



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper

Avdelningen för sociala studier

Fredrik Malmberg & Oscar Melin

Att möta den som ropar högst

En studie om biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer.

To meet the person who shouts the loudest

A study on aid-administrator's treatment of individuals who suffers from dementia.

Examensarbete 15 hp

Socionomprogrammet

Termin: HT 2011

Handledare: Magnus Nilsson

Examinator: Ulla Rantakeisu

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till våra informanter i studien som med kort varsel och ett glatt humör ställde upp på intervjuer och delade med er av er kunskap och era erfarenheter. Utan er hade studien inte vart möjlig att genomföra.

Tack Magnus för din handledning och engagemang i vår studie, du har varit till stor hjälp för oss när vi känt att vi kört fast i vår egen tankeverksamhet. Tack!

Ett stort tack vill vi även rikta till vår arbetsledning och våra kollegor som varit förstående och behjälpliga med att skapa förutsättningar för oss med att kombinera studierna och arbetet. Det har för oss varit en viktig del under hela uppsatsskrivandet!

Som stöttning i vårt uppsatsskrivande och våra "ventiler" för att orka med studien när det varit som allra tyngst har vi alltid haft Zoegas mörkrost, EA-sports, Swedish match och Spotify.

Till sist vill vi rikta det största "tacket" till våra familjer som stöttat oss och varit förstående för vår situation. Det betyder mer än vad ni tror!

För övrigt vill vi framföra att båda författarna har ett gemensamt ansvar för uppsatsens samtliga delar.

“ Ambition is a dream with a V8 engine ”

- Elvis Presley

Karlstad den 7 januari 2012

Fredrik Malmberg och Oscar Melin

Sammanfattning

Den svenska befolkningen bli idag äldre och fler äldre individer kommer i framtiden att vara i behov av stöd från samhället för att klara sin vardag. I takt med att befolkningen blir äldre ökar även demenssjukdomarnas utspridning i landet. I och med det kommer allt fler demenssjuka att vara i behov av stöttning i sin vardag, detta kommer att öka kraven på äldreomsorgen inom primärkommunerna då de måste kunna erbjuda en god omsorg. När fler demenssjuka individer är i behov av stöttning i sin vardag kommer biståndshandläggarnas möten med demenssjuka samt dess anhöriga eller eventuella företrädare bli allt vanligare.

Studien har haft som syfte att studera biståndshandläggarens resonemang om bemötandet av demenssjuka individer i behov av hjälp. Ett handläggarperspektiv kännetecknar således studien. I arbetet med att analysera resultatet i studien användes en teoretisk referensram som innehöll teorierna gräsrotsbyråkrati, kategorisering samt "nets of accountability".

För att undersöka biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer har en kvalitativ studie genomförts där fyra yrkesverksamma biståndshandläggare ifrån kommuner i mellansverige intervjuades.

Studien indikerar att det finns en bild av hur ett gott bemötandet av demenssjuka individer skall utformas och uppnås men att det finns flera faktorer som leder till att biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer påverkas. Faktorer som verkar påverka bemötandet är organisationens förväntningar, nätverket kring den demenssjuke samt förväntningarna på den enskilde. Studien indikerar även på brister i uppfyllandet av vissa kriterier som biståndshandläggare i Sverige skall uppnå. Framst syftar vi då på uppfyllandet av självbestämmandeprincipen.

Nyckelord: Demens, bemötande, biståndshandläggare, gräsrotsbyråkrat, självbestämmandeprincipen.

Abstract

The Swedish population is getting older and more elderly will continue to be in need of support from the community to meet their everyday lives. As the population gets older dementia also increases the spread in the country. Because of this more people with dementia will be in need of help in their everyday lives. This will increase the demands on elderly care in the municipalities where they have to offer good care. As more individuals suffering from dementia will be in need of help in their daily lives aid officers' encounters with people suffering from dementia and their relatives or any representatives become more common.

The study had as objective to study aid officer's reasoning on the treatment of demented individuals in need of help. A aid officer's perspective characterizes thus the study. In the process of analyzing the results of the study used a theoretical framework which included theories street level bureaucracy, categorization and "nets of accountability".

To examine the aid administrator's treatment of individuals with dementia a qualitative study was conducted in which four professional assistance officer from municipalities in central Sweden were interviewed.

The study indicates that there is a picture of how a good treatment of demented individuals should be designed and achieved but that there are several factors leading to the aid administrator's treatment of demented individuals are affected. Factors that appear to affect the hospitality is the organization's expectations, the network around the demented person and the expectations of the individual. The study also indicates shortcomings in the fulfillment of certain criteria that assistance officer in Sweden to achieve. Mainly, we are then on the achievement of self-determination principle.

Keywords: Dementia, treatment, assistance officer, street level bureaucrats, self-determination principle.

Innehåll

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering	1
1.2 Syfte och frågeställningar	2
1.3 Studiens avgränsningar	2
1.4 Förförståelse	3
2. Litteraturgenomgång	4
2.1 Tidigare forskning	4
2.2 Demens	4
2.3 Lagrum	6
2.3.1 Självbestämmande	7
2.3.2 Företrädare vid nedsatt beslutsförmåga	8
2.3.3 God man och förvaltare	8
2.4 Biståndshandläggare	9
2.4.1 Biståndshandläggning	9
2.4.2 Professionellt bemötande	10
3. Teoretisk referensram	12
3.1 Gräsrotsbyråkrati	12
3.2 Kategorisering	13
3.3 Nets of accountability	13
4. Metod	15
4.1 Metodval	15
4.2 Urval	15
4.3 Intervjuguide	16
4.4 Datainsamling	16
4.5 Bearbetning och dataanalys	17
4.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	18
4.7 Etiska överväganden	19
5. Resultat och analys	21
5.1 Demensdiagnos	21
5.2 Gott bemötande	24
5.3 Nätverk	26
5.3.1 Att möta fler än den enskilde	27
6. Diskussion	30
6.1 Förslag till fortsatt forskning	32
Litteraturförteckning	33
Bilaga 1	36
Bilaga 2	37

1. Inledning

Åldersdemografin i Sverige är under ständig förändring och en större del av befolkningen i Sverige blir äldre. I och med det kommer allt fler demenssjuka att vara i behov av stöttning i sin vardag, detta kommer att öka kraven på äldreomsorgen inom primärkommunerna då de måste kunna erbjuda en god omsorg. En problematik med att allt fler individer i Sverige drabbas av demenssjukdom är att biståndshandläggarna kommer att ställas inför fler ärenden där nationella riktlinjer, lagstiftningar och ideal inom gott bemötande riskerar att bli svårare att uppnå. De kommer att bli svårare att uppnå eftersom att demenssjukdomen leder till nedsatt beslutsförmåga och svårigheter med att föra sin egen talan för den som drabbats av demenssjukdom (Svanström, 2009). När den enskilde som biståndshandläggaren möter inte kan föra sin egen talan så riskerar det då att uppstå komplikationer i relation till det goda mötet.

Att äldre i Sverige står inför ett ökat behov av omsorg leder till att biståndshandläggarna i större grad kommer att möta fler individer med demenssjukdom och även av individer som företräds av andra personer än sig själva. På vilket sätt uppfyller då biståndshandläggare idealen i det goda bemötandet och kommer det att bli allt svårare att uppfylla självbestämmandepincipen för den enskilde. För att omsorgen inom det sociala arbetet skall vara av god kvalitet krävs därför en kunskap för hur man utformar en god omsorg. Omsorgen av den enskilde tar sin början i mötet med biståndshandläggaren (Svanström, 2009). I den situationen tycker vi att det är av intresse att studera hur biståndshandläggarna arbetar för att skapa ett så gott bemötande som möjligt och om det finns yttre faktorer som påverkar det goda mötet.

Vi som författare till uppsatsen arbetar båda som biståndshandläggare inom vård och omsorgsförvaltningen i Karlstads kommun och stöter därför ständigt på problematiken kring att möta demenssjuka individer. Vi menar därför att det kan uppstå komplikationer med att skapa ett gott bemötande då biståndshandläggaren måste avgöra i vilken utsträckning det går att ta hänsyn till den enskildes önskemål då den enskilde lider av en demenssjukdom.

1.1 Problemformulering

Mötet är en central del i det sociala arbetet och att skapa ett gott möte är en konst som kräver förståelse och empati (Croona, 2003). Studien kommer att rikta sig mot de komplikationer som kan uppstå i det specifika mötet mellan biståndshandläggare och demenssjuka individer. Då demenssjukdom är en sjukdom vars symptom leder till att individer kan få svårigheter med att föra sin egen talan kan det uppstå komplikationer i mötet mellan biståndshandläggare och den demenssjuke.

I den svenska lagstiftningen som styr biståndshandläggarnas arbete är självbestämmandepincipen central. Självbestämmanderätten kan alltså beskrivas som fundamental inom all social omsorg i Sverige. Men vilken problematik uppstår i mötet

mellan demenssjuka och biståndshandläggare när den demenssjuke inte längre bedöms kunna företräda sig själv och föra sin egen talan (Norström & Thunved, 2007). Frivillighet och självbestämmande skall vara vägledande vid handläggningen av enskilda ärenden inom socialtjänstlagen. Myndighetsutövare eller tillämparen av socialtjänstlagen arbetar alltså efter en ramlag där de kommunala och nationella riktlinjerna får ett förhållandevis stort utrymme över beslutsfattandet. Beslutsfattandet skall sedan bygga på den enskildes individens självbestämmande och frivillighet. En inskränkning av självbestämmandeprincipen kan dock göras gällande om individen utgör en fara för sig själv eller har nedsatt beslutskapacitet. Självbestämmandeprincipen gällande demenssjuka individer är problematisk då den yrkesverksamma biståndshandläggaren själv måste avväga hur mycket det går att lyssna till den enskilde om det är fastställt att denne har svårigheter med att företräda sig själv (Blennberger, 2005).

1.2 Syfte och frågeställningar

Vi har för avsikt att studera biståndshandläggarens resonemang om bemötandet av en demenssjuka individer i behov av hjälp, vi har således ett handläggarperspektiv i studien. Utifrån problemformuleringen i vår studie har vi arbetat fram tre frågeställningar som vi kommer att försöka få svar på. Syfte med studien är således att studera biståndshandläggarnas resonemang om bemötandet av en demenssjuk individ i behov av hjälp. Frågeställningarna nedan har använts i studien för att samla in biståndshandläggarnas resonemang om deras bemötande av demenssjuka individer.

- Leder en demensdiagnos för den enskilde till ett förändrat arbetssätt för biståndshandläggare gentemot deras arbetssätt i ärenden där den enskilde inte har en demensdiagnos?
- Kan nätverket kring den demenssjuke påverka biståndshandläggares hänsynstagande till självbestämmande hos demenssjuka?
- Hur arbetar biståndshandläggare för att skapa ett så gott bemötande som möjligt och hur kan det goda bemötandet påverkas?

1.3 Studiens avgränsningar

I vår studie har vi valt att fokusera på biståndshandläggares resonemang kring deras bemötande av demenssjuka individer. Med bemötande menar vi när den yrkesverksamma biståndshandläggaren interagerar och möter den demenssjuke individen med ambitionen att utforma insatser utifrån Socialtjänstlagen.

Vår ambition är alltså att genom att studera biståndshandläggares resonemang kring deras bemötande av den demenssjuka individen ska kunna förklara bemötandet av demenssjuka

ur ett handläggarperspektiv. Det faktum att vi endast gjort intervjuer med fyra informanter innebär också en avgränsning i vår studie.

1.4 Förförståelse

Vår förförståelse till forskningsämnet grundar sig i de egna erfarenheterna som vi har samlat på oss inom arbetet som biståndshandläggare. Eftersom vi som författare till studien arbetar som biståndshandläggare tror vi att det har påverkat vårt arbete med studien. Dels kan det faktum att vi sedan tidigare har en etablerad kontakt med två av våra informanter möjligtvis försvåra och påverka intervjusituationen på ett sätt där vi som forskare kan få problem med att upprätthålla distansen mellan forskare och informant. Vi anser även att vår tidigare erfarenhet kan leda till att vi tar förgivet att man som läsare har kunskap som vi anser är självklar. På så sätt kan det leda till att vi som forskare tar viss fakta förgivet och inte redovisar det vi vill redovisa nog tydligt. Vi tror också att våra erfarenheter har påverkat syftet och frågeställningarna i studien då vi genom egna erfarenheter anser att de frågor vi vill få svar på är frågor som ofta uppkommer i arbetet med bemötandet av demenssjuka individer.

