



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Socialhögskolan

# Diagnosens betydelse

## En kvalitativ studie om biståndshandläggning för äldre med demensdiagnos.

Av: Antonia Axegren och Sonya Krzyzanski

Kandidatuppsats SOPA 63  
VT 2015  
Handledare: Yvonne Johansson

# Abstract

Author: Antonia Axegren and Sonya Krzyzanski

Title: The significance of the diagnosis – A qualitative study regarding the care administration of elderly patients with dementia [Translated title]

Supervisor: Yvonne Johansson

Assessor: Kristina Göransson

The purpose with this study was to investigate how social secretaries in elderly care receive to dementia patients over the age of 65 in the care administration, focusing on the social secretaries discretion and the rights of the patients with dementia. The population consisted of four social secretaries in elderly care, granting assistance to dementia patients over the age of 65, and one nursing assistant working in two different municipalities in the county of Skåne. The age limit of the patients was set to 65 due to the fact that dementia is more common over the ages of 65, and due to the fact that the age limit affects current legislation. The used method was a qualitative method with semi-structured interviews, in order to document the respondents' perspective on discretion, their relationship to the individual and her diagnosis and how they estimate the individuals capacities to act in relation to rights and insights. The results of the study showed that the interviewed professionals believe their to have great discretion but highlight that their work is controlled by legislations, rules, values/standards and guidelines. When estimating the individuals' capacities to act in relation to her rights and insights, relatives were significant as they can provide information regarding the individual as a person before the affection of dementia. The diagnosis of dementia did not appeared as important when mapping the individuals' right/capacities to act, but appeared as significant when granting intervention. This since it was seen as the key to be granted the service of particularly demented and also since the diagnosis could provide information important to the nursing staff.

Key words: social secretaries in elderly care, elderly people with dementia/dementia diagnosis, self-determination, integrity and discretion.

# Förord

Vi vill för det första tacka oss själva för samarbetet och tålamodet vi tillfört till varandra. Vi vill tacka våra intervjupersoner för att ni tog er tid till att besvara våra frågor. Utan Er hade det inte blivit någon studie.

Vi vill även tacka vår handledare Yvonne Johansson som under arbetets gång trots jul och nyår tagit sig tid med att ge oss konstruktiv kritik och tips.

Lund 2015

Antonia Axegren & Sonya Krzyzanski

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte.....	8
1.3 Frågeställningar.....	8
1.4 Avgränsningar.....	8
2. Begreppsförklaring.....	9
2.1 Rättshandlingsförmåga.....	9
2.2 Rättvisemoral.....	9
2.3 Omsorgsmoral.....	9
2.4 Underlåtenhetssynd och övergrepp.....	9
2.5 Självbestämmande.....	10
2.6 Integritet.....	11
2.7 Samtycke.....	11
2.8 Demenssjukdom och demensdiagnos.....	11
3. Bakgrund.....	13
3.1 Nationella riktlinjer.....	14
4. Tidigare forskning.....	16
4.1 Biståndshandläggares yrkesroll.....	16
4.2 Moral och rationalitet.....	17
4.3 Etiska överväganden och rättssäkerhet.....	18
5. Teoretiska utgångspunkter.....	20
5.1 Professionsteori.....	20
5.2 Gräsrotsbyråkrat och handlingsutrymme.....	21
6. Metod.....	23
6.1 Val av metod.....	23
6.2 Val och urval.....	23
6.3 Metodens förtjänster och begränsningar.....	25
6.4 Datainsamling och genomförande.....	26
6.5 Databearbetning och analysmetod.....	26

6.6 Metodens äkthet och tillförlitlighet.....	27
6.7 Förförståelse.....	28
6.8 Etiska överväganden.....	29
6.9 Arbetsfördelning.....	29
7. Resultat och analys.....	31
7.1 Presentation.....	31
7.2 Kunskap om demenssjukdom i biståndshandläggningen.....	31
7.2.1 Innehåll i biståndshandläggningen.....	31
7.2.2 Demensdiagnos.....	35
7.3 Praktikens dilemman.....	37
7.3.1 Etiska överväganden.....	37
7.3.2 Anhörigas perspektiv.....	41
7.3.3 Sjukvårdens perspektiv.....	44
7.3.4 Ekonomi.....	46
8. Sammanfattning och slutdiskussion.....	47
Referenslista.....	52
9. Bilagor.....	58
9.1 Bilaga 1.....	58
9.2 Bilaga 2.....	59

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Äldreomsorgen har sitt ursprung i fattigvården med dess lagstiftning från 1918 som krävde uppbyggnad av ålderdomshem, där äldre och personer med funktionsnedsättningar bodde fram till 1940-talet (Tolf, Ardström & Eriksson, 2010:11-12). Vid mitten av 1940-talet trädde nya lagar i kraft som innebar att enbart äldre fick bo på ålderdomshem. Utvecklingen fortsatte framåt och kommunerna fick under 1960-talet ansvar för att bygga hemtjänst, ålderdomshem och senare servicehus. Ett mer humanistiskt synsätt trädde in när socialtjänstlagen togs fram år 1982, men den verkliga vändpunkten för äldreomsorgen var ädelreformen som kom år 1992. Ädelreformen tilldelade kommunerna ansvar för äldres omsorg, sociala aspekter och medicinsk vård, det vill säga ett ansvar som innebar en helhetssyn. Under 1990-talet infördes även nya lagar för att öka säkerheten i vård och omsorg.

Biståndshandläggare inom äldreomsorgen arbetar inom socialtjänstens vård- och omsorgsenhet (Tolf, Ardström & Eriksson, 2010). De arbetar för att utreda äldre personers behov av vård och omsorg när de inte längre kan ta hand om sig själva på ett tillfredställande sätt. Utredningsarbetet syftar till att kartlägga den äldres behov och sedan göra en bedömning vilket stöd som är aktuellt. Handläggningen regleras av lagar, regler, riktlinjer och ekonomiska ramar (ibid.) och innebär ett arbete utifrån rättvisemoralen, som säkerhetsställer individens rättsäkerhet (Dunér & Nordström, 2003:42, 44-46). Arbetet sker även utifrån omsorgsmoralen som handlar om att bemöta varje enskild individ utifrån en helhetssyn som inkluderar personens behov och relationer. Biståndshandläggaren skall arbeta utifrån ett respektfullt bemötande av den enskilda som framgår av 1 kap, § 3 SoL: ”Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet” (SOU:2001:453). Regleringen av utredningsarbetet gör att biståndshandläggarens handlingsutrymme är relativt begränsat.

Åldersstrukturen i Sverige har förändrats under de senaste 100 åren (Statistiska centralbyrån, 2014). År 2014 halverades antalet barn som var i tio års åldern eller yngre, medan antalet över 65 år eller äldre mer än fördubblades. 25 000 människor insjuknar varje år i en demenssjukdom, som oftast bryter ut efter 65 - årsåldern (Svenskt demenscentrum, 2014b).

Sjukdomen påverkar de kognitiva förmågorna negativt, som till exempel minnes- och sinnesförvirring. Det kan i sin tur påverka personens förmåga att fatta beslut, det vill säga rättshandlingsförmåga (Svenskt demenscentrum, 2010). I Sverige har cirka 160 000 människor en demensdiagnos och enligt de aktuella prognoserna kan 240 000 personer drabbas av någon form av demenssjukdom år 2050 (Svenskt demenscentrum, 2014b). Vård- och omsorgskostnaderna för personer med demenssjukdom beräknades under år 2014 uppgå till 63 miljarder kronor till skillnad från år 2007 då kostnaderna var 50 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2010b; 2014a). Biståndshandläggarna beslutar om insatser för vård- och omsorg gällande äldre över 65 år med demenssjukdom.

Aktuell forskning har i stor utsträckning behandlat biståndshandläggarens yrkesroll och yrkesutövning med arbetsuppgifter som ofta kantas av etiska dilemman samt svåra individuella bedömningar (Dunér & Nordström, 2003; Norman & Schön, 2005). Det har dock varit svårt att finna vetenskaplig forskning med inriktning på hur handläggaren i sitt handlingsutrymme bedömer individens rättshandlingsförmåga och samtidigt inkluderar de mänskliga rättigheterna. Med den ökning av demenssjukdomar som äger rum idag är det viktigt att öka kunskapen om hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen bemöter demenssjuka över 65 år i handläggningsprocessen för att utveckla yrkesutövningen, som i sin tur kan gynna individer med demenssjukdom. Därför har vi valt att studera handläggarens bemötande i biståndshandläggningen med utgångspunkt i handläggarens handlingsutrymme och den demenssjukes rättigheter.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen bemöter demenssjuka över 65 år i handläggningsprocessen, med fokus på handläggarens handlingsutrymme och den demenssjukes rättigheter.

## 1.3 Frågeställningar

- Hur beskriver biståndshandläggare sitt handlingsutrymme?
- Vilka svårigheter kan uppstå i handläggningen av demenssjuka gällande individens rättigheter, självbestämmande, integritet och samtycke?
- Hur bedömer biståndshandläggaren graden av rättshandlingsförmåga hos en klient med demensdiagnos?

## 1.4 Avgränsningar

Denna studie är avgränsad till målgruppen biståndshandläggare inom äldreomsorgen som handlägger klienter över 65 år med demenssjukdom. Åldersgränsen på 65 år valdes med anledning av att det är efter denna ålder flest människor drabbas av demenssjukdom. Vid biståndshandläggning inom äldreomsorgen utgår handläggare främst från socialtjänsten. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan vara aktuell inom äldreomsorgen, men vår målgrupp berörs inte av lagen på grund av lagens åldersgräns. Demenssjukdomar kan ses som kognitiv funktionsnedsättning, men räknas inte inom ramen för lagen för stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). Urvalspopulationen kommer benämnas som biståndshandläggare och handläggare samt som biståndsbedömare i samband med beskrivning av tidigare forskning eftersom att vissa författare använder den benämningen. Personer med demenssjukdom kommer i texten benämnas som klient och/eller individ/person med demenssjukdom, demensdiagnos eller som dement. Anhöriga avgränsas i studien till rollen som anhörig/närstående och inte till rollen som godman med anledning av studiens syfte.



## 2. Begreppsförklaring

### 2.1 Rättshandlingsförmåga

Rättshandlingsförmåga används i denna uppsats i relation till klienter med demenssjukdom. En demenssjuk person kan drabbas av sinnes- och intellektuell förvirring som i sin tur kan komma att påverka personens förmåga att fatta beslut (Svenskt demenscentrum, 2010). En utredning om individens rättshandlingsförmåga studerar huruvida den enskilde själv klarar av att hantera sin vardag. Vardagen i detta fall, handlar om förmågan att inse sina behov, både fysiska och psykiska, som till exempel kan påverka hushålls- och vardagssysslor (Jacoby, 2004).

### 2.2 Rättvisemoral

Rättvisemoralen betonar att alla människor ska behandlas lika inför samhällets rättigheter och principer (Gilligan, 1985). Att handla utifrån rättvisemoralen är att se till samhällets lagar, regler och principer där alla människor har frihet och rätt att bestämma över sitt egna liv (ibid.). I biståndshandläggning inom äldreomsorgen handlar rättvisemoralen om att säkerhetsställa individens rättssäkerhet, det vill säga att handla utifrån vad som är juridiskt rätt (Dunér & Nordström, 2003:42).

### 2.3 Omsorgsmoral

Omsorgsmoralen sätter människan i centrum och vad som är moraliskt rätt studeras i varje enskilt sammanhang eftersom alla individer är unika och har olika levnadsförhållanden, behov, bakgrund och relationer (Gilligan, 1985). Vid biståndshandläggning inom äldreomsorgen handlar det om att bemöta varje enskild individ utifrån en helhetssyn, utifrån personens behov och relationer och inte enbart handla utifrån juridiska skäl (Dunér & Nordström, 2003:44-46).

### 2.4 Underlåtenhetssynd och övergrepp

Eliasson (1992:58-59) skriver att ett gott bemötande kräver en helhetsbild av individen. Helhetsbilden skapas genom att bemöta individen både som ett subjekt och ett objekt, det vill säga att bemöta individen genom rättvisemoralen och omsorgsmoralen. Enligt Eliasson

(1992:59) är det vanligt i praktiken inom vård- och omsorgsinstitutioner att enbart bemöta individen som ett objekt och behandla människor som föremål. Detta kan leda till övergrepp som till exempel omyndighetsförklarande. Genom att endast bemöta människan som objekt innebär en "halverad människosyn" eftersom människan bortses som subjekt. Bemöter vi människan enbart som subjekt kan det resultera i underlåtenhetssynd eftersom människans rättighet bortses. Detta beskriver den konflikt som kan uppstå mellan rättvisemoralen och omsorgsmoralen eftersom det kan vara svårt att samtidigt bemöta den enskilde individen och samhällets förväntningar, som exempelvis innebär att respektera människans rättigheter.

## 2.5 Själbestämmande

I 1 kap, § 1 SoL framgår det att "(v)erksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet" (SOU:2001:453). Själbestämmande handlar om rätten att bestämma över sitt eget liv (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008) och i handlägningsprocessen handlar det främst om individen vill ha hjälp (Jönsson & Nilsson, 2012).

Utifrån biståndshandläggares perspektiv måste den professionella under biståndshandlägningsprocessen förhålla sig till olika lagar och det är främst i socialtjänstlagen som individens rättigheter finns med (Tolf, Ardström & Eriksson, 2010). Demenssjukdom kan medverka till att självbestämmande blir ett komplicerat begrepp för biståndshandläggaren att applicera i praktiken eftersom att sjukdomen bland annat kan påverka individens förmåga att uttrycka sin vilja (Jönsson & Nilsson, 2012). Sveriges pensionärsförbund (2010) hänvisar till en europeisk deklaration om äldre som bland annat innehåller viktiga delar avseende självbestämmande:

Rätt till självbestämmande: När du blir äldre och kan bli beroende av andra för stöd och omvårdnad, har du fortfarande samma rätt att göra dina egna livsval och rätt till respekt för din fria vilja. Denna rätt utsträcker sig till en lämplig tredje part utsedd av dig. (Sveriges pensionärsförbund, 2010).

Deklarationen kan ge biståndshandläggare råd som kan vara till hjälp under handläggningen, men det finns inga krav på att den skall följas.

## 2.6 Integritet

Integritet benämns i 1 kap, § 1 SoL. Individens integritet ska mötas med respekt, varje enskild individ har makt över sitt eget liv (SOU:2001:453). Enligt Nationalencyklopedin (2015) handlar integritet om personen egen sfär som ska respekteras. Begreppet är aktuellt i handläggningsprocessen gällande klienter med demenssjukdom, men det kan vara svårt för handläggaren att tolka individens personliga sfär eftersom individen kan ha svårt att uttrycka sig på grund av demenssjukdom (Molin, 2014). Hemerén (2013:25) skriver att integritet och självbestämmande bör särskiljas eftersom integritet ska stå oberoende till vilken grad av kompetens en människa har. Självbestämmande däremot måste studeras i förhållande till personens kompetens, eftersom den intellektuella förmågan kan påverkas av demenssjukdomen.

## 2.7 Samtycke

Samtycke är ett godkännande som vid biståndshandläggning avseende klienter med demensdiagnos kan uttryckas på olika vis, både verbalt och icke-verbalt. Ett icke-verbalt samtycke kan till exempel vara när individen inte motsätter sig en insats (Svenskt demenscentrum, 2010).

## 2.8 Demenssjukdom och demensdiagnos

Det finns olika typer av demenssjukdomar som yttrar sig på olika sätt och bryter oftast ut efter 65 - årsåldern, men kan även starta vid tidigare ålder (Demensförbundet, 2013).

Demenssjukdom är en sjukdom som utsätter hjärnan för minnes- och sinnesförvirring samt tankestörningar. Det kan leda till att insikts- och beslutsförmågan påverkas negativt, som i sin tur kan leda till att personen får svårt att uttrycka sig verbalt. Andra svårigheter som kan uppstå är att personen inte hittar i miljöer som tidigare varit bekanta och vardagliga sysslor kan bli ett hinder.

