

# Bedömning av behov hos personer med kognitiva hjärnskador

En analys av intervjuer med handläggare från försäkringskassor och kommuner i Norrbottens län

Ann-Kristin Andersson

Luleå tekniska universitet

D- uppsats

Social omsorg

Institutionen för Hälsovetenskap

Avdelningen för Social omsorgsvetenskap

LULEÅ TEKNISKA UNIVERSITET

# Bedömning av behov hos personer med kognitiva hjärnskador

En analys av intervjuer med handläggare från  
Försäkringskassor och kommuner i Norrbottens län

ANN-KRISTIN ANDERSSON

HÄLSOVETENSKAPLIGA UTBILDNINGAR

**SOCIAL OMSORG D**

Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för social omsorgsvetenskap  
Vetenskaplig handledare: professor Johans Tveit Sandvin

## Förord

Att denna uppsats kom att handla om hur handläggare resonerar när de bedömer behov hos personer med hjärnskador är ingen slump. Efter att ha genomgått sociala omsorgsprogrammet kom jag att arbeta som LSS-handläggare i Luleå kommun. Mina erfarenheter och reflektioner från arbetet som LSS-handläggare ledde till att jag blev upptagen av tankar kring hur det egentligen går till när man bedömer behov. När jag skulle skriva min D-uppsats var valet av forskningsområdet därför givet. Arbetet med uppsatsen har varit utmanande, lärorikt och roligt. Det finns ett antal personer som på olika sätt möjliggjort uppsatsens tillkomst som behöver nämnas. Ett stort tack till Johans T. Sandvin för att du tålmodigt och engagerat och med smittande kreativitet handlett mig i uppsatsskrivandet. Tack för alla konstruktiva förslag, för teoretisk och metodologisk inspiration och konstruktiv kritik. Tack Anders Nordlund för att du gett feedback, uppmuntrat och tålmodigt tagit dig tid att läsa och granska mina utkast. Tack Jan Lexell för att du utformade vinjetterna och i inledningen av arbetet med uppsatsen gav värdefulla synpunkter för det fortsatta arbetet. Tack alla handläggare som bidragit med diskussioner kring de två vinjetterna – utan er hade denna uppsats inte kommit till stånd. Ett varmt tack även till Lennart, Amanda, Matilda och Wilma, tack för att ni på olika sätt spridit glädje och underlättat tillvaron och för att du Lennart språkgranskat och korrekturläst uppsatsen. Slutligen vill jag rikta ett stort tack till Försäkringsmedicinska sällskapet respektive Svenska Försäkringsföreningen för ekonomiska bidrag som möjliggjort förverkligandet av uppsatsen.

Råneå den 16 juni 2005

Ann-Kristin Andersson

Andersson, A-K. (2005). *Bedömning av behov hos personer med kognitiva hjärnskador. En analys av intervjuer med handläggare från försäkringskassor och kommuner i Norrbottens län*. Luleå tekniska universitet: Institutionen för hälsovetenskap. Social omsorg D.

## Abstrakt

I föreliggande uppsats fokuseras villkoren kring handläggares bedömningar och beslutsfattande av hjälpinsatser till personer med förvärvade hjärnskador. Uppsatsen bygger på fokusgruppsamtal med LSS-handläggare och LASS-handläggare kring två vinjetter. Tolkningsarbetet är baserat på idéer hämtade från Grounded theory. Studiens syfte är att utforska hur LASS-handläggare vid försäkringskassor och LSS-handläggare i kommuner går till väga samt hur de resonerar omkring den sökandes behov av insatser i samband med att de bedömer behov hos personer med kognitiva hjärnskador. Analysen tyder på att bedömningsprocessen och beslutsfattandet präglas av osäkerhet och att handläggarna främst är upptagna av att legitimerar sina beslut genom att de söker stöd i läkarintyg eller andra utlåtanden.

Nyckelord: hjärnskada, behovsbedömning, beslutsfattande, vinjetter, fokusgrupper, LSS-handläggare, LASS-handläggare

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>2. SAMHÄLLET'S STÖDSYSTEM FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR .....</b>	<b>6</b>
HANDIKAPPOLITISK UTVECKLING.....	6
LAGEN OM STÖD OCH SERVICE, LSS.....	7
PERSONLIG ASSISTANS .....	9
MYNDIGHETER SOM BESLUTAR OM INSATSER TILL PERSONER MED FUNKTIONSHINDER ..	10
BEDÖMNINGSPROCESSEN .....	11
FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR TILL FÖLJD AV HJÄRNSKADA .....	12
OMFATTNING AV HJÄRNSKADOR.....	13
FORSKNING OM BEHOV AV INSATSER EFTER HJÄRNSKADA.....	14
FORSKNING OM BEHOVSBEDÖMNING OCH BESLUTFATTANDE .....	15
<b>3. TEORETISKA PERSPEKTIV PÅ BESLUTFATTANDE .....</b>	<b>16</b>
BESLUTSPROCESSEN.....	16
VAD ÄR ETT BESLUT? .....	16
DEN RATIONELLA BESLUTSMODELLEN .....	17
DEN BEGRÄNSADE RATIONELLA BESLUTSMODELLEN.....	18
CENTRALA BEGREPP I UPPSATSEN .....	19
KOGNITIV FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH HJÄRNSKADA .....	21
UPPSATSENS HUVUDSAKLIGA FRÅGESTÄLLNINGAR .....	21
<b>4. METOD .....</b>	<b>21</b>
VAL AV METOD FÖR STUDIEN .....	22
VINJETTMETODEN .....	22
DEN KOMPARATIVA ANSATSEN .....	23
VINJETTSTUDIENS DESIGN.....	23
VINJETT 1- EVA ANDERSSON.....	25
VINJETT 2 - SVEN PERSSON.....	26
URVAL OCH GENOMFÖRANDE.....	27
ANALYS AV DATA .....	29
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	29
<b>5. BEDÖMNING AV BEHOV HOS PERSONER MED HJÄRNSKADOR .....</b>	<b>30</b>
BEDÖMNINGSPROCESSEN .....	30
BEHOV AV MER INFORMATION .....	31
HEMBESÖK SOM INFORMATIONSKÄLLA .....	32
BEDÖMNING AV GRUNDLÄGGANDE BEHOV .....	33
ANDRA PERSONLIGA BEHOV .....	35
BEDÖMNING AV TIDSÅTGÅNG .....	36
STÖD TILL DEN SÖKANDE .....	37
HUR BESLUTFATTANDET GÅR TILL .....	38
HANDLÄGGARENS BESLUT LEGITIMERAS GENOM LÄKARINTYG? .....	40
BEDÖMNINGSPROCESSEN TYCKS PRÄGLAS AV OSÄKERHET .....	41
<b>6. AVSLUTANDE DISKUSSION.....</b>	<b>43</b>
<b>7. REFERENSER .....</b>	<b>46</b>

# 1. Inledning

Varje år drabbas cirka 800-1000 personer i Sverige<sup>1</sup> av svår eller medelsvår traumatisk<sup>2</sup> hjärnskada<sup>3</sup>. Tidigare vårdades många hjärnskadade inom långvården och den psykiatriska vården. I förarbetet till 1986 års Omsorgslag (prop. 1985/86: 176) sägs att dessa vårdformer inte var avsedda för personer med begåvningshandikapp, utan deras vårdbehov kunde bättre tillgodoses inom omsorgsverksamheten, som hade rätt kunskaper för att tillgodose behoven. Därför kom personer med förvärvade hjärnskador att omfattas av Omsorgslagen (SFS 1985:568). Handikapputredningen (SOU 1992:52) som låg till grund för Lagen (SFS 1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS), visade att många fler än de som tillhörde Omsorgslagen, var beroende av olika samhällsinsatser för att leva ett självständigt och oberoende liv. Därför utvidgades Omsorgslagens efterträdare, LSS till att omfatta tre personkretsar och personer med förvärvade hjärnskador kom att tillhöra personkrets 2. Handikappolitiken har därmed under de senaste decennierna genomgått viktiga förändringar, bland annat har denna reformering och utvidgning av handikapplagstiftningen genomförts i syfte att nå de personer med funktionshinder som har de största behoven. Emellertid har det visat sig att personer med hjärnskador, trots förändringarna i handikapplagstiftningen, inte alltid har tillträde till stöd i den omfattning de är i behov av (Ponsford, Sloan & Snow, 1995; Lannoo, Brusselmans, Van Eynde, Van Laere och Stevens, 2004; Smith & Smith, 2000). Riksförsäkringsverkets statistik styrker påståendet, under första kvartalet 2003 utgjorde personer med hjärnskada, personkrets 2, endast 6 procent av samtliga som fick assistansersättning (Riksförsäkringsverket, 2005).

Flera studier visar att personer med hjärnskador har mer komplexa behov än andra personer med funktionsnedsättningar (Hofien, Ori och Rozin, 1985; Lezak, 1976; Jennett och Bond, 1975; Florian, Katz och Lahav, 1989). Ett av de vanligaste problemen är exempelvis nedsatta sinnesfunktioner och perceptionsstörningar. Krogstad (2001) beskriver att många personer med hjärnskador har svårt att ta in information via sinnen och tolka den. Andra vanliga problem är kognitiva problem och beteendestörningar (Lezak, 1988; Thomsen, 1984; Brooks, 1984; Brooks et al., 1986). Eftersom hjärnan är så komplex och involverad i allt vi gör, är det inte ovanligt att personen drabbas av flera olika funktionsnedsättningar, fysiska eller psykiska, som är mer eller mindre osynliga för omgivningen (Marsh, Kersel, Havill och Sleight, 1998).

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens medicinska faktdatabas – MARS: State of the Art – Traumatisk hjärnskada (THS).  
[www.sos.se/mars/sta083/sta083.htm](http://www.sos.se/mars/sta083/sta083.htm)

<sup>2</sup> Genom exempelvis trafikolycka eller sportaktiviteter

<sup>3</sup> Stroke, traumatiska hjärnskador, infektioner, encefaliter, anoxier samt tumörer

Beroende på ärendenas komplexitet kan handläggare på försäkringskassor och i kommuner ha problem med att bedöma dessa typer av osynliga funktionsnedsättningar och hjälpbehov hos individen. Dessutom kan personer med hjärnskador oftare än andra ha svårigheter att hävda sina behov av samhällsservice på grund av funktionsnedsättningen.

Handläggare har otvivelaktigt en nyckelroll vid bedömningen av behov och beslut av hjälpinsatser till personer med hjärnskador, men villkoren kring handläggarens bedömningar och beslut i samband med att de bedömer behov hos personer med kognitiva hjärnskador har inte närmare studerats. Syftet med denna uppsats är att utforska hur handläggare på försäkringskassor och LSS-handläggare i kommuner går till väga samt hur de resonerar i samband med att de bedömer behov hos personer med kognitiva hjärnskador.

## 2. Samhällets stödsystem för personer med funktionsnedsättningar

Inom samhällets stödsystem finns ett antal stödformer som specifikt riktar sig till personer med funktionsnedsättningar. Grunden för att den enskilde ska beviljas stödformen i fråga är att han eller hon uppfyller de kriterier som lagstiftningen innehåller. I kommande avsnitt ges en beskrivning av samhällets stödsystem som är avseende personer med funktionsnedsättningar. Därefter ges en redogörelse för funktionsnedsättningar till följd av en hjärnskada och till sist följer en beskrivning av tidigare forskning om behovsbedömning och beslutsfattande.

### **Handikappolitisk utveckling**

De samhällsinsatser som getts till utsatta grupper i stort sett ända fram till 1980 års socialtjänstlag (SFS 1980:620) har präglats av det kommunala självstyret. När socialtjänstlagen kom blev det en lagstadgad skyldighet för kommunen att lämna bistånd som en rättighet för den enskilde under vissa förutsättningar. Socialtjänstlagen (SoL) trädde i kraft 1982 och innebar ett nytänkande på många områden, där man också gjorde inskränkningar i den fria sektorn som kommunerna själva styrde över. Lagen fastslog bland annat rätten till bistånd:

Den enskilde har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv. (6 § Socialtjänstlagen, SFS 1980:620)

Socialtjänstlagen har reviderats och nu gällande SoL trädde i kraft 1 januari 2002. Kommunens beslut om rätten till bistånd kan överklagas med förvaltningsbesvär och det finns en väl utarbetad praxis på området. När det gäller omsorger om människor med funktionshinder så har visserligen socialtjänstlagen bestämmelser om att kommunen skall underlätta vardagen för

denna grupp men detta har uttrycks med termer som; ”verka för”, ”medverka till”. För vissa funktionshindrade kom 1944 en lag (SFS: 1944:477) som stadgade en skyldighet för landstingen att anordna sinneslöskolor för de bildbara barnen och ungdomarna. År 1954 kom lagen (SFS 1954:483) om undervisning och vård av psykiskt efterblivna som vidgade landstingets skyldigheter gentemot de s.k. obildbara barnen och vuxna. I samband med omsorgslagen (SFS 1967:940) från 1967 övertog landstinget ansvaret även för vården av de höggradigt psykiskt efterblivna som tidigare varit en statlig angelägenhet. Omsorgslagen (SFS 1985:568) utvidgades 1985 till att omfatta även personer med autism och vissa personer som förvärvat hjärnskada i vuxen ålder. Gemensamt för dessa lagar är att det rörde sig om landstingets skyldigheter till utvecklingsstörda och vissa andra hjärnskadade personer. Först 1994 tillkom Lagen (SFS 1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, som ger rättigheter, förutom till ovan nämnda grupper, även till de *med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service* (1 § LSS p. 3). Denna lag ersatte då Omsorgslagen (SFS 1985:568) från 1985. Vid införandet av LSS framfördes motiv för inrättandet av lagen som skulle ge vissa funktionshindrade speciella rättigheter utöver vad som kunde motiveras enligt SoL. Dåvarande statsrådet Bengt Westerberg uttalade bland annat under rubriken: ”Allmänna utgångspunkter och överväganden” i propositionen (prop. 1992/93:159) att:

Människor med handikapp har i alltför liten grad fått del av Sveriges välståndsutveckling. Levnadsvillkoren för familjer med handikappade barn är ofta svåra. Speciellt svåra förhållanden gäller för människor med allvarliga funktionsstörningar. Den svenska ekonomin går för närvarande igenom en av sina svåraste perioder. Då sätts vår förmåga till solidaritet och inlevelse på speciellt hårda prov. Enligt min mening är det angeläget att vi även i svåra tider kan finna utrymme till förbättringar för de mest utsatta till vilka människor med grava funktionshinder hör. (prop. 1992/93:159, s. 42-43)

Det är tydligt att utgångspunkterna för en så kostsam och omfattande reform måste motiveras väl för att kunna vinna gehör och antas som lag av riksdagen. Här finns tydliga argument för att staten vill styra omsorgsverksamheten och ge funktionshindrade rättigheter för att förbättra deras livsvillkor. Uttalandet kan också ses som ett motiv att införa en kostnadskrävande reform som gynnar de grupper som tidigare har fått stå tillbaka när det gäller samhällsutvecklingen.

### **Lagen om stöd och service (LSS)**

Kommunen har enligt Socialtjänstlagen (SFS 1980:620) det yttersta ansvaret för att de som bor i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. I socialtjänstlagen regleras kommunens



skyldigheter för att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet och aktivt deltagande för medborgarna. LSS ska trygga livsvillkoren för personer med omfattande funktionsnedsättningar när generella lagar som t ex. Socialtjänstlagen inte räcker till. LSS innehåller ett antal specificerade kompletterande insatser till personer med så stora funktionsnedsättningar och så betydande svårigheter i vardagen att de medför ett omfattande behov av hjälp och stöd för att klara sitt dagliga liv. LSS pekar på vissa funktionshindrade som skall få insatser enligt lagen, dessa framgår av lagens 1 § och beskrivs under tre punkter. Första och andra punkten motsvarar de som tidigare ingick i Omsorgslagen. Lagen innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer:

1. Med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismliknande tillstånd.
2. Med betydande och begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service. (LSS § 1 p. 1-3.)