Utifrån de erfarenheter vi samlat på oss som biståndshandläggare så tror vi att konsten att skapa ett gott möte med en demenssjuk samt dess eventuella företrädare där man tar hänsyn till självbestämmande och önskemål är svårt. Vi anser att det krävs en förståelse för de demenssjukas livsvärld för att ett beslut från en biståndshandläggare skall bli gynnsamt för den demenssjuke. Utan en förståelse för individens situation kommer bedömningen samt utformningen av den hjälp som beviljas riskera att vara bristfällig. Vi tror även att biståndshandläggare i ärenden som rör demenssjuka individer kan få svårigheter i bemötandet då demenssjukdomen leder till nedsatta kognitiva förmågor samt minnesproblematik.

Efter diskussioner sinsemellan synliggjorde vi även en förförståelse om att olika handläggare handlägger demenssjuka på olika sätt, då biståndshandläggare använder sig själva som verktyg i det professionella mötet.

Eftersom alla individer är olika tror vi även att man formar en unik yrkesroll och bedömer behovet hos den demenssjuke individen efter tidigare erfarenheter och den kunskap man samlat på sig från utbildning och vidare kunskapsutveckling i andra forum.

Vi tror även att självbestämmandepincipen tolkas olika från biståndshandläggare till biståndshandläggare så det är svårt att avgöra i hur stor utsträckning den demenssjuke individen kan föra sin egen talan. Att vi har grundat vår förförståelse ur rollen som biståndshandläggare tror vi kan vara positivt på det sättet att vi har lättare att förstå informanternas resonemang och kan därför lättare ställa adekvata följdfrågor under intervjun. Det negativa med vår förförståelse grundar sig i yrkesrollen som biståndshandläggare. Det kan medföra att vi får svårare att granska vår data med ett kritiskt perspektiv och behöver därför anstränga oss hårdare med den delen.

2. Litteraturgenomgång

I detta kapitel kommer vi att gå igenom och redogöra för den tidigare forskning vi tagit del av som berör ämnet bemötande av demenssjuka individer. De två centrala grundstenarna i sökandet efter tidigare forskning var begreppen bemötande samt demenssjukdom. I kapitlet kommer vi att redovisa de för studien centrala begreppen utifrån tidigare forskning i tematiska rubriker. Vi kommer även i det här kapitlet att redovisa för studien centrala lagrum.

2.1 Tidigare forskning och centrala begrepp

Den sökmotor som vi till störst del har använt oss av när vi sökt tidigare forskning på det berörda problemområdet är DIVA (Academic Archive On-line). Vi har sökt efter både svensk och internationell forskning. De sökord vi har använt oss av är: Demens, bemötande, äldre, omsorg, bistånd, handläggning, socialt arbete, kommunikation och etik för att hitta doktorsavhandlingar eller vetenskapliga artiklar. Vi har använt sökorden i olika kombinationer, böjningsformer, sammansättningar och i engelska översättningar. Vi har även haft kontakt med olika professioner som är specialiserade på området demens för att få råd och hjälp med att hitta tidigare adekvat forskning. Professioner vi har rådfrågat om tidigare forskning rörande demens är demenssjuksköterskor inom Karlstad kommun. Vi har även använt samma sökord som vi använt oss av i DIVA för att söka delbetänkanden, utredningar och forskning från Socialdepartementet och Socialstyrelsen.

Sammantaget kan vi slå fast att det finns tidigare forskning kring demens och demenssjukas livssituation som vi anser vara av god kvalitet. Inom området demens har vi alltså funnit tidigare forskning som för vår uppsats är adekvat. Det var svårt att hitta forskning som rör bemötandet inom socialt arbete. Den forskning vi hittade som rörde bemötande kunde inte direkt appliceras på vår studie. Här har vi främst hittat en doktorsavhandling (Croona, 2003) samt delbetänkanden och utredningar från socialdepartementet om bemötande av äldre i behov av vård och omsorg.

2.2 Demens

Ulla Melin Emilsson (2008) beskriver begreppet demens som ett samlingsnamn för sjukdomar som innefattar sjukdomar som Alzheimers sjukdom, Pannlobsdemens och Vaskulär demens. Dessa är bara några av de sjukdomar som kategoriseras under samlingsnamnet demens. Demenssjukdomar skapar ett stort lidande både för den som drabbas och den drabbades anhöriga. Varje sjukdom som innefattas av samlingsnamnet har unika symptom och påverkar den enskildes hälsotillstånd på olika sätt.

Eftersom demenssjukdom inte går att bota riktas samhällets insatser mot att på olika sätt mildra effekterna av demenssjukdomen. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom har målsättningen att ge den som är sjuk ett så bra liv som möjligt och underlätta för familj och vänner (Socialstyrelsen, 2010). I det arbetet är biståndsbedömarens roll central i både det förebyggande arbetet och i mötet med den demenssjuke och dess anhöriga. Att som biståndsbedömare så långt som möjligt skapa och förebygga insatser för den demenssjuke och dennes anhöriga är kärnan i arbetet kring en demenssjuk individ.

Åldersdemografien i Sverige är under ständig förändring. I en välfärdsstat som Sverige blir befolkningen allt äldre och bland befolkningen som är över 75 år är demens och kognitiv svikt den största orsaken till handikapp och funktionsnedsättning (Svanström, 2009). Demens är en förvärvad omfattande försämring av psykiska funktioner (intellekt, minne och personlighet). Ragnar Åstrand (2009) beskriver demens som ett begrepp som *”endast skall användas vid långvarig nedgång av minnet och andra intellektuella funktioner på ett sätt som medför tydliga problem i de vardagliga aktiviteterna”*. Begreppet demenssjuk skall alltså endast användas när man kan fastställa att minnessvårigheterna och den intellektuella problematiken är långvarig samt att den enskilde har en fastställd demensdiagnos. Demens är vidare en progressiv sjukdom som leder till gradvis försämring av den kognitiva och fysiska funktionsförmågan (Folkhälsorapport, 2005). De typiska symptomen som uppkommer vid någon form av demenssjukdom är kognitiv svikt, minnesförlust samt vanföreställningar (Nordberg & Winblad, 1996). När sjukdomen är orsaken till ett visst beteende och vissa handlingar tenderar ansvaret att lyftas bort från den demenssjuka individen (SBU, 2008). När människor som lider av demens inte längre har tillgång till eller kan bibehålla en inre bild av sig själva uppstår en total förvirring. De vet inte längre vilka de är och kopplingen mellan nutid och dåtid försvinner. Melin Emilsson (2008) beskriver vidare att förlusten av identitet och självbild ofta leder till oro och ångest. Miesen (1993) beskriver att den demenssjukes förlust av fotfästet i tillvaron leder till att de demenssjuka är i ett stort behov av trygghet och av insatser från samhället som leder till kontinuitet och trygghet.

Det finns många orsaker till demens. I Sverige orsakas de flesta demensdiagnoser av degenerativa hjärnsjukdomar. Exempel på några degenerativa sjukdomar är Alzheimers sjukdom, pannlobsdemens och vaskulär demens. Demenssjukdom är en symptomdiagnos och kan därför vara mycket mer än bara Alzheimers sjukdom som den oftast förknippas med. Bland de övriga diagnoserna finns även Picks sjukdom samt Huntingtons sjukdom. Risken att insjukna i en demenssjukdom ökar kraftigt med stigande ålder (Melin Emilsson, 2008). Symptomen för demens uppkommer när de nervceller eller nervbanor som är viktiga för intellektuella funktioner skadas (Åstrand, 2009). År 2000 beräknades det att antalet personer med demenssjukdom i Sverige vara cirka 133 000 med en spridning på 110 000–180 000 beroende på beräkningsgrund. Demens är inte bara en åldersrelaterad sjukdom utan kan börja även i yngre år, ibland redan i 40-årsåldern och i extremfallen ännu tidigare. Antalet nyinsjuknade beräknas vara cirka 25 000–30 000 per år. År 2010 beräknas det finnas cirka 150 000 demenssjuka och mellan åren 2020 och

2030 beräknas det ske en kraftig ökning till över 200 000 demenssjuka år 2030 (Socialdepartementet, 2003).

I den tidigare forskningen om demens är det tydligt att risken för att insjukna i demenssjukdom ökar med åldern. Det är även tydligt att åldersdemografien är under förändring och att befolkningen i Sverige blir allt äldre. Som följd av de två sist nämnda parametrarna så ökar också demenssjukdomens utbredning i samhället. Just begreppet demens är centralt i studien och det är viktigt att man vet vad demenssjukdom innebär, hur vanligt förekommande den är och vilka följder demensen har i samhället för att kunna förstå resultatet av studien. Demenssjuka individer i behov av stöttning kommer enligt Svanström (2009) och Melin (2004) att öka och det gör att biståndshandläggare i större utsträckning behöver ha kunskap om demens och vilka följder demensen har för den enskilde för att kunna utföra ett gott arbete.

2.3 Lagrum

I Sverige idag är alla insatser inom äldreomsorgen biståndsbedömda och behovsprövade av en biståndshandläggare. Biståndshandläggares arbete grundar sig i myndighetsutövning. Detta innebär att biståndshandläggarna skall omsätta lagtexten till praktik. Lagtexten som styr beslutsfattandet är Socialtjänstlagen (SoL). Socialtjänstlagen är en målstyrd ramlagsstiftning, vilket innebär att de kommunala riktlinjerna får ett förhållandevis stort utrymme inom biståndshandläggarnas myndighetsutövning då socialtjänstlagen inte detaljreglerar ramarna inom vilket tillämparna har att verka (Norström & Thunved, 2007).

För att ha rätt till bistånd i enlighet med Socialtjänstlagen så är det första kravet att den enskilde själv inte kan tillgodose sina behov eller att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Socialtjänstlagens 5 kap 4-6 § § SoL styr de grundläggande socialtjänstinsatserna inom äldreomsorgen (Melin, 2004). I paragraf 4-6 finns det bestämmelser om att socialnämnden skall:

- Verka för att äldre människor får möjligheten att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (4§)
- Verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service (5§)
- Göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor (6§).

Samhällets insatser för äldre har fastställts genom nationella mål från äldrepolitiken (Melin, 2004). Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall:

- Kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället över sin vardag.
- Kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- Bemötas med respekt
- Ha tillgång till god vård och omsorg

De lagrum som vi har redovisat ovan är lagrum inom Socialtjänstlagen samt nationella riktlinjer som vi anser vara mest centrala i förhållande till vår studies frågeställning. Lagrummen ovan reglerar den enskildes rättigheter inom äldreomsorgen. Biståndshandläggaren skall i sitt arbete efterfölja dessa riktlinjer och lagrum. Vi kommer att använda dessa lagrum och riktlinjer när vi analyserar vårt resultat för att se om det skapar problematik eller komplikationer i biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer.

2.3.1 Själbestämmande

Själbestämmandeprincipen och valfrihet gällande de insatser som ska utföras är centrala begrepp inom äldreomsorgen (Thorslund, 2000). Om man definierar begreppet självbestämmande kan det definieras som rätten till att själv besluta om sitt eget liv. En av grundprinciperna inom socialtjänstlagen är begreppet självbestämmande.

Principen självbestämmande avslutar socialtjänstlagens portalparagraf. 1 kap. 1 §. SoL. *”Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet”* (Norström & Thunved, 2007). Självbestämmanderätten kan alltså beskrivas som fundamental inom all social omsorg i Sverige. Att vara verksam inom social omsorg innebär emellertid att man ibland arbetar med klienter, vars livssituation och behov är av sådan art, att de är i behov av insatser som inskränker självbestämmandeprincipen som i det här fallet omfattar en äldre demenssjuk. En inskränkning av självbestämmandeprincipen kan dock göras gällande om individen utgör en fara för sig själv eller har nedsatt beslutskapacitet (Blennberger, 2005). I dessa fall får Socialstyrelsen enligt Socialtjänstförordningen (SFS 2001:937) 8 kap. 1 § föreskriva om insatser inom äldreomsorgen för personlig hälsa eller säkerhet samt skydd för den enskildes liv. Ett exempel på inskränkt självbestämmande är de fall då presumerat samtycke används för att minimera risken att personer med demenssjukdom skadar sig själva. Presumerat samtycke innebär att man antar att den enskilde, om denne varit kapabel att sätta sig in i situationen, skulle ha lämnat samtycke till insatsen.

Frivillighet och självbestämmande skall vara vägledande vid handläggningen av enskilda ärenden inom socialtjänstlagen. Myndighetsutövare eller tillämparen av socialtjänstlagen arbetar alltså efter en ramlag där de kommunala och nationella riktlinjerna får ett förhållandevis stort inflytande över beslutsfattandet. Beslutsfattandet skall sedan bygga på den enskildes självbestämmande och frivillighet (Blennberger, 2005).

Demenssjukdom är en sjukdom som blir allt vanligare och en följd av demenssjukdom är nedsatt beslutsförmåga och svårigheter att föra sin egen talan. Vi utgår ifrån att självbestämmande är ett centralt begrepp i resonemanget om ett gott bemötande och om hur biståndshandläggarna bemöter demenssjuka då de inte för sin egen talan.

