande verksamheterna. Insatser såsom t.ex. mat, medicin och intymhygien utförs i första hand. I verksamheter med mindre marginaler blir inverkan mer permanent och är då snarare en fråga om prioritetsordning än omsorgsrationalitet vid tillfällig resursbrist. Detta kan ge konsekvenser för anhöriga, både för de som lever i ett gemensamt hushåll och för de anhöriga som bor i närheten av den hjälpbehövande, då anhöriga går in och kompenserar för uppkomna resursbrister.

Schablontid

En av de ändringar som nyligen gjorts i den undersökta kommunen är förändrade schablontider för en del insatser. Det vill säga att den tid under vilken en insats ska utföras är förutbestämd och inprogrammerad från en kommungemensam nivå i dokumentationssystemet. Biståndshandläggarnas beslut om bedömda behov omfattar inte att kunna besluta om den tid som insatserna beräknas kräva individuellt för den hjälpsökande. Biståndshandläggaren kan i sin bedömning beskriva en insats som *kompenserande* eller *stöd-jande*. Om en insats ska utföras kompenserande innebär det att personal från t.ex. hemtjänst utför insatsen utan den hjälpbehövandes deltagande. Den hjälpbehövande hjälper då inte själv till vid utförandet av t.ex. städning. Om insatsen beskrivs som stöd-jande utförs insatsen tillsammans med den hjälpbehövande, t.ex. att personalen hjälper den hjälpbehövande att själv utföra sysslan eller aktiviteten och stödjer upp vid behov. Schablontiderna avser de insatser som utförs kompenserande. Flera av biståndshandläggarna försvarar ändringarna av schablontider samtidigt som de ser konsekvenser som t.ex. ökad stress hos hemtjänstpersonalen. En biståndshandläggare uttrycker:

Jag har upplevt att tiden, den nya schablontiden, har ändrats. Om vi till exempel tar insatsen dusch. Enligt det gamla så hade man en timme men nu har man en halvtimme. Och man har hört dels från den enskilde, de anhöriga och från hemtjänsten, att hemtjänsten i vissa moment upplevs av den enskilde som mer stressade. Att de inte har tid. [...] Hemtjänsten skriker efter mer tid, helt enkelt. Det har blivit lite mindre tid. Enligt informationen som vi har fått, får vi inte ändra tiden. Vill de ha mer tid så får det gå från chef till chef, helt enkelt. [...] Vi brukar säga att det tar lite mer tid hos en men hos en annan tar det kanske lite mindre tid, så det jämnar ut sig.

Motiveringen att ”det jämnar ut sig” för att någon behöver mindre tid och någon annan lite mer, ger ett exempel på det som Scott och Lyman (1968) beskriver som rättfärdigande. Biståndshandläggaren har ansvar att identifiera, bedöma och tillgodose den hjälpbehö-

vandes behov. Genom förändringen, som exemplet med tidsåtgången för insatser, och att eventuella tidsförändringar ska ”gå från chef till chef” kvarstår biståndshandläggarens ansvar men utan makt att tillgodose de individuellt identifierade behoven där tidsaspekten är en faktor. Biståndshandläggarens uppdrag blir att definiera vilken insats som ska ges. De tappar kontroll över helheten och om de identifierade behoven blir tillgodosedda. En biståndshandläggare förklarar:

Man har tänkt igenom, ja, man har gått igenom alla livsområden och försökt hitta insatser. Man har ju betydligt fler insatser nu än vad vi hade innan. Nu har vi nån insats som att bara rensa kylskåpet och gå igenom alla bäst-före-datum och sånt. Och det är ju bra för det finns ju de som har svårt att bedöma när man ska kasta mjölken som har surnat eller nåt sånt. Man har nog tänkt till, vet inte hur långt, men det finns. Det är via stadshuset vi har fått ut nya schabloner. Så tider för allt som finns, är inmatat och det ska vi inte ändra på. Nej.

Jag uppfattar en motsägelse i att den individuella behovsbedömningen ska ske utifrån fastställda insatser och med fastlagda tidsramar. Det ger en omsorg som verkar grundad i en rationaliseringsprincip som riskerar att bli skild åt från den hjälpsökandes faktiska behov och förutsättningar. Den rationaliseringsprincip som tillämpas riskerar att bli överordnad etiska aspekter, som biståndshandläggarens profession primärt ska utgå från. En av de erfarna biståndshandläggarna reagerar i citatet nedan på några av de nya schablontiderna:

Personlig hygien det ska gå på 5 minuter. Och duschen ska vara på 30 minuter. Ja, alltså... (skakar på huvudet) Framför allt detta fem minuter. En som behöver hjälp med övre och nedre, det ska gå på fem minuter. Jag har ifrågasatt det många gånger. I den här morgontoaletten där har vi ju med tandhygien och vården av det också. Ska man hinna med allt detta på fem minuter?

Alla intervjuade biståndshandläggare framhåller *behovet*. Vikten av att den enskildes behov ska identifieras och tillgodoses. Varje ärende beskrivs som unikt och behoven som individuella. Detta samtidigt som en begränsad variation av insatser ska tillgodose behoven på ett förbestämt tidsutrymme, av personal som har avgränsade uppdrag för vad som får ingå i deras respektive arbetsuppgifter. Det framträder en bild av en omsorg med begränsad flexibilitet. I följande längre citat har jag låtit en biståndshandläggarens resonemang förtydliga.

Jag måste ju hitta en insats som jag tycker matchar behovet så mycket som möjligt. Men socialtjänstlagen har inga som helst pekpinnar på att det ska vara så eller så i insatser, ingenting. Insatskatalogen finns ju och måste finnas för vi måste ju kunna lägga in någonting.[...] Vi handläggare har ett jättestort ansvar att faktiskt beskriva vad vi menar med en insats, jag tänker att man ska kunna ta en liten snutt av en insats där och en liten snutt av en insats där och baka ihop det till någonting som passar till något ännu bättre. Vi får väldigt mycket till oss, från verksamheten att "nej, det ingår inte i den insatsen." Så tänker vi "joo, det gör det därför att jag har bedömt att behovet finns". Det finns ingenting som heter att här ingår det här och inte det här. Utan utifrån min bedömning, jag har bedömt att personen har behov av hjälp och jag har bedömt att det är skäligt och att det behövs för att personen ska uppnå skälig levnadsnivå. Om den får just den här och den här hjälpen. Och att sen insatsen heter nåt speciellt eller man har valt att ha en förklaring till vad den kan innehålla, därmed inte sagt att det ska vara precis så eller att den inte kan innehålla nåt annat.[...] Det är egentligen bara, det här med skäligt och för den egna fantasin att kunna uttrycka och hitta lite flexibla lösningar, bara det som sätter gränserna.

Hos biståndshandläggarna finns en ambition att kunna identifiera och bedöma behov och tillgodose dessa med flexibla lösningar. Biståndshandläggarnas beslut tolkas och kan förändras när utförande verksamheter ska genomföra de olika insatserna och biståndshand-

läggarens önskan om flexibilitet i utförandet ligger i praktiken utanför handläggarnas mandat och påverkan.

Social tid

Insatser som avser att vara socialt stödjande eller insatser för att leva i ”meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” eller ”delta i samhällets gemenskap och att leva som andra” (SoL 5 kap.), upplevs av handläggarna bli allt svårare att tillgodose. Möjligheten att tillgodose sociala behov begränsas i samband med materiella insatser. Den förväntade tidsåtgången för insatser avgränsar möjligheten till att så kallad social tid kombineras i samband med andra insatser. Flera av biståndshandläggarna beskriver att ”social tid finns inte som insats”. Att något inte finns som insats innebär att det inte finns med som valbart alternativ i dokumentationssystemet där biståndshandläggaren ska ange vilka insatser som förväntas tillgodose behoven hos den hjälpsökande. Detta är ett synsätt som bekräftas i en rapport från IVO (2016) som menar att synsättet legitimerar för kommunerna att inte bevilja stöd som motsvarar behovet.

Flera av biståndshandläggarna nämner en ensamhetsproblematik och en av dem beskriver det som ”det här landets folksjukdom”. Tidigare studier pekar på att de sociala behoven bedöms som sekundärt viktiga medan de fysiska eller materiella behoven bedöms som primärt överordnade (Wolmesjö och Staaf red., 2014). Strang (2014) är en av dem som forskar kring bland annat existentiella frågor och ensamhet. Han beskriver att människan som social varselse riskerar att motverkas av utvecklingens minimerande av social interaktion med andra genom en instrumentell omsorg, vars primära fokus avser fysiska och materiella aspekter. Flera av biståndshandläggarna uttrycker svårigheter att tillgodose de sociala behoven hos hjälpsökande. Biståndshandläggarna använder exempelvis insatser som promenader, ledsagning och kontaktperson för att tillgodose de sociala behov som identifieras hos hjälpsökande. Insatserna kräver att den hjälpsökande är förhållandevis rörlig och kan ta sig till mötesplatser eller andra aktiviteter. För de personer som inte är rörliga eller som av andra skäl inte kan tillgodogöra sig

den öppna service som erbjuds för att tillgodose behov av socialt umgänge, finns det inga tydliga alternativa sociala insatser. En av biståndshandläggarna beskriver:

Oftast så vill man kanske inte gå ut om man är dålig, det är ju inte så vanligt. Man orkar inte, alltså man orkar ju inte gå ut om man är sängliggande. [...] För är det så att man är sängliggande och är svårt sjuk så är man kanske bara är uppe några timmar om dagen och då är det svårt. Alltså vi har ju insatser men det innebär ju ändå att den enskilde måste flytta på sig. Det orkar man ju inte. Om man tänker tvärtom kan man göra något i hemmet för dem, någon insats för att kunna erbjuda gemenskap med andra, det har vi inte. Om den andre personen behöver gå ut då kan man ju få avlösning och då kan man ju hitta på nåt roligt tillsammans under den tiden.

Biståndshandläggarna ger exempel på att insatser kan vara osmidiga på grund av konsekvenser, som har med organisationstekniska orsaker att göra. Varje beslut om insats har i utförandedet en egen rutin och beskrivning. Har man beviljats "ledsagning" så innebär det att personal följer med den hjälpbehövande för deltagande i aktiviteter, men ledsagning innebär inte att personal följer med på t.ex. läkarbesök, då är insatsen "medföljande". Det diskuteras i en del verksamheter vad insatsen ledsagning de facto ska innebära. Att stanna hemma eller bevilja insatsen till någon som är sängliggande uppfattas inte alltid som möjligt. I sådana fall ska den "bytas ut" till annan insats. I citatet ovan anas en verklighet där anhörigas möjlighet till socialt umgänge eller delaktighet i samhällslivet inte ingår i biståndshandläggarnas perspektiv. Ett systemiskt perspektiv på familjen och vilka behov som kan behöva tillgodoses för en välfungerande och kvalitativ omsorg, inryms inte i organisationens praxis. I flera av biståndshandläggarnas beskrivningar framgår att stöd och insatser till anhöriga ändå ges, t.ex. städ och tvätt, men att regelverk och dokumentationssystemets upplägg inte ger utrymme för att göra en helhetsbedömning där de olika parternas behov framgår. Flexibiliteten i insatserna påverkas lite olika beroende på vem som utför insatsen.

En biståndshandläggare uttrycker en brist på sociala insatser.

Alltså jag vill ju ha den här insatsen eller som finns på andra ställen, det här med social tid. Alltså bara det, inte tillsyn eller att man går och kollar hur de har det. Utan att man faktiskt har tid som man ska spendera där. Kontaktmannen blir det väl då, ska spendera tid tillsammans med den äldre, alltså prata. Bara vara social och prata. Vi har inte det som insats.

I och med biståndshandläggarnas upplevda avsaknad av sociala insatser har som tidigare beskrivits andra tillgängliga insatser använts med syfte att ge social stimulans och umgänge. Ledsagning är en av de insatser som används även som en avlastande insats till gagn för anhörigas situation i hemmet. I jämförelsen med andra områden som t.ex. LSS-insatser där ledsagning också ges, har det gjorts en jämförelse mellan dessa avgränsade insatser. Hur kompletterande insatser eller social kontext i övrigt ser ut uppfattar en biståndshandläggare inte ha beaktats, och utifrån den ökande frekvensen har det dragits en slutsats att biståndshandläggarna varit för ”generösa” med insatsen.

När det började med budgeten, då kunde de [cheferna] ju se det att vi hade lika många timmar om inte fler, i ledsagarservice, än vad man hade på LSS och då drog man ju slutsatsen att vi var för generösa med våra timmar här.

En av biståndshandläggarna beskriver som exempel ett ärende med en äldre kvinna som återkommande tog kontakt med handläggaren. Kvinnan hade flertalet punktinsatser från hemtjänsten varje dag men först när biståndshandläggaren prövade med insatsen ledsagning för att kvinnan skulle få möjlighet till sociala kontakter, blev kvinnans behov tillgodosett. De återkommande telefonsamtalen från kvinnan upphörde. Vid biståndshandläggarens utvärdering av insatsen framkom tydligt att det faktiska behovet främst rörde socialt umgänge vilket blev tillgodosett med ledsagaren. Kvinnans välmående hade ökat och hon var tillfreds. Exemplet visar vikten av social gemenskap som en väsentlig del av den enskildes upple-

velse av välmående. Biståndshandläggarna beskriver att det är ensamhet och behov av social gemenskap som många hjälpsökande saknar. Som alternativ till sociala insatser hänvisas de hjälpsökande till de öppna servicealternativ som finns i kommunen eller i föreningslivet. Detta förutsätter att den hjälpsökande är rörlig eller kan förflytta sig med hjälp.

Strang (2014) har även forskat kring samband mellan hälsa, social tillhörighet och gemenskap. Han beskriver historiskt hur social isolering har tillämpats som straff sedan människor började leva i samhällen och än i dag är samhällets strängaste straff isoleringsceller i kriminalvården. Detta antyder människans behov av social gemenskap. Den ensamhet och sociala isolering som biståndshandläggarna beskriver, omfattar inte enbart ensamboende individer utan även att leva i en asymmetrisk relation där rollerna förändras t.ex. då ena parten får omfattande behov eller kognitiv nedsättning med minnesproblematik eller liknande. Erlingsson m fl. (2010) poängterar att omfattande omsorgsansvar för någon annan i hushållet kan ge konsekvenser av social isolering och upplevelser av att leva utan social gemenskap eller valmöjlighet i sin situation. Detta även om kommunala punktinsatser från hemtjänst ges till den hjälpbehövande. Den anhöriges rädsla över vad som kan hända om denne lämnar hemmet kan förstärka den anhöriges känslor av ensamhet och isolering. Anhörigas upplevelser av en ohållbar situation genererar en negativ känslospiral med alienering från den hjälpbehövande. En känsla som förstärks av anhörigas oro, sömnbrist och en upplevelse av att ingen förstår situationen. Risker för övergrepp och försummelse ökar i asymmetriska relationer, där den hjälpsökande och den anhörige lever i en känslomässigt ansträngd situation och där upplevelsen är att omsorgen sker i isolering och utan social gemenskap. Strang (2014) uttrycker det på följande sätt: ”Människan är en odelbar varelse med fyra dimensioner som påverkar varandra: den fysiska, psykiska, sociala respektive existentiella dimensionen. Om någon av dessa dimensioner skadas påverkas helheten.” (ibid. s.37). Det vill säga kropp och själ behöver förenas för att uppnå skälig levnadsnivå vilket exemplet ovan från intervjun med biståndshandläggaren väl beskriver. Upplevel-

sen av välbefinnande är inte nödvändigtvis knutet till hälsa i bemärkelsen att vara frisk, utan är ofta förknippat med social gemenskap och tillhörighet även om individen lider av diagnostiserad sjukdom (Brülde och Tengland 2003; Erlingsson m fl. 2010).

Specialisering av biståndshandläggarnas uppdrag

Ett sätt att försöka effektivisera biståndshandläggarnas arbete är att specialisera arbetsuppgifter och uppdrag. I organisationsteorier om hur moderna organisationer fungerar beskrivs specialisering som ett verktyg för att effektivisera. Exempel ges i organisations-teoretiska texter från fabriker som effektiviserats av att arbetstagar-en kan fokusera på ett snävare område. Arbetstagar-en behöver inte byta maskin, och är expert på sitt område. Kritiken till den-samma har varit monotona arbetsuppgifter, lägre motivationsgrad och alienation (Jacobsen och Thorsvik 2013). Ger det motsvarande effektivitet i människobehandlande arbete?

Effektivitet genom specialisering i vård och omsorg kan innebära att den enskilde träffar ett antal olika specialister för att få sina behov tillgodosedda. Eliasson-Lappalainen har forskat kring hem-tjänstens specialisering och skriver om hur vårdbiträdens uppdrag förändrats över tid. Olika delar av uppdraget har fördelats på olika personer att utföra, vilket lett till att det enskilda vårdbiträdet förlorat överblicken över helheten som i sin tur lett till ett krympt handlingsutrymme i det egna arbetet (Eliasson 1992). Linde och Svensson (2013) beskriver ett trilemma. Ett begrepp vilket förfat-tarna förklarar som avvägningen mellan individ- och situationsan-passning, kostnadseffektivitet och rättssäkerhet. Ett trilemma i spe-cialiseringen av biståndshandläggningen med lokala politiska be-slut som avgörande för hur de olika avvägningarna ska balanseras (ibid. s.174).

En av verkningarna med specialisering inom biståndshandläggning innebär ett tröskelliknande system för den hjälpsökande och gör att möjligheten för den enskilde biståndshandläggaren att göra en individ och situationsanpassad behovsbedömning försvåras. Flexi-biliteten i individuella behovslösningar står på så sätt tillbaka för

behovet av en effektivisering för ökad kostnadskontroll i verksamheten. Däremot förtydligas rättssäkerheten i själva biståndsprocessen genom en striktare myndighetsutövning (Westlund och Clow 1996). Riktlinjernas moraliska normgivning påverkar hur behoven bedöms i biståndshandläggningen. Samtidigt får flera olika parter i behovsbedömningen reglerande grindvaktsfunktioner i olika steg, vilket tidigare ofta varit den utredande biståndshandläggarens helhetsansvar. Linde och Svensson (2013) för ett resonemang kring specialiseringen ur ett maktperspektiv och beskriver en självreglerande makt i t.ex. vård och omsorg. En disciplinär makt som verkar bland annat genom det rationalitetsperspektiv som inryms i lokala riktlinjer som t.ex. genom fastställande av vad som avses vara det normala fallets behov av insatser och frekvens av dessa. Genom ett socialt tryck i organisationen skapas en gemensam sammanhållning och en vilja hos aktörerna i organisationen att vilja göra "rätt". På så sätt blir exempelvis biståndshandläggare delaktiga i att reproducera och upprätthålla normer och styra den hjälpsökandes beteende och behovsdefinition. (jfr Linde och Svensson 2013; Nilsson 2008).

Trösklar eller effektivitet

I detta avsnitt beskrivs exempel på kommunal organisering av biståndsbedömningen. Exempelen pekar på en effektivitetssträvan. En strävan som i praktiken kan ge tröskeleffekter för den enskilde och dennes anhöriga. Kommunerna är enligt socialtjänstlagen skyldiga att bland annat erbjuda stöd, hjälp, omsorg och vid särskilda behov även särskilda boendeformer för personer med hjälpbehov. Biståndshandläggningen i den undersökta kommunens vård- och omsorgsverksamheter delas upp i specialiserade delar. Exempelvis samordnad vårdplanering (SVPL) som görs på sjukhus av särskilda SVPL-team. Dessa vårdplaneringar görs genom att specialistfunktioner kallas samman på sjukhuset tillsammans med den hjälpbehövande och eventuellt anhöriga, för att samla information kring den hjälpbehövandes situation och behov.

Vårdplanering i hemmet, görs för de hjälpsökande som inte bedömts att ha behov av en vårdplanering på sjukhus eller där kom-

munen inte alls tillämpar vårdplanering på sjukhus som metod. Biståndshandläggare gör då en bedömning av den enskildes behov i hemmet som ska tillgodoseas med hemtjänstinsatser. Med på mötet är ofta en samordnare från hemtjänsten eller liknande funktion. Vid behov kallas därefter andra specialister, som t.ex. fysioterapeuter eller arbetsterapeuter, om det finns behov av hjälpmedel eller rehabiliterande insatser. De kommer hem till den enskilde vid ett senare möte och gör sina bedömningar och installerar hjälpmedel och liknande.

Vård och omsorg i kommunal regi baseras på hemsjukvård, hemtjänstinsatser, boendestöd, ledsagning, avlösande insatser och olika hjälpmedel i hemmet. Det är först när alla tillgängliga insatser i hemmet inte kan tillgodose skälig levnadsnivå som andra alternativ bedöms bli aktuella. Om det vid en vårdplanering i hemmet visar sig att den enskilde vill ansöka om ett särskilt boende direkt, lämnas en ansökningsblankett som den sökande ska fylla i och skicka till biståndshandläggaren. Om biståndshandläggaren inte har en sådan blankett med sig, tas den med vid nästa möte eller skickas med post. Om den sökande har svårigheter att skriva eller förstå ansökan eller av andra särskilda skäl, kan denna tas emot muntligen av biståndshandläggaren som vidarebefordrar den till en särskild boendehandläggare. Därefter bokas det ett nytt möte med den särskilda boendehandläggaren som gör ett hembesök och utreder om den sökande ”kvalificerar”¹ sig för ett särskilt boende och att alla andra insatser i hemmet är prövade. En bedömning görs också av om det identifierade behovet kan anses bli tillgodosett med ett särskilt boende. Särskilda avgiftshandläggare gör beräkningar på och besvarar den sökandes frågor, om avgifter och kostnader för insatser. Om den hjälpsökande behöver ekonomiskt stöd, görs denna utredning av ytterligare en handläggare som är specialiserad på ekonomiskt bistånd och tillhör en annan del av organisationen.

¹ Begrepp som används av biståndshandläggare i intervjuerna.

Kompetens och delegation

I den undersökta kommunen förändras biståndshandläggarnas delegation på att fatta vissa beslut periodervis. En biståndshandläggare ger uttryck åt delegationsförändringarna i följande citat:

Det känns som att oj, är vi plötsligt inte kompetenta, bara för att det har råkat bli lite fler korttidsbeslut? Betyder det att vi plötsligt inte är kompetenta nog? Eller kanske man kan se det som att behovet faktiskt har ökat. Det känns ju så, tycker jag. Vi har ju förväntningar på oss att tänka, inte restriktivt kanske men jag har valt att tolka det som det, för att inte bli allt för jätteledsen. Men man känner sig frustrerad när man ser ett behov. Här är det kanske bara det sociala välmåendet som vi behöver säkra upp med ledsagare, eller vad det nu ska vara. Då känns det frustrerande när man lyfter ett ärende och kanske att ”nä, nä det är nog för bra, du får lägga lite lägre antal timmar.” Sen ibland får man till sig att det är bra att få det prövat i domstol. Jaha, ska man ge avslag för att få det prövat?

Trots specialiseringen av biståndshandläggarnas uppdrag, förändras periodvis delegationen för studiens biståndshandläggare som grupp, på att fatta beslut om vissa insatser. Framför allt har det handlat om beslut om särskilt boende, korttidsplats eller ledsagning. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna är ambivalenta i sitt förhållningssätt till förändringarna. Från beskrivningen i citatet ovan till det motsatta i följande citat, där en biståndshandläggare svarar på en fråga om hen upplevt sin kompetens ifrågasatt:

Nej, så har jag inte upplevt det. Vi har ju inte beviljat färre korttidsplatser bara för att det dras med chefen. Det har vi inte. Men det är mer så att det blir en korrektare bedömning så. Vi har inte beviljat någon annan insats istället för korttid, det har vi inte.

Även om några av biståndshandläggarna till viss del känner sin kompetens ifrågasatt, förklaras den förändrade delegationen bland annat med att beslutet ska få mer ”korrekt bedömning” om det

först godkänns av chefen. Vad som blir mer korrekt framgår inte för de intervjuade biståndshandläggarna. De upplever inte att det finns alternativa insatser som är jämförbara med de insatser som biståndshandläggarna periodvis saknar delegation att besluta om. En biståndshandläggare förklarar i citatet nedan, att andra parter inte förstår hela den komplexitet i en biståndsbedömning som måste beaktas innan insatser kan beviljas. Hen förklarar:

Mm, man kanske tycker att det känns konstigt och du kanske tycker att det låter konstigt. Men jag tycker att det känns skönt på grund av andra faktorer. Inte det här att vi inte kan fatta beslut men vi har andra som trycker på att de gärna vill att det ska vara korttid hela tiden. Inom kommunen, alltså andra parter som tycker att det här ska vara korttid, korttid, som typ hemsjukvården tycker att "åh, ordna någonting nu" Och så har man en helt annan uppfattning. Då är det skönt att säga att jag kan inte fatta beslut om det här, jag återkommer med besked.

Det beskrivs ett tryck på biståndshandläggarna från andra verksamheter om insatser som t.ex. korttidsplats eller annan boendeform för hjälpbehövande. Det kan bli svårigheter för biståndshandläggarna att hantera detta tryck tillsammans med de riktlinjer och resursramar som finns för biståndshandläggarna att förhålla sig till. När ansvaret för bedömningen och att beslutsfattandet istället åläggs chefen blir då en avlastning för biståndshandläggarna. Genom att acceptera och uttrycka uppskattning av att besluten ska fattas genom chefen skapas en legitimitet som också bekräftar den egna, om än kringskurna, kompetensen. Anledningarna uppfattas av biståndshandläggarna vara grundade i ekonomiska prioriteringar. Biståndshandläggaren i citatet nedan uttrycker:

Alltså, nu tar ju jag alla beslut i samråd med min chef. Sen så förordar jag så att säga, vilket jag ändå tycker är bra. Det är klart det händer väl ibland att vi har lite olika åsikter och min chef tycker: "men vi prövar en gång till" och att vi erbjuder andra insatser.[...] Men annars så är det ändå bra för det handlar ju om rätt så mycket pengar. Så det kan vara bra att ha nå-

gon att diskutera med.

En av de mest erfarna biståndshandläggarna är tydlig med vad hen tycker om delegationsförändringarna på att fatta vissa beslut.

Det är likadant våra korttider, alltså man bara skakar på huvudet. Och så tar de ifrån oss delegationen och så får vi delegationen och så drar de ifrån, så har de hållit på nu i några år. [...] Men det är som jag säger, att jag har fattat ett beslut och tycker min chef något annat, så får chefen göra ett eget [beslut]. För jag skriver inte en utredning utifrån vad [chefen] tycker utan då får [hen] göra den själv.

Förändrad beslutsdelegation på vissa beslut tenderar att följa budgetläget. Samtliga intervjuade handläggare känner väl till hur budgeten ser ut och ser det som en del av sitt ansvar att förvalta skattemedlen väl. Situationen bekräftas i studier från andra kommuner och IVOs (2016) granskning av myndighetsutövningen i ca 30 kommuner. IVO menar att de kommunala förutsättningarna påverkar, som exempelvis att ansträngd kommunal ekonomi ofta påverkar socialtjänstens verksamhet negativt (jfr Wolmesjö och Staaf red. 2014).

Kvalitetssänkande strategier

Biståndshandläggarna använder olika strategier som tidigare nämnts, för att hantera och bemästra sin arbetsdag. Jag uppfattar en ambivalens hos biståndshandläggarna mellan att uppfylla ett ideal att tillgodose behov och samtidigt hålla sig inom angivna budgetramar och organisatoriska förväntningar. Astvik och Melin (2013) menar att årtionden av åtstramningar och ett ekonomiskt fokus i välfärdssektorn, har förskjutit ett ansvar med etiska dilemman till de som arbetar i socialt arbete. Författarna har identifierat ett antal kompensatoriska strategier, utifrån Hirschmans (2006) klassiska teori om strategier för hanterandet av påfrestningar i arbetssituationen. En av dessa är kvalitetssänkning i arbetet, en strategi som kan omfatta rationalisering och legitimering av ställningstagande genom hänvisning till regelverk och riktlinjer (Astvik och

Melin 2013). En konsekvens av att få sin kompetens ifrågasatt kan vara att sänka kvalitetsanspråken på sitt eget arbete med olika förvändningar som bland annat kan återspeglas i en stärkt lojalitet med den egna gruppen och med chefer.