En person kan via minnesmottagning på vårdcentral utredas för demenssjukdom (Svenskt demenscentrum, 2013d). Exempel på olika typer av tester som läkare använder är MMSE, även kallat MMT, det mäter individens kognitiva förmåga. Andra exempel på tester är anhörigintervju och CMAI som mäter klientens aggressiva beteende. Utifrån ett eller flera tester gör läkaren en bedömning om klienten har demenssjukdom, vilken typ det är och hur

långt gången den är. Om personen har en demenssjukdom får han eller hon en demensdiagnos (ibid, a,b,c).

Alzheimers är den vanligaste och mest omtalade demenssjukdomen i Sverige (Demensförbundet, 2013). Andra exempel är vaskulär demenssjukdom och frontallobsdemens/pannlobsdemens. Oavsett vilken typ av demenssjukdom kan sjukdomen påverka kroppens fysiska förmåga så pass att personen inte längre klarar av att ta hand om sig själv. Individ med demenssjukdom vårdas oftast av anhörig och kombineras vanligen med hemtjänst, men när anhörig inte har orken eller förmågan kvar samt när hemtjänstens insatser inte räcker till blir det aktuellt med plats på särskilt boende, om inte individen motsätter sig det.

### 3. Bakgrund

Biståndshandläggare inom äldreomsorg ingår i socialtjänstens verksamhetsenhet vård- och omsorg, som berörs av lagar som socialtjänstlagen (SoL), förvaltningslagen (FL), sekretesslagen (SkrL) och kommunallagen (KL) (Molin, 2014). Biståndshandläggning utgår främst från socialtjänstlagen (SOU:2001:453) som är en ramlag. Det innebär att varje kommun har frihet att göra sin egen tolkning av lagen och anpassa insatser efter klientens behov samt efter kommunens resurser (Westlund & Duckert, 2010).

Biståndshandläggningen beskrivs utifrån tre olika steg som är; ansökan, utredning och beslut (Socialstyrelsen, 2013b). Ansökan om bistånd inom äldreomsorgen kommer ofta till biståndshandläggaren från individen själv, personens ställföreträdare eller andra myndigheter. Personer med demenssjukdom kan på grund av sin sjukdom ha försämrad insikt över sin livssituation och därför kan anmälan om individen komma från närstående eller hälso- och sjukvård till biståndshandläggaren. Därefter kontaktar handläggaren den enskilde, som tillfrågas att själv ansöka om hjälp, eftersom den enskildes samtycke är ett krav för att starta en utredning.

Första steget i utredningsprocessen är kartläggning där handläggaren gör ett hembesök hos individen för att samtala och studera huruvida den enskilda klarar av att hantera sin vardag. Enligt Heap (1995) är samtalsmetodiken viktig för att kunna hjälpa klienten på bästa sätt. Kontaktförhållandet handlar om relationen mellan parterna som inriktas efter individens behov och önskningskrav samt av organisationens krav, regler och resurstillgång. Skau (2007) skriver att mötet mellan parterna kan innehålla gråzoner och dilemman som grundas på makt och hjälp. Den professionella besitter makten över resurserna som ska tillgodose den hjälpsökandes behov och det är viktigt att den professionella är medveten om sin maktutövning och dess följder för att inte kränka klienten.

Kartläggningen ska hela tiden vara i proportion till den enskildes vilja. I denna fas undersöker handläggaren om det finns tillgång till någon anhörig som kan vara till hjälp för vård i hemmet. Det handlar om ett samarbete mellan parterna men det är den professionella som har makten över insatserna som klienten ansöker om och det är viktigt att makten hanteras utifrån klienten och den professionella eftersom samarbetet ska vara jämlikt (Heap, 1995).

Handläggare samarbetar även med andra professioner som exempelvis läkare på kommunens

minnesmottagning, hemtjänst och demensteam som bland annat handläggare, undersköterska och arbetsterapeut kan ingå i (Haraldson & Wånell, 2009). I utredningsprocessens andra fas sammanställer och studerar handläggaren insamlad information för att sedan bedöma vilken insats som är aktuell i det enskilda fallet. Molin (2014) skriver att handläggarnas arbete med demenssjuka öppnar för etiska överväganden i förhållande till aktuella lagar, till exempel rörande till klientens självbestämmande och integritet. Rätten till bistånd prövas enligt 4 kap 1 § SoL och vid beslut om insats ska den enskilde enligt 21 § FL få information, antingen skriftligt eller muntligt. Beslutet ska vara tydligt så att den enskilde förstår insatsens innehåll och innebörd samt att allt ska dokumenteras enligt 11 kapitlet 5 § SoL (Socialstyrelsen 2013b). I Sverige kan lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bli aktuell vid biståndshandläggningen inom äldreomsorgen. Exempel på sådana fall är när biståndshandläggaren anser att individen har behov som måste tillgodoses men personen motsäger sig hjälp. Då kan handläggaren, som en sista utväg, ansöka om LPT via läkare som i sin tur fattar ett beslut.

### 3.1 Nationella riktlinjer

År 2010b framställde Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa riktlinjer är rekommendationer som berör verksamheter och personal som kommer i kontakt med målgruppen. Vi anser att riktlinjerna är intressanta i förhållande till biståndshandläggningen gällande personer med demenssjukdom samt vid studie av intervjupersonernas beskrivning av handläggningsprocessen.

Riktlinjerna riktar fokus på individcentrerad vård och omsorg och inte på demenssjukdomen i sig, utan mer på hur personen med demens upplever sin verklighet och det ska i sin tur den professionella bekräfta (Socialstyrelsen, 2010b). Oavsett graden av kognitiv funktionsförmåga ska personen bemötas utifrån sina rättigheter och de professionella ska även värna om personens själv- och medbestämmande. Personen med demenssjukdom ska delta under hela processen och även närstående rekommenderas bli involverade (ibid.). Socialstyrelsen (2010a) delar in demenssjukdom i stadier som mild, måttlig och svår som kräver olika grader av åtgärder. Vid mild demenssjukdom klarar sig en person utan något större stöd från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, medan en person med måttlig demenssjukdom oftast är i behov av åtgärder för att kunna utföra och/eller behöver hjälp med vardagssysslor. En person som är i stadiet svår demenssjukdom behöver oftast stöd och hjälp med det mesta i det vardagliga livet. Många anhöriga utgör ofta stort stöd och omvårdnad i hemmet till sin

närstående med demenssjukdom. Det är ofta en påfrestande roll och därför ska information ges till anhöriga om olika stödprogram.

Enligt riktlinjerna bör en tidig utredning av individens sociala liv genomföras av socialtjänsten i samarbete med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2010b). Tillsammans ska professionerna ta reda på orsaker som kan ligga bakom symptomen och sedan åtgärda dem. Arbetet med individen ska utföras av ett multiprofessionellt team för att få ett helhetsperspektiv, dit till exempel biståndshandläggare ingår tillsammans med läkare, kurator, sjuksköterska och arbetsterapeut. Varje insats som socialtjänsten och hälso- och sjukvården beslutar att införa ska följas upp varje år, både medicinskt och socialt (ibid.). Biståndshandläggare följer bland annat upp beviljade insatser och det är aktuellt eftersom det kan vara svårt att bedöma individens kognitiva förmåga vid ett första möte samt att förmågan kan försämrans med tiden (Socialstyrelsen, 2010b, 2014b; Svenskt demenscentrum, 2014a:102-103).

År 2014 publicerades en utvärdering av de nationella riktlinjerna som gäller för vård- och omsorg av demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2014b). Det var flera punkter som både landsting och kommun behövde förbättra. Till exempel visade utredningens resultat att det krävs vidareutveckling av kunskap, metod och arbetssätt för att vården ska bli mer personcentrerad vid behandling samt omsorgs- och vårdnadsinsatser.

## 4. Tidigare forskning

Idag finns det mycket nationell vetenskaplig forskning som gällande biståndshandläggarens yrkesroll. Anledningen till att vi inte använt internationell forskning är att det svenska välfärdssystemet inklusive lagstiftning, organisation och resurstillgång, skiljer sig i jämförelse med andra länders välfärdssystem (Socialstyrelsen, 2012) och därför har vi valt att enbart hänvisa till nationell forskning. Vi har valt att begränsa oss till vetenskaplig forskning som berör biståndshandläggning inom äldreomsorgen och specifikt gällande klienter över 65 år med demensdiagnos. Avgränsningen är anpassad efter studiens frågeställningar och syfte. Via sökmotorerna Libris, Lubsearch och Google Scholar har vi sökt på begrepp som demenssjukdom, demensdiagnos, självbestämmanderätt, integritet, samtycke, handlingsutrymme, rättshandlingsförmåga, rättssäkerhet inom äldreomsorg, biståndshandläggare inom äldreomsorgen, biståndshandläggning inom äldreomsorgen samt biståndshandläggning med demenssjukdom/demensdiagnos. Vi har inte funnit forskning som specifikt handlar om hur biståndshandläggare bemöter demenssjuka över 65 år i handlägningsprocessen. Till exempel har vi inte funnit forskning om demenssjukdom i förhållande till handläggarens handlingsutrymme eller i förhållande till individens rättigheter.

### 4.1 Biståndshandläggares yrkesroll

Staffan Blomberg (2004) har i sin avhandling *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen* skrivit om utvecklingen inom äldreomsorgen som synliggörs bland annat utifrån intervjuer med biståndshandläggare till äldre. I intervjuerna framgår det att biståndshandläggare lägger mycket arbetstid på insamling av information om klientens sociala situation samt att anhöriga är en viktig informationskälla. Vid bedömning av insats till klient kan det bli problematiskt när anhöriga vill få sin önskan genomförd samtidigt som biståndshandläggare måste utgå från klientens självbestämmanderätt. Vi finner Blombergs (2004) avhandling intressant vid koppling till vår studie med innehåll av andra informationskällors inverkan på biståndshandläggning gällande klienter över 65 år med demensdiagnos.

Eva Norman och Pär Schön (2005) har i sin avhandling *Biståndshandläggare - ett (o)möjligt uppdrag* skrivit att det kan vara problematiskt att vara benämnd som biståndshandläggare eftersom det inte är helt klart vad yrkesrollen innebär och vilka uppgifter som ska ingå i



rollen. Det framgår att yrkesrollens arbete ska vara styrd av lagar och regler för att arbetet ska utföras korrekt och författarna skriver att det är problematiskt. Deras resultat visar att det blir väldigt diffusa beslut via lagrummen när det egentligen är de kommunala riktlinjerna som ansökningarna anpassas efter. Rättssäkerheten sätts ur spel vilket inte är korrekt då denna säkerhet ska styra arbetet. Biståndshandläggarnas arbetskompetens innebär att kunna se samhället med flera ögon. Det handlar om att bemöta individen samtidigt som organisationens förväntningar ska uppfyllas och det kan vara svårhanterligt. De skriver att biståndshandläggarna många gånger ställs inför orimliga påtryckningar från yttre faktorer som i sin tur medverkar till etiska överväganden. Vi anser att Norman och Schön (2005) belyser flera aspekter som är relevanta till vår studie. Till exempel gällande faktorer som styr biståndshandläggarens arbete, handlingsutrymme samt likheter gällande yrkesrollens innehåll och komplexitet.

## 4.2 Moral och rationalitet

I rapporten *Dilemman i biståndsbedömares yrkesutövning* beskriver Anna Dunér och Monica Nordström (2003) biståndsbedömares perspektiv på sitt arbete där komplexa situationer synliggörs. Dilemma är ett centralt begrepp i rapporten som delas upp i äkta dilemman och skendilemman. Äkta dilemman belyser den äldres självbestämmanderätt och självständighet som sätts i förhållande till människors ansvar för varandra. Ett äkta dilemma kan till exempel vara när biståndsbedömaren bedömer att klienten är i behov av insats men klienten motsäger sig all hjälp. Den äldres närstående och andra involverade informationskällor eller organisationens brist på resurser ingår i skendilemman. Denna typ av dilemman berör grupp- och organisationsnivå och kan exempelvis handla om intressekonflikter mellan klientens vilja och andra informationskällors intressen för klienten. Dunér och Nordström (2003) menar att synsättet på biståndsbedömares yrkesroll måste förändras eftersom äldres behov kräver ett bemötande utifrån omsorgsmoralen och kan därför inte bemötas utifrån den traditionella biståndsbedömaren som i arbetet främst utgår från rättvisemoralen. Vid biståndshandläggning med klienter inom äldreomsorgen är grunden den äldres vilja. Förutom den äldres vilja har omgivningen, lagar, organisationens formella och informella regler, närstående och andra informationskällor inverkan på biståndsbedömarens arbete. Denna inverkan kan leda till att biståndsbedömaren hamnar i gränsdragning mellan flera aktörers intressen.

Inledningsvis har vi belyst innehåll i biståndshandläggningen gällande klienter över 65 år med demensdiagnos utifrån Dunér och Nordströms (2003) beskrivning av äkta dilemman och

skendilemman både för att skapa förståelse och ge perspektiv. Biståndsbedömare utgår mer från rättvisemoralen än omsorgsmoralen, vilket vi anser är relevant för vår studie eftersom det kan skapa förståelse över biståndsbedömares arbete under handläggningen. Det kan kopplas till Staffan Johansson (2001) som på uppdrag av Socialstyrelsen forskat om socialtjänsten som organisation och skriver bland annat om äldreomsorgen samt omsorgsforskning. Johansson (2001) hänvisar till Kari Waernes som skriver om omsorgsrationalitet som en viktig del för att kunna möta människor i utsatta situationer. Enligt Waernes undergrävs omsorgsrationaliteten av professionaliseringen och det beror på att professionaliseringen inriktar sig mer på teknologiska och ekonomiska tankar. Det innebär att organisationens professionalisering minskar utrymmet för omsorgsarbete med klienten.

### 4.3 Etiska överväganden och rättssäkerhet

Karin Jönsson och Sara Nilsson (2012) skriver i sin magisteruppsats om hur biståndshandläggare förhåller sig till självbestämmande och integritet gällande klienter över 65 år med demenssjukdom. Slutsatser av deras kvalitativa studie, med 10 intervjuade biståndshandläggare, blev att lagen inte är anpassad för klienter med demenssjukdom eftersom självbestämmanderätten överskrids och arbetet innehåller tvång. Frågor om vad som är rätt och fel gällande självbestämmande diskuteras i relation till vad som är etiskt och oetiskt. Om självbestämmande överskrids behöver det inte vara oetiskt ifall fokus ligger på vad som är bäst för den enskilde, men om handläggningen handlar om vad som är bäst för kommunen så kommer det goda före vad som är rätt, i detta fall gällande självbestämmanderätt. Författarna diskuterar övergrepp gentemot klientens självbestämmanderätt kontra underlåtelse av att inte ingripa trots att handläggaren ser att klienten är i behov av insats. Frustrationen som biståndshandläggarna uttrycker handlar om att behoven finns men klienten uttrycker motstånd till hjälp.