2.3.2 Företrädare vid nedsatt beslutsförmåga

En följd av demenssjukdom är att den enskilde får en nedsatt beslutsförmåga. Har en demenssjuk individ nedsatt beslutsförmåga kan det därför finnas skäl för att den enskilde skall få en företrädare. Därför vill vi tydligt redovisa vad lagstiftningen har fastställt och reglerat för de individer som har en nedsatt beslutsförmåga. Att tydliggöra vad en företrädare för individer med nedsatt beslutsförmåga innebär är centralt för studien då många som lider av demenssjukdom har en företrädare i sitt nätverk. Har den demenssjuke en företrädare innebär det att det är företrädaren som för den enskildes talan i relation till biståndshandläggaren.

I Socialtjänstlagen saknas det lagstiftning som tydligt reglerar vem som får företräda den enskilde då den enskilde uppenbart saknar förmågan att själv framföra sina önskemål om önskad hjälp från socialnämnden (Socialstyrelsen, 2006). En tydlig reglering för vem som får företräda individen återfinns dock i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) 8 §. Där står att:

”Insatser enligt denna lag skall ges den enskilde om han begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavare, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatser för honom”.

Lagen reglerar alltså vem som får företräda den enskilde om det har gjorts en bedömning att den enskilde är i behov av en förmyndare som ser till den enskildes bästa. Socialtjänstlagens krav på självbestämmande för den enskilde klienten innebär, som vi nämnt, problem i frågor som rör de individer som lider av nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom som i sin tur innebär en försämring av de kognitiva funktionerna (SOU, 2004:112).

2.3.3 God man och förvaltare

Vad händer när den sökande individen har en demensdiagnos och uppenbart har tappat förmågan att framföra sina önskemål? Vem skall då biståndshandläggaren lyssna till? Biståndshandläggarna är i praktiken tvungna att ha ett rättsutlåtande som stöd om den enskilde själv inte uppger att denne överlämnar ansökningsförfarandet åt någon annan. De bestämmelserna regleras i Föräldrabalken (SFS 1949:381) 11 kap. 4 §. Där står att:

”Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne”.

Godmanskap och förvaltarskap delas upp i tre olika områden; det första är att sörja för person som innebär att den gode mannen skall se till att den enskilde får den hjälp och stöttning han eller hon är i behov av. Det andra är att förvalta egendom, vilket innebär att den gode mannen skall sköta den enskildes ekonomi. Det tredje är slutligen att bevaka rätt, vilket innebär att den gode mannen ser till den enskildes allmänna rättigheter i samhället. Vanligen förordnas god man eller förvaltare för alla tre områden.

Demenssjukdom är enligt Dahlstedt och Björnefeldt-Rex (2007) en omständighet som kan leda fram till förordnande av god man eller förvaltare.

En avgörande skillnad mellan godmanskap och förvaltarskap är att förvaltarskapet, till skillnad från godmanskapet, inte ställer krav på huvudmannens samtycke. Detta innebär att förvaltaren bland annat kan ingå rättshandlingar utan huvudmannens samtycke (Sehlin, 2003). Godmanskap innebär alltså att huvudmannen har kvar sin rättshandlingsförmåga och att de rättshandlingar som ingås av den gode mannen inte är bindande för huvudmannen utan dennes samtycke. Det finns dock ett undantag då samtycke inte behöver inhämtas från huvudmannen. Detta sker då huvudmannens tillstånd förhindrar denne från att ge sitt samtycke (Socialstyrelsen, 2008).

2.4 Biståndshandläggare

Under denna tematiska rubrik biståndshandläggare har vi placerat in centrala begrepp som rör rollen som biståndshandläggare. Vi vill tydliggöra vad biståndshandläggning är och vad som styr biståndshandläggaren i dess arbete med att skapa ett gott bemötande. Genom en tidig beskrivning av biståndshandläggarens professionalitet blir resultatet och analysen lättare att förstå då man vet att det är mer än bara interaktionen som styr ett gott bemötande mellan myndighetsutövaren och den enskilde individen.

2.4.1 Biståndshandläggning

I stycken 2.3 lagrum redogör vi för lagstiftningen som styr biståndshandläggare i rollen som myndighetsutövare. Vi har ovan redogjort för vad självbestämmandeprincipen innebär och hur en individ kan få en god man eller förvaltare. Biståndshandläggningen utförs i primärkommunen av biståndshandläggare. De är länken mellan primärkommunens organisation som skall erbjuda bistånd och personen som har rätt till bistånd. Som vi nämnt ovan har biståndshandläggaren ett stort tolkningsutrymme vad gäller rätten till och innehållet i biståndet (Andersson, 2007). Biståndshandläggaren skall genom möte med den enskilde och dennes eventuella anhöriga samt genom insamling av information från utförare som känner den enskilde göra en behovsbedömning för att

forma insatserna som styrs av Socialtjänstlagen (Olaisen, 2009). Det ideala i mötet mellan biståndshandläggaren och den enskilde är att det skall vara ett gott och professionellt bemötande. Detta presenterar vi närmare nedan.

2.4.2 Professionellt bemötande

Att definiera bemötande och gott bemötande är svårt. Man kan se bemötande som mänsklig kommunikation där det handlar om att möta förväntningar och krav. I SOU (1996:39) om jämställd vård står att ”om kommunikation och bemötande upplevs som tillfredsställande och adekvat är till avgörande delar en fråga om hur parterna uppfyller varandras förväntningar med avseende på hur mötet skall gestaltas i den situation man befinner sig i”. Vi menar att detta är en definition som belyser det professionella bemötandets komplexitet, samt ger en bild av vilka möjligheter och utrymmen det skapar för den professionelle att utforma ett gott bemötande.

Bemötandet handlar om samspel mellan individer, den inställning som personer har till varandra och hur det kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall. Det handlar också om vilka budskap som förmedlas genom kommunikation mellan de individer som samspelar. Bemötandet av äldre kan också påverkas av maktförhållanden och tillgång till kunskap (SOU 1997:170). Maktförhållandet grundar sig i många äldres respekt för myndigheter vilket kan leda till ett strukturellt maktförhållande. Michel Foucaults maktbegrepp strukturell makt beskrivs av Franzen (2005) som att den ena parten är i en maktposition och hamnar då i ett överläge gentemot den andre parten. I det här fallet hamnar då biståndshandläggaren i en maktposition gentemot den äldre då han eller hon har makt att besluta om den enskildes ansökan om insatser enligt socialtjänstlagen. Tillgången till kunskap kan grunda sig i att den enskilde är expert på sitt eget liv och måste framföra det på bästa sätt till biståndshandläggaren för att insatserna och bemötandet skall utformas på bästa sätt för den enskilde. Om den professionelle i bemötandet ger individen makt och tillit så menar Eide (2006) att individen känner att han eller hon då är expert på sitt eget liv.

Croona (2003) definierar i sin doktorsavhandling begreppet *Gott bemötande*. Gott bemötande utgör ett samlingsbegrepp av det goda bemötande som allmänheten och de vårdsökande förväntar sig av de professionella inom vården. Det goda bemötandets handlingar kan därför ses som handlingar som med etiska kvaliteter är ämnade att åstadkomma något positivt i relationen med de vårdsökande. Att se det goda bemötandet som etiskt är också en benämning som överensstämmer med uppfattningen om att etik handlar om det som kulturellt uppfattas vara det goda och rätta. Bemötandets roll i mötet mellan biståndshandläggare och demenssjuka är centralt, eftersom interaktionen mellan äldre och handläggare fungerar som ett möte där man gemensamt kommer fram till vilken hjälp den enskilda är berättigad till och ansöker om. Ofta blir bemötandet viktigt för flera parter då biståndshandläggaren skall ha ett gott bemötande och behövsbedöma den demenssjukas behov av vård och omsorg men biståndshandläggaren behöver även ta

hänsyn till anhöriga eller gode mäns synpunkter och önskemål (Olaison, 2009). Olaison (2009) beskriver även att en aspekt av det goda mötet med den enskilde är att arbeta för att bibehålla den enskildes integritet och delaktighet. Olaison (2009) beskriver även att i processen av behovsbedömning pågår det ständigt en förhandling mellan biståndshandläggare och den sökande individen. Vi tolkar de här två definitionerna av gott bemötande som det ideala bemötandet mellan den professionelle och den vårdsökande. Att definiera det ideala bemötandet är intressant för oss i studien för att kunna sätta det i relation till hur biståndshandläggarna resonerar om sitt bemötande av demenssjuka individer.

Hellström Muhli (2003) beskriver att de skillnader som uppstår mellan de demenssjuka och deras företrädare kan ge skadliga effekter för den demenssjuke. Cahill (2004) beskriver att det inte hör till ovanligheterna att demenssjuka och deras företrädare ofta har olika synpunkter på livskvalité då de ofta inte lärt känna varandra innan demenssjukdomen. Problemet som då kan uppstå är att den enskildes syn på sitt eget hjälpbehov och vilken hjälp de önskar inte stämmer överrens med företrädarens syn på den enskildes behov av hjälp. Resultatet av de skilda uppfattningarna mellan den demenssjuke och dennes företrädare kan därför leda till att den demenssjukes möjlighet att få åtnjuta en god livskvalité blir lidande.

Vi menar att bemötandes roll i biståndshandläggarens yrke är centralt. Biståndshandläggaren skall genom interaktion och möten med den enskilde utforma insatser och utreda den enskildes behov av omsorg inom den offentliga sektorn. Det mest relevanta i stycket anser vi vara att lyfta fram det ideala i det goda bemötandet för socialarbetare i allmänhet och biståndshandläggare i synnerhet för att kunna ställa det i relation till hur de yrkesverksamma resonerar om sitt goda bemötande. Viktigt anser vi också vara att tydliggöra vilka konsekvenser som kan uppstå när det uppstår komplikationer i interaktionen och självbestämmandeprincipen blir lidande.

3. Teoretisk referensram

I kapitlet teoretisk referensram kommer vi att redogöra för de teorier vi valt att använda för att analysera resultatet.

3.1 Gräsrotsbyråkrati

Vi har valt att använda oss av gräsrotsbyråkrati som ett övergripande teoretiskt begrepp som skall genomsyra studien. Begreppet gräsrotsbyråkrati kommer att användas för att få ett perspektiv på hur biståndshandläggarna utformar sitt arbetssätt för att bemöta demenssjuka individer. På så sätt kommer vi att med hjälp av de andra teoretiska begreppen koppla samman med gräsrotsbyråkrati för att försöka förklara vad som kan påverka biståndshandläggarnas arbetssätt i bemötandet av demenssjuka individer.

Äldreomsorgens handläggare, biståndshandläggaren, kan räknas till vad Michael Lipsky (1980) definierar som "street level bureaucrats". Den svenska översättningen är - "gräsrotsbyråkrater". Enligt Lipsky (a.a) är en "gräsrotsbyråkrat" en myndighetsutövare som har en direkt kontakt med medborgarna och som har en viss handlingsfrihet över sina arbetsuppgifter. Namnet gräsrotsbyråkrat skvallrar om att begreppet har en koppling till begreppet byråkrati. Roine Johanssons (1997) beskriver byråkrati som ett socialt begrepp som man inte kan använda för att beskriva fenomen på individnivå, såvida vissa egenskaper hos enskilda byråkrater kan föras tillbaka som karaktäristiskt för organisationen i sin helhet. Byråkratin i vår studie utgör ramen och strukturen för fördelning av bistånd till äldre demenssjuka individer, det vill säga handläggningsprocessen.

För att återknyta till begreppet gräsrotsbyråkrat så definierar Johansson (1997) gräsrotsbyråkraternas roll som svårkontrollerad på grund av dess organisatoriska position samt uppgiftens. Gräsrotsbyråkrater förfogar enligt Johansson (a.a) över en frihet i sitt handlingsutrymme för att kunna utföra sin uppgift, eftersom handläggning ofta ställer vissa krav på en omdömesförmåga som knappast låter sig regleras i exempelvis lagstiftning. Gräsrotsbyråkraternas anpassar alltså sitt arbete utifrån vad som regleras i lagstiftning samt den handlingsfrihet som arbetet medför. Lipsky (1980) menar att gräsrotsbyråkrater ofta har valt yrket utifrån ett intresse av att vara till nytta för samhället. Gräsrotsbyråkraternas utvecklar då strategier för att hantera stress och press från olika håll vilket i sin tur resulterar i att gräsrotsbyråkraternas anpassar sitt arbetssätt och sänker sina egna förväntningar och krav på sig själva i yrkesrollen. Teorin fokuserar på arbetet som gräsrotsbyråkrat utifrån byråkraternas perspektiv. Som vi skrivit ovan har gräsrotsbyråkraternas i jämförelse med andra tjänstemän relativt stor handlingsfrihet vilket innebär att de relativt fritt kan besluta om utformning, kvalitet och mängd på de sanktioner och fördelar som de inom sitt område har mandat att besluta om. Lipsky (a.a) menar att handlingsfriheten i det här fallet är nödvändigt för gräsrotsbyråkraternas för att kunna utföra arbetet då arbetet är för komplext för att arbeta efter exempelvis färdiga manualer. Att det är komplext beror på att arbetet sker med människor som alla är olika.