Kvalitetssänkande strategier kan förklaras genom förvändningar och rättfärdiganden som t.ex. att hålla sig professionell. Professionalitet förknippas med att följa regelverk och riktlinjer samt förklara vilka erbjudanden som finns, även om biståndshandläggaren "lider med dem". På så sätt kan identiteten som biståndshandläggare förbli intakt och bilden av ett professionellt förhållningssätt stärkas. (jfr Scott och Lyman, 1968). En biståndshandläggare beskriver professionalitet:

Det första är att man håller sig professionell helt enkelt, fast man tycker att hjärtat lider med dem men ändå håller man sig professionell. Man måste följa riktlinjerna och regelverket som finns helt enkelt. Och berätta vad som finns att erbjuda. Av de anhöriga finns det de som kanske tänkt att de skulle få hjälp på ett vis medan det inte går enligt den bilden de haft. Så man får försöka förklara hur det är och berätta för dem vad det finns för möjligheter att erbjuda.

Flera av de intervjuade handläggarna beskriver en ambivalent bild av sitt eget uppdrag och sitt sätt att förhålla sig till det "de får till sig". De flesta biståndshandläggarna delar ett gemensamt uttrycksätt. Många av cheferna beskrivs med lojalitet och att chefernas makt att påverka uppfattas vara beroende av budgetramar och resurstillgång. Begränsningar i biståndshandläggarnas uppdrag kopplas till aktuellt budgetläge och att "det är ju rätt så mycket pengar" det handlar om. Uppdraget beskrivs att omfatta att bedöma och identifiera behov och bevilja bistånd med olika insatser för att den enskilde ska uppnå skälig levnadsnivå. Biståndshandläggarna skattar sin egen kompetens och ser sig besitta professionalitet utifrån de förväntningar som de upplever följer med uppdraget. Även de biståndshandläggare som bestämt sig för att lämna sina tjänster uttrycker sig sakligt och med en nyanserad lojalitet med uppdraget.

Jag uppfattar biståndshandläggarnas strategier att hantera sina uppdrag på flera sätt som omedvetna. Strategierna kan dels bestå av ”mer motivationsarbete” och dels av ”mer information” till de hjälpsökande och deras anhöriga, då ”problemet” till största del ligger i att dessa inte förstår hur systemet fungerar. Biståndshandläggarnas uppdrag lämnar inte utrymme till att identifiera sina strategier och därmed uteblir diskussioner rörande om det kan finnas andra orsaker till att hjälpsökande och deras anhöriga inte accepterar föreslagna insatser, än att de inte förstår systemet. Strukturella konsekvenser som ligger utanför biståndshandläggarnas uppdrag, men som i hög grad påverkar detta, blir på så sätt inte synliggjorda. Fokus blir att utföra uppdraget utifrån angivna riktlinjer och mindre på reflektion kring konsekvenser för individer och etiska frågeställningar.

Bedöma utifrån behov eller insats

Det finns ökade krav på att socialtjänsten ska verka utifrån evidensbaserad kunskap (EBP). Det innebär att arbetet ska baseras på aktuell forskning, beprövad erfarenhet och med ett brukarperspektiv samt att insatser och arbetet utvärderas. Socialstyrelsen arbetar löpande med att ta fram standardiserade metodstöd inom olika områden i socialtjänstens verksamheter för att stödja denna utveckling (Socialstyrelsen och SKL 2011). Trots det tenderar användning av lokala riktlinjer i kommunernas socialtjänst att påverkas i högre grad av ekonomiska aspekter och i lägre grad på evidens om avsedda effekter (Bergmark 2008). Ett av Socialstyrelsens metodstöd är IBIC, individens behov i centrum. Biståndshandläggarna ska efter omorganisationen i kommunen arbeta enligt Socialstyrelsens metodstöd, som tidigare kallades ÄBIC, äldres behov i centrum. Uppdateringen av (IBIC) lanserades av Socialstyrelsen våren 2016 och ersätter ÄBIC. Enligt metodstödet ska fokus för utredningen vara den enskildes behov. Den enskildes beskrivning av sina behov ska identifieras utifrån olika livsområden. Endast de områden som berörs för den enskildes förfrågan ska utredas och eventuellt kompletteras med andra områden om det framkommer andra behov vid biståndshandläggarens utredning. Information från andra parter som t.ex. anhöriga eller professioner som fysioter-

rapeuter, arbetsterapeuter eller medicinsk personal, ska inhämtas vid behov. Syftet avser att ge en strukturerad dokumentation och ett systematiserat arbetssätt som ger möjligheter till statistik och ett gemensamt ”språk”. Dessutom är en av avsikterna att öka likvärdigheten och rättssäkerheten för den enskilde och målet med insatserna. Behovsidentifieringen ska göras utifrån en gemensam mall där beskrivningarna av behovet blir detaljerade. Dessa behov ska sedan fogas in i de insatser som kommunens verksamheter organiserat och som finns definierade i dokumentationssystemet (jfr Socialstyrelsen 2016a, 2016b). I en intervju uppkommer frågan om det är behovet eller insatsen som är främst i uppdraget:

Det är väl en kombination, alltså det heter att vi utreder behov men ibland så hittar vi behov som det inte finns insatser för och då försöker vi lösa det på andra sätt, med det som vi har. Men det är klart det finns behov som vi inte har insatser för.

Biståndshandläggarna beskriver att samtidigt som vissa insatser tagits bort har fler detaljerade insatser inom samma område lagts till. Som exempel beskrivs insatsen som tidigare benämndes ”förflyttning” som efter det nya systemet har blivit ett antal olika varianter av förflyttning och vid olika situationer. Exemplet nedan beskriver en kollision mellan intentionerna i socialstyrelsens metodstöd och den praktik där insatsen och stödet ska utföras. Metodstödet utkristalliseras i detaljerade insatser som begränsar flexibiliteten i utförandet av insatserna. Utifrån beskrivningarna från biståndshandläggarna anas en ökad svårighet för utförarverksamheternas organisering. Utföraren får ersättning utifrån beslutade insatser, som med utgångspunkt i lokala riktlinjer i större utsträckning tidsbestämts schablonmässigt. Citatet visar på ett instrumentellt förhållningssätt till insatserna och en prioritering av att den hjälpsökande ”bara” får hjälp med det denne själv inte klarar av. Insatserna blir ett extra par händer som ska utföra det de egna händerna inte klarar. Svårigheter att inrymma människans behov som social varelse ökar med insatser som att ”bara sätta igång maskinerna”. En biståndshandläggare förklarar skillnaderna i insatserna efter omorganisationen:

[...] exempelvis städning kan man ju dela upp med bara golvstädning eller en hel städning. Ja, så där delar vi upp lite. Och det är detsamma med tvätt, jag beviljar till exempel nån som bara behövde hjälp med och sätta igång maskinerna och resten kan den själv. Förr så beviljade vi nog en hel tvätt.

Ett stärkt fokus på den enskildes behov och dennes egen beskrivning av sin situation behöver ställas i relation till både boendemiljö och social omgivning. Anhöriga tillfrågas i allmänhet inte om de t.ex. vill fortsätta handla eller tvätta, om inte den enskilde själv specifikt frågar efter att få hjälp med detta av kommunen. För biståndshandläggarna innebär arbetet med metodstödet (IBIC) som utredningsverktyg att avsevärt mer tid ägnas åt att skriva utredningar än tidigare, vilket leder till längre handläggningstider för den hjälpsökande. Detta problem kan vara en övergångsfas då IBIC nyligen börjat tillämpas i kommunen. En av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att hen försöker hinna skriva hela utredningar men att det sällan finns tid till det. En annan beskriver att beslut om ”enklare” insatser skickas till den enskilde utan full dokumentation, så att ”hjälpen kan komma igång”. Det ger i sin tur svårigheter för den som eventuellt tar över ett ärende vid t.ex. sjukdom eller frånvaro av den biståndshandläggare som initialt hanterat ärendet.

Motivation som ett metaverktyg för uppdraget

Arbetet med att *informera* och *motivera* är stor del av de intervjuade biståndshandläggarnas arbete. Motivationsarbetet sker på olika nivåer och i relation till olika parter. Arbetet med att informera och motivera återkommer i intervjuerna och beskrivs som grundläggande förutsättningar för uppdraget. Informations- och motivationsarbetet förklaras till viss del med att invånarna i kommunen inte förstår hur systemet fungerar.

Det händer ju ibland att de ringer upp och säger: kan jag ställa mig på kö till ett boende t.ex. Då måste man ju upplysa om att

det går ju inte riktigt till så. Nej, det kan ju bli krockar ibland [...] att de tror att man kan ha önsksningar och det är bara att välja boende och så. Då får man ju informera om hur det fungerar. Att vi utreder behovet, vi har ju mycket insatser i hemmet idag som vi försöker prova med först. Och är inte det tillräckligt så kan man bli beviljad särskilt boende men att det krävs en utredning innan.

Ofta innebär motivationsarbetet att övertyga den enskilde eller anhöriga till att ta emot olika insatser. Det grundläggande förhållningssättet är att behoven främst ska tillgodoses i det ordinära boendet med olika hemtjänstinsatser. För detta behövs information och motivation om vilka dessa insatser är och hur man kan få sina behov tillgodosedda genom dessa. Biståndshandläggarna beskriver att riktlinjerna är tydliga med att behoven först ska tillgodoses i hemmet. En stor del av motivationsarbetet utgör att få den enskilde och eventuellt dennes anhöriga att ta emot hemtjänstinsatser. Vid en granskning av ärenden i samband med ett projekt om jämställdhet vid bedömningen av bistånd framgick att kommunen har få avslag på de ansökningar om bistånd som görs inom vård och omsorg.

Vad vi märkte vid granskningen också det är inte att det blir avslag men ansökningarna ser olika ut. Kvinnorna ansöker inte i lika stor utsträckning på städ och tvätt som männen gör. Och de gör det när de blir ensamstående.[...] Vi upptäckte att vi har i stort sett inga avslag, så vi kan inte hänvisa till att han får men inte hon och tvärtom för vi har inga avslag som visar det.

Vårdplaneringssituationen kan också liknas vid en förhandling, där den formella ansökan ofta inte är färdigformulerad före besöket. Biståndshandläggarna informerar och motiverar under mötet som kan avslutas med en sammanfattning av samtalet, som i sin tur resulterar i en formell ansökan. Motivationsarbetet och förtydligandet av information om vilka insatser som är tillgängliga och vilka insatser som förväntas tillgodose behovet ges till den hjälpsökande under samtalet. Ofta är biståndshandläggare och sökande eniga om

vad ansökan ska omfatta när mötet avslutas. Det arbetssättet gör att om den enskilde accepterat biståndshandläggarens föreslagna insatser blir det vanligtvis bifall på ansökan. Detta kan vara en av orsakerna till att frekvensen på avslag relativt sett är låga. Kartläggningar i en del andra kommuner visar också de på relativt låg frekvens av avslag (Wolmesjö och Staaf red. 2014). Biståndshandläggarnas arbete i de flesta av dessa kartlagda kommuner omfattar liknande samtal och motivationsarbete som återfinns i mitt material. Västerviks kommun beskrivs som ett exempel på undantag. Här har arbetsmetoden uppmärksammats som att ”biståndshandläggare pratar bort ansökningar” och anses inte vara rättssäker för den enskilde. Där har förtydligats att ”minsta vink ska tas upp som ansökan för biståndsprövning” (ibid. s.191). Detta har också höjt frekvensen på avslagsbeslut i kommunen. Till detta ska nämnas att Västerviks kommun har ett antal insatser som är tillgängliga utan biståndsbeslut, t.ex. trygghetslarm, tillsyn via telefonservice och trygghetsplats (tillfällig korttidsplats som kan ges några dagar efter kontakt med sjuksköterska) vilket inte finns exempelvis i kommunen för denna studie (Wolmesjö och Staaf red. 2014).

Lindelöf och Rönnbäck (2007) beskriver *samtalets* funktion i myndighetsutövarens utredningsarbete. Samtalet hjälper biståndshandläggaren att fungera både som grindvakt och att ge tillträde till förmåner. Författarna menar att samtalet mellan parterna i en biståndsbedömningsituation är agendastyrt med mål att bedöma om, och vad, den hjälpsökande har för behov och vilka insatser som kan tillgodose dessa. Detta samtal håller jag som jämförbart med det jag beskriver som motivationsarbete. I flera av intervjuerna med biståndshandläggarna i denna studie påtalas att insatserna är givna utifrån vilket utbud kommunen har. Intervjuerna ger en beskrivning av att arbetet ofta är att få behovet att passa in i insatserna. En biståndshandläggare säger:

[...] för ibland hör man att nu är det ju så mycket hemtjänst-timmar, vi ligger så högt. Eller så hör vi att vi ligger så högt med vårdboende men alltså någonstans måste ju behovet ta vägen.

Ju snävare handlingsutrymme och ju snävare möjligheter till variationsbredd på insatsernas utformning, desto mer motivationsarbete behövs av biståndshandläggarna för att tillgodose den enskildes uppfattade behov. Det är inte alltid som motivationsarbetet fungerar eller att biståndshandläggarna ges utrymme till att försöka motivera. Vid ett observationstillfälle med en biståndshandläggare ges exempel på när motivationsarbetet inte fungerar eller får gehör. Nedan följer en sammanfattning från detta observationstillfälle:

Vid hembesöket var två av den hjälpsökandes barn och tolk närvarande. Förfrågan rörde att få en nära anhörig anställd för att finnas till hands och tillgodose den hjälpsökandes behov. En av de anhöriga beskrev den hjälpsökandes behov och de anhörigas rädsla över att något skulle hända. Biståndshandläggaren försökte att förklara hur kommunen i första hand försöker att tillgodose behov med hemtjänstinsatser. Vänd till den hjälpsökande ställde biståndshandläggaren frågor om dennes upplevelse av sina behov. Den anhörige avbröt och menade att det skulle lättast tillgodoses med en anställd anhörig och att något annat inte var aktuellt. Biståndshandläggaren hävdade att insatsen att bli anställd som anhörig inte finns som sökbar insats i kommunen. Efter en stunds argumenterande mellan den anhörige och biståndshandläggaren tog biståndshandläggaren emot en ansökan formulerad som att en anhörig skulle kunna bli anställd för att tillgodose den hjälpsökandes behov. Stämningen var tryckt och den anhörige var tydlig med att frågan skulle överklagas vid ett eventuellt avslag.

Den anhörige i exemplet verkade förberedd på motstånd och var inte mottaglig för information om olika insatser eller att låta sig motiveras till annan insats än det som familjen på förhand enats om. Exemplet ger också en inblick i hur begränsad tillgång till eller frånvaro av insatser kan hanteras genom att säga att det efterfrågade inte finns som insats och därför inte blir sökbart. När den anhörige framhärade blev biståndshandläggaren tvungen att ta emot

en ansökan på det som önskades med vetskap om att det skulle leda till ett avslag.

I följande citat uttrycker en biståndshandläggare vikten av att hjälpsökande och deras anhöriga förstår organisationens och regelverkets maktfördelning:

Man försöker förklara hur utredningsarbetet fungerar och hur mycket jag har och säga till om och vad jag har att rätta mig efter. Så att de förstår det, att det inte är upp till mig, det är inte godtyckligt.

Biståndshandläggarna kommunicerar med flera olika parter och har också deras förväntningar att förhålla sig till vid en utredning. Biståndshandläggarna behöver dels inhämta information som underlag till de beslut som ska fattas men de måste också förhålla sig till de riktlinjer som gäller inom organisationen, politiska beslut och lagstiftning. Biståndshandläggarna beskriver att det finns olika synsätt på den hjälpbehövandes behov. Dessa olika synsätt skiljer sig åt mellan olika professioner, även inom samma förvaltning. Biståndshandläggarna kan behöva information från ett antal olika parter, t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter som det ibland kan vara svårt att skapa en gemensam enad front med. Biståndshandläggarna upplever stundtals en kunskapsbrist hos andra professioner. Andra professioner kan inte bedöma en samlad bild, som bara till viss del innehåller sjukdomsbild och diagnoser. Den samlade bilden är biståndshandläggarens uppdrag att göra. En biståndshandläggare beskriver:

Man tycker "jag bedömer som sjuksköterska att här behöver det vara en korttid". Och hon kan ju inte ens göra den bedömningen men det är på grund av vissa medicinska risker och det finns fallrisk och det finns andra risker. Och då tycker de att då måste vi utgå från det de säger. Visst, vi kan ta med det i vår bedömning. Men det är inte avgörande för vi har ju alla andra aspekter också som ska vägas in i vår bedömning, om den enskilde är berättigad till en korttidsplats eller inte.

Situationen kan också vara det motsatta, att andra professioner såsom sjuksköterskor i den egna organisationen eller sjukvården används som stöd i arbetet när biståndshandläggarens motivationsarbete inte når önskade resultat. Det kan också vara en situation när det inte finns alternativ till lösningar som fungerar inom den egna verksamheten. Ett exempel kan vara att skicka den enskilde till sjukhus för att bryta situationen i hemmet och att skapa en tidsfrist för att kunna hitta fungerande lösningar. Motivationsarbete från biståndshandläggarna behövs också för att få insatser, som inte är inplanerade sedan tidigare, utförda av t.ex. hemtjänst. Genom mer effektiviserade verksamheter krymper marginalerna, vilket påverkar möjligheten till flexibilitet. På samma sätt som biståndshandläggarna använder andra verksamhetsområden blir också biståndshandläggaren involverad i olika verksamheter i den egna organisationen när något hänt eller den enskildes hälsotillstånd hastigt blivit förändrat. Biståndshandläggaren kan bli den som sammankallar olika kompetenser för att lösa en plötsligt uppkommen situation kring en hjälpbehövande.

Trots en rådande norm om att den enskilde kan förbli i det egna hemmet med tillsyn även vid omfattande omsorgsbehov, reagerar en biståndshandläggare på att andra huvudmän har liknande förhållningssätt i sina verksamheter. Flera av biståndshandläggarna kallas numera till vårdplanering på Hospice. Genom teknisk utveckling, förbättrade mediciner och t.ex. möjlighet att hålla tillbaka tumörers symptom lever patienter längre med cancer även med en palliativ diagnos. Det innebär att även på Hospice görs prioriteringar om platserna. Erbjudande om ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) i samarbete med kommunerna blir ofta det som erbjuds primärt. Avancerad hemsjukvård utförs med punktinsatser och ofta i samarbete med kommunal hemtjänst. Det förutsätter ofta ett engagemang och delaktighet från anhöriga (Borstrand och Berg 2009; Andersson 2015). Anhöriga kommer stundtals i kläm mellan patientens behov och huvudmännens organisering av vård och omsorg till en hjälpbehövande. En biståndshandläggare säger:

Mm, det har ju blivit lite cyniskt måste man väl ändå säga, då skriver man in dem och tror att de är döende, alltså inom mycket kort tid och så är de inte det. Och så tycker man att de ska skrivas ut därifrån. [...] Där var ju barnen med och maken och så började personalen prata om att "ja vi vet ju inte hur länge hon lever, det kan ju vara några månader eller ett halvår". [...] Och sen så sa de att "vi har ju så hårt tryck här på våra platser så vi behöver få ut henne".

En annan biståndshandläggare beskriver att det ibland kan vara enklare att ge insatser och stöd till hjälpbehövande där anhöriga inte lever i samma hushåll. Detta då den hjälpbehövande inte har kognitiv nedsättning eller oro och själv vill fortsätta leva kvar i hemmet.

Motivationsarbetet

Motivationsarbetet syftar till att motivera den hjälpsökande att ta emot de insatser som biståndshandläggaren bedömer kan tillgodose behovet och dessa är inte nödvändigtvis desamma som de behov den enskilde själv eller anhöriga upplever. Undantaget är behov av trygghetslarm som ofta erbjuds och sällan ifrågasätts om den hjälpbehövande själv tagit initiativ till insatsen. En biståndshandläggare beskriver att det kan vara både tidskrävande och komplext att motivera en hjälpbehövande. Ibland kan det även bli på bekostnad av anhörigas behov:

Det är ju i första hand de som efterfrågar hjälp, alltså den som har hjälpbehov. Då lyssnar man ju på den personen. Hur kan den personen uttrycka sitt hjälpbehov och vad behöver den personen hjälp med. Och sen nästa steg är, ja, då kan ju det tänkas krocka med den andre känner och upplever som kan vara nåt helt motsatt. Och hur man tacklar det, det beror ju lite på vad problematiken innebär. Är det så att den som har ett jättestort hjälpbehov inte alls vill ha hjälp och den anhöriga känner att jag kryper på knäna. Det kan man ibland lösa med att man pratar med den, så att "kan du tänka dig att prova? [...]" Personen kanske inte förstår när vi pratar om vad hemtjänst in-

nebär eller att det behöver inte jag, vi klarar oss själva. Eller kanske egentligen inte vet vad man säger ja eller nej till. Om vi på nåt sätt får in hemtjänst i alla fall och man ser att den här personen går plötsligt med på att få hjälp, det kändes bra att hemtjänsten var där. Då kan vi ta det som en ansökan att nu förstår personen vad det är, vad det innebär. Att man då pratar med personen "ja har det känts bra nu när hemtjänsten har kommit och ja", kanske de förhoppningsvis säger då "ska vi då fortsätta med det? Ja." Ja, då blir det ju som en ansökan. Då har de hamnat i en situation då de rent praktiskt får se vad det innebär och då kan man ju fortsätta.

Biståndshandläggarna förhåller sig lite olika till den enskildes vilja i sitt motivationsarbete. I de exempel som återges i intervjuerna är det framförallt ensamboendes behov av insatser som främst lyfts fram som problematiska, när den enskilde inte accepterar föreslagna insatser. Men samtidigt poängteras att det inte är om den enskilde är ensamboende eller sammanboende som styr beslutet utan det påverkar snarare det arbetsätt som tillämpas. En biståndshandläggare beskriver sin maktlöshet när motivationsarbetet inte ger önskad effekt:

Jag har försökt övertala och motivera. Och då är det nästan främst personer som har en demens som inte har insikt själva alls. Och de säger att "ja, men det klarar jag, det har jag alltid gjort och det klarar jag och det här gör jag varje dag" och detta och detta. Så hör jag på anhöriga att "nej, men så är det inte" och jag märker också det på personen själv och då försöker jag att motivera. Motivera och säga "men de kan åtminstone få komma och titta in till dig och så kan ni göra det tillsammans." "Nej, men jag lagar maten själv". "Men då kan ju personen stå och titta på när du lagar mat så kan du lära henne." Alltså försöka locka lite, så oftast går det men någon gång är det ju helt nej alltså. Då får det braka ihop. Det är hemskt men det blir så. Tills det blir riktigt illa och då blir det oftast sjukhusinläggning.

Biståndshandläggarnas begränsningar i motivationsarbetet till olika insatser som bedöms tillgodose behovet, vilar slutligt hos den enskilde som måste acceptera föreslagna insatser. Det är först vid kostnadsdrivande insatser som t.ex. korttidsplats som ultimatum ställs på att den hjälpbehövande ska acceptera erbjuden plats på t.ex. ett särskilt boende eller om platsen inte accepteras, flytta hem till den ordinära bostaden och ställa sig i kö igen. Citatet nedan beskriver:

Enda gången vi kan gå och tvinga in någon till ett boende fast man inte tycker om det boende man blir erbjuden, är när man bor på en korttid. Och då har vi tagit beslut på att man inte kan återvända hem till exempel om man är dement. [...] Det är enda gången vi kan tvinga någon att ta emot eller tacka ja till ett boende, det är när man vistas på en korttid. Antingen får man flytta till det boende som erbjuds eller så får man ställa sig i kö igen.

Biståndshandläggaren i citatet nedan beskriver en komplexitet som kan försätta sammanboende anhöriga i svåra situationer.

Där är väl här det kommer in att vi ska försöka att motivera, att vi inte ska ge upp vid ett nej med detsamma vilket inte är så lätt. Och där är väl nåt enstaka fall där det är någon som kommit på boende i princip mot sin vilja men då har det varit så extremt. Jag tror att på de här åren har varit med om det en gång och då har det gått så långt att då har det varit misshandel hemma. Så det är ju väldigt extrema fall. Och sen brukar folk, ju mer man pratar om det, brukar folk ändå till sist: ”ja, ja men jag provar då. Jag tittar då.” Så att det brukar lösa sig. Men där är kanske nån annan som blir väldigt trött under tiden.

Utifrån det regelverk och de normer som biståndshandläggarna arbetar, är den anhöriges situation och vilja sekundär. Enligt Twiggs modell om offentlig förvaltnings förhållningssätt till anhöriga (se s.27-f) är det de två första grupperna: *anhöriga som resurser* och *anhöriga som samarbetspart* som återspeglas i biståndshandläggarnas

nas beskrivningar och exempel (Twigg och Atkin 2002). Anhöriga blir de som får hantera uppkomna situationer och den hjälpbehövandes behov, om socialtjänsten eller sjukvården inte lyckas motivera den hjälpbehövande till att ta emot angivet stöd eller insatser. Flera av biståndshandläggarna återkommer till den enskildes frivillighet, en av dem säger:

Det är klart att vi hamnar i såna ärenden där vi försöker och vi stångar oss blodiga och de vill ändå inte ta emot hjälp. Det är ju inte som att vi ger upp i första taget men där vi ibland måste acceptera att det kommer att gå illa. Eller att vi kommer att få låta det vara och återkomma senare och se och erbjuda hjälp i ett senare tillfälle. För det är det, det står ju först i socialtjänstlagen, att det bygger på frivillighet och vill man inte ta emot hjälp då.

Organisationens grundhållning om stöd i form av hemtjänstinsatser ålägger anhöriga i en gemensam bostad att acceptera att öppna upp hemmet om de inte själva är villiga att utföra insatser och tillgodose den hjälpbehövandes behov. Detta förutsätter att den hjälpbehövande vill ta emot insatser. Med ett förhållningssätt om att endast hjälpa till med det som är definierat som den enskildes behov och med schablonberäknade tidsramar, försvåras arbetet med att se och uppfatta helhetssituationen i hemmet. Generellt avses inte de insatser som beviljas att tillgodose anhörigas behov som uppstått på grund av situationen i hemmet.

Biståndshandläggning och ekonomi

Biståndshandläggarna upplever att de har ett budgetansvar som följer med uppdraget. Med budgetmedvetenheten följer också ett ökat motivationsarbete för att få hjälpbehövande att ta emot de insatser som ligger inom givna resursramar. Flera av biståndshandläggarna upplever förväntningar från organisationen, en av dem beskriver:

Jag upplever att det finns förväntningar på att ligga lågt med vissa insatser. Eller inte ligga lågt men i alla fall vara väldigt kritisk i bedömningen så att det inte blir utöver skäligt, vad nu det är. Och det är till exempel ledsagning, och korttidsvård får vi ju inte ens ta beslut om själva.

En erfaren biståndshandläggare beskriver förändringar i flera kommuner och att budgetansvaret numera är uttalat som en del av uppdraget på ett sätt som hen inte upplevt att det har varit tidigare:

Men vi har ett budgetansvar också, absolut. Ja, alltså det ingår i vårt uppdrag det gör det. Vårt yrke har väl ändrat sig de sista åren faktiskt. Men om vi har en som ska beviljas vårdboende så tittar vi ju på finns det två ställen som är lika bra men den ena är billigare så är det ju naturligt att man kan välja det billigare. Sen så är det hemtjänstinsatser. Vi räknar timmar och vad kostar det att personen är hemma och vad kostar det att de är på boende, så är det. Och jag har varit med om i kommuner, inte här men där man inte får lov att bevilja korttidsboende till exempel. De ska hem. Så är det ju och så har det varit i alla kommuner som man har jobbat i de sista åren, det är ekonomin. Nu är man ju lite mer tydlig och säger det, att vi måste tänka på ekonomin. Men det är egentligen självklart. Vi fördelar ju skattemedel och man får försöka titta efter hur kan vi tillgodose behovet och hitta en billig lösning.

Även om det gjorts en bedömning och ett beslut om en viss insats är det inte givet att denna utförs. Ett ansträngt budgetläge påverkar hela organisationen och ett exempel på formulering i ett beslut kan uttryckas på följande sätt: ”beslutet verkställs så snart [...] finns tillgänglig plats” (citat ur utrednings/beslutsunderlag). Om de utförande verksamheterna inte har tillgänglig personal eller tillräckligt med platser för hjälpsökande kan beslutet inte genomföras. En biståndshandläggare förklarar:

Då när vi hade budgetunderskottet, då hade vi det med promenaderna. Eftersom vi hade underskott och hemtjänsten hade underskott. De hade brist, de kunde ju inte anställa personal för att utföra alla insatserna som de hade på sitt bord, så då rök ju alla promenaderna. Då blev de inte utförda.