Rune Svanström (2009) skriver i sin avhandling, *När livsvärdens mönster brister - erfarenheter av att leva med demenssjukdom*, om olika erfarenheter av demenssjukdom, både utifrån sitt arbete inom demensvården som sjuksköterska samt utifrån annan forskning på området. Syftet med studien är att ge stöd åt dem som vårdar och beslutar om vård- och omsorg för personer med demenssjukdom. För att uppfylla sitt syfte vill Svanström (2009) beskriva och förklara demenssjukdom utifrån personer med demenssjukdom och närståendes talan. Demensvården handlar om bemötande mellan klient och handläggare som Ann-Christin

Nilsson (2002) problematiserar i sin magisteruppsats "Rättsäkerhet med hjärtat". Nilsson (2002) skriver att ett gott möte mellan klient och handläggare ska innefatta lyhördhet, respekt samt kvalitet. Hon problematiserar att det är svårt för organisationen att få reda på om deras arbete är rättssäkert eftersom det ofta saknas en uppföljning på arbetet med en klient. Om en organisation inte har någon form av samverkan eller uppföljning går det heller inte att påvisa om arbetet gjorts rättssäkert (ibid:28-32). En annan aspekt som gäller för vård och omsorg av klienter med demenssjukdom är den ekonomiska aspekten som inverkar på biståndshandläggningen och handläggares handlingsutrymme. Norman (2010) skriver i en forskningsrapport för Stockholms läns Äldre centrum om en seminariestudie med deltagande biståndshandläggare som uttryckte att ekonomin utgjorde det största hindret för att göra individuella bedömningar, eftersom ekonomin påverkar resurstillgången. Ett annat hinder var biståndshandläggarnas arbetsbelastning som försvårade utvecklingen av en mer individuell biståndsbedömning.

Sammanfattningsvis visar forskningen att biståndshandläggare inom äldreomsorgen måste förhålla sig till flera olika faktorer vid handläggning avseende klienter över 65 år med demenssjukdom. En aspekt som forskningen belyser är att ekonomin utgör ett hinder för handläggarnas handlingsutrymme. Forskningen visar att handläggares arbete är komplext och ofta krävs överväganden gällande etik och moral. Arbetet kräver kunskaper om vård- och omsorg samt juridik eftersom arbetet ska vara rättssäkert. Förutom organisationens krav och förväntningar gällande regler, normer och riktlinjer måste biståndshandläggare i arbete förhålla sig till lagar innehållande individens rättigheter som självbestämmanderätt och integritet. Det handlar om att bemöta individen utifrån en helhetsbild, det vill säga både som subjekt och objekt (Eliasson, 1992), och det sker både utifrån rättvise- och omsorgsmoralen (Gilligan, 1985; ibid.). Om individ enbart bemöts som subjekt kan det leda till underlåtenhetssynd eftersom individens rättigheter bortses och bemöts individen enbart som objekt kan det leda till övergrepp eftersom individen som subjekt bortses (Eliasson, 1992).

## 5. Teoretiska utgångspunkter

Tidigare forskning visar bland annat att biståndshandläggares yrkesroll och arbetsuppgifter kan medföra olika svårigheter och etiska dilemman. Vi menar att professionsteori och begreppen gräsrotsbyråkrat och handlingsutrymme kan hjälpa oss att tolka och förstå biståndshandläggarnas beskrivningar avseende handläggningsprocessen.

### 5.1 Professionsteori

Enligt Nationalencyklopedin (2015) benämns en profession inom samhällsvetenskapen som ett yrke med universitetsbaserad kunskap som bidrar med auktoritet och status som i sin tur tilldelar professionen samhällets legitimitet. Det finns flera olika perspektiv inom professionsforskningen (Svensson et al. 2008).

Blomberg (2004:119) skriver om professionsteori och hänvisar till Trydegårds beskrivning av semiprofession. Till en semiprofession räknas yrkesgrupper som inte har en fast teoretisk kunskapsbas, till exempel biståndsbedömare. Enligt Trydegård har samhället inte tilldelat professionen socionom auktoritet på grund av att biståndsbedömares yrkesutövning som saknar en fast grund för exempelvis vilka regler som gäller för myndighetsutövningen. Socionomer har makt över resurser som blir centralt i mötet med klienten (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2006). Makten är kopplad till den organisation som socionomen är verksam inom och yrkesgruppen saknar legitimation, vilket minskar deras makt. Läkare är exempel på en yrkesgrupp som har legitimitet och som har en stark profession. Inom hälso- och sjukvården är det flera professioner som har en överordnad roll gentemot socionomyrket. Blomberg (2004:119) utgår från Abbotts beskrivning om en profession, som måste studeras i förhållande till konkurrerande yrkesgrupper eftersom kampen mellan dem påverkar den enskilda professionen. Detta leder till en kamp mellan professionernas olika domäner, som till exempel kan handla om synsätt, arbetssätt och kunskapsbas, eftersom professionerna befinner sig på olika arenor. Vår studie kommer delvis fokusera på demensdiagnosen i sig, vilken sätts av läkare som tillhör en annan profession än biståndshandläggarens. Biståndshandläggare är ofta i kontakt med sjukvården vid biståndshandläggning gällande klienter över 65 år med demensdiagnos och därför ansågs vi det vara relevant att ha med Blombergs (2004) hänvisning till Abbotts beskrivning av konkurrerande professioner.

## 5.2 Gräsrotsbyråkrat och handlingsutrymme

Norman och Schön (2005:4:18) hänvisar till Roine Johanssons beskrivning av gräsrotsbyråkrater. Johansson utgår från definitionen för gräsrotsbyråkrat enligt följande; *“den offentliga byråkratins yttersta kapillärer, de byråkrater som svensken möter i alla slags offentliga situationer och de som längst ner i de offentliga hierarkierna skall verkställa det som politiker och högre myndigheter har beslutat om.”* (s16). Enligt Johansson är biståndshandläggare gräsrotsbyråkrater eftersom de i sitt arbete har direkt kontakt med medborgare (Norman & Schön 2005:4:18). Socialt arbete är en normativ praktik där arbetet styrs av politiska beslut som visar sig i lagstiftningen som kontrollerar arbetsområdet. Socialarbetare som arbetar inom organisationer med myndighetsutövning och fördelar samhällets resurser till människor styrs av politiska beslut. Det handlar om ett arbete som utförs mellan det offentliga och det privata. Handlingar består av en uppsättning normer som gäller för kontexten man befinner sig i.

Biståndshandläggare är socialarbetare och underställda organisationens krav med uppgift att se till individens behov och uppnå organisationens förväntningar (Svensson et al. 2008:16; Johansson, 2001). Det kan medföra svårigheter och konflikter eftersom den professionella står mellan två roller som innehåller olika krav. Den ena rollen som biståndshandläggare och gräsrotsbyråkrat i kombination med den andra rollen som privat person (Norman & Schön 2005:4:18; Johansson, 2001). Utgångspunkten för handläggares handlingsutrymme är kommunala riktlinjer, organisatoriska regler, lagar, normer, rutiner och moraliska villkor (Svensson et al. 2008:17). Utgångspunkterna är exempel på organisatoriska institutioner och kan ses som förutbestämda mönster som aktören kan få stöd av vid hantering av olika arbetssituationer.

Handlingsutrymmet som socialarbetare tilldelas kan användas på olika sätt och bedömningarna skiljer sig åt från den ena yrkesutövaren till den andra (Svensson et al. 2008:200). I biståndshandläggares yrkesroll ingår dokumentation vilken är anpassad efter organisationens ekonomi, resurser, kategorier, normer och riktlinjer. Organisationen styr socialarbetarens handlingsutrymme eftersom dokumentationen legitimerar insatserna som den professionella beslutar om. Handlingsutrymmet styrs även av organisationens ekonomi som kan kopplas till vilka resurser handläggaren har möjlighet att fördela. Förutom ekonomiska och materiella resurser, kan resurser även handla om kunskap. För att handläggaren ska veta

hur resurserna ska fördelas krävs säkerhet i yrkesrollen och kunskapsbredd (Svensson et al., 2008:17,199). Det är i handlingsutrymmet som biståndshandläggaren får möjlighet att föra in egna värderingar och normer vid summering av fakta från klienten och andra informationskällor, som till exempel är anhöriga, andra myndigheter såsom sjukvård och hemtjänst (Svensson et al. 2008:17, 24-25; Norman & Schön 2005:4). Handlingsutrymmet ger handläggaren möjlighet till olika val och i utrymmet har de även möjlighet att se till vilka val som är rimliga avseende individen (Svensson et al. 2008:24).

Svensson et al. (2008:21) refererar till Max Weber som skriver om olika typer av handlingar. Vid beslut av insats utför socialarbetaren en målrationell handling, där målet är insatsen. Inom socialt arbete ska varje person bemötas som enskild individ eftersom alla människor är olika och har olika behov. Det ställer krav på socialarbetaren som måste använda sig av olika typer av handlingar och det kan i vissa fall kräva en kombination av målrationellt handlande och improvisation, vilket den professionella får av kunskap och erfarenhet. Det innebär att socialarbetaren måste inneha förmågan att bedöma varje enskilt fall och reflektera över vad som är bäst för den enskilde individen.

## 6. Metod

### 6.1 Val av metod

Vid val av metod har vi utgått från undersökningens syfte och valt kvalitativ metod, som belyser de subjektiva delarna av sociala fenomen (Bryman, 2011:368), eftersom vi är intresserade av att undersöka hur biståndshandläggaren bemöter demenssjuka över 65 år i handlägningsprocessen med fokus på handläggarens handlingsutrymme och den demenssjukes rättigheter. Handläggarna kan till exempel genom sin yrkeserfarenhet berätta om sin bild av handläggning avseende nämnd målgrupp och kvalitativ metod möjliggör en djupgående studie till skillnad från kvantitativ metod som främst belyser objektiv data (ibid.). Vi valde att använda semistrukturerade intervjuer för att kunna besvara studiens frågeställningar och det innebär att intervjuaren ställer öppna frågor efter teman som ingår i en förarbetad intervjuguide (Bryman, 2011:415). Ordningsföljden av intervjufrågorna som står utskrivna på pappret behöver inte vara densamma under intervjun och det skiljer sig från en strukturerad intervju som följer en strikt manual

### 6.2 Val och urval

Skälen till att vi valt att rikta in oss på klienter med specifik ålder är att demenssjukdom drabbar flest människor över 65 år samt att åldersgränsen påverkar vilken lagstiftning vi ska rikta in oss på. Valet avseende studiens urvalspopulation utgick från studiens syfte och därför valde vi biståndshandläggare inom äldreomsorgen som vår målgrupp. Det är ett målstyrt urval och inte ett slumpmässigt sådant (Bryman, 2011:392). Urval har även skett efter handläggarens yrkeserfarenhet på minst två år med anledning av att vi antar att yrkeslängden kan ge mer uttömmande svar på intervjufrågorna. Samtidigt kan yrkeslängden påverka intervjupersonerna eftersom organisationens regler, värderingar, normer och tankemönster inverkar på intervjupersonernas arbetssätt och tankemönster, som i sin tur kan influera i handläggarnas svar på våra intervjufrågor. Tanken var att intervjua fyra biståndshandläggare från två skilda kommuner i Skånes län som skiljde sig åt storleksmässigt och ekonomiskt. Anledningen till att ha med den ekonomiska aspekten är att vi tror att resurstillgången påverkar biståndshandläggningen. Svensson och Ahrne (2011:24) skriver om att undersökning av två olika miljöer kan bidra till att resultatet säkerhetsställs och att det finns

två huvudsakliga strategier. Antingen väljer man två miljöer som är lika varandra eller som skiljer sig åt (ibid.). Förstahandsvals kommunerna hade inte möjlighet att ställa upp och därför blev det två kommuner som främst skiljer sig storleksmässigt, men har liknande ekonomiska tillgångar. I avsnittet “Resultat och analys” (s. 31) har vi undersökt ett ekonomiskt perspektiv i förhållande till handlingsutrymme.

Vi förstod att både chefer och handläggare har begränsat med tid och det försatte oss i en pressad situation att finna två andra lämpliga kommuner. Efter diskussion valde vi ut två andra kommuner i Skåne län, som hädanefter kommer att benämnas kommun 1 och kommun 2. Vi fick efter kortare väntetid kontakt med enhetschefen i kommun 1, som vidarebefordrade vårt informationsbrev till biståndshandläggarna. Enhetschefen höll sedan mailkontakt med handläggarna och det resulterade i en intervjudeltagare. I kommun 2 fick vi först kontakt med chefen via telefon som sade att det fanns möjlighet för intervju med biståndshandläggare plus intervju med en undersköterska, som samarbetar med handläggarna gällande klienter med demenssjukdom. Därefter fortlöpte vår kontakt via mail och chefen tog ansvar för kontakten med biståndshandläggarna samt undersköterskan.

Möjligheten till att intervjua undersköterskan ansåg vi var relevant för studiens syfte eftersom det framgick av intervjuerna med biståndshandläggarna att undersköterskan var betydelsefull vid kartläggning och bedömning av individens behov. Vi ansåg att undersköterskan kunde ge perspektiv på handläggarnas bemötande i handlägningsprocessen med demenssjuka klienter. Handläggarna berättade att undersköterskan var betydelsefull eftersom hen har bred kunskap om demenssjukdom, som är viktig vid kartläggning av individens behov och vid bedömning av insats. Undersköterskan var en informationskälla som handläggarna ofta kontaktade vid handläggningen gällande klienter med demenssjukdom och/eller var en del av teamet i utredningen och som ofta följde med på hembesök hos individer med demenssjukdom. Urvalet kan liknas vid ett snöbollsurval eftersom kontakten med enhetschefen i kommun 2 medverkade till kontakt med undersköterskan (Bryman, 2011:196; Svensson & Ahrne, 2011:43). Dock fanns det ingen möjlighet att intervjua undersköterskan i kommun 1 och det kan ha påverkat resultatet i den mån att resultatet möjligen skulle givit fler perspektiv. I kommun 1 intervjuade vi en handläggare och i kommun 2 intervjuade vi tre handläggare. Antalet intervjudeltagare har påverkats av uppsatsens tidsbegränsning och att vi till en början hade svårigheter att få tag på intervjudeltagare. Svensson och Ahrne (2011:44) skriver att antalet intervjupersoner kan påverka studiens tillförlitlighet om det är ojämnt, eftersom det



kan ge en ojämn bild av det som undersöks. Det kan ha påverkat vår studie eftersom det var fler respondenter i kommun 2 och därför har vi större material från denna kommun än från kommun 1. Vi har valt att inte göra en jämförelse mellan kommunerna utan valt att jämföra individuellt mellan handläggarna och sätta det i förhållande till undersköterskans utsagor.

### 6.3 Metodens förtjänster och begränsningar

Begränsningen med kvalitativ metod är bland annat att intervjuerna är tidskrävande vilket skiljer sig från kvantitativ metod med enkätundersökning (Bryman, 2011). Vi nämnde tidigare att det varit svårt att få tag på intervjudeltagare och att kontakten med enhetschefer för vård- och omsorgsförvaltning i utvalda kommuner har varit en tidskrävande process. Orsaker till få intervjudeltagare är handläggarnas arbetsbelastning, avsaknaden av personlig direktkontakt med handläggaren samt att vårt krav på två års yrkeserfarenhet, som har medverkat till att i alla fall en person inte hört av sig.

Vårt val av semistrukturerad intervju möjliggör en djupdykning av valda teman som i sin tur gör att vi kommer åt de subjektiva delarna, till exempel handläggarnas yrkeserfarenheter, samt att det finns möjlighet att ställa följdfrågor (Svensson & Ahrne 2011:17, 25). Det hade inte möjliggjorts med en kvantitativ metod som belyser mer objektiva delar av ett socialt fenomen samt att möjligheten för följdfrågor inte finns. Svensson och Ahrne (2011:17, 25) skriver om kvalitativa metoder och att det vid insamling av data kan dyka upp nya idéer och tankar vilket kan leda till behov av att förändra forskningens upplägg. Fördelar med kvalitativ metod är att det finns möjlighet att vara flexibel och anpassa forskningsdesign efter den insamlade empirin, vilket inte är möjligt i den kvantitativa metoden (ibid.). Vid bearbetning av insamlad data har vi dragit nytta av metodens flexibilitet och har under bearbetningen korrigerat inriktning på studiens syfte, frågeställningar samt studiens teman som först blev aktuella efter kodning via frågeställningarna, men som resulterade i nuvarande teman som presenteras i analysen.