Därför menar Lipsky (a.a) att det krävs handlingsfrihet för att kunna utforma ett möte som präglas av flexibilitet och medkänsla.

3.2 Kategorisering

Kategori är ett analytiskt begrepp som avser en av samhället konstruerad grupp. Vi använder kategorier för att begripliggöra och organisera det som omger oss (Mattson, 2008). Olika saker eller företeelser förs samman för att se de som på ett eller annat sätt har något gemensamt som en grupp. Grupperingar ger oss en logik samt en bild av hur individerna inom kategorin förväntas uppträda. Grupperingens omfattning och karaktär bestäms av den som definierar kategoriseringen. Kategorisering är alltså inte en självvald gruppering som är uppbyggd av gemensamma identiteter eller värderingar, utan kan beskrivas som en utifrån organiserad grupp som hålls samman av att individerna av andra än sig själva bedöms höra ihop (Hedin & Tydén, 1998).

Kategorisering sker av något som samhället definierar som ett problem. Då demenssjuka kategoriseras får det konsekvenser för andras handlande gentemot dem. I sin tur kan det leda till att handlande gentemot de som kategoriseras bygger på förväntningarna av de som tillhör samma kategori enligt de som definierar grupperingen (Douglas, 1987). I vår studie handlar kategoriseringen om hur demenssjuka individer ses som en del av en grupp där alla individer förväntas ha liknande gemensamma egenskaper. Med hjälp av kategorisering som teoretiskt begrepp har vi som ambition att förstå biståndshandläggares handlande och om kategoriseringen av demenssjuka förändrar biståndshandläggarnas arbetssätt. Vi kommer använda detta teoretiska begrepp för att analysera hur biståndshandläggarna eventuellt kategoriserar de demenssjuka och på vilket sätt det i så fall påverkar arbete med att skapa ett gott bemötande. Genom att synliggöra medvetna eller omedvetna kategoriseringar av demenssjuka i biståndshandläggarnas utsagor är vår ambition att skapa en förståelse hur kategoriseringarna verkar. Därför kommer vi även att koppla kategoriseringen till det övergripande teoretiska begreppet gräsrotsbyråkrati.

3.3 Nets of accountability

Nets of accountability kan översättas till nät av pålitlighet. Schwalbe (2008) menar att pålitlighet handlar om att kunna försvara och rättfärdiga sina handlingar. I mötet mellan handläggare och brukare handlar ansvarigheten om att beteendet och handlingarna mot brukaren ska kunna förklaras samt att vi ska kunna ta ansvar för våra handlingar. Schwalbe (a.a.) menar att om vi agerar som vi förväntas agera kommer vi aldrig behöva ge en förklaring till handlandet. Agerar vi däremot på ett sätt som andra anser avvikande eller moraliskt oförsvarbart gentemot förväntningarna kommer vi med största sannolikhet tvingas förklara våra handlingar. Kan vi då återge en acceptabel förklaring till handlandet kan vårt nätverk finna beteendet acceptabelt. Kan vi däremot inte återge en accepterad förklaring och det kan bero på omständigheter och individerna vi förklarar för, då finns risken att man stämplas som inkompetent, omoralisk eller galen och ses då som

avvikande. Begreppet kan därför appliceras på vår studie genom att biståndshandläggaren kan handla på ett sätt som skall vara försvarbart och kunna förklaras gentemot organisationen och de individer som biståndshandläggaren interagerar med. Det är alltså relevant i studien då biståndshandläggarens handlande påverkar bemötandet av den demenssjuke. För att biståndshandläggaren skall ses som pålitlig och inte behöva försvara sitt handlande så agerar den efter de normer och de förväntningar som finns från samhället, organisationen och de brukare som biståndshandläggaren möter.

4. Metod

I metodavsnittet presenterar vi metodologiska val i studien. Här presenteras även urvalet av informanter, intervjustudien, datainsamling, hur vi bearbetat det genom intervjustudier insamlade materialet samt etiska aspekter.

4.1 Metodval

Det inledande arbetet med uppsatsen handlade om att söka tidigare forskning som rör det ämne vi valt att studera. Hur vi gick tillväga beskrivs under rubriken tidigare forskning i kapitlet litteraturgenomgång. När vi gjorde valet att använda oss av en kvalitativ metod och genomföra intervjustudier i studien präglades valet av syftet med studien samt de frågeställningar vi bygger vår uppsats på. I valet av en kvalitativ metod hade vi även det Sohlberg (2011) beskriver om den kvalitativa traditionen i åtanke. Sohlberg (2011) beskriver att den kvalitativa traditionen handlar om att samla in rika flerdimensionella beskrivningar. Kvale (1997) menar att intervjun är en process mellan intervjuare och informant som genom en relation sinsemellan producerar ny kunskap. Valet att enbart samla in data genom en kvalitativ metod bygger på att vi inte anser att en kvantitativ metod kan fånga de subjektiva upplevelserna hos informanterna.

I vår studie har vi valt att arbeta utifrån en abduktiv ansats. I den abduktiva ansatsen ligger utgångspunkten i empirin men den avvisar ändå inte våra teoretiska föreställningar. Under studieprocessens gång utvecklades dels vårt empiriska material och dels så justerades även våra teorierval. Det abduktiva arbetssättet innebär alltså att det sker en alternering mellan våra teorier och vår empiri, och de omtolkas successivt i skenet av varandra (Alvesson & Sköldberg, 2008).

4.2 Urval

Eftersom våra frågeställningar handlar om biståndshandläggarnas resonemang om deras bemötande av demenssjuka individer valde vi att intervjua biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Urvalet av just dessa informationskällor gjordes strategiskt för att gå till de informanter som vår studie riktar sig mot, alltså biståndshandläggare (Malterud, 2009). Vår ambition med intervjuerna var att intervjua biståndshandläggare som har varit yrkesverksamma som handläggare inom äldreomsorgen i mer än två år. Vi gjorde det urvalet för att få informanter som har erfarenhet av mötet med en demenssjuk och arbetet som biståndshandläggare. Vi valde att göra enskilda intervjuer med fyra informanter.

4.3 Intervjuguide

Vi kommer i detta avsnitt presentera hur vi utformade vår intervjuguide. Med utgångspunkt i vårt syfte och våra frågeställningar började vi skapa vår intervjuguide. För att konstruera intervjuguiden gick vi även till tidigare forskning, främst Svanströms (2009) doktorsavhandling för att få inspiration till hur man kan arbeta fram en intervjuguide. Till intervjuguiden skapade vi även ett ”case” (bilaga 1) som handlar om ett möte med en demenssjuk man som informanten fick resonera runt för att komplettera vårt frågebatteri och skapa ett större utrymme för informanten att fritt resonera och använda oss forskare som bollplank i sina tankar.

Intervjuguiden använde vi oss av efter att informanten fått resonera kring det ”case” vi presenterat. Intervjuguiden är indelad i olika teman med utrymme för att kunna ställa sonderande frågor eller, om det skulle behövas, ändra ordningsföljden på frågorna. Allt för att på bästa sätt följa upp det som intervjupersonen berättar (Kvale, 1997).

Det case (bilaga 1) vi presenterade för informanterna byggde vi upp utifrån tidigare forskning, frågeställningar och egna erfarenheter i arbetet som biståndshandläggare om hur ett typiskt fall som rör en demenssjuk individ kan se ut. Vår ambition med ”caset” var att låta informanten resonera utifrån en situation som innehåller vår frågeställning utan att direkt ställa en fråga kring vad vi vill undersöka. På så sätt kunde vi skapa ett mer uttömmande svar kring det vi studerar då vi får möjlighet att först höra ett fritt resonemang för att sedan kunna ställa sonderande frågor utifrån vår intervjuguide.

Vår intervjuguide formulerades innan intervjun med förberedda frågor som skulle ge oss bra information utifrån våra valda syften med studien. Vi hade även formulerat följdfrågor även om vissa följdfrågor ställdes mer naturligt under intervjuens gång (Kvale, 1997). Vi skapade intervjuguiden för att säkerställa att vi fick svar på vad vi önskade få svar på. Enligt Kvale (1997) skall varje intervju vara utformad både tematiskt och dynamiskt. Han menar att en fråga i intervjuguiden som är bra bör bidra med kunskapsproduktion tematiskt och dynamiskt genom att samspelet som skapas mellan intervjuare och informant är väl fungerande. Tematiskt relateras frågorna som ställs till ämnet för intervjun, i vårt fall biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer. Dynamiskt sett i intervjusituationen bör frågorna leda till att samtalet hålls flytande och informanten känner sig motiverad att berätta om sina upplevelser och känslor (Kvale, 1997).

4.4 Datainsamling

Eftersom vi sedan tidigare har en etablerad kontakt med två av våra fyra informanter hade vi det i åtanke vid planeringen av intervjuerna. Vi diskuterade detta med varandra och vilken eventuell påverkan det kunde ha på vårt resultat. Vi kom fram till att det kunde leda till att vi skulle få svårigheter att skapa en nödvändig distans mellan forskare och informant och på så sätt kunna leda till en allt för ”informell” intervjusituation. Vi kom

fram till att den som inte hade en etablerad kontakt med informanten var den som ledde intervjun och agerade moderator medan den andre forskaren agerade som en aktiv lyssnare och förde stödanteckningar. Vi diskuterade även att det skulle kunna finnas en möjlighet att de vi hade en etablerad kontakt med skulle kunna ta förgivet att vi skulle ha kunskap om vissa områden och därför inte ge oss tillräckligt uttömmande svar. Vi såg därför till att vid de intervjuerna ha fler följdfrågor förberedda. Vi använde våra kontakter som vi skapat och kontakta två av dem för att boka in tid och plats för intervju över telefon. En av biståndshandläggarna vi kontaktade erbjöd sig också att kontakta sina kollegor för att undersöka om de var intresserade av att delta i studien. Därigenom lyckades vi sedan boka in ytterligare en intervju. Den sista intervjun bokade vi in genom att kontakta en biståndshandläggare i en annan kommun i mellansverige på dennes telefontid. Vi presenterade vår studie och syftet med studien för att se om biståndshandläggaren var intresserad av att delta. Vi kunde då på relativt kort tid boka in den sista intervjun.

Som forskare hade vi som huvudmål vid intervjuerna att hålla fast vid vår problemformulering och syftet med studien. Utöver det ville vi skapa en känsla hos oss samt hos informanterna att intervjun varit konstruktiv samt att informanterna kände att de bidrog med nyttig information och kunskap till vår studie (Malterud, 2009). Tanken med valet av datainsamlingsmetod var att skapa en bra ram för intervjupersonens resonemang och erfarenheter utifrån vår frågeställning. Det gjorde vi genom att ge den intervjuade en bakgrund till intervjun samt en kort orientering före och efter intervjun (Kvale, 1997). Vid intervjuerna har båda författarna medverkat. Innan intervjun startade förklarade vi våra roller under intervjun för informanterna, att den ena författaren leder intervjun och att den andre författaren är observatör och ställer eventuella följdfrågor och skriver stödanteckningar. Vi som författare ledde två intervjuer var för att få känna på situationen. När vi bokade tider för intervju med informanterna fick de själva välja tid, plats och dag för intervjun. Två av intervjuerna gjordes på informanternas kontor medan de andra två gjordes i samtalsrum som fanns på deras arbetsplatser. När vi bokade intervjuerna avsatte vi i samråd med informanterna en och en halv timme. Intervjuerna med våra informanter pågick i cirka en timme och femton minuter. Vi spelade in intervjuerna med våra informanter med två stycken mobiltelefoner med inbyggd mp3 – spelare. Vi använde två för att säkerställa att ingen information gick förlorad om det skulle bli några oförutsedda fel på någon av dem. Kvale (1997) menar att det är viktigt att spela in materialet för att i efterhand i forskningsprocessen kunna återgå till materialet för att verifiera tolkningarna om något blivit oklart eller otydligt.