Begreppen valfrihet och integritet har kommit till uttryck i lagtexten 6 § under rubriken Verksamhetens allmänna mål och inriktning: *Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet.* I propositionen sägs att:

Begreppen är sammanlänkade genom att valfriheten stärker den enskildes integritet. Familjer och människor med funktionshinder skall inte behöva känna sig utlämnade åt beslut från myndigheter och handläggare. Den människa som har ett svårt handikapp får aldrig betraktas som ett föremål för åtgärder, utan skall ses som en individ med rättigheter. (prop. 1992/93:159, s. 43)

Tanken är att insatser genom LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för målgruppen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Behovet av insatser prövas enligt 7 § LSS, i paragrafen fastslås att en person har rätt till insatser om han eller hon behöver sådan hjälp i sin livsföring och om hans eller hennes behov inte tillgodoses på annat sätt. Att den enskilde skall enligt 7 § LSS, genom insatserna i 9 §, tillförsäkras goda levnadsvillkor kan ses som en kvalitetsnivå som kan jämföras med SoL där det framgår i 4 kap. 1§ 2 st. att den enskilde skall genom bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Kvalitetsnivån på insatserna enligt LSS är högre än den biståndsnivå som den enskilde har rätt till enligt SoL. Ett ytterligare motiv till att söka en insats enligt LSS jämfört med SoL är att insatserna förutom bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter är avgiftsfria för den enskilde enligt 21 §. LSS kan sägas vara en pluslag i förhållande till SoL. En framställan om stöd eller service av en person som tillhör lagens personkrets bör därför i första hand prövas enligt

LSS och i andra hand enligt SoL eftersom det är till fördel för den enskilde. Däremot kan den enskilde söka kompletterande insatser enligt SoL om behovet inte kan motiveras enligt LSS.

Kommunen har ansvaret för flertalet av insatserna, bland annat kontaktperson, ledsagarservice och bostad med särskild service. För insatsen Rådgivning och annat personligt stöd ansvarar oftast landstinget. För de personer som dessutom har behov av ett nära, personligt och mycket omfattande stöd finns möjlighet till personlig assistans finansierad med statliga medel genom Lagen (SFS 1993:389) om assistansersättning (LASS), som gäller för den som för sina grundläggande behov behöver personlig assistans mer än 20 timmar/vecka.

### **Personlig assistans**

Rätten till personlig assistans regleras i 7 § LSS (SFS 1993:387). De personer som tillhör personkretsen i LSS har rätt till insatser enligt 9 § LSS under förutsättning att personen behöver sådan insats och att behovet inte tillgodoses på annat sätt. I 9 a § LSS anges att med personlig assistans menas ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer till den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med grundläggande behov, det vill säga med personlig hygien, måltider, av- och påklädning, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats för andra personliga behov om de inte tillgodoses på annat sätt till exempel hjälp med att sköta hemmet, att komma ut och annan hjälp som behövs för att man ska kunna leva som andra (Sjöberg, 2003). I begreppet personlig assistans ligger att det ska vara fråga om ett personligt stöd som ger den enskilde ökade möjlighet att leva ett självständigt liv. Hjälp och stöd ska knytas till den enskilde och insatsen personlig assistans ska garantera en kontinuitet i stödet och därmed trygghet för den enskilde och närstående. Den enskilde ska ha ett mycket stort inflytande över vem som anställs som personlig assistent samt när och hur hjälpen ska ges. Den enskilde ska kunna bestämma över sin livssituation.

Den som behöver mer än 20 timmar assistans per vecka för sina grundläggande behov har rätt till assistansersättning enligt LASS. Försäkringskassan handlägger frågor om assistansersättning enligt LASS. Kommunen har ansvaret och handlägger frågor om personlig assistans enligt LSS. Drygt 4300 personer hade år 2003 insatsen personlig assistans enligt LSS och drygt 11 600 personer hade assistansersättning enligt LASS (Socialstyrelsen, 2004). Kommunen har skyldighet att ge ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans för den del som inte täcks av assistansersättningen enligt LASS. Den enskilde kan ansöka om

personlig assistans hos kommunen eller försäkringskassan. Kommunen ska anmäla till försäkringskassan om en person behöver mer än 20 timmar assistans per vecka för sina grundläggande behov. Kommunen har ett ekonomiskt basansvar och bekostar alltid de 20 första timmarna även för dem som har assistansersättning enligt LASS. Kommunerna har även ett basansvar för verkställandet av insatsen personlig assistans. Det innebär bland annat att kommunen alltid ska stå beredd att ombesörja och tillhandahålla personlig assistans eller ge ekonomiskt ersättning för att enskilda ska kunna ordna insatsen på annat sätt till exempel anställa personliga assistenter själv eller anlita ett företag eller kooperativ. Assistansersättning enligt LASS ska täcka stadigvarande behov. Om behov tillfälligt uppstår av en utökning t.ex. vid semesterresa prövas behovet av utökad assistans av kommunen inom ramen för LSS (prop. 1992/93:159 s. 70 och 73).

Enligt 4 § 3 st. LASS lämnas inte assistansersättning för sjukvårdande insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), HSL. Däremot kan personliga assistenter utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig befattningshavare hos sjukvårdshuvudmannen. Om det finns särskilda skäl kan assistansersättning lämnas även för tid då en person vårdas kortare tid på sjukhus. Detta är ett undantag från huvudregeln att assistansersättning inte lämnas under institutionsvård (4 § LASS). I propositionen anges att:

Särskilda skäl bör anses föreligga i situationer där karaktären av funktionshindret gör det särskilt angeläget att den personliga assistenten finns till hands eller att hälsotillståndet kräver att ett starkt begränsat antal personer med ingående kunskap om den funktionshindrade personen finns till hands. Ett ytterligare skäl kan vara att den funktionshindrade personens möjligheter att kommunicera kräver att en eller ett starkt begränsat antal personer med ingående kunskaper om den funktionshindrade personen finns till hands. (prop. 1995/96:146, s. 15 och bet. 1995/96:SoU15, s. 16)

Genom LASS är avsikten att staten ska avlasta kommunerna ekonomiskt när det gäller mer omfattande åtaganden beträffande insatsen personlig assistans.

## Myndigheter som beslutar om insatser till personer med funktionshinder

Den kommunala organisationen präglas av en strävan att decentralisera verksamheter och få ut verksamheten så nära medborgarna som möjligt. Kommunens socialtjänst består av flera sammanfogade områden, inom vilka det inryms flera olika verksamheter med skilda uppgifter. Socialtjänsten är inordnad i en administrativ och förvaltningsmässig hierarki. Trots denna formella struktur har tjänstemännen ändå viss grad av handlingsfrihet i sitt arbete (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002). Socialtjänsten karaktäriseras ofta av en organisering som skiljer mellan myndighetsutövning och verkställande av beviljade insatser. Handläggare inom kommunens

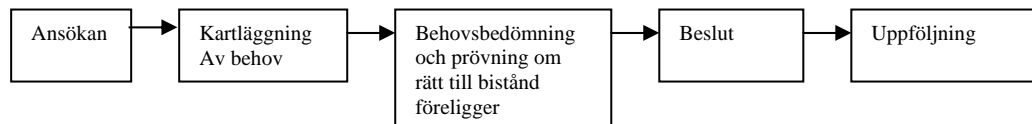
socialtjänst ska både ha kännedom om och ta hänsyn till de villkor som organisationen ställer och samtidigt möta de behov som medborgare har (Westlund, 2001). Handläggarnas uppgift är att utifrån delegationsordning och relativt vida ramar, efter samspel med enskilda individer göra bedömningar gällande vilket biståndsbehov som föreligger och vilka insatser som bör beviljas. Besluten har ofta mycket stor betydelse för de enskilda individer som är i kontakt med socialtjänsten (Amundberg, 1995). Kommunerna har varierande organiseringsprinciper för LSS-ärenden, till exempel med handläggare enbart för LSS eller handläggare som även ombesörjer äldreomsorg. Kommunernas handläggare har ofta delegation på LSS-ärenden (helt eller delvis). Kommunerna är huvudmän för verkställandet av merparten av insatserna enligt LSS, bland annat insatsen personlig assistans, men den enskilde som beviljas ersättning kan själv välja att anställa en personlig assistent eller att vända sig till ett företag eller kooperativ förening som ombesörjer sådan service (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002).

Försäkringskassan är organiserad efter byråkratiska organisationsprinciper. Varje försäkringskassa utgörs av ett centralkontor och ett antal mindre lokalkontor. De olika försäkringskassorna är i princip självständiga och har rätt att utforma sin verksamhet efter egna förutsättningar och lokala behov. Varje försäkringskassa är underordnad en styrelse vars uppgift bland annat är att ta ställning till viktigare beslut. Den interna organisationen inom försäkringskassan skiljer sig åt på olika sätt till exempel gällande försäkringskassornas geografiska betjäningssområde. Handläggningen av LASS-ärenden kan vara centraliserad till en ort som täcker flera kommuner i ett län. Inom vissa försäkringskassor är LASS-handläggarna specialiserade på enbart LASS-ärenden, medan de i andra handlägger ärenden inom hela handikappområdet, närmare bestämt även vårdbidrag, handikappersättning och bilstöd. En viktig del av försäkringskassans verksamhet är alltså det som berör sociala behov och som kräver omsorgsfulla bedömningar, men till skillnad från kommunens handläggare saknar försäkringskassans handläggare handlingsfrihet i sitt yrkesutövande. Försäkringskassans beslut fattas av socialförsäkringsnämnd efter föredragning av särskild tjänsteman till skillnad från kommunens beslut som oftast fattas av den utredande handläggaren. För handläggare av LASS-ärenden inom försäkringskassan ser således situationen ganska annorlunda ut i jämförelse med LSS-handläggaren situation (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002).

### **Bedömningsprocessen**

Den individuella bedömningen av den sökandes behov har delegerats till handläggare inom kommuner respektive försäkringskassan (Bengtsson & Gynnerstedt, 2002). För att avgöra om den sökande har behov av bistånd utreder handläggaren behovet innan beslut fattas.

Utredningen består av information som handläggaren samlar ihop och dokumenterar i en skriftlig utredning, samt motivering av beslutet. Utredning och beslut bildar underlag för att den enskilde ska kunna överklaga mot beslutet. Utredningen ska bestå av innehåll, bakgrund och skäl till beslut (Amundberg, 1995). En utrednings syfte är att utröna om biståndsbehov föreligger i förhållande till ansökan och i förhållande till lagstiftningens krav att för bistånd. Processen illustreras i figuren nedan:



Figur 1. Traditionell biståndshandläggning (Socialstyrelsen, 2002).

De uppgifter handläggaren samlar in ska svara på frågan om biståndsbehov föreligger. För att få fram uppgifter till utredningen gör handläggaren hembesök för att diskutera igenom den sökandes behov. Handläggaren begär även skriftliga intyg, av exempelvis den sökandes läkare, som underlag till utredningen. Hur handläggare ska arbeta med ärendet från ansökan till beslut står inskrivet i Förvaltningslagen (SFS 1986:223). I förvaltningslagen finns bestämmelser om serviceskyldighet, samverkan mellan myndigheter, snabb och enkel handläggning, lättbegripligt språk och muntlig handläggning. För den som vänder sig till en myndighet, eller som på annat sätt kommer i kontakt med myndigheten, utgör förvaltningslagen en ram för vad han eller hon har att vänta sig av myndigheten och därmed av dem som arbetar där. Handläggningen ska enligt förvaltningslagen skötas med omsorg och man ska också handla formellt korrekt. Men det är inte tillräckligt, en myndighetsperson måste även i övrigt se till att den enskilde kan ta till vara sin rätt och ska underlätta för honom eller henne att ha med myndigheten att göra.

## Funktionsnedsättningar till följd av hjärnskada

Vilka konsekvenser en hjärnskada får beror på många olika faktorer. Dels beror det på var skadan sitter, hur utbredd den är, dels beror det på den skadades personlighet, sociala miljö och hans/hennes kognitiva kompetens innan skadan. För två personer kan således "samma" organiska skada få olika konsekvenser (Lezak, 1995; Marsh, Kersel, Havill och Sleight, 1998).

Enligt Lezak (1995) är de största kvarstående problemen efter en hjärnskada sällan kopplade till fysiska funktionsnedsättningar. Problemen handlar oftast om effekter som kognitiva och psykosociala störningar ger. Många kognitiva funktionsnedsättningar medför svåra problem i vardagsliv och socialt samspel (Krogstad, 2001; Lezak, 1988; Thomsen, 1984; Brooks, 1984;

Brooks et al., 1986). En person med en kognitiv hjärnskada kan bland annat ha svårighet att förstå den abstrakta betydelsen av ett ord eller ett begrepp, han/hon uppfattar bara den konkreta betydelsen. Förståelsen för ords betydelse som symboler i det sociala samspelet kan ha gått förlorad (Krogstad, 2001). Inlärnings och minnesstörningar kan i vardagslivet innebära att den drabbade individen glömmet avtalade möten, förlägger saker och så vidare. Uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar visar sig ofta i svårighet att filtrera bort irrelevanta bakgrundsstimuli, vilket gör att individen blir lätt distraherad. Vanligt är också problem med att generalisera kunskaper och erfarenheter från en situation till en annan, liksom svårigheter att hitta nya lösningar på problem (ibid.). Brister i flexibilitet får ofta svåra konsekvenser. Exekutiva funktioner rör initiativ och igångsättning – det vill säga förmågan att planera, styra och genomföra något – samt även förmågan till självinsikt, att bedöma om ens beteende är socialt acceptabelt eller om man har kapacitet till att göra det man tänkt sig (Thomsen, 1984; Brooks, 1984; Brooks et al., 1986). Problem med exekutiva funktioner kan alltså innebära att den skadade kan uttrycka vad han vill göra, tekniskt klara alla moment, men ändå inte klarar av att genomföra uppgiften. Många har svårt att identifiera såväl förmågor som brister och ställer upp orealistiska mål. misslyckas med dessa och blir frustrerade. En person med en kognitiv hjärnskada har ofta problem med att styra, värdera och förändra sitt sociala beteende. Han eller hon uppfattar inte ordlösa tecken från omgivningen och i den mån han eller hon känner att någonting inte är rätt, tillskriver denne ofta andra orsaken till problemen (ibid.). En person med hjärnskada är inte alltid medveten om sina funktionsbortfall och förstår därmed heller inte konsekvenserna av den.

### **Omfattning av hjärnskador**

Epidemiologiskt centrum har gjort en sökning i patientregistret som visar på det antal människor som 1998 fick diagnosen hjärnskada<sup>4</sup>. Dessa siffror kan antyda hur omfattande denna problematik är. Siffrorna är uppdelade på olika typer av skador och sjukdomar: 670 personer drabbades av infektioner i hjärnan, 3 518 personer hade hjärntumör, 8 775 drabbades av blödningar i hjärnan, 2 660 personer ådrog sig skada genom trafikolycka. Ovanstående siffror är grundade på antalet ställda diagnoser. Hur stort mörkertalet är, dvs. hur många personer som har icke diagnostiserade hjärnskador, är oklart. Socialstyrelsen uppger att förekomsten av traumatiska hjärnskador (orsakade av trauma utifrån) är ca 25 000/år, varav de

---

<sup>4</sup> Muntlig källa, Anders Karlsson, Epidemiologiskt centrum, patientregistret, Socialstyrelsen. Personlig kommunikation via e-post 040218.

flesta är av så kallad grad 1 typ, i dagligt tal ungefär det samma som hjärnskakning<sup>5</sup>. Socialstyrelsen (1997) uppger att ca 35 000 människor årligen drabbas av stroke.

Tabell 1 Antal personer som vårdats inskrivna på sjukhus med huvuddiagnos S06 - Intrakraniell skada, 2001-2002:

Diagnos	2001	2002
Hjärnskakning	13412	12920
Traumatiskt cerebralt ödem	122	92
Diffus hjärnskada	414	419
Fokal hjärnskada	528	504
Epidural blödning	148	168
Traumatisk subdural blödning	1440	1444
Traumatisk subaraknoidal blödning	256	288
Intrakraniell skada med långvarig koma	13	13
Andra spec. intrakraniella skador	187	226
Ospec intrakraniell skada	424	417
Totalt	16944	16491

Källa: Patientregistret, EpC, Socialstyrelsen.