Begränsningar i kvalitativ metod är till exempel att undersökningen vanligtvis riktar sig till få fall, det vill säga få antal intervjudeltagare som inverkar på *generaliseringen* av studiens resultat. Vid kvalitativ metod kan generalisering riktas till vald teori och begrepp, istället för riktning mot intervjudeltagare, som är vanligt vid kvantitativ metod. Fördel är att det är färre dokument att bearbeta och att vi får en djupgående studie av problematiken utifrån

intervjudeltagarnas beskrivning av sin verklighet, som kan skilja sig från individ till individ (Bryman, 2011:366-370).

## 6.4 Datainsamling och genomförande

Vi har utgått från Kvale och Brinkmanns (2009) beskrivning om intervjuguide, som ska framställas utifrån studiens syfte och frågeställningar. Det har vi gjort för att få fram den kunskap vi eftersöker. Inför intervjuerna förberedde vi oss genom att läsa in oss på biståndshandläggares yrkesroll inom äldreomsorgen. Svensson och Ahrne (2011:47) skriver att det kan vara fördelaktigt att öva på intervjun för att lära sig tekniken. Därför utförde vi en testintervju via telefon med biståndshandläggare i Stockholm innan de faktiska intervjuerna genomfördes. Testintervjun visade sig även vara ett bra medel för att se intervjufrågornas relevans och hur pass uttömmande svar frågorna gav. Det medförde att några frågor korrigerades, andra togs bort och nya lades till. Intervjuerna utfördes i respektive kommun, i ett enskilt rum som låg i samma byggnad som intervjupersonernas arbetsplats och varje intervju pågick ungefär 35 till 40 minuter. Ljudinspelning ägde rum under intervjuerna och för att underlätta transkriberingen av materialet valde vi att en av oss intervjuade och den andra antecknade på dator.

Vid intervjuerna utgick vi från intervjuguiden som medförde olika följdfrågor. I intervjun använde vi oss av en vinjett, som är en form av intervjuteknik. Vinjetten är en påhittad händelse, en händelse som har hänt eller något typ av scenario som presenteras för respondenten med syfte att ge möjlighet för dem att förklara hur de hade tänkt eller löst situationen. Vinjettens huvudsakliga baktanke är att få fram hur respondenterna förhåller sig till normer gällande sina skyldigheter och plikter. Intervjutekniken kan underlätta för respondenten att tala fritt om deras arbetssätt i olika scenarion och i konkreta situationer som de kan möta i sitt arbete (Bryman, 2011:257-258). (Vinjetten presenteras i avsnittet "Resultat och analys" sid. 44 och i intervjuguiden, Bilaga 2 sid.61).

## 6.5 Databearbetning och analysmetod

Vi använde två inspelningsapparater vid ljudinspelning av intervjuerna för att säkra ljudinspelningen. Ljudfilerna överfördes sedan till våra enskilda datorer, vidare till varsitt USB-minne för att bevara materialet i en mer säker förvaring. De ljudinspelade intervjuerna blev vår inhämtade data som vi bearbetade via transkribering på varsitt håll, tätt efter att

intervjuerna ägt rum. Ahrne och Svensson (2011) skriver att det är fördelaktigt att transkribera materialet tätt efter att intervjuerna ägt rum eftersom det underlättar vid arbetet från tal till skrift. Bearbetning av insamlad data blev sedan en del av studiens empiriska material (ibid.). Analysmetoden vi valt är en tematisk analys och det empiriska materialet ska studeras i sin helhet för att inte gå miste om väsentligt material samt för att synliggöra olika mönster, likheter, skillnader och oklarheter som sedan delas in i teman (Kvale & Brinkmann, 2009). Först studerade vi materialet enskilt för att se om vi till exempel synliggjort olika mönster. Vi studerade allt material och inte enbart det som besvarade våra frågeställningar. Studien har ett induktivt förhållningssätt eftersom empirin styrde indelningen av de teman vi valt. Sedan överblickade vi det empiriska materialet tillsammans och fann mönster i de svar som intervjupersonerna gav. Dessa mönster behandlade våra frågeställningar och därför valde vi att sätta dem som teman och koda transkriberingen därefter.

Först kodade vi materialet enskilt och därefter gick vi tillsammans igenom varandras kodning. Vid sammanställningen av kodningen synliggjordes att vi kodat transkriberingen relativt lika. Vi fann mönster i liknande svar, synsätt och upprepade begrepp. Våra teman, det vill säga studiens frågeställningar, kopplades till svarsmönster som vi samordnade. Det medverkade till att de ursprungliga teman korrigerades till mer väldefinierade rubriker. Dessa rubriker blev studiens slutgiltiga teman som presenteras i avsnittet "Resultat och analys". Till exempel innehöll svaren som berörde frågeställningen "Hur bedömer biståndshandläggaren graden av rättshandlingsförmåga hos en klient med demensdiagnos?" mönster som vi kopplade till "Etiska överväganden". Detta resulterade i temat med rubriken "Praktikens dilemman". Genom valda teman kommer studiens syfte och frågeställningar besvaras och studeras utifrån olika perspektiv.

Citat från intervjupersonerna kommer att delges i avsnittet "Resultat och analys" för att läsaren ska få möjlighet att själv värdera trovärdigheten av intervjupersonens utsagor samt få en inblick i biståndshandläggarnas subjektiva verklighet. Vid transkriberingen valde vi att skriva med utfyllnadsord för att senare ta ställning om de hade någon innebörd för innehållets helhet. När vi fann intressanta citat att ha med i texten övervägde vi utfyllnadsordens betydelse och valde sedan att ta bort vissa ord som *liksom*, *mm*, *mhm* och *eeeh* som i sammanhanget inte påverkade helhetsinnehållet (Kvale & Brinkmann, 2009:197-199). Sedan har vi tagit bort ord som kan undanröja intervjupersonernas anonymitet.

## 6.6 Metodens äkthet och tillförlitlighet

I kvalitativ forskning kan trovärdighet skapas genom olika sätt som till exempel transparens, triangulering och återkoppling till fältet (Ahrne & Svensson 2011:27). Det skiljer sig från kvantitativ forskning som förhåller sig mer till validitet och reabilitet. Bryman (2011:370-371) skriver att bristande *transparens* vid kvalitativ metod till exempel kan visa sig i forskarens ord gällande urvalet av undersökningspersonerna och vid beskrivning av tillvägagångssättet vid datainsamling samt vid analys av materialet. Det kan vara svårt för forskaren att beskriva sitt tillvägagångssätt eftersom kvalitativ metod inte har tydliga riktlinjer för redogörelse av detta, men Ahrne och Svensson (2011:27) skriver att det är viktigt att redogöra för läsaren hur forskningsprocessen gått till för att stärka studiens trovärdighet. Denna redogörelse ökar studiens transparens, även kallat genomskinlighet, som ger läsaren möjlighet att ta del av tankar om svårigheter och osäkerhet gällande de val som forskaren gjort. Det visar på medvetenhet om studiens brister och det är bättre än att vara omedveten om dessa, eftersom det stärker studien kvalitet. Redogörelsen av studiens tillvägagångssätt tas upp i avsnittet "Metod" för att studien ska bli transparent. På grund av tidsbrist har vi inte haft möjlighet att återkoppla till studiens målgrupp, det vill säga biståndshandläggarna. Detta kan utgöra en brist i vår studie eftersom det kan vara fördelaktigt att återkoppla till fältet eftersom studiens målgrupp får möjlighet att ge synpunkter på studiens resultat och delge igenkännandefaktorn av beskrivningen. Det kan i sin tur bidra med ny data till studien och stärka trovärdigheten (Ahrne & Svensson, 2011:27).

## 6.7 Förförståelse

Bryman (2011:368-369) skriver om brister i kvalitativ metod eftersom forskaren vid insamling av data är det viktigaste redskapet. Datainsamlingen styrs av forskarens intresse och subjektiva förmåga, som till exempel forskarens erfarenheter, vilket kan medverka till att relevanta data bortses. Utifrån Brymans (ibid.) beskrivning av forskarens inverkan på utformningen av forskningsstudien anser vi det vara relevant att delge våra tidigare erfarenheter av anhöriga med demenssjukdom. Det vi upplevt är att våra anhöriga med demenssjukdom stundtals går in i ett förvirrat tillstånd, personligheten förändras och i andra stunder är närvarande och agerar som personen vanligtvis är. Erfarenheter som vi upplevt är att det är svårt att bedöma vad den enskilde vill och det är en anledning till att vi finner det intressant hur handläggare går till väga under biståndshandläggningen. Förutom tidigare

erfarenheter av demenssjukdom har vi tagit del av tidigare forskning kopplat till vårt syfte. Vi anser att vår förförståelse bidragit med att synliggöra svårigheter i biståndshandläggningen i förhållande till demensdiagnos. Samtidigt kan vår förförståelse vara till nackdel vid till exempel utformningen av intervjuguiden eftersom vi medvetet samt omedvetet kan ha bortsett från material. Det kan även påverkat våra intervjuer eftersom vi uppmärksammade vissa svar som utvecklades till följdfrågor utifrån våra tidigare erfarenheter.

## 6.8 Etiska överväganden

Forskningsetiken har genomsyrat hela vår studie. Vår urvalspopulation är vald utifrån etiska skäl där biståndshandläggare inom äldreomsorgen är en professionell yrkeskategori som är mer lämplig att intervjua än deras målgrupp som befinner sig i en utsatt position (Kalman & Lövgren 2012). De etiska krav som måste ingå och uppfyllas i en forskningsstudie ska även berörd urvalspopulation bli upplyst om (Kalman & Lövgren 2012:12-15; Bryman, 2011). När vi kontaktade vård- och omsorgsförvaltningen i de två utvalda kommunerna valde vi att kontakta chefen över biståndshandläggarna för att få samtycke att genomföra våra intervjuer och för att uppnå *öppenhetskravet*. Bryman (2011) tar upp fyra olika krav utifrån de etiska principerna. För att uppfylla *informationskravet* skickade vi ett mail med ett informationsbrev om studiens syfte, de olika etiska kraven och att intervjuerna spelas in. Informationen belyste även *konfidentialitetskravet* när vi beskrev att materialet kommer bevaras i säkert förvar, transkriberas och anonymiseras via fiktiva namn. *Konfidentialitetskravet* stärks eftersom vi valt att intervjua biståndshandläggare från två kommuner och det minskar risken för att deras anonymitet röjs. *Nyttjandekravet* togs upp när vi informerade om att intervjuerna enbart kommer användas till vår kandidatuppsats. För att uppfylla *samtyckeskravet* informerade vi om studiens syfte och att deras deltagande är frivilligt samt att de får avböja medverkan. Innan intervjuerna började gav vi en kort presentation av oss själva, informerade om de olika etiska kraven och studiens syfte. Sedan skrev vi ett samtyckesavtal gällande att intervjudeltagaren fått information om ovanstående punkter. Samtyckeskravet uppfylldes därför genom muntlig och skriftlig överenskommelse.

## 6.9 Arbetsfördelning

Arbetet med uppsatsen har fördelats jämt mellan oss två. Intervjuguide och intervjufrågor har vi arbetat fram tillsammans och det har vi även gjort vid kodning av insamlad data. Under arbetets gång har vi diskuterat uppsatsens innehåll därefter fördelat arbetet mellan oss efter

olika rubriker. När arbetet skett på varsitt håll har vi använt oss av ett program via internet som heter Google Docs, där vi har ett gemensamt dokument. Det har underlättat arbetsprocessen eftersom vi bor i två olika städer.

## 7. Resultat och analys

I denna del kommer vi att presentera vårt insamlade och bearbetade material samt analysera detta med hjälp av teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning och rapporter. Vår analys bygger på ett tematiskt analysätt. Rubrikerna växte fram under analysprocessen och presenterar olika delar av biståndshandläggningen.

### 7.1 Presentation

Vårt urval har varit biståndshandläggare i äldreomsorgen och en undersköterska som gör bedömningar avseende klienter över 65 år med demenssjukdom. Alla biståndshandläggare har socionomexamen och minst två års erfarenhet av yrkesrollen. Intervjupersonerna kommer att presenteras med fiktiva namn för att de ska förbli anonyma och kommunerna kommer benämnas med siffran 1 och 2. Fiktiva namn på biståndshandläggare i kommun 1 är Emma och i kommun 2 Ylva, Sara och Eva. Undersköterskan benämns med sin yrkestitel.

### 7.2 Kunskap om demenssjukdom i biståndshandläggningen

#### 7.2.1 Innehåll i biståndshandläggningen

Biståndshandläggningen inom äldreomsorgen inleds med att en ansökan kommer till biståndshandläggarens kännedom. De intervjuade biståndshandläggarna berättade att de vid biståndshandläggning gällande klienter med demenssjukdom, vanligtvis får in ansökan via samtal från närstående eller från sjukvårdens minnesmottagning som skickat en demensdiagnos. Därefter tar biståndshandläggaren kontakt med aktuell person. Detta för att personen i fråga själv måste ansöka om insats och detta blir ett godkännande till att inleda utredning. Motsätter sig personen hjälp måste handläggaren förhålla sig till individens självbestämmanderätt enligt 1 kap. 1§. 3st SoL och ingen utredning inleds.

Biståndshandläggarna berättade att de vid sådana fall ger individen information om olika insatser som finns, för att väcka personens intresse till att ansöka själv. I vanliga fall får handläggaren avvakta till en ytterligare anmälan eller ansökan kommer in. Om klienten är i fara för sitt eget liv kan den sista utvägen bli att handläggaren gör en anmälan om fallet till en läkare som i sin tur verkställer tvångsvård enligt LPT (Socialstyrelsen, 2010b). Ansöker personen själv om bistånd inleder handläggaren utredning enligt 11 kap. 1 § SoL

(Socialstyrelsen, 2010c) och bokar in ett hembesök hos individen. Handläggaren kan i detta stadié ha fått kännedom om klientens demensdiagnos via sjukvården.