4.5 Bearbetning och dataanalys

När intervjuerna genomförts transkriberade vi dem avkodade i text för att aidentifiera våra informanter. Under transkriberingen har vi arbetat hårt för att hålla oss till informantens exakta utsago. Vid bearbetningen av vårt insamlade material valde vi att använda oss av meningskoncentrering för att analysera våra intervjutexter och inte

begränsa oss till ett angreppssätt av vår data (Kvale, 1997). På så sätt pressar vi ned långa meningar och uttryck till mer koncentrerade och koncisa formuleringar. Den inledande delen av vår analys av materialet var att vi läste igenom alla de transkriberade intervjuerna och fick på så sätt ett helhetsintryck av materialet. Vi läste igenom intervjuerna som helhet en gång för att sedan läsa allt mer noggrant för att fastställa och plocka ut meningsbärande enheter ur intervjuerna. De meningsbärande enheterna är längre uttryck och formuleringar som innehåller något av vikt för studien. Efter att vi plockat ut de meningsbärande enheterna formulerade vi teman för kategorierna. De teman vi formulerade var teman som dominerat kategorierna i den insamlade datan, exempelvis självbestämmande och nätverk. Efter att vi tematiserat våra meningsbärande enheter ställde vi som forskare frågor till de meningsenheter vi valt ut. Frågorna vi ställde till meningsenheterna formulerades utifrån den centrala frågeställningen. Till sist skapade vi en deskriptiv utsaga av intervjun utifrån vår tematisering av transkriberingen (Kvale, 1997).

4.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Enligt Kvale (1997) bygger en undersöknings tillförlitlighet på en hög validitet. Kvale menar också att validiteten skall följa studien genom hela forskningsprocessen och att validiteten i en kvalitativ studie styrs av hur väl vi som forskare beskriver tillvägagångssättet i insamlingen av empirin och bearbetningen av vår insamlade empiri. Validiteten i studien hänvisar till om vi som forskare undersökt det vi avser att undersöka. I och med att validiteten i studien under hela forskningsprocessen påverkas bör vi som forskare ha ett kritiskt förhållningssätt gentemot all form av påverkan på vårt resultat och analysen av det empiriska materialet.

En fråga om validitet handlar enligt Dahlberg (1997) om vem som transkriberar intervjuerna. Personen som transkriberar kanske inte till fullo förstår vad som sägs. Vi anser dock att vi har underlättat förståelsen av vad som sägs genom att använda dataprogram för att enkelt kunna reglera hastigheten i vårt inspelade material. I och med att vi även arbetar som biståndshandläggare underlättar det vår förståelse av komplicerade begrepp som används inom yrkeskategorin. Dahlberg (a.a) menar att en bandad intervju kan resultera i flera skriftliga versioner beroende på vem som transkriberar. Kvale (1997) menar att eventuella felskrivningar i transkriberingen är allvarliga då det kan resultera i en felaktig analys av materialet vilket skapar en valideringsfara. För att minska denna valideringsfara i vår studie har den som ledde intervjun i fråga transkriberat materialet och haft med sig stödanteckningar från den andre författaren.

Eftersom att vi sedan tidigare haft en etablerad kontakt med två av våra fyra informanter kan det ha påverkat reliabiliteten i studien. Eftersom vi hade det i åtanke vid planeringen av våra intervjuer diskuterade vi detta faktum med varandra och vilken eventuell påverkan det kunde ha på vårt resultat. Vi kom fram till att den som inte hade en etablerad kontakt med informanten var den som ledde intervjun och agerade moderator medan den

andre forskaren agerade aktiv lyssnare och förde stödanteckningar. Ambitionen med att vi gjorde på det här sättet var att vi ville undvika att viss information skulle bli outtalad under intervjun. Vid de tillfällen vi intervjuade en informant där en av oss forskare hade en etablerad kontakt tog vi extra tid till att förklara studiens syfte och vad vi hade för ambition och tankar runt intervjusituationen. Vi anser i efterhand att det faktum att vi hade en etablerad kontakt med informanterna endast var gynnsamt för studien då vi inte behövde lägga någon värdefull tid på att bygga upp ett förtroende mellan forskare och informant och samtalet blev mer naturligt än vad det blev vid de övriga intervjuerna. Att vi dessutom förde en diskussion med varandra och med informanterna om det faktum att det fanns en etablerad kontakt höjde studiens validitet i slutändan i och med att vi var tvungna att ständigt stanna upp i vår studie för att reflektera över studiens validitet. De informanter som i efterhand haft önskemål om att få ta del av det material vi valt att använda oss av i studien fått göra det och godkänna de citaten som vi valt ut till studien. Det var endast en av informanterna som i efterhand önskade få ta del av det material vi samlat in.

Kvale (1997) definierar generaliserbarhet som att resultatet av studien kan generaliseras, att resultatet av studien blir användbart och överförbart. Vi kan inte generalisera vår studies resultat då den endast baseras på fyra intervjuer av yrkesverksamma biståndshandläggare. Vad som även försvårar är att vi endast har fyra informanter inom samma yrkeskår från kommuner i samma län. Studien kommer då endast baseras på fyra informanters unika resonemang kring deras bemötande av demenssjuka individer vilket gör att det är för få informanter för att kunna generalisera resultatet att gälla utöver dessa fyra informanters resonemang.

4.7 Etiska överväganden

Vetenskapsrådet har satt upp fyra etiska krav i de forskningsetiska principerna (www.codex.vr.se). *Informationskravet* innebär att informanterna ska få information om studiens syfte samt att deltagandet är frivilligt. *Samtyckeskravet* uppfylls genom att informanterna under intervjun besvarar frågor utan påtryckningar samt att deltagarna själva har rätt att bestämma över sin medverkan i studien. *Konfidentialitetskravet* ställer krav på säker förvaring av eventuella personuppgifter samt att svaren inte skall kunna härledas till någon enskild individ av utomstående. *Nyttjandekravet* innebär att uppgifterna endast får användas i det syfte som studien uppger (www.codex.vr.se).

Det första etiska övervägandet vi gjorde när vi startade upp arbetet var att reflektera över att vi är ovana forskare och ovana vid intervjusituationer, därför anser vi att det är viktigt att vara väl förberedda i intervjusituationerna för att eventuellt vara förberedda på hur vi ska agera om något oförutsett uppstår. I vår sammanställning från intervjuerna använder vi fingerade namn för att ingen konfidentiell information riskerar att avslöjas. Vi skriver

heller om det är en man eller kvinna som är informant då det på många arbetsplatser där biståndshandläggare arbetar är en ojämn könsfördelning.

Vi skyddade även individen med hänsyn till de fyra allmänna huvudkraven på forskning som utformats av det forskningsetiska rådet inom samhällslig och humanistisk forskning. Vi informerade intervjupersonerna om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Vi upplyste även om att deltagandet var frivilligt samt att informanterna hade rätt att avbryta sin medverkan. När vi bokade intervjuerna var vi samtidigt tydliga med att intervjupersonen gav sitt samtycke till att delta i forskningsprojektet

5. Resultat och analys

I det här kapitlet kommer vi att presentera empiri för att på så sätt försöka analysera den med hjälp av valda teorier och tidigare forskning. Resultaten vi nått genom intervjuer kommer att sammanställas under övergripande teman; Demensdiagnos, gott bemötande och nätverk. Under de övergripande temana kommer vi att ha underrubriker som skall underlätta för läsaren att förstå vad den analyserade empirin illustrerar. Analyserna kommer att göras med hjälp av våra valda teorier, tidigare forskning samt relevant litteratur. De citat vi kommer att återge i resultat och analysdelen kommer att redovisas som handläggare ett, två, tre eller fyra.

5.1 Demensdiagnos

I vår studie är demensdiagnosen central då man inte kan fastställa att en individ lider av en demenssjukdom innan det finns en demensdiagnos. Den demenssjuke är en individ som har diagnostiserats med demenssjukdom. Demens är en förvärvad omfattande försämring av psykiska funktioner (intellekt, minne och personlighet). Flera olika tester och prover vägs in i läkarens bedömning av den demenssjukes hälsa innan diagnosen ställs. Men när det finns en demensdiagnos har Socialstyrelsen fastställt målsättningar för vård och omsorg av demenssjuka individer. De målsättningarna är att ge den som är sjuk ett så bra liv som möjligt och underlätta för familj och vänner (Socialstyrelsen, 2010). När sjukdomen är orsaken till ett visst beteende och vissa handlingar tenderar ansvaret att lyftas bort från den demenssjuka individen och tas över av den offentliga sektorn (SBU, 2008).

Handläggare tre beskriver i sitt resonemang hur hon/han upplever vad som händer i ett ärende när den enskilde har fått en demensdiagnos.

En demensdiagnos i dag, är i stort sett i den kommunen jag arbetar, som ett brev på posten att de är i behov av ett gruppboende. Jag tycker att vi har en tendens att när människor får en demensdiagnos så tar vi ifrån dem alla möjligheter idag väldigt fort.

Handläggare tre beskriver även senare i intervjun om hur handläggaren enligt sitt eget tycke har en mer regelbunden kommunikation med den verksamhet som arbetar brukarnära. I citatet som vi presenterar beskrivs detta. Handläggare tre säger att:

Jag upplever det som att kontaktpersoner i hemtjänstgrupper, arbetsterapeuter, distriktssköterskor, ja man kan säga uteverksamheten i stort har större angelägenhet om att höra av sig till oss biståndsbedömare om det händer något hos en person som har en demensdiagnos. Ibland kan jag känna att uteverksamheten kunde vara lika angelägna om att höra av sig till oss om andra kunder med hjälpbehov också.

Handläggare tre får illustrera hur biståndshandläggare anser att en demensdiagnos kan leda till behov av gruppboende och är alltså på grund av diagnosen i behov av mer omsorg än tidigare. Vidare beskriver handläggare tre hur demensdiagnosen kan leda till att den

enskildes möjligheter tas ifrån dem. I det andra citatet beskriver informanten att de professioner som arbetar brukarnära har en större tendens att informera biståndshandläggaren i ärenden som rör en demenssjuk brukare än andra ärenden.

Citatet ovan visar, menar vi en av organisationens kategoriseringar av demenssjuka individer och vad kategoriseringen kan leda till. När vi tar del av informantens resonemang om när den enskilde har fått en demensdiagnos förefaller det som att informanterna anser att organisationen tenderar att förvänta sig att den enskilde är i behov av mer hjälp än tidigare. Detta bör i sin tur påverka biståndshandläggaren som arbetar inom organisationen. Känner biståndshandläggaren av dessa förväntningar kan påverkan ske genom att biståndshandläggaren förväntas möta en demenssjuk individ på ett sätt som möter organisationens förväntningar, alltså att den demenssjuke är i behov av ett gruppboende. Informanterna ger en bild av att den demenssjuke ibland riskerar att ses som mer omsorgskrävande än innan när demensdiagnosen fastställs. Detta genom att organisationen förväntar sig ett ökat vårdbehov hos den enskilde när det finns en demensdiagnos. Handläggare tre beskriver att en demensdiagnos i den kommunen som informanten är yrkesverksam är som ett brev på posten att den enskilde är i behov av ett gruppboende. Det förefaller vara en anledning till varför de som arbetar brukarnära har en större tendens till att föra en dialog med handläggaren enligt informanternas utsagor.

Handläggare ett beskriver att denne i vissa fall varit tvungen att bortse från den enskildes önskemål när det fanns en demensdiagnos. Den demenssjuke individen var bestämd med att denne inte ville ha mer hjälp, men närstående och hemtjänst hade tydligt beskrivit att den enskilde var i behov av avsevärt mycket mer hjälp än tidigare. Handläggare ett sa så här:

Jag träffade hemtjänstgruppen innan jag skulle träffa den enskilde med sina närstående. De var då förtvivlade över situationen hos personen i fråga. Det var enligt dem inte mycket som gick bra. Den demenssjuke däremot ville verkligen inte ha mer hjälp samtidigt som de närstående i form av barn sa något helt annat. Efter många vändor och cirka en månad fram i tiden valde jag att utöka hjälpinsatserna för att möta det behov jag fått till mig från hemtjänst och närstående. Jag fick inga kommentarer eller frågor om varför jag utökade hemtjänstinsatserna, däremot fick jag kommentarer den första tiden efter mötet om att mina kollegor upplevde det konstigt att individen inte fick mer hjälp.

I citatet beskriver handläggare ett hur denne tog till sig informationen från närstående och hemtjänst för att sedan bortse från den demenssjukes önskemål eftersom att det skulle innebära en risk för den enskilde. Att möjligheterna att själv få bestämma över sin situation tas ifrån den enskilde genom kategoriseringen skapar dock en konflikt gentemot den självbestämmandeprincip som biståndshandläggarna skall arbeta utifrån när de möter en demenssjuk.