### **Forskning om behov av insatser efter hjärnskada**

Forskning visar att även en hjärnskada som inte lett till något motoriskt bortfall kan räknas som svår. I hjärnan är det endast en mindre del som har med motoriken att göra. Stora delar av hjärnan styr helt andra funktioner. Vi måste kunna tolka det vi ser, förstå det som sägs, kunna uttrycka det vi vill säga, minnas det vi hör och ser, planera och utföra handlingar och följa instruktioner. En skada i de delar av hjärnan som styr dessa funktioner kan ställa till det för oss så att vi inte klarar det dagliga livet (Ring, 1999). Man brukar anse att personer med hjärnskada förbättras under första året efter skadan. Fortsatta förbättringar kan ske även under en längre tid efter skadan men är mindre omfattande än de förbättringar som sker tidigt i förloppet.

Bergvall (1992) har gjort en studie bestående av fyra fallbeskrivningar av vuxna människor som drabbats av svår traumatisk hjärnskada. Bergvall söker i sin studie bland annat svar på hur vardagen ter sig för personerna som drabbats av hjärnskada och vilket stöd personer med hjärnskador får. Hon kom fram till att det krävs individuella och okonventionella lösningar för att den enskilda individens hjälp- och stödbehov ska kunna tillgodoses. Studien visade också att

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsens medicinska faktdatabas – MARS: State of the Art – Traumatisk hjärnskada (THS).  
[www.sos.se/mars/sta083/sta083.htm](http://www.sos.se/mars/sta083/sta083.htm)

det är de anhöriga som får ta det största ansvaret och verka för att personerna ska få det stöd deras livssituation kräver. En kartläggning av livsvillkor och omsorger för vuxna personer med utvecklingsstörning, autism eller förvärvade hjärnskador genomfördes i delar av Örebro län 1992 respektive 1995 (Sjöström, 1998). Resultatet pekar på behov av individuella analyser av omsorgstagarnas situation och behov. Olsson (Socialstyrelsen, 1993) har undersökt livssituationen för traumatiskt hjärnskadade. I intervjuer med anhöriga framkom att de är svårt att veta vilken hjälp och stöd man egentligen behöver. I studien konstateras också att anhöriga upplever att det är svårt att veta vilken hjälp och stöd man har möjlighet att få. Anhöriga vittnar om att myndigheter inte berättar mer än de nödvändigtvis måste och att all byråkrati tar mycket tid.

## Forskning om behovsbedömning och beslutsfattande

Forskning om behovsbedömning och beslutsfattande är relativt omfattande och sträcker sig årtionden tillbaka i tiden. Det är dock de senaste 15 åren som ämnet riktigt uppmärksammats inom forskningen. Ämnet för denna uppsats är behovsbedömning och beslutsfattande, i denna genomgång presenteras därför studier av denna karaktär.

Nordström (1998) har i sin avhandling beskrivit att behovsbedömningen har utvecklats till en sorterings- och kategoriseringsprocess där medborgare omvandlas till omsorgstagare. Även Lindelöf och Rönnbäck (2004) har i sin avhandling kommit fram till liknande slutsats. Lindelöf och Rönnbäck fann att handläggarnas huvuduppgift vid handlägningsprocessen är att identifiera och skapa klienter som är homogena och passar in i något som författarna benämner insatskatalogens utbud. Olsson (1995) menar att innehållet i utredningarna, som görs inom ramen för handlägningsprocessen, är en form av anpassning till den institutionella ordningen. Olsson menar att utredningen syftar till att få behoven att passa in i det rådande "biståndsschemat". Andra studier har visat på faktorer som påverkar behovsbedömningen och beslutsfattandet. Bender (1991) menade att handläggarens erfarenheter och egenskaper har större påverkan på beslutet än den sökandes hälsa och faktiska behov. Denna slutsats stöds också av flera olika studier av Lagergren och Johansson (1996a, 1996b) samt Lagergren (1997, 1998, 2001a, 2001b, 2002) som visade uppenbara skillnader i handläggarnas bedömning av behovet och beslutet. Lagergren (1996) har i en tidigare studie visat att ålder och olika omgivningsfaktorer som den sökandes ekonomiska situation, hemkommun samt närhet till anhöriga påverkar beslutet. Larsson (2004) fann i sin avhandling att fysiska och medicinska behov uppmärksammas och tillgodoses medan psykosociala faktorer inte tillmäts någon betydelse vid behovsbedömningen.



### 3. Teoretiska perspektiv på beslutsfattande

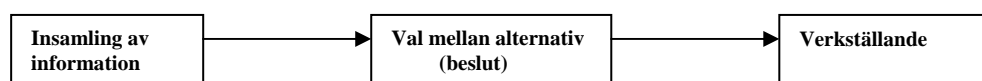
I detta avsnitt ges en redogörelse för några teoretiska perspektiv på beslutsfattande inom samhällsvetenskaplig forskning. För att förstå beslutsfattandets villkor och förutsättningar vid myndighetsutövning används teoretiska perspektiv för att knyta samman en förståelse av denna komplexa uppgift. Efter den teoretiska redogörelsen följer en beskrivning av centrala begrepp i uppsatsen.

#### Beslutsprocessen

I alla situationer där vi tar beslut genomgår vi en beslutsprocess. I denna uppsats är det högst relevant att försöka förstå vad som påverkar handläggarens beslut vid bedömningar av hjälpbehov. Vilken information behövs för att kunna fatta ett adekvat beslut vid behovsbedömning? Det är viktigt att veta vilken information som behövs för att handläggaren ska fatta rättsäkrare beslut. I denna uppsats undersöks hur handläggare resonerar kring den information de får vid behovsbedömning. Det uppsatsen försöker ge svar på är om handläggare får den information de behöver för att kunna göra en adekvat bedömning och fatta ett adekvat beslut. En annan fråga är hur handläggare tolkar den information de får samt vilka faktorer som är avgörande om ett beslut ska bli positivt eller negativt.

#### Vad är ett beslut?

Enligt Simon (1955) är beslut något som kan definieras som ett val mellan olika alternativ och det slutliga resultatet av en beslutsprocess. Med beslutsprocess avses de handlingar eller överväganden som leder fram till ett beslut. Även verkställandet av ett beslut ingår som en del i beslutsprocessen eftersom det anses att studier av beslutsprocesser även bör omfatta analys av aktiviteterna för att göra beslutet till verklighet. Figur 2 åskådliggör hur beslutsprocessen kan betraktas som sammansatt av tre separata faser:



Figur 2. Faser i en beslutsprocess (Jacobsen och Thorsvik, 2002).

Beslutsprocessen är något som innefattar att samla in information och därefter systematisera, analysera och tolka den, samt ofta att kommunicera den till andra, innan ett val mellan

alternativ görs. Beslut handlar alltså ytterst om att ta ställning till tillgänglig information (Jacobsen och Thorsvik, 2002).

### **Den rationella beslutsmodellen**

Beslutsprocessen och beslutsfattandet kan beskrivas och förstås utifrån olika modeller. Det som främst skiljer de olika modellerna åt är olika grundläggande antaganden om vilka faktorer det är som styr människor i deras beslutsfattande. I den rationella beslutsmodellen modellen beskrivs beslutsfattandet som en rationell process där vi går igenom ett antal steg med förberedelser och fattar sedan med dessa förberedelser som grund ett välgrundat och rationellt beslut. När man använder sig av en rationell beslutsprocess ska man utgå ifrån sina värderingar, undersöka alla relevanta handlingsalternativ och konsekvenser för att på detta sätt ta beslut. Modellen förutsätter att beslutsfattaren har fullständig kännedom om alla alternativa lösningsförslag, har möjlighet att värdera alla förslag mot samma kriterier samt använda samma beslutsregler i syfte att rangordna de olika alternativen. Detta beslutssätt kallas maximerande beteende, det vill säga att människor väljer det bästa alternativet utifrån full information för att maximera nyttan. Beslut ses som ett resultat av val mellan alternativ där man väljer det bästa alternativet. Att fatta beslut enligt den rationella beslutsmodellen blir en rationell tankeprocess där den information som finns tillgänglig behandlas logiskt. Enligt Brunsson (1998) är beslutsfattarna ofta inte på det klara med vad de vill. I en verklig situation blir modellen problematisk eftersom de flesta beslutsprocesser uppvisar klara irrationella drag. Brunsson (1998) hävdar emellertid att en rationell beslutsmodell inte skall avfärdas då syftet med en sådan är att beslutsprocessen ska leda fram till ett optimalt beslut:

Om syftet med beslutsfattandet är att välja det bästa alternativet finns det inget skäl att inte försöka följa de rationella normerna, även om det inte alltid är möjligt att lyckas. (Brunsson, 1998, s. 46)

Den rationella beslutsmodellen tar inte hänsyn till faktorer som begränsar möjligheten att välja mellan olika handlingsalternativ. Individer som fattar beslut påverkas av sin omgivning. Smith och May (1980) menar att den rationella beslutsmodellen är en utopi:

The model represents, perhaps, the planner's dream but in real world it is argued, ends are not that clear, decisions are not that neat and evaluation are not that systematic. (Smith och May, 1980, s. 149)

Ytterligare kritik mot den rationella beslutsmodellen har framförts av Lindblom (1959) som menar att modellen är alltför statisk och separerar mål och medel, värden och beslut samt fakta och värderingar. Lindblom menar att det inte finns någon distinkt skillnad mellan mål och medel, snarare är det så att dessa två väljs ut samtidigt (Lindblom, 1959). Ett flertal andra

kritiker (March & Olsen 1976; Weick, 1979; Brunson, 1989) menar att vi inte agerar rationellt på det sätt teorin föreskriver när vi fattar beslut, även om vi för att hitta det bästa beslutet i varje situation skulle tjäna på att göra ett fullständigt rationellt val. Simon skriver att den rationella beslutsmodellen inte är anpassad för verkliga beslutssituationer:

This (the rational man) is assumed to have knowledge of the relevant aspects of his environment which, if not absolutely complete, it is at least impressively clear and voluminous. He is assumed also to have a well-organized and stable system of preferences, and a skill in computation that enables him to calculate, for the alternative courses of action that are available to him, which of these will permit him to reach the highest attainable point of his preference scale. (Simon, 1955, s. 99)

### **Den begränsade rationella beslutsmodellen**

Idén om människan som rationell beslutsfattare har kritiserats starkt. Vissa kritiker menar att människans förmåga att hantera information och värdera alternativ och konsekvenser är klart begränsad. Hjärnans förmåga att tillägna sig, behandla och lagra information för kommande bruk är förhållandevis begränsad. Problemet är vanligtvis inte brist på information, utan att man har för mycket information och saknar kapacitet att ordna alltsammans. Även det organisatoriska sammanhanget som beslutsfattaren befinner sig i begränsar möjligheterna att fatta beslut utifrån rationalitetsidealet.

Den begränsade rationella beslutsmodellen tar hänsyn till människans och omständigheternas begränsningar och definierar rationellt agerande utifrån dessa. När människor handlar begränsat rationellt eftersträvar de att vara rationella även om de inte lyckas uppträda helt rationellt. Vid situationer när vi inte har total kunskap om alla handlingsalternativ fokuserar vi på att söka nya handlingsalternativ. För att denna sökprocedur inte ska bli oändlig måste vi sätta upp kriterier för vad som är relevanta alternativ. När vi finner ett alternativ som möter de uppsatta kraven definierar vi det som adekvat eller tillräckligt bra och väljer detta. Även om möjligheten finns att hitta alternativ som är ännu bättre eller till och med optimala väljer vi alltså att stanna när de uppsatta kraven är uppnådda. Detta beslutssätt kallas satisfierande beteende, det vill säga att man väljer ett alternativ man är nöjd med, utan att säkert veta om det är det bästa. Beslut ses fortfarande som ett resultat av val mellan alternativ, men istället för att maximera (välja det bästa alternativet) väljer man det första som är tillfredsställande.

Herbert A. Simon skrev boken *Administrative behavior – a study of decision making process in administrative organisation* (1947) som en reaktion på tanken om den rationella beslutsmodellen. Enligt Simon är ett fullständigt rationellt beslutsfattande sällan möjligt. Vår förmåga att överblicka alla tänkbara alternativ är begränsad liksom tiden för analys. I många praktiska

situationer nöjer man sig med att fatta ett tillfredsställande beslut även om man strävar efter ett rationellt beslutsfattande (Simon, 1996):

Because real-world optimization, with or without computers, is impossible, the real economic actor is in fact a satisfier, a person who accepts “good enough” alternatives, not because less is preferred to more, but because there is no choice. (Simon, 1996, s. 28)

Simon beskriver fem olika faktorer som enligt honom begränsar rationaliteten i beslutsfattande: (1) fullständig information och bakgrundskunskap är en omöjlighet, (2) det är inte alltid uppenbart vad som är själva problemet vid komplicerade beslut, (3) människan har en begränsad förmåga att bearbeta information, (4) vi har inte en total överblick över alla lösningsalternativ och deras konsekvenser och (5) vår tid för beslutsfattande är inte tillräcklig.

Tabell 2 Illustration av skillnader mellan den rationella beslutsmodellen respektive den begränsat rationella beslutsmodellen.

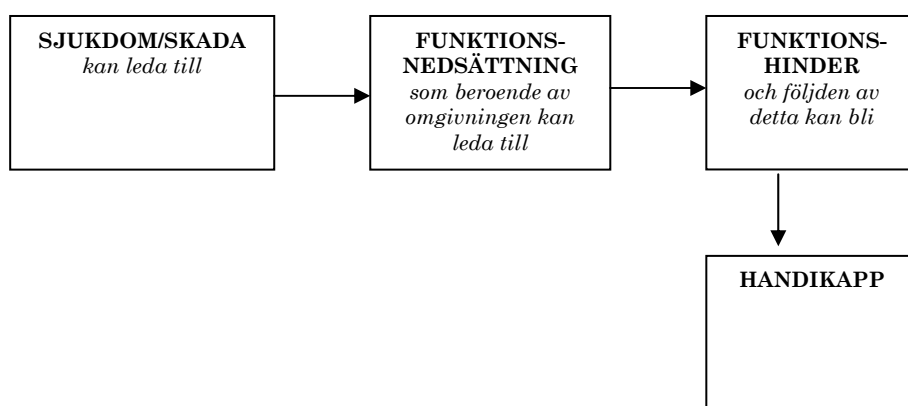
<b>Den rationella beslutsmodellen</b>	<b>Den begränsat rationella beslutsmodellen</b>
Den enskilde beslutsfattaren har klara mål	Den enskilde beslutsfattaren har mål men de är ofta rätt oklara och skiftande
Beslutsfattaren har full information om alla tänkbara alternativa lösningar och alla konsekvenser av samtliga alternativ.	Beslutsfattaren söker oftast bara efter ett begränsat antal alternativ och har inte kunskap om konsekvenserna av alla olika alternativ
Beslutsfattaren kan rangordna alla alternativen från det mest önskade till det minst attraktiva	Beslutsfattaren värderar alternativ sekventiellt allt eftersom som han/hon har förmåga att behandla dem
Beslutsfattaren väljer det alternativ som har de bästa förutsättningarna att nå målet	Beslutsfattaren är inriktad på att upptäcka och välja ett alternativ som är tillräckligt bra men inte nödvändigtvis det allra bästa

## Centrala begrepp i uppsatsen

I Sverige använder man ofta begreppen funktionshinder och handikapp som synonyma begrepp. Internationellt sett och då framförallt i USA, som har haft ett omfattande reformarbete när det gäller att samhället skall vara tillgängligt för funktionshindrade, har man rent definitionsmässigt varit tydlig när det gäller begreppen. Disabled och disability kan

översättas med oförmögen respektive oförmåga medan ordet handicap betyder nackdel eller börda (Conover, Crewe & Searing, 1990).

I samband med förarbetena till LSS (prop. 1993/94:159) aktualiserades frågan om en miljörelaterad syn på handikapp. Enligt denna syn är inte handikapp någon egenskap hos den enskilde, utan ett förhållande mellan skadan eller sjukdomen och personens omgivning. Funktionsnedsättningen finns hos individen, men handikappet uppstår i samspelet mellan denne och den omgivande miljön (Calais von Stokkom & Kebblon, 2000). Detta illustreras i figur 3:



Figur 3. Förhållandet mellan skada eller sjukdom och personens omgivning

Ordet handikapp används oftast i sammansättningen handikappolitik – en beteckning på olika insatser som syftar till att möjliggöra för olika personer med funktionsnedsättningar att vara lika delaktiga i samhället som andra, eller med andra ord att förhindra att funktionsnedsättningen blir handikappande (Calais von Stokkom & Kebblon, 2000; SOU 2001:56). Detta synsätt präglar LSS och ger den enskilde rätt till serviceåtgärder som kan minska hans funktionsnedsättning.

