



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

*Biståndshandläggares strategier för utredning- och
bedömningsprocess med demenssjuka inom äldreomsorgen.*

- En kvalitativ studie

Linnea Mårtensson

Kandidatuppsats (SOPA 63)
VT 2022

Handledare: Jonas Bååth

Abstract

Author: Linnea Mårtensson

Title: *Social workers' strategies for the investigation and assessment process for people with dementia in elderly care. - A qualitative study (Translated)*

Supervisor: Jonas Bååth

Assessor: Hans Knutagård

In their assessment work, social workers in elderly care sometimes meet elderly people who suffer from dementia. Legislation and guidelines for how the work with dementia should be carried out are vague and partly contradictory. On the one hand, the importance of self-determination is described in the legislation and on the other hand social workers have a responsibility to ensure that no elderly person is harmed or self-neglected. The purpose of this study was to investigate social workers' experiences in the assessment work with elderly people with dementia. The study uses Carl Rogers' theory of person-centered care. The material consists of four qualitative interviews with social workers from southern Sweden. The material was processed using a content analysis where different values were coded with color. The results show that social workers face the dilemma of balancing the dementia patient's self-determination and the risk of self-neglect. Because of this, social workers use various unspoken strategies in their work with elderly people with dementia, such as *motivating / coaxing, using the environment* and *building a relationship*. Based on Carl Rogers' theory, the empirical evidence has shown that social workers value self-determination highly for the elderly with dementia. At the same time, it is somewhat contradictory that social workers use strategies to escape the right to self-determination when the elderly are considered to be in danger.

Keywords: Dementia, Social work, self-determination, self-neglect, självbestämmande, biståndshandläggare.

Innehållsförteckning

1. Inledning och problemformulering	4
1.1 Syfte och frågeställning	5
1.2 Definition av begrepp	6
2. Tidigare Forskning	6
2.1 Biståndshandläggarnas ansvar	6
2.2 Självförsummelse	7
2.2.1 Självförsummelse i lagstiftningen	8
2.2.2 Självförsummelse och anhörigas rätt att ansöka	9
2.3 Självbestämmande/ Autonomi	10
2.4 Lagstiftning och riktlinjer	11
2.5 Strategier	12
3. Teori	13
3.1 Teori om personcentrerad vård och omsorg	13
3.1.1 Att bekräfta personen i centrum	14
3.1.2 Livsberättelsen	15
4. Metod	15
4.1 Val av metod	15
4.2 Intervju	16
4.3 Urval	17
4.4 Avgränsning	17
4.5 Tillförlitlighet	17
4.6 Bearbetning och analys	18
4.7 Forskningsetiska överväganden	19
5. Resultat och analys	19
5.1 Presentation av intervjupersonerna	20
5.2 Ärendets gång	20
5.2 Svårigheter med demens	24

5.2 Strategier	30
5.2.1 Motivera/Lirka	30
5.2.2 Använda omgivningen	35
5.2.3 Bygga en relation	36
6. Sammanfattning och avslutande diskussion	39
7. Referenslista	42
8. Bilagor	45

1. Inledning och problemformulering

I Sverige lever idag ungefär 130 000 - 150 000 personer med en demenssjukdom och varje år insjuknar mellan 20 000 - 25 000 personer i en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017, s.7). När en person drabbas av en sjukdom, skada eller åldersrelaterad förändring kan deras beslutsförmåga förändras (Alzheimer Society 2015). Varje dag i en människas liv kräver en lång rad av beslut, exempelvis val av kläder, frukost och fritidsaktiviteter är beslut som en människa måste göra dagligen. Men även andra typer av val kräver en adekvat beslutsförmåga, såsom mer grundläggande livsvillkor som val av anställning, boende eller livspartner. När en människa blir äldre är det inte ovanligt att hen behöver stöd från utomstående för att klara sin vardag. Ett sätt som den äldre kan få detta stöd är från hemtjänsten samt från personal på vård- och omsorgsboende (Socialstyrelsen, 2017, s.7).

När en ansökan om stöd i form av hemtjänst eller vård- och omsorgsboende inkommer till omsorgsförvaltningen är det en biståndshandläggare som startar ärendet. Den enskilde kan ansöka om vad som helst som hen upplever sig vara i behov av (Socialstyrelsen, 2013, s.4). Detta kan exempelvis vara stöd med personlig hygien såsom vid dusch eller att borsta tänderna, men det kan även vara hjälp med att plocka fram frukost, hjälp med att ta in post eller att slänga sopor. Det som den äldre inte längre har förmågan att själv klara av kan denne ansöka om hjälp för. Det är endast den enskilde själv, alternativt en legal ställföreträdare som kan ansöka om insatser från kommunen (socialtjänstlagen, 2001:453). Biståndshandläggaren ska efter att en ansökan inkommit ta kontakt med den äldre och utreda behovet, men vid fall av demens kan dock den äldre ha svårigheter med att se eller förstå sina hjälpbehov (Alzheimer Society 2015). Detta kan i sin tur försvåra för biståndshandläggarens arbete genom att den demenssjuke har en bristande beslutsförmåga och ett krav för att få frivillig hjälp från kommunens äldreomsorg är att kunna ge samtycke till hjälpen (socialtjänstlagen, 2001:453).

En utomstående såsom anhöriga, hälso- och sjukvården eller någon annan kan även påtala ett hjälpbehov för den äldre i fråga. Biståndshandläggarens arbete blir då att tillfråga den enskilde ifall hen vill ansöka om insatser. Ifall den enskilde önskar att ansöka om stöd från kommunen fortgår ärendet. Ifall den enskilde inte önskar någon hjälp ska en utredning om den enskildes hjälpbehov inte inledas (Socialtjänstlagen, 2001:453). Detta med anledning att Socialtjänstlagen 1 kap. 1 § beskriver att all verksamhet ska bygga på respekt för människors

självbestämmanderätt och integritet. Det krävs att den enskilde själv tar beslutet att ansöka om stöd (Socialtjänstlagen, 2001:453). Att ansöka om stöd från omsorgen kan dock skapa svårigheter vid beslutsfattandet för den äldre ifall hen har drabbats av en demenssjukdom, då beslutsförmågan kan ha förändrats (Alzheimer Society 2015).

Ovanstående svårigheter kan ges i uttryck genom exempelvis att utomstående ser ett hjälpbehov där situationen den äldre befinner sig i inte fungerar. Samtidigt kanske den äldre själv inte vill eller kan samtycka till stöd eller helt enkelt inte ser något behov av stöd för sig själv, till följd av nedsatt beslutsförmåga. Biståndshandläggare och vårdpersonal såsom hemtjänstpersonal och boendepersonal ställs då inför svåra etiska bedömningar mellan att göra gott gentemot att den enskildes självbestämmande och integritet ska respekteras (Socialstyrelsen, 2017, s.90). I praktiken är äldres rättigheter och friheter ömtåliga. Forskare inom ämnet har förespråkat begränsningar i självbestämmandet för äldre med en demenssjukdom samt att val blir "påtvungade" de äldre, särskilt i val angående institutionsvård eller i beslut kring att flytta till ett vård- och omsorgsboende (Tyrrell J, Genin N, & Myslinski M., 2006). Vidare framgår inga tydliga direktiv för hur arbetet med demenssjuka ska fungera i praktiken och det saknas adekvat forskning kring biståndshandläggarens upplevelser och resonemang kring dilemmat med demenssjuka äldre. Intresset för denna studie ligger därav i biståndshandläggarnas resonemang och upplevelser kring tillvägagångssättet för att bemöta äldre demenssjuka i utredning- och bedömningsprocessen.

1.1 Syfte och frågeställning

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka biståndshandläggarnas upplevelser och resonemang kring utredning- och bedömningsprocessen i ärenden gällande äldre personer som drabbats av en demenssjukdom.

Frågeställningar

- Hur resonerar biståndshandläggare kring utrednings- och bedömningsprocessen i praktiken?
- Vilka strategier använder sig biståndshandläggare av i arbete med äldre personer som drabbats av en demenssjukdom?

1.2 Definition av begrepp

Äldre med demens

I denna studie menas "äldre" med personer över 65 år. Begreppet demens fokuserar i denna studie på den kognitiva nedsättning som kan medföra ifall en äldre drabbas av en demenssjukdom. Olika demenssjukdomar kan påverka individer på olika sätt, i största utsträckning påverkar demenssjukdomar individens minne, sinnesintryck samt en minskad omdömesförmåga och insikt (Demensförbundet, 2022).

2. Tidigare Forskning

2.1 Biståndshandläggarnas ansvar

Forskning visar att biståndshandläggare i Sverige möter dilemman i arbetet med bedömningsprocessen med äldre personer som drabbats av en demenssjukdom. Ett dilemma beskrivs vara att både balansera den svenska lagstiftningen som framför vikten av självbestämmande för den enskilda med vikten av att ge den enskilda den hjälp som hen behöver för att nå upp till det som anses vara en skälig levnadsnivå (Österholm, Taghizadeh Larsson & Olaison, 2015). Även Giertz, Emilsson & Vingare (2019) betonar dilemmat för biståndshandläggare att balansera lagstiftningens ideal om självbestämmande samtidigt som den äldre har ett stort behov utav hjälp i vardagen. Författarna beskriver att de äldre och deras familjer lämnas i ett vakuum mellan självbestämmanderätten och behovet till stöd, genom att biståndshandläggare inte kan agera så länge den enskilde avvisar stöd.

Biståndshandläggare uppmuntras, enligt riktlinjer och lagstiftning, att reflektera över och utvärdera sitt arbete vid självförsummelse, inte bara i relation till hur väl de har respekterat en äldre persons rätt till självbestämmande, utan även i förhållande till hur väl de har levt upp till angivna vårdetiska standarder (Thelin, 2021). Ett patientcentrerat förhållningssätt till beslutsfattandet för personer med en demenssjukdom lyfts fram som viktigt. I teorin erkänns respekt för autonomi och självbestämmande som grundläggande för beslutsprocessen och föreslås genom "vård som speglar vem hon är som person när hon inte kan fatta beslut på egen hand" (Todd, Lawson & Grealish, 2021). Vidare bör biståndshandläggaren arbeta med det sociala nätverket hos den äldre med demenssjukdom, exempelvis ifall den äldre inte samtycker till stöd uppmanas biståndshandläggaren att ta kontakt med anhöriga för att

informera om att det finns insatser man kan ansöka om. Mills (2015) skriver om anhörigas roll i beslutsfattandet och att beslutsprocessen är en dynamisk process som äger rum i en relationell kontext mellan anhöriga och professionella. Tyrrell J, Genin N, & Myslinski M. (2006) förklarar i sin studie att de anhöriga tenderar att vara mer nöjda med den information som professionella ger än vad den äldre är. Detta tyder på vissa svårigheter med de äldres rätt att delta i beslutsfattandet.

Biståndshandläggare hänvisas till att medvetet reflektera över hur de väljer att kommunicera med de äldre och deras anhöriga, där det beskrivs finnas en tendens att biståndshandläggare kommunicerar mer med den anhöriga snarare än den äldre eftersom den demenssjuke bedöms oförmögen att erbjuda meningsfulla synpunkter (Tyrrell J, Genin N, & Myslinski M., 2006). Ifall den enskilde inte får uttrycka sina egna åsikter kan beslutet som den professionella och anhöriga bestämmer bli "påtvingat" den äldre.

2.2 Självförsummelse

Inom socialt arbetet med äldre som drabbats av en demenssjukdom diskuteras begreppet självförsummelse (self-neglect) vilket menas med en oförmåga att ta hand om sig själv i kombination med motstånd att ta emot vård från andra, och där grundläggande standarder för välbefinnande äventyras. Tidigare forskning visar på att biståndshandläggare för äldre med en demenssjukdom i vissa fall gör beslut som lämnar dessa personer och deras familjer utan lämpliga insatser. Detta med anledning att den svenska lagstiftningen och riktlinjer betonar frivilligheten med att ansöka om insatser, i samband med att den äldre med en demenssjukdom motsätter sig hjälp (Thelin, 2021).