Flera av biståndshandläggarna tycker sig ana en samhällsförändring. De personer som ansöker om bistånd upplevs idag vara i sämre hälsokick och har mer omfattande behov än tidigare. I en del områden uppfattas en ökning av yngre hjälpsökande med barn inom hushållet.

Men utifrån vad jag hör och vad jag märker inom mitt område är att de som beviljas boende är att de som får platsen nu är i sämre skick, hälsomässigt, än vad de var för 10 år sedan. Det verkar gå längre tid innan man ansöker. Visst pushas det, lite för mycket ska jag inte säga, men det pushas mer på att, ja, men vi ska verkligen ha tömt ut allting hemma innan vi tänker ett boende. I och för sig så tänkte man väl så då också men de som får platserna, enligt min uppfattning, är i sämre hälsokick än för 10 år sen.

En annan biståndshandläggare uttrycker sig på liknande sätt:

Det är bara de som är jättesjuka som får hamna på vårdboende, eller de som har en annan form av diagnos som då hamnar på gruppboende. Jag vet inte, jag kan inte se att det är någon annan förändring än att vi har bestämt oss för det. Nu ska vi göra så mycket som möjligt hemma.

Genom bland annat teknologisk och medicinsk utveckling i sjukvården har vårdtider blivit kortare. Vård utförs i större utsträckning med dagvård och dagkirurgi som utförs på sjukhus men där patienten återvänder till hemmet snart efter behandling. På samma sätt har psykiatrivården utvecklats. Behandling görs i större utsträckning med punktinsatser på dagvård och patienten vistas övrig tid i hemmet med eventuell familj och socialt nätverk. Denna ut-

veckling ställer större krav på anhöriga och familj som kan få ett vård- och omsorgsuppdrag utan valmöjlighet.

Sammanfattande reflektion

I detta tema har biståndshandläggningen studerats utifrån det uppdrag, regelverk och de riktlinjer som tillämpas i kommunen. Dessa faktorer är på flera sätt avgörande för biståndshandläggarnas förhållningssätt till anhörigas frivilliga åtaganden, möjlighet till autonomi och personlig integritet. Materialet visar på en frånvaro av ett anhörigperspektiv när regelverk och riktlinjer diskuteras, den enskilde är i fokus och inte den anhörige.

I biståndshandläggarnas arbete framträder delvis en socialtjänst för personer med särskilda behov, där behoven ska bedömas individuellt och individen få anpassade åtgärder med ett utfall som ska ge individen skälig levnadsnivå. Men det framträder också en omsorg där hjälpbehövande ska erbjudas standardiserade lösningar, med ett fokus på ”rättvis” resursfördelning utifrån riktlinjer som anger vad gruppen ska erbjudas utifrån samhällets angivna normer för *gruppen* och är inte riktlinjer för *utfallet* av de insatser som ska tillgodose *individens* behov.

Biståndshandläggarna uttrycker vikten av att utreda behov och på ett tillfredsställande sätt tillgodose dessa med en tydlig intention av att hjälpa. Organiseringen av praktiken tycks däremot ge uttryck för ett tjänstepersonsperspektiv där uppdragets fokus är att fördela tillgängliga resurser. Dessa resurser verkar avgöra i högre grad än behovet vilka insatser som ges och hur dessa ska tillämpas. Vid mätningar av verksamheten mäts antal och frekvens, t.ex. ledsagning, istället för mätningar som visar om insatsen ger ett utfall som tillgodoser den enskildes behov vid ledsagningen. Behovet kan vara tillgodosett av en viss frekvens men det är utfallet som anger om behovet är tillgodosett och om skälig levnadsnivå är uppnådd. Det blir komplext att med kvantitativa mått mäta kvalitativa resultat.

Biståndshandläggningens fokus på den enskilde, oavsett kontext och social situation, kan försvåra vardagen för anhöriga. Anhörigas

behov och situationen i det gemensamma i hemmet kan få stå tillbaka. Flertalet av biståndshandläggarna tar hänsyn till både situationen i hemmet och anhöriga, men riktlinjer och dokumentationssystemet lämnar inget utrymme för en helhetssyn av de behov som sammantaget uppstår i det gemensamma hemmet. Det tillämpade regelverket ger inte verktyg för biståndshandläggarna att hantera situationer eller konflikter som kan uppstå på grund av oenighet med anhöriga eller avsaknad av sjukdomsinsikt hos en hjälpbehövande. Avgränsningar till vilka insatser som ska beviljas och hur frekvent, görs främst genom tolkningar av lokala riktlinjer. Materiella insatser såsom exempelvis städ och tvätt lämnar begränsat utrymme för biståndshandläggarna att tillgodose sociala behov både för den hjälpsökande och de anhöriga. Biståndshandläggarna saknar verktyg med stöd i riktlinjerna för att kunna beakta och tillgodose även anhörigas behov. En återkommande förevändning är den enskildes ansvar, där fokus på den enskildes möjligheter att ”tacka nej” hjälper till att föra över det etiska ansvaret från biståndshandläggaren till den enskilde. På liknande sätt har ansvar förlagts på biståndshandläggaren genom riktlinjerna om t.ex. vad som avses med normalfall, vikten av att hålla budgetramar och rättvis resursfördelning. Om biståndshandläggaren inte kan uppfylla detta ansvar och samtidigt bibehålla sina egna värderingar om vad som är normalt och skäligt, förstärks vikten av den enskildes eget ansvar och regelverkets betydelse.

HEMMET

Detta tema handlar om hemmet och bostaden, både som symbol och fysisk plats. Hemmet är centralt både för den hjälpbehövandes och de anhörigas vardagssituation och för biståndshandläggarens arbete. Vid intervjuerna med biståndshandläggarna framstår hemmet som viktigt för den hjälpbehövande. De allra flesta hjälpsökande beskrivs av biståndshandläggarna vilja bo kvar i sitt hem oavsett hjälpbehov. Den hjälpbehövandes "rätt" till det gemensamma boendet uttrycks och påtalas återkommande i intervjuerna. Med exempel som: "Båda har ju rätt till hemmet." och "Ja, det är väl bara till att acceptera det på nåt sätt för bägge äger kanske lägenheten eller bägge parter har ju rätt att bo hemma, så att säga."

Hemmets betydelse har belysts i olika forskningssammanhang. Exempelvis resonerar Alftberg (2012) i sin avhandling kring olika perspektiv på hemmet, dels om hemmets skötsel och dels som en del av individens identitet. Det är en plats där individen är sin egen och som förknippas med autonomi och värdighet. Genom att hemmet bevaras förstärks individens upplevelse av bibehållen kontroll och hanterande av tillvaron genom rutiner. Alftberg beskriver hemmet även som en process som omfattar både ett vidmakthållande av ett liv som varit men beskriver också hemmet som en enskild aktör som påverkar hemmets invånare. Bilden av hemmet påverkas i hög grad av rådande samhällsnormer som t.ex. en kvarboendeideologi och sammankopplas med ett salutogent förhållningssätt där hemmet representerar det salutogena (Alftberg 2012). Söderberg (2014) för ett liknande resonemang i sin avhandling och

återger en bild av att biståndshandläggares ”normativa retorik” poängterar ett självständighetsideal som kan komma att gå förlorat om boendeformen ska ändras, exempelvis till ett särskilt boende. Motsvarande retorik framgår i mitt material.

Hemmets tillgänglighet och utformning ligger inom ramen för individens eget ansvar. Biståndshandläggarna uppfattar inte att stöd eller insatser för en hjälpbehövande att kunna skaffa en annan bostad ingår i uppdraget. Hjälpbehövandes uppkomna funktionshinder som genereras av en otillgänglig bostad kompenseras med insatser, t.ex. att få hjälp med att kasta sopor, hjälp med tvätt i tvättstuga, trappklättrare för att ta sig ner för lägenhetstrappor osv.

Förväntningarna på en plats på ett särskilt boende kan vara höga från hjälpsökande. Genom biståndshandläggarnas beskrivningar om hur sjuka och hur oförmögna till socialt umgänge de boende på ett särskilt boende är, framstår inte insatsen som ett alternativ varken vid otillgänglighet i ett ordinärt boende eller vid ensamhetsproblematik. Argumenten förstärker och avgränsar särskilt boende som insats till en sista åtgärd då den hjälpbehövande har sammantaget mycket omfattande behov med ett antal olika kriterier uppfyllda. Beskrivningarna ger exempel på den normaliserande kommunikationen som Engelstad (2006) uttrycker kan finnas mellan biståndshandläggare och hjälpsökande.

Vikten av hemmet och hemmets betydelse både för organisatoriska lösningar och det omsorgsalternativ som är bäst lämpat för de allra flesta, är återkommande i intervjumaterialet. För att beskrivningen av hur anhörigas frivillighet beaktas av biståndshandläggarna behöver faktorer lyftas som är direkt avgörande för vad som uppfattas som individens frivilliga val. De val som avgränsas mot vad som ryms inom ramen för samhällets åtaganden genom biståndshandläggarnas bedömningar. En biståndshandläggare beskriver:

För många har det ändå bäst hemma, de flesta. De har ju faktiskt det, de har sin trygghet och de har sina möbler och så. Men så upplever de otrygghet för att det kommer olika personal

och besöker dem och det kan ibland göra att de vill flytta på grund av det. Det hör jag ganska ofta från anhöriga, att de tycker att det inte fungerar hemma. Så om det hade varit ett fungerande kontaktmannaskap i hemtjänsten så hade det kunnat vara en trygghet. För det finns, vi har ju rehabassistenter som besöker den enskilde under två veckors tid ibland när [hjälpbehövande] åker hem från sjukhus. Och då är det samma personal som besöker dem i två veckor och det känner de är en väldig trygghet. För det är ett stort steg att flytta till ett vårdboende, det är det. Det är ett större steg än vad de tror. De lämnar liksom sitt gamla liv och flyttar in på en institution. Det är ju en institution, det kommer man inte ifrån. Man ska inrätta sig efter rutiner, även om de har egen lägenhet.

De ”rehabassistenter” som nämns i citatet ingår i insatsen förstärkt hemtjänst eller så kallade hemtagningsteam. Personal från hemtjänsten, som ingår i ett rehabiliteringsteam, kommer kontinuerligt under ca två veckor och stannar hos den hjälpbehövande i längre tidsperioder under dagen. Insatsen kan beviljas för de som nyligen skrivits ut från sjukhus. Centralt i kommunen saknas statistik över hur stor andel sammanboende respektive ensamboende som beviljas nämnda insats. Under tiden som en hjälpbehövande får förstärkt hemtjänst är det i stor utsträckning samma personal som kommer och hjälper den hjälpbehövande, med samtliga insatser som denne kan behöva. Exempelvis rehabiliterande träning, hygien, städ, handla osv. utan hänsyn till schablontider. Det innebär att det blir en mer relationell omsorg med kontinuitet som ges till den hjälpbehövande. Frågan är om det är hemmet eller den relationella omsorgen som skapar den trygghet som det syftas till i citatet ovan. Argument som att hjälpbehövande på en institution måste inrätta sig efter rutiner är snarare exempel på accounts som används för att legitimera normen. Harnett (2010) beskriver att en typ av accounts i äldreomsorgen är ”terminologically stabilized and routinely expected” (ibid. s.30). Det vill säga accounts används som standardiserade förklaringar och svar inom vissa organisationskulturer, t.ex. inom biståndshandläggningen.

Även insatser från hemtjänsten är institutionaliserande och har både tider och rutiner som den hjälpbehövande och anhöriga ska anpassa sig till. Hemtjänstens rutiner och tider kan ofta variera under dagen beroende på hemtjänstgruppens arbetsbelastning och eventuella vikarier. Det kan därmed vara svårt för hjälpbehövande och anhöriga att förhålla sig till både tider och rutiner. Likaså innebär hemtjänstens och hemsjukvårdens specialisering att olika insatser utförs av olika personal. Detta kan påverka för de hjälpbehövande som har flera olika insatser, då det ger fler tider under dagen att förhålla sig till. Anhöriga beskriver situationer när den hjälpbehövande upplevt att insatser försenats, uteblivit eller att den hjälpbehövande känner oro och anhöriga blir de som stöttar upp och gör kompensering insatser (jfr ex. Nordenmark 2008; Socialstyrelsen 2014; Ulmanen 2015).

Boendesituationen i hemmet

I intervjuerna förtydligas att hemmets utformning och boendets tillgänglighet inte är tillräcklig grund för att beviljas ett särskilt boende, om det i övrigt anses att behovet kan tillgodoses i hemmet. Synsättet bekräftas från studier i andra kommuner (Esbjörnsson, Nyman 2014). Detta är intressant då flera av insatserna som tillämpas behövs just för att hemmet inte är funktionellt och tillgängligt att bo i med tilltagande omsorgsbehov eller funktionsnedsättning. Oavsett om det finns tillgängliga alternativ på bostadsmarknaden eller inte, uppfattas ansvaret för boendesituationen som den hjälpbehövandes och anhörigas ansvar.

Enklare förändringar som gjorts kring bostadsbestånden runt om i kommunerna, t.ex. sopsortering, gör att personer med nedsatt rörlighet eller funktionsnedsättning behöver hjälp. För en person med fysisk nedsättning kan förändringen vara stor, från att själv ha kunnat ta sig ut i trapphuset för att kasta sin soppåse, till att många lägenheter numera har gemensamma soprum i ett avgränsat hus. Dörren till soprummet kan vara svår att öppna och med en tröskel som kan vara svår att forcera med rullstol eller rollator. Därtill är sopkärlet utformat för personer som kan stå upp och hålla balansen, för att med ena handen öppna kärlet och med den andra kasta i soppå-

sen. Andra exempel är hiss till bostaden som stannar mellan två våningar med därpå ytterligare en halvtrappa för att nå lägenheten. Eller att huset har en hiss som inte går ner till markplan utan börjar en halvtrappa upp. Tvättstugor i källarplan med branddörrar mellan varje uppgång är ett annat exempel som visar på svårigheter som personer med rullstol eller rollator möter vid vardagliga sysslor. Hemtjänsten kompenserar svårigheterna med biståndsbedömda insatser utifrån de ramar och tider som bedöms skäligt. Den hjälpbehövandes autonomi begränsas och ett beroende av hjälp etableras. Flera av biståndshandläggarna beskriver att anhöriga ofta är behjälpliga med sysslor som att tvätta och handla. En biståndshandläggare berättar om erfarenheter av boende utan hiss:

Vi kan ju komma hem till äldre som bor på 4:e våningen utan hiss och då tänker man också att, ja... Sen bekommer det inte vissa att inte komma ut, eller så har de bara vant sig. Jag vet i och för sig inte, men många vill inte gå ut och då är det ju inget större bekymmer. Mer än om man ska till doktorn eller någonting sånt. Ja, men det finns lösningar med bärhjälp och så.

Boendeytan i hemmet kan vara avgörande för möjlighet till personlig integritet och autonomi för parterna i hushållet, om den ena parten får ett ökat omsorgsbehov. Mindre lägenheter med begränsat utrymme för integritet för båda parter kan skapa konflikter om ena parten får omfattande behov och ökad frekvens av insatser som utförs av hemtjänst. Vid behov av vårdsäng eller hjälpmedel som lift och liknande, krävs utrymme i bostaden för att kunna både använda och husera hjälpmedlen. Vid mindre boendeyta kan den anhöriges "del" av hemmet krympa. Detta bedöms av biståndshandläggarna som skäligt då det är den enskildes behov som avgör vilka insatser som ska göras i hemmet och vilka hjälpmedel som behövs för att kunna utföra dem. En biståndshandläggare uttrycker:

Vi bedömer det som skäligt. Man har ett eget ansvar att se över så att man bor tillgängligt och det accepteras inte alltid. Så det är också mycket ett motivationsarbete där.

Tillgängligheten i bostaden såsom små, kompakt byggda badrum med inbyggda badkar försvårar möjligheter att klara hygien och toalettbesök för en hjälpbehövande som behöver hjälpmedel eller stöd från en annan person. Badrummet är ett av de rum i boendet som har stor påverkan på självständigheten i hemmet. Som ett exempel på en alternativ lösning för att kunna duscha beskrivs i en intervju en situation då den hjälpbehövande och hemtjänstpersonal åker till ett närliggande särskilt boende och duschar, för att sedan åka tillbaka hem igen efter duschen. Toalettbesök vid otillgängliga badrum kan lösas med fristående toaletter inne i något av rummen i bostaden. Hemtjänsten kommer och tömmer och rengör toalettstolen. Själva toalettstolen förskrivs som hjälpmedel av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Frekvens för tömning och rengöring bedöms av biståndshandläggare och utförs av hemtjänsten. En biståndshandläggare förklarar:

Det ju såna här fristående toaletter. Alltså man använder inte själva badrummet längre utan det är som en stol med spann.

Fristående toalett är ett av de hjälpmedel som biståndshandläggarna antyder att anhöriga i gemensamt boende med den hjälpbehövande kan ha synpunkter på. En biståndshandläggare beskriver:

När det gäller hjälpmedel, det är ju svårt när man ska ha såna där fristående toaletter. Nej, det ska inte stå framme. Och det förstår jag, det är inte så kul att ha en fristående toalett i vardagsrummet men om man måste. Man kan ju inte bara säga att du är inte välkommen hem för att du inte klarar av att gå in på toa och den luktar illa. Man får ju i så fall ha insatser så att någon rengör den och kanske ställer nåt över så att det inte är så att man ser den direkt när man kommer in.

Det finns en gräns för när den hjälpbehövande inte längre kan bo kvar i hemmet dels genom behov som omfattar dubbelbemanning och behöver ca 120 timmar per månad och dels om situationen är ytterst ansträngd hemma. Som exempelvis om en hjälpbehövande har en framåtskriden demenssjukdom med ett stort rörelsebehov

eller ett utåtagerande beteende. Några av biståndshandläggarna beskriver sjukhusvistelse som en möjlighet till att bryta den enskildes valmöjlighet att fortsatt bo hemma när motivationsarbetet inte varit tillräckligt övertygande för att få den hjälpbehövande att flytta till ett särskilt boende. Eller om situationen bedöms som ohållbar i hemmet. En biståndshandläggare säger:

Ibland händer det ju att många av de här, där det är ansträngt, men där vårdtagaren inte vill flytta till boende utan vill vara kvar hemma, att de hamnar på sjukhuset. För det finns ju en gräns för hur långt man klarar sig innan man skadar sig eller man blir ännu sjukare.

Biståndshandläggarna utgår från att den hjälpsökande ska ta ansvar för när det behövs ett annat boende som är mer tillgängligt och funktionellt, utifrån ett eventuellt tilltagande behov på grund av hög ålder. Den enskildes ansvar bedöms utifrån normativa förväntningar på hur livet ska levas (Alftberg 2012). Flera av biståndshandläggarna beskriver svårigheter att tillgodose behov på grund av att det saknas boendialternativ. Flera av dem återkommer i intervjuerna till ett behov av alternativa boendeformer för personer med funktionsnedsättning eller nedsatt rörlighet. Att det finns någon sorts mellanboenden, trygghetsboenden eller seniorlägenheter omnämns som exempel för att fylla ett behov, som det upplevs inte kan tillgodoses idag. Biståndshandläggarna framhåller att fler äldre på så sätt skulle få ökad tillgänglighet i sitt boende och därmed också ökad självständighet.

Jag tycker att det borde vara lättare och skaffa sig en sån här seniorlägenhet, då hade vi fyllt ut behovet. Det är alldeles för svårt. [...] Det känns som att vi inte kommer in i ett tidigt skede, utan när det har hänt någonting. Eller att barnen är på besök och plötsligt upptäcker de att det här fungerar inte. Och ska man då informera den enskilde och att sätta sig i kö på [boendeförmedlingen] för seniorboendelägenhet eller trygghetsboende, det tar ju det flera år. Då kan man egentligen inte, alltså behovet kan egentligen tillgodoses med det, men i tid så ligger

det jättelångt framåt. Och vi kan ju inte bevilja ett särskilt boende för det här med bostadsmiljön, att det inte är tillräckligt anpassat så att man klarar sig längre eller orkar med varandra.

Personer med nedsatt rörlighet påverkas också av tillgängligheten i närområdet. Exempelvis att allt färre banker hanterar kontanter och placeras centralt, ofta långt utanför bostadsområdena och begränsad kontanthantering på t.ex. bussar. Andra exempel är ökad digitalisering inom ett antal olika samhällstjänster som förutsätter en viss kunskap och kognitiv förmåga samt tillgång till smartphones och internet. Ytterligare exempel är matbutiker som förflyttas till större affärscentrum och kvar i bostadsområdena finns mindre butiker med begränsat utbud som den hjälpbehövande hänvisas till när hemtjänsten ska utföra inhandling av varor, då det ofta tillämpas en närhetsprincip kring vilken butik hemtjänsten ska gå till för att göra inköp. Vid en av observationerna som gjordes uppstod en situation kring närhetsprincipen gällande var hemtjänsten skulle handla åt en hjälpbehövande. Nedan följer en sammanfattning.

Den hjälpsökande hade haft förstärkt hemtjänst och syftet med det observerade mötet var att fastställa vilka insatser som fortsatt behövdes när den förstärkta hemtjänsten skulle upphöra. Samtalet kom att röra just inhandling av varor. Den medarbetare som arbetade med förstärkt hemtjänst bistod den hjälpbehövande under mötet genom att förtydliga dennes behov för biståndshandläggaren och representanten från ordinarie hemtjänst. Det visade sig att personalen från förstärkt hemtjänst tagit sig till en större butik med större utbud för att köpa de varor som den hjälpbehövande önskade vilket inte var möjligt med ordinarie hemtjänst och personalen från förstärkt hemtjänst korrigerades snabbt att nämnda butik inte var ett alternativ som erbjöds.

Ett otillgängligt boende för personer med funktionsnedsättning och stigande ålder minskar självständigheten och möjligheterna till kvarboende i det egna hemmet. För långa avstånd till service och varuutbud kan generera ett ökat beroende av formella och infor-

mella insatser. På så sätt påverkas även anhöriga, både i ett gemensamt hushåll och utanför. Tillgänglighet kan öka känslan av kontroll och bevarad identitet för en person med funktionsnedsättning eller stigande ålder (Alftberg 2012).

Möjlighet till kvarboende eller att kvalificera sig till särskilt boende

I socialtjänstlagen uttrycks kvarboende i det ordinära boendet som en möjlighet. Det vill säga att om den enskilde vill bo kvar hemma ska i möjligaste mån detta ordnas. I praktiken innebär möjligheten till kvarboende att kunna tacka nej, om en hjälpsökande bedömts kvalificera sig till ett särskilt boende. Men att vilja flytta till ett särskilt boende är inte del av valmöjligheten om den sökande inte uppfyller kriterierna för att beviljas en särskild boendeplats. En biståndshandläggare förklarar:

Det är inte valbart och det är många som blir lite förvånade för de ringer: "hej, jag vill sätta upp mig i kö till ett särskilt boende". Och då får vi informera att vi har inget kösystem utan du får ansöka och ansöker du nu, så tar vi ställning till ditt nuvarande tillstånd. Ofta kanske det är pigga personer som ringer men som vill vara ute i god tid för de tror att man kan ringa. Det kan vara svårt. Utifrån informationen som finns, så tror man kanske att man bara kan ringa till oss. Men det är inte så lätt för det är en ansökan och det är en ordentlig utredning och man ska ju se om boendet kan tillgodoses på annat sätt eller inte. Då måste man prova andra insatser och det är inte alltid som den enskilde vill. Utan de tänker att jag vill bara till ett boende och jag vill inte ha något annat. Så det kan bli lite krock där. Man tror och man har förväntningar och tänker att det ska vara enkelt. Men vägen dit är ju lång. Det är ju den sista insatsen som vi beviljar, när man faktiskt har provat och så kommit fram till att det fungerar inte. Och då den enskilde inte är tillförsäkrad skälig levnadsnivå i den egna bostaden. Mm, så jag vet inte. Man upplever kanske själv att man har jättestort omvårdnadsbehov för att man behöver ha hjälp med en del av sin dagliga livsföring, men utifrån handläggarperspektiv så kan

man ju bistå med jättemycket hjälp. Det är en utmaning att möta det och förklara för dem, för vissa lever på att det ska finnas äldreboenden och det finns ju inte.

Ett särskilt boende är inte ett valbart alternativ utifrån vilja och den egna upplevelsen av sina behov. Lagens formulering om en möjlighet till att bo självständigt har för kommunerna runt om i landet tolkats som en skyldighet att pröva alla andra insatser som står till buds för att tillgodose skälig levnadsnivå i hemmet, innan ett särskilt boende kan bli aktuellt (Esbjörnsson, Larsson, Nyman 2014). Citatet ovan kan spegla en konflikt mellan befolkningens förväntan på en universell välfärd med tillgängliga insatser utifrån individens önskan och en äldreomsorg förknippad med åtgärder och insatser som ska finnas vid tilltagande ålder. Till den praktik som finns som innebär en socialtjänst som tillämpar individuell behovsprövade insatser som inte kan ”tillgodoses på annat sätt” än med formella insatser från kommunen.

Ökande kostnadsmedvetenhet hos biståndshandläggare ger ramar för hur olika insatser presenteras och motiveras för den hjälpsökande. Denna kan skapa en kollision mellan etiska och ekonomiska perspektiv som för en del biståndshandläggare är svårt att inlemma i sin bild av uppdraget. En biståndshandläggare beskriver:

Där är vi nog lite oeniga för några av oss tycker väl att, ja, ser ganska krasst på det här med ekonomin och att när man har fått så här många hemtjänststimmar då har vi rätt till att säga nej till att vara hemma. För i och med att vi också ska se till kostnaden på insatsen, att det är mer kostnadseffektivt att vara på ett boende än att ha personal där hemma nästan hela tiden. Och så är det några som tänker att nä, men det måste ju vara den egna upplevelsen av det. Även om jag har jättemycket hjälp men vill bo hemma så ska man ju ha rätt att kunna göra det. Så det är lite olika vad vi tycker. Jag kan känna, utifrån mig själv, att när nån ansöker då ska man ju beakta hela situationen. Känslan av trygghet, hjälpbehovet, anhöriga, eller den man bor med, hur mycket den är involverad och belastad. Och ja, jag

kan inte se att det är klokt att säga att nu stoppar vi här. Nu kan du inte vara hemma mer. Det känns rätt så hemskt tycker jag men samtidigt ser jag det som hemskt om nån, "neeej, ni är inte tillräckligt belastade" för det kanske de upplever att de är. Jag menar att den enskilde är ju expert på sig själv och den anhörige expert på hur det är att vara anhörig i den situationen. Så det är jättemycket att lyssna in.

Att bevilja en ansökan om ett särskilt boende är inte aktuellt utan att först ha prövat att tillgodose behoven genom hemtjänstinsatser. Detta kan ge påtagliga konsekvenser för anhöriga där den anhörige i sin omtanke om den hjälpbehövande, t.ex. vuxna barn, tar hem sina föräldrar för att bo tillsammans. Det ses som en tillfällig lösning för att kortsiktigt lösa en förälders hjälpbehov och eventuellt framtida konsekvenser förutses inte. Den anhörige kan ha en förväntan om att då den hjälpbehövande föräldern får mer omfattande behov, eller om familjesituationen inte blir hanterbar, erbjuds den hjälpbehövande en annan boendeform. Istället föreslås hemtjänstinsatser för att tillgodose behovet och det vuxna barnets hem blir en formell arena och arbetsplats åt hemtjänst och hemsjukvårdspersonal. En biståndshandläggare beskriver:

Jag har några såna ärenden där dom vägrar ta emot nån hjälp. Då blir det ju lite en hypotetisk fråga, att de ska ta emot insatser och så vägrar de ta emot hemtjänst. Och då är det avslag. Det kan jag känna, det är ju enligt våra riktlinjer. Vi ska pröva allting och så, men det är svårt när de vägrar att prova. Man ser ju att behovet av mycket hjälp finns men att de kan klara sig hemma också. Det är ju vissa fall när de bor med anhöriga. Jag har en kvinna, hon bor med sin dotter och dottern vägrar att ta emot hemtjänst.