Synsättet ställer också krav på omvandling av den fysiska miljön (ibid.). Samma funktionsnedsättning kan ha olika konsekvenser för individen beroende på faktorer i omgivningen, och en person med funktionsnedsättning kan vara funktionshindrad i vissa miljöer eller sociala situationer, men inte i andra. Rumslig tillgänglighet, hjälpmedel, och omgivningsfaktorer påverkar om en funktionsnedsättning också innebär ett funktionshinder.

## **Kognitiv funktionsnedsättning och hjärnskada**

Kognitiva funktionsnedsättningar innebär att man har svårigheter med det man vanligtvis kallar tankeförmågor eller begåvning, det vill säga det som rör varseblivning, minnet, inläring, språk med mera. Dessa funktionsnedsättningar kan ha många orsaker varav hjärnskada är en (Lezek, 1995).

I litteraturen förekommer olika begrepp som hjärnskada, skallskada, traumatisk hjärnskada, förvärvad hjärnskada, stroke, hjärnblödning m fl. Enligt Socialstyrelsen (1993) saknas en allmänt vedertagen och distinkt definition av begreppet hjärnskada. Vad som avses med hjärnskada är därför beroende av sammanhanget. I denna uppsats är "hjärnskada" en övergripande term för skador i hjärnan orsakade av trafikolyckor, blödningar, tumörer, syrebrist, virussjukdomar i hjärnan samt förgiftning. En gemensam beteckning för dessa hjärnskador är "förvärvad hjärnskada" vilket betyder att skadan ej är medfödd utan har uppstått senare i livet. Hjärnskadan kan leda till fysiska, psykiska, sociala och emotionella funktionshinder. I denna uppsats ligger fokus på hjärnskadans konsekvenser, dvs. ett funktionshinder som inte är fysiskt synlig.

## **Uppsatsens huvudsakliga frågeställningar**

Behovsbedömning är en komplex process. Det kan vara svårt för andra att förstå hur behovsbedömningen går till och vad handläggaren grundar sitt resonemang på. Vilken information tar handläggaren fasta på? Vad är det egentligen som styr vad beslutet ska bli? Beslut om insatser enligt LSS kräver i regel någon form av medicinsk bedömning, vanligtvis ett läkarintyg. Vilka konsekvenser har detta för handläggarens bedömning av den sökandes behov? I denna uppsats utforskas hur handläggare går tillväga när de bedömer vilka behov en person med hjärnskada har och vilka strategier som används för att avgöra vilket stöd en person med hjärnskada behöver.

## **4. Metod**

Metodavsnittet inleds med att valet av metod diskuteras. Därefter följer avsnitt där vinjettmetoden och den komparativa ansatsen beskrivs. Därpå följer en beskrivning av vinjettstudiens design och de två vinjetterna presenteras. Efter vinjetterna följer beskrivning hur urval och fokusintervjuer genomförts. Slutligen diskuteras etiska överväganden.

## Val av metod för studien

Utifrån syftet att försöka få en djupare förståelse om hur handläggare på försäkringskassor och LSS-handläggare i kommuner i Norrbottens län resonerar omkring den sökandes behov av insatser, valdes en kvalitativ ansats för datainsamling och analys. Den kvalitativa metoden har som mål att beskriva företeelser, egenskaper, processer eller innebörder i de fenomen som undersöks (Starrin & Svensson, 1994). De vanligaste sätten att samla in data i en kvalitativ studie är genom bandinspelad intervju, observation eller skrivna dokument. Ett vanligt sätt att samla data i en kvantitativ studie är t ex i form av en enkätundersökning. Enligt Kvale (1997) får man då mindre detaljerad och mer ytlig information. Mitt val av undersökningsmetod blev en öppen form av intervju, kring två vinjetter, i fokusgrupper med LSS-handläggare och handläggare från försäkringskassan för att få en så djup förståelse som möjligt av handläggarnas resonemang. Vinjettmetoden och fokusgruppsmetoden beskrivs närmare i kommande avsnitt.

## Vinjettmetoden

En vinjett är en beskrivning av ett scenario eller ett fall som studiens respondenter får svara på frågor om. Det kan ske antingen via enkät eller i intervjuform. Vinjetten kan vara fiktiv eller baseras på en autentisk händelse. Det kan vara ett fall alternativt ärende som förekommer inom en myndighet (Kullberg, 2004). Vinjetten kan ofta innehålla ett moraliskt dilemma som respondenterna får göra en professionell bedömning av (Brunnberg, 1993). Vinjetter har mycket förenklat beskrivits som:

*short stories about hypothetical characters in specific circumstances, to whose situation the interviewee is invited to respond.* (Alexander & Becker, 1978:94)

Barter och Renold (1999) som gått igenom den kvalitativa forskning där vinjettmetoden använts hävdar att metoden brukar användas i social forskning av tre huvudsakliga skäl:

*to allow actions in context to be explored; to clarify people's judgements; and to provide a less personal and therefore less threatening way of exploring sensitive topics.* (Barter & Renold 1999:1)

Den första fördelen som författarna nämner är att vinjettmetoden kan kontextualisera eller sätta frågan som skall undersökas in i ett sammanhang. Detta har ansetts bidra till att det blir möjligt att få mer tillförlitliga svar än vad som är möjligt med andra metoder, till exempel i breda attitydundersökningar i form av survey - karaktär (Finch, 1987). Ett annat motiv för att använda vinjettmetoden vid studier av professionellas agerande inom välfärdstatens ramar är att den möjliggör att få kunskap om de professionellas föreställningar, förklaringar, normer, värderingar, etiska ställningstaganden, attityder eller andra bedömningar och associationer (Dale m.fl., 1990; Groskind, 1991; West m.fl., 1982). Det tredje skälet som Barter & Renold (1999)

slutligen nämner är att vinjetten möjliggör för en forskare att på ett smidigt och avdramatiserat sätt få respondentens åsikt eller bedömning i frågor som till sin natur kan vara känsliga. En avdramatisering av känsliga ämnen kan till exempel uppnås i en kvalitativ ansats genom att professionella som tillfrågas inte behöver svara på hur de faktiskt skulle handla i någon mer eller mindre känslig situation i sitt arbete, utan de kan istället svara på hur de skulle handla i ett hypotetiskt fall (Brunnberg, 2001a; 2001b). På detta sätt behöver inte intervjupersonerna känna sig utpekade eller avslöjade för att ha gjort felbedömningar i ett ärende.

### **Den komparativa ansatsen**

Den komparativa ansatsen är ofta central i studier där vinjetter används. Den komparativa ansatsen har bland annat utvecklats och fått stor användning inom samhällsvetenskaplig forskning (Denk, 2002). Komparativ forskning brukar också ofta definieras som studier som använder jämförbara data från två eller flera länder. I en vid mening används dock jämförelser av olika slag i all samhällsvetenskaplig forskning. Det är därför alltför begränsat att definiera den komparativa ansatsen som något som innefattar jämförelser mellan olika länder. Komparativa studier kan även vara inriktade på att, till exempel, göra jämförelser av kvalitativ eller kvantitativ art även inom ett land, ett specifikt problemområde eller en specifik profession, och det komparativa temat återkommer också i studier inom till exempel sociologi, psykologi och socialt arbete. Motivet till att använda vinjetter i jämförelser är att de mönster av likheter eller skillnader som på detta sätt kan identifieras i de professionellas eller andra grupperns svar kan bidra till att utveckla en teori i den fråga som undersöks (Hantrais & Mangen, 1996). En komparativ ansats i vilken vinjetter används kan innebära att ny kunskap om professionellas olika kulturellt präglade skäl för att vidta eller inte vidta åtgärder framträder (Brunnberg, 2001a; 2001b; Soydan, 1995). Denna typ av vinjetter med ett komparativt syfte kan också röra jämförelser av socialarbetares eller andra grupperns bedömningar av ett fall eller ärende i vilket klientens kön varierar (Brunnberg, 2002; Kullberg, 2004). De professionellas bedömningar av ett fall eller ärende kan även, i en så kallad institutionell ansats, jämföras med de lagar, förordningar eller andra politiska intentioner som finns i ett land (Soydan & Stål, 1994).

### **Vinjettstudiens design**

Utformningen av vinjetter kan variera från studie till studie, men beskrivningen i vinjetten skall vara verklighetsanknuten, logisk, lätt att förstå och innehålla relevanta koder. Det senare innebär att den skall vara skriven med ett sådant språk som gör att de uppfattas som ett trovärdigt fall eller ärende för de aktörer man har intresse av att undersöka. Ambitionen att



uttala sig om någon aspekt med anknytning till välfärdsstatens institutioner innebär oftast en strävan efter att göra fallbeskrivningen så realistiskt och verklighetsnära som möjligt. Allmänt menar forskare att hur verklig en vinjett uppfattas av de svarande kan vara något som påverkar överensstämelsen mellan vinjettsvaren och respondentens agerande i ett autentiskt fall (Huges, 1998). Upplevs vinjetten som sannolik är chansen med andra ord större att svaren speglar hur den svarande faktisk skulle handla i en riktig situation.

Autenticitet i vinjetten kan uppnås på flera olika sätt. I en vinjettstudie (Brunnberg, 1994) i vilken svenska och engelska socialarbetares bedömningar av fall jämfördes, konstruerades vinjetten på grundval av resultaten från en kortare tids studier av klientjournaler och deltagande observationer på socialkontor i de båda länderna. Vinjetten konstruerades sedan som en slags syntes som innefattade sådana aspekter som var återkommande i de verkliga ärenden som förekom på socialkontor i de båda länderna. På detta sätt kunde vinjetten få ett realistiskt innehåll (Soydan, 1995; Forslund m.fl., 2002). I denna uppsats, som genomfördes med hjälp av fokusintervjuer med handläggare från olika kommuner och försäkringskassor, konstruerades två vinjetter formulerade som läkarutlåtanden som sammanfattade förhållanden om två individers situation efter skullskada. Grunden till denna konstruktion kom från författarens erfarenheter av tidigare yrkesverksamhet som handläggare. Dessa erfarenheter användes sedan som underlag för det slutliga utformandet av vinjetterna som genomfördes av Jan Lexell, Överläkare vid Rehabcentrum Lund-Orup, Universitetssjukhuset i Lund, Orupssjukhuset, Lund. Jan Lexell är också adjungerad professor vid Institutionen för Hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet, Boden.

Ett sätt att få vinjetten att överensstämma med riktiga fall kan vara att utforma den på ett sådant sätt att den motsvarar den typ av skrivna dokument som respondenterna är vana vid att läsa. I denna uppsats har man försökt uppnå en sådan överensstämmelse genom att vinjetterna konstruerades så att de liknade de läkarutlåtanden som handläggare ofta begär av behandlande läkare. Detta innebär att texten i vinjetterna är en beskrivning av individens situation och bedömningar kring denna situation som en förmodad författare till texten (en läkare) kan antas göra. Texten innehåller den typ av uppgifter som kan förmodas uppfattas som relevanta av handläggare när de fattar beslut i LSS eller LASS ärenden.

## Vinjett 1 – Eva Andersson

*Vederbörande handläggare*

### **Bedömning av Eva Andersson, 550000-0000**

Eva Andersson, 48 år, var före skadan frisk. Är gift, har två barn i tonåren och är bosatt i eget modernt hus. Arbetade som ekonomiassistent vid X-stads verkstadsindustri. Andersson insjuknade med en subarachnoidalblödning 2003-10-01. Efter vård på Neurokirurgiska kliniken Intensivvårdsavdelning, Universitetssjukhuset har Persson genomgått rehabilitering vid Rehabiliteringskliniken, X-stads Sjukhus under perioden 2003-11-01—2004-03-31.

Subarachnoidalblödningen orsakades av ett rupturerat aneurysm från främre kommunikanten. I samband med insjuknandet sjunkit till RLS 6. Opererades akut och blödningen utrymdes. Respiratorvårdades direkt efter operationen. Efter tre veckor på nytt mer förvirrade och sjunkit i medvetande, vilket föranlett förnyad neuroradiologisk undersökning. Det framkommer då tecken till hydrocephalus och hon får en ventrikuloperitoneal shunt. Efter detta stigit i medvetande och förbättrats i sin förvirring.

Efter fem månaders rehabilitering är Andersson nu utskrivningsklar och i behov av hjälp-insatser i hemmet. Hon har förbättrats markant vad gäller förflyttningsförmåga och uppvisar inga tecken till pareser eller svaghet. Hon kan själv klä på sig, äta, sköta sin hygien men måste dock ha någon som ser till henne, annars blir inte aktiviteten utförd. Hon är i behov av övervakning för att inte tappa fokus och påbörja ny aktivitet innan tidigare aktivitet är avslutad. Är även i behov av tillsyn- och aktiveringsinsatser men även annat stöd i den dagliga livsföringen. Hon förefaller förstå det mesta av vad som sägs men uppvisar ibland tecken till att inte göra det och att inte kunna ta in information eller minnas det som sagts.

Vi bedömer att hennes tillstånd är sådant att hon är i behov av hjälp bland med fortsatt träning, aktivering och daglig livsföring och vill därför att hon får tillgång till personlig assistans.

Intygas i tjänsten,

Per Karlsson

Överläkare  
Rehabiliteringskliniken  
X-stads Sjukhus

### **Bedömning av Sven Persson, 640000-0000**

Detta intyg skrivs för bedömning av personlig assistans enligt LSS/LASS för Sven Persson som ådragit sig en traumatisk hjärnskada med intellektuell och kognitiv funktionsnedsättning. Intyget bygger på journalhandlingar, personlig kännedom om patienten samt underlag från övriga teammedlemmar (neuropsykolog, arbetsterapeut och logoped).

Sven Persson, 40 år, var före skadan frisk. Är gift, har två minderåriga barn och bosatt i eget modernt hus. Arbetade som lärare vid X-stads gymnasieskola. Persson ådrog sig en traumatisk hjärnskada i samband med en bilolycka 2003-10-01. Efter vård på Neurokirurgiska kliniken Intensivvårdsavdelning, Universitetssjukhuset har Persson genomgått rehabilitering vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Y-stads Sjukhus under perioden 2003-11-01—2004-03-31.

Persson har som ett resultat av bilolyckan ådragit sig en svår och omfattande hjärnskada. Undersökningar har visat substansförlust i båda frontalloberna och skador på basala ganglier. Till följd av denna hjärnskada uppvisar Persson en personlighetsstörning med svårigheter med koncentration och uppmärksamhet, minnesstörning, nedsatt språkförståelse, nedsättning av intellektuell rörlighet, är inte orienterad till tid eller rum, har svårigheter att redogöra för vem han själv är men har inga fysiska funktionsnedsättningar. Personlighetsstörningen har verifierats vid neuropsykologiska undersökningar, den senaste utförd 2004-02-28. Persson bedöms utifrån den neuropsykologiska undersökningen ha ett sådant intellektuellt funktionshinder att han bedöms tillhöra personkrets 2 enligt LSS § 1.

Praktiskt tar sig Perssons hjärnskada uttryck i form av en oförmåga att klara sig själv utan hjälp av annan person. Perssons behov av hjälp innefattar allt som behövs för den dagliga livsföringen. Här följer en sammanfattning av de svårigheter Perssons uppvisar:

#### **Personlig hygien:**

Perssons saknar delvis insikt om behovet av hjälp med personlig hygien. Kan utföra enkel tvättning av händer, ansikte, hals och öron utan hjälp men kräver ständigt kvalificerad motivation för att inte avvika från badrummet. Kan bara delvis utföra tandborstning, klarar inte duschning om inte någon ställer honom i duschen och säger hur han ska göra. Måste ha viss hjälp av annan person med att genomföra tvättning av samtliga kroppsdelar, inklusive håret. Klarar rakning utan assistans men måste hela tiden bli påmind om detta. Måste gå på toaletten upp till 20 gånger per dygn. Vid hälften av besöken tömmer han urinblåsan. Måste ständigt ha tillgång till toalett i sin närhet, annars tömmer han urinblåsan där han befinner sig. Har på grund av minnsstörningen ingen insikt i att han varit på toaletten och kan därför gå flera gånger trots att han för en kort stund sedan varit där. Klarar inte av att tömma tarmen helt självständigt och att torka sig efteråt.