Mauk (2011) förklarar begreppet självförsummelse och hänvisar till författarna Dyer, Goodwin, Pickens-Pace, Burnett, & Kelly (2007) som beskriver begreppet som en oförmåga att själv försörja sig med varor eller tjänster som behövs för att kunna tillgodose sina grundläggande behov. Författaren tar även upp en liknande definition från författarna Gibbons, Lauder och Ludwick (2006) som beskriver självförsummelse som en oförmåga att, antingen avsiktligt eller oavsiktligt, upprätthålla en socialt och kulturellt accepterad standard av egenvård, där allvarliga konsekvenser för hälsan och välbefinnande kan drabba den självförsummande, och kanske till och med samhället. Exempel på riskfaktorer för självförsummelse beskriver Mauk (2011) inkluderar hög ålder, social isolering eller dåligt

socialt stöd, kroniska medicinska tillstånd, akuta sjukhusinläggningar och undernäring eller uttorkning. Som hjälp till professionella för att identifiera tecken på självförsummelse hänvisar Mauk (2011) till författarna Gibbons, Lauder och Ludwick (2006) som beskriver testkriterier. Några exempel på dessa testkriterier är; otillräcklig personlig hygien, otillräcklig miljöhygien, brist på uppföljning eller missade möten för hälsoproblem, upptrappning av hälsoproblem som kräver akuta insatser och misskötsel av medicinering.

Ett begrepp kopplat till självförsummelse är risk. Uppfattningen av risk skiljer sig mellan privata deltagare, såsom den äldre och hans familj och de professionella deltagare, såsom biståndshandläggare, sjuksköterskor och hemtjänstpersonal. De professionella deltagarna tenderar att lägga med fokus på den demenssjukes fysiska risker som skulle kunna inträffa, exempelvis brännskada i bostaden, fallolyckor eller bristande medicinhantering. De privata deltagarna kunde framställa risk i termer av förlust av en partner, förlust av en vald livsstil samt minskad självkänsla. Att flytta in på ett boende kunde ses som en risk för de privata deltagarna, samtidigt som de professionella deltagarna såg boendet som det bästa resultatet (Mills, 2015).

2.2.1 Självförsummelse i lagstiftningen

I socialtjänstlagen 2 kap. 1§ beskrivs kommunen ha det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (Socialtjänstlagen, 2001). Yrkesprofessionella uppmuntras att arbeta mot självförsummelse samtidigt som de ska främja den äldres beslutsfattande. Det framgår dock inga tydliga direktiv från lagstiftningen om hur det praktiska arbetet med äldre som drabbats av en demenssjukdom ska fungera. I de svenska riktlinjerna specificeras konsekvenserna av självförsummelse till att handla om bristande respekt för självbestämmandet lika mycket som att den äldre inte får den vård som hen behöver. Flera nationella samhällspolitiska aktörer formulerar problem och ger yrkesverksamma råd till hur man arbetar med demensvården i Sverige. De hänvisar dock sällan på ett regelbundet och transparent sätt till forskning kring ämnet, för att exempelvis bevisa yrkeserfarenheter eller yrkesetik (Thelin, 2021).

När demensen fortskrider är det lätt att den demenssjuke blir resistent mot alla förslag om stöd. Det blir därav svårt för familjemedlemmar att fatta beslut inför en sådant aktivt motstånd. Den äldre som drabbats av en demenssjukdom tenderar att allt oftare säga nej till föreslagna förändringar eller åtgärder. Anhöriga uttrycker osäkerhet om huruvida de har rätt

att åsidosätta den äldres vilja (Giertz, Emilsson & Vingare, 2019). I många fall beskrivs familjen till den äldre som drabbats av en demenssjukdom vara viktig på flera sätt. Anhöriga ses som en informationskälla för att bedöma förmågan till samtycke. Samt kan de anhöriga ge viktig information om behov och preferenser som personen med demens har, när hen inte själv har förmåga att uttrycka dessa (Todd, Lawson & Grealish, 2021).

2.2.2 Självförsummelse och anhörigas rätt att ansöka

De flesta forskare kring ämnet är överens under de omständigheter där den äldre inte längre har kapacitet till att fatta beslut på grund av kognitiva besvär, kan en utomstående beslutsfattare behövas. Denna person måste då agera utifrån vad som är den äldres bästa samt förstå vad den äldres önskemål kan ha varit (Mauk, 2011). Till skillnad från professionella deltagare har de privata deltagarna en unik social historia med den äldre demenssjuka, vilket Mills (2015) skriver har en betydande inverkan i beslutsprocessen. Som Todd, Lawson & Grealish (2021) beskriver är anhöriga en viktig del i processen då de kan ge viktig information om den äldre ifall den äldre inte längre har förmågan till det.

Ifall biståndshandläggaren ska avgöra kring den äldres beslutsförmåga krävs det att de gör en omfattande bedömning av den äldre. Mills (2015) beskriver vikten av ett övervägande, en reflektion ifall biståndshandläggaren ska bedöma en individs beslutsförmåga utifrån särskilda handlingar. Detta eftersom olika individer värderar olika saker och olika resultat. Om en part som är inblandad i ärendet hävdar att det finns en betydande risk för skada för den äldre samt att den äldre brister i sin beslutsförmåga, ska frågan ställas om vem som definierar detta. Samt på vilken grund det definieras och ifall en alternativ beslutsfattare kommer lösa problemet. Mauk (2011) betonar att professionella inom äldrevården måste sträva efter att balansera främjandet av den äldres autonomi med skydd av hens hälsa och välbefinnande. Vid ett sådant övervägande måste den professionella, såsom biståndshandläggare se till att inte påtvinga sina egna övertygelser på den äldres situation. Exempelvis om vilken typ av livsmiljö eller beslut som biståndshandläggaren anser socialt acceptabla.

2.3 Självbestämmande/ Autonomi

Begreppet autonomi förklaras som den enskildes självstyre, med möjlighet till självständigt beslutsfattande. Autonomi är en yrkesmässig skyldighet för professioner, såsom biståndshandläggare som ska värna om den enskildes valfrihet utan att andra begränsar denna. Dessa autonoma val beskrivs som en rättighet och inte en skyldighet för den enskilde.

Det antas ofta att den som lever på ett socialt oacceptabelt sätt inte bedöms ha kapacitet. Ifall den enskilde inte följer de socialt accepterade sättet att leva bedöms hen inte heller kunna utöva sin autonomi, utöva sitt självstyre och valfrihet (Mauk, 2011). Autonomi förklarar på sätt och vis att den äldre har rätt till självförsummelse, samtidigt som självförsummelse förespråkar att den äldre inte kan utöva sin autonomi.

Äldre demenssjukas frihet blir oftast förbisedd och störs av professionella samt av familjemedlemmar. Vid beslutsfattande av vård och omsorg motiveras detta förbiseende med att den äldre personen är "utsatt" (Tyrrell, Genin, & Myslinski, 2006) och inte har kapacitet till att utöva sin autonomi (Mauk, 2011). Tyrrell, Genin, & Myslinski (2006) hänvisar i deras artikel till Somme (2003) vars studie visat att flera äldre upplevt att deras familjemedlemmar samt professionella tenderar att besluta åt den äldre i frågor som bland annat att flytta in på ett boende. Studien visar även att flera äldre kände att de inte fick möjlighet att aktivt delta i besluten som gjordes. Även Mauk (2011) skriver om hur äldre löper stor risk att förlora sin autonomi av att familjemedlemmar träder in för att fatta beslut. Mauk (2011) belyser även att professionellas bristande lyhördhet för den äldre kan bidra till begränsad autonomi för den äldre.

Personcentrerad vård och engagemang för den enskilde beskrivs vara viktigt i beslutsfattande, inte bara i samband med rättigheter för den äldre utan även för en långsiktig god hälsa och känsla av välbefinnande. Tyrrell, Genin, & Myslinski (2006) hänvisar till en rapport gjord av Somme (2003) som beskriver att de äldre som varit delaktiga i beslutet av omsorg hade högre nivåer av välbefinnande och positiv anpassning till exempelvis det nya boendet. De äldre som inte fått vara delaktiga i beslutet rapporterades uppleva en känsla av att andra hade beslutat åt dem samt att de hade mindre nivåer av välbefinnande i det nya boendet. Möjligheten att yttra sig om de alternativ som finns är en väsentlig del av det fria valet. Mauk (2011) förklarar situationen mellan autonomi för den äldre och biståndshandläggarens syn på en socialt oacceptabel livsstil, där ett noggrant övervägande behövs göras av den professionella mellan nyttan och den faktiska rätten till självförsummelse. Som Mills (2015) skriver om att den professionellas egna värderingar inte bör påtvingas den enskilde.

2.4 Lagstiftning och riktlinjer

I Sverige är lagstiftningen otydlig vad gäller situationer när en vuxen person saknar förmåga att fatta egna sociala, medicinska eller ekonomiska beslut. Forskning visar på att varken god man eller anhöriga som hjälper en närstående med demens i praktiken ses som talespersoner för den demenssjuke. Det är oklart i lagstiftningen om i vilken utsträckning en annan person kan agera som rättsman. För närvarande åsidosätter filosofin om självbestämmandet, behovet av vägledning och stöd för den enskilde med en demenssjukdom (Giertz, Emilsson & Vingare, 2019). Allt socialt arbete för äldre i Sverige styrs av socialtjänstlagen som beskriver att all vård och omsorg är baserat på frivillig medverkan med krav av samtycke från den enskilde (Socialtjänstlagen, 2001:453). I arbetet med äldre beskrivs Sverige basera sin vård och omsorg på en individuell autonomi med kapaciteten till att samtycka till hjälp. Vilket menas med att ingen har legal auktoritet att bestämma över en annan persons omsorg (om detta inte uttrycks/ bestämts tidigare såsom i fall med god man) (Giertz, Emilsson & Vingare, 2019).

Giertz, Emilsson & Vingare (2019) beskriver i sin studie att en del anhöriga vittnat om att biståndshandläggare inte ville utreda deras närståendes behov ifall den närstående inte skrivit under ansökan. Samtidigt vittnar andra anhöriga om att biståndshandläggare överväger att utreda behovet hos den demenssjuke, utifrån förfrågning av den anhörig eller agerat på egen hand, utan ett direkt samtycke. Det sägs vara möjligt för biståndshandläggaren att arbeta med "förmodat samtycke" (Thelin, 2021). Ett förmodat samtycke kräver att personen har informerats om de planerade åtgärder och har inte uttryckt någon ovilja mot genomförandet. Samt att de åtgärder som vidtagits har gjorts i enlighet med den enskildes förmodade vilja (Svenskt Demenscentrum 2015, 83). Detta tema specificerar att det inte finns någon tydlig juridisk ställning när det kommer till arbetet med samtycke inom demensvården. Praxis varierar i olika kommuner och olika jurister tolkar lagen mer strikt eller mindre strikt (Svenska Demenscentrum 2019, 80). Vidare ger denna otydlighet utrymme för biståndshandläggaren att vara kreativ i utformningen av mötena och hur de väljer att tolka samtycket. Det viktigaste enligt riktlinjerna från svenska lagstiftning beskrivs vara att den äldre känner sig trygg, glad och till ro (Thelin, 2021).

Todd, Lawson & Grealish (2021) beskriver även hur tydliga processer och rutiner saknas för att inkludera demenssjuka i beslutsfattandet. Dessa otydliga rutiner kan bidra till att

önskemålen, hos personen som lever med en demenssjukdom, kan bli åsidosatta av familjens åsikter och biståndshandläggarens expertis. Den grundläggande tanken i teorin är att personen med demens ska vara delaktig och så långt som möjligt själv bestämma över sin vård. När rent praktiska beslut ska fattas kan biståndshandläggare prioritera deras syn på att göra gott som det viktigaste. Detta övervägande kan verka på bekostnad av den demenssjuka personens autonomi och självbestämmande (Todd, Lawson & Grealish, 2021).

2.5 Strategier

Tidigare forskning visar på flera strategier som biståndshandläggare använder sig av i arbetet med demenssjuka. Användandet av olika strategier påverkar i vilket mån den äldre kommer ges möjligheten att vara delaktig i mötet med biståndshandläggaren (Österholm, Taghizadeh-Larsson & Olaison, 2015). Författarna tar upp flera exempel på strategier i arbetet med demenssjuka och förklarar att biståndshandläggare själv bestämmer vilka strategier de använder sig av. De olika strategierna genererar olika mycket delaktighet för den demenssjuka vilket betyder att autonomi hos den enskilde varierar beroende på vilken typ av strategi biståndshandläggaren väljer att arbeta med. Bland annat beskrivs användandet av anhöriga vara en strategi, antingen genom att biståndshandläggaren ser till att de anhörigas preferenser överensstämmer med den enskildes preferenser, eller att biståndshandläggaren tillåter de anhöriga att påminna den enskilde om tidigare preferenser. Genom att skapa en gemensam grund för beslut om hjälpinsatser i form av att låta både den enskilde och de anhöriga in i diskussionen, främjas den demenssjukes rätt till självbestämmande (Österholm, Taghizadeh Larsson & Olaison, 2015).