Då det inte generellt görs en hushållsgemensam biståndsbedömning dokumenteras inte social kontext eller avvägningar, t.ex. ur ett barnperspektiv, då det kan finnas minderåriga barn i hemmet. Barn blir ofta omsorgsgivande anhöriga på samma sätt som många vuxna, de dras "in i omsorg för att det inte finns några alternativ"

(Nordenfors, Melander och Daneback 2014 s.15). I en enkätstudie från Göteborgs universitet, med ett slumpmässigt obundet urval av elever i nionde klass (2424 elever), framgår att 7 % av ungdomarna uppger att de utför mycket hög grad av omsorgsgivande. Resultaten i studien visar också att gruppen med högre omsorgsfrekvens i större omfattning upplever att det finns svårigheter för hushållets inkomster att räcka till. Ca 3 % av ungdomarna som besvarat enkäten uppger att de stannar hemma från skolan en eller flera dagar i veckan för att ge omsorg till någon (Nordenfors, Melander och Daneback 2014). Jag menar att resultaten pekar på betydelsen av att identifiera hela familjens eller hushållets situation och eventuella behov, både var för sig, hjälpbehövande och anhöriga, samt som en gemensam helhet.

Även att vara sammanboende par påverkar frekvensen av formella insatser, både hemtjänstinsatser och erbjudande om plats på särskilt boende. Sedan 2001 pågår insamling av data i en långsiktig kunskapsbas kring äldreområdet, SNAC (Swedish National study on Aging and Care). I Skåne heter studien Gott Åldrande i Skåne (GÅS) och ansvaras för av avdelningen för geriatrik vid Lunds universitet. Med data från GÅS-studien har avdelningen för geriatrik på Lunds universitet på uppdrag av den undersökta kommunen tagit fram ett underlag om äldres hälsa och behov av insatser. I rapporten framgår bland annat att insatser i ordinärt boende framför allt ges till ensamboende. Av personer med nedsatt funktionsförmåga att hantera sin dagliga livsföring (iADL) i hemmet och sin rörelseförmåga utomhus, har 20 % insatser från kommunen. Av de som får formella insatser är 38 % ensamboende och 5 % sammanboende med en partner (Nordell, Pihlgård och Elmståhl 2016 s.37). En tredjedel av samtliga äldre som deltagit i studien anger att de i varierande grad har psykisk ohälsa (definierat genom symptom som nedstämdhet, nervositet och eller irritabilitet, ibid. s.7, 31). Författarna problematiserar kring urvalet av deltagare i studien och gör ett antagande att materialet återger friskare individer då de äldsta och sjukaste avböjer deltagande i större utsträckning. Likaså diskuteras att antalet deltagare från etniska minoritetsgrupper är för lågt för att kunna utgöra mätbart underlag. I den undersökta

kommunens egen databas över beviljade insatser anges andelen gifta personer som beviljas en särskild boendeplats i mars 2016 vara ca 11 % av samtliga som beviljas plats på särskilt boende och omfattar alla ålderskategorier (Malmö stad 2016b).

Sammantaget ger rapporten från GÅS-studien och kommunens data en indikation på hjälpbehövandes beroende av en sammanboende partner. I tidigare tema om uppdrag och verksamhet beskrivs arbetsmetoder och i intervjuerna uttrycker biståndshandläggare att sammanboende i sig inte är en faktor som beaktas vid bedömningen av en hjälpbehövandes behov. Detta motsägs av både underlaget från rapporten ur GÅS-studien och från kommunens egen data. Faktorer som att partners eller andra anhöriga väljer att åta sig och bistå med insatser kan påverka i varierande grad, men detta kan varken styrkas eller avfärdas då anhörigas åtaganden och frivilliga val inte dokumenteras. I delar av de inhämtade utrednings-/beslutsunderlagen från biståndshandläggarna framgår till viss del vilka insatser som görs av anhöriga. I dokumentens text framgår det som ett konstaterande och inte om anhöriga blivit tillfrågade. Det finns således ingen dokumentation som bekräftar att anhöriga fått frågan om att vilja åta sig uppgifter eller utföra insatser. Om underlagen från GÅS-studien och kommunens data beror på faktorer som restriktivitet från kommunen eller den enskildes och dennes familjs val kan således inte denna studie ge svar på. Ett rimligt antagande kan dock vara att det rör sig om en kombination av flera faktorer.

Vård och omsorg i hemmet

Som diskuterats tidigare är flera av biståndshandläggarna eniga om att mer vård utförs i hemmen idag än tidigare och att ökningen förväntas fortsätta. Några beskriver en upplevelse av att människor är sjukare och ”har det svårare” idag än tidigare i de ärenden som utreds. Bilden bekräftas av forskare som menar att sjukhusens kortare vårdtider och färre vårdssängsplatser i kombination med kommunernas förändrade policys är några av de faktorer som påverkar. Det avser policys som ger en minskning av antalet särskilda boendeplatser samt utökad vård och omsorg i hemmen som ger ef-

fekter med fler och sjukare personer som får sin vård och omsorg tillgodosedd i hemmet (Sand 2007; Szebehely, Ulmanen, Sand 2014a). En biståndshandläggare uttrycker så här:

Det är mer komplicerade ärenden än vad det var när jag började, då var det kanske inte så omfattande. Nu satsar man på vården i hemmet, det är ju tydligt.

Den studerade kommunen har i samarbete med andra kommuner i regionen slutit ett samverkansavtal med sjukvården som även inkluderar en ny teambaserad vårdform. Den ska omfatta läkarstödd vård i hemmet för de grupper som har mest omfattande vårdbehov utifrån ett antal olika kriterier som ska vara uppfyllda (Kommunförbundet Skåne 2016-11-14). Syftet är att minska behovet av att uppsöka akutvård på sjukhus samt att underlätta för de mest sjuka som därigenom slipper förflyttas om det inte är nödvändigt. Samverkansformen är under utveckling och kommer att introduceras stegvis. Parallellt följs utvecklingen av både kommun och sjukvård för att utveckla fungerande strukturer och rutiner med hög patient-säkerhet. Vilka förändringar som vårdformen kan innebära för anhörigas situation är oklart. Jag menar att denna studie indikerar att det finns risk att anhöriga åläggs att utföra mer insatser eller t.ex. egenvård för den hjälpbehövandes räkning utan att detta dokumenteras eller att anhöriga tillfrågas.

En av biståndshandläggarna menar att förändrad sjukvård och kommunal policy inom vård och omsorg inte är de enda förändringar som biståndshandläggarna upplever i de inkomna ärendena. Biståndshandläggaren beskriver:

[...]Men sen tycker jag att det är mycket mer komplicerade ärenden nu än vad det var när jag började. Jag tycker att det är yngre människor som är sjuka. Man stöter på barnfamiljer oftare, det är lite annan social problematik alltså. Det har blivit värre på nåt vis, alltså folk har det svårare.

Forskning visar att barn som anhöriga till personer med psykisk ohälsa är en grupp med höga risker för egen ohälsa och social utsatthet upp i vuxen ålder. I en ekonomisk studie om samhällets kostnader för vuxna barn, som vuxit upp med förälder med beroendeproblematik eller att förälder vårdats för psykisk ohälsa, framgår att dessa utgör ca 8 % av Sveriges vuxna befolkning. Denna grupp utgör enligt studien ca en fjärdedel av den totala samhällskostnaden av psykiatri och missbruksvård, till följd av egen psykisk sjukdom och missbruk i vuxen ålder. Författarna menar att kostnaden skulle kunna sänkas med ca 35 miljarder om året, om frekvensen av psykisk ohälsa och missbruk kunde reduceras till en nivå motsvarande övriga befolkningens (de som vuxit upp utan anhörigskap som barn). Denna reduktion skulle enligt författarna ske genom preventiva insatser och genom stöd till anhöriga barn under uppväxten (Hovstadius, Ericsson och Magnusson 2015).

En av frågorna i intervjuerna handlar om vad biståndshandläggarna tänker kring framtiden med utökad vård i hemmen. En biståndshandläggare uttrycker:

Mycket medicinsk utrustning, kan jag tänka, om man ska vårda i hemmet. Alltså jag tror, att vi kommer att behöva jobba mer med motivationsarbete. Sen tror jag att det är många, vissa, kommer nog tycka att det är positivt att man kanske kan vårdas hemma. Det är inte alla som tycker om att en anhörig är inlagd på sjukhus. Det är ingen bra miljö att ligga i en fyrasal, eller nåt sånt. Utan att man ändå får sin vård i [hem]miljön och man kan titta till personen och se att allt är ok. Det är vissa som kommer att uppleva att det är positivt och andra som tycker att det är mindre positivt, så är det ju med allt.

I citatet ovan framställs sjukhusmiljön ”inte som en bra miljö att ligga i” och att det motiverar att ge vården i den hjälpbehövandes hem och det lyfts fram som ett bättre alternativ. Hemmet ställs som alternativ till en fyrabäddssal på en sjukhusavdelning. Det problematiska med en framtida utveckling med mer vård i hemmet

uttrycks vara ett eventuellt ökat motstånd som ska kunna lösas med ”mer motivationsarbete”. Ingen av biståndshandläggarna uttrycker behov av andra eller flexibla insatser för att stödja anhöriga eller underlätta deras vardag, utan de ser ett ökande behov av mer motivationsarbete. En biståndshandläggare beskriver:

Jag upplever att många, de är för trötta och de tycker att det är lugnast och skönast att få vara hemma i sin invanda miljö. Jag tror det är mycket budgettänk, alltså från de som bestämmer och sen rimmar det med att många vill vara hemma också. [...] Jag tror att jag är en av dem som nog tycker att man kan göra mycket, mycket hemma. Alltså om personen vill bo hemma, så tycker jag att då kan man lösa det. Sen tycker jag att när det är dementa och de börjar gå ut i trappan och de börjar gå ut och så, då kan jag tycka att nu är det nog bra med ett boende. Men annars tror jag att man kan bo hemma väldigt länge med rätt hjälp och så där.

Flera av biståndshandläggarna lyfter i intervjuerna att det är lättare att ge insatser till en hjälpbehövande om denne lever ensam i ett hushåll, än då det finns en partner eller flera som bor i samma hushåll att ta hänsyn till vid bedömning av insatser. Detta menar jag ger en indikation på insatsernas materiella utformning. Sociala insatser och insatser som stödjer relationerna i familjen finns inte att tillgå. Det är dessutom lättare för hemtjänstpersonalen att få en tillgängligare arbetsmiljö när det inte finns andra parter i hemmet att ta hänsyn till, t.ex. vid insatser på natten eller vid behov av skrymmande hjälpmedel.

Hjälpmedel

En del av förutsättningarna för vård och omsorg i hemmet är som tidigare nämnts hjälpmedel. Dels hjälpmedel för att den enskilde ska kunna få sin vardag underlättad men också för att hemtjänsten och hemsjukvården ska kunna utföra vård och omsorg. Ett av dessa hjälpmedel för att underlätta arbetet är en vårdsäng till den hjälpbehövande. En vårdsäng i ett gemensamt hem med begränsat utrymme kan som tidigare nämnts bli ett problem där den anhörig-

ges del till det gemensamma hemmet begränsas. I citatet nedan beskrivs att det också finns emotionella aspekter att beakta.

Det är just det här med vårdsängen, det är ju rätt så känsligt. Och behöver man hjälp på natten då brukar man ju säga: "Vi bara informerar: kanske har ni tänkt på att ni inte ska ha gemensamt sovrum för att personalen ska komma varannan timme nattetid och byta någonting?" Det brukar inte vara så ofta men var tredje timme. "Så kommer du bli väckt. Du kommer att bli störd." Då kan man berätta att vi har haft andra som har valt att ha kanske eget sovrum och då har det funkat. Att man inte blir väckt eller störd. Sen finns ju de som ändå vill bo, sova i samma sovrum och då får man ju ta konsekvensen av att man blir väckt. Det är lite svårt att inte bli det när personalen går in och ska byta någonting.

Det bedöms som skäligt att t.ex. ha den hjälpbehövandes vårdsäng i vardagsrummet om tillgängligheten i sovrummet är begränsad eller om en anhörig inte ska bli störd av hemtjänst vid insatser nattetid och hemmet inte inkluderar fler sovrum. En av de intervjuade biståndshandläggarna uttrycker att det inte är så vanligt att anhöriga motsätter sig t.ex. hjälpmedel och att det handlar om acceptans av situationen. Med en tydlig inriktning på att kompensera den hjälpbehövandes fysiska funktionsförluster förväntas anhöriga acceptera förändringen av både hemmets nya funktion som vårdplats. Dessutom förväntas anhöriga att acceptera begränsade möjligheter till socialt liv och upplevelse av att hemmets trivsel förändras. På så sätt menar jag att perspektivet förskjuts från en hemmaboendeideologi med hemmet som trygghet, till att bli ett *relationellt problem* mellan t.ex. makar i ett gemensamt hem.

Biståndshandläggarens uppdrag omfattar i praktiken primärt den hjälpbehövandes fysiska situation. Med insatser ska i möjligaste mån vardagen normaliseras med stöd för att den hjälpbehövande själv ska kunna utföra så mycket som möjligt för att bibehålla eller återupprätta sin funktionsförmåga. Den hjälpbehövandes sociala kontext och relationer blir sekundärt såvida detta inte påtagligt

förhindrar utförandet av insatser. Eller att den hjälpbehövande tydligt påpekar ett behov om insatser för att underlätta för anhöriga. Anhörigas upplevelse av oro, att behöva finnas tillhands eller t.ex. att vara säker på att vakna om den hjälpbehövande försöker ta sig ur sängen nattetid, är aspekter som inte synliggörs i samma utsträckning som hjälpbehövandes fysiska behov. Insatser som kan tillgodose anhörigas behov kan vara svårdefinierade eller att det saknas insatser för att tillgodose dem.

Alternativa boendeformer

Biståndshandläggarna uttrycker återkommande det finns ett behov av alternativa boendeformer eller någon form av mellanboende för att kunna tillgodose identifierade behov. Detta är särskilt angeläget då otillgänglighet eller social isolering i boendet skapar ett behov hos den hjälpsökande som kan tillgodoses genom en annan boendeform. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015) har gjort beräkningar utifrån alternativa framtidsscenarion kring äldres behov och kommit fram till att det alternativ som bäst förväntas möta äldres önskemål, behov och kostnadsutvecklingen antas vara just en form av mellanboende. Det är ett boendalternativ som skulle öka tillgängligheten i vardagen och förväntas ge upplevd trygghet även vid lättare funktionsnedsättning. Det kan dessutom ge utökade sociala möjligheter och minska behov av anhörigas informella insatser samt även ha preventiva effekter (både för den hjälpbehövande och den anhörige) och därmed minska det totala hjälpbehovet. Rapporten beskriver att kommunernas kostnader skulle med detta alternativ öka samtidigt som de *totala samhällskostnaderna* skulle minska. De beräknade samhällskostnaderna inkluderar sjukvårdskostnader och anhörigas informella insatser (avser dock inte anhörigas kostnader kopplade till dennes livskvalitet eller hälsa). Liknande konsekvenser beräknar författarna ges vid en utökning av särskilda boendeplatser eller vårdboende. Författarna menar att även i detta scenario skulle kommunens kostnader öka medan landstingens kostnader och anhörigas privatekonomiska kostnader och insatser skulle minska.

Ökningen av kostnader i en jämförelse mellan en särskild boendeplats och mer omfattande hemtjänstinsatser i det egna hemmet beräknas vara likvärdiga. I detta alternativa scenario, med stegvis utökad hemtjänst för att tillgodose behoven, skulle kostnaderna öka för landstingen och kräva mer av anhörigas informella insatser. Samtidigt skulle kostnadsökningen i kommunerna ske i en lägre takt. Rapporten ger en överblick som ytterst handlar om vem som ska bära de ökande kostnaderna.

Sammanfattande reflektion

Återkommande både i tidigare forskning och intervjumaterialet är utsagor om hemmets betydelse och vikten av hemmet för de hjälpbehövande. Detta inkluderar även en bostad med bristande tillgänglighet och fall där både den hjälpbehövandes och anhörigas autonomi och integritet bättre kan beaktas och tillgodoses med en annan bostad. Aspekter som bibehållen identitet och duglighet projiceras på hemmets betydelse. Tryggheten till en fysisk plats eller ett specifikt bostadsområde förstärks, t.ex. efter att ha levt ett långt liv på platsen. Upplevelser som rädsla för förändringar, bristande tillit till samhällets insatser eller det okända, problematiseras inte i lika hög grad. När ett hjälpbehov uppstår genom sjukdom eller funktionsförluster blir det hanterbara och igenkänningsbara viktigare än tidigare. Även privatekonomiska aspekter och tillgången till bostäder påverkar möjligheten att flytta till mer tillgängliga och funktionella boenden.

Den gemensamma rätten till bostaden framhålls av biståndshandläggarna. Definitionen av denna gemensamma rätt kan i praktiken bli en begränsning av den anhöriges tillgång till det gemensamma hemmet då bostadens yta eller utformning inte ger möjlighet till integritet för både anhöriga och en hjälpbehövande person som behöver ta emot omfattande omsorgsinsatser från hemtjänst och hemsjukvård. Det kan uppstå komplexa situationer efter lång sjukdomstid där relationerna mellan parterna i hemmet blir ansträngda och allt mer asymmetriska. Jag tolkar i mitt material att detta generellt inte uppfattas som en situation som biståndshandläggare ska beakta. Således förskjuts problemen till ett privat ansvar och

görs till ett relationellt problem för paret eller familjen. Det ger en förskjutning av ansvar men utan medföljande makt för familjen att kunna göra ett reellt val i situationen. Insatserna från hemtjänst och hemsjukvård bedöms ofta möjliga att utföra oavsett konsekvenser för familjen som helhet. Synen på anhöriga är då att beskriva som *anhöriga som resurser*, där anhöriga bemöts som en tillgång för den hjälpbehövande och för den verksamhet som t.ex. utför punktinsatser av vård eller omsorg (Twigg och Atkin 2002). Det kan uppstå moraliskt komplicerade situationer för anhöriga vars val ytterst kan komma att bestå av att acceptera situationen eller flytta från den gemensamma bostaden. Vid en identifiering av behov är detta en aspekt som behöver synliggöras och som paret eller familjen, kan behöva få stöd att hantera för att uppnå en skälig levnadsnivå. Genom att inte synliggöra konsekvenser riskeras en ökad ohälsa och social isolering då hjälpbehövande och deras anhöriga inte lyckas skapa en gemensamt hanterbar vardag. Även för många av de hjälpbehövande som lever ensamma i sin bostad kan anhöriga vara involverade och kompensera med insatser eller vara den som tröstar och lugnar om insatser inte blir som förväntat (jfr ex. Nordenmark 2008; Socialstyrelsen 2014; Ulmanen 2015).

I intervjuerna med biståndshandläggarna finns en samstämmig bild av boendet och hur boendefrågor ska hanteras. Individens ansvar för sitt boende är tydligt och behov av tillgängligare hem omgärdas inte av samma motivationsarbete från biståndshandläggarna som att ta emot hemtjänstinsatser. Min tolkning av denna samstämmighet är att biståndshandläggarna tillämpar en kompensatorisk strategi genom kvalitetssänkande krav på sitt arbete. Uppdraget ger inte förutsättningar att hantera problematiken med boendets tillgänglighet eller utformning så att både den hjälpbehövande och anhöriga kan uppnå bibehållen integritet och skälig levnadsnivå. Biståndshandläggarnas möjligheter att påverka vid konflikter om bostaden är begränsade. Därmed avgränsas boendefrågan till att handla om den "enskildes rätt" att bo kvar hemma oavsett social kontext och familj. Insatser i form av stöd och handgriplig hjälp att söka annat boende på öppna marknaden ingår inte i det som "erbjuds" från kommunen. I några av intervjuerna nämns ekonomiska

aspekter som skäl för kvarboende i hemmet. Förslag på andra boendeformer med ökad tillgänglighet, med exempelvis större badrum, hiss och liknande, anges kunna lösa behov som idag genererar hemtjänstinsatser. Det skulle verka för ökad autonomi och integritet hos både den hjälpbehövande och anhöriga. I övrigt uppfattar jag biståndshandläggarna som försiktiga med innovativa lösningar för att tillgodose behov hos hjälpsökande och deras familjer. Beskrivningarna omfattar de insatser som finns tillgängliga och inte lösningar för de behov som identifieras. Konflikten i biståndshandläggarnas uppdrag och deras egna förväntningar i mötet med organisationens gör att de genom att hålla sig till den angivna normen av vad som ska ingå i uppdraget lättare kan hantera sin arbetsdag. Det ger dem en större känsla av kontroll och förståelse för komplexiteten i sina uppdrag (Orbuch 1997).

FRIVILLIGHET OCH INDIVIDENS ANSVAR

Detta tema handlar om vems frivillighet i ett gemensamt hem som ska beaktas och vad som omfattar en individs ansvar. Frivillighet i socialtjänsten sammanfattas i akademikerförbundets ”Etik i socialt arbete - Etisk kod för socialarbetare” (2013) på följande sätt: ”I socialt arbete bör vi respektera och försöka utveckla en persons förmåga till fria val och egna beslut i den mån det inte innebär ett hot mot andras frihet och välbefinnande. [...] dels om att respektera en persons faktiska självbestämmande, dels om att försöka öka och förstärka en persons livschanser och frihetsutrymme.” (Akademikerförbundet SSR 2013 s.10). Dessa rader beskriver en del av kärnan i detta tema: en individs ”fria val och beslut” som ställs mot en annan individs ”fria val och beslut”. I intervjuerna tillfrågas biståndshandläggarna om hur de tänker kring begreppet frivillighet i relation till sina uppdrag. De är rörande överens om att begreppet är centralt i relation till den hjälpsökande. Den enskildes vilja att ta emot eller inte ta emot insatser uppfattas som grundläggande i biståndshandläggarnas uppdrag.

Jag tänker att det är det mitt arbete bygger på och socialtjänstlagen är ju inte tvingande på nåt sätt utan allt handlar om frivillighet. Den enskilde måste själv vilja annars blir det ingenting, så det är väl det jag tänker på.

Biståndshandläggarna beskriver sig även företräda den hjälpbehövandes intressen mot t.ex. anhöriga när detta anses behövas, om dessa har en motsatt åsikt eller vilja. Om situationen är tvärtom, t.ex. att en anhörig vill göra mycket av omsorgarbetet för den hjälpsökande blir biståndshandläggarens roll istället att hjälpa den anhörige att avgränsa sig. Biståndshandläggaren motiverar då till att ta emot hemtjänstinsatser om det bedöms finnas ett behov. Flera av handläggarna betonar frivilligheten för den hjälpsökande att *avstå* hjälpsatser. Frivilligheten beskrivs i termer om att få ansöka om olika insatser och ett fritt val att avstå insatser om man beviljats dessa (fått bifall) efter utredning och bedömning. En biståndshandläggare uttrycker:

Men ja, som vår jurist säger "ni måste acceptera att folk väljer att ha det sämre än de kan ha det" och det är ju tillbaka till det som är det svåraste. "Man har rätt att välja lägre än skälig levnadsnivå, alltså det måste ni lära er att acceptera". Hon sa "det vet jag att ni har svårt att göra".

Om den hjälpsökande, eller i vissa fall dennes anhöriga, inte vill ta emot de erbjudna insatserna eller upplever att de inte ger den hjälp som behövs ger frivilligheten valmöjlighet att avstå. Det vill säga den enskildes egen upplevelse av vilken hjälp som ska ges styr den faktiska insatsen i begränsad omfattning. Biståndshandläggarna uppfattar det ytterst som ett aktivt och frivilligt val, att avstå hjälp om den hjälpbehövande inte upplever att de tilltänkta insatserna är ett alternativ som upplevs tillgodose behoven. Däremot är detaljer kring hur den bedömda insatsen ska utföras i viss mån påverkbar för den hjälpbehövande.

Biståndshandläggarnas förhållningssätt till den hjälpbehövandes frivilliga val, skiljer sig något åt. Flera beskriver frivilligheten som villkorad, t.ex. vid omfattande insatser i hemmet. Vid en gräns på behov av hemtjänstinsatser som omfattar över ca 120 timmar per månad, förväntas handläggarna särskilt uppmärksamma detta. De förväntas även föreslå andra mer kostnadseffektiva åtgärder. Exempelvis så beräknas kostnaden för särskilt boende bli lägre vid

omfattande behov som t.ex. kräver dubbelbemanning vid utförande av insatser av hemtjänst. Andra biståndshandläggare uttrycker att även om vården inte kan garanteras i hemmet ska den enskildes vilja och val gälla även om den hjälpsökande t.ex. har kognitiv svikt. I praktiken verkar detta synsätt sällan tillämpas om den hjälpbehövande lever ensam och har en utåtagerande demenssjukdom eller ofta "går in till grannar" eller anses utgöra en fara för sig själv eller andra. I de fallen återkommer biståndshandläggaren gång på gång för att motivera den hjälpbehövande att ta emot föreslagna åtgärder. Det kan också förekomma fall där omgivningen eller andra parter påtalar ett behov hos en individ som denne inte upplever själv. En biståndshandläggare beskriver det som ett problem:

I förhållande till andra parter runt omkring den enskilde så är det inte alltid som anhöriga har så stor förståelse för frivillighet. För man tänker att kommunen måste agera men vi kan inte, för att det är ju den enskilde som ska ansöka om insatsen själv så det kan vara lite svårt. Man får förklara hur vi tänker och det kräver ju mycket motivationsarbete.

Biståndshandläggarna betonar *den enskilde* i intervjuerna. I citatet ovan förtydligar en handläggare att det är denne som avses när det handlar om frivillighet inom biståndshandläggningen. En annan handläggare uttrycker svårigheten med att beakta behoven i ett gemensamt hushåll där det finns två eller flera parter och lägger ett tydligt fokus på den hjälpsökandes definierade behov och vilja. Prioritetsordningen förklaras och rättfärdigas med förväntningar i uppdragets utförande och de val som parterna gjort genom t.ex. ett äktenskap och valet att leva tillsammans.

Men det är det som gör det knepigt för nån drabbas ju oavsett om du utgår ifrån vad den anhörige säger eller vad vårdtagaren säger, så har de ju två olika uppfattningar. Men vi är ju till för nr 1: är den som har hjälp, nr 2:... alltså så är det. [...] Men sen måste vi ju beakta de som finns runt omkring i bostaden. Och det är ju makan eller maken som vi måste ta hänsyn till. Men

oftast blir det nog så att vi, om man ska tänka, så blir det ju vårdragaren, att det är hans eller hennes bästa som man utgår ifrån. Och sen tänker vi kanske, att det är i nöd och lust.

Några av biståndshandläggarna refererar till de anhöriga som är vuxna barn till den hjälpsökande, vid frågan om hur de tänker kring anhörigas frivillighet. En av dem beskriver:

Jag tänker att utifrån min erfarenhet av vad jag stöter på i arbetet är att frivilligt, ja de säger att de gärna hjälper till och så och gör det verkligen. Men när man hör lite mellan raderna så förstår man att det är oftast ett rätt tungt jobb dom gör. Att kanske frivilligt utifrån att de vet att kanske föräldrarna inte vill ta emot hjälp från kommunen eller att man kanske inte vet riktigt vart man vänder sig eller vad man kan få hjälp med. Och då tänker man att man hjälper till så länge man kan. Sen så, ja, frivillighet för att man vill att situationen ska lösa sig och för att man vill hjälpa till. Men jag tror att många drar nog ett lite tyngre lass än vad de egentligen skulle vilja kalla frivilligt.

I citatet ovan reflekterar en biståndshandläggare över de anhöriga som är vuxna barn till en hjälpbehövande person och dessa anhörigas förhållningssätt till vad som är frivilliga åtaganden. Citatet visar exempel på relationers starka betydelse mellan människor. Biståndshandläggaren ser också det ”tyngre lass” som många av de anhöriga utför.