#### **Måltider:**

Klarar inte av att äta utan assistans på grund av att han inte kan initiera ätandet. Kan bara delvis hantera bestick och övriga redskap, men först efter praktisk handledning. Kan då föra bestick med mat till munnen. Klarar inte av att varje gång bedöma mängd, värme och kyla på maten, och löper därför risk av och till att skada sig i samband med ätningen. Saknar mättnadskänsla, kan ”dricka” ur ett tomt glas och säga att det smakar gott.

#### **Av och påklädning:**

Klarar inte av att klä på sig självständigt. Är likaså ur stånd att själv ta initiativ till aktiviteten, kan inte välja vilken klädsel som krävs i olika situationer eller utifrån årstiden och vädret.

#### **Kommunikation:**

Saknar förmåga att kommunicera med andra människor och göra sig förstådd utan närvarande hjälp. Upprepar inadekvata fraser och meningar. Frågar inte efter om någon lyssnar eller ej. Kan begränsat tillgodogöra sig en text, och heller inte direkt återge denna. Är ur stånd att tillgodogöra sig viktig information, t ex ordination gällande mediciner. Klarar inte av att skriva förstäligt, endast

namnteckningen är läsbar. Ur minnessynpunkt pendlar han mellan 8 och 18 års ålder, i övrigt endast spridda minnesfält. Detta leder till att han är ur stånd att orientera sig i tid och rum.

#### **Annan hjälp:**

Företar sig inadekvata saker. Kan vara rastlös, orolig, är lätt avledbar vilket leder till att både han själv och omgivningen kan utsättas för fara om inte annan person finns tillgänglig. Lyssnar inte på tillsägelse eller uppmaning utan måste styras med kvalificerad handledning av personal med god kännedom om hans beteendemönster. Dygnsrytmen varierar en del, och han kan vara vaken vissa dygn. Vid dessa tillfällen är det mycket svårt att nå honom. Saknar orienterings-förmåga och hittar inte i in närmiljö vilket gör att han är ur stånd att klara aktiviteter utan personal. Saknar också insikt om varför personal finns i hans närhet. Blir upprörd i kontakt med för honom okända personer. Kan inte namn på personal som vistats regelbundet med honom.

#### **Sammanfattning:**

Sven Persson ådrog sig en traumatisk hjärnskada i samband med en bilolycka 2003-10-01. Persson har som ett resultat av bilolyckan ådragit sig en svår och omfattande hjärnskada med personlighetsstörning och intellektuell och kognitiv funktionsnedsättning. Hans tillstånd är sådant att han är i behov av ett begränsat antal personer med kännedom om hans beteende, uttryckssätt, förståelse och uppfattning om sin omgivning. Han behöver även fortsatt träning, hjälp att komma ut och delta i olika aktiviteter. Tillgodoses inte detta är han ur stånd att klara sin dagliga livsföring, och får då heller inte möjlighet att i så stor utsträckning som möjligt uppnå en livsföring som, trots funktionshindret, anses normal för personer i samma ålder.

Intygas i tjänsten,

Karin Svensson

Överläkare  
Specialist i rehabiliteringmedicin  
Y-stads Sjukhus

## **Urval och genomförande**

Deltagare i studien var fyra LSS-handläggare och fyra LASS-handläggare. Handläggarna kontaktades via brev angående medverkan i studien. Efter svar om positivt ställningstagande till medverkan i studien fick handläggarna ta del av två skriftliga vinjetter som de fick ta ställning till. Under våren 2004 genomfördes diskussioner i fokusgrupper vid två olika tillfällen. Vid det första tillfället deltog handläggare från fyra olika försäkringskassor, vid det andra tillfället deltog LSS-handläggare från fyra olika kommuner. Samtliga handläggare var verksamma på försäkringskassor respektive kommuner i Norrbottens län. Diskussionerna med handläggarna genomfördes vid Institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet i Boden. Diskussionerna inleddes i båda fall med fika och deltagarna fick möjlighet att bekanta sig med varandra. Moderatören berättade om studiens bakgrund och om syftet med sammankomsten. Deltagarna fick presentera sig, därefter fick varje handläggare beskriva individuellt hur han/hon resonerat kring respektive vinjett, därefter diskuterade gruppen respektive vinjett gemensamt. Fokusintervjuerna har band- och videoinspelats. Fokusgruppsintervjuerna var utformade som relativt fria samtal mellan deltagarna men kompletterades i förväg med de två vinjetterna. Syftet

med de två vinjetterna var att använda dem som en övergång mellan handläggarnas uttalade resonemang till verbaliserat resonemang dvs. uttryckt i ord. Vinjetterna är ett sätt att få information om och i detalj beskriva handläggarnas resonemang kring behovsbedömningen. Behovsbedömningens tysta aspekter är svåra att presentera i explicit verbal form. Det uttalade resonemanget kring den sökandes behov är inte så lätt att återge tal. Vinjetterna hjälpte handläggarna att beskriva hur de resonerar omkring de sökandes behov vid en verklig bedömningssituation.

En strukturerad intervjuguide, innehållande ett flertal frågeställningar inom ämnet, har använts som stöd vid intervjuerna. Frågorna var avsedda att användas i de fall där ett frågeområde inte spontant kom upp till diskussion och som ett stöd för moderatorn ifall diskussionen skulle avstanna. Om ett frågeområde inte spontant kom upp till diskussion, var det tänkt att området skulle introduceras med hjälp av att moderatorn ställde en fråga. Diskussionerna flöt dock på bra och alla områden täcktes in. Moderatorsn behövde bara ställa frågor av förtydligande slag.

Fokusintervjun som undersökningsmetod ger studiens deltagare en möjlighet att beskriva de aktuella företeelserna med egna ord, vilket ger en nyanserad bild av problemet. De faktorer man måste hålla ordning på vid fokusintervjuer är de som hämmar kommunikation mellan deltagarna. Det är inte bara det att deltagarna inte förstår eller vill höra på varandra som är problemet. Minst lika problematiskt kan det vara att deltagarna använder mycket energi och tid till att ta hänsyn till varandra. Både stora och små fokusgrupper har sina för- och nackdelar. Små grupper kräver större grad av deltagande och engagemang från den enskilde, vilket kan medföra mer intensiva diskussioner. I större grupper finns det alltid en risk att den enskilde deltagaren deltar mindre och överlåter till gruppen som helhet att bära diskussionen. Antagligen är också problemet med deltagare som inte säger något, större i stora grupper eftersom de blir mindre "synliga". Å andra sidan får detta problem större konsekvenser om det uppstår i en liten grupp eftersom antalet aktiva informanter då blir mycket litet och för att detta inverkar starkare på samverkan i fokusgruppen. Storleken på gruppen är avhängig av fokus, vilken erfarenhet deltagarna har, samt vilken typ av information som förväntas. En grupp med stor erfarenhet av ämnet, där man förväntar sig en fördjupad förståelse, bör vara ganska liten (4-6 deltagare), medan en fokusgrupp vars syfte är att snabbt få fram en vid variation av information om ett område, där deltagarna saknar djupare erfarenhet kan vara större.

Kvale (1997) beskriver det kvalitativa samtalet som ett grundläggande sätt att finna kunskap och dessutom är det på det sättet som människor interagerar med varandra. Intervju som undersökningsmetod kan vara problematisk då intervju och samtal förutsätter att parterna

förstår varandra, dvs. förstår varandras frågor och svar på samma sätt. För att man ska förstå innebörden av orden krävs en gemensam referensram. Mitt tidigare arbete som LSS-handläggare bör ha ökat möjligheterna till förståelse eftersom jag och de personer jag intervjuat i stor utsträckning har ett gemensamt språk och likartad förståelse, vilket jag även tror underlättat tolkningsprocessen vid bearbetningen av intervjumaterialet. En risk är förstås att den gemensamma referensramen och det gemensamma språket blir till ett hinder och istället påverkar vilka utsagor jag följt upp och vilka jag lämnat därhän. Jag bedömer ändå den risken som relativt liten eftersom jag inte längre är verksam som LSS-handläggare och förhoppningsvis genom studier och arbete ytterligare vidgat mitt perspektiv. Syftet med undersökningen och analysmetoden har också förhoppningsvis väglett mig att se det betydelsefulla i intervjumaterialet.

### **Analys av data**

Fokusintervjuerna spelades in på band skrevs därefter ut ordagrant. Element från Grounded theory användes i dataanalysarbetet (Strauss & Corbin, 1998). Grounded theory är en metod som är utvecklad, för att för att på ett induktivt sätt, utveckla begrepp och kategorier som ger teoretisk mening till forskningsmaterialet. Som namnet Grounded theory antyder, innebär analysmetoden att analysen på detta sätt blir grundad i forskningsmaterialet. De regler som Grounded theory metoden innehåller har inte strikt följts i denna uppsats, snarare har några grundläggande steg för analysmetoden lånats från teorin. Dessa steg är: (1) materialet lästes rad för rad för att upptäcka meningsbärande enheter, (2) därefter genomfördes en kodning av materialet, (3) koder som hade något gemensamt, eller tycktes höra samman sammanfördes i kategorier, (4) koderna jämfördes sedan kontinuerligt med varandra och (5) därefter har materialet studerats på nytt för att eventuella nya aspekter skulle upptäckas och för att klarlägga vilka teman som var centrala. Ur kategorierna formades två centrala teman: *bedömningsprocessen* och *hur beslutsfattandet går till*.

### **Etiska överväganden**

Handläggarnas deltagande i studien var frivillig och handläggarna informerades om detta skriftligen via det brev som skickas ut med förfrågan om intresse att delta i studien. Handläggarna informerades även muntligen om att deltagandet i studien var frivilligt i samband med att telefonkontakt togs för bokning av tid för intervjun. Handläggarna informerades även om att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Handläggarnas utsagor har bearbetas på ett sådant sätt att det inte är möjligt att identifiera enskilda handläggares utsagor.

## 5. Bedömning av behov hos personer med hjärnskador

I uppsatsens nästa del analyseras de fokusgruppsdiskussioner med respektive handläggargrupp som genomfördes några dagar efter att handläggarna tagit del av vinjetterna. Hur handläggare resonerar vid behovsbedömning beskrivs i detta avsnitt med utgångspunkt i analysen som utmynnade i två huvudteman. De har getts benämningarna: ”bedömningsprocessen” och ”hur beslutsfattandet går till”. I avsnittet ”hur beslutsfattandet går till” diskuteras handläggarnas resonemang kring vinjetterna i relation till de teoretiska utgångspunkterna i uppsatsens.

### Bedömningsprocessen

När fokusgruppsdiskussionen startade ombads handläggarna beskriva hur de skulle välja att agera med utgångspunkt från vinjetterna. Båda grupperna inledde fokusgruppsdiskussionen med att diskutera den första vinjetten. Handläggarna i de båda grupperna var överens om att de i det första fallet skulle börja med att begära ett kompletterande läkarutlåtande. Samtalet rörde sig vidare om att utredningsarbetet inledningsvis handlar om att bedöma om den sökande tillhör personkretsen. Handläggarna samtalade om att det behövs ett ordentligt läkarintyg som underlag för att man ska kunna göra en bedömning av hur man ska gå vidare i ärendet:

Jag tror nog att jag hade faktiskt börjat som dig (en annan handläggare), just att man skickar till läkaren kompletterande frågor. Han är ju överläkare dessutom och har förmodligen behandlat henne hela vägen. Och just med de här frågorna som du (en annan handläggare) också sa, varaktighet och lite mer om behovet. Det var som så... det var en massa fina ord så att säga, och datum och så. Men det sa inte så mycket om det som vi egentligen är intresserade av.

Vid diskussionen omkring det andra fallet hade både LSS-handläggarna och LASS-handläggarna åsikten att de kunde påbörja den formella utredningen utan ytterligare underlag. Handläggarna ägnade en stund av tiden till att diskutera vad som sker i inledningen av ärendet. En första bedömning av ärendet görs tidigt i processen, oftast redan då ärendet initieras, mot bakgrund av den information som den som initierat ärendet lämnat. Under diskussionen exemplifierades detta av en handläggare som berättade att den första bedömningen kan ske med stöd av, som i detta fall, läkarintyg eller genom personlig kommunikation med patientansvarig sjuksköterska eller anhörig. Jag uppfattade att med det relativt begränsade materialet som grund tar man ställning för hur man ska gå vidare i ärendet. Den första, i det närmaste schablonmässiga bedömningen, grundar sig på handläggarens erfarenhet och på det som handläggaren dittills känner till om fallet. Min tolkning stöds av en utsaga från en av LASS-handläggarna:

Det enda som, höll jag på att säga ... vi är intresserade av, det är ju den hjälp som vi kan ge och då handlar det ju först och främst om de här 20 timmarna/.../kommer man inte upp i det, ja då är det kommunen och kommunen har ju det här vidare synen och ska se alla behov i vilket fall som helst/.../ kommer man inte upp i 20 timmar, ja men då, då stoppar vi där.

Den första bedömningen handlar med andra ord om att skilja ut de fall som av LASS-handläggaren bedöms kunna avslutas utan åtgärd från försäkringskassan från de fall som kräver fortsatt utredning för ställningstagande om personen har behov som eventuellt ska tillgodoses inom ramen för LASS. En av handläggarna menade att vad som utreds i första hand beror på vad som har åberopats av den sökande. Hon menade vidare om det är LASS-ersättning som efterfrågats så är det just det man prövar. Om LASS-handläggaren bedömer att den sökandes grundläggande behov inte uppgår till 20 timmar/vecka stoppas den vidare utredningen och den sökande hänvisas istället till andra insatser som tillhandahålls via kommunen. Det händer också enligt LASS-handläggaren att man bedömer att det kan finnas ett behov av handikappersättning eller någon annan socialförsäkringsförmån och då får den sökande rådet att ansöka om dessa insatser istället.

I diskussionen med LSS-handläggarna fördes ett liknande resonemang, men i denna diskussion framkom att behoven utreds fullt ut, även om den sökandes grundläggande behov inte uppgår till 20 timmar/vecka. Det framkom vidare att om LSS-handläggaren antar att det finns en risk att den sökande inte är berättigad till insatsen personlig assistans, informerar LSS-handläggaren den sökande om hennes misstanke och diskuterar alternativa möjligheter till insats enligt LSS eller Socialtjänstlagen eller möjligen en kombination av dessa båda lagar.

### **Behov av mer information**

Eftersom samtliga handläggare uttalade att de ville ha ett kompletterande läkarintyg som komplettering till informationen i den första vinjetten bad jag handläggarna beskriva vilken typ av ytterligare information de behövde. Handläggarnas svar var problemorienterade och handlade om att intyget i första hand behövde kompletteras med information om varaktighet och omfattning av själva funktionshindret och dess konsekvenser. Så här sa en handläggare:

Jag skulle vilja ha en läkarbedömning om varaktighet. Hur man bedömer, är det här liksom kroniskt nu eller finns det möjligheter till fortsatt förbättring?

Ytterligare en handläggare problematiserade bristerna i läkarutlåtandet:

Det här läkarutlåtandet det ger väldigt mycket frågor, därför att det är inte så tydligt vad hon egentligen har för behov. Varaktigheten är ju det första. Man vet inte hur ... för att det framgår inte heller om hon skulle gå under personkrets två eller tre, det står ingenting om begåvnings... så man måste



komplettera det här ganska mycket. Och sen är ju också frågan om vad de här aktiveringsinsatserna/.../om det räcker att man säger till hon att hon gör det /.../för det verkar ju som att hon ändå... om hon bara får en hint om att hon ska göra det så gör hon det. Men, och det framgår ju inte heller, man måste som ha mera, veta mer om det.

Några handläggare resonerade också omkring behovet av information från andra aktörer. Ett par handläggare menade att de också skulle begära att få en ADL-bedömning som underlag för bedömningen medan ytterligare en annan handläggare uttryckte att hon också gärna hade tagit del av en bedömning av en neuropsykolog.