Kunskap och resurser krävs för att gräsrotsbyråkraten ska kunna uppfylla sitt ansvar att ge klienten insats efter behov och genom detta uppfylla organisationens förväntningar (Svensson et al. 2008:21). I rollen som socialarbetare är det viktigt att ha förmågan att möta varje enskild individ, bedöma personens behov och besluta om insats. Handlingsutrymmet som gräsrotsbyråkraten tilldelas från organisationen ger utrymme att handla utifrån kunskap och erfarenhet. Därför krävs det att den professionella är säker i sin yrkesroll (ibid.). Alla biståndshandläggarna sade att de främst fått sin kunskap om demenssjukdom genom praktiken. Följande citat ger exempel på hur två av handläggarna uttryckte sig:

Praktiken. Framförallt. Vi har läst mycket men inte haft kontakt med dementa och det blir så abstrakt, men när man har kontakt med dementa, då är det väldigt påtaglig och det kan vara skilja sig väldigt mycket från ett fall till ett annat fall. (Sara)

Delvis utbildningen som jag gått... Inte så jättemycket dock... Men mer det här när vi börjar på arbetet pratar vi väldigt mycket om att, om demens, om kunder, om situationer och sen har vi undersköterskan som är väldigt bra och ger väldigt handfasta tips och idéer hur man kan hantera situationer. Så att hon, hon är väldigt bra och ger oss information. Sen utbildningar också. (Ylva)

Denvall (2001) skriver i Svensson et al. (2008:218) att det finns en risk med att socialarbetare genom erfarenhet skapar sig sin egen uppfattning om vetande och att denna uppfattning sedan blir utgångspunkten i deras kunskap. Kunskap som är baserad på erfarenhet skapas ofta i situationer där socialarbetaren inte hinner reflektera eller kritiskt granska sina erfarenheter, på grund av stressig miljö och därför anses kunskapen i vetenskaplig mening inte vara sann. Vi fann mönster i biståndshandläggarnas beskrivning av demenssjukdom som främst innehöll försämrat minne och nedsatt förmåga att utföra vardagliga ting samt svårigheter med kommunikationen. Undersköterskan i kommun 2 berättade om sin generella bild av biståndshandläggarnas kunskap om demenssjukdom på följande vis:

Det finns en god baskunskap tycker jag. Det finns också, vilket egentligen är ännu viktigare en väldigt, väldigt stor vilja att lära sig mer, och det är ju en del i min roll att sprida detta så att fler ska kunna. Så ja, det finns en nyfikenhet och vilja att lära sig mer samtidigt som jag tycker att man har en bra baskunskap. (Undersköterskan)



Vid hembesöken rörande demenssjukdom närvarar biståndshandläggare, klient och vanligtvis närstående för att biståndshandläggaren ska få en helhetsbild av klienten som individ samt om personens bakgrund, nuvarande livssituation och omgivning. Vi frågade om handläggarna har möjlighet att kontakta andra informationskällor förutom klienten och svaret blev:

(...) Vi har demenssjuksköterska som man kan prata med. Och undersköterskan tar vi också med på besök med personer med demens. Så när de har en historik på minnesmottagningen till exempel, så brukar vi ta med oss undersköterskan då. Undersköterskan är lite mer insnöad i det med demens. Det är jättebra. (Ylva)

Det framgick även att det fanns krav vid biståndshandläggning gällande plats på en demensavdelning att handläggare måste kontakta undersköterskan, som ska ge sitt utlåtande om klienten. Vid dessa fall styrs handläggaren av organisationens regler om krav på kontakt, men i andra fall har handläggaren utrymme att överväga om det behövs råd- och vägledning av undersköterskan. Det fanns även möjligheter för handläggare att kontakta andra informationskällor, som till exempel minnesmottagningens läkare, övrig sjukvård, hemtjänst och demensteam. Exempel kan ett demensteam vara tvärprofessionellt med olika fokus, såsom demensvägledare, undersköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast (Haraldson & Wånell, 2009). Andra informationskällor som handläggaren kan kontakta är FoU-center med verksamheter som syftar till att överbrygga forskning och praktik (Svensson et al. 2008:81). Dessa krav och möjligheter till kontakt med andra informationskällor kan studeras utifrån Johanssons (2001) beskrivning av att gräsrotsbyråkraten styrs av organisationens förväntningar samtidigt som gräsrotsbyråkraten har handlingsutrymme att avgöra om det finns behov av att kontakta andra informationskällor.

I intervjusvaren framgick det att hembesöken varar i ungefär en timme och tiden anpassas efter individen. Under hembesöken ska handläggaren skapa sig en bild av klientens behov och omgivning för att sedan sammanställa informationen. I Intervjusvaren angående antalet hembesök uppfattar vi det som att handläggarna i sitt handlingsutrymme anpassar antalet besök och besökstiden efter klientens behov. Till exempel sade Eva att kartläggningen av klienter med demenssjukdom rörande beslut om hemvård ofta kräver ett hembesök, men gällande plats på demensavdelning kan det behövas mer än ett hembesök. I utredningen av

klientens behov inom äldreomsorgen har biståndshandläggarna en manual kallad BAS, Behov Av Stöd, innehållande frågor om klientens vardag (Socialstyrelsen, 2013a). Denna manual kan utgöra ett stöd vid biståndshandläggningen avseende klienter med demenssjukdom, trots att den inte specifikt riktar sig till nämnd målgrupp (ibid.). Vid intervjuerna nämnde ingen biståndshandläggare att de använder sig av manualen, vilket kan vara ett uttryck för att handläggarna har frihet att handla inom den ram som deras handlingsutrymme utgör (Svensson et al. 2008), men vi menar samtidigt att de indirekt ställer liknande frågor som ingår i manualen. I citaten ges exempel på det:

Man kan se lite i köket om det finns mat till exempel och fråga om man får hjälpa att plocka undan någonting och då samtidigt kolla om det finns något i kylskåpet. Fråga om man får kolla runt i lägenheten. Man ser ju i badrummet till exempel om man behöver städa eller hur det ser ut. Kolla runt. (...). (Emma)

I takt med att vi pratar så väntar jag på upprepningar... Brukar oftast se om personen har lite koll på vilket datum det är, vilken dag det är, försöker få den att prata lite om hur den har haft det förr. Lite nutids, hur pass insatt den är liksom, hur saker och ting händer runt omkring. Ibland om man kan så brukar jag kanske be den som jag är hemma hos att försöka, om den hävdar att den gör på något sätt så kanske jag ber personen visa mig. Så du säger att du brukar bädda sängen, kan du visa mig hur du gör det, bara för att man då kan se om utsagorna är helt sanningsenliga eller om det inte är så. Brukar även få be om att titta på toaletten, badrummet. Det är inte alltid som hygien sköts ju. (Ylva)

Ovan citat anser vi kan vara exempel på bedömningen av individens rättshandlingsförmåga, som både sker via samtal med individen och vid bedömning av bostaden. Heap (1995:36) skriver att samtalet med äldre innehåller ett givande och tagande av signaler. Alla människor uttrycker sig olika via språket, som förutom orden består av ansiktsuttryck och kroppsspråk. Vid samtal om känslosamma och problematiska ämnen kan det vara svårt för individen att uttrycka sig, det vill säga ge signaler till den som lyssnar och tar emot signalerna (ibid.). I Socialstyrelsens (2010b) nationella riktlinjer framgår det att både socialtjänst och hälso- sjukvård har svårighet att bedöma en demenssjuk klients behov eftersom sjukdomen kan komma att påverka personens insikts- och beslutsförmåga på grund av kognitiv svikt. Det var flera intervjupersoner som berättade att personer med demenssjukdom ofta skärper till sig vid mötet och det kan försvåra bedömningen av deras behov. Enligt intervjupersonerna är det

därför bra att mötestillfället pågår en timme eftersom klienter med demenssjukdom oftast inte har förmågan att hålla skärpan uppe under hela mötestillfället. Undersköterskan beskrev hembesöken med biståndshandläggare på följande vis:

Aa alltså det kan ju vara saker vid hembesöket där ofta är det ju så att jag pratar med den som är sjuk och där jag kan notera saker som uppenbart inte stämmer, men det är ingenting jag säger under besöket, det ställer bara till det för den som är sjuk om jag ska påpeka att den har fel, det gör man bara inte, utan jag tar det med mig det efteråt och så kan jag berätta för handläggaren att ”märkte du att den vi va på besök hos sa att hon är ute och går varje dag, ja men du såg också att det finns inga ytterskor och du såg att den gick väldigt vingligt och det är inte säkert att man som handläggare tänker på alltså sammanhanget i detta eller att de berättar samma sak flera gånger men på olika sätt, det är det jag är tränad i att se och lägga märke till (...) (Undersköterskan)

Citaten av Emma, Ylva och undersköterskan synliggör likheter och skillnader avseende deras beskrivningar av hembesöken. Blomberg (2004) tar upp Lipsky (1980) som skriver om att professioner har skilda domänspråk och arbetssätt, som vi tolkar det kan vara en förklaring till handläggarnas och undersköterskans delvis skilda syn- och arbetssätt, som även kan bero på kunskap och erfarenhet. Analysen av intervjumaterialet visar att undersköterskan lägger större vikt vid hur personen var som individ innan demenssjukdomen trädde in. Det skiljer sig från vad vissa biståndshandläggare uttryckt, som istället fokuserar på individens nuvarande behov utifrån nuvarande förmågor och bostadens lämplighet.

## 7.2.2 Demensdiagnos

Biståndshandläggare har nationella och kommunala riktlinjer, lagar, organisatoriska regler och normer som de måste ta hänsyn till. Dessa aspekter kan ses som stöd till handläggaren, men det finns inget krav på att de nationella riktlinjerna måste följas. Dessa riktlinjer ska endast fungera som rekommendationer vid biståndshandläggning av klienter med demensdiagnos (Socialstyrelsen, 2010b). Vid intervjufrågan om hur kommunernas verksamheter arbetar utifrån nationella och/eller kommunala riktlinjer för klienter med demenssjukdom rådde det delade meningar, om de existerade eller huruvida de användes i praktiken. Tidigare nämndes att erfarenhetsbaserad kunskap från praktiken var den främsta källan till biståndshandläggarnas kunskap om demenssjukdom. Eftersom vi enbart intervjuat Emma i kommun 1 är det svårt att synliggöra skillnader eller likheter mellan kommunerna och därför kommer vi jämföra intervju svaren individuellt. Alla intervju personer uttryckte att

biståndshandläggningen inte skiljer sig åt mellan individer med eller utan demenssjukdom. Vid analys av materialet fann vi en skillnad när handläggarna besvarade frågan ”Har du liknande förhållningssätt till alla demensdiagnoser (eller lägger ni någon vikt i vilken demenssjukdom klienten har?)”:

Jo det måste man väl ha.

-På vilket sätt?

Men den här frontallobsdemens som sitter mycket mer på personligheten och kanske inte lika mycket i minnet. Så blir det ju ett annat förhållningssätt och olika behov i det också. (...). Det behövs ju en demensdiagnos för att daglig verksamhet och för att flytta till boende med demensinriktning. Så att vi kräver ju det, att det finns en demensdiagnos. (...). (Emma)

Ja, jo myndighetsutövningen är det ingen skillnad vad det är för diagnos för att i kommun 2 finns det inga... Vi kräver ingen diagnos för att bevilja vårdboende utan det är alltid behovet som styr det. Sen finns det vissa som behöver bo på en demensavdelning men då är det utifrån deras agerande inte utifrån diagnosen. Så att det kan vara bra som kunskap eftersom olika diagnoser har olika symptom och de visar sig på olika sätt. Det kan ju vara bra för personalen kanske att känna till det, men inte för oss som beslutsfattare. Det hade i så fall varit i kommunikationen. (Sara)

Jag förhåller mig inte alls till diagnoserna för att jag tittar på människorna och behovet. Jag tycker att det är otroligt viktigt att den enskilda har en diagnos men jag tycker inte att man kan klumpa ihop människor i diagnoser utan jag konstaterar om det finns en diagnos och sen så tittar jag på människan. I kommun 2 placerar vi på behovet inte på diagnosen, du kan alltså få lov att bo på en demensavdelning trots att du inte har en diagnos om du har behov som överensstämmer. (Undersköterskan)

Emma berättar om en typ av demenssjukdom och menar att typen av demens medför olika behov och därigenom olika förhållningssätt. Hon berättar även att diagnosen är ett krav för att individen ska få daglig verksamhet eller en plats på boende med demensinriktning. Det skiljer sig från Sara som delger att diagnosen inte är ett krav för att individen ska få plats på ett vårdboende eller demensavdelning, som istället bedöms utifrån individens agerande. Sara berättar att diagnosen är användbar, eftersom hon menar att den kan ge kunskap om typen av demenssjukdom och dess symptom. Det skiljer sig från Emmas utsaga eftersom Sara menar

på diagnosen ger kunskap som gynnar omsorgspersonalen, men inte beslutsfattaren. Till skillnad från handläggaren kan undersköterskans utsaga uppfattas som ett konstaterande av att klienten har en demenssjukdom, men att vikten ska läggas på människans behov. Det framgick av undersköterskan och flera av handläggarna att de ser till behoven och inte till diagnosen. Det kan ses som ett exempel på när gräsrotsbyråkraten styrs av organisationens förhållningssätt. Förhållningssättet kan ses som hjälpmedel för biståndshandläggare, samtidigt som det styr och påverkar biståndshandläggare under handläggningen. Det är exempel på hur gräsrotsbyråkraten styrs av organisationens interna regler, värderingar och normer (Svensson et al. 2008).

Organisationen bestämmer storleken på handläggarens handlingsutrymme men det bestäms även utifrån typen av uppdrag och påverkas av rättsliga, moraliska och organisationens förväntningar (Svensson et al. 2008; Dunér & Nordström, 2005). Handlingsutrymmet är en möjlighet för handläggaren att värdera och summera utifrån observationer hos klienten och av informationskällor som närstående samt myndigheter (Norman & Schön, 2005:4; Svensson et al. 2008). Vissa handläggare berättade att de kunde kontakta undersköterskan vid handläggning när det är aktuellt för individen att placeras på demensavdelning. Vid beslut om en annan insats får handläggaren själv avgöra om de anser sig behöva stöd av undersköterskan. Det var inte någon av handläggarna som använde sig av någon form av skattningsskalor vid bedömning av klientens rättshandlingsförmåga. Grunden för beslut av insats till en klient kan därför enbart bygga på biståndshandläggarens kunskapsnivå gällande klienter med demensdiagnos över 65 år.

## 7.3 Praktikens dilemman

### 7.3.1 Etiska överväganden

(...). Det kan va mest frustrerande när en person med demens inte förstår sin situation... Hon eller han behöver hjälp, men tar inte emot den hjälpen. Om det gäller hemvård eller om det handlar om vårdboenden då är det ju ett motiverande samtal först och främst från hemvården till kunden, så att dem motiverar... (Sara)

Flera av handläggarna uttryckte sig på liknande sätt som Sara angående svårigheten i biståndshandläggning när en individ inte samtycker till hjälp. Det handlar om etiska övervägande gällande rättigheter om individens självbestämmande och integritet.

Biståndshandläggarnas utsagor om svårigheter med samtycke kan ses som en form av frustration till att de inte hade möjlighet att ge insats trots att de såg individens behov av hjälp. Det kan kopplas till Blomberg (2004) som hänvisar till Trydegårds beskrivning om biståndshandläggare som ingår i en semiprofession eftersom de saknar en fast kunskapsbas. Alternativt skulle denna frustration kunna ses som ett hinder i processen då biståndshandläggaren inte kan fortsätta på grund av att klienten inte medgivit samtycke. En annan förklaring till frustration kan vara begränsat handlingsutrymme för handläggaren att kombinera improvisation med till exempel målrationell handling (Svensson et al. 2008:21).

Biståndshandläggaren som gräsrotsbyråkrat måste se till de lagar, regler och riktlinjer som ingår i organisationens krav och kan därför inte verkställa insats om klient motsätter sig hjälp (Blomberg, 2004). Yrkesrollen medför olika förväntningar och krav från organisationen och samhället som kan sätta biståndshandläggaren i en svår sits mellan gräsrotsbyråkraten och privatpersonen (Norman & Schön, 2005:48-50). Dunér och Nordström (2003) skriver att biståndsbedömarna som de intervjuat uttryckt att lagar och regler som ska vara till stöd i handläggningen inte räcker till vid beaktande av självbestämmande och integritet.

I socialtjänstlagen framgår det att persons integritet ska respekteras, det vill säga personens personliga sfär ska skyddas från andras inkräktande (SOU:2001:453). Vid biståndshandläggning gällande personer med demensdiagnos måste handläggaren ofta ta extra beaktande av personens självbestämmande och integritet (Socialstyrelsen, 2010a). Det beror på demenssjukdomens inverkan på den kognitiva förmågan som kan påverka individen att uttrycka sig verbalt, därför kan samtycken uttryckas på olika vis (ibid.). Enligt intervjupersonerna var det svårt att avgöra vad som kan tolkas som ett samtycke. Samtycke som inte uttalas verbalt är ett så kallat presumerat samtycke, vilket kan ses som ett godkännande eftersom individen inte uppvisar minsta motstånd till insatsen (Molin, 2014). Det blir acceptabelt vid de fall när den enskilde är för sjuk för att inse behovet av hjälp och inte har förmågan att varken samtycka eller motsätta sig hjälpen. Det vill säga att individen varken upplever sig inneha behov av hjälp och/eller ser anledningen till insatsen som ligger till grund av sjukdomstillståndet (ibid:80). En av biståndshandläggarna uttryckte inhämtningen av samtycke på följande vis:

Jag kan inhämta ett samtycke på ett annat sätt om det är en demenssjukdom... Till exempel om en person inte motsäger sig för... Vi säger till exempel att duscha... Då kan jag se det som att... Gör de, då samtycker dom till det också... Även fast de kanske inte ansökt om det... Då kan jag sätta det som en väg in att... Bevilja nån en insats... För att de inte ändå har samtyckt till hjälpen men samtidigt tagit emot hjälpen och då så är det också ett samtycke. (Emma)

Emmas utsaga är ett exempel på biståndshandläggares handlingsutrymme som möjliggör att handläggningen anpassas efter varje enskild individ (Blomberg, 2004; Svensson et al. 2008). Nedan beskriver två handläggare sin syn på vilket slags handlingsutrymme de har.