Förväntningar på de demenssjukas omvårdnadsbehov utifrån organisationen och samhället tenderar att påverka biståndshandläggarnas syn på de demenssjukas omvårdnadsbehov. Vill inte den demenssjuke flytta eller få sin omsorg tillgodosedd på ett

vårdboende trots förväntningar från närstående och andra professioner uppstår en problematisk situation för biståndshandläggaren då de inte uppfyller de förväntningar som finns. Det blir problematisk då biståndshandläggarens beslut byggs på den enskildes önskemål och går emot organisationen och närståendes förväntningar.

För att visa på hur handläggarna upplever att demensdiagnosen kan styra bemötandet redovisar vi ytterligare ett citat från handläggare ett. Informanten beskriver vad denne anser vara ett stereotypt synsätt på demenssjuka. I citatet beskrivs även hur arbetet med handläggningen av individer går tillväga när de har en demensdiagnos.

När diagnosen demens sätts så tror jag ibland att man omedvetet, hoppas jag, plötsligt bortser från mycket av de personliga önskemålen från individen, jag tror och det får stå för mig att man kanske tänker att en dement är på ett visst sätt, det är inte någon större idé att sätta tilltro till allt vad de säger.

Informanten beskriver hur biståndshandläggare vid handläggning av en demenssjuk individs ärende ibland kan bortse från den enskildes personliga önskemål. Informanten beskriver även ett synsätt på demenssjuka individer som kan vara talande för samhällets kategorisering av demenssjuka individer. Det synsättet är att den demenssjuka är på ett visst sätt och att det inte är någon större idé att sätta tilltro till allt som de säger. Alltså, behöver man inte lyssna till allt som den demenssjuke säger då de kan sakna trovärdighet.

Vi anser att handläggaren beskriver ett synsätt på demenssjuka individer som grupp och vilka förväntningar en biståndshandläggare i sin yrkesroll eventuellt kan ha på en individ med demenssjukdom i mötet med den enskilde. Innehållet i synsättet är att den demenssjuke agerar och är på ett visst sätt och förväntas därför vara som de demenssjuka är.

I våra informanters resonemang återkommer ofta att det finns förutfattade meningar samt medvetna och omedvetna förväntningar på hur den demenssjuke individen förväntas agera. Likaså finns det förutfattade uppfattningar om vilken typ av hjälp den enskilde kommer att behöva innan den faktiska interaktionen skett med den demenssjuka individen. Efter att interaktionen har skett kan det också vara så att arbetssättet kring den demenssjuke förändras efter att en demensdiagnos satts.

En social kategori är inte en självvald gruppering. Grupperingarna byggs upp av gemensamma identiteter eller värderingar och kan beskrivas som en utifrån organiserad grupp som hålls samman på grund av att individerna av andra än sig själva bedöms höra ihop (Hedin & Tydén, 1998). Grupperingarna ger oss en logik för att skapa en förståelse för samhället samt en bild av hur individerna inom kategorin förväntas uppträda. Man kan förstå det som att kategoriseringen bygger på att den demenssjuke agerar och är på ett visst sätt och förväntas därför vara som samhället förväntar sig att de demenssjuka är. Kategoriseringen kan även innebära att en individ som har fått en demensdiagnos förväntas ha ett större omvårdnadsbehov än en individ som inte har en demensdiagnos. Omedvetet eller medvetet använder biståndshandläggare kategoriseringen av demenssjuka på ett visst sätt för att skapa förklaringar och logik för ett handlande som gör

handläggningsprocessen för biståndshandläggaren hanterbar. Kategoriseringen hjälper biståndshandläggare att få en logik i alla förväntningar från flera håll och skapa en pålitlighet i sin yrkesroll då man inte behöver förklara sitt handlande då man möter förväntningarna.

5.2 Gott bemötande

I vår studie är socialarbetaren biståndshandläggare och den hjälpsökande är den demenssjuka individen. Vår ambition i kapitlet om gott bemötande är att undersöka om informanterna utformar vissa typer av arbetssätt för att uppnå ett gott bemötande. Genom att tydliggöra om biståndshandläggarna utformar arbetssätt för att uppnå gott bemötande och hur det utformas så vill vi nå kunskap om hur informanterna ser på det goda bemötandet.

I intervjun med en av biståndshandläggarna så resonerar informanten utifrån det ”case” (bilaga 1) som skapats för att vara ett stöd i intervjusituationen. Det som ledde in till resonemanget var frågan om hur biståndshandläggaren själv såg på gott bemötande av en demenssjuk individ, exempelvis den individen som vi beskrivit i ”caset”. Informanterna säger bland annat så här:

Ett gott bemötande av demenssjuka anser jag vara... Jag försöker sätta den demenssjuke i fokus, ställa frågorna till denne, titta på den demenssjuke jag möter. Jag jobbar för att försöka få den enskilde att känna sig delaktig i mötet. Jag anser att det är ett gott bemötande.

Först och främst redogör informanten för ett arbetssätt som informanten anser skapa ett gott bemötande av den demenssjuka individen. De faktorer i sättet att arbeta som skapar ett gott bemötande är att rikta frågorna mot den demenssjuka och titta på densamma samt aktivt arbeta för att den demenssjuke individen skall vara delaktig i mötet. Handläggaren använder sig av olika medel för att nå detta. Det förefaller heller inte vara självklart att man får till ett gott bemötande vid första försöket. Tillvägagångssätten som biståndshandläggarna använder sig av för att utforma gott bemötande kan vara generella och anpassningsbara utifrån vilken handläggare man möter och vad dennes mål med gott bemötande är. Det citat vi kommer att presentera nedan ger en annan bild av hur biståndshandläggare kan anpassa arbetssättet för att skapa gott bemötande efter den man möter. Handläggare fyra berättar här för oss om ett möte med en demenssjuk individ där informanten fick utforma bemötandet i interaktionen med den enskilde flera gånger för att finna vad informanten ansåg vara ett gott bemötande.

Från det att jag klev innanför hans dörr till dess att jag klev ut fick jag nog ändra mitt bemötande både tre och fyra gånger för att hitta det som fungerar hos just honom.

Informanten berättar att det bemötande som denne först hade gentemot den demenssjuka individen inte fungerade för just honom, därför ändrade informanten sitt bemötande flera gånger för att hitta det som fungerade för den individ som satt på andra sidan bordet.

Centralt i vad informanten berättar i citatet är att det inte går att skapa en färdig mall för vad som är ett gott bemötande av demenssjuka individer. Vi menar att informantens syn på gott bemötande är vad som fungerar hos den enskilde, informanten menar att det sätt man först möter den enskilde på inte behöver vara det som skapar gott bemötande för den enskilde. Handläggaren utformar sitt bemötande efter de reaktionerna som handläggaren får på sitt bemötande i interaktionen för att uppfylla de förväntningar som finns. Genom att utforma sitt bemötande efter de reaktioner man får i interaktionen så kan kommunikationen och bemötandet till sist upplevas som tillfredställande för den demenssjuke genom att förändringarna i bemötandet till slut leder till att förväntningarna på mötet kan uppfyllas.

En av handläggarna beskriver efter en fråga från oss, hur denne försöker utforma mötet med den demenssjuka för att skapa en positiv känsla vid interaktionen. Informanten beskriver utförligt ett konkret möte och avslutar med ett uttalande som vi redovisar nedan. Informanten säger:

Det gör mig inget om det vi pratar om glöms bort av den demenssjuke inom kort, men i det läget i mötet med den enskilde och dennes eventuella anhöriga vill jag att den enskilde skall vara delaktig och på det sättet skapas det en känsla av delaktighet hos den demenssjuke. Jag vet inte hur mycket som stannar men för mig som handläggare känns det bättre om den demenssjuke är delaktig vid mötet.

I citatet säger informanten att han/hon önskar att den demenssjuke individen skall få en känsla av delaktighet för stunden i mötet, men att det eventuellt glöms bort eller att individen inte kan vara delaktig spelar för informanten mindre roll. Han/hon beskriver att det känns bättre i rollen som biståndshandläggare att den demenssjuke är delaktig vid mötet.

Oavsett om den demenssjuke minns mötet eller inte är handläggaren "nöjd" med sitt bemötande så länge han/hon anser sig ha skapat en delaktighet för den demenssjuka. Vi menar att i mötet med anhöriga och demenssjuka så skapas det en positiv känsla hos handläggaren om den demenssjuke individen är närvarande. Den positiva känslan är central i gott bemötande men handlar här om biståndshandläggarens upplevelse. För att analysera vad som sägs i citatet kommer begreppet "nät av pålitlighet" till användning. För att inte behöva ställas till svars och behöva försvara sitt handlande menar Schwalbe (2008) att pålitligheten är central. I teorin handlar pålitlighet om att kunna försvara och rättfärdiga sina handlingar. Informanten beskriver hur denne agerar i mötet med demenssjuka individer och dess anhöriga för att skapa något som handläggaren själv anser vara ett gott bemötande. På så sätt försöker biståndshandläggaren skapa en positiv känsla i den situation som denne har kontroll över. Vi tolkar det som att informanten beskriver ett arbetssätt för att skapa ett gott bemötande och att det handlar om att rättfärdiga sitt eget handlande. Reaktioner och upplevelser kring det goda mötet ligger

utanför vad biståndshandläggare kan påverka. Biståndshandläggaren försöker alltså skapa ett gott bemötande inom den situation som han eller hon faktiskt kan kontrollera.

Vi anser att vi i resultatet kan se faktorer som skapar ett gott bemötande, dessa är att sätta de enskilde i fokus, arbeta för att skapa en delaktighet samt ställa frågor till den demenssjuke. Att använda sig av de olika faktorerna under interaktionen för att kunna forma bemötandet utifrån vem man möter är också centralt för det goda mötet. Citaten menar vi återspeglar hur man kan skapa ett gott bemötande med hjälp av att kunna anpassa sitt arbetssätt efter vem man möter.

Lipsky (1980) menar att gräsrotsbyråkraterna i jämförelse med andra tjänstemän har en relativt stor handlingsfrihet vilket innebär att de relativt fritt kan besluta om utformning, kvalitet och mängd på de sanktioner och fördelar som de inom sitt område har mandat att besluta om. Lipsky (a.a) menar att handlingsfriheten i det här fallet är nödvändigt för gräsrotsbyråkraten för att kunna utföra arbetet då arbetet är för komplext för att arbeta efter exempelvis färdiga manualer. Som vi skrivit ovan anser vi att handläggare ett inte utformar sitt bemötande efter en färdig mall om vad denne anser vara ett gott bemötande utan istället efter den demenssjuke individen. Handlingsfriheten i biståndshandläggarnas yrkesroll leder till att de utformar sitt bemötande efter vilka reaktioner de får i interaktionen med den enskilde. Men hittar handläggaren rätt redan vid den första kontakten så behöver inte handläggaren i lika stor utsträckning utnyttja handlingsfriheten. Att kunna förändra sitt beteende efter reaktionerna i interaktionen underlättar för biståndshandläggaren att uppnå de förväntningarna som finns på mötet. Att anpassa arbetssättet för att skapa ett gott bemötande handlar alltså om att genom en handlingsfrihet kunna anpassa arbetssättet till den biståndshandläggaren möter. För att skapa ett gott bemötande behöver handläggaren dock kunna förklara och rättfärdiga sitt handlande gentemot organisationen, kollegor och den enskilde annars anses biståndshandläggarens handlande inte vara acceptabelt. Det är därför viktigt att biståndshandläggaren kan anpassa sitt sätt att arbeta till olika situationer som kan uppstå samt kunna utforma dem så de är försvarbara.

5.3 Nätverk

Demens är en sjukdom som skapar ett stort lidande både för den som drabbas och den drabbades anhöriga (Svanström, 2009). När en individ drabbas av demenssjukdom är de mest typiska symptomen kognitiv svikt och minnesförlust (Åstrand, 2009). Som följd av symptomen får då ofta den demenssjuke individen svårt att föra sin egen talan. Det finns lagstiftning som tydligt reglerar vem som får företräda klienten då den enskilde uppenbart saknar förmågan att själv framföra sina önskemål om önskad hjälp från socialnämnden (Socialstyrelsen, 2006). Som följd av demenssymptomen finns det därför ofta många runt den demenssjuke individen som hjälper till att föra den enskildes talan eller hjälper till i vardagen. Biståndshandläggare behöver därför i ärenden som rör demenssjuka individer ofta bemöta fler än bara den enskilde vilket leder till att det blir än mer komplicerat att

skapa ett gott bemötande. Vi vill därför i detta kapitel redovisa om nätverket kring den demenssjuke kan påverka biståndshandläggarnas hänsynstagande till självbestämmandet hos demenssjuka.