Från tidigare forskning framgår även strategier för att möjliggöra delaktighet för den äldre demenssjuka i beslutsfattande av insatser. Strategierna som presenteras används för att förklara olika sätt att inhämta samtycke på. Giertz, Emilsson & Vingare (2019) strategin gemensamt beslutsfattande (Shared decision-making) som innefattar att både den anhörige och den enskilde med en demenssjukdom får vara delaktig i beslutsfattandet i så stor utsträckning det går trots att den anhöriga i vissa fall vet att personen med en demenssjukdom inte kommer ihåg det som bestämts. Författarna beskriver även stödjande beslutsfattande (supported decision-making) som betyder att den anhöriga tar det sista beslutet. För den anhöriga kan detta beslutsfattande bli påfrestande på grund av bedömningen av vad som är rätt beslutet när deras närstående inte längre har förmåga att besluta.

Theelin (2021) skriver om ett aktivt utsträckande huruvida det finns ett aktivt motstånd för stöd hos den äldre med demenssjukdom. Biståndshandläggaren uppmanas att inte argumentera utan istället återkomma, samt följa upp insatser vid upprepade tillfällen för personer med demens. En annan viktig ståndpunkt som ligger till grund i bedömningsarbetet med äldre personer som drabbats av en demenssjukdom är självreflektion. Enligt vad som går att urskilja från svensk lagstiftning och riktlinjer för biståndshandläggarnas arbete med äldre personer med demens är biståndshandläggarens självreflektion en viktig aspekt. Det finns inga klara riktlinjer för hur arbetet samt bedömningen med demenssjuka ska gå till. Därför är det viktigt för kvaliteten i demensvården att biståndshandläggare tillsammans med överordnade över tid reflekterar över hur de hanterar frågan (Theelin, 2021).

3. Teori

3.1 Teori om personcentrerad vård och omsorg

Teorin används för att förklara kommunikationssätt för biståndshandläggare där den äldre ska stå i fokus. Denna studie utgår ifrån en induktiv ansats vilket betyder att författaren först utgick från den insamlade empirin för att sedan relatera empirin till lämplig teori. Carls Rogers teori om personcentrerad vård och omsorg ansågs lämplig utifrån studiens syfte och frågeställningar samt utifrån de värden som hittats i empirin.

Carl Roger benämns ofta som fadern till personcentrerad omvårdnad genom sitt begrepp "Person-centred". Inom psykoterapi menar Rogers att en central del är att se personen som söker hjälp som experten om sig själv och att terapeuten bara är en främjare till självinsikt (Edvardsson, 2020). Kitwood (1997) tog begreppet om personcentrerad omvårdnad till äldreomsorgen vilket fick ett stort genomslag eftersom demenssjukdomar ofta påverkar individens förmågor såsom minne, omdöme och förmåga till självmedvetenhet och reflektion. Kitwood menar att förmågorna hos den enskilde förklarar kärnan hos en person med värderingar och personlighet. Kitwood beskrev även att bakom demenssjukdomen, dold av alla symptom som sjukdomen kan medföra finns fortfarande individen kvar. Där vården bör inriktas för att främja denna individ bakom sjukdomen för att skapa en tillvaro värdig en fullvärdig människa (Edvardsson, 2020).

3.1.1 Att bekräfta personen i centrum

I Sverige kan man hitta begreppet personcentrerad omvårdnad som en målsättning och kvalitetsstämpel i styrdokument för vård och omsorg på både nationell, regional och lokal nivå (Edvardsson, 2020). Centrala komponenter inom personcentrerad omvårdnad är bland annat att se och bekräfta personen och inte enbart lägga fokus på hens symptom, sjukdom eller begränsningar. Viktigt är även att bekräfta den enskildes upplevelse av sjukdom samt att sträva efter att utgå ifrån individens perspektiv, behov och önsknings. Vilket kan eftersträvas genom att inkludera personen i hens omvårdnad. Edvardsson (2020) beskriver att en svårighet med personcentrerad omvårdnad är att omvårdnaden är personbunden, kontextberoende och sker i ögonblicket vilket gör det svårt att standardisera för den professionella.

Beroende på bland annat förväntningar, mål, erfarenheter, principer och prioriteringar kan en personcentrerad omvårdnad betyda olika för olika individer. Dessa egenskaper hos individen kan även ändras över tid och förändras beroende på vilken miljö man befinner sig i. En personcentrerad omvårdnad kan därav, som även tidigare beskrivits, skapa svårigheter eftersom den är personbunden och kontextberoende. Samtidigt kan den även innebära att personcentrerad omvårdnad kan vara enkel att arbeta med eftersom det är lätt att ta reda på vad individen anser personcentrerat genom att fråga den enskilde som man vårdar. För den professionella som arbetar med personcentrerad omvårdnad ligger fokus på att stödja personens upplevelse av att vara en fullvärdig människa. Samt att uppmuntra vid beslutsprocesser till delaktighet och medverkan för den äldre och förstå utifrån individens perspektiv. Det är även viktigt att anpassa den fysiska miljön samt innehållet i omvårdnaden enligt de behov som personen med demenssjukdom har (Edvardsson, 2020).

3.1.2 Livsberättelsen

En viktig aspekt inom personcentrerad omvårdnad beskrivs vara samtalet mellan professionell och brukare. Lennart Fredriksson (2004, s.70) beskriver att “det vårdande samtalet” har tre aspekter. Den relationella aspekten som handlar om lyssnande, beröring och närvaro. Den narrativa delen som fokuserar på att lyssna till personens berättelse om sitt lidande och sist den etiska aspekten som handlar om att professionella ska sträva efter att hjälpa personen att nå autonomi, självaktning och därmed skapa möjligheter för ett gott liv. Även Santamäki-Fischer (2020) utgår ifrån teorin om personcentrerad omvårdnad och

beskriver vikten av livsberättelsen för den äldre. Det är förmedlandet av sin livsberättelse som den äldre får en klarare bild av sina känslor och sitt liv vilket i sin tur stärker självbilden och självkänslan.

Utifrån livsberättelsen får professionella viktig information och kunskap av personen som behövs för en personcentrerad omvårdnad (Santamäki-Fischer, 2020). Samt är livsberättelsen av betydelse för den äldre att delge och därav är det upp till den professionella att lyssna och ta emot berättelsen. Vidare beskriver Santamäki Fischer (2020) att det ligger på den lyssnande att hjälpa den berättande att framföra livsberättelsen då denna individ av olika anledningar kan fastna i andra berättelser eller berätta en sak flera gånger. Vidare handlar det om att för professionella bli berörd av den andres berättelse genom att visa empati inför den andres upplevelser. Vidare skriver författaren att som professionell vara ansvarsfull, verkligt intresserad och flexibel inför samtalet. Detta innebär att inte låta sina egna teorier eller erfarenheter som någonting komma i vägen för samtalet, då känner berättaren sig värdefull.

4. Metod

4.1 Val av metod

Till denna studie har en kvalitativ metod valts att användas eftersom denna metod överensstämmer bra med syftet. Detta med anledning av att få en fördjupad förståelse av biståndshandläggarnas subjektiva tankar, erfarenheter och upplevelser i arbetet med äldre demenssjuka. I analysen har ett induktivt synsätt använts för att analysera samband med den insamlade empirin. Ett induktivt perspektiv har använts för att studiens syfte är att få en mer fördjupad förståelse av deltagarnas upplevelser av deras arbetssätt. Detta gav möjlighet till att tolka empirin och hitta samband utan att låsas till en specifik teori. Det empiriska materialet består utav fyra semistrukturerade intervjuer med fyra olika biståndshandläggare i södra Sverige.

4.2 Intervju

I denna studie har semistrukturerade intervjuer används genom att en intervjuguide (Bilaga 1) tagits fram med förbestämda teman som bland annat; demenssjukdom, bedömningsarbete och motivation. Samtidigt har förhållningssättet varit att respondenterna ges möjlighet att svara utifrån sina egna erfarenheter och tankar utan att bli påverkade. Att använda intervjuer som

metod beskrivs vara attraktivt inom kvalitativ forskning då dessa är flexibla (Bryman, 2018, s. 561). Under intervjuerna har flexibilitet varit viktigt för att låta diskussionen ta den väg som respondenterna anser vara viktigt för deras resonemang och upplevelser. I kvalitativa intervjuer ligger vikten på respondenternas egna uppfattningar och synsätt. Det är även önskvärt i kvalitativa intervjuer att låta intervjun röra sig i olika riktningar, eftersom detta ger kunskap om vad respondenternas upplevelser är relevant och viktigt. Nya frågor kan upptäckas och låtas spinna vidare på genom att till viss del avvika från den utformade intervjuguiden (Bryman, 2018, s. 561). Till denna studie ligger fokus på biståndshandläggarnas upplevelser och resonemang kring sin arbetsprocess med äldre demenssjuka, därför har förhållningssättet under intervjuernas gång varit att låta respondenterna välja riktning för samtalet.

Författaren till den aktuella studien tog kontakt med biståndshandläggare genom att maila ut ett informationsmail (bilaga 2) med en intresseförfrågan för studien. De biståndshandläggare som var intresserade av att delta fick frågan ifall de ville genomföra intervjun på plats eller digitalt via Zoom. Alla biståndshandläggare föredrog digitalt och alla intervjuer genomfördes därav via Zoom. Innan intervjun fick biståndshandläggarna information om att intervjun var frivillig och att de kunde avsluta när som helst utan anledning. Även muntligt samtycke hämtades in för att använda intervjun i studien samt samtycke för att få spela in ljud under intervjuerna. Information lämnades även om hur det insamlade materialet kommer hanteras och att medverkan är helt anonym. Författaren genomförde alla fyra intervjuer på egen hand och transkriberade sedan intervjuerna. Intervjuerna pågick mellan 30 - 50 minuter. Till hjälp under intervjuerna användes en intervjuguide med öppna frågor för att ge respondenterna en möjlighet att tala fritt kring upplevelser och erfarenheter. Respondenterna ges därför en stor frihet att kunna utforma sina svar på eget sätt och vikten ligger på det som respondenterna upplever vara viktigt vid en förklaring av förståelsen av mönster, beteenden och händelser (Bryman, 2018, s. 563).

4.3 Urval

I studien har ett strategiskt målinriktat urval använts på grund av att syftet är en fördjupning i arbetet hos biståndshandläggare inom äldreomsorgen och hur de arbetar med utredning- och bedömningsarbete. Ett bekvämlighetsurval användes genom att den som först visar intresse från de utskickade mejlen blev tillfrågad först om att bli intervjuad (Bryman, 2018 s. 243). Mail skickades ut till biståndshandläggare som arbetar med personer över 65 år i två olika

kommuner i södra Sverige. Tre biståndshandläggare intervjuades från den större kommunen och en biståndshandläggare intervjuades från den mindre kommunen. Detta med anledning att endast en biståndshandläggare i den mindre kommunen visade intresse att medverka i studien. Bryman (2018, s.485) skriver om generaliserbarhet kring studieresultat, men då studien endast innehåller fyra intervjuer blir det svårt att uttala sig kring huruvida resultatet gäller för alla biståndshandläggare i Sverige. Istället ligger fokus i denna studie om biståndshandläggare upplevelser inom äldreomsorgen samt hur de arbetar med möten, utredningar och bedömningar med demenssjuka äldre.

4.4 Avgränsning

Syftet och frågeställningarna i denna studie fokuserar på biståndshandläggarnas arbete inom äldreomsorgen och hur de möter äldre som drabbats av en demenssjukdom. Avgränsningar gjordes därför till att endast intervjua biståndshandläggare som arbetar med personer över 65 år. Ett annat krav för intervjun var att biståndshandläggaren skulle ha erfarenhet av att möta människor med en demenssjukdom i bedömningsarbetet. Dessa avgränsningar gjordes för att minska bredden på studiens innehåll och för att enklare kunna besvara syftet. Avgränsningar gjordes även genom att endast intervjua biståndshandläggare i två kommuner i södra Sverige.

4.5 Tillförlitlighet

I kvalitativa studier förklaras validitet och reliabilitet som mindre intressant då kvalitativa studier främst är intresserade av upplevelser och fördjupning som i sin tur är svåra att mäta (Bryman 2018, s.465). I denna studie ligger fokus på upplevelser och resonemang vilket beskrivs vara svårt att mäta. Dock menar flera forskare att begreppet reliabilitet och validitet bör ändras för att tillämpas inom den kvalitativa forskningen. Begreppet tillförlitlighet används ofta istället i kvalitativa undersökningar. Bryman (2018, s.467) förklarar olika delkriterier för att uppnå tillförlitlighet inom den kvalitativa forskningen. Trovärdighet innebär att läsaren ska kunna lita på den berättelse som beskrivs i resultatet. Genom begreppet pålitlighet menar Bryman (2018, s.468) att en tydlig och korrekt beskrivning av de olika delarna skapar en större pålitlighet för studien. Författaren har i denna studie eftersträvat att förklara hur de olika delarna gått till för att få en tillförlitlighet genom att skapa en transparens i tillvägagångssättet.