Jag tycker att ja, alltså utifrån vår kunskap, kompetens, tycker jag att det räcker med det. I så fall pratar vi om någon annans kompetens eller (...)  
Men, men utifrån vår kompetens tror jag att det räcker som det är, som det är idag. (Sara)

Ganska stort handlingsutrymme... Vi har ju full delegation på vård och omsorgsförvaltningen. Det har de exempelvis inte på socialförvaltningen. Vi har ju, beslutanderätt till allting, alla beslut vi tar, så ganska stort handlingsutrymme. (Ylva)

-Anser du det vara positivt eller negativt med att ha ett ganska stort handlingsutrymme?

Det kan vara både och. Positivt att man som sagt man kan ju göra mkt för den enskilde, om man liksom själv upplever att det är det som behövs och att det är det som är behovet. Det negativa är väl att man kanske ibland saknar riktlinjer ännu mer, socialtjänstlagen är ju en ramlag, en tolkningslag. Det är alltid lättare om man bara blir tillsagd vad man ska göra och bara göra det, men samtidigt skulle det vara väldigt enformigt arbete ju. (Ylva)

Organisationen tilldelar gräsrotsbyråkraten handlingsutrymme, som kan liknas som en formell ram innefattade yttre faktorer (Svensson et al, 2008). Exempel på yttre faktorer är organisationens krav, regler, riktlinjer och lagar som styr handläggarens arbete. Handlingsfrihet ger gräsrotsbyråkraten möjlighet att handla inom den ram som handlingsutrymmet utgör, utan direkt påverkan av yttre faktorer. Till exempel om en ny regel tillkommer behöver inte handlingsfriheten minska eftersom gräsrotsbyråkraten då får möjlighet att välja mellan flera lagar. Ylva uttrycker sig ha ett stort handlingsutrymme. Det

kan dock tolkas som att hon vid beskrivning av handlingsutrymmet istället ger uttryck för handlingsfrihet, detta eftersom det framgår att hon i sitt arbete saknar riktlinjer inom den formella ramen. En avsaknad av riktlinjer kan leda till en större handlingsfrihet samtidigt som det kan försvåra handläggarens arbete i förhållande till lagstiftning (ibid.). Till exempel uttryckte biståndshandläggaren Sara svårigheter med socialtjänstlagen i förhållande till samtycke på följande sätt:

Ja, det är framförallt att man inte alltid kan... Jag kan hjälpa personen när det verkligen behövs att lagen säger att man inte kan bestämma utan deras samtycke och då blir det ibland att man väntar tills det har gått väldigt långt. (Sara)

Det kan kopplas till Nilsson (2002) som benämner uppföljning som en rättsäkerhetsprocess. Gällande rättssäkerhet vid tvångsinsatser kan det ses som att myndighetspersonen gör en insats över en klients förmåga eller vilja. Det kan ses som att personen förlorar rätten av att kunna bestämma över sig själv (ibid.). En annan biståndshandläggare uttryckte följande om lagstiftningen avseende handläggningen:

Ehm och där det är tveksamt hur pass insikt personen har. Eller är en fara för sig själv och andra, för läkare är inte de snabbaste på att använda tvångslagarna av LPT. Tvångsintagning och såhär så att det kan gå väldigt väldigt långt innan någon som faktiskt har befogenhet att kunna ta tvingande beslut gör det. (Ylva)

Vid fall gällande personer som är fara för sitt eget liv appliceras tvångsinsatser via lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). En person utan en beslutsförmåga på grund av sin sinnesförvirring skapar en beslutsprocess som inte är lätthanterlig utan kräver etiska överväganden om vad som är rätt och fel, bland annat om personens integritet. Biståndshandläggarna sätts i en balansgång mellan övergrepp gentemot personens självbestämmanderätt och integritet samt om underlåtenhetssynd om de inte ingriper fast de ser behov av insats (Eliasson, 1992; Dunér & Nordström, 2003). Individens rättsäkerhet kan drabbas av att sätta in tvångsinsats (Nilsson, 2002), samtidigt som det i slutändan kan vara det enda alternativet.



### 7.3.2 Anhörigas perspektiv

Vi har i tidigare avsnitt redogjort för de olika delar som ingår i biståndshandläggningen med klienter över 65 år med demenssjukdom. Vid kartläggning av en klients behov samlar biståndshandläggaren in information från klient och oftast från andra myndigheter samt anhöriga som utgör en viktig del vid utredningens kartläggning av klienten (Socialstyrelsen, 2010b). I intervjumaterialet fann vi skilda meningar mellan några av biståndshandläggarna gällande anhörigas närvaro under biståndshandläggningen.

(...). Oftast vill jag ha med anhöriga... Asså jag kan träffa klienten själv, ofta ger det mer om anhörig är med, speciellt om de är engagerade och bor här. Om de inte bor här, men tar del av vardagen. Då kanske det inte... Behöver va så men. (Emma)

Nej. Inte alltid. Det kan vara precis tvärtom för att anhöriga har en tendens att ta över och en tendens att det glömmet du mamma, det har du glömt, så är det inte. Och det är ibland mer att det blir liksom än att de protesterar mot varann och det blir en konflikt mellan dem. Det bästa är att prata med den enskilde. Och det har vi alltid fördel med om de är på en korttidsenhet för då kan vi prata två gånger, både när de är ensamma och när de är med anhöriga. Oftast kommer det mycket mer fram när de är ensamma. Mycket mer. Det är också en prestige grej för många, att erkänna inför sina barn, att jag klarar inte det här. (Sara)

Citaten anser vi är exempel på att anhöriga kan vara till hjälp vid bedömning av individens rättshandlingsförmåga eftersom de ger bakgrundsinformation om hur individen var innan sjukdomen trädde i kraft samt hur de upplever att sjukdomen påverkat sin närstående. Flera av biståndshandläggarna och undersköterskan är positiva till anhörigas närvaro, men det kan samtidigt medföra konflikt mellan individens vilja, anhörigas åsikter och/eller det handläggaren anser vara bäst för den enskilde. Det kan kopplas till Dunér och Nordström (2003) som skriver att en typ av skendilemma är intressemotsättningar och dessa dilemman uppstår ofta mellan klienten och dess närstående. Biståndshandläggaren står utanför intressemotsättningar mellan klient och anhöriga, men måste ändå hantera situationen och det kan vara svårt att utöva en handling som gör båda parter nöjda.

Kunskapsbristen hos de anhöriga om att handläggaren inte har rätt att ta beslut över huvudet på någon är också en faktor som spelar in. Många hävdar att det är en rättighet att flytta in en anhörig på ett boende som inte kan stå till stånd för sig själv, men så länge den enskilde kan uttrycka ett icke-samtycke går det inte att göra en insats (Molin, 2014). När hemvård inte är tillräcklig insats för klientens behov kan det bli en komplicerad gränsdragning mellan individens vilja, behov och insats. Molin (2014:54) skriver om att försöka få klienten att testa på att bo i ett korttidsboende för att få klienten att prova på hur det kan vara att bo utanför hemmet. Om boendet fungerar utan problematik kan det ses som ett samtycke och boendet blir då permanent.

Anhörigas åsikter kan vid mötet med handläggaren och individen framstå som relativt desperata. Det kan vara ett uttryck för frustration över sin närståendes situation och i många fall även sin egen situation (Skau, 2007). Det är vanligt att anhöriga vårdar närstående innan vård- och omsorgsenheten kopplas in. Många anhöriga uttrycker behov av att få hjälp när de anser att situationen är ohållbar. Anhörigas frustration kan bero på överbelastning och att de värnar om sin närståendes hälsa. En person med demenssjukdom kan ha svårt för att erkänna sitt sjukdomstillstånd eftersom tillståndet upplevas som en ny typ av identitet och det kan vara känslig för personens integritet att konstrueras från medborgare till klient (Svanström, 2009). Sara uttryckte att anhörigas närvaro vid mötet kan medföra att individen inte erkänner sina brister och behov på grund av att personen vill framstå som stark inför sina barn. Skau (2007:47) skriver att anhörigas närvaro kan vara extra känsligt för integriteten, som till exempel påverkas av relationen mellan barnet och föräldern. Det kan medföra att individen inte erkänner sina svagheter och inte uttrycker sina behov. Några av biståndshandläggarna berättade att det kan uppstå konflikt i kontext med anhöriga och ett exempel på det skildras i citatet nedan.

Problemet är ofta att vi går ju efter samtycket och tar inte beslut, vi har ju ingen tvingande lag vi jobbar utifrån, men anhöriga har inte alltid den kunskapen och tycker då att vi inte gör någonting. Tycker att vi ska ta tvång. Eller omyndigförklara den dementa vilket vi inte har någon möjlighet att göra, så då kan det bli lite när just vi inte kan ta emot någon ansökan eftersom den enskilde absolut inte vill då tycker många gånger anhöriga att vi inte gör vårt jobb när det är precis tvärtom. (Eva)

Tidigare nämnde vi svårigheten angående klienter som inte samtycker till insats. Det kan kopplas till Dunérs och Nordströms (2003) beskrivning av äkta dilemma som handlar om att handläggaren måste respektera individens självbestämmanderätt samtidigt som de ska arbeta för att tillgodose individens behov. Handläggaren måste överlägga om risken att begå övergrepp gentemot individens självbestämmanderätt eller låta klienten lida och begå underlåtenhetssynd (Eliasson, 1992; Dunér & Nordström, 2003). Några av handläggarna sade att de vid situationer där personen inte samtycker till insats anpassar antal hembesök efter behov och startar motiverande samtal, som i slutändan ofta resulterar i att individen godkänner någon form av insats.

Svanström (2009:94) skriver i sin studie att informanterna benämnde demenssjukdom som anhörigas sjukdom med anledning av att det ofta är anhöriga som vårdar närstående i hemmet. Ofta är det anhöriga som söker om stöd från professionella när deras ork för att vårda inte längre finns. I vissa fall har anhöriga tagit på sig för stort ansvar och det kan visa sig att professionellt stöd hade behövts tidigare. Anhörigas förhållande till demenssjukdomen kan påverka biståndshandläggningen i den mån att fokus riktas från individen som är dement till den anhöriga. Istället för att den enskilde får inflytande över sin vårdprocess tilldelas anhöriga större delaktighet och det kan medföra att personen med demenssjukdom blir ett objekt i biståndshandläggningen (ibid.). Det kan vara förklaring till en konflikt som handläggare uttryckt sig uppleva om att anhöriga tar över handläggningen. I kommun 2 framgick det att undersköterskan och biståndshandläggarna har ett nära samarbete och att yrkesrollerna kompletterar varandra. Undersköterskan uttryckte det på följande vis:

(...).Och samma sak när jag pratar med anhöriga då jag ibland får mer information än biståndshandläggaren får just för att jag inte är biståndshandläggare, så vi kan använda varandras roller. Och det känns tryggare på något sätt att prata med mig för jag är ingen myndighetsperson på det sättet. Sen är det klart att med all den erfarenhet som jag har så kan jag ställa frågorna lite annorlunda och det är svårt att precisera, det är sånt man bara kan. (Undersköterskan)

Förutom biståndshandläggares kunskap och perspektiv bidrar undersköterskan med sin profession och ytterligare perspektiv vid hembesök. Undersköterskan uttrycker att hennes yrkesroll kan bidra till ett öppnare och tryggare klimat i samtalet, som kan ge mer

uttömmande svar och frågor än samtalet med biståndshandläggare, som begränsas av sin myndighetsutövning.

### 7.3.3 Sjukvårdens perspektiv

Utifrån intervju svaren av biståndshandläggarna angående de nationella riktlinjerna framgick det att några handläggare inte visste att de existerade och andra berättade att de inte applicerade dem i sitt arbete. I de nationella riktlinjerna framgår det att "Socialtjänsten bör genomföra en tidig social utredning" samt att biståndshandläggare och hälso- och sjukvården ska samarbeta och ge individen personcentrerad omvårdnad (Socialstyrelsen, 2010b). Blomberg (2004) hänvisar till Trydegårds beskrivning om multiprofessionella team, som hälso- och sjukvård samt biståndshandläggare ingår i och som arbetar för att bemöta individens behov utifrån olika professioners perspektiv. Biståndshandläggare kommer ofta i kontakt med sjukvården under handlägningsprocessen och det framgick bland annat i svaren som gavs i samband med vinjetten vid intervjun, som presenteras nedan:

*Esther är 87 år gammal, har en demenssjukdom och bor ensam. Esther brukar gå ut och ger ett förvirrat intryck. Esther hittar ibland inte hem, och behöver då fråga personer i området om vart hon bor någonstans. Esther är undernärmd och hon har ofta orena kläder och luktar illa. Esthers lägenhet är i dåligt skick med tidningar på golvet och en frän lukt kommer från lägenheten. Esther har varken familj eller vänner, och hon är inte känd inom kommunen sedan tidigare. Biståndshandläggaren bokar in ett hembesök efter ett telefonsamtal från fastighetsskötaren som uppgett att det finns oro för Esthers situation. Under hembesöket uppger Esther att hon klarar sig själv och behöver inte hjälp.*

Hur skulle du hanterat situationen med Esther?

Jag skulle be och fråga om jag får kontakta sjukvården.. Och att man kan börja där att undersöka om det... Ibland kan det va att man har urinvägsinfektion, så kan det vara förvirring i det. Eller att man är sjuk.. Man behöver i alla fall... hämta upp henne därifrån. Man försöker hela tiden och motivera henne till... Att ta emot hjälp. Man kan ju inte... Tvinga sig på henne men det socialtjänsten ska ju... Har uppsökande verksamhet. (Emma)

Ja sjukvården kan ha mycket åsikter om vad vi gör och inte gör. När hälso- och sjukvårdslagen är ju mycket mer i stånd, de tar ju mycket mer initiativ

“Nu gör vi det här”... Frågar inte på samma sätt. Det är inte lika mycket att det ska vara samtycke. Utan man ska, som läkare och sjuksköterskor uttrycker det som, “det förstår du väl, hon är dement man kan inte prata med henne. (Ylva)

Utifrån citaten framgår det att handläggaren kan komma i kontakt med sjukvården vid biståndshandläggningen. Emma säger att hon har upplevt att sjukvården har ett annat synsätt på hur man ska gå till väga för att tillgodose klientens bästa, genom att förbise klientens självbestämmanderätt på grund av demenssjukdomen. Sjukvården och vård- och omsorgsförvaltningen är två olika professioner med varsitt domänspråk och som är verksamma inom två olika arenor (Blomberg, 2004:119). Förutom att verksamheterna skiljer sig åt på flera sätt, som till exempel organisationens uppbyggnad, synsätt, syfte, insatser, språkbruk och kunskapsbas, arbetar sjukvården främst utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och vård- och omsorg främst via socialtjänstlagen (SoL). Äldre över 65 år med demenssjukdom behandlas av båda verksamheterna, men de nämnda skillnader kan vara faktorer till deras olika synsätt gällande vad som är bäst för aktuell målgrupp. Professionerna kan även ses som att de konkurrerar med varandra och det kan skapa problematik mellan dem (Blomberg, 2004:119) som i sin tur kan påverka individen.