Erbjudande om stöd eller socialtjänst

Flera av biståndshandläggarna beskriver sitt ansvar som begränsat och ger uttryck för en verksamhet som på flera sätt ”erbjuder” eller tillhandahåller vissa ”servicetjänster” i stället för en socialtjänst med ett skyddsnet för hjälpbehövande individer. Exemplet nedan är hämtat från en av observationerna i studien. Det åskådliggör komplexiteten i den hjälpbehövandes vardag: ansträngd ekonomi (t.ex. låg pension), grovstädning av hemmet, sjukhusets organisering och val av operationsort, den anhöriges svårigheter att besöka under sjukhusvistelsen på grund av ekonomiska skäl, kosthållning i

relation till diagnos och hygien efter operation osv. Detta är faktorer som sammantaget blir svårhanterliga för den hjälpbehövande och som gör det svårt för denne att uppnå skälig levnadsnivå.

Jag och biståndshandläggaren var på hembesök hos en hjälpsökande i ett hyresrättsområde. Besöket var andra tillfället då biståndshandläggaren och den hjälpsökande träffades. Den hjälpsökande skulle opereras för en cancersjukdom i mag- och tarmområdet. Sjukvårdens tillämpning av att vissa kirurgiska ingrepp förlagts på olika platser i regionen innebar att den hjälpsökandes operation skulle utföras ca en timmes resa bort från hemorten. Vid vårt besök i hemmet står en anhörig (vuxet barn) vid spisen och friterar dagens lunch till den hjälpsökande. Hemmet är i stort behov av städning/grovrengöring. Jag förstår av samtalet och hemmets beskaffenhet att det finns ekonomiska svårigheter både för den hjälpsökande och för den anhörige. Den hjälpsökande har efter en sjukhusvistelse fått en räkning från sjukhuset. Den hjälpsökande kommer inte att kunna betala räkningen med den inkomst som hen har att förfoga över, utan kan endast delbetala med lägre belopp. Den hjälpsökande är orolig över att operationen ska äga rum långt från hemorten främst för att den anhörige inte har ekonomi som ger utrymme att kunna komma och besöka under sjukhusvistelsen. Biståndshandläggaren försöker under samtalets gång, vid ett par tillfällen inflika frågor om det behövdes hjälp med städningen. Den hjälpsökande viftar bort det med att de inte lyckats hitta rätt sorts dammsugarpåsar till dammsugaren. Familjens förståelse eller kunskap om hur man kan gå tillväga för att hantera en obetalbar räkning eller konsekvenser av att äta friterad mat vid svåra mag- och tarmbesvär eller vikten av hygien efter kirurgiska ingrepp för att motverka infektion, verkar begränsad. Som utomstående observatör identifierar jag ett antal områden där socialtjänstens ansvar att stödja och bistå den hjälpbehövande och den anhörige borde vara självklara. När vi avslutat hembesöket frågar jag biståndshandläggaren hur hen tänker kring mötet vi just varit på. Biståndshandläggaren svarar att hen och den hjälpsökande troligen kommer att ha en ganska

lång relation framöver och att etablera tillit initialt är det viktigaste. Biståndshandläggaren fortsätter och beskriver sitt största bekymmer att alls få hemtjänsten att gå dit, då storstädningar inte ingår i det som erbjuds av hemtjänsten.

Flera av biståndshandläggarnas uppfattning av individens ansvar omfattar i praktiken: att hålla en viss miniminivå på hemmets standard, ha en viss grundläggande kunskapsnivå om hur samhällets funktioner är organiserade och veta var man ska vända sig för att få stöd och hjälp som inte ligger inom vård och omsorgs erbjudande, t.ex. kunskap om vilka bidrag som avser att stärka låga pensioner. För de hjälpbehövande som inte klarar detta och som har anhöriga, blir ansvaret ofta anhörigas. Ansvar att efter bästa förmåga försöka lösa situationer och behov. En annan biståndshandläggare ger nedan exempel på en situation där anhöriga kräver hjälp av biståndshandläggaren men där denne inte uppfattar kravet ligga inom ramen för sitt och socialtjänstens uppdrag.

Det kan vara barn som säger att ”ja, då får ni ta ansvaret för min mor, nu släpper jag! Nu orkar inte jag längre. Nu får ni ta ansvaret för henne.” Nej, vi kan ju inte ta på oss nåt sånt stort ansvar för andras liv på det viset. Man får fortsätta och ja, man får ge det en chans på nåt vis och lägga in hemtjänst och så, det blir ju... Det kanske finns förväntningar.

I citatet ovan beskrivs ett begränsat ansvar inom socialtjänsten. Biståndshandläggarna återkommer till det *erbjudande* som de kan stå till tjänst med, likt en kundrelation där kunden väljer att köpa en erbjuden vara eller att gå vidare till nästa butik. Det är ett stort steg mellan en socialtjänst som ska bistå människor till en skälig levnadsnivå och ett besök i en butik där valet står mellan olika varor. I citatet ovan tydliggör biståndshandläggaren att de som biståndshandläggare inte kan ta ”sånt stort ansvar för andras liv” samtidigt som de insatser som erbjuds ofta är avgörande för både den hjälpbehövandes och de anhörigas liv.

Anhörigas frivilliga åtaganden

Biståndshandläggarna fokuserar till stor del på den hjälpbehövandes möjlighet till frivillighet i sina svar även när intervjufrågan specifikt avser de anhöriga. Ett problem som beskrivs är att människor runt den hjälpbehövande ofta inte har förståelse för vad frivillighet är och vikten av att det är den enskildes vilja som avses och prioriteras, även framför identifierade behov som kan inskränka på anhörigas vilja och möjligheter till ett hanterbart vardagsliv.

I beskrivningarna om frivillighet framträder ett förhållningssätt till frivillighet som avser den enskildes rätt att kunna säga ja eller nej till beviljade insatser. Det ger konsekvenser för de anhöriga vars möjlighet till frivillighet därmed omfattar val såsom att göra konkreta omvårdnadsinsatser för den enskilde eller inte. Frivillighet i ett bredare perspektiv, där anhörigas autonomi och personliga integritet påverkas i vardagen eller där den anhörige är orolig över den hjälpbehövandes situation, omfattas inte av frivillighetsaspekten. Det förstås mer som en del av att de anhöriga inte förstår att det är den enskildes val och frivillighet, som ska avgöra val av beviljade insatser. I de exempel som biståndshandläggarna ger beskrivs ett tillvägagångssätt som baseras på Socialstyrelsens IBIC-modell. Den hjälpsökande tillfrågas först om sina behov. Om den anhörige bistår med dessa, tillfrågas den anhörige därefter om den vill fortsätta eller bli avlastad i ”aktiviteten”. Om den hjälpbehövande motsätter sig att någon annan än anhöriga utför aktiviteten, blir det ingen formell insats. Det rör fall med situationer kring omvårdanden av den hjälpbehövande, t.ex. på- och avklädning samt duschsituation och hygien. Om den anhörige handlar eller sköter tvätt och matlagning ställs generellt inte frågor om val att fortsätta med detta, såvida inte det särskilt påtalas av den hjälpsökande eller den anhörige. I citatet nedan problematiserar en biståndshandläggare anhörigas frivilliga insatser som avser personlig omvårdnad för den hjälpbehövande:

Jag brukar säga det ibland, att det är inget vi kan begära av dig. Det beror lite på hur situationen ser ut men det händer. Men sen känner jag att vill den ena hjälpa den andra så himla myc-

ket, då är man lite försiktig med vad man säger. För man vill inte att den ska uppfatta att jag tycker att dens make eller maka är en börda för den heller. Jag vill inte vara den som påstår det. Samtidigt får man vara lite finkänslig med hur man säger saker, faktiskt. Jag har någon där det har tagit jättemycket tid för hustrun att acceptera att hon behövde hjälp där hemma. Men sakta, men säkert så har vi byggt på med lite. Men nu är det stopp igen. Småsaker som nu är personen på dagverksamhet och den har avlösning och ledsagare, för hon vill sköta de här omvårdande insatserna. Fast hon aldrig får sova eller någonting men med de här då tre, rätt så många timmar, så kan hon vila när han är iväg. [...] Det har gått sakta men säkert och det är egentligen vårt initiativ. Och nu tycker hon att det fungerar. Hon är fortfarande trött men det fungerar ju och hon är ändå jättenöjd, så det är kul tycker jag. Och hon har varit väldigt så, att hon inte haft några som helst förväntningar på någonting.

Den anhöriges valmöjlighet är förknippad med den hjälpsökandes behov som i sin tur är kopplade till de insatser som kommunen erbjuder. Den enskilde kan söka om hjälpinsatser för sina behov och den anhöriges val baseras på att välja om denne vill vara involverad i dessa hjälpinsatser eller inte. Anhöriga kan också av olika skäl välja att själva ta ansvar för vård och omsorgsinsatser till den hjälpbehövande. För biståndshandläggaren blir arbetet då mer att motivera till att ta emot t.ex. stödjande insatser som beskrivs i citatet ovan. Detta är vad en del forskare kallar för *indirekt* stöd till anhöriga (Winqvist m fl. 2012:4). Jag menar att utifrån socialtjänstlagens fokus på den enskilde och dennes behov, är dessa insatser stöd för den hjälpbehövande och inte den anhörige. Vid en tillämpning av en gemensam behovsbedömning av hela hushållets behov, med anhöriga inom samma hushåll inkluderade, skulle språkbruket kunna bli ett annat. En gemensam biståndsbedömning med en gemensam dokumentation där samtliga parter behov och insatser dokumenteras kan antas öka rättssäkerheten för både den hjälpbehövande och anhöriga. Det kan ge en biståndsbedömning där båda parter har besvärsmätt och där båda parter vilja och åtaganden synliggörs.

Vem är då den anhörige?

Anhöriga vars liv på ett eller annat sätt är involverat i att ge omsorg till någon hjälpbehövande person är en heterogen grupp som återfinns i hela befolkningen. Siffror på antalet individer som omfattas varierar beroende på vilka avgränsningar som gjorts inom respektive studie. Enlig en kartläggning från Socialstyrelsen (2012) ger en femtedel av den vuxna befolkningen olika former av stöd till en annan person som inte klarar sin vardag på egen hand. Ca 20 % av dessa ger omsorg till ett barn. Ca 70 % är i förvärvsarbetsålder (18-64 år) och resterande 30 % är 65 år och äldre. 8 % av de anhöriga i förvärvsarbetsålder anger i studien att de gått ner i arbetstid. En sammanräkning av de som anger att de: lämnat sitt arbete, upplevt svårigheter att få arbete eller de som uppger att de är sjukskriva uppgår till 7 % av de anhöriga i förvärvsarbetsålder (ibid. s.35). I en senare studie som gjorts kring förvärvsarbetsanhöriga beskriver författarna att den vanligaste omsorgen från anhöriga i förvärvsarbetsålder är: 1) tillsyn och känslomässigt stöd, 2) praktisk hjälp i eller kring hemmet, 3) sköta räkningar, post och bankärenden, 4) kontakter med myndigheter, sjukvård och liknande, 5) personlig omsorg och hygien, 6) vårdinsatser. Kvinnliga anhöriga tenderar att ge mer stöd genom hushållssysslor, tillsyn och känslomässigt stöd samt omvårdnadsinsatser medan män ger mer praktiska hjälpinsatser och oftare utanför hemmet (Szebehely, Ulmanen och Sand 2014a s.14). En övervägande majoritet av personer som kombinerar förvärvsarbete med att ge omsorg ger detta till en äldre person, oftast en förälder (Szebehely, Ulmanen och Sand 2014a).

Det finns ingen generell ekonomisk ersättning för anhöriga som minskar sin arbetstid eller lämnar sitt förvärvsarbete för att ge omsorg, med två undantag: 1) vårdbidrag till föräldrar med barn (upp till 19 år) som har funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom. Max bruttobeloppet är 9229 kr per månad (2016). 2) närstående-penning (100 resp. 240 dagar vid hiv-sjukdom) för vård av en hjälpbehövande person vid livets slut. Denna ersättning är sjukersättningsgrundande och kan fördelas mellan flera anhöriga (Försäkringskassan 2016-09-23). Avsaknad av ersättning för anhöriga

som ger omsorg ger konsekvenser för anhörigas ekonomi, både kort- och långsiktigt om situationen är varaktig, då t.ex. sjukersättningsgrundande inkomst och pensionsnivåer påverkas (Sand 2015).

Anhöriga till personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning ställs inför att hantera både den hjälpbehövandes behov och det stigma som psykisk ohälsa fortfarande är förknippat med. Forskning inom psykiatri bekräftar vikten av anhörigas engagemang och deltagande i både vård och rehabilitering av den hjälpbehövande vilket lägger ökat ansvar på anhöriga. Flyckt (2015) ger en översikt och historisk återblick av den psykiatriska vården. Hon konstaterar att även efter förändringar på 2000-talets inledande decennium kvarstår fortfarande arbete med att tillgodose vård och omsorgsbehov, behandlingsinsatser samt stöd med integrering i samhället för de hjälpbehövande. Detta bidrar till anhörigas situation. Flyckt (2015) konstaterar att ju högre den hjälpbehövandes sociala funktionsnivå är desto mindre blir den negativa påfrestningen för både anhöriga och den hjälpbehövande själv. Anhöriga till personer med svår psykisk ohälsa lägger cirka 22 timmar per vecka samt kring 14 % av sin bruttoinkomst på att stötja den hjälpbehövande.

Utvecklingen i den somatiska sjukvården, med bland annat tekniska lösningar och effektivare behandlingsmetoder, ger kortare vårdtider i slutenvården. Allt mer vård utförs som dagvård/dagkirurgi och efter behandling återvänder den hjälpbehövande till hemmet. Detta sker i allt högre grad och rutinartat inom ett antal discipliner. För anhöriga kan utrymmet bli begränsat att reflektera över sin egen del i den hjälpbehövandes vardag och hur vardagslivet ska fungera med t.ex. förvärvsarbete och minderåriga barn i det gemensamma hushållet. Den hjälpbehövande får sin behandling på sjukhus och vistas övrig tid i hemmet. Kontakten med kommunens vård- och omsorg är inte självklar. Vid behov kan en vårdplanering tillsammans med kommunen begäras. Anhöriga tar ofta del av och utför vård till den hjälpbehövande. Wennman-Larsen m.fl. (2007) pekar på att den anhörige ofta upplever sig

som ansvarig av vården vid sjukdomstillstånd som exempelvis livshotande cancersjukdom. Anhöriga upplever sina insatser vara en nödvändighet då det inte framgår några alternativ eller att den anhörige av plikt eller löfte till den hjälpbehövande accepterar sin vårdgivarsituation. Författaren beskriver att då den anhörige upplever sig som ansvarig ses sjukvårdens eller kommunala insatser mer som ”positiva överraskningar”. Sjukvårdens personal kommer med råd, medicinering och symptomkontroll medan den anhörige sköter mycket av den dagliga omsorgen (ibid. 2007 s.24). Detta förhållningssätt är utifrån Twiggs modell (som beskrivits på s.27-f) att definiera anhöriga som resurser, Sjövall (2011) redovisar i sin avhandling resultat som visar att partners till patienter som diagnostiserats med en cancerdiagnos, uppvisar 50 % ökning av diagnostiserad ohälsa, ett år efter patienten fått sin cancerdiagnos. Anhöriga till personer med långvarig sjukdom där den hjälpbehövande enbart får sin behandling eller insatser från sjukvården står ofta utanför det kommunala erbjudandet om stöd. En upplevelse som illustreras av en anhörig i boken *Cancerkarusellen*:

”När jag då äntligen fick den [frågan] visste jag inte vad jag skulle svara. ’Hur mätte jag?’ Jag hade inget svar på det. I mitt liv fanns det inte utrymme för att känna efter och jag tror att jag skulle ha rasat samman om jag stannat upp och verkligen känt efter.” (Lindvall Olsson 2010, s.101).

Vem är då den enskilde?

I resonemanget om frivillighet kan individers olika viljor inom samma hushåll komma att ställas mot varandra. I vilken omfattning kan den ena partens behov ges företräde framför den andres? Det ger komplexa etiska dilemman både för biståndshandläggaren och för familjen, där ena parten har ett omfattande hjälpbehov. En biståndshandläggare svarar på frågan om vem som är den enskilde i ett gemensamt hem:

Jag tänker att den som behöver hjälpen eller som andra anser behöver hjälpen eller som själv tycker att den behöver hjälpen, att det är den, brukaren, som är den enskilde. Fast det kan ju

vara så att anhöriga kan vilja att någon ska ha en viss hjälp och jag kan se att det finns ett behov av den här hjälpen men vill inte den enskilde så går det inte. Man kan dock motivera och man kan försöka många gånger men det är ändå den enskilde till sist.

Genom biståndshandläggarnas fokus på den hjälpbehövande och med verksamhetens uttryckta prioritering på den hjälpsökande som *den enskilde*, används denna uppdelning mellan parterna som förövändning och ett medel för att hantera komplexiteten. Biståndshandläggaren beskriver i citatet nedan hur motivationsarbete med anhöriga kan te sig för att hävda den enskildes rätt. Implicit förutsätter biståndshandläggarens exempel på att det finns en anhörig i hemmet och genom insatser som avlösning eller växelvård bekräftas att den hjälpbehövande inte kan eller bör lämnas ensam. Biståndshandläggaren förklarar:

Då måste jag sitta och säga att jag kan inte gå emot Bertils vilja, för vill han komma hem så kan jag inte hindra honom från det. Men däremot ska vi försöka ställa upp med så mycket hjälp som möjligt så att du ska få avlastning och så kan man också börja tänka på växelvård. Så förklarar jag vad det innebär, att vara hemma två veckor och på ja, växelboende då, alltså en korttid, i två veckor. Liksom pendla så. Och försöka. Och det här med avlösning i hemmet, så att personen själv kan gå till frissan och gå ut och handla och inte känna den här rädslan att ja, men jag vågar inte lämna honom hemma själv. Och då försöker jag förklara allt vad vi kan hjälpa till med.

I argumentationen ovan framgår inte att Bertils vilja gäller även vid en eventuell ansökan om växelvårdsvistelse eller avlösning i hemmet. Det vill säga att om Bertil inte vill åka på en växelvårdsvistelse eller ta emot en avlösare i hemmet så blir ingen av insatserna aktuell. De insatser som beviljas dokumenteras i den hjälpbehövandes ärende, även om syftet med insatsen är stöd eller avlastning för den anhörige. Beslutet avser därmed den hjälpbehövande. På så sätt har

den anhörige ingen juridisk rätt eller möjlighet till att överklaga ett beslut även om insatserna syftar till stöd för den anhörige.

Avlösande insatser

I nationell statistik från Socialstyrelsen (2016) syns en förhållandevis låg frekvens av avlösande insatser som t.ex. avlösning och korttidsplats (avser ”Bistånd i form av bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Boendet förenas med behandling, rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av anhörig.” def. Socialstyrelsen 2016). Korttidsplatser kan också användas vid väntan på särskilt boende eller vid rehabilitering efter sjukvårdsvistelse. Det totala antalet användare av insatser i ordinärt boende enligt SoL i åldersgrupper över 64 år i riket var den 31 oktober 2015, 110 422 kvinnor och 56 157 män.

Insats enl. SoL	65–79 år		80- år		Samtliga		Samtliga
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Avlösning	1 161	1 677	1 650	2 545	2 811	4 222	7 033
Korttidsplats	1 408	2 075	3 287	2 888	4 695	4 963	9 658

(Källa: registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2016)

Statistiken pekar på att fler män än kvinnor beviljas avlösande insatser och ett rimligt antagande är att det således är fler kvinnor som *blir avlösta*. Faktorer som att fler kvinnor lever med män som är äldre än de själva kan vara en orsak. Det kan också finnas genuskillnader i både mottagandet och erbjudandet av olika insatser. Skillnaderna i statistiken kan inte förklaras i denna studie. Det är ändå tänkvärt och studier visar på att kvinnor i större utsträckning ger omfattande omsorg (Socialstyrelsen 2012). Hirdman (2003) skriver hur ett genusnormativt tankesätt är ”ett så envist

och konsistent mönster att de flesta inte ser det - eller inte bryr sig.” (ibid. s.5). Den nationella statistiken om avlösande insatser till äldre kan vara ett indikativt exempel. Om så är fallet, var vidmakthålls ojämställdheten och var reproduceras genusnormen?

Jämlikhet

I Socialstyrelsens statistik över fördelning av insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning är biologiskt kön och ålder de enda jämförbara faktorer som framgår, i övrigt framgår inte fler *jämlikhets*faktorer. Det vill säga faktorer som behöver tas i beaktande vid biståndsbedömningen vid fördelningen av insatser såsom ålder, kön, etnicitet, klass, funktionsförmåga, religionstillhörighet och sexuell läggning. Då dessa faktorer inte framgår går det inte att utläsa andra ojämlikheter (utöver ålder och kön) varken mellan eller inom de angivna grupperna. Hur livet ter sig och vilka behov som behöver tillgodoses ser olika ut beroende på vilka jämlikhetsfaktorer som studeras. Exempelvis är trångboddhet och familjer där man lever tillsammans över generationsgränserna i Sverige, företrädesvis representerade i familjer med migrationsbakgrund (Andö 2014; SCB 2012). Det kan t.ex. innebära att även minderåriga barn kan komma att vara omsorgsgivare till en äldre hjälpbehövande. Det gör att det blir en jämlikhetsfråga mellan grupper, dels att få tillgång till olika insatser från det offentliga och dels om standardiserade insatser ger jämlikt utfall. I exempel från aktuella domar framgår beskrivningar som ”det är naturligt att den enskilde i vissa fall kan få sina behov tillgodosedda genom hushållsgemenskapen” (Förvaltningsrätten Stockholm 2016-02-25 mål.nr 28118-15) eller det ”ligger inom vad man normalt kan förväntas att bistå varandra med inom en familj” (Kammarrätten Stockholm 2016-05-17 mål.nr. 7926-15). Det är formuleringar där den enskildes behov i sig inte ifrågasätts utan domarna är istället formulerade som ett indirekt krav på åtaganden från anhöriga. I det ena ärendet finns minderåriga barn i det gemensamma hushållet. Varken domstolen eller den socialnämnd som hanterat ärendet verkar resonerat kring konsekvenser ur ett barnperspektiv.

Är anhörigskap ytterligare en faktor att beakta i jämlikhetsfrågor? Socialtjänstlagens formulering om rätten till bistånd lyder ”den som inte själv kan tillgodose sina behov *eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt* [min kursivering] har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.” (SoL 2016:654). Formuleringen öppnar upp för domstolarnas tolkningar (och därmed även kommunernas normer och riktlinjer för bifall eller avslag på insatser) som beskrivits ovan. Det framgår inte att det som ”anses kunna tillgodoses på annat sätt” behöver förankras juridiskt. Exempelvis åtaganden som en anhörig faktiskt åtar sig att utföra eller att bistå den hjälpbehövande med. Jag menar att det synliggör en perspektivförskjutning där det i praktiken inte blir den enskildes behov som bedöms utan den anhöriges ansvar, utan möjlighet för den anhörige att göra ett reellt val. Biståndshandläggarnas beskrivningar om uppdragets fokus på den enskildes behov blir i ljuset av domstolarnas tolkningar snarare ett förtydligande av det ansvar som åläggs anhöriga och väcker frågor om vad som ryms i socialstyrelsens statistik. Förväntningar på hur familjers ”naturliga” och ”normala” strukturer ska lösa ett omsorgsbehov utan hänsyn taget till socioekonomiska faktorer och övrig kontext riskerar att ge konsekvenser som ökad ohälsa hos anhöriga och frånvaro på arbetsplatser och skolgång. Tillämpningen av den enskilde som den vars behov ska bedömas, blir då främst den hjälpbehövande som inte har anhöriga i sin närhet.

Biståndshandläggarnas beskrivningar av de avlastande insatser som kan erbjudas anhöriga, pekar på att den anhörige är en viktig part i sammanhanget och kanske till och med en förutsättning, t.ex. för den hjälpbehövandes hemgång från en sjukhusvistelse. Även de insatser som ska verka avlastande för anhöriga ska bedömas utifrån den enskildes behov, och inte primärt den anhöriges upplevelse av att ha behov av avlastande insatser. En biståndshandläggare beskriver:

Vårt fokus är ju, absolut vi ska ta hänsyn till anhöriga det måste vi ju, men det är den enskilde som är i fokus. Så man kan inte utgå mest från det som de anhöriga säger, för visst de har... Deras uppfattning är jätteviktig för oss. Hur de känner och vad de gör och så men sen är det ändå den enskilde personen som vi ska utgå ifrån. Vi är där för den enskildes skull, det är många som har hjälp via oss. Sen kan vi ju försöka stötta anhöriga.

Utifrån Twiggs modell om offentlig verksamhets olika förhållningssätt (se s. 27-f) är biståndshandläggarnas beskrivningar att härleda både till grupp 1, där anhöriga uppfattas som resurser och till grupp 2, där offentlig verksamhet förhåller sig till anhöriga som en samarbetspart med den hjälpbehövandes behov som ett gemensamt mål.

Den enskildes ansvar

Ett styrande begrepp i biståndshandläggarnas arbete är som tidigare redogjorts för, *den enskilde*. Den enskildes val, behov och vilja är det som i intervjuerna beskrivs som avgörande. Det ger en komplexitet i biståndshandläggarnas arbete dels i relation till andra parter i utförandet av beslutade insatser. Men komplexiteten finns också i etiska problemställningar, där den enskildes och anhörigas behov ställs mot varandra. Hänvisningen till den enskildes eget ansvar får ofta legitimera biståndshandläggarnas beslut, t.ex. fördelningen av tillgång till hemmet. I tidigare tema om Hemmet redogörs för synen på hemmet, både hos biståndshandläggarna och för den syn som biståndshandläggarna uppfattar finns hos de hjälpsökande. En biståndshandläggare förtydligar det enskilda ansvaret kring hemmet:

Det är väl att försöka anpassa där man bor på nåt vis. Och i vissa fall vet jag att det går ju inte. Där är begränsningar men, ja, där är ju ett eget ansvar också, tänker jag, att man tänker till innan det är för sent. Hur man bor och hur man vill ha det när man blir äldre.

Att vara gift beskrivs av flera av biståndshandläggarna som en del av det egna ansvaret som därmed också omfattar att acceptera konsekvenser och förändringar, som kan uppstå när den ena parten får behov av formella hjälpinsatser. Jag frågar en biståndshandläggare om det läggs värderingar i utredningsarbetet, kring att vara gift och leva tillsammans med en hjälpbehövande person:

Nej. Njæ, jag tror faktiskt att vi gör det, det är, man är ett par. Man är gift alltså, så det ingår. Man bor under samma tak och sen om det är jobbigt så kan vi erbjuda ett stöd och vi kommer att erbjuda och informera om vad som finns. Sen är det ju upp till den enskilde och dennes anhöriga att acceptera det eller inte. Och gör de inte det så är det ju en konsekvens av ett aktivt val som man har gjort. Man kan inte lägga allt på kommunen, man har en egen vilja. Och trivs man inte med sin situation...

Uttrycket ”man är gift alltså, så det ingår” uppfattar jag som ett rättfärdigande för att neutralisera beslutet. Fokus på den enskildes rätt förskjuts till den anhörige parten i äktenskapet och blir ett privat ansvar och en situation som den anhörige därigenom förväntas ta ansvar för. De insatser som avser att tillgodose den hjälpbehövandes behov är fortfarande biståndshandläggarens primära fokus och strukturella konsekvenser av dessa omvandlas till att bli ett ansvar för anhöriga, antingen genom acceptans av rådande situation eller att flytta från hemmet. Jag tolkar detta som konsekvenser av en otillräcklig struktur där helhetssyn kring den hjälpbehövandes och dennes anhörigas kontext och gemensamma behov inte ges utrymme.

Anhörigas insatser

Anhörigas insatser kan variera stort. Vid några av observationerna ges exempel på hur anhöriga, framför allt vuxna barn, tar på sig insatser som att handla eller ”röja upp” i den hjälpbehövandes hem innan hemtjänsten ska påbörja insatser. Vid nyansökningar följer också ett antal uppgifter som till exempel att kopiera upp nycklar till hemtjänsten. Anhöriga förväntas ofta se till att det finns kontanter för taxiresor vid läkarbesök eller för inköp och så vi-

dare. Enligt rutiner får hemtjänstpersonalen normalt inte hantera eller hämta ut pengar från bankomat till de hjälpbehövande. Vid en observation avbokades en läkartid för att det inte fanns kontanter till taxiresan vid ett läkarbesök för en hjälpbehövande med kognitiv svikt. Taxiresan behövdes för att hemtjänstpersonalen skulle följa med på läkarbesöket. Den hjälpsökande använde själv alltid buss för sina resor.