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med öppna frågor för att respondenterna skulle få en möjlighet att prata fritt om sina upplevelser och erfarenheter. Efter medgivande av respondenterna spelades intervjutillfällena in för att inte gå miste om viktig information. Genom att intervjuerna spelades in kunde de transkriberas och även lyssnas på flera tillfällen för att försäkras att de tolkas på rätt sätt. Respondenterna fick även frågan ifall de önskade att ljudinspelningen från intervjutillfället skickades till dem. Intervjuerna inleddes med en introduktion av ämnet samt förfrågan om muntligt samtycke till att spela in samtalet och ifall intervju får användas till studien. En extra kontroll gjordes även i slutet av intervjun för att kontrollera ifall respondenterna kände sig nöjda med intervju och fortfarande ville att svaren används till studien.

4.6 Bearbetning och analys

För bearbetning och analys har metoden innehållsanalys används. Första steget i bearbetning av materialet var att transkribera de inspelade intervjuerna. Därefter lästes intervjuerna igenom för att få en känsla av materialet. Nästa steg var att koda materialet och varje värde gavs en färgkod. Från början hittades flera olika koder som var av värde i olika intervjuer, därefter jämfördes alla värden från de fyra intervjuerna för att hitta både likheter och skillnader i svaren. Kristensson (2014, s. 142 - 145) skriver om vad som gör innehållsanalys bra är att den fokuserar på att hitta skillnader, likheter och mönster i materialet, samt ger en möjlighet för analys både på yta och djup. Innehållsanalysen innebär att söka efter likheter och skillnader i texten som ska resultera i kategorier med eventuella underkategorier. Författaren (Kristensson, 2014, s. 142) framför att kategorierna ibland kan samlas under ett övergripande tema eller huvudkategori. Eftersom fokus ligger på textens meningsbärande likheter och olikheter finns inget krav att innehållsanalysen ska leda till en teoribildning.

Efter kodningen där de meningsbärande värdena placerats i kategorier lästes kategorierna igenom igen för att eventuellt kunna tolkas och placera några som underkategorier eller en övergripande huvudkategori. Kristensson (2014, s.142) skriver att i en innehållsanalys sker tolkningen på olika nivåer, både enligt det som benämns som manifest och det som benämns som latent. Författaren förklarar att innehållsanalysens manifest fokuserar på att hitta de likheter och olikheter som är mer synliga och uppenbara i materialet, vilket i denna studie redan gjorts. Den latent innehållsanalysen fokuserar på att identifiera mening och betydelse som beskrivs finnas under ytan. Frågan "vad betyder denna kategori?" ställdes då för att få en

mer så kallad latent eller fördjupad känsla av materialet vilket beskrivs lysta textens innehåll till en högre nivå. I det sista steget identifierades den övergripande betydelsen eller meningen av de framtagna kategorierna och även en huvudkategori identifierades från intervjuerna.

4.7 Forskningsetiska överväganden

Denna studie utgår ifrån Vetenskapsrådets (2002) fyra huvudkrav som är samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Patel & Davidsson, 2019).

Informationskravet uppfylls genom att deltagarna i studien både fått skriftlig och muntlig information om studiens syfte, i form av mejl samt muntligt vid intervjutillfället.

Samtyckeskravet uppfylls genom att deltagarna både fått information om att de kan avbryta intervjun när som helst samt lämnat muntligt samtycke vid intervjun ifall de önskar att delta i studien. I denna studie har allt material aidentifierats och har behandlats konfidentiellt och har förvarats på ett sätt så att det bara är författaren till studien som tagit del av de inspelade intervjuerna. Inga namn har skrivits ner på de personer som deltagit i studien. Inspelningen av intervjuerna samt de transkriberade intervjuerna kommer raderas när studien är inlämnad och godkänd. Nyttjandekravet uppfylls i denna studie genom att det framgått tydligt för deltagarna under intervjun att den insamlade informationen endast kommer användas till denna aktuella studie och kommer som tidigare beskrivits raderas efter.

5. Resultat och analys

Detta kapitel kommer analysera empirin utifrån de fyra intervjuerna som gjordes med biståndshandläggare för äldre. Resultatet som framkommit kommer presenteras i tre olika teman: *Ärendets gång*, *Svårigheter med demens och Strategier*. Ett fjärde tema, *att bli lyssnad på*, har även urskilts från respondenternas svar och kommer presenteras genomgående i de övriga tre teman. Studiens resultat kommer även senare analyseras utifrån vald teoretiskt perspektiv, Carl Rogers teori om personcentrerad omvårdnad.

5.1 Presentation av intervjupersonerna

Respondenterna har tilldelats fiktiva namn för att hållas anonyma. Nedan kommer en kort presentation om respondenterna och vad de arbetar som.

Anki - Anki arbetar som biståndshandläggare i den mindre kommunen i södra Sverige. Hon hanterar ärenden med äldre personer över 65 år. I arbetet ingår att genomföra hembesök,

utreda behov och skicka beställningar till verkställigheten. Anki handlägger även hemgångar efter sjukhusvistelser.

Ulrika - Ulrika arbetar även hon som biståndshandläggare i den större kommunen i södra Sverige och hanterar ärenden för äldre personer över 65 år. Ulrika gör bland annat hembesök, utreder behov och skickar beställning till verkställigheten. Hon handlägger dock inte hemgångar men har istället ansvar för ett specifikt område i kommunen.

Eva - Eva arbetar i samma kommun som Ulrika och är även hon biståndshandläggare och hanterar ärenden för äldre personer över 65 år. Eva har i största utsträckning samma arbetsuppgifter som Ulrika och har ansvar för ett annat område i kommunen.

Ingrid - Ingrid arbetar även hon i samma kommun som Ulrika och Eva och hanterar ärenden för äldre personer över 65 år. Hon har samma arbetsuppgifter som Ulrika och Eva och har ansvar för ett specifikt område.

5.2 Ärendets gång

Det framgår från intervjuerna att ärendegången går till på liknande sätt oavsett om den äldre drabbats av en demenssjukdom eller inte. Ärendet börjar med att det inkommer en ansökan från antingen den äldre själv eller någon närstående. Det kan även börja med en anmälan från någon utomstående som är orolig för hur den äldre har det i sin vardag. Därefter beskriver biståndshandläggare att de tar kontakt med den äldre för att se ifall denne vill ansöka om några insatser från omsorgen. Om den äldre är intresserad av detta bokas vanligtvis ett hembesök för ett möte men mötet kan även göras per telefon ifall båda parterna är okej med detta. Alla av de intervjuade biståndshandläggare beskriver att mötet är en viktig del av arbetet och att målet är att ha ett så bra möte som möjligt både för den äldres skull men också för att få in information till utredningen.

Efter mötet beskriver de intervjuade biståndshandläggare att det sker mer praktiska arbetsuppgifter för dem, såsom att skriva utredningen och då antingen ge bifall eller avslag och utifrån det skicka beställning till utförare som exempelvis kan vara hemtjänst, växelvård eller vård- och omsorgsboende. Andra mer praktiska arbetsuppgifter är att skriva ut och posta utredningen till den äldre, vilket som tidigare förklarats är något som biståndshandläggare beskriver gör i varje utredning oavsett demenssjukdom. Så här beskriver de intervjuade biståndshandläggarna processen:

Det är ju lite beroende på vad man ansöker om men antingen då per telefon eller att vi åker och besöker kunderna. Och sen så då inhämtar man informationen och så tar man med sig och utreder och ser vilka behov av insatser då kunden behöver ha. Och beviljar det eller avslår det, dem flesta fall när det gäller hemtjänst så är det ju oftast inte så många avslag så, utan det brukar vara kunderna har behov av det dem ansöker om, kan jag ändå uppleva i det stora liksom.

(Ulrika)

Det brukar ju börja med att oftast är det någon som ringer och aktualiserar det. Eller att det kommer via sjukhuset. Och sen, om det är något lättare så brukar vi utreda det över telefon, men är det nya ärenden eller lite, att man behöver göra en större utredning så gör vi oftast ett hembesök. Där vi utreder vidare, och där vi träffar dels den enskilde och oftast är det ju anhöriga också. Åh sen utifrån det så skriver vi utredningen och lägger beslut och skickar uppdrag till hemtjänsten, eller boende då

ju.

(Ingrid)

Alla intervjuade beskriver liknande ärendeprocesser där beroende på vad den äldre ansöker om sker antingen ett hembesök eller ett telefonsamtal. Ulrika och Ingrid kommer från olika kommuner och Ingrid arbetar i en lite mindre kommun. Det framgår dock att ärendeprocessen ser likadan ut oberoende av vilken kommun de tillhör. Då själva ärendets gång ser likadant ut oavsett om den äldre drabbats av en demenssjukdom eller inte, framför flera av biståndshandläggarna att mötet kan se annorlunda ut ifall en äldre besvaras av en demenssjukdom. Några av biståndshandläggarna beskriver situationen så här:

Det man försöker med, alltså processen är ju oftast densamma, det kan ju vara det här då att man behöver kanske presumtivt samtycke men oftast då vid hembesök så brukar jag försöka ha med någon närstående vid hembesöket när det är någon som har demens, just för att det ska vara fler som hör det, det kan ju vara så att den dementa kanske glömmer informationen och även att den kanske ska få hjälp och liksom ta emot viss hjälp som kanske då finns liksom. Så att det brukar jag försöka i alla fall att ha med någon mer liksom.

(Ulrika)

I citatet ovan framgår det att Ulrika oftast försöker ha med någon närstående vid hembesöket när det gäller en äldre med en demenssjukdom. Todd, Lawson & Grealish (2021) skriver i sin studie att anhöriga är en viktig del i processen med biståndshandläggaren genom att de kan ge viktig information om den äldre ifall denne inte längre har förmågan att framföra

informationen själv. Detta underlättar både för den äldre genom att informationen kommer fram på vilket sätt hen önskar leva på men också för biståndshandläggaren som får rätt information och kan göra en med korrekt bedömning. I citatet ovan framgår även att ärenden med demenssjukdomar kan skiljas genom att biståndshandläggaren använder sig av presumtivist samtycke vid fall av demens. Eva beskriver liknande situationer av att använda presumtivist samtycke:

Om personen inte har förmågan att själv framföra en ansökan och kanske inte riktigt är orienterad i tid och rum så kan man ibland ta hjälp av anhöriga. Och sätta in hjälp med sånt här presumtivist samtycke. Ett förmodat samtycke. Och då kanske man kan ta ansökan ifrån anhörig. Ibland så kanske man har provat att sätta in lite extra hjälp ifrån hemtjänsten och har då personen tagit emot det...då har ju ändå personen ändå samtyckt någonstans till att ta emot hjälpen även om dem inte kan uttrycka det kanske. Men det är inte alltid enkelt.

(Eva)

De intervjuade biståndshandläggare beskriver att presumtivist samtycke kan användas vid behov då den äldre av olika anledningar inte själv kan framföra en ansökan. Svårigheter att framföra en ansökan kan exempelvis vara till följd av en demenssjukdom där den äldre inte ser något hjälpbehov medans biståndshandläggare och anhöriga ser ett stort behov av hjälp i vardagen för den äldre. Det presumtiva samtycket är som en ansökan som tas via en anhörig, där den anhöriga ansöker å den äldres vägnar. Mauk (2011) förklarar att under omständigheter där den äldre inte längre har kapacitet att fatta beslut till följd av kognitiva besvär kan en utomstående beslutsfattare behövas. Detta kan ske både genom en närstående eller genom en legal företrädare men att personen som ska besluta för den äldre måste agera utifrån vad som är bäst för den äldre. Även de intervjuade biståndshandläggare beskriver att kravet för ett presumtivist samtycke är att den anhöriga ska ha god kännedom om den äldre samt vilja den äldre väl för att få hjälpa till att ansöka.

De intervjuade biståndshandläggare förklarar att presumtivist samtycke är en aspekt som skiljer ärendeprocessen med demenssjukdom från andra ärenden. Ingrid beskriver även ett annat sätt då demenssjukdom kan komma att påverka processen för ett ärende:

Det är väl snarare då, har man demenssjukdomen så är det väl mer att man oftast saknar insikten i sitt hjälpbehov, ofta att man kanske inte vet vad man behöver hjälp med eller att man, ja man glömmer ju också, att i deras värld har de ju alltid klarat att kanske klä på sig eller duscha och då

kanske dem till och med glömmet att de klarar det nu... Och grunden är ju självbestämmande och vi måste respektera vad de själva vill... det är ju en väldig balansgång att man ska lyssna på den enskilde men samtidigt ta in kanske hemtjänstens eller anhörigas synpunkter på hur det kanske faktiskt är. Och det är väl där lite lirkandet kommer in också.