Norman och Schön (2005) skriver bland annat om svårigheten med att tillfredsställa alla parter samt påtryckningar av de yttre faktorerna. Den svårigheten kan sättas i förhållande till handläggares omsorgsarbete som är bundet av kontexten du befinner dig i (Dunér & Nordström, 2003). Omsorgsarbetet står i konflikten mellan individens självbestämmanderätt, omgivningens krav och att vi människor är beroende av varandra. Biståndshandläggaren är gräsrotsbyråkrat som måste följa organisationens krav och handlingen måste följa lagar, regler och riktlinjer för att uppnå organisationens förväntningar samtidigt som individens behov ska tillgodoses. Dunér och Nordström (2003:15) tar upp Silfcerberg som skriver att det inte finns handlingsmönster för hur de professionella ska agera i sådana situationer. Det är viktigt att de professionella har handlingsfrihet i sitt arbete och intar ett kritiskt förhållningssätt till regler och principer som påverkar handlande. För att kunna möta varje enskild individ måste omsorgsmoralen beaktas och mötet kan inte enbart styras efter rättvisemoralen eftersom varje individ är unik med olika sorters behov.

### 7.3.4 Ekonomi

Vid analys av vårt intervjumaterial framgick det att biståndshandläggarna tyckte att organisationens ekonomi inte påverkar deras handlingsutrymme vilket skiljer sig från Normans (2010) studie där handläggarna uttryckt att ekonomin påverkar den individuella biståndshandläggningen. Den ekonomiska aspekten i biståndshandläggningen uttrycktes av en handläggare på följande vis:

Både ja och nej. Enligt lagen så går ju vi efter behoven, men samtidigt så har vi även kommunala riktlinjer som vi också måste anpassa oss i och i vår bedömning måste det alltid finnas ett ekonomiskt tänk också. Men i grunden är det ändå att ekonomin aldrig får stå i vägen för vad behoven säger. Det kan ju alltid vara så att man kan finna andra lösningar som är mer kostsamma och mindre kostsamma. (Eva)

Biståndshandläggares myndighetsutövning påverkas enligt Eva och andra handläggare till viss del av organisationens ekonomi som delvis visar sig vid val av insats till klienten, men generellt sätt är det behoven som ska styra valet av insats. Inledningsvis tog vi upp kostnaden för vård och omsorg som år 2014 slutade på 63 miljarder kronor till skillnad från år 2007 då kostnaden var på 50 miljarder kronor problemformulering (Socialstyrelsen, 2010b; 2014a). Uppföljningar av beslutad insats för klienter inom äldreomsorgen ska ske en gång per år, men år 2010 presenterade socialstyrelsen att det saknades dataregister för uppföljningen av bland annat socialtjänstens insatser för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010b). Kostnader för personer med demenssjukdom gick år 2010 mestadels till att kompensera följderna av demenssjukdomens successiva försämring av personers psykiska och fysiska funktioner och dess följder. Socialstyrelsen (2010b:62) menar mer strukturerade och regelbundna uppföljningar kan bidra till minskade kostnader samt förebygga att akuta vårdbehov och situationer uppstår. Demenssjukdom utvecklar sig olika över tid och uppföljningar kan bidra till att åtgärderna anpassas bättre efter typen av demenssjukdom.

## 8. Sammanfattning och slutdiskussion

Syftet med denna studie är att undersöka hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen bemöter demenssjuka över 65 år i handläggningsprocessen, med fokus på handläggarens handlingsutrymme och den demenssjukes rättigheter. Vid analys av insamlat material har vi arbetat fram två teman, vilka är *Kunskap om demenssjukdom i biståndshandläggningen* och *Praktikens dilemma*. Under dessa teman har studiens frågeställningar besvarats. Studiens frågeställningar;

- Hur beskriver biståndshandläggaren sitt handlingsutrymme?
- Vilka svårigheter kan uppstå i handläggningen av demenssjuka gällande individens rättigheter, självbestämmande, integritet och samtycke?
- Hur bedömer biståndshandläggaren graden av rättshandlingsförmåga hos en klient med demensdiagnos?

Vi har använt oss av kvalitativ metod och inhämtat empiri via semistrukturerade intervjuer med biståndshandläggare och en undersköterska. I dessa intervjuer fick vi intervjudeltagarnas syn på bemötandet av demenssjuka över 65 år i handläggningsprocessen med fokus på handläggarens handlingsutrymme och individens rättigheter. Antalet intervjudeltagare från vardera kommun och yrkesroller skiljde sig åt. Det framgick utifrån deras erfarenheter avseende biståndshandläggningsprocessen medför svåra etiska överväganden. Dessa överväganden synliggjordes i samband kartläggning och bedömning av individens behov samtidigt som handläggaren ska bemöta och förhålla sig till andra informationskällors åsikter, som exempelvis anhöriga och sjukvården. Därefter ska handläggaren fatta beslut utifrån insamlat material, förhålla sig till organisationens förväntningar och möta individen på ett mer mänskligt plan. Handläggarnas arbete grundar sig på den kunskap de fått om demenssjukdom via universitetsutbildning, interna utbildningar inom verksamheten och yrkeserfarenheter. Studien har utgått ifrån professionsteori och begreppen gräsrotsbyråkrat samt handlingsutrymme. Detta har givit oss förståelse och perspektiv på biståndshandläggarens yrkesroll, arbetssituation, förhållningssätt och handlingsutrymme.

Vi har, som tidigare nämnts, haft ett relativt stort bortfall av handläggare i kommun 1 där antalet blev en handläggare, till skillnad från kommun 2 med tre antal handläggare samt en undersköterska. Därför har vi valt att studera likheter och skillnader mellan individernas intervjusvar istället för att göra jämförelser mellan kommunerna. Studiens resultat påverkas av individernas kunskap och erfarenheter som framkommit i intervjusvaren. Kvalitativ metod möjliggör för forskaren att ta del av intervjupersonernas subjektiva upplevelse som studien delvis bygger på, i kombination med forskning och teorival. Studien har bland annat utgått från gräsrotsbyråkrat och handlingsutrymme som teoretiska utgångspunkter, som vi utgått från i analysen och bland annat diskuterat handlingsutrymme i förhållande till handlingsfrihet. Detta med anledning av att handläggarnas intervjusvar kan tolkas som att de likställt begreppen med varandra. Det framgick bland annat av handläggarnas beskrivning av handlingsutrymme att de ansågs sig ha ett stort handlingsutrymme samtidigt som en handläggare berättade att hon saknar riktlinjer för sitt arbete. Det stora handlingsutrymmet kan därför tolkas som att de upplever sig ha stor frihet att handla inom den formella ramen som handlingsutrymmet och denna frihet påverkas inte av yttre faktorer.

Det framgick att handlingsutrymmet inte påverkades konkret av organisationens ekonomi och att utrymmet räckte för den kunskapen och erfarenheten de hade. Det skiljde sig från Normans (2010) studie som visade att den ekonomiska aspekten påverkade den individuella bedömningen. Andra faktorer som styr handläggarnas handlingsutrymme och som samtidigt utgör ett stöd i deras arbete är organisationens krav, lagar och riktlinjer. I intervjuerna framgick det att antalet hembesök kan se olika ut beroende på individens behov och det är ett exempel på när handläggaren anpassar handläggningen efter den enskilde individen. Det kan vara positivt med fler än ett hembesök eftersom handläggaren får mer tid att kartlägga individens behov. Det framgick av intervjuerna att handläggare kan utöka antalet hembesök och inleda motiverande samtal vid fall med individer som motsätter sig hjälp. Anledningen är att handläggaren ser att det finns behov, men vi menar att det kan ses som ett ifrågasättande av individens kognitiva förmåga och självbestämmanderätt.

Det är i handlingsutrymmet handläggaren har möjligheten att vara flexibel och anpassa arbetet efter varje enskild individ (Svensson et al. 2008). Biståndshandläggaren måste utgå från de rättsliga aspekter som gäller i organisationen och utgå från människans självbestämmande (Gilligan, 1985; Dunér & Nordström, 2003). Det är i samband med omsorgsarbetet som konflikten uppstår när handläggaren ska respektera individens självbestämmande och



samtidigt har ansvar för att individens behov tillgodoses. Detta är ett exempel på ett äkta dilemma (Dunér & Nordström, 2003).

Vi gav tidigare exempel på vad som kan vara positivt med ett stort handlingsutrymme, det vill säga att biståndshandläggaren kan anpassa handläggningen efter klienten samt föra in egna värderingar och normer vid bedömning av individens behov (Svensson et al. 2008). Utifrån biståndshandläggarnas beskrivning av demenssjukdom kan vi synliggöra kunskapsbrist om demenssjukdomar. De uttryckte även att diagnosen inte var viktig i handläggningen. Utifrån vår syn på handläggarens kunskaper om demenssjukdom har vi ställt oss frågan om de kan hantera ett stort handlingsutrymme och samtidigt tillgodose individens behov. Vi menar att deras kunskaper om sjukdomen i förhållande till ett stort handlingsutrymme innebär en risk vid kartläggning och bedömning av individens behov.

Det framgick av undersköterskan och flera av biståndshandläggarna att de utgick från individens behov och inte från demensdiagnosen. Fördelar med en diagnos var till exempel att den kan ge individen en plats på en demensavdelning och att diagnosen kan ge information om typen av demenssjukdom samt hur sjukdomen kan uttrycka sig. Denna information kan vara intressant för vårdnadspersonalen som ska bemöta behoven, men informationen var inte intressant för handläggaren som beslutfattare.

Utifrån intervjuerna har vi reflekterat över handläggarnas förhållningssätt till demensdiagnos. Vi anser att denna kan ge information som är viktig vid bedömning av individens behov. Samtidigt menar vi att förhållningssättet att se till individens behov bidrar till att man möter varje enskild individ utifrån liknande grundförutsättning. Vi menar att kategorisering av individen via diagnosen kan användas som ett verktyg och hjälpa handläggaren med att anpassa insatsen utifrån klientens behov samt effektivisera arbetet. Det kan i sin tur minska risken för att i efterhand behöva göra ytterligare bedömning av individens behov som i sin tur kan minska kostnaderna. Dock kan detta medföra fokus på diagnosen samt fördomar och stigmatisering av målgruppen. Vi menar att diagnosen kan medverka till att fokus ligger på att anpassa insatsen efter sjukdomsbilden som i sin tur kan medföra att handläggare bortser från annan viktig information gällande klienten som individ och det är viktig information som ska tas med i bedömningen av insats.

Tidigare framgick det att handläggare använder motiverande samtal när klienter med demensdiagnos motsäger sig hjälp. Det kan kopplas till individens självbestämmande och integritet som ska respekteras. Samtycke kan se olika ut gällande klienter med demensdiagnos på grund av att sjukdomen kan försämra personens kognitiva förmåga och påverka hur personen kan ge uttryck för sin vilja. Undersköterskan och flera av handläggarna sade att de måste avstå insats vid minsta motsättning från klienten. Några handläggare gav exempel på att ett samtycke kan vara när klienten inte motsätter sig hjälpen, det vill säga ett presumerat samtycke som inte uttrycks muntligt. Det framgick från några handläggare att de vid samtycke i förhållande till individens integritet och självbestämmanderätt ställs inför etiska överväganden om vad som är rätt och fel i förhållande till individens rättigheter. Det kopplades till rättvise- och omsorgsmoralen som handlar om att individen ska bemötas både som objekt och subjekt (Eliasson, 1992; Gilligan, 1985; Dunér & Nordström, 2003). Svårigheten handlar om att biståndshandläggningen inom äldreomsorgen främst utgår från rättvisemoralen vilket gör att individen enbart bemöts som objekt och det kan leda till övergrepp eftersom det innebär att man bortser från personen som subjekt (ibid.). Samtidigt som handläggaren kan begå underlåtenhetssynd om individen enbart bemöts som subjekt eftersom man då bortser från personens rättigheter (Eliasson, 1992; Dunér & Nordström, 2003).

Jönsson och Nilssons (2012) efterfrågar kunskap avseende förståelse och mätning av klientens insiktsförmåga, det vi kallar rättshandlingsförmåga. Efter att vi analyserat vår studies material håller vi med dem, eftersom analysen visar att det inte finns någon konkret grund för hur bedömningen sker i kommunerna. Det finns till exempel inte några kommunala riktlinjer hur handläggarna ska gå tillväga vid kartläggning av klienter med demensdiagnos. Vid bedömning av en klient med demenssjukdomens rättshandlingsförmåga har det i intervjuerna framgått att anhöriga är en viktig del i kartläggningsprocessen eftersom de utgör stöd till klientens rättshandlingsförmåga. Det framgick att anhöriga kan ge bakgrundsinformation om individens liv innan demenssjukdomen och det uttryckte framförallt undersköterskan vara en viktig del i kartläggningen. Samtidigt berättade några handläggare att anhörigas närvaro vid hembesöken kan skapa konflikt gällande beslut av insats och individen rättigheter. Rättshandlingsförmågan bedömdes inte utifrån demensdiagnosen utan efter kartläggningen vid hembesöken där handläggarna via samtal med individen bedömer den kognitiva förmågan. Bedömningen sker utifrån frågor som kan visa hur pass väl personens utsagor stämmer överens med "verkligheten". Till exempel

uppmärksammade handläggarna och undersköterskan om personen under samtalet upprepade meningar. Det satte vi i förhållande till Heap (1995) som beskriver att människor kan ha svårt att ge uttryck för vad de känner på områden som är känslomässigt laddade.

Hur stort utrymme bör anhöriga få vid handläggningen? Det är svårt att konkret säga hur stort utrymme anhöriga bör få i handläggningen eftersom deras medverkan kan föra med sig både fördelar och nackdelar. Till exempel framgår det av analysen att anhöriga är en viktig informationskälla gällande bakgrundsinformation om individen samtidigt som det framgick att anhörigas närvaro kunde komplicera handläggningen, som ska utgå från individens rättigheter, det vill säga självbestämmande och integritet. En annan faktor som framgick i analysen är att demenssjukdom ibland kallas för anhörigas sjukdom och det kan leda till att fokus hamnar på den anhöriga istället för individen, som då blir ett objekt i handläggningen.

Hur ska handläggaren förhålla sig till informationen? Handläggarna kan dra nytta av anhörigas information vid handläggningen, men utgångspunkten måste vara individens vilja. Det kan sättas i förhållande till de intervjuade handläggarna som berättade att de inte lade vikt vid individens demensdiagnos och att undersköterskan uttryckte att diagnosen är viktig men att individen som person och dess behov är viktigare. Diagnosen ger information om vilken typ av demenssjukdom individen har och det kan vara relevant att ta i beaktande eftersom olika typer av demens utvecklas olika över tid. Anhörigas och biståndshandläggares kunskap om demenssjukdom i förhållande till läkarens kunskapsbas skiljer sig åt och det anser vi är en anledning till att det bör vara ett annat förhållningssätt till demensdiagnosen.

Vård- och omsorgsarbetet med en klient sker oftast av ett multiprofessionellt team, som bland annat biståndshandläggare och läkare ingår i. En fråga som kan ställas är om biståndshandläggares val av att bortse från diagnosen kan vara tecken på konkurrerande professioner? Det vill säga att hälso- och sjukvårdens professioner överordnad gentemot socionomen kanske är en anledning till att de inte fokuserar på diagnosen eftersom bedömningen då kanske hade utgått mer från ett medicinskt perspektiv än ett socialt perspektiv? En annan fråga är om handläggningen skulle bli mer anpassad efter individens behov om större vikt lades på typen av demensdiagnos?

Individens vilja ska vara grunden vid beslut av insats. Andra faktorer som kan komma att påverka beslutet av insats är handläggarens kunskap om demenssjukdom, som främst kom

från praktisk erfarenhet. Dessutom påverkar handläggarens normer och värderingar, organisationens krav, lagar, riktlinjer och andra informationskällors utlåtande.

Erfarenhetsbaserad kunskap är en viktig del i handläggares yrkesroll, men kunskapen måste kritiskt granskas och måste även bygga på teoretiska kunskaper (Svensson et al. 2008). I svaren om vad de ansåg sig sakna i sin yrkesroll svarade majoriteten av handläggarna att de ville införskaffa mer kunskap. Det anser vi talar för en hoppfull framtid för utvecklingen av biståndshandläggningen gällande klienter över 65 år med demensdiagnos, eftersom kunskapen kanske leder till ett förändrat förhållningssätt till demensdiagnosen, som då kan få en annan betydelse.