5.3.1 Att möta fler än den enskilde

I mötet med en demenssjuk individ kan det vara så att det finns företrädare eller anhöriga runt den enskilde som är behjälpliga med att föra den demenssjukes talan. Utifrån vårt ”Case” (bilaga 1) resonerar en av handläggarna kring vilka svårigheter som uppkommer i mötet med demenssjuka individer när man skall ta självbestämmandeprincipen i beaktande. Vi ställde en fråga om hur denne skulle ha agerat om den demenssjuke i ”Caset” inte är har förmåga att företräda sig själv. Informanten berättar då:

I mångt och mycket är bemötandet av den demenssjuke mer än bara mötet med den enskilde. Nätverket blir ofta centralt i mötet. Framförallt med demenssjuka individer, jag tror också att man har mycket större fallenhet att lyssna på människor runt omkring, hemtjänstpersonal, god man, anhöriga, distriktssköterskor och sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Tänk er själv att sex personer berättar för dig hur du ska ha det bara för att du är glömsk vissa dagar. Jag tror att vi har en fallenhet att lyssna på professioner och annat, i större utsträckning än den enskilda vid dessa möten och när man samlar in information om en demenssjuk person.

Handläggaren beskriver att i mötet med en demenssjuk möter man fler än bara den demenssjuka individen. Är individen demenssjuk tenderar biståndshandläggare att lyssna mer på andra professioner runt den demenssjuka samt deras anhöriga eller deras eventuella företrädare. I ett ärende som rör en demenssjuk individ anser handläggaren att fler personer har möjlighet att påverka den enskildes önskemål och biståndshandläggaren om vilken typ av bistånd som är behövligt. De får även en större del i hela bemötandeprocessen än om individen inte hade haft en demenssjukdom.

Det finns lagstiftning som tydligt reglerar vem som får företräda klienten då den enskilde uppenbart saknar förmågan att själv framföra sina önskemål om önskad hjälp från socialnämnden (Socialstyrelsen, 2006). Är det så att den enskilde inte längre företräder sig själv är det endast den enskildes företrädare som har rätt att söka om hjälp för den enskilde. Trots att det är tydligt i lagstiftning vem som får företräda den enskilde förefaller det i våra informanternas utsagor vara så att biståndshandläggare ändå har en fallenhet för att lyssna på personer i nätverket som inte företräder den demenssjuka individen. I sådana här fall menar vi att kategoriseringen av demenssjuka blir relevant och användbar för biståndshandläggare eftersom det inte hör till ovanligheterna att demenssjuka individer har svårt att föra sin egen talan. Enligt våra informanternas utlåtande krävs det därför att biståndshandläggare lyssnar till nätverket kring den demenssjuka för att skapa en bild av omvårdnadsbehovet hos den enskilde. I och med att biståndshandläggare i dessa fall behöver lyssna på fler personer i nätverket kring den

demenssjuke kan det även uppstå ett riskmoment i ärendehantering. Riskmomentet som riskerar att uppstå är att självbestämmandet för den enskilde blir lidande.

En av handläggarna beskriver ett problem som kan uppstå i relation till självbestämmandeprincipen när biståndshandläggare möter demenssjuka individer och deras närstående. Informanten säger att:

Faran i mötet med demenssjuka är att man möter den som ropar högst. Ofta är det anhöriga, god man eller förvaltare som finns med på mötet. Jag menar att faran i mötet är att man glömmer den enskilde och lyssnar på en person som kanske inte känner den enskilde bäst.

I citatet beskriver informanten att det kan uppstå en svårighet i mötet med demenssjuka om man endast lyssnar på den som bäst kan lägga fram ett resonemang om vilket hjälpbehov den demenssjuke individen har.

Den risk som finns när biståndshandläggaren möter den demenssjuka tillsammans med deras eventuella ombud eller anhöriga som för deras talan är att handläggaren glömmer bort den enskilde. Vi tolkar citatet som att man som biståndshandläggare ibland behöver bemöta "fel" person i nätverket, man möter den som "ropar högst" och inte den som känner den demenssjuke individen bäst. Faran som informanten beskriver kan vi även urskilja i tidigare forskning om demenssjuka och deras ombud. Hellström (2007) beskriver att skillnader som uppstår mellan de demenssjuka och deras ombud kan få skadliga effekter för den demenssjuke. Så som hjälpinsatser som inte möter omvårdnadsbehovet. Är det då så att man som handläggare tvingas möta en individ i nätverket som inte har störst kunskap om den demenssjukes livsvärld och önskemål riskerar insatserna och bemötandet att bli felaktiga och av sämre kvalitet.

Just att självbestämmandet kan bli lidande i ärenden som rör demenssjuka på grund av personer i nätverket kan vi även se i ett citat från handläggare ett. Handläggare ett säger att:

Jag tror att vi handläggare tvingas lyssna mer till de i den demenssjukes nätverk, dock blir de svårigheter om det kanske finns väldigt många i den enskildes nätverk eller få och någon som tar väldigt mycket plats. Lyssnar man på nätverket tycker jag att man behöver höra allas sida av situationen.

Tydligt i avsnittet om nätverk är att nätverket kring den demenssjuke påverkar biståndshandläggarens hänsynstagande till självbestämmande hos den demenssjuke. Dels påverkar nätverket på så sätt att det är det enda sättet för biståndshandläggaren att samla information om den enskilde men samtidigt så kan nätverket även leda till att biståndshandläggaren tvingas bemöta många fler än de som känner den demenssjuke bäst. Att nätverket kring den demenssjuke påverkar hänsynstagandet till självbestämmandeprincipen märker vi även i ett citat från handläggare två:

Jag har varit med om, vid flera tillfällen skall jag säga att anhöriga, exempelvis barn har skickat in boendeansökan för den enskilde utan att denne varit informerad.

Här beskriver alltså informanten om hur nätverket kan försöka påverka handläggningen av ärenden som rör demenssjuka.

Att möta fler än den enskilde verkar enligt våra informanter vara vanligt förekommande i ärenden som rör individer med en diagnostiserad demenssjukdom. Det förefaller även vara så att nätverket i större utsträckning får möjlighet att påverka de hjälpinsatser som behövs kring den enskilde. Man kan förklara det som att anhöriga, företrädare, omvårdnadspersonal och övriga professioner får en viktig roll kring den demenssjuke då handläggaren tenderar att lyssna mer på nätverket kring den enskilde då det finns en demensdiagnos. Detta kan också innebära risker för den enskilde då handläggaren i alla fall kanske inte lyssnar på den som känner den demenssjuke och vet om deras önskemål och behov bäst.

Vår tolkning av nätverk är att gemensamt för vad informanterna har sagt är att självbestämmandet är en central del vid handläggningen som tenderar att bli lidande i ärenden som rör en demenssjuk individ. Självbestämmande kan definieras som rätten till att själv besluta om sitt eget liv. I den svenska socialtjänstlagen är självbestämmandepincipen central, den innebär att var och en har rätten att själv bestämma vilka insatser som skall utföras. Man har även rätt att söka de insatser man önskar (Thorslund, 2000). Att självbestämmandet riskerar att bli lidande i dessa ärenden är något vi även kan konstatera med hjälp av tidigare forskning. Cahill (2004) beskriver att det inte hör till ovanligheterna att demenssjuka och deras ombud, i det här fallet god man eller annan företrädare ofta har olika synpunkter på livskvalitet då de ofta inte lärt känna varandra innan demenssjukdomen. Resultatet av de skilda uppfattningarna mellan den demenssjuke och dennes ombud kan därför leda till att den demenssjukes möjlighet att få en god livskvalitet inte kan uppnås. Om biståndshandläggare även väger in andra individer i nätverkets berättelser och synpunkter menar vi att risken för att självbestämmandet blir lidande ökar än mer. Å andra sidan kan det vara så att den demenssjuke är så pass långt gången i sin sjukdom att det enda sättet att få information om den enskilde är genom en dialog med eventuella företrädare eller anhöriga för att kunna utforma den omsorg och de insatser den enskilde är i behov av.

6. Diskussion

Syftet med denna studie har varit att studera biståndshandläggares resonemang kring bemötande av demenssjuka individer ur ett handläggarperspektiv. I detta kapitel kommer vi att diskutera och reflektera över resultatet av vår studie.

Vi har i vårt arbete med uppsatsen tagit del av handläggares resonemang, tidigare forskning och annan adekvat litteratur som bidragit till att vi som blivande socionomer fått en bredare förståelse för demenssjukdomen och vilka möjligheter och komplikationer som medföljer insjuknandet i en demenssjukdom, oavsett diagnos, både för myndighetsutövaren samt den enskilde. Vi har sett att det är så mycket mer än bara relationen handläggare – demenssjuk som påverkar den enskildes situation i samhället, något vi har försökt belysa genom vårt arbete.

En av frågeställningarna i studien har varit att ta reda på om en demensdiagnos för den enskilda leder till ett förändrat arbetssätt för biståndshandläggare gentemot deras arbetssätt i ärenden där den enskilda inte har en demensdiagnos. Utifrån intervjuerna kan vi se att det tenderar att skapas förväntningar på hur biståndshandläggarna skall utföra sitt arbete. Dessa förväntningar grundas i de föreställningar om individens beteende och kompetens som följer på en demensdiagnos. Genom dessa förväntningar på biståndshandläggarna så skapas i sin tur omedvetna kategoriseringar av demenssjuka individer från biståndshandläggarna. Vi menar att kategoriseringen av individer i samhället kan vara nödvändigt i byråkratiska system och i samhället som stort. Kategoriseringen kan hjälpa oss som människor i samhället och som handläggare på en myndighet att få en logik till varför vissa individer har en viss egenskap. Vi anser att det kan underlätta för människor i samhället och yrkesverksamma biståndshandläggare att göra vissa beteenden begripliga. Vi anser alltså att kategoriseringar krävs för att ge byråkratiska system samt samhället en helhetsbild av en demografi eller en grupp i samhället.

Vad som dock riskerar att bli problematiskt med kategoriseringen är att det kan påverka biståndshandläggares bemötande av demenssjuka individer och utformningen av arbetet på ett negativt sätt, vilket vi sett kan ske i just ärenden som rör demenssjuka individer. Anledningen till detta anser vi grundar sig i att kategoriseringen av demenssjuka individer skapar förväntningar på hur handläggaren förväntas uppträda i mötet med demenssjuka och handläggningen av ärendet. Förväntningarna kommer från kollegor, arbetsgivaren och nätverket kring den demenssjuke och påverkar i sin tur handläggarens förväntningar på den enskilde om vilket hjälpbehov som finns. Det problematiska i de situationerna är att förväntningarna från kollegor, arbetsgivaren och nätverket kring den demenssjuke om den enskildes hjälpbehov som ställs på biståndshandläggaren inte är rimliga i jämförelse med det faktiska hjälpbehovet hos den demenssjuke. Vi anser dock att kategoriseringen och det förändrade arbetssättet inte nödvändigtvis är negativt, den kan även vara gynnsamt för den enskilde. Kunskap om demenssjukdomen kan leda till ett bättre bemötande. Kunskapen om demenssjukdom är också vad som leder till kategoriseringen av demenssjuka individer. Vi anser alltså att om det är kunskap om demenssjukdom som kategoriseringen

av demenssjuka individer bygger på så är det en kategorisering som är positiv då kategoriseringen inte bygger på generella uppfattningar om hur demenssjuka förväntas uppträda utan istället bygger på verklighetsförankrad kunskap om hur demenssjukdomen har sin gång för den individ som insjuknat. En sådan form av kategorisering kan då leda till ett bemötande som är utformat efter den individ som handläggaren möter.

Vår andra frågeställning som vi arbetat med i uppsatsen är om nätverket kring den demenssjuke påverkar biståndshandläggares hänsynstagande till självbestämmande hos demenssjuka. I våra intervjuer kunde vi se att nätverket kring den demenssjuka kan få en stor betydelse då den enskilde insjuknat i en demenssjukdom och inte längre bedöms kunna föra sin egen talan.

Vi anser därför att det var intressant att belysa och diskutera hur nätverket kring den demenssjuke individen kan påverka biståndshandläggarens hänsynstagande till självbestämmandet hos den enskilde. När biståndshandläggarna handlägger ärenden med en individ som har en diagnostiserad demenssjukdom så tenderar handläggaren att lyssna på fler personer i den enskildes nätverk. Man samlar information från anhöriga, utförare samt eventuella företrädare på ett mer utförligt sätt vilket vi anser vara positivt eftersom helhetsbilden av den enskilde blir mer utförlig och vi har ställt oss frågan om varför insamlandet av information kring kunderna då inte genomförs på samma sätt i alla ärenden.