### **Hembesök som informationskälla**

Diskussionerna fortsatte och samtalet kom in på ämnet hembesök. Vid resonemanget framkom att nästa steg i bedömningsprocessen är att boka ett hembesök. Hembesök genomförs enligt handläggarna vanligtvis av LSS-handläggaren och LASS-handläggaren gemensamt:

Om man får ett sånt här utlåtande så ringer kommunen och säger att tycker du att vi ska göra ett gemensamt besök för det här kan nog vara över 20 timmar så säger man ja. Alltså det är inte ett solklart nej och det är inte ett solklart ja, så man .. då följer man med.

Under diskussionen med LASS-handläggarna framkom att LSS-handläggaren oftast har kännedom om fallet före LASS-handläggaren och att ansökan om LASS-ersättning oftast kommer till försäkringskassan via kommunen. En LASS-handläggare berättade att LSS-handläggaren ibland redan kan ha gjort en utredning som hon får ta del av:

Kommunen kan redan ha varit där förut på sjukhuset så att de kan lämna oss ganska mycket material innan. Jag vill vara ganska förberedd och ha mycket innan jag får på ett hembesök

Flera handläggare menade att hembesöket är en viktig informationskälla för bedömningen av den sökandes behov. Oftast behövs ett hembesök för att kunna göra en bedömning om den sökandes grundläggande hjälpbehov är över 20 timmar/vecka. Av handläggarnas diskussion framkom att vinjett 1 (fallet Eva) är ett sådant fall där man behöver göra ett hembesök för att kunna utreda den sökandes grundläggande hjälpbehov. Under diskussionen uppfattade jag att handläggarna inhämtar information från flera håll för att bedömningen av den sökandes behov ska bygga på ett korrekt underlag. I diskussionen nämndes att man normalt inhämtar information från den sökande, anhöriga, läkare och andra aktörer. Så här reflekterade en handläggare om hur hon skulle arbeta med att inhämta information för att få ett korrekt och utförligt informationsunderlag i det första fallet:

Jag skulle nog ha velat haft med maken då, eller kanske systemen, någon anhörig i alla fall som kan hjälpa henne med så. Och kanske tagit in en

arbetsterapi... en bedömning från sjukhuset, hur hon.. alltså nog kan hon ju klä sig själv men det är ju frågan om kan hon klä alltihopa, alltså så att jag hade fått den innan så att man hade fått lite... se hur det ser ut innan jag får på hembesöket. Det hade jag velat, lite mer på fötterna innan jag får dit så att säga. För de här är ju svåra, just de här som har hjärnskador, de är jätte jätte svåra.

Av resonemangen i de båda grupperna blev det tydligt att som informationskälla är den sökande och dennes familj centrala. Den sökande får lämna en beskrivning av sina behov och hans eller hennes uppfattning om vilken eller vilka insatser som kan behövas för att behoven ska tillgodoses. Vid hembesöket fortsätter utredningen i tre steg: först utreds personkretstillhörigheten, därefter grundläggande behov och slutligen övriga behov. Om det framkommer att personen inte tillhör personkretsen eller om de grundläggande behoven inte uppgår till minst 20 timmar/vecka, avbryter LASS-handläggaren utredningen vid hembesöket.

### **Bedömning av grundläggande behov**

För att få veta mer om vilken information handläggarna var ute efter att ta del av genom hembesöket frågade jag vad de frågar den sökande om vid hembesöket. Jag fick veta att frågorna främst kretsar kring den sökandes grundläggande behov. Vid båda diskussionerna framkom att handläggarna vid hembesöket kartlägger hur ett normalt dygn ser ut för den sökande. Dygnetns olika aktiviteter och behov av hjälp vid dessa aktiviteter kartläggs, från det att personen i fråga vaknar till när denne går och lägger sig. En LASS-handläggare gav exempel på frågor hon ställer till den sökande om den sökandes grundläggande behov:

Klarar du att självständigt äta sönderdelad, finfördelad mat? Alltså med besticken? Många har ju att de kan äta men måste stöd-matas tillexempel. Ja men då är det ju ett hjälpbehov, just det här stöd-matningen. Kan du självständigt ta upp ett glas och dricka? Nej det går inte, det måste vara nån som håller i koppen för att annars..... Alltså, det är just det hjälpbehovet som, som vi utreder. På och avklädning. Kan du gå på toaletten helt självständigt? Kan du torka dig? Kan du dra upp byxorna? Alltså allt som hör kring toalettbesöket. Det är dusch och bad! Vad klarar du av? Kan du tvätta ansiktet, händer själv? Klarar du av dusch, hårtvätt? Vi går ganska, kan jag ju säga ingående/... /hur många gånger går du på toaletten?

Vid diskussionen framkom att de flesta handläggarna tycker att det många gånger känns pinsamt att ställa så ingående och intima frågor till den sökande. Men handläggarna menade samtidigt att frågorna är nödvändiga för att det ska vara möjligt att avgöra om de grundläggande behoven är av sådan omfattning att den sökande kan vara berättigad till den sökta insatsen.

När handläggarna diskuterade hur kommunikation, som också tillhör de grundläggande behoven, ska bedömas menade flera av handläggarna att det inte finns något enkelt sätt att bedöma detta hjälpbehov. Diskussionen handlade om svårigheten av att bedöma behov av hjälp med kommunikation men hur handläggarna gör när de bedömer detta hjälpbehov framkom inte spontant under diskussionen. Jag frågade handläggarna hur man egentligen gör när man bedömer om den sökande har behov av hjälp med kommunikation och hur man utreder omfattningen av detta hjälpbehov. En handläggare gav ett illustrerande exempel av hur man försöker utgå från konkreta situationer vid bedömning av behov av hjälp med kommunikation:

Efter en stroke till exempel, så har ju många afasi. Man kanske har svårt att förstå eller svårt att uttrycka sig och då är det ju oftast i kontakter med myndigheter, färdtjänst och sådana där saker. Och då är det ju som konkret/.../man försöker få en uppfattning om hur mycket det rör sig om under en vecka till exempel.

En annan handläggare menade att det är lättare att bedöma behov av hjälp med kommunikation om den sökande överhuvudtaget inte kan säga ett ord. Något som en handläggare uppgav att man diskuterat mycket bland kollegor på hennes arbetsplats är hur man bedömer behov av hjälp med kommunikation i vardagen:

... kommunikation som jag behöver i vardan, att jag kan inte gå och ta mig ett glas vatten själv och jag kan inte förmedla att jag vill det, då behöver jag hjälp med kommunikation?

Handläggarens resonemang lät rimligt men invecklades av hennes vidare funderingar som rörde sig om hur man ska resonera om det är en anhörig som är anställd som personlig assistent hos den enskilde:

Ja men säg att det är en anhörig som jobbar som en personlig assistent. Ska man då ha särskild hjälp för kommunikation? Då blir det nästan att man ska ha nån som är... anställd för att hjälpa mig att kommunicera... med det som jag ändå får?/.../Alltså, jag vet inte om jag tjevar på, hjälp med kommunikation det är mer när det är utåt, när det är mot myndigheter, när jag inte kan uttrycka min vilja mot myndigheter och, och ... ja, men på affären, att jag inte kan säga vad det är för nånting som jag ska vill köpa och att jag behöver en tolk i det. Men i hemmet så blir det väldigt ... svårt att anställa nån för kommunikation.

Ytterligare ett grundläggande hjälpbehov som diskuterades i båda grupperna var behov av hjälp som kräver ingående kunskaper om den funktionshindrade. När handläggarna diskuterade hur man bedömer detta behov resonerade de omkring detta med utgångspunkt från den första vinjetten. Flera handläggare menade att Eva (den första vinjetten) har behov av hjälp i form av ”påputtning”, det vill säga att behovet är av tillsyns- och aktiveringskaraktär.

Hur tillsyn egentligen ska bedömas är inte klarlagt menade en handläggare:

Jag tror att den har stötts och blötts den här aktiva tillsynen. Vi har aldrig egentligen riktigt... jag känner inte att jag riktigt fått kläm på att "nån kommer och säger att så här ska det vara", japp, då blir det sån tillsyn, det kan jag inte säga utan det är så specifikt utifrån hur personen är själv. Man måste fråga så mycket, mycket mer för att kunna ta ställning till om det är en aktiv tillsyn eller om det är precis som du säger att nu sitter du, står du här och duschar tills du är färdig i princip. Så det är mycket utredningar för det.

Här skulle man eventuellt kunna luta sig mot "det femte benet" menade en handläggare och syftade på att skulle kunna röra sig om behov av hjälp som kräver ingående kunskaper om den funktionshindrade. Hon resonerade så här:

...då får man utreda.. alltså den här tillsynen, på vilket sätt, alltså vad behöver hon för påputtning? Är det sådan påputtning så att man kan räkna in det i de grundläggande, eller är de inte det?

Behov av hjälp med "påputtning" ska följaktligen vara av speciell karaktär för att räknas som ett behov som kräver ingående kunskaper som den sökande. Om den enskilde är mycket passiv och inte tar sig för något på egen hand, är detta med största sannolikhet ett sådant hjälpbehov. Denna tolkning stöds av en handläggares uttalande:

... den här tillsyn och aktivi.. alltså att aktivera nån, det ska vara av speciell karaktär eller till att det ska vara fara för hennes liv om hon inte fick de här aktiveringsinsatserna, alltså det ska vara väldigt kvalificerad påputtning eller vad man då ska kalla det som gör att hon utför dem.

På liknande sätt resonerade även andra handläggare. En handläggare resonerade så här:

Hon behöver motivering och tillsyn... ja, men i vilken grad? Är det så att hon skulle svälta ihjäl, skulle hon sitta på sin stol och inte röra sig ut fläcken? Det ska vara så pass kraftigt innan det kan börja bli...för då kan det ju bli fara för hennes liv/.../om hon bara sitter rätt upp och ner, tar sig inte för nå...gå och äta eller nånting.

Ett kriterium för behov av hjälp som kräver ingående kunskaper om den sökande kan således vara om det är fara för den sökandes liv om hon eller han inte får insatser.

### **Andra personliga behov**

Efter diskussionen om utredning av grundläggande behov, övergick diskussionen till att handla om hur utredning av övriga behov går till, det vill säga det som i lagen benämns som andra personliga behov. När de övriga behoven utreds sker en mer generell prövning vilket innebär att den enskildes sociala sammanhang inkluderas i utredningen. Den sociala situationen, ålder och fritidsintressen är exempel på några faktorer som påverkar vilka andra personliga behov den sökande har.

En handläggare exemplifierade vad som kan inrymmas i andra personliga behov:

Andra behov, det kan vara livsstil, man kanske har några aktiviteter och man behöver personlig assistans där, förflyttningar .. för att kunna gå på bio, allt det här kommer in också!

Om den sökande är gift eller sambo och söker personlig assistans vägs även detta in i bedömningen av andra personliga behov, som till exempel hjälp med hushållssysslor:

Är det så att man bor tillsammans med make/maka, då tittar man ju också på det här gemensamma hushållsansvar man har för hushållssysslor!

Exempel på andra personliga hjälpbehov som handläggarna nämnde är medicinering och träning/ behandling om det inte räknas som sjukvårdande behandling. Vid diskussionen mellan handläggarna framkom att sjukvårdande behandling inte ingår i personlig assistans utan är landstingets ansvar. Landstinget får stå för dessa insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

### **Bedömning av tidsåtgång**

Det är inte ovanligt att den sökande och handläggaren är oeniga beträffande beräkning av tidsåtgång för grundläggande behov och andra personliga behov:

... ledsagning tillexempel /.../det blir liksom väldigt, väldigt ofta att de ska ju ha promenader två timmar per dag, då får man gå in och säga att: är det rimligt att man har? Man får göra nån sorts skälighetsbedömning.

I båda grupperna uppstod en diskussion om vilka regler som finns att luta sig emot vid beräkning av tidsåtgång. Av diskussionen framkom att handläggarna söker stöd för bedömningen av tidsåtgång på flera olika håll. LASS-handläggarna framhöll att man söker stöd både inom och utanför försäkringskassan:

Vi har ju.. riks försäkringsverkets vägledning. Sen kan vi titta på domar, rättspraxis. Man får söka information när det blir tveksamheter, rådfråga andra...

En annan handläggare förtydligar:

Och är man osäker så händer det ju ofta att man går till föredragande<sup>6</sup>. Hon läser igenom ärendet och säger: men jo det här verkar rimligt, det här kan jag ta till nämnden eller är det så att man är på helt fel spår och har gjort en hel utredning och föredragande tycker att nej men det här ... det är ju ... det här kanske är ett avslag och jag har gått helt på att jag ska bevilja.. alltså det är ju, det är bra ibland att diskutera med föredragande. Och så har vi ju verksamhetsutvecklaren våran! Hon är ju som specialisten, hon är ju ofta i kontakt med riks försäkringsverket.

---

<sup>6</sup> Den som föredrar ärendet i socialförsäkringsnämnden

En tredje handläggare tillägger:

Sen kan man ju också ringa till kommunen och fråga vad de har för riktlinjer, de har ju också riktlinjer för hur mycket de brukar bevilja. Man jämför lite med hemtjänsten i ja... det här med hur mycket hushållsarbete, det här när man gör rimlighetsbedömningar, hur mycket hushållsarbete är normalt och .. där finns ju även konsumentverket. Man försöker att söka stöd överallt där man kommer på.

LASS-handläggarna rådgör således med kommunens LSS-handläggare när de söker stöd för bedömning av tidsåtgång. LSS-handläggarna framhöll i sin tur under diskussionen att de ofta rådgör med andra LSS-handläggare, biståndshandläggare<sup>7</sup> och med sin närmaste chef.

### **Stöd till den sökande**

De avslutande delarna av diskussionerna rörde sig om vilket utfall och vilka eventuella insatser som respektive vinjett skulle ha resulterat i vid verkliga fall. I det första fallet gav LASS-handläggarna svävande svar:

... om hon nu uppgår till de grundläggande 20 timmarna då kan det ju vara personlig assistans. Kanske... det beror ju på. Det kan ju vara hemtjänstinsatser som utgår, det kan ju vara SoL till exempel.

Det blev tydligt att den första vinjetten inte gav ett tillräckligt underlag för att handläggarna skulle kunna avgöra om ansökan om assistansersättning bör bifallas. Så här resonerade en LASS-handläggare:

Som jag ser så här rent konkret när jag har bara det här så är det tveksamt till det, men det är en utredning man måste göra.

LSS-handläggarna övervägde flera olika former av insatser i diskussionen kring den första vinjetten, till exempel andra LSS-insatser, eventuellt i kombination med hemtjänstinsatser om den sökande tillhör personkretsen. En LSS-handläggare menade att behovet i den första vinjetten i huvudsak handlade om behov av tillsyn och aktivering. Hon reflekterade så här om vad utfallet skulle kunna bli:

... ja, det beror på om det är en ... en övervakan, nån typ av övervakning, tillsyn och aktivering, då kanske jag hade funderat antingen LSS eller socialtjänstlagen.

De andra LSS-handläggarna resonerade på liknande sätt. Här framkom synpunkter som till exempel att man inte med säkerhet kan säga att tillsyns- och aktiveringsbehovet är av grundläggande karaktär och att behoven uppgår till 20 timmar/vecka. Under diskussionen med

---

<sup>7</sup> Kollegor som handlägger ärenden enligt Socialtjänstlagen

LSS-handläggarna handlade resonemanget om att det kunde vara bra att, till en början, enbart inrikta sig på att börja med SoL-insatser:

Det mycket möjligt att hon skulle få börja med en insats enligt socialtjänstlagen. Och hjälp i hemmet. Och det finns ju mycket i SoL, jag menar det finns ju också ledsagning, komma ut. Ja, så där skulle jag nog tänka först.

I diskussionen kring den andra vinjetten var både LASS-handläggarna och LSS-handläggarna mer säkra på vad utfallet skulle ha blivit och vilka eventuella insatser som denna vinjett skulle ha resulterat i verkligheten. Samtliga handläggare föreslog utan tvekan insatsen personlig assistans då de diskuterade tänkbara insatser till den andra vinjetten. Handläggarna var mycket angelägna och ivriga att snabbt ge det stöd som krävdes i detta fall. Reaktionen kring den andra vinjetten omfattade allt från ett litet frågetecken kring behovet av insatser nattetid till mycket stora insatser. En handläggare bedömde omfattningen av behovet så här:

Jag gör bedömningen att det kan bli ett ganska så stort LASS-ärende i och med att han, han har, han vänder på dygnsrytmen, så kan det även bli nattvakt.