Även om det formellt inte görs någon särskild prövning eller dokumentation på om anhöriga kan tillgodose den hjälpsökandes behov tillfrågas anhöriga frekvent om att göra insatser eller bistå med stöd. Både i hemtjänsten, på korttidsboende och även då den hjälpsökande bor permanent på särskilt boende tillfrågas anhöriga. Biståndshandläggarna frågar också både anhöriga och hjälpsökande om det t.ex. finns någon som kan följa med vid läkarbesök eller liknande. En biståndshandläggare säger:

Absolut, det gör vi ibland, till exempel när det är akut och anhöriga ringer och säger "imorgon ska min mamma till läkaren och hon behöver någon som följer med". Ja, men hemtjänsten vill ju alltid ha två-tre dagars framförhållning. Då försöker jag, om jag inte kan ordna det, "det finns risk att jag inte kan ordna det till imorgon, kan någon i familjen ställa upp? Men kanske nästa gång, om hon ska dit om en vecka eller nästa månad kan jag kanske ordna det." Och då går det kanske. De ringer till mig eller till hemtjänsten och hemtjänsten ringer och säger att "Agnes dotter ringde idag och säger att hon ska till optikern, tandläkaren eller frisör imorgon men vi har inga möjligheter att följa med" och då tar jag kontakt med kanske dottern. För det mesta har jag namn och telefonnummer och frågar om de kan ställa upp den här gången för att, alltså jag berättar att hemtjänsten inte kan ställa upp i och med att det är kort tid. [...] Men det finns de som inte har någon, som kanske inte har anhöriga och de får hemtjänst för det, helt enkelt.

Som citatet ovan beskriver efterfrågas anhöriga till att bistå med insatser även vid en ansökan. Frågan verkar som en moralisk på-

tryckning på anhöriga där den anhöriges vilja och lojalitet kan ställas på prov (Sand 2007). Samtidigt ges i praktiken biståndshandläggaren ett utrymme att avslå ansökan med stöd i lagtextens formulering ”kan tillgodoses på annat sätt”. Vid observationerna noterades att det är sällan som frågan till anhöriga är direkt formulerad som en fråga utan det anhöriga bistår med antecknas löpande under samtalet.

Biståndshandläggarna ger exempel på att även andra verksamheter lägger förväntningar på anhöriga, t.ex. genom att personal på korttidsboenden ber anhöriga att följa med den hjälpbehövande på läkarbesök och liknande. En biståndshandläggare exemplifierar:

För det är mer regel än undantag att jag får samtal från anhöriga ”men jag kan inte följa med, nu är hon ju där kan inte... ska inte personalen..?”

Trots att formella insatser beviljats till den hjälpbehövande åläggs anhöriga att bistå med både praktiska göromål och som medföljande till den hjälpbehövande vid besök utanför verksamheten.

Anhörigas insatser i biståndsutredningar/beslutsunderlag

I 15 av de 20 avidentifierade utredningar/beslutsunderlag som begärts ut för studien finns olika insatser och åtgärder beskrivna som görs av anhöriga. I två av utredningarna var den hjälpsökande sammanboende med partner. I båda var den anhörige behjälplig med det mesta av vardagslivet kring den hjälpsökande inkluderat viss intimhygien. I dessa båda utredningar uttryckte den hjälpbehövande att hjälpbehovet inte var så stort som beskrivits, i båda ärendena hade den hjälpsökande en demensdiagnos.

I ett av utrednings-/beslutsunderlagen angavs att den hjälpsökande sammanbodde med en vuxen son som tillfälligt skulle vistas på annan ort. I fyra av utredningarna förväntades uttryckligen anhöriga t.ex. fixa extra nycklar för att insatser skulle kunna påbörjas eller utföra storstädning. En hjälpsökande utan omnämnda anhöriga fick ”information om att återkomma när storstädning var fixad”. I

en utredning beskrevs en hjälpbehövande ha ett långvarigt missbruk där den anhörige bad om hjälpinsatser för detta och blev då ”informerad” om att vända sig till Individ- och familjeomsorgen med den förfrågan. I nio av utrednings-/beslutsunderlagen fanns beskrivet om anhöriga bodde i närheten eller inte.

I samtliga av de ärenden där anhöriga var omnämnda fanns relationen beskriven, i två av ärendena var anhöriga utöver det beskrivna som t.ex. ”förtidspensionär” eller ”student”. I utrednings-/beslutsunderlagen fanns utredningar kring 13 hjälpsökande kvinnor och sju hjälpsökande män. Av dessa var en man respektive en kvinna sammanboende med en partner. Övriga sex män beskrevs uttryckligen som ensamboende medan fem av kvinnorna beskrevs som ensamboende.

Biståndsbedömt stöd till anhöriga

Flera hemtjänstinsatser kan ges som stöd och avlastning för den anhörige i det gemensamma hemmet även om det inte framgår i statistiken av dokumentationstekniska orsaker. En biståndshandläggare förtydligar hur hen tänker kring fördelningen av insatser mellan parter som sammanbor:

Alltså det är individuellt, det är det ju. Men jag har haft ett par där personen, vårdtagaren då, har kognitiv svikt och har viss hjälp av hemtjänst men maken stöttar upp rätt så mycket. Och där har vi gått in och stöttat upp med bland annat städ och tvätt för att avlasta honom, för att få vardagen till att fungera så att man orkar. För de vill ändå bo ihop och det är ett sätt att förlänga, alltså hjälpa dem till att kunna bo tillsammans.

Insatser till stöd för den anhörige har inget utrymme i dokumentationssystemet. Det finns inga riktlinjer för hur stöd till anhöriga ska dokumenteras inom biståndshandläggningen. Ofta blir i dessa fall även den anhöriga en biståndstagare utan ett tydliggörande att det är anhörigsituationen som föranlett behovet. Biståndshandläggaren i citatet ovan beskriver insatser med syfte att stödja den anhörige. Dessa insatser syns i kommunens statistik som insatser till

en hjälpbehövande. Genom att hanterandet av stöd och insatser med syfte att bistå anhöriga inte finns reglerat i biståndshandläggningen blir förfarandet upp till respektive biståndshandläggare. Det gäller dels att identifiera anhörigas behov och dels att konstruktivt lösa dessa. Både anhörigas behov och hur dessa behov tillgodoses blir därmed osynliggjorda.

Anhörig som kvinna eller man

Hur biståndshandläggarna uttrycker sin syn på anhöriga varierar men ett grundläggande förhållningssätt och flera av prioriteringarna är de flesta av dem eniga om: kön ska inte spela någon roll eller inverka på arbetet eller beslutet. Trots det kan den hjälpsökandes och den anhörigas könstillhörighet påverka utfall av insatser, t.ex. om någon inte kan laga sin mat uppstår de facto ett behov som behöver tillgodoses oavsett om det handlar om kunskapsbrist eller sjukdom.

Flera av biståndshandläggarna uttrycker att kvinnor och män beskriver sina behov på olika sätt. En kvinna som under många år varit den som tagit ansvar för hushållet ifrågasätter sällan att fortsätta med det även om partnern får tilltagande behov av omvårdnadsinsatser som den anhörige bistår med (Sand 2007). Biståndshandläggarna berättar om vikten av motivationsarbete i sådana fall, för att övertyga anhöriga att ta emot hjälp från kommunen. Biståndshandläggarna upplever kvinnor som mer negativa att ta emot stöd. Dessutom beskrivs kvinnor ha svårare för att acceptera att hemmet påverkas av förändringar som t.ex. hjälpmedel som kräver omstrukturering och förändring av hemmets användning. Båda könen kan vara negativa till att det kommer utomstående från hemtjänst på olika tider för att bistå med insatser. I intervjuerna framkommer också motstridiga berättelser av ett genusperspektiv på hur anhöriga förhåller sig i relationen. I de två följande citaten beskrivs kvinnliga partners.

För det första om man vill ha hjälp från hemtjänsten så måste man acceptera att man får ge plats åt till exempel en vårdsäng. Man kanske får flytta på sig. Man får acceptera att om man ska

ha hjälp nattetid, så kommer man bli påverkad. Man blir störd. Vi brukar informera om detta. Men ärenden där jag har varit med så har, tyvärr, fler kvinnor än män övergett sitt äktenskap eller om de har levt tillsammans, och flyttat. Det är överväldigande fler kvinnor som har övergett sina män. Men män offerar det här som integritet och de får kanske flytta [ut ur sovrummet för att sängen ska få plats, min anm] och ta hand om sina makar helt enkelt. Ja, det är kvinnor som överger, de har levt 20-30 år kanske mer, och så överger de och hittar en annan bostad. Jag har varit med om ett antal ärenden där det tog slut. Kanske orkade de inte mer.

I citatet blandas dels förväntningarna på att anhöriga ska acceptera erbjudna insatser och lösningar från kommunen och dels en tydligt könsnormativ värdering med altruistiska inslag. Ovanstående citatets avslutande mening antyder att det kan vara annat än genusfaktorer som påverkar. En annan biståndshandläggare beskriver:

De känner, "nej nu får ni ta det". Det har hänt flera gånger. "Nej, jag vill inte att han ska komma hem från sjukhuset. Han är inte välkommen hem." Men han har ju lika mycket rätt till huset som du har. För att det är ert gemensamma hushåll. Och då försöker vi motivera mer att låta hemtjänsten komma in. Där har jag märkt att det är faktiskt mer vanligt att kvinnor säger nej, än vad män gör. Jag har sett ett mönster. "Nej, jag vill inte att han ska komma hem. Jag vill inte ha hemtjänsten springande här. Nej, jag vill inte bli störd." Nu kan man ju alltid generalisera, men det är bara någonting jag har sett. Jag kanske inte har träffat tillräckligt många. [...] Men att männen ändå säger jo, ok. Ja, håller ut mer, faktiskt. Jag har haft flera ärenden nu på sistone. "Nej, han får inte komma hem från korttidsboendet jag vill inte att vi ska ha hemtjänst. Jag kan inte sova eller jag vill inte att nån kommer in i mitt hem, en främmande person." Alltså väldigt så, bryr sig mycket om vad andra ska tycka eller om man har väninnor som kommer på besök då är det inte så fint att man har hemtjänst. Kanske en make som ligger i en vårdssäng. Man tänker så. Sen finns det ju bustrur

som är helt fantastiska och tar hand om sina makar, så det är både ock.

Enligt ovanstående citerade biståndshandläggare är kvinnor mer motvilliga till de förändringar som det kan innebära att ta emot hemtjänstinsatser i hemmet än vad män uppfattas vara. I nedanstående citat beskriver en annan biståndshandläggare det motsatta:

[...] Då uttrycker kvinnan att "jag tar emot hjälp men jag befarar att min make kommer att säga att: nej, vi vill inte släppa in främlingar i vårt hem". Och det händer att en vårdtagare kommer hem från sjukhuset, man har gjort ett hembesök och hjälper till att komma i gång under kanske en vecka. Jag har varit med i några ärenden där man sen har ringt och uttryckt att "nej, vi tackar nej till mer hjälp". Och jag säger att jag var i kontakt med den enskilde och hon sa ja. "Men vi vill inte ta emot hjälp, vi vill klara oss själva". Men å andra sidan om vi har en make och en maka där maken behöver hjälp då har hjälpen faktiskt fortsatt, då har inte kvinnan avsagt sig hjälpen. Där kan det bli skillnad. Män vill inte släppa in hemtjänsten men kvinnor är mer villiga att släppa in hemtjänsten.

Biståndshandläggarna i citaten ovan ger exempel på värderande bilder av män respektive kvinnor. Då bilderna motsäger varandra kan detta vara exempel på rättfärdiganden från biståndshandläggarna till varför hjälpsökande och anhöriga tackar nej till erbjudna insatser. Biståndshandläggaren behöver därmed inte reflektera över varför de hjälpbehövande eller deras anhöriga avstår från standardiserade insatser och insatserna i sig ifrågasätts inte.

Sand (2007) ger röst åt en manlig och en kvinnlig anhörig som ger vård och omsorg till sina partners och återger deras upplevelser. Kvinnan beskriver ett normativt tryck som uttryckts genom pikar och tydliga förväntningar på att hon som kvinnlig partner ska ta ett omsorgs- och vårdansvar. Den manlige anhörige i exemplet beskriver att han gjort egna val utan påtryckningar. Precis som flera av biståndshandläggarna i min studie uppfattar Sand parens tidi-

gare relationer som grund för engagemanget i omsorgen om partnern. Det görs till en fråga om kärlek, lojalitet, moral och traditionella genusnormer (Sand 2007).

I citatet från biståndshandläggaren ovan ges också exempel på hur fall, där den anhörige motsätter sig organisationens lösningar, kan hanteras. En annan handläggare formulerar det som lite mer komplicerat om en anhörig motsätter sig insatser till en hjälpbehövande:

[...] Om en som söker hjälp för egen del, och bedömningen är att personen behöver det, får bifall på ansökan men där den anhörige känner att jag vill inte ha hemtjänsten här. Nej, men personen har rätt att ansöka och finns det ett behov så har personen rätt att få ta emot hjälp. Sen är det inte så att man sitter och säger att "nä, nu är det faktiskt så att nu får ni ha hemtjänst för jag bedömer att det behövs och personen vill ha det själv, så nu är det så." Utan man får ju säga "men du kanske kan tänka dig att ni provar det här ett tag och sen får ni höra av er om ett tag och stämna av. Blir det stressigt för dig om de kommer och", alltså även åt det hållet säga, "att är ni beredda att prova i alla fall". För om man ser att det kanske är uppenbart, ja allt är ju relativt, men om jag tycker att det känns uppenbart att personen behöver hjälp, så kan ingen annan hindra den personen från att ta emot hjälp. Om man beviljas det. Alltså det ska ju mycket till för att en annan person ska kunna säga "nej, den personen ska inte få den hjälpen".

I citatet poängteras att den hjälpsökandes vilja och behov går före anhörigas. Vikten att motivera anhöriga att acceptera föreslagna insatser till den hjälpbehövande är påtaglig. Komplexiteten tydliggörs när den hjälpbehövandes möjligheter till att få eller inte få hjälp ställs på sin spets. Jag menar att frågan kanske mer handlar om *hur* denna hjälp ska ges eller utföras. Anhörigas möjlighet att samtycka till en insats kanske inte handlar om att den hjälpbehövande ska få hjälp eller inte. Utan att det handlar om hur, när samt under vilka förutsättningar denna ska ges och hur övriga i hushållet påverkas av insatsens utformning.

Maktlöshet hos anhöriga

Anhörigas situation och upplevelse av vilka behov som behöver tillgodoses, får inte alltid gehör hos biståndshandläggaren eller hos den hjälpsökande. Anhörigas frustration och maktlöshet över fattade beslut förklaras med att de inte förstår lagar och regelverk och den komplexitet som biståndsbedömningen rör sig inom.

Men många gånger är det ju liksom en maktlöshet hos barnen, alltså jag menar det är ju inte lätt att förstå de beslut vi fattar. Jag kom ihåg innan jag hade läst juridiken så förstod jag inte hur socionomer kunde fatta de beslut som de gjorde. Men jag förstod inte lagstiftningen. Jag förstår vilka gränser det finns nu även om jag inte alltid håller med om dessa. Det är ju min personliga uppfattning.

Biståndshandläggarna verkar inte uppfatta kommunal vård- och omsorg som en självklar del av den övriga socialtjänsten eller som samhällets skyddsnet för de individer som har svårigheter att hantera sin vardag. Biståndshandläggaren i citatet ovan kan förstå de vuxna barnens maktlöshet och uppfattar att de anhöriga har en kunskapsbrist som leder till deras oförståelse.

Statistik kring könsfördelning och omsorgsbehov

I en intervjustudie från Socialstyrelsen (2011) synliggörs könsskillnader i upplevda behov hos äldre utan formella vård- eller omsorgsinsatser. Framför allt är statistiken kring de som är sammanboende intressant ur ett anhörigperspektiv. Till exempel upplever nästan dubbelt så många sammanboende män (17 %), än kvinnor (8 %), behov av hjälp för att boka tid hos läkare. Dubbelt så många sammanboende kvinnor (10 %) upplever behov av hjälp med att betala räkningar, vilket i viss mån kan antas spegla traditionella könsroller, där ena parten ansvarat för liknande aktiviteter i det gemensamma hushållet före försämrade funktionsförmåga.

Fler än dubbelt så många sammanboende kvinnor (43 %) upplever behov av hjälp med att delta i sociala aktiviteter i jämförelse med de män som är sammanboende (21 %). Det är intressant att färre

av de äldre som är ensamboende, upplever behov av hjälp med att delta i sociala aktiviteter (män 15 % och kvinnor 37 %) (Socialstyrelsen 2011). Detta skulle bland annat kunna bero på upplevd isolering vid omsorgsgivande till den andra parten. En social isolering som uppstår på grund av att hemsituationen är ansträngd av ena partens behov av omsorg och tillsyn. Detta behov behöver tillgodoses, för att den anhörige ska kunna lämna hemmet för sociala aktiviteter (Erlingsson m.fl. 2010).

Fortsatt visar Socialstyrelsens studie (2011) att med stigande ålder och med sämre skattad hälsa ökar genomgående upplevelsen av behov. Det gäller både behov för omvårdande insatser och för praktiska göromål. En övervägande majoritet uppger att de får hjälp med olika behov, av någon ur familjekretsen (71-100 %). Endast 2,6 % av de äldre som angivit ett behov av hjälp har ansökt om hjälp från sin kommun. Urvalet i studien är baserat på de äldre som inte har insatser eller stöd från sin kommun. Det framgår att det är fler män än kvinnor i åldersgruppen 80 år och äldre som lever utan kommunala insatser. (Socialstyrelsen 2011). I nationell statistik framgår att totala (avsett ålder) andelen kvinnor (64 %) som har kommunal hjälp med biståndsbedömda insatser är högre än andelen män. Hur fördelningen mellan ensamboende och sammanboende är i de olika åldersgrupperna som får kommunala insatser framgår inte (Socialstyrelsen 2016).

Sammanfattande reflektion

Genom biståndshandläggarnas förhållningssätt och arbetsmetoder har jag velat synliggöra anhörigas valmöjligheter och frivilliga åtaganden. Vid myndighetsutövningen hävdas den enskildes rätt och valfrihet och genom detta hävdande osynliggörs anhörigas rätt och frivillighet. Biståndshandläggarna fokuserar på den hjälpsökande parten. Anhöriga förväntas därigenom acceptera och internalisera erbjudandet om de biståndsinsatser som avser att tillgodose den hjälpbehövandes behov. Med socialtjänstlagens bas i den enskildes behov och med tillägget ”kan tillgodoses på annat sätt” urholkas den enskildes rätt att få en opartisk prövning av utfallet för skälig levnadsnivå, då behovet kan anses tillgodosett genom t.ex. anhöri-

gas försorg oavsett om dessa tillfrågats eller gett sitt samtycke till ålagt ansvar. I praktiken kan det då bli den anhöriges och familjens ansvar som bedöms, exempelvis genom formuleringar som "förväntas tillgodose inom hushållsgemenskapen" i prejudicerande domar. Utan att ifrågasätta den hjälpbehövandes individuella behov blir bedömningen snarare vem som ska ta ansvaret och utföra de insatser som behövs. Den enskildes behov blir i praktiken inte avgörande, utan anhöriga bedöms och åläggs ett ansvar utan möjlighet till besvär. Den anhörige används på så sätt (genom tillämpning av normer, anhörigas plikt-känsla och kärlek till sin nära) till en perspektivförskjutning med ett fokus på att privatgöra individuella behov att lösas inom en familjekonstellation. Men den nationella statistiken väcker frågor. Endast 2,6 % av de med ett självskattat behov ansöker om hjälp från kommunerna. Det vill säga de möter inte socialtjänstens biståndshandläggare och får inte ta del av biståndshandläggarnas motivationsarbete. I intervjuerna berättar biståndshandläggare att de ofta blir inkopplade i senare skeenden, när något hänt i familjen eller efter utskrivning från sjukhusvistelse. Vilket ger en indikation på att människor i stor utsträckning söker hjälp hos kommunerna när det inte kvarstår några andra alternativ.

DILEMMAN

I de beskrivna temana uttrycks återkommande dilemman både för den hjälpbehövande, anhöriga och för biståndshandläggarna. I detta avsnitt kommer några dilemman att fördjupas ytterligare. I texten har beskrivits hur en betydande del av biståndshandläggares vardag omfattar att förklara, motivera och hantera strukturer och som de till viss del inte själva har förståelse för. En konflikt mellan biståndshandläggarens personliga värderingar och de normer som organisationen föreskriver kan skapa moraliska dilemman som biståndshandläggaren behöver finna hanterbara lösningar för. En yngre biståndshandläggare beskriver svårigheter att acceptera beslut som hen uppfattar sig vara tvungen att fatta och som går emot hens personliga värderingar. Samtidigt rättfärdigar biståndshandläggaren sin profession och framhåller sin egen professionalitet genom att uttrycka förståelse för lagstiftningen.

Det är så mycket som man inte är nöjd med som man fått lära sig att leva med trots att man inte... Jag hade väldigt svårt för mycket grejer när jag började, som jag har svårt att acceptera men som man måste acceptera. Jag känner att jag har haft svårt att acceptera. Och tycker att vissa situationer är jättejobbiga där jag får ta beslut som jag inte, alltså hade det varit min anhöriga så hade jag blivit jättearg. Jag hade varit vansinnig. För att jag tycker inte att det är empatiskt. Men rent professionellt, jag förstår lagstiftningen, jag förstår varför jag måste fatta de [besluten]. Rent intellektuellt, allt det där, jag förstår det, men empatiskt förstår jag inte det.

Biståndshandläggaren brottas med sina egna värderingar som ställs mot det regelverk och de normer som organisationen reglerar och beskriver en upplevd maktlöshet i uppdraget. Skau (2001) uttrycker det som "spänningsfältet" mellan professionalitet och altruism "en grundfråga och ett grundproblem i hjälpande professioners verksamhet" (ibid. s.33). Det är ett uttryck för en balans mellan att tillgodose behov och att bistå en annan människa att utveckla och/eller återta sin självkänsla och upplevelse av kontroll av sin egen tillvaro. Denna balans ska ske inom ramen för det som verksamheten beskriver som skäligt med de insatser som erbjuds och är organisatoriskt hanterbara. Till denna balans, menar jag, hör också att beakta anhörigas roll och situation vilket ökar komplexiteten ytterligare. Skau (2001) diskuterar vidare att en handläggare inte enbart bör se sitt arbete som en professionell utövning då yrkesutövningen omfattar att bistå människor med behov av hjälp, och därför behöver även medmänsklighet ingå vid utövningen. Samtidigt är det nödvändigt för handläggaren att hålla en känslomässig distans. Den komplexitet som omgärdar biståndshandläggarnas uppdrag behöver därmed vara grundat i en avvägning mellan det som uppfattas som professionalitet och medmänsklighet. Dessa framstår som viktiga delar av yrkets verktygslåda.

Biståndshandläggarnas upplevelser av en praktik med maktlöshet i situationer som går emot deras personliga värderingar och en avsaknad av medmänsklighet (då en del beslut blir något som "man fått lära sig leva med" för att kunna fortsätta sitt arbete som biståndshandläggare), synliggör en obalans i uppdragets spänningsfält. En konfliktyta uppstår mellan riktlinjer och normer för tillämpning av olika insatser och den hjälpbehövandes upplevda behov. Gränsen för när motivationsarbetet blir kränkande för den hjälpbehövande blir svåra för biståndshandläggaren att avgöra. Genom att fokusera på den enskildes rätt till val, även om det innebär att inskränka den anhöriges möjligheter till frivilliga val, autonomi och personlig integritet, kan uppdraget upplevas som något enklare att hantera. Det blir en förskjutning som rättfärdigas genom tolkningar av de regelverk som biståndshandläggarna har att förlita sig till. Den upplevda maktlösheten förflyttas från bi-

ståndshandläggarna till att bli ett privat dilemma mellan den hjälpbehövande och dennes anhöriga. En biståndshandläggare beskriver problemet i citatet nedan.

Ibland kan jag känna att det är svårt att känna gränsen. Hur mycket ska jag motivera, när ska jag sluta? När kränker jag den personen jag försöker motivera? Det är en jättesvår balans, tycker jag. Och det är jobbigt också, tycker jag som handläggare, för ibland säger den enskilde till sist "ja, ja". Men det kanske inte är så mycket jag som tjatar på den utan det kan vara anhöriga eller någon annan som är med. Ibland efteråt kan man känna att ja, nu sa den här personen ja till detta, men vill den det egentligen? Men samtidigt finns där då en annan part som mår dåligt i situationen. Det är alltid svårt tycker jag. Det kan vara riktigt jobbigt.

I intervjuerna med biståndshandläggarna blandas exempel på situationer om motstånd. Dels till att ta emot hemtjänst istället för ett önskat boende när kriterierna för särskilt boende inte är uppfyllda. Dessutom motstånd från en hjälpbehövande att flytta till ett särskilt boende när det inte finns anhöriga inom samma hushåll och att bedömningen är att behovet inte kan tillgodoses i hemmet. Likaså motstånd när t.ex. anhöriga vägrar ta emot hemtjänst som alternativ när den hjälpbehövande anses behöva särskilt boende men där ansökan inte mottas på grund av att den hjälpbehövande motsetter sig insatsen. Samt hjälpbehövandes motstånd att överhuvudtaget ta emot hjälp från kommunen. En biståndshandläggare beskriver:

Vi får ju aldrig gå emot den enskildes vilja men däremot försöka övertala och locka till att ta emot hjälp. Och skulle man inte göra det. Alltså strunta i det, då gör man ju fel etiskt. För om personen själv inte vet sitt bästa och inte har någon insikt då får man inte ge upp. Ja, då kan man inte bara släppa det utan man får försöka att övertala igen. Så som jag gjorde. Det var kanske blankt nej, jag vill inte ha någon hemtjänst. Och vi märkte att det här går inte och personen äter inte, dricker inte

och får inte i sig någonting vettigt. Utan då var det bara hembesök igen och hembesök igen. Och försöka ta med någon från hemtjänsten som man visste hade jättebra hand om kanske dementa särskilt. Och nu finns det ju minnesteam också som jobbar. Personal som är jätteduktiga på att bara jobba med dementa och då brukar det fungera det också. Har man fått in en liten fot så släpper det sen, att de känner sig trygga med den här personen som kommer. Ja, det är det man måste göra.

I citatet ovan framgår dilemmat när den hjälpbehövande inte vill ta emot hjälp och det inte finns anhöriga i hemmet. Det beskrivs ett dilemma mellan den hjälpbehövandes "fria vilja" och samhällets uppdrag att bistå individer till en skälig levnadsnivå. Biståndshandläggarens uppgift blir att återkommande försöka motivera den hjälpbehövande till att ta emot erbjudna insatser. I citatet nedan förläggs den etiska konflikten till stor del hos den hjälpbehövande och dennes familj.

Det är komplicerade situationer. Ett par de bodde i en trea. Han hade fått en stroke och frun var väldigt olycklig och ringde hela tiden. Och hon orkade inte med situationen. Hon hotade med att flytta därifrån och ta ut skilsmässa. Hon tyckte det var jobbigt att ta emot hemtjänsten och hon blev störd. Så han ansökte om växelplats. De fick först avslag på det, sen ansökte de igen. Och han också, men jag uppfattar det ändå som att han gjorde det för hennes skull, för han trivdes väl inte så väldigt bra med det. Han hade mycket hemtjänst hemma och vi var inne på att de kunde ha delat på sina sovrum. De hade ändå en lägenhet som var planerad så att det skulle fungera att han hade sin egen del där han kunde ta emot hemtjänst på olika tider på dygnet. Men det ville de inte. Så det är vad man kan göra, man kan inte göra mycket mer. Man kan ju inte gå in hur mycket som helst i deras liv. Men man kan ju komma med förslag. Ja, det är svårt. Man måste ju väga in båda två. Men när det gäller mannen, han sa vid ett tillfälle efter han hade varit på ett växelboende, att det var som dödens väntrum. Men ändå så sökte han på nytt. Jag var hemma och träffade dem flera gånger och

nja, han ville ändå prova på ett annat växelboende. Men det var säkert mycket för hennes skull, han erkände ju inte det. Han sa att han själv ville åka dit. För det är klart att på nåt sätt var han piggare när han hade varit där, för han var ju stressad av frun som upplevde det som så jobbigt.