(Ingrid)

Från citatet ovan framgår det att demenssjukdomen kan medföra att den äldre saknar insikt i sitt hjälpbehov vilket Ingrid beskriver vara en balansgång med att både lyssna på vad den äldre säger samt hur hemtjänsten eller anhöriga faktiskt ser i vardagen. Mauk (2011) beskriver vikten av att biståndshandläggare gör en korrekt bedömning vid ifall den äldre saknar beslutsförmåga eller inte. Det krävs en fullständig bakgrundsinformation från tidigare berättelser av den äldre för att ge insikt i den äldres tidigare beslutsmonster och vanor. En medvetenhet hos biståndshandläggaren krävs för att förstå ifall de beslut som andra betraktar som självförsummelse kan bero på den äldres önsknings om att exempelvis vara självständig. Biståndshandläggarna i denna studie var överens om vikten av att de anhöriga vill den äldre väl och har god kännedom om personen, samt att inte påtvinga sina egna övertygelser på den äldres situationer liksom Mills (2015) framför är av vikt. Det framgår dock inte, från de intervjuade biståndshandläggare, några riktlinjer för hur ett sådant arbete går till utan det är upp till biståndshandläggaren att vara lyhörd och själv kunna känna efter hur situationen är.

Det framgår även i citatet ovan att Ingrid använder strategier i form av att "lirka" för att försöka arbeta med dilemman. Mer om strategier kommer senare i resultatet. Flera av de intervjuade biståndshandläggare beskriver liknande svårigheter med att balansera den äldres upplevelse och det faktiska behovet som andra utomstående ser, detta kommer diskuteras i nästa rubrik.

5.3 Svårigheter med demens

I denna del kommer resultat av temat *svårigheter med demens* tas upp och utifrån intervjuerna framgår det att biståndshandläggare möter viss svårighet med dilemman mellan *självbestämmande* och *självförsummelse (self-neglect)*. Grundtanken är att värna om den äldres självbestämmande och autonomi vilket alla intervjuade biståndshandläggare är överens om. De hänvisar även till att all hjälp inom socialtjänsten är frivillig och bygger på att värna om den äldres integritet. I vissa fall där den äldre drabbats av en demenssjukdom kan dock

den äldre ha nedsatt insikt i sina behov. Alla intervjuade biståndshandläggare beskriver att det kan uppstå svårigheter med att värna om självbestämmandet samtidigt som dem själva eller andra utomstående ser ett stort hjälpbehov hos den äldre. Nedan beskriver de intervjuade biståndshandläggare dilemmat:

Allting bygger ju på frivillig basis liksom så man kan ju aldrig tvinga någon så och det ska man ju inte göra men, samtidigt så vill man ju inte att någon far illa heller, så det är ju en liten balansgång där.

(Ulrika)

...Och jag menar en som är väldigt långt gången i sin demens har ju ganska väldigt lite insikt kvar. Och då hade man ibland önskar att man hade kunnat göra mer när dem själva säger nej.

(Ingrid)

I citatet ovan synliggörs biståndshandläggarnas svårighet med att balansera frivilligheten och behovet till hjälp för den äldre. Alla intervjuade biståndshandläggare framför att svårigheten endast skapas när den äldres bild av hens vardag inte stämmer överens med utomståendes bild av hur den äldre lever. Mauk (2011) beskriver ett dilemma mellan den äldres självbestämmande och biståndshandläggarens syn på en socialt acceptabel livsstil. Autonomi och självbestämmandet förklarar på sätt och vis att den äldre har rätt till självförsummelse samtidigt som självförsummelse förespråkar att den äldre inte har förmåga att utöva sin autonomi. Därför menar författaren att ett noggrant övervägande behövs mellan nyttan att motsätta sig självbestämmandet och agera ändå med rätten till självförsummelse hos den äldre.

Theelin (2021) skriver i sin studie att det inte framgår några tydliga direktiv från svensk lagstiftning om hur det praktiska arbetet med äldre demenssjuka ska fungera. Författaren beskriver att lagstiftning och riktlinjer handlar lika mycket om bristande respekt för den äldres självbestämmande som att den äldre inte får den hjälp som hen behöver. Enligt socialtjänstlagen beskrivs kommunen ha det yttersta ansvaret för att människor får den hjälp de inte själva kan ombesörja samtidigt framgår det i socialtjänstlagen att insatserna ska främja människors självbestämmande och grundas på integritet. I Theelins (2021) studie framgår även att bristen av tydliga direktiv för arbetet med demenssjuka kan leda till att

biståndshandläggare tar beslut som lämnar den äldre och hans familj utan lämpliga insatser, vilket i sin tur kan leda till att problematiken med självförsummelse fortgår och förvärras.

Respondenterna till denna studie framför att det inte finns några direkta riktlinjer för arbetet med demenssjuka äldre utan fokus ligger istället på att se alla individer utifrån deras behov och deras önskemål. Flera av de intervjuade biståndshandläggare poängterade vikten av att alla ska få en liknande bedömning oavsett demenssjukdom och det väsentliga i mötet med demenssjuka var att de får känna sig sedda oavsett hur resultatet blir. Somme (2006) skriver om hur personcentrerad vård samt engagemang för den äldre är viktigt för biståndshandläggaren att arbeta utifrån. Santamäki-Fischer (2020) beskriver att det är i förmedlandet av sin livsberättelse som den äldre stärker sin självbild och självkänsla vilket i sin tur leder till en delaktighet i mötet. Genom livsberättelsen får den äldre även en klarare bild av sina känslor och sitt liv vilket både underlättar för den äldre men också för biståndshandläggaren som får viktig information om hur den äldre vill leva sitt liv.

De intervjuade biståndshandläggarna i denna studie beskriver att de i största utsträckning tillsammans med den demenssjuka äldre kan komma fram till en ömsesidig lösning där båda parter är nöjda. Detta genom att arbeta när den äldre och lyssna på hans berättelse samt motivera till att prova. Eva beskriver ett liknande scenario:

Vi kan ju bara erbjuda, vi kan ju aldrig tvinga någon att flytta in någonstans, utan vi kan bara erbjuda...I de flesta fall kan man ändå få en ansökan eller man kan få samtycke “jo men jag kan tänka mig att ställa upp mig i kö till boende”. Och då har dem ju själv uttryckt någonting, och de kanske har någon tanke om vart dem skulle vilja bo om de inte kan bo hemma längre.

(Eva)

Citatet visar på att den äldre inte uttryckt en “direkt” ansökan genom att säga “jag vill ansöka om...” men att den äldre har framfört vart den kan tänka sig bo ifall hen inte längre kan bo kvar hemma. Eva tar det därför som en ansökan utan att den äldre formellt behöver säga orden och när den äldre väl har fått ett vård- och omsorgsboende finns det ingen som kan tvinga den äldre till att faktiskt flytta. Så den äldre kan tacka nej trots att utredningen är klar och boendet är bokad, vilket gör att den äldre ändå behåller sitt självbestämmande. Det framgår dock i Sommes (2003) studie att professionella tenderar att vara med nöjda över mötet än vad de äldre är. Äldre demenssjuka upplever att deras familjemedlemmar samt

professionella tenderar att besluta åt den äldre i frågor kring vård- och omsorg, samt att den äldre inte fick möjlighet att aktivt delta i besluten som togs. Detta trots att den professionella ansåg att den äldre fick möjlighet att delta i mötet.

Vidare beskriver de intervjuade biståndshandläggare svårigheten med frivillighet för den äldre kontra risken för självförsummelse i form av att inte lägga en egen värdering i hur en person har rätt att leva.

Även om man har en demenssjukdom så har man ju rätt till att välja hur man vill leva och det är ju även med andra som inte har demens att vi kanske kan tycka "ja men så kan man inte leva" men man får ju välja att leva hur man vill. Där ska man ju inte gå in med sina egna värderingar och vad man själv tycker är rätt och fel ju.

(Ingrid)

Samtidigt som biståndshandläggaren måste värna om självbestämmandet finns även ansvar hos denne att ingen äldre ska fara illa. Att fara illa kan betyda flera olika saker samt kan variera för olika människor i diverse kontexter. Det är därför viktigt som Ingrid beskriver i citatet ovan att inte gå in med sina egna värderingar om hur en individ ska leva sitt liv. Att låta den äldre få välja själv hur hen vill leva sitt liv och inte lägga en egen värdering i situationen främjar den äldres rätt till självbestämmande. Mills (2015) beskriver liknande att vid ett riskövertvägande ifall den äldre självförsummar sig ska frågan tas upp om vem som definierar denna risk då olika människor värderar olika saker. Författaren menar att det kan finnas något bakomliggande hos den äldres beslut som leder till självförsummelse, exempelvis att vilja spara pengar kan bero på att den äldre levt under en lågkonjunktur.

Mauk (2011) framför ett snarlikt tankesätt med vikten att biståndshandläggare gör ett övertvägande vid bedömningen av självförsummelse. Författaren menar att om biståndshandläggaren beslutar att agera utan att inkludera den äldre kan detta beslut leda till mer psykisk skada än fysisk nytta. Ett exempel kan vara en äldre som försummar sig genom social isolering i sin bostad och inte vill gå ut till följd av social fobi. Ifall biståndshandläggaren då genom en god tanke beslutar att den äldre ska flytta in på ett boende kan istället utfallet bli sämre än vad situationen var innan. Det är därför precis som Ingrid beskriver är viktigt att inte placera sina egna värderingar på den äldres livsstil.

Problematiken uppstår dock när den äldres grundläggande behov äventyras och i denna del hänvisas fara illa till begreppet self-neglect, alltså ifall en person saknar förmåga att själv försörja sina grundläggande behov. En oförmåga att tillfredsställa sina grundläggande behov kan dock variera enligt de intervjuade biståndshandläggare och nedan beskriver biståndshandläggarna hur self-neglect kan se ut i ärenden med äldre som drabbats av en demenssjukdom:

Det viktigaste, tänker jag, är att vi som handläggare är lyhörda och medvetna om situationen och tar in den informationen som behövs så man (den äldre) inte utsätter sig själv eller någon annan för fara till följd av sin minnessjukdom. Till exempel så man (den äldre) inte sätter på spisen så att det tar fyr eller att man kanske går ut och är orolig och inte hittar hem igen eller någonting sånt. Då, då behöver vi ju göra någonting men man får ju försöka och uppmuntra och främja autonomi hos kunden även om man (den äldre) har en demenssjukdom.

(Eva)

Mauk (2011) skriver om riskfaktorer för självförsummelse såsom social isolering, akuta sjukhusinläggningar eller dåliga matvanor som är av vikt att biståndshandläggare känner till för att vara medveten om när det finns en risk för självförsummelse. Gibbons, Lauder och Ludwick (2006) framför liknande risker i form av testkriterier för självförsummelse såsom otillräcklig personlig hygien, otillräcklig miljöhygien, missade möten för hälsoproblem eller hälsoproblem som kräver akuta insatser. Eva i citatet ovan beskriver att det är viktigt att vara lyhörd som biståndshandläggare och att samla information om hur den äldres situation ser ut, för att den äldre inte ska fara illa. Eva framför även liknande testkriterier som Gibbons, Lauder och Ludwick (2006) beskrivit för att göra en bedömning ifall den äldre utsätter sig för självförsummelse. Ingrid beskriver nedan om liknande testkriterier för risken av självförsummelse:

Men om man bara tar ett exempel som vi hade här för inte så länge sen, så hade vi en medborgare som var ute och gick på natten, och det är ju snö och jättekallt och inte särskilt bra att vara ute och gå på natten om man inte har kläder på sig till exempel. Så att där får man kanske lirka ännu mer än vad man kanske hade gjort annars för att få in den på ett korttidsboende. För att någonstans är det ju... det är ju ändå ett liv det handlar om då... Vi vill ju inte riskera att de ska gå ut och gå nästkommande natt och sen kanske inte överleva för det. Så att det är jättesvårt det här med frivillighet kontra i det fallet verkligen då alltså fara för livet.

(Ingrid)

Ingrid beskriver i citatet ovan olika sätt som en demenssjukdom kan skapa svårigheter för den äldre och i värsta fall göra att den äldre saknar insikt och utsätter sig för fara. Self-neglect beskrivs exempelvis kunna vara att den äldre är ute och går mitt i natten utan varma kläder på vintern, att sätta på spisen och inte hålla koll på den så det tar fyr men också att den äldre kanske inte ombesörjer sina basala hygienrutiner. Mauk (2011) beskriver självförsummelse som en oförmåga att själv försörja sig med varor eller tjänsten för att kunna tillgodose sina grundläggande behov. Ulrika förklarar hur de grundläggande behoven såsom hygienrutiner kan äventyras till följd av en demenssjukdom men också att det kan vara svårt för biståndshandläggare att upptäcka dessa situationer av self-neglect då den äldre inför mötet har fixat sig.