Men det finns riskmoment i ärenden där den enskilde lider av en demenssjukdom. Handläggaren kan tvingas att möta fler anhöriga och företrädare och måste då även kunna fastställa vem som känner den demenssjuke bäst om den demenssjuke inte längre kan företräda sig själv. En konflikt kan då uppstå gentemot begreppet självbestämmande som har varit en central del i vårt resultat. Vi menar att den enskildes integritet kan förbises då nätverket kring den demenssjuke kan komma att ”köra över” den enskilde. Detta tydliggjordes av en informant som sa: ”Anhöriga, exempelvis barn, har skickat in boendeansökan för den enskilde utan att denne varit informerad”. Vi har även tagit del av att handläggaren tvingas ”möta den som ropar högst” vilket kan leda till att handläggaren då behöver samtala över huvudet på den som faktiskt är i behov av hjälpinsatser då nätverket kring den enskilde inte låter den demenssjuke komma till tals. I de fall där nätverket för en stor del av den demenssjukes talan så riskerar det att uppstå en konflikt gentemot individens självbestämmande. Vi anser att det finns tendenser som pekar mot att en demensdiagnos kan leda till att vissa möjligheter till viss del tas ifrån de enskilda då nätverket kring den demenssjuke tvingas föra en stor del av den enskildes talan. Den främsta möjligheten som riskerar att tas ifrån de enskilda är just rätten att själv påverka utformandet av de hjälpinsatserna som den enskilde kan ansöka om. Åsidosätts i vissa fall den enskildes önskan anser vi att insatserna inte bygger på den lagstiftning om utformandet av hjälpinsatser som återfinns i socialtjänstlagen.

Den sista frågeställningen vi arbetat med i vår studie handlar om hur biståndshandläggare arbetar för att skapa ett så gott bemötande som möjligt och hur det goda bemötandet kan påverkas. Bemötandet är det mest centrala i yrkesrollen som handläggare enligt oss

och våra informanter som kommit till tals i studien. Att skapa ett gott bemötande gentemot demenssjuka verkar till största del handla om att få den demenssjuke att vara delaktig i interaktionen. Det handlar om att ställa frågor till, titta på och verkligen sätta den demenssjuke individen i fokus. Vi menar att man kan se paralleller mellan vad våra informanter menar vara ett gott bemötande och begreppet självbestämmande. Vi anser att det så klart är svårt att till fullo följa självbestämmandeprincipen då en individ är långt gånngen i sin demenssjukdom men handläggare kan genom friheten i sin yrkesroll alltid anpassa självbestämmandet efter den man möter, så att självbestämmandet i den mån det går uppfylls. Upplevelsen av ett gott bemötande skiljer sig även från person till person. Därför är det viktigt att biståndshandläggare kan utforma sitt arbetssätt efter den man möter. Upplevs mötet som gott handlar mycket om att förväntningarna och kraven på de olika parterna i mötet har uppfyllts. I strävan efter att skapa ett gott bemötande gentemot demenssjuka individer utformar biståndshandläggare arbetssätt för att skapa ett gott bemötande. Handlingsfriheten som biståndshandläggarna har i yrkesrollen leder till att arbetssättet utformas och tillämpas på olika sätt av biståndshandläggarna, något som är typiskt för gräsrotsbyråkrater enligt Lipsky (1980). Genom handlingsfriheten kan även biståndshandläggaren utforma ett gott bemötande under mötet efter de reaktioner de får på sitt bemötande under interaktionen. Att använda sin handlingsfrihet till att utforma bemötandet efter den man möter menar vi vara ett arbetssätt som vi tror och hoppas att de flesta biståndshandläggare efterföljer.

6.1 Förslag till fortsatt forskning

Det finns forskning kring demens och bemötande, däremot anser vi att forskning som för ihop de båda begreppen kan utvecklas. Vi skulle gärna ta del av mer forskning om myndighetsutövares bemötande av demenssjuka samt dess anhöriga.

Det vore intressant att ur ett myndighetsperspektiv ta reda på hur anhöriga påverkar biståndshandläggares beslut. Vad blir effekten av att ha anhöriga eller företrädare som strider för den demenssjuka gentemot de som saknar anhöriga eller andra företrädare? Hur påverkas demenssjuka som saknar anhöriga eller företrädare? Kan det vara så att handläggare tar mer hänsyn till självbestämmandet hos demenssjuka som inte har anhöriga eller företrädare som strider för dem?

Något som har väckt intresse hos oss och som vi har diskuterat mycket kring är om bemötandet samt beslutsfattandet av biståndshandläggare påverkas av deras tidigare erfarenheter och/eller utbildning. Påverkar kollegor, andra professioner eller enhetschefen deras sätt att bemöta en demenssjuk och/eller beslutsfattandet? Vi anser att de ovan nämnda variablerna är värda att diskutera ytterligare.

Litteraturförteckning

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, K. (2007). *Omsorg under förhandling – om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Umeå Universitet.
- Blennberger, E. (2005). *Etik – I socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Cahill, S. Begley, E. Topo, P. (2004). I know where this is going and I won't go back': Hearing the individual's voice in dementia quality of life assessment. *Dementia*; 2004; 3: 310 – 30.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning: Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Växjö Universitet
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K. Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlstedt, A-C. & Björnefeldt-Rex, G. (2007). *God man – förvaltare*. Lund: Studentlitteratur.
- Douglas, M. (1987). *How institutions thinks*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken*. Malmö: Liber.
- Franzén, M. (2005). I frågan om makt. Diskurser, resurser, kontexter. I Goldberg, Ted (red): *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedin, M. & Tydén, M. (1998). Sociala kategoriseringar, historikerns och historiens. *Historisk tidskrift*, nr. 4, sid. 485-495.
- Hellström Muhli, U. (2003). *Att överbrygga perspektiv – en studie av behovsbedömningssamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik.
- Johansson, R. (1997). *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv (akad avh)
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Mattsson, T. (2008). *Intersektionalitet i socialt arbete. Teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups.

- Melin, S. (2004). *Socialtjänstens grunder – Centrala begrepp från A till Ö*. Stockholm: Gothia.
- Melin Emilsson, U. (2008). Identity and relationships: On understanding social work with older people suffering from dementia. *Journal of social work practice*, 22:3, 317-328.
- Miesen, L. (1993). Alzheimers disease, the phenomenon of parent fixation. *International journal of geriatric psychiatry*, 8, s 147 – 153.
- Norström, C., & Thunved, A. (2010). *Nya sociallagarna*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Olaison, A (2009), *Negotiating needs*. Linköpings Universitet.
- SBU, Dementia. (2008). *Etiology and epidemiology, A systematic review, Volume 1*. Stockholm, statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schwalbe, M. (2008). *Rigging the game: How inequality is reproduced in everyday life*. New York: Oxford University Press.
- Sehlin, E. (2003). *Förmyndare god man och förvaltare – En information jämte föräldrabalken*. Stockholm: Kommentus Förlag.
- SFS 2001:937. Socialtjänstförordning. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1949:381. Föräldrabalk. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1993:387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Socialstyrelsens skrivelse angående företräderskap för vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1996:134. *Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv*. Delbetänkande av utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1997:170. *Bemötande av äldre*. Betänkande av Utredningen för att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2004:112. *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*. Stockholm: Socialdepartementet

Svanström, R. (2009). *När livsvärldens mönster brister – erfarenheter av att leva med demenssjukdom*. Växjö Universitet.

Thorslund, M. (2000). Äldreomsorgens dramatiska utveckling – om dilemman och målkonflikter. I U. Pettersson (Red.), *Etik och socialtjänst – om förutsättningarna för det sociala arbetets etik*. Stockholm: Gothia.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer: Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Original. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. [2011-11-10, kl. 09.53]

Åstrand, R. (2009). *Den lilla boken om demens*. Stockholm: Lifespan AB

.

Bilaga 1

Pelle är en 83-årig man som bor ensam i en lägenhet i de centrala delarna av staden. Pelle är särbo med sin maka Elsa som är sju år yngre, Elsa flyttade för cirka 2 år sedan till en egen lägenhet då hon inte orkade med hemsituationen ihop med Pelle men Elsa träffar fortfarande Pelle regelbundet. Paret har ett gemensamt barn som bor i en annan stad cirka 10 mil därifrån. Pelle har sedan 4 år tillbaka en demensdiagnos av typen vaskulär demens. Sedan Elsa flyttade har Pelle successivt fått allt mer stödinsatser från vård och omsorgsförvaltningen i takt med att Pelle försämrats i sin demenssjukdom. Pelle fick för cirka 1,5 år sedan en god man som skall sörja för Pelle. Pelle har hjälp och stöttning med all sin personliga omvårdnad då hans dagsform avgör hur mycket han klarar av självständigt. Pelle har även hjälp med alla måltider, städ och tvätt samt hjälp med inköp och övriga ärenden. De senaste två åren har Pelle fått allt svårare att orientera sig till tid, rum och person. I dagsläget har Pelle som svårast med att orientera sig till rum och person. Pelle har i takt med att han försämrats även fått svårare att kommunicera och bedöms inte längre vara adekvat i sin kommunikation då hans gode man för Pelles talan. Men när Pelle har en "bra dag" kan han lämna önskemål om mat, tv-program och musik han vill se eller höra till hemtjänstpersonalen.

I september månad hittade hemtjänstpersonal Pelle på morgonen liggandes på golvet i sin bostad, det är oklart hur länge Pelle hade varit liggandes då Pelle inte använt sig av sitt trygghetslarm. Pelle inkom då till sjukhus på grund av fall i bostaden, förvirring och nedsatt allmäntillstånd. Pelle behandlades på sjukhuset i cirka en vecka där de gjort medicinjusteringar samt gjort observationer och utrett Pelles allmäntillstånd. Pelle har under tiden på sjukhuset tett sig orolig, försökt "rymma" från avdelningen, inte visat någon aptit samt vid vissa tillfällen tett sig agiterad mot personal. Kallelse till vårdplanering inkommer och vid mötet närvarar avdelningssköterska, Pelle, God man, Pelles son samt biståndsbedömare.

Vid mötet inleder sköterskan med att berätta vad som har hänt under sjukhusvistelsen samt varför Pelle inkom, det nytillkomna i Pelles hälsotillstånd är att han tett sig allt mer förvirrad, varit agiterad samt har en fallrisk som inte tidigare varit dokumenterad. När planeringen inleds så anser den gode mannen till Pelle att hemsituationen är ohållbar och att Pelle inte längre kan vistas i sitt eget boende på grund av hans hälsotillstånd. Den gode mannen vill ansöka om vårdboende samt att Pelle skall få komma till kommunens korttidsvård i väntan på vårdboende. Pelles son har en annan åsikt. Han menar att Pelle fortfarande klarar att bo hemma men vill att hemtjänsten skall komma mer regelbundet samt att Pelle skall få ansöka om annat boende samt vänta i sin egen bostad på beslutet om annat boende. Pelle själv ter sig på vårdplaneringen förvirrad och kan inte riktigt få grepp om alla personer. Pelle uttrycker dock under vårdplaneringen vid upprepade tillfällen att han vill "komma hem idag".

Hur skulle du som biståndsbedömare agera i denna situationen?

Bilaga 2

Intervjuguiden

Tankar och motiveringar

- Om du skulle beskriva ditt arbete som biståndsbedömare för en utomstående, vad skulle du då säga?
- Vad är det svåraste med ditt arbete?
- Kan du beskriva processen i ett ärende?
- Hur länge har du arbetat som biståndsbedömare?
- Vad tycker du är den viktigaste aspekten i ditt arbete som biståndsbedömare?
- Kan du beskriva begreppet demens för oss?

Interaktion

- Vad anser du vara ett bra bemötande?
- Kan du beskriva ett detaljerat möte med en kund som inte har en demensdiagnos?
- Vad är det som gör att du minns just detta möte?
- Kan du beskriva så detaljerat som möjligt en situation där du mött en demenssjuk?
- Vad är det som gör att du minns just detta möte?
- Vilka känslor väcks hos dig när du möter en demenssjuk?
- Upplever du skillnad i mötet med en demenssjuk och en icke demenssjuk?
- Hur tror du andra handläggare agerar?
- Finns det olikheter i möten med dementa?
- Vad anser du vara viktigt att tänka på när du möter en demenssjuk?
- Har du fått någon speciell utbildning om demenssjukdom?
- Har du någon gång gjort skillnad i mötet med en demenssjuk och en icke demenssjuk?
- På vilket sätt?
- Skulle du vilja få högre kompetens av bemötande? Kan din arbetsgivare göra något åt det?

Självbestämmande

- Hur arbetar du för att tillgodose den demenssjukes önskemål?
- Vilka svårigheter anser du det vara att se till en demenssjuks självbestämmande?
- Hur resonerar du kring att forma insatserna av så god kvalité som möjligt för den demenssjuke?
- Kan anhöriga eller eventuell godman/förvaltare påverka den demenssjukes självbestämmande.
- Hur mycket påverkar anhöriga och gode män/förvaltare dina beslut och utformande av insatser?
- Påverkar det kvarboendepincipen som finns?
- Kan anhöriga påverka en enhetlig bedömning av alla demenssjuka?