Citatet beskriver en situation som åskådliggör att biståndshandläggarna ofta utför sitt uppdrag med familjer i olika livsfaser och i kris. Oavsett ambitionen med att en insats ska tillgodose uppkomna behov inkluderar behoven ofta mer än den faktiska aktiviteten. Funktionsförluster kan generera en identitetskris både för den hjälpbehövande men också för den anhörige. Symmetriska familjerelationer kan bli allt mer asymmetriska, på grund av ökat beroende och förlorad autonomi för den ena eller båda parterna. Flera personer i och utanför hushållet kan vara involverade kring den hjälpbehövande, ofta med olika förväntningar och föreställningar om vad och hur ett behov ska tillgodoses. Biståndshandläggarna ger genom sitt agerande uttryck för denna problematik som tillhörande familjen och inte något inom ramen för biståndshandläggarens uppdrag. I nedanstående citat beskrivs det inte som ett dilemma att anhöriga ges ett omfattande omsorgsansvar. Det offentliga bistår och om en plats ”måste” ordnas så ”brukar det lösa sig”.

Alla som behöver en korttidsplats får ju en korttidsplats. Är man på sjukhus så får man det i samband med att man skrivs ut. Är man hemma så är det beroende på hur akut det är. Är det en planerad resa eller så, så brukar man oftast få det om den andra parten ska resa iväg, då måste man ju ordna någonting. Men är det någon som behöver för socialsvikt så har vi sviktplatser så det brukar lösa sig faktiskt.

Med ”socialsvikt” avses ofta då den anhörige i det gemensamma hushållet blir akut sjuk och lämnar hemmet t.ex. för inläggning på sjukhus. Det indikerar på ytterst begränsade marginaler i omsorgen om den hjälpbehövande och att den anhörige i hög grad står ensam i omsorgsgivandet. Att stå ensam med ett omsorgsansvar kan om-

fatta anhöriga inom ett antal olika målgrupper exempelvis ensamstående föräldrar till minderåriga barn med funktionsnedsättning där inga eller avgränsat antal assistanstimmar kompletterar föräldrarnas omsorg. En annan grupp är äldre föräldrar till vuxna barn med funktionsnedsättning, ofta med kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning som inte har formella omsorgsinsatser, utan omsorgen utförs av den äldre föräldern. Ytterligare en grupp är äldre partners i ett gemensamt hushåll.

Då arbetet är styrt och insatserna givna, lämnas få eller inga lösningar för hur familjen ska hantera uppkomna situationer och konflikter som genom det offentliga försök att tillgodose behov istället kan förstärka en konflikt i det gemensamma hemmet.

Speciellt om vårdtagaren vill vara hemma så är det jättesvårt och det händer ju. Det hör man ibland att partnern säger att: ”Ja, men kommer han hem då tänker jag skilja mig”. Och det är ju inte, alltså det känns ju jättekonstigt att det ska behöva vara på det sättet.

Flera av biståndshandläggarna berättar om möten med anhöriga som hotar eller väljer att flytta från det gemensamma hemmet på grund av att de upplever att situationen i hemmet är ohållbar. Beskrivningarna formuleras som den anhöriges eget val och i citatet ovan reflekterar en yngre biståndshandläggare över att det ”känns ju jättekonstigt att det ska behöva vara på det sättet”.

Den enskildes val och beslutsrätt är starkt internaliserat i biståndshandläggarnas förhållningssätt till sina uppdrag och rättfärdigas via lagstiftningens formulering. Astvik och Melin (2013) menar att dessa förhållningssätt är ett sätt att hantera en moralisk konflikt och hjälper till att reducera belastningen i arbetet och blir ansvarsavlösande för handläggaren.

Biståndshandläggarnas val och strategier

Biståndshandläggarna har olika strategier för att hantera uppkomna dilemman. Genom tillämpning av accounts förklaras och rättfärdigas flera av deras val att hantera sitt arbete. En strategi är

olika uttryck för lojalitet som att t.ex. lojalitet och trivsel med kollegor som en biståndshandläggare ger uttryck för på följande sätt:

Alltså jag har valt att stanna kvar därför att jag trivs med mina kollegor och sen har det inte alltid varit...

En annan biståndshandläggare lägger ansvaret på sig själv och tillämpar exit som strategi och slutar sin tjänst som biståndshandläggare.

Det tycker jag är min skyldighet att göra när man känner att det börjar bli så motigt. [slutar sin tjänst]

Flera av biståndshandläggarna beskriver sin professionalitet på olika sätt och framhåller exempel och förklaringar som bidrar till en ökad känsla av kontroll och förståelse för uppdraget (jfr Orbuch 1997). Med uttryck som även om "hjärtat lider med dem" så måste regelverk och riktlinjer följas förknippas med professionalitet och är rättfärdiganden som förstärker lojaliteten till uppdraget. Men de flesta av biståndshandläggarna beskriver andra delar av arbetet som t.ex. mötet med hjälpbehövande som det som är stimulerande och tillfredställande när insatser matchar behov och då den hjälpbehövande och dennes anhöriga upplever behoven som tillgodosedda.

Man utvecklas ju hela tiden med jobbet och lär sig nya, aha det funkar. Nästa gång kan jag lägga fram det på det viset. Ja, det funkade inte alls, ska inte köra med det nästa gång. Så man lär sig av sina misstag. Och ju fler lite svårare ärenden man har, desto bättre blir man. Och jag har haft ett område där, kanske inte hälften men som där en stor del har varit personer med kognitiv svikt, många par. Så vi har försökt att avlasta och motivera dem till att ansöka om hjälp och riktigt så kluriga situationer så där lär man sig jättemycket. Så tänker jag, man kan inte tänka på att alla fall är, ja, är detsamma utan man får tänka i individuella lösningar. Det är ju det som gör jobbet roligt också.

Tillfredställelsen med arbetet förknippas med att kunna förbättra en hjälpsökandes livssituation och mötet med människor.

Man kanske inte kan tillgodose alla behov. En del kanske har orimliga förväntningar också. Men jag känner mig väldigt nöjd. Ja, att kunna ge någonting det ger en själv glädje och känna tanken att det här har jag gjort bra. Det blir bra för den personen, det känns bra, det gör det.

Frustration och svårigheter i arbetet beskrivs dels som en del av uppdragets utformning där regelverk, riktlinjer och arbetets organisering begränsar arbetets ”verklighet”. Biståndshandläggarna uttrycker sin frustration genom t.ex. ”att inte hinna med”, att ”uppdraget är att fatta beslut”, få ”valuta för pengarna”, att ”hinna med dokumentationen”. Dessa uttryck är samtidigt några av de faktorer som beskrivs vara uppdragets professionalitet. Empati i mötet med den hjälpbehövande och dennes anhöriga uttrycks inte i termer av professionalitet. En biståndshandläggare säger:

Jag skulle vilja göra mer kanske, men man får tänka på vad som är uppdraget också. Det är ju att ta beslut men det finns ju många som man skulle vilja prata med mer och oftare. Så det är ju inte helt tillfreds.

Utifrån Skaus (2001) resonemang om spänningsfältet mellan professionalitet och medmänsklighet som nödvändiga komponenter i socialt arbete i offentlig verksamhet verkar obalansen i biståndshandläggarnas uppdrag vara påtaglig och i riktning mot en professionalitet som främst avser att följa normer och riktlinjer och där den medmänskliga faktorn som en viktig komponent i uppdraget blir sekundär. Med en tolkning av Astvik och Melins (2013) analys om kompensatoriska strategier skapar det en profession av biståndshandläggare som får svårigheter att emotionellt klara och moraliskt hantera sitt arbete över tid och med ökade risker för stress och ohälsa.

VARFÖR BEHÖVER ANHÖRIGA STÖD?

I denna avhandling har jag studerat hur biståndshandläggare utifrån sin strategiska position har möjlighet att förhålla sig till anhöriga. Närmare bestämt hur de förhåller sig till anhörigas frivillighet, autonomi och personliga integritet vid bedömning av biståndsinsatser till en hjälpbehövande i ett gemensamt hushåll. Genom biståndshandläggarnas berättelser och beskrivningar av arbetsmetoder och tolkningar av riktlinjer, formas och framträder en bild av deras upplevda förväntningar på sina uppdrag och på hur de ska bedöma bistånd samt ge stöd till anhöriga. Jag har tolkat biståndshandläggares uttryck och beskrivningar utifrån accounts som kan förstås som förevändningar och rättfärdiganden i deras berättelser (Hirschman 2006). Jag har analyserat konsekvenser av biståndshandläggares sätt att hantera sin strategiska maktposition vid biståndshandläggningen, och som på olika sätt påverkar anhöriga. Situationer beskrivs dels mellan biståndshandläggare och olika verksamheter och dels mellan biståndshandläggare och den hjälpbehövande och anhöriga. I detta har jag sökt svaren på mina frågeställningar:

- Hur påverkas biståndshandläggares arbete och förhållningsätt till anhöriga av normer, regler och riktlinjer?
- Hur förhåller sig biståndshandläggare till anhörigas autonomi och möjlighet till personlig integritet?
- Hur förhåller sig biståndshandläggare till anhörigas frivilliga insatser och valmöjlighet?

Intervjumaterialet har bearbetats i ljuset av den retorik om anhöriga som återfinns i valda statliga utredningar och propositioner. De intentioner som uttrycks kring anhöriga i dessa använder jag som stöd till tolkning av lagar. Analysen om anhörigas möjligheter till en hanterbar vardag görs med stöd i kommunala ambitioner om jämställdhet och jämlikhet för kommunens invånare och tillämpning av lokala riktlinjer och förhållningssätt. En hanterbar vardag i ett gemensamt liv tillsammans med någon som har särskilda behov där vardagen påverkas av dennes behov. Biståndshandläggningens regelverk gällande stöd och insatser och tillämpning av detta, samt biståndshandläggarnas upplevelse av sin maktposition och sin profession är i sammanhanget på många sätt avgörande. Ett övergripande svar på frågeställningarna är att biståndshandläggarnas arbete och förhållningssätt till anhöriga och deras behov är starkt styrda och begränsade av strukturer, normer, regelverk och riktlinjer. Anhörigas autonomi och personliga integritet inryms inte i biståndsbedömningen vars syfte är att tillgodose den enskildes behov. Detta ger att anhörigas frivilliga insatser och valmöjligheter inte blir del av någon behovsutredning utan inkluderas i begreppet ”kan tillgodoses på annat sätt”. Anhörigas behov eller de insatser och åtaganden som anhöriga gör eller åläggs dokumenteras inte och kan inte överklagas av den anhörige. Resultaten förtydligas i temana nedan.

Uppdrag och verksamhet

Inom ramen för temat Uppdrag och verksamhet redogörs både för hur regelverket tillämpas och vilket utrymme biståndshandläggaren har för att utföra sitt uppdrag. Identifierade behov avgränsas till att definieras utifrån det utbud av insatser som kommunen organiserat. De behov som inte omfattas av biståndshandläggarens erbjudande av insatser faller under den enskildes eget ansvar, oavsett den enskildes möjligheter att förstå, ha kunskap om eller ens veta att denne själv har ansvar för detta. Biståndshandläggningens fokus på den enskilde är trots detta viktig. Rättssäkerhet och den enskildes vilja är viktiga ledord. Men det blir problematiskt att den enskildes sociala kontext och sammanhang inte inkluderas i högre grad i biståndshandläggningen. Anhöriga i den hjälpbehövandes

närhet ses inte som individer med egna behov och rätt till en skälig levnadsnivå, vid biståndshandläggningen. Oavsett biståndshandläggarens professionalitet och kunskap begränsas möjligheterna till flexibilitet och helhetssyn genom kommunens tillämpning av regelverk och utformning av dokumentationssystem. På det vis som detta är utformat blir anhörigas uppkomna behov, vid en hjälpbehövandes tilltagande sjukdom eller funktionsnedsättning, osynliggjorda.

Biståndshandläggarna som medverkar i studien ser både komplexiteten och konsekvenserna. De upplever sig dock sakna utrymme att påverka då riktlinjerna är det som ska följas. I riktlinjer och dokumentationssystem ges inte utrymme varken att tillgodose eller att följa upp anhörigas behov. Biståndshandläggarna beskriver intentionerna i sitt arbete som grundade i ett socialt arbete med fokus på att förändra och förbättra människors förutsättningar till ett skäligt vardagsliv. Olika professioner både inom kommunen och i hälso- och sjukvården identifierar behov hos hjälpsökande men utan hänsyn till det regelverk som biståndshandläggarna har att utgå från. Detta innebär att biståndshandläggarna upplever ett ifrågasättande av sin kompetens och yrkesprofessionalitet. Verksamheten är primärt ekonomistyrd vilket stundtals verkar kollidera med etiska perspektiv i praktiken. Denna kollision kan förstås med ett allt striktare kommunalt regelverk för att styra och försök att hålla tillbaka kostnader. Biståndshandläggarna beskriver en begränsning i att kunna uppfylla kraven, från såväl den hjälpbehövande och anhöriga som från organisationen. För att hantera sin arbetssituation internaliserar biståndshandläggarna strategier, exempelvis disengagemang, sänkta kvalitetsanspråk eller exit (Astvik och Melin 2013). Exempel på disengagemang är uppgivenhet inför regelverk och istället för att identifiera behov definieras dessa för att rymmas inom standardiserade insatser. Strategierna kan uttryckas som accounts, det vill säga genom förevändningar och rättfärdiganden (Hirschman 2006). Ett sådant exempel är uttryck som att om man är gift så får man "acceptera situationen" eller att hävda att den enskildes rätt att avstå formell hjälp väger tyngre än konsekvenserna för en anhörigs situation i samma hushåll.

Biståndshandläggarna beskriver sin grundläggande uppfattning om sitt uppdrag som att identifiera och tillgodose behov för den enskilde. Med utgångspunkt i mitt material ser praktikens prioriteringsordning annorlunda ut och uppdraget blir att definiera vilka behov som kan tillgodoses med standardiserade insatser. Biståndshandläggare åläggs ett ansvar som är beroende av budgetläge, tillgång till funktionella bostäder, tillgång till sjukvård för ”svårare” vårdgrupper, tillgång till flexibla insatser, kompetent personal i utförarverksamheten, lagar, regelverk och politiska intentioner. Det är i detta som den enskildes behov ska tillgodoses. På så sätt lämnas ett begränsat utrymme för att regelmässigt också bedöma anhörigas situation och behov.

Hemmet

I biståndshandläggarnas beskrivningar förtydligas det egna hemmet som viktigt och som symbol för den hjälpbehövandes identitet som ska vidmakthållas. Utredningsarbetet handlar direkt eller indirekt om hemmet. Arbetet fördelas mellan olika specialiserade biståndshandläggare. Varje specialiserad biståndshandläggare tar ansvar för en avgränsad del av helheten. Besluten värderas indirekt utifrån övriga beslut fattade inom samma verksamhetsområde. Det innebär att t.ex. vid ansökan om särskild boendeform kommer den specialiserade handläggaren, vars uppgift är att enbart bedöma boendeansökningar, att bedöma dessa utifrån kriterier som också påverkas av andra faktorer än den sökandes behov. T.ex. kommer den sökandes behov ställas mot övriga sökandens behov. Den sökande som har störst behov bland samtliga aktuella ansökningar prioriteras. En annan faktor är hur många tillgängliga särskilda boendeplatser som finns att fördela. Om biståndshandläggaren har vetskap om att det är kö till särskilt boende skärps kriterierna i biståndshandläggningen för att få tillgång till platserna. Den enskildes eller anhörigas upplevelse av behov av en boendeplats blir därmed underordnat. Specialisering avgränsar uppdraget och förstärker fokus på den enskilde och en helhetsbild med anhöriga inkluderade riskerar att utebli.

Övriga behovsutredningar påverkas på liknande sätt, t.ex. vid begränsad tillgänglighet i hemmet. Insatser ges för att underlätta vardagen. Dessa ges bland annat då tillgängliga lägenheter för personer som av olika skäl är i behov av ett annat boende med större tillgänglighet, inte finns att tillgå. Insatser ges också då den enskilde inte vill flytta. Avsaknaden av boendialternativ förstärker biståndshandläggarnas accounts om den enskildes personliga val och ett eget ansvar för boendesituationen. I biståndshandläggarnas berättelser beskrivs att omfattande motivationsarbete kan behövas för att få anhöriga att acceptera insatser och lösningar i hemmet. Som exempel beskrivs vårdsäng i vardagsrummet eller hygienlösningar som begränsar både den hjälpbehövandes och anhörigas integritet och möjlighet till autonomi. Med ökad sjukvård i hemmen förväntar sig biståndshandläggarna också ett ökat behov av motivationsarbete. Arbetet kan också vara det motsatta, att motivera för att få den enskilde att ta emot insatser i hemmet och även att hjälpa anhöriga att avgränsa sitt engagemang.

Utifrån biståndshandläggarnas berättelser beskrivs behov av andra insatser än de som finns tillgängliga idag. Återkommande beskrivs ett behov av insatser som gynnar social interaktion även för personer med omfattande behov och insatser även för anhöriga som isolerats i hemmet med vård och omsorgsansvar. Jag menar att även insatser som hjälper familjer (även äldre) att få stöd vid kriser utlösta av förändringar i olika livsfaser skulle kunna vara aktuella. Exempel på sådana insatser kan vara kuratorskontakt. Likaså finns det behov av insatser som hjälper till att hitta samhällsinformation och stöd t.ex. att söka en annan bostad på den öppna bostadsmarknaden.

Frivillighet och Den enskildes ansvar

Biståndshandläggarna förhåller sig strikt till den enskildes frivillighet. Det är dennes val som avgör både om och vilka insatser av biståndshandläggarens förslag som kan vara aktuella. Den anhöriges åsikter om den hjälpbehövandes behov beaktas i varierande grad men beslutet att ta emot insatser åligger den enskilde. Den enskildes val omfattar enligt biståndshandläggarna också ett eget ansvar.

Den enskildes ansvar betonas och beskrivs inrymma både valet av livsstil, boende och familjekonstellation. På så sätt tunnas det offentligas ansvar ut. Det ger konsekvenser framför allt för den grupp hjälpbehövande som är i behov av omsorg och bistånd samt deras anhöriga, vars förutsättningar redan före sjukdom eller funktionsnedsättning inte inkluderat så många valmöjligheter. Exempelvis kan det vara familjer som lever i trångboddhet eller har svårigheter att förstå samhällsstrukturen eller inte har ekonomiska förutsättningar att förändra sin situation. Det handlar om en grupp som till stor del består av äldre personer och personer som på olika sätt har en nedsatt funktionsförmåga. Betoningen på den enskildes ansvar och fria val kan också dölja att många av de barn som lever i familjer där familjen själv får ta ett omfattande ansvar för en hjälpbehövandes vardag. Ingen av biståndshandläggarna i studien uttryckte ett barnperspektiv. Ett privatgörande av den enskildes ansvar och vilja, som är avskärmat från social kontext och sammanhang, förskjuter ett ansvar men utan makt för den enskilde att kunna ta ansvaret att själv skapa sig en skälig levnadsnivå och ett självständigt liv. Insatser ges främst när en situation blir ohållbar eller efter hastiga sjukdomsfall. Anhörigas eventuella behov av personlig integritet och autonomi för egen del, uppfattas inte av biståndshandläggarna som en del av uppdragets ansvarsområde.

Makt

För flera av biståndshandläggarna blir etiska dilemman en del av vardagen. Etiska perspektiv får stå tillbaka i komplexa ärenden där behoven kan omfatta ett större område än biståndshandläggare i kommunens vård och omsorg har mandat att lösa. Mitt material visar att biståndshandläggarnas reella position växlar mellan makt och maktlöshet. På samma sätt växlar maktpositionerna mellan anhöriga och hjälpbehövande. Biståndshandläggarna ger exempel på anhöriga som genom eget motivationsarbete övertygar hjälpbehövande att ansöka om insatser. På liknande sätt kan en hjälpbehövandes övertygande nej skapa maktlöshet hos anhöriga. Utifrån pågående samhällsförändringar och biståndshandläggarnas beskrivningar, förtydligas att de insatser som erbjuds i begränsad utsträckning tillgodoser sociala behov och möjlighet till delaktighet i

samhällslivet för både hjälpbehövande och deras anhöriga. Hemtjänstens policy att inte hantera kontanter, att handla i närmast liggande butik, att inte erbjuda mer än ”vardagsstädning” osv. väcker funderingar om de insatser som erbjuds behöver aktualiseras utifrån hur vardagslivet för människor ser ut idag. Intentionerna i begreppet skälig levnadsnivå inkluderar en helhet som omfattar både materiell och social nivå. Därför behöver skälig levnadsnivå i praktiken beaktas ur ett mer systemiskt perspektiv där familj och anhörigas behov är en viktig del av helheten.

Ett av de teoretiska perspektiv jag valt att ta utgångspunkt ur i denna studie är makt som disciplinär och strategisk position (Alvesson 2011; Nilsson 2008). Aspekter av makt genomsyrar hela strukturen i den kommunala organisationen, från lagstiftning genom biståndshandläggare till den hjälpbehövande och anhöriga. Regler och riktlinjer sätter tydliga gränser för vad som kan anses vara skäligt och vad som inte är det. Både reglerna och riktlinjerna får därmed en disciplinerande och normerande funktion. Riktlinjernas funktion har också en resursfördelningsfunktion som anger en rättvisenorm. Biståndshandläggarna beskriver en tydlighet i sina uppdrag, där en rättvis fördelning av resurser tillsynes väger tyngre än det faktiska utfallet av insatserna. Biståndshandläggarnas uppdrag är i sig ett uppdrag där makt delegerats från politiker. Detta ger en strategisk position som innebär att dels vaka över det allmännas intressen och fördela resurser, och dels att verka etiskt för att bistå människor att få skäliga levnadsförhållanden. I intervjuerna med biståndshandläggarna framträder en obalans att hantera dessa olika positioner. Regelverk och riktlinjer uppfattas som ett generellt tak. Det vill säga alla ska få lika och taket gäller för alla. Vid särskilda behov som går utanför riktlinjens tak ska dessa styrkas och bevisbördan åligger den hjälpbehövande, såvida behoven inte tar sig uttryck som verkar socialt belastande för t.ex. grannar. Genom biståndshandläggarnas tillägnande av accounts, rättfärdigas regelverket på bekostnad av etiska aspekter som blir underordnade. Antaganden som t.ex. att hjälpbehövande vill bo hemma oavsett hjälpbehov, kan förvisso vara helt korrekta, men om denna vilja är grundad i rädsla, tillitsbrist eller andra orsaker hos den

hjälpbehövande, tas inte i beaktande. Istället hänförs detta till den enskildes egen vilja och personliga ansvar och blir ett avståndstagande från det offentliga sida till ett privatgjort ansvar, som ofta hamnar hos anhöriga att lösa. De insatser som ges i hemmet är främst av materiell karaktär såsom städ, tvätt och mat men också hjälp med hygien. Hur hjälpbehövande och anhöriga ska lösa vardagslivet med relationer, social interaktion och samhällsdeltagande blir en privat fråga. Hjälp ges med syfte att *överleva* utan målsättning om hur familjen ska kunna *leva*. Detta innebär sammantaget att biståndshandläggarna har ett begränsat utrymme att förhålla sig till anhörigas behov. Anhörigas autonomi och personliga integritet beskrivs av biståndshandläggarna ligga inom ramen för anhörigas eget ansvar och inte vara en del av biståndshandläggarens uppdrag. Anhörigas ansvar följer vid valet att stå någon nära, inom en äktenskapsliknande relation, en vänskapsrelation eller genom att vara förälder.

Vem är den enskilde i ett gemensamt hem?

Makt utövas naturligtvis även i relationer mellan hjälpbehövande och anhöriga. Om den hjälpbehövande nekar insatser från det offentliga läggs förväntningar och ansvar över på anhöriga. På samma sätt kan anhöriga utöva makt t.ex. genom att övertala den hjälpbehövande att ta emot insatser eller att lämna hemmet. Det vill säga, det finns här egentligen varken rätt eller fel utan frågan är komplex och påverkas av en mängd olika faktorer. Många anhöriga ser det som en självklarhet att göra allt de kan för den hjälpbehövande i sin närhet och uppfattar det som en del av det gemensamma livet i en nära relation. Strukturer, normer, regler och riktlinjer avgränsar biståndshandläggares förhållningssätt till anhöriga. Anhörigas möjligheter till autonomi och personlig integritet vid insatser till en hjälpbehövande i ett gemensamt hushåll avgörs utifrån vilka grundförutsättningar som finns i hemmet före uppkomna behov. Viktiga delar för hemmets förutsättningar är tillgänglighet och boendeyta. Som tidigare beskrivits påverkar dessa förutsättningar parternas möjlighet till personlig integritet och autonomi vad gäller att ta emot hemtjänst, hemsjukvård, vårdsäng, förvara hjälpmedel och förbrukningsartiklar. Anhörigas valmöjligheter till frivilliga

åtaganden består främst av att kunna välja att avstå från personlig omvårdnad av den andre parten. Det förutsätter att den hjälpbehövande samtycker till att ta emot formell omvårdnad. Biståndshandläggarna har inga formella stödinsatser att erbjuda anhöriga utöver det som även den hjälpbehövande ska samtycka till, t.ex. avlösning. På så sätt blir socialtjänstlagens intentioner om stöd till anhöriga verkningslösa. Insatser vars syfte är att stödja anhöriga dokumenteras inte som ett stöd till anhöriga. Detta innebär att anhöriga inte har rätt att överklaga beslut även om dessa direkt berör dem och deras vardagsliv, då det är den enskildes behov som ska bedömas. I den kommun som jag undersökt är dokumentationssystemen inte utformade ur ett systemiskt perspektiv, det vill säga ett perspektiv där helheten av sammantagna behov bedöms och delaktiga parter får sina respektive behov tillgodosedda. Biståndshandläggarnas förhållningssätt till anhörigas valmöjligheter handlar om att ge personlig omvårdnad eller inte till en hjälpbehövande person. I övrigt består anhörigas val av att stanna kvar eller lämna relationen.

Med en utgångspunkt i kommunala policydokument och en ideologi om universell välfärd framträder en bild av en komplex offentlig förvaltning, i vilken den enskilde och dennes anhöriga i stor utsträckning blir lämnade att utifrån bästa förmåga själva skapa sig en hanterbar vardag. Oavsett den enskildes eller de anhörigas kontext och sociala förutsättningar kan tillvaron och deras möjligheter att vara inkluderade i samhället bli kringskurna. Kommuner lämnar med nuvarande regelverk och riktlinjer begränsade förutsättningar och få möjligheter för anhöriga att ta frivilliga beslut eller val om åtaganden och samtidigt kunna bevara relationen till den hjälpbehövande.

Slutord och framtida forskning

I slutet av arbetet med denna text fick jag förmånen att delta som volontär vid ett ideellt arrangemang, Hensmåla Triathlon, en tävling som initierats på initiativ av anhöriga till en person med ALS. Alla intäkter från arrangemanget går till forskningen kring ALS. Arrangemanget lockade ca 170 tävlingsdeltagare, ca 40 lokala

sponsorer och kring 35 volontärer. Anhörigas engagemang tar sig en mängd olika uttryck. Från att stå med händerna konkret i en omvårdnadssituation till att arrangera insamlingar för att lösa obotliga diagnosers gåtor. Frågan kvarstår om vem som ska bestämma och avgöra hur anhörigas engagemang ska se ut. Vilka möjligheter till val vill, kan och bör ett civiliserat samhälle ge individer? Vilket stöd ska samhället bistå med? Vilka möjligheter till val att kombinera förvärvsarbete, personlig integritet och bibehållen hälsa ska anhöriga erbjudas? Vem är det som är den enskilde i ett gemensamt hem?

Det är min förhoppning att denna avhandling kan bidra som ett diskussionsunderlag både för politiker och för de verksamheter som berörs av dessa frågor i sin vardag. Fokus i avhandlingen är på vilket sätt offentlig verksamhet förhåller sig till anhörigas möjlighet till val, förhållningssätt och önskningsar. Frågor om hur biståndshandläggare ska förhålla sig till anhörigas autonomi och möjlighet till personlig integritet behöver kontinuerligt diskuteras.