Andra handläggare menade att omfattningen av insatserna kunde bli mycket stor, eventuellt kunde utfallet bli heldygnsinsatser.

## Hur beslutsfattandet går till

Hur handläggarna går tillväga när de fattar beslutet om den enskildes ansökan ska bifallas eller avslås framkom inte spontant under diskussionen. För att få veta hur beslutsprocessen går till frågade jag LASS-handläggarna om detta:

Ni har intygen och ni har gjort hembesöket och fått allt det ni ska ha och så sätter ni er vid skrivbordet och ska resonera ihop det till ett beslut. Hur gör ni?

En LASS-handläggare gav ett konkret exempel på hur man går till väga för att komma fram till ett beslut:

Vi har ett pm som vi skriver, där man gör utredningen, det är ju nästan som en liten checklista. Det är ju rubriker som vi som fyller i vilket gör att det blir som en, kedja eller process eller vad man ska säga. Man tittar på dom insatser som finns idag och ... vem som tillgodoser behovet och man går på, tittar på vad kommunen har för andra insatser, färdtjänst och såna saker. Så det blir ju nästan som att man har en liten checklista, man kommer ju som vidare hela tiden. Vi sammanställer alltihopa i pm:et.

Vad handläggarna lägger in för information i pm:et under respektive rubrik exemplifierades under diskussionen av en annan LASS-handläggare:

... till exempel under rubriken personlig hygien, då skriver vi där: går på toaletten 20 gånger á 5 minuter, och... vad jag har kommit fram till för tid, total tid.

Allt av vikt som handläggaren tagit del av vid hembesöket dokumenteras i pm:et enligt handläggaren. Hon menade vidare att stora delar av utredningen bygger på vad som kommit fram vid hembesöket:

Det är det här med läkarintyg och hembesök. Alltså det går i princip aldrig att utesluta ett hembesök. Det är alltid vid hembesöket som man diskuterar tider och både, ja men: hur många gånger går du på toaletten? Och hur lång tid tar det? Alltså det blir ju väldigt mycket som... man stöttar utredningen på hembesöket.

Vid diskussionen framkom att läkarutlåtandet används som stöd för att se om de behov man uppgett överensstämmer med det läkaren uppgett. Jag tolkade detta som att handläggarna stödjer sig mot läkarintyget när de ska fatta sitt beslut. Denna tolkning stöds av LASS-handläggarna diskussion där det framkom att läkarintyget ofta styrker de behov den sökande redan uppgett, men som inte har preciserats nog mycket av den sökande. Andra gånger saknas det stöd i läkarintyget för att behovet verkligen är så stort som den sökande uppgett. Att handläggarna stödjer sig på det medicinska underlaget belyses i följande citat:

Vi sväljer inte allting kan man ju säga. Om en till exempel säger så här: jag tränar fyra timmar om dan. Nu är det andra behov, vi har redan kommit upp till grundläggande, andra behov, träning. Jo, jag tränar fyra timmar om dagen hemma, ja men då säger man: men det kan ju inte stämma, när hinner du göra det då, jag menar då du har så mycket tid? Då måste man ju som bena ut det där att men hur hinner du göra det då? Jag menar efter att du kommer, vi säger om dom har nån aktivitet, utvistelse eller vad som helst. Då förstår dom själva att: nä men jag kan inte säga fyra timmar om det inte är fyra, för det finns ju inte utrymme i tid, för det.

Även LSS-handläggarna tillfrågades hur de går tillväga för att komma fram till om ansökan ska bifallas eller avslås. En LSS-handläggare exemplifierade hur man arbetar med den skriftliga utredningen:

Man försöker man ju skriva, alltså rent krasst så försöker man ju sätta ihop en utredning där jag berättar ingången i utredningen, varför jag har gjort den, vad jag har gjort? Vilka är intygen, vem jag har pratat med och vilka .. vad de har sagt och sen så skriver jag bakgrund, social situation, aktuellt, det är lite olika, men såna där rubriker. Och så hjälpbehovet! Jag försöker beskriva det i, i på nåt sätt löpande text förstå hur, hur vilket hjälpbehov man har. Och så sen delar jag in den på, i grundläggande behov och övriga behov. Alltså att jag försöker få ner det här på papper.

Vilket beslut man ska fatta är enligt handläggarna inte bestämt när arbetet med den skriftliga utredningen påbörjas. Bilden av den sökandes behov och hur handläggaren ska resonera kring



behoven, framträder under arbetet med den skriftliga utredningen. Ibland söker handläggarna ytterligare stöd för hur hon ska resonera kring den sökandes behov. Det framgår av följande citat av en LSS-handläggare:

Och då när man då börjar skriva så då kan det ju visa sig att det finns saker och ting som jag liksom inte riktigt är överens med där jag måste gå vidare eller leta domar! Att sätta sig och fundera liksom att, leta liksom eller ringa till någon annan LSS-handläggare och fråga hur ska jag tänka här?

Att den sökandes behov ofta bedöms i samtal med andra handläggare och i förhållande till andra fall exemplifieras av ytterligare en LSS-handläggare:

... ibland måste man ta fram en dom... för.. hur är det jag verkligen tänker och ... ibland prata med de andra handläggarna och, jag konferera med dem och. Ja, och efter det så blir det ju då ett beslut.

Beslutet bygger på den information som handläggaren samlat in under utredningen. Hur utfallet blir avgörs när de behov utredningen visat på jämförts med läkarutlåtandet.

### **Handläggarens beslut legitimeras genom läkarintyg?**

Analysen tyder på att de kriterier som ligger till grund för beslutet har mindre att göra med handläggarens egen bedömning av den sökandes situation och mer med den medicinska bedömningen. Handläggarnas beslutsfattande tycks i stor utsträckning påverkas av den information de tar del av via läkarutlåtanden. Denna tolkning stöds av handläggarnas resonemang vid diskussionen. Handläggarna uppgav under diskussionen att det ofta finns brister i utlåtandena, vilket försvårar och förlänger bedömningsprocessen. Informationen i den första vinjetten upplevdes av handläggarna som bristfällig:

... många gånger så kan det visa sig att det inte, att det intryck man får av ett intyg kan... ja, det kan finnas mycket mer där bakom, att det kan verka som att... ja, men hon verkar klara ganska mycket, hon behöver lite påputtning och lite stöd i vardan, men när man kommer dit och träffar hon så kanske det ser annorlunda ut. Det är ju också olika, läkare skriver på olika sätt. En del är jätte utförliga, andra är ... lite mer svepande och ... det kan vara lika stora svårigheter men det framkommer inte i intygen.

Handläggarna menade att brister i läkarutlåtandet exempelvis kan innebära att man måste ta kontakt med läkaren för att komplettera informationen, vilket i många fall innebär en avsevärd fördröjning av ärendet. Om läkaren lämnat ett, som handläggaren bedömer det, fylligt och korrekt intyg avseende den sökandes situation underlättas handläggarens beslut. Så här resonerade en LASS-handläggare beträffande utlåtandet om den andra vinjetten:

I det framgår att hans hjärnskada är... intellektuellt så att man räknar att han har ett begåvningsmässigt handikapp och då är det ju personkrets 2. Sen när

det gäller de grundläggande så klarar han vissa moment, men vissa behöver han ha hjälp med både när det gäller hygien och måltider och av och påklädning. Och då behöver han ju nån som finns där, även om han, nån säger till så kan han göra litegrann, men som vid dusch tillexempel så står det att han inte kan genomföra det helt och hållet utan att nån hjälper honom med vissa kroppsdelar tillexempel. Så det räcker inte bara med att man finns för att tala om att han ska göra det. Sen kunde han inte kommunicera med andra eller göra sig förstådd och även det här att han inte kunde namnge personal som vistas regelbundet, det är också typiskt och alltså tyder på att han behöver nån som kan väldigt mycket om honom bredvid sig, inte bara att de finns där utan att de har kunskap om honom. Det jag känner när jag läser det, det är ju att det här verkar vara ett LASS-ärende, att det blir över 20 timmar i grundläggande.

I den andra vinjetten har läkaren lämnat ett fylligt utlåtande där den sökandes behov och svårigheter tydligt framgår. Redan innan handläggaren gjort en bedömning föregås handläggarens ställningstagande avseende den sökandes behov:

Jag önskar att alla läkarintyg såg ut så här. Det är ju klart och tydligt att det är hjärnskada med intellektuell och kognitiv funktionsnedsättning och det till och med bedöms som personkrets 2, så att det är ju väldigt tydligt. Och Sven han klarar ju inte av sina grundläggande behov, så att det är ju personlig assistans, det är ju LASS det är fråga om så att om jag då hade in ansökan här från Sven Persson på personlig assistans, så skulle jag ju kontakta försäkringskassan och precis som du säger göra ett gemensamt hembesök för bedömning. För det är ju tydligt över 20 timmar i veckan, det är som jag bedömer inga oklarheter alls.

Det som främst tycks påverka handläggarnas beslutsfattande mot ett positivt ställningstagande är ett läkarutlåtande som beskriver den sökandes svårigheter och behov med begrepp hämtade ur lagstiftningen.

### **Bedömningsprocessen tycks präglas av osäkerhet**

Handläggarnas resonemang kring den sökandes behov, bedömningsprocessen och beslutsfattandet tycks präglas av osäkerhet. Det förefaller vara så att handläggarna gärna vill stödja sin egen bedömning på läkarutlåtandet som till följd av detta i hög grad blir vägledande för bedömningen. Med detta tillvägagångssätt hamnar handläggarens fokus på innehållet i läkarutlåtanden och andra medicinska bedömningar istället för på den sökande och de behov som den sökande menar att hon eller han har. Handläggarnas handlande visar tecken på osäkerhet i mötet med den sökande, läkarens beskrivning av den sökandes situation tycks vara den mest framträdande informationen vid handläggarens bedömning av den sökandes situation. Handläggaren verkar inrikta sin uppmärksamhet mot information från andra aktörer istället för att rikta sin uppmärksamhet mot den sökande för att bilda sig en egen uppfattning om den

sökande och dennes behov. Den roll handläggaren tycks inta gentemot den sökande kan innebära att hinder skapas för en konstruktiv utredningsprocess och att handläggaren medvetet eller omedvetet inte ihärdigt utreder den sökandes behov. Detta förfaringsätt är karakteristiskt för den begränsat rationella beslutsmodellen som tar hänsyn till människans och omständigheters begränsningar och definierar rationellt agerande utifrån dessa. Vid situationer när vi inte har total kunskap om alla handlingsalternativ som föreligger fokuserar vi på att söka efter nya handlingsalternativ. För att denna sökprocedur inte ska bli oändlig måste vi sätta upp kriterier för när vi ska avsluta sökproceduren. När vi finner ett alternativ som motsvarar de uppsatta kraven definierar vi det som adekvat eller tillräckligt bra och väljer detta alternativ. Den första vinjetten kan tjäna som illustration för detta. När handläggaren tagit del av relevant information i ärendet ska handläggaren sammanställa informationen till en skriftlig utredning. Första åtgärden är att konstatera om personkretstillhörighet kan fastställas och om beskrivningen av den sökandes sammanhang, problem, behov och resurser är tillräckliga. Detta sker genom att handläggaren på den aktuella myndigheten tar ställning till det medicinska underlaget i ärendet det vill säga de utlåtanden som han eller hon tagit del av från exempelvis läkare eller arbetsterapeut. Även vid ett senare skede i utredningen, när handläggaren samlat in information om den sökandes behov, jämför handläggaren informationen med läkarutlåtandet eller annat underlag som styrker behovet som i sin tur matchas mot lagstiftningen. På detta sätt bildar utredningen en röd tråd från muntlig information via läkarutlåtande till lagstiftning. Om alla dessa delar hänger samman är personens behov styrkta och lagstiftningen är tillämplig i fallet. Om någon av delarna inte hänger samman uppfattar handläggaren det som att behovet inte är styrkt genom läkarutlåtandet, och då kan handläggaren begära ett tydligare läkarutlåtande som styrker behovet. Om handläggaren får ett nytt läkarutlåtande som fortfarande inte hänger samman med behoven anser handläggaren att behov av insatsen ej kan fastställas och avslår framställan. Trots att det eventuellt kan finnas andra sätt att styrka den sökandes behov så slutar man att leta efter fler handlingsalternativ när ett alternativ som uppfyller de givna ambitionsnivåerna hittats. Man har lagt en ribba för hur långtgående handläggarens kartläggning av den sökandes behov ska vara. Med för lågt satta krav löper man stor risk att stanna alldeles för tidigt trots att det kan finnas bättre alternativ till förfogande. Med för högt satta krav är risken att man inte hittar något alternativ som tillfredsställer kraven.

Betydelsen av läkarutlåtanden som underlag för bedömningen av den enskildes behov tycks vila på en övertro av läkare och leder till en ansvarsförskjutning. Det betyder att den sökande leds genom en process som för honom eller henne upplevs som främmande. I en sådan process förvandlas den sökande till ett objekt. Detta tillvägagångssätt vid bedömning av den sökandes

behov är inte rimligt ur den sökandes perspektiv. Istället för att på detta sätt att avgöra ett ärendes utgång vore det eftersträvansvärt att handläggarna baserade beslutet på sin egen bedömning av den sökandes behov utifrån det sociala sammanhang som den sökande befinner sig i. Handläggarna tycks i vissa fall lägga ner mycket tid på att få adekvata läkarutlåtanden trots att handläggarna sannolikt har bättre kunskap om behovsbedömning och om handläggaren drar nytta av dessa kunskaper, också om den sökandes behov. Om handläggaren riktade sin uppmärksamhet mer mot den sökande och dennes behov, bör handläggarens egen utredning kunna ge tillfredsställande information om den sökandes behov i relation till funktionsnedsättningen och det sammanhang den enskilde ska fungera i. Behovsbedömning i det sammanhang den enskilde finns belyser förhållanden av annan karaktär än det läkarutlåtandet gör.

## 6. Avslutande diskussion

Vinjettmetoden och fokusgruppsdiskussionerna visade sig vara ett effektivt redskap vid datainsamlingen. Fokusgruppsmetoden är strukturerad, samtidigt som metoden underlättar att alla i gruppen att komma till tals. Att resonera i grupp kring vinjetter innebar en möjlighet att få intervjupersonerna att diskutera och främjar enligt mig, möjligheten att ta del av information om hur handläggare på kommuner respektive försäkringskassan resonerar i samband med att de bedömer behov hos personer med kognitiva hjärnskador. Att fokusgrupperna utformades homogena berodde på antagandet att resonemanget skulle kunna komma att skilja sig åt mellan grupperna, men i diskussionerna visade sig ingen distinkt olikhet i handläggarnas resonemang. Diskussionerna i fokusgrupperna har visat på den komplexitet som ligger i handläggarnas uppgift vid utredning och bedömning av behov. Användandet av vinjett- och fokusgrupps metoden gav möjlighet att få perspektiv på och möjlighet att lära av och reflektera kring handläggarnas resonemang och därmed även att utveckla kunskap om hur handläggare resonerar vid behovsbedömning. Trots att vinjettmetoden och fokusgruppsdiskussionerna visade sig vara effektiva datainsamlingsinstrument är det dock svårt att veta om handläggarnas resonemang hade sett ut på samma sätt i en verklig behovsbedömningssituation. Vinjetterna i denna studie och verkliga läkarutlåtanden har en distinkt överensstämmelse – båda är medicinska bedömningar. Men vinjetterna i denna studie och verkliga läkarutlåtanden är också olika – läkarutlåtanden grundar sig på verkliga fall medan vinjetterna består av ”pappersfall”. En möjlighet hade varit att istället observera handläggare vid verkliga behovsbedömningssituationer. Svårigheten då hade istället varit att veta hur respektive

handläggare resonerar eftersom det inte går att observera tankar. Syftet med uppsatsen var dock inte primärt att studera en verklig behovsbedömningsituation utan snarare att få handläggarna att dela med sig av information om hur de resonerar omkring den sökandes behov av insatser i samband med att de bedömer behov hos personer med kognitiva hjärnskador. Hjärnskador är ofta komplexa och därför särskilt utmanande att utreda. De båda vinjetterna utformades därför i form av individer med kognitiva hjärnskador för att fånga den komplexitet som ligger i handläggarnas uppgift.