# Referenslista

- Backlund, S & Bergquist, C (2014) "Skälig levnadsnivå - ett luddigt begrepp. En kvalitativ studie om biståndshandläggares yrkesutövning" (Elektronisk), *Vision*,  
<[https://vision.se/globalassets/student/upsats\\_socionomstipendium2014.pdf](https://vision.se/globalassets/student/upsats_socionomstipendium2014.pdf)> (2014-12-01)
- Bergmark, Å & Lundström, T (2006) "Metoder i socialt arbete - vad är det?". I Meeuwisse, A. (red), Sunesson, S. (red), Swärd, H. (red) *Socialt arbete en grundbok. 2. uppl.* Stockholm: Natur & Kultur.
- Blomberg, S. (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet
- Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder. 2:2. uppl.* Malmö: Liber AB
- Demensförbundet (2013) "Om demens" (Elektronisk), *Demensförbundet*,  
<<http://www.demensforbundet.se/sv/om-demens/demenssjukdomar/>> (2014-12-29)
- Dunér, A. & Nordström, M. (2003) *Dilemman i biståndsbedömarnas yrkesutövning*. Göteborg: Inform Trycket AB
- Eliasson, R. (1992) "Om positioner och perspektiv i forskningen". I Eliasson, Rosmari (red.) (1992) *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Studentlitteratur
- Gilligan, C; Wiking, P. (övers.) (1985) *Med kvinnors röst - Psykologisk teori och kvinnors utveckling*. Stockholm: Prisma
- Heap, K. (1995) *Samtal med äldre - Om kommunikation, minnen, kriser och sorg. 1. uppl.* Malmö: Liber
- Hemerén, G. (2013) "Utgångspunkt för etisk analys i socialt arbete". I Pettersson, U (red.) (2013) *Etik och socialtjänst - Om förutsättningarna för det sociala arbetets etik. 4. uppl.* Malmö: Gleerup

Haraldson, E. & Wånell, S.E. (2009) "Demensteam. En nationell överblick" (Elektronisk), *Rapporter/Stiftelsen Stockholm Äldrecentrum 2009:9, ISSN 1401-5129*  
<[http://www.demenscentrum.se/Documents/FoU\\_pdf/09\\_Stiftelsen\\_Aldrecentrum\\_Demensteam.pdf](http://www.demenscentrum.se/Documents/FoU_pdf/09_Stiftelsen_Aldrecentrum_Demensteam.pdf)> (2014-12-23)

Jacoby, R. (2004) *Ethical and legal aspects of dementia*. Volume 3, Issue 12, Pages 33–34  
Johansson, S. (2001) "Socialtjänsten som organisation. En forskningsöversikt." (Elektronisk), *Socialstyrelsen*,  
<[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11136/2002-123-64\\_200212365.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11136/2002-123-64_200212365.pdf)> (2014-12-05)

Jönsson, K. & Nilsson, S. (2012) *Alla jobbar ju för den enskildes väl, men går vi över gränsen? - En kvalitativ studie om självbestämmande och integritet i biståndshandläggningen av personer med demenssjukdom*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete

Kalman, H & Lövgren, V (red.) (2012) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Linde, S & Svensson, K. (red) (2013) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter - Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. 1:1. uppl. Malmö: Liber

Lindelöf, M & Rönnbäck, E. (2004) *Att fördela bistånd - om handlägningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå: Umeås Universitet institutionen för socialt arbete

Molin, K. (2014) *Om demenssjukdom för biståndshandläggare*. Stockholm: Stiftelsen Svenskt demenscentrum

NE (2015) "Integritet" (Elektronisk), *Nationalencyklopedin*,  
<<http://www.ne.se/sök/?t=uppslagsverk&q=integritet>> (2015-01-02)

NE (2015) "Profession" (Elektronisk), *Nationalencyklopedin*,  
<<http://www.ne.se/sök/?t=uppslagsverk&q=profession>> (2015-01-02)

Nilsson, A-C. (2002) *Rättsäkerhet med hjärtat. Vad är kvalité inom äldreomsorgens biståndshandläggning*. Lund: Lunds Universitet

Norman, E. (2010) *BISTÅNDSHANDLÄGGARE – att vakta pengar eller bedöma äldres behov -Dialogseminarier med biståndshandläggare och deras chefer i Stockholms stad*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

Norman, E. & Schön, P. (2005) *Biståndshandläggare - ett (o)möjligt uppdrag en översikt av aktuell forskning om biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*

SOU:2001:453. *Socialtjänstlagen*

Skau, G-M. (2007) *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. 3.[uppdaterade] uppl. Stockholm: Liber

Socialstyrelsen (2010a) "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten",  
(Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18067/2010-6-13.pdf>>  
(2014-01-03)

Socialstyrelsen (2010b) "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom",  
(Elektronisk) *Socialstyrelsen* <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>>  
(2014-12-03)

Socialstyrelsen (2012) "Vård och omsorg om äldre", (Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-2/documents/vard-och-omsorg-om-aldre.pdf>> (2015-06-06)

Socialstyrelsen (2013b) "Handläggning av ärenden om hemtjänstinsatser av servicekaraktär", (Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18993/2013-2-27.pdf>>  
(2014-12-02)

Socialstyrelsen (2013a) "BAS - Behov av stöd" (Elektronisk), *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-16>> (2014-11-20)

Socialstyrelsen (2014a) "Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012", (Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19444/2014-6-3.pdf>>  
(2014-12-27)

Socialstyrelsen (2014b) "Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning", (Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-4>> (2014-12-28)

Socialstyrelsen (2014c) "Personlig assistent och god man", (Elektronisk) *Socialstyrelsen*  
<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19332/2014-1-17.pdf>> (2014-12-28)

Speker OBE, B. & Scully, P. (2009) *The Mental Capacity Act and the elderly*. Volume 20, Issue 2, Pages 90–92

Statistiska centralbyrån (2014) "Befolkningspyramiden har blivit ett torn", (Elektronisk) *Statistiska centralbyrån*, <[http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/)> (2015-06-06)

Styrelsen for social service (2006) *Reglerne om magtanvendelse og andre indgrep i selvbestemmelseretten i servicelovens kap 21*. Köpenhamn: Rambøll Management.  
Svanström, R. (2009) *När livsvärldens mönster brister -erfarenheter av att leva med demenssjukdom*. Växjö: University Press



Svenskt demenscentrum (2008) "Förvirringstillstånd", (Elektronisk) *Svenskt demenscentrum* <<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Psykiatriska/Forvirring/>> (2014-12-28)

Svenskt demenscentrum (2010) "För vem skull? Om tvång och skydd i demensvården", (Elektronisk), *Svenskt demenscentrum*, <[http://www.demenscentrum.se/Documents/Myndigheter\\_departement\\_pdf/2010\\_SDC\\_ForVemsSkull.pdf](http://www.demenscentrum.se/Documents/Myndigheter_departement_pdf/2010_SDC_ForVemsSkull.pdf)> (2014-12-20)

Svenskt demenscentrum (2013a) "Anhörigintervju", (Elektronisk), *Svenskt demenscentrum*, <<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/Anhorigintervjun/>> (2014-12-01)

Svenskt demenscentrum (2013b) "CMAI • Cohen Mansfield Agitation Inventory", (Elektronisk) *Svenskt demenscentrum* <<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/CMAI--Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory/>> (2014-12-01)

Svenskt demenscentrum (2013c) "MMSE-SR (MMT)", (Elektronisk) *Svenskt demenscentrum* <<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/Mini-Mental-Test--MMT/>> (2014-12-01)

Svenskt demenscentrum (2014a) "Om demenssjukdomar", (Elektronisk) *Svenskt demenscentrum* <<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>> (2014-12-27)

Svenskt demenscentrum (2014b) "Vad är demens?", (Elektronisk) *Svenskt demenscentrum* <<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>> (2014-12-19)

Svensson, K. (red.) (2007) *Normer och normalitet i socialt arbete*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

Svensson, P. & Ahrne, G. (2011) "Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt". I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. 1:1. uppl. Malmö: Liber AB

Svensson, K. & Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*, 1. utg. Stockholm: Natur och kultur

Sveriges Pensionärsförbund (2010) "Europeisk deklARATION - om äldres rättigheter och skyldigheter då de är i behov av vård och omsorg", (Elektronisk) *Sveriges Pensionärsförbund* <[http://www.spf.se/spf/uploads/Rot/aldrefragor/eustacea\\_se.pdf](http://www.spf.se/spf/uploads/Rot/aldrefragor/eustacea_se.pdf)> (2014-12-01)

Tolf Drott, S. & Ardström, M. & Eriksson, M. (2010) *Äldreomsorgens lagar: praktisk juridik i din vardag*. 1. uppl. Stockholm: Gothia

Westlund, P. & Duckert, M. (2012) *Salutogen handläggning. Bistånd enligt SoL inom äldreomsorgen*. Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg

# 9. Bilagor

## 9.1 Bilaga 1

Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter, Antonia och Sonya, från Socialhögskolan som är en institution vid Lunds Universitet. Vi studerar på termin sex som innehåller en kandidatuppsats som omfattar 15 högskolepoäng och är ett självständigt arbete. Vi har valt att skriva om biståndshandläggningen i äldreomsorgen rörande klienter över 65 år med demensdiagnos. Det vi har valt att fokusera på är biståndshandläggningsprocessen inkluderat begreppen; självbestämmande, integritet och samtycke. Vi skulle vilja undersöka förhållandet mellan klient och biståndshandläggarens samspel samt dess resultat. En fråga vi vill lyfta upp är bland annat vad som ligger till grund vid ett slutgiltigt biståndsbeslut gällande klienter med demensdiagnos.

För att kunna få svar på våra frågeställningar och för att kunna genomföra arbetet på bästa sätt har vi valt att genomföra en intervjustudie. Anledningen till att vi kontaktar Er är att vi är intresserade av att intervjua tre biståndshandläggare i Er verksamhet med minst 2 års erfarenhet i yrkesrollen. Intervjun kommer, som nämnts ovan, att innehålla ett antal frågor som rör handläggningen kring bistånd kopplat till klienter med demenssjukdom.

En intervju kommer ta ca en timme och under intervjun kommer ljudinspelning ske.

Handläggarna som vi kommer att intervjua förblir självklart anonyma. Medverkan är frivillig och kan avbrytas när som helst. Informationen som delges kommer att användas i vår uppsats under ett fiktivt namn och kommer enbart användas till vår kandidatuppsats.

Med vänliga hälsningar,

-----  
Antonia Axegren

Telefon

Mail

Handledare: Yvonne Johansson

Socialhögskolan vid Lunds Universitet

-----  
Sonya Krzyzanski

Telefon

Mail

## 9.2 Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrund

Namn:

Kön:

Erfarenhet (Vilken utbildning du har samt om du haft något tidigare yrke) inom socialt arbete:

### Yrkesroll som biståndshandläggare

- Hur skulle du beskriva din yrkesroll som biståndshandläggare?
- Vilken kunskap anser du är viktig i din yrkesroll?
- Vad är viktigt för att utföra ditt arbete på bästa sätt? (Är det erfarenhet och/eller utbildning?)
- Vilka egenskaper anser du är viktiga att ha i din yrkesroll?
- Lagar som vi läst om och som vi förstått att ni berörs gällande klienter över 65 år är SoL, Förvaltningslag, Offentlighets- och sekretesslagen och kommunallag. Är det några fler?
- Har ni specifika kommunala och nationella riktlinjer för klienter med demenssjukdom?
- Vilka andra informationskällor har du som biståndshandläggare kontakt med förutom klienten med demensdiagnos?
- Har ni infört beställar- utförarmodellen i er kommun? (Privata och kommunala servicetjänster?)

### Handlingsutrymme

- Hur skulle du beskriva ditt handlingsutrymme i din yrkesroll?
- Hur påverkas ditt handlingsutrymme av nämnda lagar och riktlinjer, av dem organisatoriska kraven?
- Anser du att ditt handlingsutrymme påverkas av organisationens ekonomi? (Om ja, hur? Ge exempel)

### Begrepp

Hur skulle du definiera följande begrepp som ingår i SoL

- Självbestämmande:

- Integritet:
- Samtycke:

Sätt sedan begreppen i förhållande till demensdiagnos.

### Demenssjukdom

- Hur skulle du beskriva demenssjukdom?
- Hur har du fått din kunskap om demens?

### Biståndshandlägningsprocess

*Vinjett: Esther är 87 år gammal, har en demenssjukdom och bor ensam. Esther brukar gå ut och ger ett förvirrat intryck. Esther hittar ibland inte hem, och behöver då fråga personer i området om vart hon bor någonstans. Esther är undernärd och hon har ofta orena kläder och luktar illa. Esthers lägenhet är i dåligt skick med tidningar på golvet och en frän lukt kommer från lägenheten. Esther har varken familj eller vänner, och hon är inte känd inom kommunen sedan tidigare. Biståndshandläggaren bokar in ett hembesök efter ett telefonsamtal från fastighetsskötaren som uppgett att det finns oro för Esthers situation. Under hembesöket uppger Esther att hon klarar sig själv och behöver inte hjälp.*

- Hur skulle du hanterat eller tänkt i den här situationen?
- Hur skulle du kortfattat beskriva biståndshandlägningsprocessen till äldre över 65 år med demens? (Berör Ansökan, utredning: kartläggning och bedömning och sist beslut)

### Ansökan:

Av vem?

Utredning:

### Kartläggning:

- Mötestillfälle: (Hembesök eller på handläggarens arbetsplats?)
- Hur lång tid är mötet besöket ungefär vara?
- Hur många tillfällen träffas klient och handläggare innan beslut?
- Vad studeras?
- Syfte med mötestillfället?
- Vilka informationskällor kan kontaktas?
- Vilka andra informationskällor tänker kan du ta kontakt med?
- Vad har ni för insatser att erbjuda?

- Skiljer den handläggningen ifrån klienter över 65 år med/utan demenssjukdom?
- Vad är det som är största skillnaden? På vilket sätt skiljer det sig?

### Bedömning:

(Om det inte redan framgått i tidigare svar:

- Hur förhåller ni er till självbestämmande, integritet och samtycke?
- Hur använder du ditt handlingsutrymme i handlägningsprocessen? *Skillnad om klient har demenssjukdom eller inte?*
- Hur ofta och vem eller vilka kontaktas vid uppföljning? *Någon skillnad beroende på demenssjukdom eller inte?*

### Demensdiagnos

- Vad anser du om demensdiagnos? och hur förhåller du dig till diagnosen i din myndighetsutövning?
- Har du liknande förhållningssätt till alla demensdiagnoser (eller lägger ni någon vikt i vilken demenssjukdom klienten har?) *Till exempel om du sätter demensdiagnos i förhållande till konsekvensanalys? det finns ju olika typer av demens.*
- Hur bedömer du klientens rättshandlingsförmåga? Utifrån demensdiagnos och/eller skattningsskalor?

### Svårigheter och kunskap

- Hur skulle du beskriva relationen till anhöriga och andra myndigheter?
- Har du upplevt motstånd eller tagit del av konflikt gällande beslut av insats till klient med demenssjukdom? *Om ja, vad kan det berott på? Om nej, har dina kollegor upplevt det?*
- I kontext med andra myndigheter?
- Anser du att det är något som är svårhanterligt i din yrkesroll gällande klienter med demensdiagnos?
- Anser du dig sakna något i din yrkesroll? (T ex utbildning)
- Vad anser du kan bidra med utveckling av biståndshandläggningen till klienter med demenssjukdom?

### Avslutning

- Är det något du (intervjupersonen) vill tillägga?
- Några frågor som vi vill tillägga? Tack!