Om någon kanske närstående har ringt och pratat med en och berättat att det här och det här funkar inte men när du träffar kunden så kanske du inte kommer se det direkt eller så. Om, låt oss säga det är någonting med personlig vård med dusch och så kanske man inte ser det, då kanske den har kammat sig fint just den dagen men det kanske inte alls funkar. Och då har man ju det med sig. Då kanske man också försöker motivera eller fråga lite mer runt duschen "hur funkar det?" och sådär och så kanske det kommer fram.

(Ulrika)

Gibbons, Lauder och Ludwick (2006) skriver att självförsummelse kan förklaras som en oförmåga att upprätthålla en socialt och kulturellt accepterad standard för egenvård. Som Ulrika beskriver kan den äldre ha fixat sig eller städlat ordentligt innan mötet vilket gör att biståndshandläggarens ser en socialt accepterad livssituation. Samtidigt får biståndshandläggare information från anhöriga om att livssituationen hos den äldre inte alls fungerar. Mills (2015) förklarar att upplevelse av risk för självförsummelse kan ses på två olika sätt, utifrån de professionella deltagarna och utifrån de privata deltagarna. De professionella deltagarna, vilka inkluderar bland annat biståndshandläggare och vårdpersonal, fokuserar tanken om självförsummelse mer på fysiska risker såsom risk för brännskada i bostaden, fallolyckor eller bristande medicinering. Detta syns tydligt i vad både Eva och Ulrika beskriver är tecken på att äldre far illa, där de framförallt beskriver fysiska risker. Mills (2015) beskriver att biståndshandläggare bör vara medvetna om de privata deltagarnas upplevelse av självförsummelse som istället kan se risk i förlust av partner, förlust av vald livsstil eller minskad självkänsla.

Alla intervjuade biståndshandläggare är överens om att de mer allvarliga fall av självförsummelse, där individens liv är i fara, inte uppstår så ofta. Vid ärenden som rör äldre med en demenssjukdom framför de intervjuade biståndshandläggare att det oftast går att hitta en lösning där alla känner sig relativt nöjda efter mötet. Eva beskriver följande:

Men det är ju, alltså det är ju undantagsfall som det går så långt skulle jag vilja säga. Det är inte många ärenden på alla de år som jag har jobbat, som har gått så långt.

(Eva)

Även Ingrid beskriver att det är när den äldre är långt gången i sin demens då denne kan sakna insikt i sin vardag:

Och jag menar en som är väldigt långt gången i sin demens har ju ganska väldigt lite insikt kvar. Och då hade man ibland önskar att man hade kunnat göra mer när dem själva säger nej.

(Ingrid)

Här framgår även dilemmat som tidigare beskrivits att biståndshandläggaren vid ett nej från den äldre inte kan göra mer och även frustrationen över att man önskar kunna göra mer men måste respektera ett nej från den äldre. Det framgår i intervjuerna att flera biståndshandläggare upplever en svårighet med att handla ifall den äldre inte inser sina behov och är mottaglig för hjälp då grunden i lagstiftningen är att den äldre ska få välja själv. Ifall den äldre med nedsatt kognitiv förmåga i form av en demenssjukdom inte kan inse sina behov och inte vill ansöka om hjälp finns risk att denne kan fara illa. Detta beskriver Thelin (2021) bidrar till att den äldre och dennes familj kan lämnas utan lämpliga insatser genom att den äldre tackar nej och biståndshandläggaren inte kan tvinga någon.

5.4 Strategier

I tidigare rubrik presenteras dilemmat mellan självbestämmande och self-neglect och flera exempel tas upp på de svårigheter som respondenterna framfört att de möter. Detta avsnitt kommer beskriva de strategier som biståndshandläggare använder för att arbeta med dilemmat. Tre strategier har kodats från intervjuerna och kommer presenteras i olika rubriker: *motivera/lirka*, *använda omgivningen* och *bygga en relation*. Genomgående i alla tre strategier finns även ett annat tema som de intervjuade biståndshandläggarna framfört är av

största vikt: *Att bli lyssnad på*. Detta tema kommer kunna följas i varje kodad strategi. Strategierna används för att konkretisera de handlingsutrymme som biståndshandläggare har, där det inte finns något direkt regelverk som förklarar hur själva arbetet i mötet ska gå till. Som tidigare beskrivet framför biståndshandläggare i intervjuerna att alla ärendeprocesser i princip ser likadana ut. Det som dock skiljer sig är själv mötet och det är där olika strategier kommer in, både för att olika strategier behövs för olika människor men även för att inte lämna någon utan hjälp.

5.4.1 Motivera/Lirka

Den första strategin motivera och lirka som kommer tas upp är också den som alla respondenter ansåg vara en stor del i arbetet men äldre demenssjuka. Motivera och lirka betyder i detta fall att vägleda den äldre till ett mottagande av hjälp ifall biståndshandläggaren ser ett stort hjälpbehov. Att motivera kan se ut på olika sätt och användas också olika beroende på vilken biståndshandläggare som frågas. Nedan kommer exempel på hur respondenterna tänker kring att motivera och hur strategin används. I citatet nedan får biståndshandläggare svara på frågan, som intervjuaren ställer, kring tankesätt eller tillvägagångssätt vid fall av äldre med demens eller ifall den äldre inte vill ha någon hjälp trots att det finns ett stort behov.

Intervjuaren:

Finns det några riktlinjer eller några direkta tankesätt som ni använder er av när någon äldre inte vill ha hjälp men ni verkligen ser ett behov?

Ingrid:

Nej alltså vi har nog inga specifika riktlinjer eller så hur vi gör. Utan det är väl mer att vi försöker, ja men lite som vi varit inne på, att man försöker motivera och att man kanske följer upp det oftare och erbjuder hjälpen. Men som sagt tvärvägrar dem så är det inte mycket vi kan göra.

Från citatet ovan samt även liknande svar från de andra respondenterna framgår det att biståndshandläggarna inte arbetar med några specifika riktlinjer för arbetet med demens. De beskriver istället att de möter dilemmat genom att motivera och lirka för att få personen att framföra en ansökan. Thelin (2021) förklarar sin studie, svårigheten att balansera lagstiftningen som beskriver både ett ansvar att ingen äldre ska fara illa med ansvaret att värna om den äldres självbestämmande. Författaren tar dock upp flera teman som urskilts

från den svenska lagstiftningen som kan vägleda biståndshandläggare i arbetet mot självförsummelse hos demenssjuka äldre. Lagstiftningen beskriver att målet är att få den äldre och deras närstående att känna sig så trygga som möjligt, både i livet generellt och i kontakt med myndigheter.

Todd, Lawson & Grealish (2021) beskriver även den bristen på tydliga rutiner och processer för att inkludera demenssjuka i beslutsfattande. Precis som författarna beskriver, framgår det från citaten ovan att biståndshandläggare inte arbetar med några riktlinjer för demenssjuka. Istället använder de sig utav olika strategier som de själva anser fungera bäst. Strategier som att exempelvis motivera till ansökan om hjälp är inget måste utan beror helt på hur biståndshandläggaren väljer att använda sitt handlingsutrymme. Risken med dessa otydliga rutiner förklarar Todd, Lawson & Grealish (2021) är att önskemålet hos personen med en demenssjukdom kan bli åsidosatta. Grundtanke är att den demenssjuke ska vara delaktig i sin vård men författarna (Todd, Lawson & Grealish, 2021) menar att när rent praktiska beslut ska tas prioriteras biståndshandläggare sin expertis och syn på att göra gott. Enligt Carl Rogers teori om personcentrerad omvårdnad bör biståndshandläggarens fokus ligga på den demenssjukas upplevelser och önskemål samt uppmuntra till delaktighet i ärendeprocessen (Edvardsson, 2020). Samtidigt som respondenterna framför vikten av att ha möten där personen står i centrum, framgår även att de använder sig av strategier för att undgå tanken om självbestämmande. Genom att exempelvis motivera och lirka kan biståndshandläggaren få den äldre demenssjuka att välja det som biståndshandläggaren tycker, samtidigt som den demenssjuka tror att det var hennes val. Ingrid framför i citatet ovan liknande det som Thelin (2021) beskriver och att motivera och lirka kan vara en strategi som biståndshandläggare använder utan vetskap om att det kan benämnas som en strategi.

Trots att respondenterna framförde att de inte hade några riktlinjer för arbetet med demenssjuka äldre framför de ändå flera strategier som de använde sig av i arbetet. Somme (2003) beskriver i sin studie olika dimensioner som ligger bakom för beslutsfriheten för äldre demenssjuka. Författaren framför bland annat vikten av att den äldre blir lyssnad på, i vilken utsträckning den äldre är delaktig, tid som finns tillgänglig för reflektion innan den äldre gör ett val samt möjligheten att ändra sitt beslut om valet inte passar. Respondenterna i denna studie har framfört flera strategier som liknar Sommes (2003) dimensioner för arbetet med demenssjuka. Respondenterna framför dock att det inte finns några riktlinjer som bestämmer hur arbetet ska fungera. Det är istället upp till biståndshandläggaren att arbeta med

handlingsutrymmet som finns mellan de riktlinjer i socialtjänstlagen som beskriver å ena sidan självbestämmandet hos den äldre med å andra sidan ansvaret att den äldre inte ska fara illa. Giertz, Emilsson & Vingare (2019) skriver i sin studie om anhöriga som vittnat om hur vissa biståndshandläggare vägrar att utreda den äldres behov ifall den äldre inte samtycker till hjälp. Samtidigt som andra anhöriga vittnar om att biståndshandläggare överväger att utreda behovet hos den äldre, utifrån förfrågning av den anhörig eller agerat på egen hand, utan ett direkt samtycke.

Eva beskriver ett liknande tillvägagångssätt där motivation används som strategi i arbetet med demenssjuka:

Intervjuaren:

Hur går man tillväga i fall där en äldre med demens inte vill ha någon hjälp?

Eva:

Jaa, det är mycket motivation, uppmuntran, försök. Ibland så går det med hjälp av anhöriga och ibland så får man jobba lite längre. Självklart beror det ju också på hur stora kognitiva svårigheter där finns. I vissa fall så kan man lirka in försiktigt någon insats, och sen när hemtjänsten väl har kommit in och etablerat ett förtroende så är det lättare att få in fler insatser med ifrån hjälp av personalen som är på plats. Och ibland så, är det lite svårare.

Ulrika förklarar att det även kan vara äldre utan demens som motiveras till hjälp ifall ett stort behov skulle finnas.

Och jag tycker även att man får motivera kunder som inte har demens, det är ju lite såhär “ja men jag har ju klarat mig hela livet själv och inte ska väl jag” liksom, men sen så ser man att det finns jättestort behov och då kan man ju med ofta få motivera liksom, till att de ska ta emot hjälpen, när man ser att det finns ett behov. Sen så ska dem ju ansöka men, ja dem behöver lite hjälp på traven ibland, när man ser att det verkligen behövs liksom.

(Ulrika).

Så jag tycker ändå att en stor del av jobbet är ändå lite det här motivera liksom eller i alla fall... ja om inte annat hjälpa anhöriga till att motivera kunderna liksom, kan det ju också vara ibland.

(Ulrika).

Att motivera beskrivs vara en stor del i arbetet med äldre som inte vill ansöka om hjälp men där utomstående ser ett stort hjälpbehov. Istället för att släppa ärendet och avsluta mötet när det äldre framfört att hen inte är intresserad av insatser så försöker biståndshandläggare istället att motivera till att ta emot hjälp. Genom att motivera i form av att exempelvis erbjuda eller säga att den äldre kan få prova insatsen och avsluta den ifall hen inte är nöjd, gör att den äldre inte lämnas utan insatser. Som beskrivit i tidigare rubrik framför alla intervjuade biståndshandläggare att de möter viss svårighet att se till att den äldre får de behövda insatser ifall hen tackar nej eller inte vill ansöka. Detta med anledning att biståndshandläggarens arbete inte är tvångsbaserad och insatserna endast kan planeras ifall den äldre lämnar ett medgivande. Som svar på dilemmat använder biståndshandläggare sig av att motivera för att både få in några nödvändiga insatser men samtidigt värna om att den äldre inte ska känna sig tvingad. Alla intervjuade biståndshandläggare poängterar att motivation och att lirka görs för den enskildes bästa men vad som är den enskildes bästa är svårt att definiera. Enligt Carl Rogers teori skulle svaret troligen vara att den enskildes bästa är att hen får framföra sina egna upplevelser, perspektiv och önskningar samt vara delaktig i sin vård (Edvardsson, 2020), vilket även är flera punkter som respondenterna värderar högt. Trots detta framgår det att biståndshandläggare, genom att motivera och lirka, försöker undvika den demenssjukas självbestämmande då dennes upplevelser, perspektiv och önskningar inte är socialt "fungerande" till följd av en demenssjukdom. Anki förklarar dilemmat på ett tydligt sätt där hon beskriver det som att tyvärr ljuga för den demenssjuka för att hen ska få den hjälp som behövs trots att hen själv inte inser behovet.

Ja du, där får man ju lite lirka och motivera och tyvärr.... ljuga, lite. Alltså man gör ju det för det bästa. Till det bästa för den enskilde men visst har man gjort det, kanske för, om det nu handlar om hemtjänst att man har försökt få in en insats och sen kanske dem kan utöka lite och sen fattar man beslutet efter om man säger.

(Anki)

I citatet ovan beskriver Anki en strategi genom att motivera till en insats och sedan utöka lite ifall den äldre känner sig nöjd med insatsen. Strategin bli till viss del motsägelsefull när flera av respondenterna framför vikten av att arbeta med personen i centrum samtidigt som de använder strategier för att kringgå vad den enskilde demenssjuka faktiskt önskar. Thelin (2021) beskriver att riktlinjerna och lagstiftningen saknar tillfredsställande direktiv på hur arbetet ska gå till i praktiken, vilket gör att handlingsutrymmet för biståndshandläggare blir

stort i arbetet med demenssjuka. Det framgår inte heller något rätt eller fel sätt att använda strategierna på så länge resonemangen om självbestämmande och självförsummelse ställs mot varandra och övervägs i varje enskilt fall. Nedan beskrivs exempel på hur motivering och lirkning kan se ut i mötet:

Att man kanske ger förslag på; “men du kanske kan prova att ta hjälp och tycker du inte att det är bra sen så kan vi avsluta det”. Eller någonting sånt. Och då kanske dem går med på att testa men att dem ändå.. att man ändå får godkännandet från dem.

(Ingrid)

Men motivera till hemtjänst och ansökan det är väl oftast det här, avlastande syfte och “skulle det inte vara skönt och ha...” (Kort paus). Oftast lägger man ju det så snarare än att man själv säger att “ah men här ser jag ett behov av det här” utan det är väl snarare att man säger då liksom att “men skulle det inte vara skönt för dig att få hjälp med detta så har du ju mer ork till andra saker” och så.

(Ulrika)

I citaten ovan beskrivs olika strategier som respondenterna använder sig av för att motivera och lirka. En strategi är att ge förslag på vilka insatser det finns som skulle kunna passa den äldre. Samt även poängtera för den enskilde att insatserna inte är bindande, vilket gör att den äldre kan prova insatsen och sedan avsluta ifall hen inte skulle vara nöjd. Ingrid beskriver även att man genom att den äldre vill testa insatserna också då får en ansökan med den äldres medgivande, vilket är nödvändigt för att kunna sätta igång insatserna. Ulrika beskriver i citatet ovan en liknande strategi att motivera. Där även hon ger förslag på insatser som skulle kunna passa den äldres behov. Detta med anledning att de äldre inte alltid vet vad dem kan ansöka om. Som Ulrika beskriver används motiverande samtal istället för att påpeka att biståndshandläggaren ser ett behov. Detta för att främja självständighet och autonomi hos den äldre och som professionell inte lägga en egen värdering i den äldres behov.

5.4.2 Använda omgivningen

Den andra strategin, att använda omgivningen som urskilts från intervjuerna tillhör på sätt och vis att motivera. De intervjuade biståndshandläggare framför att flera äldre, specifikt ifall de drabbats av en demenssjukdom, kan ha svårt att tolka och ta in det som pratas om. Exempelvis ifall en diskussion förs om ansökan om ett vård- och omsorgsboende på mötet kan den äldre ha svårt att sätta sig in i vad ett boende faktiskt innebär. Ingrid beskriver då att

hon gärna tar hjälp av omgivningen och pratar om saker som finns här och nu. Exempelvis att planerar in mötet på det korttidsboende som den äldre befinner sig på eller pratar om hur den äldre trivs i bostaden hen nu bor i.

För jag tänker om vi bara frågar så här “vill du flytta till ett särskilt boende?” så har dem.. då kanske dem inte har någon aning om vad vi pratar om och då blir bara svaret nej. Det är svårare för dem att tänka sig in i saker som dem inte är vana vid.

(Ingrid)

Jag upplever ju att många gånger så har ju dem här personerna kanske redan haft växelvård under en längre period innan det blir aktuellt med boende. Och då vet ju den demenssjuke hur det är på växelvården och då, brukar jag åtminstone, oftast ta den ansökan när dem är på växelvården så att man kan prata om hur miljön är när man är i en sån miljö. För då är det lättare och begripa för den demenssjuke. Pratar man om en annan miljö när dem är hemma så är det svårare för dem att föreställa sig vad det innebär.

(Eva)

I citaten ovan framgår en strategi för att få den äldre att förstå vad man samtalar om. Att Ingrid vägleder den äldre i samtalet genom att referera till något som den äldre begriper. Exempelvis att möte om fortsatt boende försöker planeras in när den äldre är på korttidsboende för att hen ska förstå vad som menas med vård- och omsorgsboende. Med en demenssjukdom kanske den äldre redan glömt att hen varit på ett korttidsboende och trivts där. Så ifall mötet görs hemma kanske den äldre inte kommer ihåg vad som menas med att flytta in på boende. Demenssjukdomen kan göra att den äldre oftast tackar nej till olika erbjudande eftersom hen inte har förstått helt vad erbjudandet går ut på. Biståndshandläggare använder därför sig av olika strategier för att den äldre ska tacka ja istället för nej till hjälp som biståndshandläggaren anser finns behov utav. Detta för att äldre också ska få en möjlighet att faktiskt veta vad som menas med de olika insatserna.

5.4.3 Bygga en relation

En tredje strategi som urskilts från intervjuerna är vikten av att bygga en relation mellan biståndshandläggaren och den äldre. Att skapa ett förtroende beskriver de intervjuade är en viktig del i mötena mellan biståndshandläggare och den äldre. Flera av respondenterna framför att äldre som drabbats av en demenssjukdom ofta kan bli misstänksamma, speciellt mot en myndighetsperson som ska komma hem till dem. Genom att ha med sig en närstående

eller annan person såsom hemtjänstpersonal som den äldre har förtroende för skapar biståndshandläggaren en tryggare miljö i mötet. Ulrika och Anki beskriver strategin enligt nedan:

Men oftast har man god hjälp av närstående och hemtjänst. Det brukar oftast vara någon dem (den enskilde) fastnar för så som då kanske kan jobba in sig lite mer där och som dem har förtroende för så.

(Ulrika)

Sen ibland, kan det ju vara dem som har hemtjänst som det sen börjar att, alltså att det inte fungerar längre. Då är där kanske någon i hemtjänsten som den personen har ett stort förtroende för. Då försöker man ju få med den vid ett sånt hembesök om det blir aktuellt med boende eller något sånt. Eller dem behöver mer hjälp. Att man tar med personen, en person som just kunden har förtroende för.

(Anki)

Från citatet ovan framgår vikten av att ta hjälp av någon som känner individen. Flera av de intervjuade biståndshandläggare framför liknande situationer där de, vid demens, vill ha med en närstående till den äldre eller någon från hemtjänsten som den äldre litar på vid mötet. Detta för att få till ett bra möte där den äldre inte känner sig utelämnad. En biståndshandläggare beskriver även att den närstående vid mötet kan fylla i de luckor som den äldre missar ifall denna person har god kännedom om den äldre. Genom att ta med en närstående eller hemtjänstpersonal som den äldre har förtroende för kan denna person även hjälpa biståndshandläggaren att motivera till att ta emot hjälp. Alltså att biståndshandläggaren samarbetar med förtroendepersonen för att få fram den bästa hjälpen för den äldre. Nedan beskriver Anki vikten av att skapa ett förtroende till den äldre:

Men det är nog som jag sa innan att försöka skapa ett förtroende och vara nyfiken, intresserad och sen får man ju verkligen, när man sitter där på mötet, känna efter lite hur långt kan jag gå. Och vissa är ju väldigt bestämda och vill inte prata eller säga någonting och då är kanske mer första mötet bara är informationsmöte.

(Anki)

I citatet ovan framgår vikten av att känna in den äldre som sitter framför och lyssna aktivt genom att vara nyfiken och intresserad av vad den äldre har att berätta. Anki beskriver att det första mötet ibland bara kan vara ett informationsmöte där den äldre ges en möjlighet att

bekanta sig med myndighetspersoner, alltså biståndshandläggaren, samt får fundera på ansökan om insatser. Anki framför att detta görs både för att den äldre ska känna att hen får välja själv över sitt liv samt för att bygga ett förtroende och inte komma in och bestämma över den äldres liv. Santamäki-Fischer (2020) skriver om personcentrerad vård och hur livsberättelsen i mötet med äldre och biståndshandläggarens ansvar att vägleda den äldre i berättandet. Ifall biståndshandläggaren lyssnar aktivt och engagerar sig i berättelsen som den äldre framför är det större chans att den äldre känner sig delaktig och lyssnad på i mötet. Eva beskriver ett liknande tankesätt att verkligen lyssna och inte välja åt den äldre.

Och inte utgå ifrån att man ska komma och presentera en färdig lösning, "så nu ska detta hända" liksom, utan att man faktiskt lyssnar in innan man kommer med något förslag, för ibland så kan det ju vara så här att kunden själv kan inte uttrycka att dem önskar viss specifika insatser eller någonting sånt men då kan dem, efter dem har berättat om sin vardag så kan man själv föreslå vissa insatser som kanske skulle passa bra för att tillgodose deras behov och då kan man ju föreslå och erbjuda och sen så, kan man ju se om dem nappar på det.

(Eva)

I citatet ovan förklarar Eva hur hon som myndighetsperson inte kan komma och presentera en färdig lösning med vad dem själva anser att den äldre behöver för hjälp. Istället använder Eva sig av strategin att lyssna in hur den äldres tidigare vardag såg ut och hur vardagen ser ut nu och utifrån det kunna erbjuda insatser som skulle kunna matcha den äldres önskemål. Somme (2003) skriver även han om vikten av personcentrerad vård för en känsla av delaktighet och välbefinnande för den äldre. Författaren beskriver i sin studie att de äldre som varit mer delaktiga i beslut hade högre nivåer av välbefinnande och positiv anpassning än de äldre som inte upplevs att de fått vara delaktiga. Som Santamäki-Fischer (2020) kan ett deltagande främjas genom att den äldre ges möjligheten att dela sin livsberättelse. Flera respondenter i denna studie menar att de inte bara lyssnar på den äldres upplevda behov och önskemål utan att de även ibland får lyssna och engagera sig i berättelser som egentligen inte handlar om mötet. Ingrid beskriver en strategi att få den äldre att känna sig lyssnad på genom att främja livsberättelsen:

Ne, det är väl att man får låta kunderna bli sedd och hörd. Alltså att det är viktigt att man får in hur dem tänker och att dem får berätta vad dem tycker. Och ibland visst, ibland får du ju sväva ut på lite annat men samtidigt, om dem berättar om sig själva och hur dem har levt, så får jag ju visa

intresse för det, tänker jag. Och det är ju bra att ha i bakhuvudet, hur den personen har levt tidigare. Även om det kanske inte är därför jag är där om man säger. Men du får ändå en helhetsbild av det hela ju.

(Ingrid)

Du ser att dem har något speciellt där hemma, någon tavla eller några fotografier att man prata lite om det till exempel. Som den tycker om. Alltså försöka hitta dem här sakerna som personen har gillat och tycker om, för då får man kanske igång ett samtal.

(Ingrid)

Anki och Ulrika beskriver i citaten nedan om hur olika tillvägagångssätt för att skapa ett förtroende kan se ut.

Ibland kanske man försöker få ännu mera information om, ja men hur kan jag nå fram till denna person, finns det någon som den kanske tycker om att prata om för att man ska in ett förtroende när man kommer. För de är ganska lite mer misstänksamma mot, om vi kommer in där och så har de aldrig träffat oss. Att bara det kan göra att man kanske är otrygg i situationen.

(Anki)

Nej men det är väl ändå det här med att man visar respekt och det är ju ändå det här med självbestämmande. Att man låter dem få komma till tals liksom och berätta om hur dem upplever sin situation och vilken hjälp dem vill ha. Att man inte kör över dem på något sätt och att man ödmjuk och som sagt informerar och, alltså man är ju ändå där för att hjälpa kunderna liksom... eller så där "det här tycker jag att du ska ha"... utan mer då att man informerar och... ja nej men respekt tänker jag är jätteviktigt.

(Ulrika)

Det framgår i citaten ovan hur viktigt det är att den äldre känner sig respekterad och sedd i mötena. Anki och Ulrika framför även vikten av att den äldre ges möjlighet att komma till tals och få berätta sin upplevelse kring situationen. Att inte heller bestämma åt den äldre det som biståndshandläggaren tycker att kunden behöver, beskrivs vara viktigt. Vidare framför de att genom respekt och att lyssna aktivt ökar förtroendet och misstänksamheten mot myndighetspersoner kan därigenom minska.

6. Sammanfattning och avslutande diskussion

Studien har undersökt fyra biståndshandläggares upplevelse, tankar och resonemang kring deras utredning- och bedömningsarbete med demenssjuka äldre. Alla biståndshandläggare arbetar inom äldreomsorgen och en av dem arbetar i en lite mindre kommun i södra Sverige och resterande tre i en lite större kommun i södra Sverige. Området för studien är aktuellt i samhället på så sätt att vi idag lever längre och därav är det fler och fler som drabbas av en demenssjukdom. Biståndshandläggare kommer då troligen möta fler och fler demenssjuka som kommer behöva stöd från äldreomsorgen. Den aktuella studien syftar till att belysa hur arbetet med demenssjuka äldre går till i praktiken. Som flera forskare, Todd, Lawson & Grealish (2021), Thelin (2021) och Giertz, Emilsson & Vingare (2019) har framfört finns inga konkreta rutiner eller riktlinjer för biståndshandläggarnas arbete med just demenssjuka. Samma forskare menar även att de demenssjuka äldre tenderar att bli åsidosatta i beslutsfattandet kring deras vård. Genom denna studie ges en klarare blick över hur biståndshandläggarens arbete fungerar i praktiken och dilemmat som finns i lagstiftningen.

Samtliga respondenter i den aktuella studien beskriver att det inte finns några rutiner för just att möta demenssjuka. Istället framför respondenterna att själva processen är densamma oberoende av en demenssjukdom eller inte. De menar dock att mötet med demenssjuka kan se annorlunda ut beroende på vilket kognitiv svårighet som drabbat den äldre. Alla respondenter framför också svårigheten mellan att balansera den äldres självbestämmande med risken för självförsummelse. Som svar på dilemmat framgår det att biståndshandläggare använder sig av olika strategier för att å ena sidan främja den äldres självbestämmande och å andra sidan se till att den äldre demenssjuka inte far illa. Dessa strategier är dock ingenting som biståndshandläggarna bedömer som riktlinjer eller rutiner som ska följas. Strategierna kan mer förklaras som en del av handlingsutrymmet där biståndshandläggare själv får utforma hur de väljer att mötena ska gå till.

Handlingsutrymmet kan både underlätta och försvåra för biståndshandläggaren vid arbetet med demenssjuka, helt beroende på hur man väljer att tolka lagarna. Som Giertz, Emilsson och Vingare (2019) beskriver har några anhöriga vittnat om att vissa biståndshandläggare kan tänka sig att bevilja insatser till den äldre demenssjuka trots att denna motsätter sig detta. Medan andra anhöriga vittnat om att deras biståndshandläggare inte vill gå vidare med ansökan ifall den äldre har nekat till hjälp. Det framgår inga tydliga direktiv i lagstiftningen

om vad som egentligen är "rätt" i situationerna ovan för utredning- och bedömningsarbetet med demenssjuka. Detta kan då bli problematiskt genom att den äldre får helt olika hjälp beroende på vilken biståndshandläggare de blir tilldelade. Såklart, eftersom biståndshandläggare arbetar med bedömningsarbete kan besluten till viss del bli olika men att gå vidare med ansökan eller inte gå vidare är en större särskillnad.

Respondenterna i denna studie är dock i största utsträckning överens om hur bedömningen av förmåga till beslutsfattande för demenssjuka bör gå till. De framför bland annat att dem som biståndshandläggare måste vara lyhörda om hur situationen är och kunna göra ett övervägande i hur stor kognitiv svårighet den äldre har. Vid en mindre kognitiv svårighet beskriver biståndshandläggarna att självbestämmandet bör, precis som i andra fall, värderas högt, och att de då istället får avvakta och återkomma genom att exempelvis ha första mötet endast som ett informationsmöte. Vid en större kognitiv svårighet hos den demenssjuke framför biståndshandläggarna att den äldre kan sakna insikt med risker i sin situation och i fall där biståndshandläggaren ser en risk för självförsummelse kan beslut tas oberoende av den äldre medgivande. Vad och när en risk för att den äldre far illa är svårt att definiera och även där finns inga rutiner för vad som är självförsummelse. Istället är det upp till biståndshandläggarens intuition att bedöma detta. Respondenterna i denna studie framför dock också att en diskussion med kollegor och chefer och viktigt för att se till att man tänker ungefär likadant i situationen.

Respondenterna framför att de följer socialtjänstlagen genom att de inte tvingar någon äldre till att ta emot insatser, men samtidigt berättar dem om strategier som till viss del kan kringgå självbestämmande. Presumtivt samtycke är ett exempel där den demenssjukes anhöriga tar beslutet och där den demenssjuke inte får vara med i beslutsfattandet. Biståndshandläggarna framför dock att de ändå försöker få den äldre demenssjuka att vara delaktig i exempelvis utformandet av insatserna för att inte "köra över" personen helt. I att ta ett beslut om presumtivt samtycke värderar biståndshandläggarna relationen mellan anhörig och den äldre, där den anhöriga ska vilja den äldre väl. Som Todd, Lawson & Grealish, 2021 skriver att ifall den äldres beslutsförmåga ska anses bristande och ifall en närstående eller annan person ska besluta åt den äldre ska dessa förhålla sig till idén om "vård som speglar vem hon är som person när hon inte kan fatta beslut på egen hand".

Studiens och diskussionens stora fråga är ifall det krävs mer rutiner och riktlinjer för hur arbetet med demenssjuka äldre ska fungera i praktiken. Respondenterna i denna studie visar på att de har strategier för att möta dilemmat även om de inte benämns som rutiner eller riktlinjer. Vidare hade varit intressant att undersöka ifall biståndshandläggare känner ett behov av tydligare rutiner för utredning- och bedömningsarbetet med demenssjuka eller om rutinerna istället hade begränsat biståndshandläggarnas handlingsutrymme.

7. Referenslista

Demensförbundet. (2022). *Vanliga demenssjukdomar*. Demensförbundet.se.

https://www.demensforbundet.se/om-demens/demenssjukdomar/?gclid=CjwKCAiAvOeQBhBkEiwAxutUVAhyEQKKUcSb1dPaq6nlUOnXm3Opj4bTlI9iZTz649oUAQsYFx5xcxoC-JkQAvD_BwE

Demensförbundet. (2022). *Tidiga tecken och symptom*. Demensförbundet.se.

<https://www.demensforbundet.se/om-demens/tecken-pa-demens/>

Dyer, C., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J. & Kelly, P. A. (2007). *Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team*. American Journal of Public Health, 97 (9), 1671-1676.

Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad i teori och praxis. I: Edvardsson, D. & Backman, A. (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (2 uppl. s. 49-62). Studentlitteratur.

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet* (Doktorsavhandling). Åbo akademi.

Gibbons, S. Lauder, W., & Ludwick, R. (2006). *Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 17 (1), 10–18

Giertz, L., Emilsson, U. M., & Vingare, E.-L. (2019). Family caregivers and decision-making for older people with dementia. *Journal of Social Welfare & Family Law*, 41(3), 321–338.

<https://doi.org/10.1080/09649069.2019.1627087>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik- för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur och kultur.

Mauk, K. L. (2011). Ethical Perspectives on Self-Neglect Among Older Adults. *REHABILITATION NURSING*, 36(2), 60–65.

Mills, M. (2015). *Dementia and guardianship: Challenges in social work practice*. *Australian Social Work*, 70(1), 30–41.

<https://onlinelibrary-wiley-com.ludwig.lub.lu.se/doi/full/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00067.x>

Patel, R., & Davidsson, B. (2019). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (5 uppl.). Studentlitteratur.

Regina Santamäki-Fischer 2020 (2020). Livet som berättelse - en grund för personcentrerad omvårdnad. I: Edvardsson, D. & Backman, A. (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (2 uppl. s. 65-78). Studentlitteratur.

Socialtjänstlagen (SFS 2001:452) Socialdepartementet

Socialstyrelsen. "Rättssäkerhet inom äldreomsorgen Några vanliga frågor och svar om handläggning – från ansökan till verkställighet", oktober 2013, Hämtad 2021-10-25, [cit. Socialstyrelsen (2013)].

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-10-21.pdf>

Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning", december 2017, hämtas 2021-10- 25, [cit: Socialstyrelsen (2017a)].

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

Somme, D. (2003). *Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution*. *Dossiers Solidarité et Santé*, 1, 35–47.

Thelin, A. (2021). Care Ethics for Supported Decision-making. A Narrative Policy Analysis Regarding Social Work in Cases of Dementia and Self-neglect. *Ethics & Social Welfare*, 15(2), 167–184. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/17496535.2020.1863998>

Todd, J.-A., Lawson, C., & Grealish, L. (2021). Making clinical care decisions with people living with dementia in hospital: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 120. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2021.103979>

Tyrrell J, Genin N, & Myslinski M. (2006). Freedom of choice and decision-making in health and social care: views of older patients with early-stage dementia and their carers. *Dementia (14713012)*, 5(4), 479–502. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1471301206069915>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html> (Hämtad: 22-05-13)

vetenskapliga rådets (2002)

Österholm, J. H., Taghizadeh Larsson, A., & Olaison, A. (2015). Handling the Dilemma of Self-Determination and Dementia: A Study of Case Managers' Discursive Strategies in Assessment Meetings. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(6), 613–636. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/01634372.2015.1067851>

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1 - Intervjuguide

Intervjuguide

- Intervjun är anonym
- Får avsluta när som oavsett anledning, utan att jag ifrågasätter
- Går bra att jag spelar in?
- Kommer bara att användas till min studie + bara jag som kommer lyssna
- Information: Handlar om hur biståndshandläggare går till väga vid bedömningar med äldre med en demenssjukdom. Hur arbetet fungerar rent praktiskt och vilka riktlinjer som finns.

Bakgrund

- Hur länge har du jobbat som biståndshandläggare?

Arbetet

- Vad ingår i dina arbetsuppgifter?
- Hur ser tillvägagångssättet ut i ett ärende?

Demens

- Vad har du för erfarenheter av demens i ditt arbete?
- Hur går man tillväga ifall en äldre med demens inte vill ha någon hjälp?
- Har du varit med om att en äldre med demens inte velat ha hjälp men att du ser ett behov av hjälp? (isf. hur har man gått tillväga då?)
- Har du några strategier som du använder vid möten med personer med demens?
Vilka?
- Fråga ifall det kommer upp: (Hur motiverar man?)

Bedömningsprocessen

- Vad anser du vara det viktiga i bemötandet med den äldre med demens?
- (Hur gör man för att den äldre ska känna sig sedd?) För att värna om självbestämmandet?

Samtycke

- Hur samlas samtycke in?
- Att ej motsätta sig planen, anses som ett samtycke? Anhöriga kan vägleda?

Riktlinjer/ lagstiftning

- Hur ser riktlinjerna ut för bedömningsprocessen med äldre?
- Hur ser riktlinjerna ut för att inhämta samtycke?

Kollegor/ sjuksköterska/ chef

- Ifall man har ett svårare ärende, finns det någon att diskutera med?

Något vi inte tagit med som du tycker är viktigt?

Tack för medverkandet!

Min mejl om det skulle vara något

8.2 Bilaga 2 - Informationsmail

Informationsmail

Hej!

Mitt namn är Linnea och jag studerar sista terminen på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Jag håller just nu på med mitt examensarbete om hur biståndshandläggare arbetar med bedömningsprocesser kring äldre med demens. Jag undrar därför om du skulle vilja delta i en intervju om ditt arbete med en sådan bedömning. Deltagandet är anonymt och intervjun kan genomföras antingen digitalt eller på plats.

Du får gärna svara på detta mejl om du är intresserad av att delta eller önskar mer information om uppsatsprojektet. I annat fall tar jag telefonkontakt med dig i början på nästa vecka.

Min handledare i examensarbetet: Jonas Bååth (jonas.baath@ism.lu.se)

Med vänliga hälsningar

Linnea Mårtensson