För att förstå villkoren kring handläggarnas bedömning av den sökandes behov, bedömningsprocessen och beslutsfattandet analyserades handläggarnas resonemang ur två teoretiska perspektiv på beslutsfattande, den rationella beslutsmodellen (Brunnson, 1998), och den begränsade rationella beslutsmodellen (Simon, 1996), för att knyta samman en förståelse av denna komplexa uppgift. Analysen tyder på att det finns en osäkerhet i handläggarens relation till den sökande och till vilka faktorer som ska tillmätas betydelse i utredningsprocessen. I utrednings- och behovsbedömningsprocessen finns flera moment som kräver att handläggaren gör överväganden och ställningstaganden i ärendet. Diskussionerna i de båda fokusgrupperna pekar på att det kan finnas brister i dialogen mellan läkare och handläggare som i vissa fall fördröjer utredningen och försvarar bedömningen av den sökandes behov. Brister i dialogen mellan handläggare och läkare kan bero på bristande kunskaper om vilka uppgifter som är nödvändiga för en bedömning av den sökandes behov. Oklar information från handläggare om vilka uppgifter man vill ha kan vara en brist i dialogen mellan läkare och handläggare. Det stora problemet är emellertid handläggarnas osäkerhet vid bedömningsprocessen och vid beslutsfattandet, handläggarna vill gärna stödja sin bedömning mot läkarens bedömning. Ansvar för beslutet övergår då i själva verket från handläggaren till läkaren. Handläggarens behov av få sitt beslut legitimerat genom läkarens utlåtande kan bero på att lagstiftningens utformning på detta sätt påverkar handläggarens möjligheter att skapa en fruktbar dialog med den sökande. Handläggarnas resonemang tyder på att handläggarna ser handikappet ur ett individ- eller medicinskt perspektiv (Barnes m.fl., 1999) när de bedömer den enskildes behov. Handikappet ses då ofta som liktydigt med den skada eller sjukdom som ligger bakom funktionsnedsättningen ifråga. För att minska eller undanröja individens begränsningar och funktionshindret måste sjukdomen eller skadan definieras först. Avvikelsen från det normala måste konstateras och sedan åtgärdas. Detta sätt att organisera behovsbedömningssystemet skapar stigma (Goffman, 2001).

Analysen tyder på att läkarutlåtandets utformning är av avgörande betydelse för hur behoven kommer att tolkas när handläggaren ser handikappet ur ett individ- eller medicinskt perspektiv

när hon bedömer den enskildes behov. Brister i läkarutlåtanden medför på grund av perspektiv valet stora variationer i utgången av ett ärende. Handläggarens beslut om behov av insatser styrs av hur väl individens behov är, i läkarutlåtandet, kopplat till den i lagstiftningen förekommande terminologin. Lagstiftningen och utformning av läkarutlåtanden medför att den enskildes möjligheter att erhålla insatser och den enskildes rättssäkerhet är avhängigt av läkarutlåtandets fyllighet och tydlighet. För att garantera den enskildes rättssäkerhet är det önskvärt att handläggarnas kompetens i kartläggning och bedömning av de sökandes behov utvecklas. Uppgifter om den sökande och hans eller hennes behov och önskemål är självklara komponenter i bedömningsunderlaget, att stödja sig på information från den sökande själv kan förbättra bedömningen avsevärt.

Den springande punkten tycks vara en att det finns en motsättning mellan ideologi och praxis. De handikappolitiska intentionerna harmonierar inte med handläggarnas tolkning och tillämpning av lagstiftningen. Det finns en dubbelhet i lagstiftningen som skapar denna brist i överensstämmelse mellan de handikappolitiska intentionerna och handläggarnas tolkning och tillämpning av lagstiftningen. Å ena sidan så utlovar lagstiftningen att personer med funktionsnedsättningar ska ha möjlighet att leva som andra. Å andra sidan så inskränker lagstiftningen just möjligheten att leva som andra eftersom antalet personer som omfattas av LSS begränsas genom krav på personkretstillhörighet. Eftersom alla personer med funktionsnedsättningar inte omfattas av den så kallade personkretsen, hamnar dessa personer utanför LSS. Ytterligare en annan orsak till att det finns en motsättning mellan ideologi och praxis är att beslut om insatser enligt LSS kräver någon form av medicinsk bedömning, vanligtvis krävs ett läkarutlåtande som betonar den sökandes bristande funktioner och hjälpbehov. Detta förfaringssätt medför att den sökande kan ha svårt att få gensvar på behov som han eller hon själv uppgett eftersom expertinflytandet är mycket långtgående i detta sätt att arbeta med lagstiftningen. Detta leder ibland till en snäv expertsyn på individens behov som bland annat innebär att professionella definierar och kategoriserar den sökandes behov och avgör hur de ska tillgodoses i syfte att minska handikappet. Läkarutlåtanden och medicinska bedömningar styr vilka socialpolitiska insatser som ska ges till den sökande istället för att behovet bedöms i ljuset av funktionsnedsättningen och det sammanhang personen finnas i (Barnes m.fl., 1999).

## 7. Referenser

- Alexander, C. S. & Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public opinion quarterly*, nr. 42, 93-104.
- Amundberg, C. (1995). *Handbok med ett äldert perspektiv. Myndighetsutövning inom äldreomsorgen*. Stockholm: Kommentus Förlag.
- Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: a sociological introduction*. Oxford: Polity Press.
- Barter, C. & Renold, E. (1999). The use of Vignettes in Qualitative Research. *Social research UPDATE* Nr 25, University of Surrey, Department of Sociology.
- Bender, B. (1991). *Pensionärslotteriet- behovsbedömning inom hemservice*. FOU-rapport nr. 1991:2. Stockholms socialtjänst.
- Bengtsson, H. & Gynnerstedt, K. (2002). Personlig assistans i politik och förvaltning. Ett forskningsprojekt om implementeringen av LASS-reformen i *Socialvetenskaplig tidskrift*, Årgång 9, Nr 1, s. 3-14.
- Bergvall, B. (1992). *Hjärnskadad i vuxen ålder: funktionsnedsättningar hos personer med plötsligt förvärvad, svår traumatisk hjärnskada*. Stockholm: Ala.
- Brooks, N. (1984). Head injury and the family. *Closed Head Injury* (edited by D. N. Brooks), s. 123-145. Oxford: Oxford University Press.
- Brooks, N., Campsie, L., Symington, B. & McKinlay, W. (1986). The five year outcome of severe blunt head injury – a relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 49. 764-770.
- Brunnberg, E. (1993). *Omhändertagen i onödan eller lämnad i sticket. Om skillnader mellan Örebro, Linköping, Norrköping och Västerås när det gäller socialtjänstens insatser för barn och unga*. Högskolan i Örebro, Forskargruppen i socialt arbete, Rapport 1993:20.
- Brunnberg, E., Soydan, H. & Stål, R. (1994). *Socialtjänst i Sverige och England - några jämförelser*. Högskolan i Örebro: Forskargruppen i socialt arbete, Rapport 1994:26.
- Brunnberg, E. (2001a). *Social workers' Attitudes to Child Abuse A vignette study in Sweden and England* presenterat vid Fjerde Nordiske Symposium Socialt Arbeid-Forskning og utvikling 22-24.11.2001 Oslo samt [www. oks.hio.no](http://www.oks.hio.no).
- Brunnberg, E. (2001b). Vinjettstudie av socialt arbete med barn i Sverige och England i *Socionomen Nr 3, Forskningssupplement Nr 13*, s. 1-16.
- Brunnberg, E. (2002). Are boys and girls treated in the same way by the social services? i Gruber, Christine & Fröschl, Elfriede (red) *Gender in Social Work Promoting equality* London: Russell House Publishing.
- Brunnson, N. (1998) *Organisationsteori på svenska*. Malmö: Liber AB.
- Calais von Stokkom, S. & Kebblon, L. (2000). Handikappbegreppet. I: Tideman, M. (red.). (2000). *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Lund: Student litteratur.
- Conover, P., Crewe, I. & Searing, D. (1990). Conception of Citizenship among British and American publics, an exploratory analysis. *Essex papers in politics and government, Dept of government, University of Essex*.
- Dale, J. & Middleton, H. (1990). Factors influencing general practitioners management of psychosocial and physical problems: a study using case vignettes. *British journal of General Practice*, Nr 40, 284-288.

- Denk, T. (2002). *Komparativ metod – förståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Forslund, M., Jegeby, U., Soydan, H. & Williams, C. (2002). Responding to Ethnicity: a Cross-national Evaluation of Social Work Responses in Child Protection Cases. *Social Work in Europe*, vol 9, no. 3, 39-51.
- Finch, J. (1987). Research note. The vignette technique in survey research. *Sociology*, 21:1, 105-114.
- Florian, V., Katz, S. & Lahav, V. (1989). Impact of traumatic brain damage on family dynamics and functioning: A review. *Brain Injury*, no. 3, 219-233.
- Goffman, E. (2001). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. 2:a omarb. Uppl. Stockholm: Prisma.
- Groskind, F. (1991). Public Reactions to Poor Families: Characteristics that Influence Attitudes toward Assistance. *Social Work*, Vol. 36, Nr 5, 446-453.
- Hantrais, L. & Mangen, S. (1996). *Cross national research methods in the social sciences*. London: Printer.
- Hofien, D., Ori, A. & Rozin, R. (1985). Neuropsychological and community rehabilitation of chronic brain damaged persons. *Harefuah*. 130, (1985), s. 193-198 (Hebrew).
- Hughes, R. (1998). Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. *Sociology of Health & illness*, Vol. 20, Nr 3.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. 2 rev. Uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Jennett, B. & Bond, M. (1975). Assessment after severe brain damage. *Lancet*. March 1, s. 480-484.
- Krogstad, J. M. (2001). *Vad är förvärvad hjärnskada?* Möndahl: GlaxoSmithKline.
- Kullberg, C. (2004). Work and Social Support: A Comparative Study of Social Workers Assessment of Male and Female Clients Problems and Needs. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 19 (2): 199-210.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagergren, M. (1996). *Äldres hjälpbehov och social hemhjälp. En jämförelse över tiden*. Äldreutvärdering 1996:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lagergren, M & Johansson, P. Å. (1996a). *Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm? En undersökning av biståndshandläggningen inom äldreomsorgen för sex socialdistrikt*. Slutrapport. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 1996:3.
- Lagergren, M & Johansson, P. Å. (1996b). *Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm? En undersökning av biståndshandläggningen inom äldreomsorgen för ytterligare fyra socialdistrikt*. Slutrapport. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 1996:8.
- Lagergren, M. (1997). *Rapport från undersökningen avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Sörled*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 1997:12.
- Lagergren, M. (1998). *Rapport från undersökningen avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Hornstull*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 1998:8.
- Lagergren, M. (2001a). *Rapport från undersökningen avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 2001:4.



- Lagergren, M. (2001b). *Rapport från undersökningen avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Vantör*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 2001:5.
- Lagergren, M. (2002). *Rapport från undersökningen avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Liljeholmen*. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum: 2002:5.
- Larsson, K. (2004). *According to need? Predicting use of formal and informal care in Swedish urban elderly population*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete.
- Lannoo, E., Brusselmans, W., Van Eynde, L., Van Laere, M. & Stevens, J. (2004). Epidemiology of acquired brain injury (ABI) in adults: prevalence of long-term disabilities and the resulting needs for ongoing care in the region of Flanders, Belgium. *Brain Injury*. Volume 18, no. 2 (february 2004), s. 203-211.
- Lezak, M. D. (1976). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (1988). Brain damage is a family affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Volume 10, no. 1 (1988), s. 111-123.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2004). *Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Akademisk avhandling. Umeå: Institutionen för socialt arbete.
- Lindblom, C.E. (1959). The science of muddling through.
- Marsh, N., Kersel, D., Havill, J. & Sleigh, J. (1998). Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*. Volume 12, no. 12 (1998), s. 1045-1059.
- Marsh, J. & Olsen, J. (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Nordström, M. (1998). *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*. Akademisk avhandling nr. 68, Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen.
- Olsson, E. (1995). *Delad gemenskap. Identitet och institutionellt tänkande i ett multietniskt servicehus*. Akademisk avhandling. Linköpings universitet: Tema kommunikation.
- Ponsford, J.L., Sloan, S., & Snow, P. (1995). *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for Everyday Adaptive Living*. London: Lawrence Erlbaum and Associates.
- Regeringens proposition 1985/86:176.
- Regeringens proposition 1992/93: 159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.
- Regeringens proposition 1995/96: 146 *Vissa frågor om personlig assistans*.
- Riksförsäkringsverket (2005). [www.forsakringskassan.se/omfk/analys/barnfamilj/assistans/](http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/barnfamilj/assistans/)
- Ring, G. (1999). Lätta hjärnskador ett förbisett problem. *Svensk rehabilitering*. Volym 4:99, s. 6-9.
- SFS 1944:477 *Lag om undervisning och vård av bildbara sinnesslöa*.
- SFS 1954:483 *Lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna*.
- SFS 1967:940 *Lag om omsorger av vissa psykiskt utvecklingsstörda*.
- SFS 1980:620 *Socialtjänstlagen*.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- SFS 1985:568 *Lag om särskilda omsorger om utvecklingsstörda*.
- SFS 1986:223 *Förvaltningslagen*.

- SFS 1993:387 *Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade.*
- SFS 1993:389 *Lagen om assistansersättning.*
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen.*
- Simon, H. A. (1947). *Administrative behaviour: a study of decision-making processes in administrative organization.* New York: Macmillan.
- Simon, H. A. (1955). A Behavioural Model of Rational Choice. *Quarterly Journal of Economics* 69, s. 99.
- Simon, H. A. (1996). *The sciences of the artificial.* MIT Press: Cambridge.
- Sjöberg, U. (2003). *Handläggning av LSS-frågor.* Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Sjöström, U. & Lindell, B.-M. (1998). *Att leva med utvecklingsstörning, autism och förvärvat hjärnskada. En kartläggning av livsvillkor för vuxna.* Rapport 44 Psykiatri och habilitering, Örebro läns landsting.
- Smith, G. & May, D. (1980). The artificial debate between rationalist and incrementalist models of decision making. *Harvester Wheatsheaf, M. Hill. Hemel Hempstead.*
- Smith, J. & Smith, D. (2000). No map, no guide. Family caregivers' perspectives on their journeys through the system. *Care Management Journals.* Volume 2, no. 1 (Spring 2000), s. 27-33.
- Socialstyrelsen (1993). *Traumatiska hjärnskador. Vård och rehabilitering.* SoS-rapport 1993:9. Stockholm: Fritzes.
- Socialstyrelsen (1997). *Boken om stroke.* SoS-rapport 1997:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002). *Att synliggöra det osynliga. Utvärdering av en ny handlägningsmodell och nya former för anhörigstöd.* Anhörig 300.
- Socialstyrelsen (2004). *Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003. Statistik. Socialtjänst.* Rapport nr. 2004:2.
- SOU 1992:52 *Ett samhälle för alla.* Handikapputredningens slutbetänkande.
- SOU 2001:56 *Funktionshinder och välfärd.*
- Soydan, H. (1995). A cross-cultural comparison of how social workers in Sweden and England assess a migrant family. *Scandinavian Journal of Social Welfare,* Nr 4, 85-93.
- Soydan, H. & Stål, R. (1994). How to use the vignette technique in cross-cultural social work research. *Scandinavian Journal of Social Welfare,* Nr 4, 85-93.
- Starrin, B. & Svensson, P.-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory.* 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage Publications, Inc.
- Thomsen, I. V. (1984). Late outcome of very severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow-up. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 47, s. 260-268.
- Weick, K. (1979). *The social psychology of organizing.* New York: Random House.
- Westlund, P. (2001). *Biståndsboken. Lärobok för äldreomsorgen.* Stockholm: Liber AB.
- West, P. (1982). Reproducing naturally occurring stories: vignettes in survey research. *Medical Sociology,* Unit Aberdeen, 2-3.