Vidare studier behövs kring vilka strukturer, regler och riktlinjer som behövs för en hållbar utveckling av socialtjänst och vård- och omsorg samt därmed ökad jämlikhet, även för anhöriga. Studier om anhörigas upplevelser och tankar behöver fördjupa perspektiven. Under vilka förutsättningar vill och kan anhöriga ta ansvar för en hjälpbehövande person? När inte känslor som plikt, dåligt samvete eller normativ styrning påverkar den anhöriges val av åtaganden eller att lämna delar av sin personliga integritet och autonomi, vad behöver anhöriga då? Vilket stöd och insatser behövs för att bevara relationerna även när ena parten får omfattande behov? Är hemmet viktigt som fysisk plats eller styrs bilden av hemmet av rädsla för det okända i ett annat boende? Vad behövs i hemmets utformning? Är hemmet viktigare som verktyg för en bevarad identitet och som symbol för en svunnen tid än ett boende med funktionell tillgänglighet och stöd vid nedsatta kroppsfunktioner? Hur påverkar ekonomiska aspekter? Är dagens organisering av vård- och omsorg som en del av socialtjänsten, den bästa lösningen för att tillgodose människors behov av stöd vid sjukdom eller funkt-

ionsnedsättning? Är anhöriga bästa alternativet vid utvecklingen av vård- och omsorg? Har anhöriga råd att vara det bästa alternativet? Vad gör det med välfärdsstaten Sverige om anhöriga är vårt bästa alternativ till vård- och omsorg om personer med ett omfattande hjälpbehov? Dessa är några av de frågor som behöver be-
forskas vidare.

REFERENSER

- Ahrne, Göran och Peter Svensson red. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber, Malmö
- Akademikerförbundet (2013). *Etik i socialt arbete. Etisk kod för socialarbetare*. Akademikerförbundet SSR, https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik_i_socialt_arbete.pdf
- Akademikerförbundet (2015). *Etik i socialt arbete. Etisk kod för socialarbetare*. Akademikerförbundet SSR
- Alftberg, Åsa (2012). *Vad är det att åldras? En etnologisk studie av äldre, kropp och materialitet*. Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet, Lund
- Alvesson, Mats (2011). *Tomhetens triumf*. Bokförlaget Atlas och Liber, Stockholm
- Andersson, Katarina (2007). Myndighetsutövning i äldreomsorgen - att skapa likhet i äldres behov? Kap. i Stina Johansson (red.) (2007). *Social omsorg i socialt arbete*. Gleerups, Malmö
- Andersson, Magdalena (2015). Närstående till patienter inom palliativ vård och omsorg. Kapitel i Martina Takter (red.) *Vem ska betala för det obetalda omsorgsarbetet? - om socialt hållbar utveckling*. Finsam i Malmö, Region Skåne & Malmö stad (2015)
- Andö, Philip (2014). Vanligare att utrikes födda bort trängt, *Tidningen Välfärd*, 2014:74. Statistiska centralbyrån. http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Vanligare-att-utrikes-fodda-bor-trangt (2017-04-02)
- Astvik, Wanja och Marika Melin (2013). Överlevnadsstrategier i socialt arbete: Hur påverkar copingstrategier kvalitet och hälsa? *Arbetsmarknad och Arbetsliv*, 19 nr 4 s.61-73
- Bauman, Zygmunt (1992). översättning Suzanne Almqvist. *Att tänka sociologiskt*, Bokförlaget korpen, Göteborg

- Bergmark, Anders (2008). Om evidensbasering, kunskapsöversikter och psykosociala mekanismer. Kap i Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmarie Eliasson-Lappalainen och Katarina Jacobsson (red.) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och kultur, Stockholm
- Borstrand, Ingbritt och Linda Berg (2009). Närståendes erfarenheter av ett palliativt hemsjukvårdsteam. *Vård i Norden* 4/2009. Publ.no.94 Vol.29 No 4 s.15-19.
- Bourdieu, Pierre (2004) *Praktiskt förnuft. Bidrag till en handlingsteori*. Översättning Gustaf Gimdal och Stefan Jordebrandt. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg
- Brüde, Bengt och Per-Anders Tengland (2003). *Hälsa och sjukdom- en begreppslig utredning*. Studentlitteratur, Lund
- Ehn, Billy och Peter Öberg (2011). Biografisk intervjumetod i Fangen, Katrine och Ann-Mari Sellerberg red. (2011). *Många möjliga metoder*. Studentlitteratur, Lund
- Elisason, Rosmari (red.) (1992). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Arkiv förlag, Lund
- Elmersjö, Magdalena (2014). *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen: Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen*. Doktorsavhandling, Linnaeus University Press. 218. Linnéuniversitetet, Växjö
- Engelstad, Fredrik. Översättning av Margareta Brogren (2006). *Vad är makt*, Natur och kultur, Stockholm
- Erlingsson, Christen, Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson (2010). *Anhörigvårdares hälsa*, Kunskapsöversikt 2010:3, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Kalmar
- Esbjörnsson, Sara (2014). Den kommunala praktiken Herrljunga kommun. Kapitel i Maria Wolmesjö och Annika Staaf (red.) (2014). *Rätt till bistånd i äldreomsorg*. Gleerups, Malmö
- Esping-Andersen, Gösta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, New Jersey
- Fangen, Katrine och Ann-Mari Sellerberg red. (2011). *Många möjliga metoder*. Studentlitteratur, Lund
- Firth, Alan (1995). 'Accounts' in negotiation discourse: A single-case analysis. *Journal of Pragmatics*, 23 s.199-226
- Flyckt, Lena (2015). Närståendebördan vid psykossjukdom, dess storlek och bestämningsfaktorer. Kapitel i Martina Takter (red.) *Vem ska betala för det obetalda omsorgsarbetet? - om socialt hållbar utveckling*. Finsam i Malmö, Region Skåne och Malmö stad (2015)
- Försäkringskassan 2016-09-23 <https://www.forsakringskassan.se>

- Habermas, Jürgen (2008). *Den moraliska synpunkten*. Översättning Anders Molander. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg
- Hacking, Ian (2000). översättning av Bengt Hansson. *Social konstruktion av vad?* Thales, tredje tryckningen 2010, Stockholm
- Harnett, Tove (2010). *The Trivial Matters. Everyday power in Swedish elder care*. School of Health Sciences. Intellecta Infolog, Jönköping
- Hasenfeldt, Yeheskel (2000). Organizational Forms as Moral Practices: The Case of Welfare Departments. *Social Service Review*, 74 no 3 s.329-351, University of Chicago Press
- Hasenfeldt, Yeheskel (2010). *Human services as complex organizations*. Andra upplagan. Sage Publications, Inc. United States of America
- Hirdman, Yvonne (2003). *Genus - om det stabila föränderliga former*. Liber, Malmö
- Hirschman, Albert O. Översättning Sten Hemmingsson och Mats Larsén (2006). *Sorti eller protest, En fråga om lojaliteter*. Arkiv förlag, Lund
- Hovstadius, Bo, Lisa Ericsson och Lennart Magnusson (2015). *Barn som anhöriga - ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2015:8, Leanders Grafiska, Kalmar
- Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Med makt följer ansvar - Socialtjänstens myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst* Artikelnummer: IVO 2016-30, utgiven juni 2016, www.ivo.se
- Jacobsen, Dag Ingvar(2012). Översättning Håkan Järvå och Bitte Wallin. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Studentlitteratur, Lund
- Jacobsen, Dag Ingvar och Jan Thorsvik (2013). *Hur moderna organisationer fungerar*. Fjärde upplagan. Studentlitteratur, Lund
- Jegermalm, Magnus (2003). Stöd till äldres anhöriga. Socialpolitik och praktik. I Jeppson Grassman, Eva red. (2003) *Anhörigskapets uttrycksformer*. Studentlitteratur, Lund
- Jegermalm, Magnus och Bo Malmberg, Gerdt Sundström (2014). *Anhöriga äldre angår alla!* Kunskapsöversikt 2014:3, Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Högskolan Jönköping. Webbutgåva: http://www.anhoriga.se/Global/St%c3%b6d%20och%20kunskap/Publicerat/Kunskaps%c3%b6versikter/Dokument/Nka_Anhoriga_aldre_2014-3_webb.pdf
- Jeppson Grassman, Eva (2003). *Anhörigskapets uttrycksformer*. Studentlitteratur, Lund
- Johansson, Stina (red.) (2007). *Social omsorg i socialt arbete*. Gleerups, Malmö

- Järvinen, Margaretha (2002). Mötet mellan klient och system - om forskning i socialt arbete. *Dansk sociologi*, 13 no 2 s.73-84
- Kommunförbundet Skåne 2016-11-14 <http://kfsk.se/hsavtal>
- Kvale, Steinar och Svend Brinkmann (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Översättning Sven-Erik Torhell. Studentlitteratur, Lund
- Larsson, Ann-Christine (2014) Den kommunala praktiken Högsby kommun. Kap i Maria Wolmesjö och Annika Staaf (red.) (2014). *Rätt till bistånd i äldreomsorg*. Gleerups, Malmö
- Larsson, Monica (2008). *Att förverkliga rättigheter genom personlig assistans*. Lund Dissertations in Social Work 32, Lunds universitet, Lund
- Linde, Stig och Kerstin Svensson red. (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv. Liber, Stockholm
- Lindelöf, Margareta och Eva Rönnbäck (2007). *Biståndshandläggning och handlingsutrymme - från ansökan till beslut i äldreomsorgen*. Studentlitteratur, studentlitteratur.se
- Lindvall Olsson, Anna (2010). *Cancerkarusellen*, Förlag Annas Ord Text Mening
- Malmö stad, (2016a). Riktlinjer för biståndsbedömning i ordinärt boende och särskilt boende enligt Socialtjänstlagen, beslutad av kommunfullmäktige 2016-06-22, Malmö stad
- Malmö stad, (2016b). Utdrag ur Procapita per den 31 mars 2016. Per Lövgren, Enheten Vård och omsorg, Malmö stad
- McGraw, Kathleen M. (1991). Managing blame: An experimental test of the effects of political accounts. *American Political Science Review*, 85 no 4 s.1133-1157
- Meeuwisse, Anna och Katarina Jacobsson (2008). *Fallstudieforskning i Meeuwisse, Anna, Hans Svärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen och Katarina Jacobsson red. (2008). Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och kultur, Stockholm
- Meeuwisse, Anna, Hans Svärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen och Katarina Jacobsson red. (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och kultur, Stockholm
- Merriam, Sharan B.(1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur, Lund
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Rapport 2015:8, Stockholm
- Nationalencyklopedin, enskild. <http://www.ne.se> (hämtad 2016-09-19)

- Nationellt kompetenscentrum anhöriga och FUB, (2014). *Rätt att leva - inte bara överleva*. www.anhoriga.se/flerfunktionsnedsattning
- Nilsson, Roddy (2008). *Foucault: en introduktion*. Égalité, Malmö
- Nordell, Eva, Mats Pihlgård och Sölve Elmståhl (2016). *Äldres hälsa och behov av insatser från kommunal äldreomsorg i Malmö stad - en rapport med data från studien Gott Åldrande i Skåne*. Skånes universitetssjukhus och Avdelningen för geriatrik, Lunds universitet
- Nordenfors, Monica, Charlotte Melander och Kristina Daneback (2014). *Unga omsorgsgivare I Sverige*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2014:5. Webbversion. http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskaps%c3%b6versikter/Nka_BSA_Rapport_2014-5_webb.pdf
- Nordenmark, Mikael (2008). Är upplevelse av stress mellan arbetsliv och familjeliv ett hinder för kvinnors arbetsmarknadsdeltagande? Kap i Mikael Nordenmark och Saman Rashid red. (2008) *Arbete, hälsa och kön*. Genusstudier vid Mittuniversitetet Rapport 2, Östersund
- Nyman, Joakim (2014). Den kommunala praktiken Västerviks kommun. Kapitel i Maria Wolmesjö och Annika Staaf (red.) (2014). *Rätt till bistånd i äldreomsorg*. Gleerups, Malmö
- Orbuch, Terri L. (1997). People's Accounts Count: The sociology of Accounts. *Annual Review of Sociology*, 23 s.455-478.
- Persson, Tove och David Wästerfors (2009). "Such Trivial Matters:" How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging studies*, 23 s.1-11.
- Ponnert, Lina (2013). Osäkerhet. Ett nödvändigt uttryck för professionalitet eller ett tecken på okunskap? Kapitel i Linde, Stig och Kerstin Svensson red. (2013). *Förändringens en-treprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Liber, Stockholm
- Proposition (1987/88:176). *Äldreomsorgen inför 90-talet*, Socialdepartementet
- Proposition (1993/94:218). *Utvecklingen inom psykiatrisk vård*, Socialdepartementet
- Proposition (2005/06:115). *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg för äldre*, Socialdepartementet
- Proposition (2008/09:82). *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*. Socialdepartementet
- Rauch, Dietmar (2007). Omsorgsgarantier i Sverige och Danmark. I Stina Johansson (red.) *Social omsorg i socialt arbete*. Gleerups, Malmö

- Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter, (2017).
<http://www.manskligarattigheter.se/sv/vem-gor-vad/forenta-nationerna/fn-s-allmanna-forklaring>
- Rennstam, Jens och David Wästerfors (2015). *Från stoff till studie*. Studentlitteratur, Lund
- Repstad, Pål (1999). *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Översättning Björn Nilsson. Studentlitteratur, Lund
- Rothstein, Bo (2004). *Sociala fällor och tillitens problem*. SNS förlag, Stockholm
- Sand, Ann-Britt (2007). *Äldreomsorg - mellan familj och samhälle*. Studentlitteratur, Lund
- Sand, Ann-Britt (2014b). "Det handlar också om tid och pengar" *Anhörigomsorg, försörjning, lagar*. Kunskapsöversikt 2014:2, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, webbupplaga:
[http://www.anhoriga.se/Global/Str%c3%b6d%20och%20kunskap/Publicerat/Kunskaps%c3%b6versikter/Dokument/WEBB_Kunskaps%c3%b6versikt_2014-2_Sand%20\(2\).pdf](http://www.anhoriga.se/Global/Str%c3%b6d%20och%20kunskap/Publicerat/Kunskaps%c3%b6versikter/Dokument/WEBB_Kunskaps%c3%b6versikt_2014-2_Sand%20(2).pdf)
- Sand, Ann-Britt (2015). Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. Kapitel i Martina Takter (red.) *Vem ska betala för det obetalda omsorgarbetet? - om socialt hållbar utveckling*. Finsam i Malmö, Region Skåne och Malmö stad (2015)
- Schjödtt, Borrik och Thor Aage Egeland (1994). *Från systemteori till familjeterapi*. Översättning av Sten Andersson. Studentlitteratur, Lund
- Scott, Marvin B. och Stanford M. Lyman (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33 no 1 s.46-62
- Silfverberg, Gunilla (1996). *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik*. Bokförlaget Nya Doxa, Nora
- Sjövall, Katarina (2011). *Living with cancer, Impact on cancer patient and partner*. Department of Oncology, Clinical Sciences, 2011:25, Lund University, Lund
- Skau, Greta Marie (2001). *Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Översättning av Lillemor Ganuza Jonsson. Liber AB, Stockholm
- Socialstyrelsen (2002). *Etikfrågor i socialtjänsten – en undersökning om hur socialtjänsten hanterar etikfrågor i det praktiska arbetet*. Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten, Projekt 9 – Etik, Artikelnummer: 2004-126-1
- Socialstyrelsen (2003). *Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg*. Tillsynsaterföring. Artikelnummer: 2003-109-18

- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen*. Stockholm
- Socialstyrelsen (2009). SOSFS/2009:6, *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>
- Socialstyrelsen (2011). *Behovsbarometern - äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg*. Socialstyrelsen, artikelnummer: 2011-12-29. Publicerad www.socialstyrelsen.se december 2011
- Socialstyrelsen (2012). *Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser*. Socialstyrelsen, artikelnummer: 2012-8-15 Publicerad www.socialstyrelsen.se augusti 2012
- Socialstyrelsen (2013). Meddelandeblad, *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*
- Socialstyrelsen (2014). *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående*. Slutrapport 2014. Artikelnummer 2014-12-6. Webbutgåva.
- Socialstyrelsen (2016). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2015*. Tab. 2 a, antal personer i ordinärt boende den 31 oktober 2015.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-3
- Socialstyrelsen (2016a). *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum*. Lägesrapport. Mars 2016.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-3-12>
- Socialstyrelsen (2016b). *Informationsspecifikation 2016:1 för Individens behov i centrum*. Juli 2016.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-7-2>
- SoU 2016:2 *En sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst*, Socialdepartementet
- SCB, Statistiska centralbyrån (2012). *Befolkningsstatistik 2012 - Hushållsstatistik: Ensamstående utan barn är Sveriges vanligaste hushåll. Statistiknyhet från SCB*, nr 2013:309.
http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningensammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Behallare-for-Press/367855 (2017-04-02)
- Strang, Peter (2014). *Att höra till. Om ensamhet och gemenskap*. Natur och kultur, Stockholm
- Sebeheley, Marta, Petra Ulmanen och Ann-Britt Sand (2014a). *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* Arbetsrapport 2014:1, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, Stockholm

- Söderberg, Maria (2014). *Hänsyntagandes paradoxer. Om äldre, närstående och biståndshandläggare vid flytt till särskilt boende*. Lund Dissertations in Social Work 46, Lunds universitet, Lund
- Thurén, Torsten (2015). *Etik och politik, Moralfilosofi i praktiken*. Liber, Stockholm
- Twigg, Julia och Karl Atkin (2002). *Carers Perceived: policy and practice in informal care*. Open University Press, Maidenhead, Philadelphia
- Ulmanen, Petra (2015). *Omsorgens pris i åtstramningstid. Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Rapport i socialt arbete nr 150, 2015. Stockholms universitet. Holmbergs Malmö
- Wennman-Larsen A, Tishelman C, Wengstrom Y, Gustavsson P. (2007). Factors influencing agreement in symptom ratings by lung cancer patients and their significant others. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2): s. 146-155.
- Westlund, Peter och Monica Clow (1996). *Biståndsboken, Lärobok för äldreomsorgen*. Liber, Stockholm
- Whitaker, Anna (2003). Anhörigskap och sjukhem. Kap. i antologin *Anhörigskapets uttrycksformer*, Eva Jeppsson Grassmann, (red.) Studentlitteratur, Lund
- Winqvist, Marianne (1999). *Den åldrande familjen. Om vuxna barn och deras hjälpbehövande föräldrar*. Studentlitteratur, Lund
- Winqvist, Marianne m.fl. (2012:4). *Stöd till anhöriga - erfarenheter från åtta kommuner 2010-2012*. Nka rapport 2012:4, Nationellt kompetenscentrum anhöriga/Fokus Kalmar län
- Winqvist, Marianne (2014). *Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll - resultat från en enkätundersökning*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2014:1, Göteborg
- Wolmesjö, Maria (2014). Den kommunala praktiken Norrköpings kommun. Kapitel i Maria Wolmesjö och Annika Staaf (red.) (2014). *Rätt till bistånd i äldreomsorg*. Gleerups, Malmö
- Wolmesjö, Maria och Annika Staaf (red.) (2014). *Rätt till bistånd i äldreomsorg*. Gleerups, Malmö

Lagar och domar

Förvaltningsrätten Stockholm, 2016-02-25 mål.nr 28118-15

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Kammarrätten Jönköping, 2014-06-10 mål.nr 428-14

Kammarrätten Stockholm, 2015-05-17 mål.nr 7926-15

Kommunallag (1991:900)

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Regeringsformen (1974:152)

Skollag (2010:800)

Socialtjänstlag (2001:453)

Äktenskapsbalk (1987:230)

BILAGA

Semistrukturerad observation

Hemmets beskaffenhet och tillgänglighet.

Placering i rummet.

Forskarens placering i relation till de observerade.

Biståndshandläggarens placering i relation till den hjälpsökande resp anhöriga.

Deltagare vid mötet.

Interaktion

Mellan biståndshandläggare och hjälpsökande.

Mellan biståndshandläggare och anhöriga/ övriga.

Direkt kommunikation med anhöriga. Frågor om anhörigas åtgärden och upplevelser för egen del.

TIDIGARE RAPPORTER UR SAMMA SERIE

- 2008:1 Tikkanen, R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivsterfarenheter och preventiva behov bland män som har sex med män.
- 2008:2 Östman, M. och Afzelius, M. Barnombud i psykiatrin – i vems intresse?
- 2008:3 Andersson, F. och Mellgren, C. Processutvärdering av ”Trygga gatan”. Ett projekt för minskad brottslighet och ökad trygghet i nöjeslivsmiljö.
- 2008:4 Östman, M. red. Migration och psykisk ohälsa.
- 2008:5 Berglund, S. Competing Everyday Discourses – And the Construction of Heterosexual Risk-taking Behaviour among Adolescents in Nicaragua: Towards a Strategy for Sexual and Reproductive Health Empowerment.
- 2008:6 Björngren Cuadra, C. Variationens spektrum – en studie av sensibilitet, tillit och vårdetik i hemsjukvård.
- 2008:7 Mallander, O. Nära Vänskap? En analys av kontaktperson enligt LSS.
- 2009:1 Hamit-Eminovski, J. Interactions of Biopolymeres at Biological Interfaces – Examples from Saliva and Bacterial Surfaces. (Licentiatavhandling)
- 2009:2 Andersson, O. Hållplats 8. En social intervention för unga kriminella i stadsdelen Rosengård, Malmö stad.
- 2009:3 Johndotter, S. Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of the implementation of FGM legislation in Sweden.
- 2009:4 Danielsson, M. Transpersona non grata. Den ogiltigförklarade livserfarenheten.
- 2009:5 Eriksson-Sjöo, T. och Ekblad, S. Stress, sömn och livskvalitet – en studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handledare i Fosie stadsdel, Malmö.
- 2010:1 Gregersen, P. Utopia - utopier som pedagogiskt medel, och deras användning inom akademiskt lärande och kritiskt tänkande.

- 2010:2 Scaramuzzino, R., Heule, C., Johansson, H. och Meeuwisse, A. EU och den ideella sektorn – En studie av det svenska Equalprogrammet.
- 2010:3 Björngren Cuadra, C. Kartläggning av preventiva hiv/STI-insatser i Skåne ur ett migrationsperspektiv - AAAQ och grundad tillgänglighet.
- 2010:4 Tikkanen, R. MSM-ENKÄTEN 2008 – Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män.
- 2010:5 Lindell, L och Ek, A.-M. Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter – och brukares upplevelser och erfarenheter.
- 2010:6 Perez, E. Akademisk yrkeskompetens i socialt arbete - Om socialt arbete i mångkulturella miljöer
- 2011:1 Berglund, S., Andersson, O. Kihlsten, I., Tengland, P.-A. och Wemme, M. Delaktighet och hälsa. En pilotstudie med ungdomar och beslutsfattare i Simrishamn mot hållbara strategier för ökad egenmakt, livskvalitet och jämlikhet i hälsa. Delrapport 1: Utgångspunkter för en deltagarbaserad aktionsforskningsansats.
- 2011:2 Bengtsson, M. och Wann-Hansson, C. Införande av portfoliomethodik för professionell utveckling mot yrkesrollen som sjuksköterska.
- 2011:3 Finnbogadóttir, H. Domestic violence and pregnancy. Impact on outcome and midwives' awareness of the topic. (Licentiatavhandling)
- 2011:4 Johnson, B. Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan.
- 2011:5 Popoola, M. Lyssna, förklara och förstå. Romska migranternas möten med sjukvård i Sverige.
- 2011:6 Richert, T. Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga missbrukare. Slutrapport för ett trestadsprojekt kring erfarenhetsutbyte, kunskapsutveckling och systematisk dokumentation.
- 2012:1 Richert, T. Hiv- och hepatitprevention på institution. Utvärdering av ett peer-baserat utbildningsprojekt med syfte att öka kunskapen om blodsmittor hos klienter och personal på SiS-institutioner.
- 2012:2 Mellgren C., Svalin, K., Levander, S. och Torstensson Levander, M. Riskanalys i polisverksamhet. Utvärdering av polisens arbete med riskanalys för våld på individnivå: Skånemodellen och Check 10 (+)
- 2012:3 Eriksson-Sjöö, T. Utmaningar och bemötande i flyktingmottagandet. (Licentiatavhandling)
- 2012:4 Nigård, P. Pornografi och sexuell exponering bland unga män och kvinnor (Licentiatavhandling)
- 2013:1 Daneback, K., Månsson S-A. Sexuality and the Internet. A Collection of Papers 2003-2013

- 2013: 2 Mellgren, C., Kronkvist, K. Trygghet i lokalområdet: resultat från Oxie områdesundersökning 2012. Om upplevelser av trygghet, brott och lokala problem
- 2013:3 Johnson, B., Lalander, P. Med narkotikan som följeslagare. Femton texter till Bengt Svensson.
- 2014:1 Perez, E. Vad vet vi om de insatser socialtjänsten gör i hedersrelaterade konflikter inom familjen?
- 2014:2 Ivert, A.-K. och Kronkvist, K. Kartläggning av den lokala problembilden i Norra och Södra Sofielund - Ett kunskapsunderlag för ökad trygghet och minskad brottslighet.
- 2015:1 Rasmusson, E-M. "INGEN HAR NÄMNT ORDET SEX" Kvinnors och mäns erfarenheter av information om sexuell hälsa vid cancersjukdom (Licentiatuppsats).
- 2015:2 Larsson, C., Johndotter, S. Sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext. Röster från unga svensksomaliska kvinnor.
- 2016:1 Andersson, M. och Mellgren C. Studenters utsatthet och upplevelser av hatbrott.
- 2016:2 Egnell, S. och Ivert, A-K. Flera nyanser av trygghet. En studie av oro för brott i Herrgården.
- 2016:3 Lindström, P. och Olsson, M. E. Färre villainbrott med märk-DNA? En utvärdering av en försöksverksamhet.
- 2016:4 Galat, M. Synthesis and characterization of molecularly imprinted polymer receptors targeting the C-terminus of amyloid-beta via epitope imprinting. (Licentiatavhandling)
- 2016:5 Kronkvist, K. och Martinez Olsson, E. Stöld och inbrott på byggarbetsplatser. Omfattning, skadeverkan och risk.
- 2016:5 Hjälms, B. Fakulteten för hälsa och samhälle – en framgångsrik historia.
- 2017:1 Kronkvist, K. och Ivert, A-K. Utvecklingen av brott och otrygghet i Norra och Södra Sofielund. En effektutvärdering av Fastighetsägare Sofielunds arbete.
- 2017: 2 Levander, S. Fem typer av psykiska störningar som poliser och andra inom rättväsendet ofta möter. Kunskapsbaserade råd om bedömning och bemötande.
- 2017:3 Wallengren, S. och Mellgren, C. Gatans tysta offer: En studie av socialt utsatta EU-medborgares utsatthet för brott, hatbrott och annan kränkande behandling i det offentliga rummet.
- 2017:4 Wallengren, S. och Mellgren, C. Romers upplevelser av hatbrott: upplevelser, konsekvenser och stöd.

Martina Tacters syfte med avhandlingen är att utforska anhörigas möjligheter till frivilliga val, autonomi och personlig integritet. Detta i samband med en hjälpbehövandes funktionsnedsättning eller sjukdom för att kontextualisera utifrån vilket sammanhang dessa möjligheter ska förstås. Utgångspunkten för studien är biståndshandläggningens praxis i kommunal vård- och omsorg samt biståndshandläggares förhållningssätt till anhöriga. En slutsats är att biståndshandläggarna genom motivationsarbete lägger fokus på den enskilde som sökande part och mottagare för bistånd och att den anhöriges situation inte ges utrymme vid biståndshandläggningen. Det innebär att den enskildes rätt att avstå erbjudna insatser som t.ex. hemtjänst, oavsett behov och social kontext avgränsar den anhöriges möjligheter till frivilliga val, autonomi och personlig integritet. I förlängningen kan det innebära att den anhörige dels får ta ett ansvar för den enskildes situation utan att ha möjlighet att välja detta, och dels att den anhöriges behov osynliggörs. Genom att ansvaret görs till en privat angelägenhet legitimerar det ett tillbakadragande av det offentliga ansvar.

ISBN 978-91-7104-508-9 (tryck)

ISBN 978-91-7104-509-6 (pdf)

ISSN 1650-2337

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE