



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Vi gör så gott vi kan men i praktiken är det ibland omöjligt

**En studie om vårdpersonals syn på gråzoner inom
demensvård**

Emelie Ekelund

Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 2022
Handledare: Annika Capelán

Abstract

Author: Emelie Ekelund

Title: We try our best but in reality sometimes it's impossible. A study on care givers' perspectives on grey zones in their work with people with dementia

Supervisor: Annika Capelán

Assessor: Staffan Blomberg

The purpose of this study was to explore medically trained care givers' views on their work with people with dementia, focusing on their professional discretion and the standardized tools they use in their daily work. The aim was to gain a deeper understanding of aspects of their work that overlap with social work. The method used was qualitative semi-structured interviews with six caregivers, working in five Swedish nursing homes specialized in dementia. All six interviewees had training in the use of the BPSD-register. The BPSD-register is a national quality register and a standardized tool to be used working with individuals with dementia who are suffering from Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). For the analysis, the Neo-Institutional theoretical concepts of moral work and individuals vs. organizations were applied together with a Theory of Professional Discretion, with a focus on kinds of knowledge in Social Work. The analysis highlights that the interviewed caregivers pay great attention to how to best *approach* a person with dementia, and that they use *tacit knowledge* to read the person and interpret their needs and mood. Moreover, the caregivers' professional discretion was described as charged with contradictions between laws and regulations, the clients' needs and a more general moral conceptions of coercion, and that such tensions were often resolved in the team, rather than individually. The study concludes that care work with people with dementia involves certain grey zones, which can be understood as meeting points both between the organisation and the individual, and between such care as medical *and* social work. The BPSD-register confirms this by opening up for different kinds of knowledges to interact.

Keywords: *dementia care, moral practice, BPSD, social discretion, caregivers*

Förord

Jag vill först och främst tacka er som ställt upp på intervju, utan er hade jag aldrig kunnat skriva denna uppsats. Så tack för er tid, ert engagemang, er ärlighet och att ni ville dela era tankar med mig.

Vägen till en färdig uppsats har varit lång och snårig. Jag vill tacka alla er som peppat mig, stöttat mig och trott på mig även när jag inte trott på mig själv. Tack till min familj som hjälpt mig med allt praktiskt så jag har fått tid att skriva, tack till min dotter för alla bokmärken.

Det största av tack till min handledare Annika, du har gett mig ordning när det rått kaos, hopp i hopplösheten och feedback som låst upp mig när jag fastnat. Tack för att du delat med dig av din kunskap och att du alltid fått mig att känna mig lite bättre efter varje möte vi haft. Tack för ditt tålamod och för att du stannade kvar genom hela processen.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering	1
1.2 Syfte	3
1.3 Frågeställningar.....	3
1.4 Begrepp.....	4
2. Kunskapsläget	5
2.1 Omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelser	5
2.2 Strukturerade arbetsverktyg i arbetet med BPSD.....	7
2.3 Relationen mellan omvårdnadspersonal och boende.....	8
2.4 Handlingsutrymme.....	9
2.5 Reflektioner kring kunskapsläget	10
3. Teoretiska utgångspunkter	10
3.1 Nyinstitutionell teori	11
3.2 Kunskap i socialt arbete.....	12
3.2.1 Handlingsutrymme	13
3.2.2 Standardisering i förhållande till handlingsutrymme	14
3.2.3 Att bemöta personer med demens	14
4. Metod	15
4.1 Metodologiska överväganden	15
4.2 Semistrukturerade intervjuer	16
4.3 Förförståelse.....	17
4.4 Urval.....	17
4.4.1 Presentation av respondenterna.....	18
4.5 Praktiskt genomförande.....	18
4.6 Etiska övervägande.....	19
4.7 Analysförfarande.....	21
4.8 Studiens tillförlitlighet.....	22
5. Resultat och Analys	23
5.1 Bemötandet och kunskap i arbetet.....	23
5.1.1 Att läsa av och att läsas av.....	23
5.1.2 BPSD-registret vs tyst kunskap?	26
5.2 Ett socialt arbete i grupp.....	28
5.2.1 Handlingsutrymme och gruppens betydelse	28
5.2.2 Ett strukturerat arbetsverktyg i gruppen.....	30
5.2.3 BPSD-registrets påverkan på arbetssätt och bemötande	32
5.3 Gråzoner i arbetet.....	33
5.3.1 Lirkande.....	34
5.3.2 När behov och vilja krockar	35
5.3.3 Motsättningar mellan lag och praktik	35
6. Avslutande diskussion	37
6.1 Återknytning till frågeställningarna	37
6.2 Positionering till tidigare forskning	39
6.3 Förslag till vidare forskning.....	40
Referenslista	41
Bilagor	45
Bilaga 1 Informationsbrev	45
Bilaga 2 Intervjuguide.....	46

1. Inledning

Denna studie handlar om socialt arbete inom demensvården. Ingången till detta fokus är min egen mångåriga erfarenhet av att arbeta inom äldreomsorgen, bland annat på demensavdelningar på särskilda boenden. Detta gjorde jag både innan och efter att jag påbörjade min socionomutbildning. Under socionomutbildningen har jag många gånger slagits av tanken att det i många avseenden är ett socialt arbete som bedrivs även inom demensvården, trots att de yrkesverksamma oftast har en medicinsk utbildning. Denna tanke förstärktes ytterligare när jag först kom i kontakt med BPSD-registret - ett strukturerat arbetsverktyg - där stor vikt läggs vid psykosociala insatser och där bland annat bemötande och miljöanpassningar framhävs. BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (Skorvdahl, Kihlgren och Blomqvist 2020) och är en internationell benämning som jag även kommer att använda i denna uppsats.

1.1 Problemformulering

I dagsläget lever mellan 130 000–150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige enligt Socialstyrelsen (2017:1). Av dessa drabbas ungefär 90% någon gång av beteendemässiga eller psykiska symtom så som: oro, agitation, sömnstörningar och ångest. Dessa symtom kan försvåra det dagliga livet och orsaka stort lidande för den drabbade samt innebär utmaningar också för anhöriga och omsorgspersonal som bemöter individen (ibid).

För att lindra dessa symptom rekommenderar Socialstyrelsen (2017:1) att man arbetar i multiprofessionella team samt utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att förenkla bedömningar, skapa kontinuitet och ge ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsen (ibid) rekommenderar vidare att det som kallas beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) följs upp på ett strukturerat sätt genom bland annat skattningar, analyser av utlösande faktorer, strukturerade åtgärder och uppföljning. Till hjälp att utföra och säkra kvaliteten på vården finns olika arbetsverktyg och kvalitetsregister så som BPSD-registret och SveDem (Socialstyrelsen 2017:2).

Vid måttlig eller svår demenssjukdom, när en person inte längre klarar av vardagssysslor själv och vid senare stadier även behöver ständig tillsyn, bör kommunerna erbjuda plats på särskilt boende (Socialstyrelsen 2017:1). För personer med demens bör kommunerna erbjuda

småskaliga särskilt anpassade boenden där personens omsorgsbehov kan tillgodoses dygnet runt. Omvårdnaden bör bedrivas personcentrerat och ha god kontinuitet av personal (ibid). Av min förförståelse vet jag att arbetsgruppen på demensboenden ofta består av undersköterskor och vårdbiträden. Sedan 2010 har det enligt Socialstyrelsen (2018) skett en kompetensutveckling inom demensvården och när rapporten utges har de flesta som arbetar på särskilda boende inriktade på demens en utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet och många har gått någon form av utbildning inom demens.

Viss forskning lyfter äldreomsorgen ur ett perspektiv på socialt arbete utifrån olika aspekter av arbetet. Vikten att se på arbetet med personer med demens även ur ett icke-medicinskt perspektiv och att lyfta frågan ur ett socialpolitiskt perspektiv för att utveckla verksamheterna lyfts av Grand, Caspar och MacDonald (2011). Vidare lyfter Emilsson (2008) att det praktiska arbetet med personer med demens liknar andra typer av socialt arbete bland annat genom att personalen använder sig själva som arbetsredskap och att relationen mellan dessa parter spelar en central roll. En faktor som problematiseras är att omvårdnadspersonalen saknar den kunskap och utbildning som krävs för att göra ett aktivt socialt arbete med relationsskapande som verktyg (ibid). Vikten av kunskap och utbildning hos personal som arbetar med målgruppen lyfts även i fler forskningsstudier bland annat en studie av Kristiansen, Hellzén och Asplund (2006). Studien visar att kunskapen hos personalen är en viktig aspekt för huruvida de har möjlighet att undvika aggressivitet hos brukarna. Med avstamp i denna forskning har jag valt att fokusera min studie på omvårdnadspersonal på särskilda boenden för personer med demens, för att med kvalitativa metoder få fram en inblick i deras resonemang kring sitt arbete.

Vidare, är BPSD-registret ett nationellt kvalitetsregister som idag används av vårdgivare som arbetar med målgruppen både på särskilda boende och i hemtjänst (BPSD-registret 2022:1) Syftet med BPSD-registret är tvådelat. Dels är det ett register där problem, åtgärder och resultat registreras vilket möjliggör jämförelse, uppföljning och forskning på området, dels är BPSD-registret tänkt som ett stöd i arbetet med personer med demens genom att det bidrar som ett strukturerat arbetsverktyg (ibid). BPSD-registret lärs ut till personal som arbetar med målgruppen genom en tre-dagars utbildning. Med bakgrund i den vikt som såväl forskningen ovan, som Socialstyrelsens riktlinjer lägger vid utbildning och kunskap ser jag det som relevant att samla min empiri genom att intervjua omvårdnadspersonal som har fått utbildning inom demens.

Hur ser de själva på sina möjligheter att ta beslut utifrån de riktlinjer och lagar de har att förhålla sig till i sitt arbete? Forskning om handlingsutrymme i socialt arbete tyder på att professionella har ett relativt stort utrymme att ta beslut (Dunér & Nordström 2006) men att de

har att förhålla sig till den varierade nivå av organisatorisk styrning genom lagar och regler som finns i arbetet (Carr & Biggs 2020). Hur ser omvårdnadspersonalen på denna spänning? Upplever de att det finns tillfällen där lagar och regler inte överensstämmer med brukarnas behov och deras praktiska arbete och hur upplever de sitt handlingsutrymme? Vidare är att använda sig av strukturerade arbetsverktyg i socialt arbete är idag en ökande trend, vilket kan ge en förändring i det handlingsutrymme som den professionella har (Ponnert och Svensson 2008?). Hur upplever omvårdnadspersonalen att deras arbete med BPSD-registret påverkar deras handlingsutrymme?

Jag vill undersöka dessa aspekter av omvårdnadspersonalens arbete och med hjälp av teori öppna upp för en analys av fenomen som diskrepans mellan regelverk och praktik, handlingsutrymme i relation till lagar och standardiserade arbetsverktyg samt personalens egen upplevelse av sitt arbete (Svensson, Johnsson och Laamenets 2021). Nyinstitutionell teori förmedlar ett ramverk för att förstå organisationen och dess praktiker (Svensson 2013) och öppnar upp för en fördjupad analys av en diskrepans mellan regelverk och praktik som beskrivs i forskningen. För att uppnå en förståelse för den vikt som forskningen lägger på kunskap hos personal och relation till brukarna är ett teoretiskt fokus kring kunskap i socialt arbete och bemötande av särskild relevans.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka omvårdnadspersonals syn på sitt arbete med personer med demens, med särskild fokus på deras handlingsutrymme samt på de strukturerade arbetsverktyg de har att förhålla sig till i sitt arbete, för att få en fördjupad förståelse för de aspekter av arbetet som överlappar med det sociala arbetet.

1.3 Frågeställningar

Hur resonerar respondenterna kring aspekter av sitt arbete som de ser som viktiga?

Hur resonerar respondenterna kring sitt arbete med personer med demens i förhållande till användningen av ett strukturerat arbetsverktyg?

Hur resonerar respondenterna kring sitt handlingsutrymme i arbetet med personer med demens i förhållande till de riktlinjer och ramar som finns i verksamheten?

1.4 Begrepp

Här följer en förteckning över nyckelbegrepp jag använder mig av i uppsatsen och den betydelse jag i detta sammanhang tillskriver dem.

BPSD: Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det är en internationell benämning (Skorvdahl, Kihlgren och Blomqvist 2020)

BPSD-registret: Ett nationellt kvalitetsregister där BPSD registreras samt en arbetsmetod där omvårdnadspersonal mäter förekomsten av ovan nämnda symtom samt upprättar bemötandeplaner och olika åtgärder. Aidentifierade uppgifter från registret används för att göra jämförelser och forskning inom hälso- och sjukvård. (BPSD-registret 2022:1)

Arbetsverktyget är upplagt enligt följande:

- En skattning med hjälp av NPI-NH skalan (Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home) görs av brukaren. Där mäts förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD.
- Genom en checklista görs en analys av tänkbara orsaker bakom symtomen.
- En kommunikation-och bemötandeplan tas fram, denna ska alla som har professionell kontakt med den boende följa. Syftet är att förebygga och lindra BPSD.
- Eventuellt tas ytterligare åtgärder som syftar till att förebygga eller minska BPSD fram.
- Detta dokumenteras och registreras i BPSD-registret samt i verksamheten.
- Utvärdering sker genom ny skattning och hela processen upprepas.

Källa: BPSD-registret (2022:1)

BPSD-administratör: Personal som fått utbildning i BPSD-registret.

Omvårdnadspersonal: Undersköterskor och vårdbiträden som arbetar på särskilt boende inom äldreomsorgen. Jag har valt detta begrepp för att det innefattar båda yrkestitlarna och fokuserar på omvårdnaden framför associationer till det medicinska som exempelvis omvårdnadspersonal.

Personer med demens: Jag har valt detta begrepp framför begreppet dementa då jag vill framhäva att demens är en diagnos en person har, inte vad en person är.

Brukare: Person som bor på ett demensboende, ibland använt i stället för person med demens för att skapa bättre flöde i texten.

2. Kunskapsläget

För en orientering i nuvarande kunskapsläge inom området har jag sökt tidigare forskning i vetenskapliga artiklar i tidskrifter. Jag har gjort sökningar via sökmotorerna LUBsearch och Google Scholar med sökord som *BPSD, dementia, nursing home, standardisation, professional discretion*, kombinerat med nyckelord som *Sweden* och *social work*. Sökningarna har gjorts på svenska och engelska. Jag har även gått igenom referenser i forskningen jag hittat samt relevanta vetenskapliga tidskrifter.

Ett urval gjordes baserat på relevans utifrån ämne och utgivningsår för att hitta så aktuell forskning som möjligt. Studierna är inom flera discipliner, bland annat psykiatri, hälso- och sjukvård, socialt arbete och gerontologi men forskningen i kapitlet är tydligt relaterad till psykosocialt arbete. Kunskapsläget domineras av internationell forskning från exempelvis Australien, Nederländerna och Kanada även om forskning i svensk kontext förekommer. Här följer nio studier, för att tydliggöra deras relevans i förhållande till mitt ämne har jag delat in kapitlet i fyra olika kategorier; *Omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelser, Strukturerade arbetsverktyg i arbetet med BPSD, Relationen mellan omvårdnadspersonal och boende* och *Handlingsutrymme i arbete inom demensvård*.

2.1 Omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelser

En australiensk studie fokuserar på hur organisatoriska faktorer påverkar personalens förmåga att hantera BPSD hos äldre på särskilda boende (McCabe et al 2017). Undersökningen genomfördes genom att personal på äldreboende fick besvara ett frågeformulär med olika skalor som mätte bland annat kunskap kring depression hos äldre, självförtroende och uppfattad kunskap i arbetet med målgruppen och arbetsmiljö. Deltagarna var personal motsvarande vårdbiträde/undersköterskor, sjuksköterskor och fysioterapeuter i olika åldrar och med olika lång arbetslivserfarenhet. Studiens resultat visar att faktorer som självständighet, tillit och stöd påverkade den upplevda förmågan att arbeta med BPSD positivt, medan stress på jobbet

påverkade negativt. Författarna menar att man bör skapa ett arbetsklimat där personalen känner att de kan vara självständiga samtidigt som de har stöd från kollegor.

Skovdahl, Kihlgren och Kihlgren (2003) undersöker i sin studie omvårdnadspersonals reflektioner och attityder kring BPDS. Studien utfördes i Sverige med hjälp av narrativa intervjuer av 15 tillsvidareanställda vårdgivare från tre särskilda boende. Ett boende var lite lugnare medan två hade ett större antal patienter med aggressivt beteende. Studien jämförde resultaten mellan de tre olika boendena och kunde fastslå att personalen från det lugnare boendet var mer självsäkra i sin yrkesroll och i relationen till patienterna. Personalgrupperna med de mer aggressiva patienterna uttryckte däremot i större utsträckning en känsla av maktlöshet. Den första gruppen pratade mycket om hur de arbetade för att förebygga aggressivt beteende medan gruppen med de mer aggressivt agerande patienterna pratade mer om hur de hanterade aggressiviteten när den uppstod. Båda grupperna uttryckte att det var väldigt viktigt med ett gott arbetsklimat och stöd från ledningen för att kunna utföra sitt arbete så bra som möjligt.

I studien lyfter författarna vikten av att uppnå balans mellan att sätta krav på och ge stöd till så väl patienter som personal. Avseende patienterna menar författarna att de bör få utföra de sysslor de klarar av och få stöd i det de inte klarar. Författarna har funnit att detta skapar en bra grund för en god relation till personalen och en känsla av självständighet, kontroll och trygghet för patienten vilket förebygger aggressivt beteende. De kommer fram till att balans mellan krav och kompetens samt en känsla av att vara jämbördiga är viktigt för både personal och patienter för att hantera och förebygga aggressivt agerande. Viktiga faktorer för patienternas välmående var känslan att vara uppskattade och respekterade medan man menade att egenskaper som en vilja att förstå behoven bakom aggressiviteten och att kunna ge en god omvårdnad var väsentlig för att personalen skulle kunna undvika aggressivt bemötanden från patienterna.

Kristiansen, Hellzén och Asplund (2006) skriver i studie om omvårdnadspersonals upplevda jobbtillfredsställelse. Studien genomfördes genom att författarna gjorde narrativa intervjuer av 20 anställda, övervägande undersköterskor och vårdbiträden, på ett särskilt boende i Sverige med inriktning på demenssjukdomar. De intervjuade uttrycker känslor kring att inte känna sig uppskattade, av otillräcklighet och skepsis. Vidare menar personalen att de "står ut" med arbetet tack vare stark solidaritet och stöd från kollegor. Studien visar att personalen ofta uttrycker sig mer negativt än positivt om de boende, men att man ändå uttrycker stor hängivenhet jämt mot de boende och deras behov som är i fokus. Personalen uttrycker organisatoriska aspekter som bidragande till känslan av otillräcklighet, som bristande tid och

resurser. I studien uppmärksammas utvecklingsområden så som ökad kunskap hos omvårdnadspersonal, stöd från ledningen och tillräckliga resurser för att på ett adekvat sätt kunna utföra arbetet (Kristiansen, Hellzén och Asplund 2006)

2.2 Strukturerade arbetsverktyg i arbetet med BPSD

I artikeln *Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care* skriver de kanadensiska författarna Grand, Caspar och MacDonald (2011) om hur behandling och omvårdnad av personer med demens bör ske i ett multiprofessionellt team. Författarna menar att det behövs flera olika typer av kompetens för att komma åt komplexiteten i symtombilden då de är av såväl kognitiv som fysisk och emotionell art. Vidare är behoven hos en person med demens såväl medicinska som sociala och emotionella.

I artikeln beskrivs vikten av att behandla BPSD hos personer med demens för att undvika obehag hos personen såväl som hos vårdgivare och anhöriga och att inte riskera en försämring av livskvalitet. Vidare argumenterar författarna för att arbetet med demens inte bara handlar om det medicinska utan att se problemet utifrån ett socialpolitiskt perspektiv är lika viktigt för att kunna vända arbetet med demens till att bli förebyggande istället för reaktivt.

I en australiensisk studie av McCabe, M.P et al (2015) utvärderas effekten av ett strukturerat arbetsverktyg vid BPSD symtom. Metoden omfattade checklistor där de vanligaste orsakerna bakom BPSD symtom listas, bland annat medicinska faktorer, smärta, psykosocial miljö och personalens egen upplevelse av stress, för att sedan föreslå åtgärder. Åtgärderna beskrivs i första hand vara av psykosocial natur. I studien görs försök på 16 demensboenden. Personalen delas in i fyra olika grupper, grupp ett är en kontrollgrupp utan förändringar. Grupp två deltar i en workshop om personcentrerad vård och BPSD, får träning i att använda metoden samt besök av en expert som hjälper personalen att praktiskt implementera metoden. Grupp tre får gå en workshop och får besök av en expert som hjälper dem att implementera metoden och grupp fyra blir endast tränade att använda den strukturerade metoden.

I studien mättes faktorer som; personalens upplevda stressnivå på grund av specifika BPSD symtom, förekomsten av BPSD samt frekvensen av dessa innan samt vid två tillfällen efter att arbetsverktyget införts. Resultatet blev att förekomsten av samtliga faktorer minskade i alla grupper utom kontrollgruppen med störst och mest varaktig effekt i grupp två som fick mest stöttning.

2.3 Relationen mellan omvårdnadspersonal och boende

En artikel av Emilsson (2008) baseras på tre olika studier utförda av författaren på olika äldreboende i Sverige under åren 1993 till 2003. Studierna fokuserar på personer med demens och använde metoderna; semi-strukturerade intervjuer, deltagande observationer och undersökning i fokusgrupper. Syftena var att skapa socialpsykologisk förståelse för personer med demens i deras sociala kontext, undersöka om forskning når ut till fältet samt om gruppövervakning genom att en handledare gör översyner av arbetet, som ett sätt att ge bekräftelse och stöd till omvårdnadspersonalen. Författaren skriver att en likhet med socialt arbete på andra områden är att personal som arbetar med dementa huvudsakligen använder sig själv som arbetsredskap (ibid). Personer med demens har ett behov av att få bekräftelse på sin inre världsbild för att kunna bibehålla sin känsla av identitet och detta sker genom mötet och relationen med omvårdnadspersonalen. Författaren (ibid) kom fram till att många av omvårdnadspersonalen saknar kunskap kring att använda sig av relationsskapande och framhåller att äldrevården av denna anledning borde ingå i socialtjänstens ansvarsområde.

Boumans (2022) har studerat interaktion mellan boende och personal/anhöriga, fysisk miljö och hur användandet av teknologi påverkar personer med demens autonomi. Den nederländska studien omfattade två äldreboende båda arbetade enligt personcentrerad vård. Studien är en flerfallsstudie med analys av dokument, observationer och intervjuer. Vissa nyckelaspekter identifieras, som direkt påverkan på autonomi beskrivs möjligheten att ta egna beslut samt möjligheten att själv genomföra aktiviteter. Som bidragande till att skapa autonomi beskrivs aspekter som social inkludering, respektfullt bemötande från personalen samt kunskap kring den dementa.

Stor vikt läggs vid agerande, attityd till och interaktion med de boende från personalens sida, för att skapa och uppmuntra självständighet och autonomi medan fysisk miljö och användande av teknologi ses som sekundärt. Bemötande från personalen beskrivs som en del i skapande av autonomi för de dementa, det beskrivs som väsentligt att personalen har ett respektfullt bemötande där de visar på personens bestämmanderätt genom att ex knacka på dörren innan de går in, respektfulla svar även på frågor som upprepas ofta samt respekt för de dementas egen vilja. Utöver bemötandet beskrivs även att skapa kunskap kring den dementas vilja och person som en viktig del i att ge möjlighet till autonomi (Boumans 2022).

2.4 Handlingsutrymme

Dunér och Nordström (2006) undersöker svenska biståndshandläggares handlingsutrymme. Studien genomfördes genom observationer och djupintervjuer av åtta biståndshandläggare i fyra olika kommuner, syftet var att undersöka hur biståndshandläggarna i sin roll som gräsrotsbyråkrater använde sitt handlingsutrymme och sin makt i beslutsfattandet. Författarna kommer fram till att biståndshandläggarna använder sitt handlingsutrymme för att fatta beslut och styra de hjälpsökande genom att avvisa, genomföra, förändra behoven eller kontrollera deras förfrågningar.

Författarna (ibid) menar vidare att biståndshandläggarna baserar sina beslut på tre olika grunder; juridiskt, moraliskt eller organisatoriskt, vidare beskrivs de vara lojala mot riktlinjerna inom verksamheten, vilket problematiseras då alla äldres behov inte passar in i riktlinjerna och en del således blir utan den hjälpen de hade behövt. Biståndshandläggarna beskrivs ha ett relativt brett handlingsutrymme även om de inte alltid använder det fullt ut, utan till stor del förlitar sig på de riktlinjer och rutiner de inom organisationen har att förhålla sig till. I studien nämns hur biståndshandläggarna använder sig av viss övertalning och stegvis invänjning för att få de äldre som är motvilliga till hjälpen att gå med på det frivilligt för att på så sätt tillgodose att behoven och rättigheterna som fastställs i deras riktlinjer uppnås.

De australienska forskarna Carr och Biggs (2020) undersöker i en studie hur mycket äldreomsorgen styrs av lagar och riktlinjer och hur mycket handlingsutrymme personalen upplever sig ha. Artikeln är en del i en större studie kring effekten av reglering inom äldreomsorgen och är genomförd genom djupintervjuer med såväl chefer som omvårdnadspersonal. Författarna fokuserar på tre olika områden, medicinering, mat och morgon- och kvällsrutiner, de undersöker till vilken grad dessa olika områden är reglerade i lagar och riktlinjer och hur mycket handlingsutrymme omvårdnadspersonalen har att styra över. Författarna kommer fram till att omvårdnadspersonalens handlingsutrymme varierar beroende på område, detta förklaras med att handlingsutrymmet anses högre i områden med lägre risk och riktlinjer och lagar återfinns i högre grad där riskerna anses vara större. Deras handlingsutrymme uttrycks genom möjlighet att fatta beslut kring de dagliga arbetsuppgifterna och arbetet baserat på faktorer som de äldres dagsform, vilja och organisatoriska faktorer som tillgänglighet av personal. Att omvårdnadspersonalen har ett brett handlingsutrymme i många av omvårdnadssituationerna lyfter författarna (ibid) som en fördel för att kunna erbjuda individanpassad omvårdnad där de äldres egen vilja och preferenser får styra. I artikeln lyfts även att målgruppens omvårdnadsbehov och vilja snabbt kan förändras vilket kräver en

flexibilitet i såväl riktlinjer som hos omvårdnadspersonalen. Enligt författarna (ibid) behövs en balans mellan regler och riktlinjer som tillförsäkrar säkerhet för individerna och minskar risker och en flexibilitet där personalen kan utföra omvårdnaden på ett individanpassat sätt.

2.5 Reflektioner kring kunskapsläget

I mitt arbete med att göra en genomgång av kunskapsläget har jag sett att det finns forskning på såväl BPSD, strukturerade arbetsmetoder, omvårdnadspersonalens perspektiv och kring handlingsutrymme på olika nivåer så har jag inte kunnat hitta någon forskning som kombinerar dessa i en svensk kontext utifrån socialt arbete som perspektiv. Mycket av forskningen intar ett medicinskt perspektiv, vilket är kan förklaras sett att demens är en medicinsk diagnos. Behovet att fortsätta forska på området även ur ett perspektiv på socialt arbete styrks av att man inom såväl den medicinska som socialvetenskapliga forskningen är eniga om att BPSD som symtom i första hand bör behandlas genom anpassningar av miljö och psykosociala insatser, se bland annat McCabe, M.P et al (2015) och Emilsson (2008).

Även om jag måste beakta att mina sökningar skulle kunna vara begränsade, tycker jag mig har ägnat tillräckligt mycket tid och fokus på forskningen för att kunna se en kunskapslucka eftersom omvårdnadspersonalens perspektiv sällan tas med i de olika studierna. Min egen studies fokus på deras erfarenhet av det psykosociala arbetet som ingår i deras jobb på demensavdelningar innebär lyfts och deras upplevelse av att arbeta med strukturerade arbetsverktyg syns ter sig därmed passande och relevant.

3. Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt redogör jag för de teoretiska utgångspunkter jag använt för en fördjupad förståelse av de fenomen jag undersöker i min studie. För att få en övergripande förståelse för de organisatoriska förutsättningarna och problemen som beskrivs av respondenterna har jag valt att använda mig av en två huvudsakliga teoretiska infallsvinklar, nämligen *nyinstitutionell teori* och *kunskap i socialt arbete*. I nyinstitutionell teori har jag valt att lyfta begreppen *lös koppling*, *moraliskt arbete* och *Motsättningar mellan individer och organisationer*. Kunskap i socialt arbete har underrubrikerna; *handlingsutrymme*, *standardisering i relation till handlingsutrymme* samt *att bemöta personer med demens*.

3.1 Nyinstitutionell teori

Nyinstitutionell teori är bredare än vad som får plats eller är relevant att ta upp här och har även används inom andra discipliner än socialt arbete. Det jag tar upp nedan är en övergripande inblick i bakgrunden till teorin och dess innehåll samt ett urval av tre begrepp som jag bedömt vara relevanta för denna studie och dess syfte; *lös koppling*, *moraliskt arbete* och *motsättningar mellan individer och organisationer*.

Nyinstitutionell teori uppstod i slutet på 1970-talet genom en artikel av John Meyer och Brian Rowan 1977 där de formulerade flera av de begreppen som teorin idag vilar på (Levin 2013:28). Meyer och Rowan (1977) menade att de organisationsteori ofta baserades på att organisationer följer den formella struktur de är tänkta att följa med regler och riktlinjer, medan forskning visade på att så sällan var fallet. Författarna gör därmed skillnad på den struktur inom en organisation som visas upp utåt; den formella strukturen, och hur det dagliga arbetet utförs i praktiken. Även så tvingande faktorer som lagar och regler kan ändras utan att det ger en faktisk påverkan på verksamhetens dagliga arbete (ibid). Dessa två är kopplade till varandra i någon mån, men kopplingen kan vara en så kallad *lös koppling*, och delarna kan förändras oberoende av varandra (Levin 2013) Inom nyinstitutionell teori särskiljs organisation från institution, organisation ses som den administrativa konkreta verksamheten medan institution ses som en mer abstrakt uppbyggnad av normer, kunskap och samhällliga uppfattningar (Svensson, Johnsson och Laanemets 2021).

Ett nyinstitutionellt perspektiv ser på organisationer som aktörer vars beteenden har inbakade värden och normer, snarare än som objektivt rationella och resursoptimerande enheter (Blomberg och Petersson 2013). Organisationer har en "institutionell omgivning" (ibid) där normer och kultur påverkar synen på hur organisationen bäst bör agera. Författarna menar att just människobehandlande organisationer är väldigt institutionaliserade alltså påverkade av samhällets och kulturens uppfattningar kring den och därmed lägger mindre vikt vid de strukturella ramarna (ibid).

Moraliskt arbete innebär att det som anses som moraliskt acceptabelt, så väl av individen som organisationen och samhället är vad som styr hur socialarbetare kan hantera sitt uppdrag att hjälpa människor. Beteenden, levnadsvillkor, och lidande ska alla kategoriseras utefter vad som anses vara acceptabelt, eller inte acceptabelt på moraliska och politiska grunder och bedömningar och besluts tas baserat på detta (Levin 2013). Det handlar om att upprätthålla samhällets moraliska värderingar, inte alltid de värderingar som finns hos klienten.

Motsättningar mellan individer och organisationer. En anställd i en organisation som arbetar med människor hamnar i en position mellan organisationen och brukaren. Denna position innebär att man behöver ta hänsyn till de motsägelsefulla normer som finns inom organisationen. Motsättningar behöver mötas på något sätt och hur den anställda väljer att hantera detta skapar ett mönster som i sin tur reproduceras och till slut blir en del i organisationens praktik. En praktik är det som bygger upp och upprätthåller organisationen snarare än den struktur som visas utåt. (Svensson 2013)

3.2 Kunskap i socialt arbete

Den kunskap en professionell inom det sociala arbetet använder sig av och fattar beslut utifrån, baseras på såväl praktik som forskning även om dessa är sammankopplade genom att den ena alltid påverkar den andra (Johnsson och Svensson 2005). Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) framhåller att kunskap inte är statisk utan att den hela tiden skapas och återskapas, kunskap utvecklas både på individnivå, inom ett forskningsfält och i en verksamhet. Författarna delar upp kunskapen i fyra olika kategorier; *tyst*, *erfarenhetsbaserad*, *systematiserad* och *evidensbaserad* där kategorierna i stigande grad har förankring i forskning.

Tyst kunskap är den kunskap som inte är lätt att uttrycka eller definiera och inte går att lära ut teoretiskt men kan utvecklas genom egen erfarenhet. Detta fenomen kallas ibland även intuitiv kunskap. Det är en typ av kunskap som är personlig och kan jämföras med att ha en personlig lämplighet och talang för något. Det är den kunskap som ligger till grund för de spontana och snabba besluten som tas av socialarbetaren under arbetet (Johnsson & Svensson 2008). Ett exempel kan vara på vilket sätt omvårdnadspersonal tar i sina patienter, en skillnad som ofta är märkbar för mottagaren (Svensson, Johnsson och Laanemets 2021).

Erfarenhetsbaserad kunskap går att beskriva på ett mer konkret sätt, den går att lära ut genom att diskutera och berätta, den överförs och lärs huvudsakligen ut muntligt på arbetsplatserna. Det är fortfarande en kunskap som till största delen baseras på ett praktiskt arbete, där individen samlar på sig kunskap genom erfarenhet av liknande situationer även om det finns inslag av forskning och olika teorier (Johnsson & Svensson 2008).

Systematiserad kunskap skiljer sig från erfarenhetsbaserad kunskap genom att vara mer strukturerad och till större del baserad på forskning. Systematiserad kunskap kan användas för att dokumentera, utvärdera och presentera och det är en kunskap som syns tydligare i verksamheten. Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) menar att det är systematisk kunskap

som kan användas för att skapa utvärderingar och visa på resultat bland annat som underlag för att driva frågor politiskt.

Evidensbaserad kunskap innebär den kunskap som helt baseras på forskning, här finns väldigt begränsat handlingsutrymme för den professionella. Det är baserat på denna typ av kunskap som så kallat evidensbaserade metoder utvecklas (Svensson, Johnsson och Laanemets 2021). Vilken av dessa olika typer av kunskap som värderas högst eller används mest varierar mellan olika verksamheter och sammanhang och de existerar ofta parallellt med varandra.

3.2.1 Handlingsutrymme

Beroende på faktorer så som vilken kunskap arbetet huvudsakligen baseras på, samt de ramar och riktlinjer som finns i organisationen och socialarbetarens erfarenhet så har alla som arbetar med socialt arbete olika grad av *handlingsutrymme*. Begreppet handlingsutrymme myntades först av Lipsky (2010) som menade att socialarbetare är en form av gräsrotsbyråkrater då de är ansiktet utåt, representanten för organisationen i mötet med klienten. Han beskriver hur gräsrotsbyråkratens uppgift blir att medla mellan organisationens regler och riktlinjer och klientens behov, handlingsutrymmet blir därmed det tolka och ta beslut inom organisationens ramar (ibid). Relevant för denna studie är den förståelse av handlingsutrymme som berör det sociala arbetet och jag har därmed valt att använda mig av en definition som Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) presenterar.

Handlingsutrymme innebär här att socialarbetare till viss mån kan styra sitt beslutsfattande utan att varken släppa på sin professionalitet eller agera utanför organisationens ramar (Svensson, Johnsson och Laanemets 2021). Hur handlingsutrymmet används påverkas av faktorer som individens erfarenhet och hur handlingsutrymmet typiskt sätt används av yrkesgruppen. Att det finns ett handlingsutrymme ses som nödvändigt i verksamheter där det finns en variation av behov hos brukarna och det inte alltid går att ha fasta rutiner för hur alla situationer ska hanteras. Hur stort handlingsutrymme en professionell har handlar då inte bara om hur mycket eller lite regler det finns i en verksamhet, utan att det finns olika möjligheter och alternativa bedömningar; att det finns utrymme för tolkning då reglerna användas i praktiken (ibid.)

3.2.2 Standardisering i förhållande till handlingsutrymme

Standardiseringsprocesserna kopplas till att evidensbaserade metoder blir alltmer eftersträvansvärda inom socialt arbete där man fokuserar på metoder som fått goda resultat i studier. Evidensbaserat arbete anses ge större transparens och ökad möjlighet till utvärdering. Standardiserade verktyg och riktlinjer bedöms i sin tur skapa större legitimitet för verksamheten. Vidare innebär standardiserade arbetsverktyg större förutsägbarhet och likformighet för såväl de professionella som för klienterna. En standardisering av det sociala arbetet presenteras ofta som ett sätt att motverka oförutsägbarhet och osäkerhet (Ponnert och Svensson 2016).

Standardisering diskuteras i förhållande till de professionellas handlingsutrymme av bland annat Ponnert och Svensson (2016). Författarna menar att det pågår en trend av ökad standardisering i socialt arbete som tar form i manualbaserade metoder och strukturerade arbetsverktyg, vilka i allt högre grad införs i verksamheter. Vidare framhåller de att standardisering kan leda till att de professionellas handlingsutrymme minskas eller snävas åt. Vilket i sin tur kan skapa osäkerhet och brist på självförtroende hos de professionella genom att de lägger mindre tilltro till sin professionella bedömningsförmåga. Handlingsutrymmet försvinner inte med en ökad standardisering utan det krävs fortfarande att de professionella kan fatta beslut baserade på en professionell bedömning (ibid).

3.2.3 Att bemöta personer med demens

Blennberger (2013) tar upp bemötande och dess relevans och vikt för socialt arbete. Han skriver att "I vissa verksamheter kan det vara svårt att skilja bemötande från den behandling man får. Dessutom kan man se bemötande som en form av behandling. Bemötande gör något med den som blir bemött" (ibid s.13-14). Bemötande beskrivs finnas i så små handlingar som ord, ton och kroppsspråk, genom detta kombinerat med ögonkontakt och ansiktsuttryck kan vi läsa av varandra. Hur man bemöter någon, alltså utför dessa små handlingar visar på en attityd och ett förhållningssätt, en del av en *bemötanderepetoar*, då valet om hur man bemöter någon varierar beroende på person och situation. Att kunna välja ett lämpligt bemötande i varje situation kräver enligt författaren en empatisk förmåga att kunna känna av den specifika situationen och personen man bemöter (ibid).

Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) fördjupar sig i bemötande när det gäller möten med en person med demens. De menar att personal behöver kunna observera och tolka

personerna med demens för att försöka förstå dem och att små förändringar i bemötandet kan utlösa en reaktion hos personerna. Författarna tar vidare upp begreppet *spegling*, överföring av en persons sinnesstämning genom kroppsspråk och kommunikation. Personer med demens beskrivs vara extra mottagliga för spegling, därmed framhävs vikten av att som omvårdnadspersonal arbeta med en medvetenhet om den egna sinnesstämningen och vara uppmärksam på egen stress då denna annars riskerar överföras på den dementa och kan skapa oro och aggressivitet (ibid).

4. Metod

I detta kapitel följer en redogörelse för studiens genomförande. Jag kommer att redogöra för och motivera val av metod, min förförståelse samt gå igenom urvalsprocessen, studiens etiska ställningstagande och det praktiska genomförandet av materialinsamlingen. Vidare följer en presentation av analysförfarandet och diskussion kring studiens tillförlitlighet.

4.1 Metodologiska överväganden

Jag har valt att genomföra denna studie med hjälp av kvalitativa intervjuer. Kvalitativ forskning är tolkande och lägger fokus på ord och förståelse av en social verklighet som subjektiv, till skillnad från kvantitativ forskning som handlar om det kvantifierbara med fokus på siffror och som gör anspråk på en mer objektiv syn på den sociala verkligheten (Bryman 2018). Syftet med denna studie är att undersöka omvårdnadspersonals syn på sitt arbete med personer med demens, med särskild fokus på deras handlingsutrymme samt på de strukturerade arbetsverktyg de har att förhålla sig till i sitt arbete, för att få en fördjupad förståelse för de aspekter av arbetet som överlappar med det sociala arbetet. Utifrån detta bedömde jag att en kvalitativ ansats var bäst lämpad för att uppnå syftet och besvara mina forskningsfrågor, då jag inte heller ämnar få fram ett kvantifierbart resultat.

Från uppstart till mål har vägen varit lång för studien och en försvårande del var relaterad till metodologiska aspekter. Den ursprungliga planen var att genomföra observationer under möten där personal på särskilda boenden diskuterade och gjorde registreringar av BPSD-registret. Dessvärre ställdes ett flertal möten in på grund av sjukdom, utbrott av covid-19 samt andra möten som kom i vägen. Efter att ha försökt få till en observation under ett par månader valde jag att tänka om. Bryman (2018) skriver att det är viktigt att metoden väljs med hänsyn

till att kunna besvara forskningsfrågorna. Då mitt första metodval inte gick att praktiskt genomföra valde jag att se över mina forskningsfrågor för att sedan byta metod. Jag höll mig inom samma forskningsområden men formulerade om syfte och frågeställningar så att det utgick ifrån personalens egna resonemang och kunde därmed genomföra studien genom intervjuer. Allwood (2021) skriver hur forskningsproblemen inom kvalitativ forskning kan utvecklas under hela forskningsprocessen och att valet av forskningsproblem kan styras av bland annat önskat metodval. Därmed ligger omformuleringen av forskningsfrågor och syfte i linje med den flexibilitet (Bryman 2018) som en kvalitativ ansats innebär och den huvudsakliga konsekvensen för min studie upplevde jag som ökad tidsåtgång snarare än att studien på något sätt försvagades.

4.2 Semistrukturerade intervjuer

Jag använde metoden semistrukturerade intervjuer, vilket innebär förutbestämda teman och ett antal öppna frågor, men att det lämnas utrymme åt informanten att själv utveckla det hen tycker är viktigt (Bryman 2018). Dessa teman och frågor samlas och struktureras i en *intervjuguide* (se Bilaga 2). Jag skapade intervjuguiden genom teman och öppna frågor baserade på undersökningens frågeställningar och en serie bakgrundsfrågor om respondentens utbildning och arbete.

Semistrukturerade intervjuer kräver av intervjuaren flexibilitet och lyhördhet för att exempelvis ändra ordningsföljd på frågorna och ställa relevanta följdfrågor. Denna intervjumetod är lämplig när det finns ett tydligt fokus i studien och intervjusvaren ska användas för att besvara fastställda frågeställningar (Bryman 2018). Wide och Hakeberg (2021) skriver att intervjuaren har ansvaret att hålla strukturen i intervjun sett till inledning, och avslutning, se till att fokus och struktur hålls samt verka engagerande och uppmuntrande gentemot informanten. Jag upplevde flexibiliteten som en fördel i mötet med respondenterna samtidigt som intervjuguiden skapade möjligheten att använda frågorna för att hjälpa respondenterna till utveckling av sina resonemang. Metoden gav tillgång till respondenternas egna tankar och funderingar, möjlighet att ställa följdfrågor och informationen blev därmed utförlig. I följande stycke följer resonemang kring vad som upplevdes som försvårande med metodvalet.

Intervjuaren har själv stor påverkan på materialet som samlas in vid kvalitativa intervjustudier (Wide och Hakeberg 2021). Dels är intervjuerna mindre strukturerade och standardiserade än vid kvalitativa studier, dels då viss tolkning och analys görs redan under själva intervjun. En

aspekt att ta hänsyn till är det som författarna kallar intervjuareffekten: hur intervjuaren påverkar informantens svar genom b.la. sin profession, person, förväntningar och värderingar av olika svar (ibid). Jag tillhör samma profession som respondenterna, men genomförde intervjuerna i en annan roll; socionomstudent. Jag valde att inte aktivt redogöra för respondenterna om min egen erfarenhet då jag ville undvika en fokusförskjutning mot mig som intervjuare. Möjligt att det går att ana en förförståelse för arbetet och arbetsverktyget genom formulering av intervjufrågorna. Det var även två av respondenterna som innan intervjun ställde frågor kring min erfarenhet och där valde jag att vara transparent. Vid en intervjusituation finns alltid risken att respondenterna riktar sina svar för att inte framstå i dålig dager eller att ge svar de tror att intervjuaren vill ha. Detta är inget som går att kontrollera och men bör ha i åtanke vid analyserandet av resultatet. Sammanfattningsvis ämnar sig denna intervjumetod väl för att samla in material för att besvara studiens syfte och frågeställningar och fördelarna bedöms väga upp för nackdelarna.

4.3 Förförståelse

Min förförståelse innebär att jag har arbetat och även under tiden då denna uppsats skrivs är anställd inom samma yrkesgrupp som personerna som jag intervjuar. Jag har också gått samma utbildning som respondenterna, BPSD-registrets administratörsutbildning. Detta gör att jag har en tidigare förståelse för de begrepp och uttryck som används inom yrket och en förståelse för hur verksamheterna är upplagda. Jag har dock varit noga med att inte låta denna förförståelse prägla resultat och analys genom att luta mig mot de teoretiska begreppen som jag inte har med mig från min arbetslivserfarenhet.

4.4 Urval

I studien användes ett strategiskt urval, som utgår ifrån att få fram så relevant information som möjligt. Ett strategiskt urval beskrivs av Wide och Hakeberg (2021) baseras på att respondenterna har vissa gemensamma nämnare som bidrar till att få fram ett material relaterat till forskningsfrågan. För min studie sökte jag intervjupersoner som arbetar på särskilda boende inom äldreomsorgen och som utbildats till BPSD-administratörer. Vidare användes ett tvåstegsurval, där första steget är att välja organisationer relevanta för forskningsfrågan och i

nästa steg söka individer att intervjua (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Jag initierade kontakt med enhetschefer på sammanlagt åtta särskilda boende i en medelstor skånsk kommun. Kontakt togs via telefon och om kontakten resulterade i möjlighet till intervju; uppföljande mail med mitt informationsbrev (se bilaga 1).

Av min förförståelse av att ha arbetat inom samma typ av verksamhet visste jag att det borde finnas ett par personer på varje avdelning med utbildningen och ursprungligen var målet att få kontakt med tre olika arbetsplatser och intervjua två personer från varje. Målet sattes i samråd med min handledare och baserades på en rimlig mängd material sett till uppsatsens omfattning och att få en spridning av respondenter genom att inte begränsa dem till en och samma arbetsplats. Flera enhetschefer gav besked om att personerna med BPSD-utbildningen slutat eller var sjukskrivna, orelaterat till utbildningen. Av de enhetschefer som gav jakande svar om anställda att intervjua var det ingen som förmedlade kontakt till mer än en anställd trots att jag uppgav att jag gärna intervjuade två per arbetsplats. Det slutgiltiga urvalet landade i 6 respondenter från 5 olika äldreboende, då en av respondenterna själv rekommenderade sin kollega.

4.4.1 Presentation av respondenterna

Studiens empiri grundar sig på sex intervjuer med respondenter från fem olika arbetsplatser. Fyra arbetar på dag- och kvällstid medan två arbetar nätter. Respondenterna är en man och fem kvinnor i ålder mellan 30 och 55 år. Fem är utbildade undersköterskor medan en saknar vårdutbildning. En av respondenterna är utbildad Silviasyster, en tvåårig vidareutbildning inom demens. Respondenterna har en yrkeserfarenhet inom demensvård på mellan tre och 33 år, flera av dem har arbetat längre än så på arbetsplatser som inte varit uttalat demensvård men där personer med demens förekommit. Respondenterna kommer att benämnas som R1-R6 i den löpande texten.

4.5 Praktiskt genomförande

För att testa intervjuguiden och beräkna ungefärlig tidsåtgång för intervjuerna gjorde jag en pilotintervju. Detta rekommenderas av Bryman (2018) som menar att pilotintervjuer kan ge information om hur väl intervjuguiden fungerar samt erfarenhet av att använda sig av metoden.

Pilotintervjun mynnade ut i omformulering av ett par frågor samt uppskattad intervjutid på ungefär 40 minuter. Pilotintervjun har inte tagits med som resultat och inte transkriberats.

Respondenterna fick själva välja att genomföra intervjun digitalt eller fysiskt och var intervjun skulle äga rum. Resultatet blev tre intervjuer via videosamtal och tre intervjuer på respondenternas arbetsplatser. De digitala intervjuerna genomförde två av respondenterna från sin arbetsplats och en hemifrån. Jag upplevde ingen märkbar skillnad mellan digital och fysisk intervju avseende svar eller tidsåtgång. Diskussion kring konfidentialitet med hänsyn till respondenternas omfattande av sekretess finns i avsnitt 4.5 *Etiska övervägande*. Intervjuerna varierade mellan 30 och 45 minuter. Jag transkriberade samtliga intervjuer med hjälp av Microsoft Words transkriberingsfunktion för att sedan läsa igenom dem ord för ord med ljudfilen i bakgrunden. Fördelen med detta tillvägagångssätt var att jag snabbt fick en text att arbeta med och inte behövde skriva den ord för ord. Nackdelen var att programmet inte fungerade felfritt, många ord och meningar stämde inte, vilket innebar en större tidsåtgång för korrekturläsning. För att få texten överskådlig behövde jag även lägga en del tid på att ändra skiljetecken, styck indelningar och att tydliggöra vem som pratade.

4.6 Etiska övervägande

God etik är en väsentlig aspekt av en vetenskaplig studie (Larsson 2021), nyttan med en studie ska vägas mot skyddet av personerna som deltar i den. När jag inledde arbetet med denna studie hade jag klart för mig att jag ville få en fördjupad förståelse för arbetet med personer med demens utifrån ett samhällsvetenskapligt, kvalitativt perspektiv. Personer med demens har beroende på hur långt gångna de är i sin sjukdom begränsade möjligheter att ta till sig information och därmed att lämna ett informerat samtycke. Med hänsyn till detta valde jag att lägga upp min studie på ett sådant sätt att jag inte hade direkt kontakt med personerna med demens utan fokuserade på omvårdnadspersonalen. Genom att intervjua personer om deras yrkesroll minskades risken för att deltagandet i studien medför obehag eller kännas för privat men ändå lyftes arbetet med målgruppen.

Vetenskapliga rådet (2002) skriver om fyra grundläggande etiska principer att ta hänsyn till i vetenskapliga studier, här följer en kort redogörelse av dem och hur jag tagit hänsyn till var och en i min studie. *Informationskravet* innebär att deltagarna i studien ska ha fått information om studiens syfte, deltagarens roll i studien, att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst har möjlighet att avbryta sin medverkan (ibid). Jag har tagit hänsyn till detta krav genom att i första ledet skicka ut ett informationsbrev (se bilaga 1) där syftet med studien, min

institution på universitetet samt kontaktuppgifter till mig och min handledare framgick. Här informerar jag om deltagandets frivillighet, att respondenterna kommer att anonymiseras samt möjligheten att avbryta deltagandet. Innan intervjun inleddes kontrollerades att deltagarna var informerade och fick ställa eventuella frågor. Jag säkerställde även att de samtyckte till såväl deltagande i studien som till en ljudupptagning av intervjun. Därmed uppfylldes även kriterierna för *samtyckeskravet*. *Samtyckeskravet* innebär att deltagarens samtycke alltid ska ges, och att personen ska kunna avbryta sitt deltagande utan påtryckningar eller negativa konsekvenser (Vetenskapliga rådet 2002).

Konfidentialitetskravet innebär att om studien omfattar etiskt känsliga uppgifter om enskilda individer bör alla inblandade underteckna en förbindelse om tystnadsplikt. Det innebär även att alla uppgifter om enskilda personer ska förvaras och avidentifieras så att utomstående inte kan komma åt eller kunna identifiera personerna. (Vetenskapliga rådet 2002) Jag har anonymiserat deltagarna och deras arbetsplats så att ingen utomstående ska kunna identifiera respondenterna. De enda personuppgifterna jag redovisar i min studie är ålder, kön och utbildning; uppgifter som är av så allmän natur att de av de inte kan användas för att identifiera individen. Omvårdnadspersonalen jag intervjuade omfattas i sitt yrke av Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) vilket innebär att det: ”gäller sekretess för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men” (25 kap. 1 § OSL). Detta tog jag i beaktande genom att inte ställa några frågor om enskilda boende. Det förekommer att respondenterna ger exempel på situationer med enskilda boende, men de rörde aldrig uppgifter som gjorde att jag kunde koppla händelsen till en specifik individ. I min studie är omvårdnadspersonalen och deras arbetsplats anonymiserad vilket minimerar risken för att någon som läser studien kan koppla uppgifterna till en individ.

Efter studiens avslut kommer all information i form av ljudfiler samt transkribering av intervjuerna att raderas och förstöras. Ingen information kommer heller att lämnas ut till utomstående. Genom detta försäkras jag mig om att *nyttjandekravet* uppfylls. *Nyttjandekravet* innebär att informationen bara får användas för forskningsändamål och att informationen inte får användas för att fatta beslut eller åtgärder som påverkar deltagarna (Vetenskapliga rådet 2002).

4.7 Analysförfarande

För att analysera intervjumaterialet använde jag mig av en modell som beskrivs av Rennstam och Wästerfors (2015) där de menar att analysprocessen förenklat består av tre moment; *sortera*, *reducera* och *argumentera*. Jag kommer beskriva hur processen med hjälp av dessa moment.

Rennstam och Wästerfors (2015) skriver att ett sätt är att sortera material är efter innehåll där allt material bör läsas noggrant och återkommande innehåll kan ligga till grund för teman. Jag började därmed att läsa igenom mitt material igen och komponerade sedan ihop övergripande teman baserad på vad som återkom i materialet och med utgångspunkt i de teoretiska begrepp jag valt att använda mig av. Under dessa listades vilka olika begrepp och underteman som skulle ingå. Jag gav sedan varje tema en färg och gjorde en ny läsning av materialet där jag färgmarkerade citat utifrån relevant tema. Jag gjorde upprepade läsningar av materialet och la till nyckelord där jag ville fånga en viss tanke. Författarna (ibid) benämner denna process som att *umgås med materialet*, och beskriver det som en del av att sortera materialet genom att lära känna det. Jag avslutade sorteringsprocessen med att ge varje tema ett a4 ark där jag skrev ner temat, delade upp det i underrubriker och använde mig av nyckelbegrepp för att hänvisa till relevanta citat ur intervjumaterialet. På så sätt kunde jag få en överblick över vad som sades av respondenterna kring olika teman, om och vad som var återkommande och om det fanns några motsättningar.

Nästa del av analysarbetet är att *reducera*, att minska ner materialet till en mängd som är hanterbar och i lagom omfattning för studien (Rennstam & Wästerfors 2015). Jag gjorde en reducering av materialet genom att med mitt syfte och frågeställningar i åtanke plocka ut de nyckelbegrepp jag såg som mest intressanta och talande för mitt material. Jag kategoriserade sedan in dessa i nya teman och skrev in dessa i ett dokument där jag valde ut de mest illustrerande citaten från materialet. Således gjordes en reducering i såväl teman som citat.

Den sista delen i analysprocessen beskrivs som att *argumentera* där man genom materialet också ska säga något (Rennstam & Wästerfors 2015). Ett sätt att göra detta är att koppla till begrepp som används tidigare av andra forskare och ställa de i relation med sitt eget material. Jag gjorde detta genom att presentera de teman jag funnit, illustrera detta med citat från materialet för att sedan koppla detta till ett eller flera teoretiska begrepp. Materialet diskuterades och analyserades sedan med hjälp av teorin.

Citaten som presenteras i kapitel 5, Resultat och Analys, är nedtecknade ordagrant från inspelningarna av intervjuerna men jag har valt att ta bort småord som "eh" och "liksom",

upprepningar av samma ord samt gjort vissa ändringar av grammatik för att meningen ska flyta på i skrift. Där jag delat upp meningen eller tagit bort ytterligare ord är det markerat med [...] och eventuella kommentarer och förtydligande är skrivna inom [].

4.8 Studiens tillförlitlighet

För att göra bedömningar av kvalitativa studier används ibland begreppen tillförlitlighet, som alternativ till de inom kvantitativ forskning vanligt förekommande reliabilitet och validitet (Bryman 2018). Tillförlitlighet delas in i fyra delkriterier; *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera*. Jag kommer här att kort diskutera studiens tillförlitlighet i relation till dessa kriterier.

Trovärdighet innebär enligt Bryman (2018) att studien genomförts efter de regler som finns för forskning och att man håller trovärdigheten i den sociala verklighet som beskrivs. Jag har i min studie tagit hänsyn till detta kriterium genom att följa de regler och riktlinjer som finns och att jag använt respondenternas berättelse i det syfte de blivit inhämtade och med så få ändringar från original transkriberingen som möjligt. *Överförbarhet* beskrivs som möjligheten att genom täta beskrivningar kunna avgöra hur överförbara resultaten är till studier under andra förutsättningar (ibid). Jag har i min studie visat på överförbarheten genom att ge en uttömmande beskrivning av processen och respondenternas svar utan att försöka påvisa att de specifika och kvalitativa resultaten nödvändigtvis är applicerbara på andra sammanhang. *Pålitlighet* innebär att ha en transparens i forskningsprocessen så att andra kan granska kvalitén på de valda tillvägagångssätten (ibid) vilket jag i denna studie visar på genom ett uttömmande metodkapitel där jag noggrant gått igenom alla steg. *Möjlighet att styrka och konfirmera* är att forskaren inte medvetet låtit sina egna värderingar styra och visar på en medvetenhet om att fullständig objektivitet inte går att uppnå (ibid). Genom att vara medveten om min förförståelse och att titta på materialet med ett öppet sinne med en kritisk blick mot mina egna förutfattade meningar har jag försökt att undvika att studien färgas av mina värderingar.

5.Resultat och Analys

Följande kommer jag att presentera studiens resultat samt göra en analys av empirin. Inledningsvis följer en fördjupad presentation av respondenterna som deltagit i studien. Vidare presenteras och analyseras empirin med utgångspunkt i de teoretiska begrepp som presenterats i kapitel 3, tematiserat efter kategorier som uppstått under analysarbetet. Huvudkategorierna i kapitlet är; Bemötande och kunskap i arbetet, Ett socialt arbete i grupp och Gråzoner i arbetet. Samtliga dessa är uppdelade i underkategorier som presenteras i början på respektive avsnitt.

5.1 Bemötandet och kunskap i arbetet

Det råder i empirin en samstämmighet om att bemötande utgör en betydande del i arbetet med personer med demens. Det uttrycks exempelvis så här:

”Alltså det är så himla, det är jätte viktigt, det är bland det viktigaste. Det är det viktigaste” (R3) om bemötande i arbetet med personer med demens

Flera av respondenterna använder till och med samma uttryck för detta: ”Bemötandet är A och O” och “Bemötandet är verkligen A och O” (R1, R3 & R6). Medan andra uttrycker det med andra ord:

”[...] bemötandet är jätte viktigt” (R2).

Bemötande finns i så små handlingar som kroppsspråk, en förändrad ton och ansiktsuttryck, och genom dessa små skillnader kan vi läsa av varandra (Blennberger 2013). Jag kommer i följande avsnitt ta upp olika aspekter av bemötande och kunskap kopplat till bemötande och arbetssätt, som visat sig i mitt material. Avsnittet är uppdelat i två teman; Att läsa av och att läsas av och BPSD-registret vs tyst kunskap?

5.1.1 Att läsa av och att läsas av

När respondenterna pratar om bemötande är uttrycket *att läsa av* återkommande i empirin men ges två betydelser:

”De läser av mig och jag läser av dem, bemötandet är jätte viktigt.” (R2)

Citatet ovan illustrerar hur respondenterna använder uttrycket så väl som för att visa på att de läser av personerna med demens men även som något personerna med demens gör av dem, en handling som går åt båda hållen. Även om respondenterna använder samma uttryck för processen på båda håll lägger de, vid närmare anblick, inte samma betydelse i vad handlingarna innebär. Jag kommer först analysera processen personalen beskriver när de läser av brukarna, kopplat till två av de olika typer av kunskap vilka faller under det teoretiska perspektivet *kunskap i socialt arbete*. För att sedan analysera processen personalen beskriver när personerna med demens läser av dem, kopplat till det teoretiska begreppet *spegling*. Avslutningsvis kommer jag att fördjupa analysen genom att diskutera hur personalen skiljer dessa processer åt.

”Att lyssna på dem, inte bara lyssna utan läsa av dem, läsa av kroppsspråket. Ibland kan man inte nå dem när man pratar med dem men man kan läsa av rätt så bra faktiskt, vad de vill och vilket humör de är på” (R2)

Att läsa av är ett uttryck som används av fyra av respondenterna på likartade sätt. De talar alla om behovet av att kunna läsa av personerna med demens för att kunna ge ett korrekt bemötande och veta vad personen behöver. En respondent uttrycker så här:

”[...] sen får man lyssna in sig väldigt mycket på de boende, så man märker vilken dagsform de är i. Nej, det går inte att man bara säger att nu går du upp, många gånger utan det kan ju vara att de kanske behöver vakna till litegrann. [...] mycket att läsa av inom demensen hur personen är, mår och känner sig.” (R4)

Förmågan att kunna läsa av och skapa en förståelse med den informationen kan kopplas till det teoretiska begreppet *tyst kunskap*, en typ av kunskap som är personbunden och ibland beskrivs som intuitiv (Johnsson & Svensson 2008). I respondenternas beskrivningar av hur de läser av sina boende framkommer ett intuitivt kunnande där de genom subtila saker som kroppsspråk och ögonkontakt kan skapa sig en uppfattning om personens mående, och att bygga sitt agerande och bemötande på detta intuitiva kunnande. Detta förstärks även av det som Blenberger (2013) beskriver som *bemötanderepetoar* och hur en empatisk förmåga krävs för att välja ett adekvat bemötande utifrån person och situation. Delar av detta skulle även kunna falla under begreppet *erfarenhetsbaserad kunskap*, som beskrivs som huvudsakligen praktisk och där det också finns en möjlighet att överföra kunskapen till andra genom att diskutera den (Svensson, Johnsson & Laanemets 2021).

Att respondenterna läser av brukarna och information de får ut av läsningen kan förmedlas vidare till kollegor, och då kan man i arbetsgruppen diskutera hur man bäst bör hantera olika situationer. Därmed kan kunskapen delas och utvecklas i överförande kollegor i mellan. Den här delen av läsandet, att tolka informationen och välja ett agerande kan också ses som *systematiserad kunskap*, en kunskap som samlas och organiseras för att kunna presenteras och läras ut (ibid). Respondenterna kan ha lärt sig genom utbildningar som exempelvis BPSD-registret hur situationer bör hanteras och omsätter sedan denna kunskap i praktik. Det som däremot är svårare att sätta ord på och därmed även att lära ut, är att se de små skillnaderna i en persons ansiktsuttryck och rörelsemönster och förstå hur dessa ska tolkas och vad dessa innebär. Respondenterna beskriver detta subtila i arbetet, med uttryck som att ”man får ha en fingertoppskänsla” (R4, R5) och ”går lite på känsla” (R3).

Respondenterna ger även uttryck för att brukarna läser av dem, men lägger en annan betydelse i den processen:

” Bemötande är A och O, alltså när man jobbar med människor överlag, speciellt med dementa för att de är ju som sagt väldigt känsliga. Och med känsliga menar jag menar att de kan liksom, de ser liksom känner av stress. De ser i ansiktsuttryck, i kroppsspråket så de läser ju alltså de kan läsa väldigt mycket in på det så det är väldigt viktigt att tänka på det. Och tonläget också när man pratar med de tänker jag.” (R6)

I citatet ovan pratar respondenten om att även personerna med demens läser av personalen. Att läsas av skulle i detta sammanhang kunna likställas med det teoretiska begreppet *spegling*; personerna med demens är särskilt mottagliga för känslööverföring genom bemötande. Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) menar att då personer med demens mottaglighet för detta är det av vikt att personalen är medveten om sin sinnesstämning för att inte skapa oro och aggressivitet hos brukarna. Denna medvetenhet uttrycker flera av respondenterna. Ett exempel är följande:

”För grejen är den om du har en dålig dag och du kommer innanför dessa dörrar och tar med dig din dåliga dag, då ser du det på dem, brukarna alltså för de blir oroliga. Det är verkligen så, de håller sig oroliga, de sover inte, så du kan ju förstöra någon annans dag om du bemöter dem fel. Även om du inte vill det, så märks det för de läser ju av dig [...]” (R3)

Här pratar respondenten om att *ta med sig sin dåliga dag*, vilket kan tolkas som att man bär med sig en negativt laddad sinnesstämning till jobbet och att det i hög grad påverkar brukarna. Denna medvetenhet är återkommande i empirin när respondenterna talar om bemötande, vilket tyder på att även om respondenterna inte använder just begreppet spegling är de medvetna om processen.

Som nämnt i inledningen av avsnittet använder respondenterna samma uttryck när de talar om att de läser av personerna med demens och att personerna med demens läser av dem men med olika betydelser. Skillnaden skulle kunna förklaras som graden av medvetenhet i processen. *Spegling* beskrivs av Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) som en känslighet, att personerna med demens smittas av sinnesstämningen hos personalen. Jag tolkar inte detta som en medveten process utan snarare som något som sker omedvetet. Man observerar en person genom faktorer som ansiktsuttryck och kroppsrörelser och gör en omedveten tolkning och slutsats om personens sinnesstämning och speglar sin egen sinnesstämning i detta. Att personalen läser av personerna med demens är däremot en medveten handling. Personalen vet att de gör en avläsning och gör aktiva val baserat på den information de får fram. Med grund i detta resonemang kopplat till teori kring olika typer av kunskap skulle vi kunna förstå själva avläsandet som en *tyst kunskap*, i detta fall kanske en kunskap som de flesta bär med sig. Medan att veta vad och hur man ska hantera informationen man får fram genom avläsandet blir en medveten handling. Detta skulle även kunna hamna på nivån av *tyst kunskap*, att man instinktivt vet hur det ska hanteras men som också bör kunna läras ut och således omfattas av *erfarenhetsbaserad kunskap* eller till och med *systematiserad kunskap*. I följande avsnitt kommer jag att utveckla resonemang kring olika typer av kunskap inom arbetet i målgruppen och i förhållande till arbetet med BPSD-registret.

5.1.2 BPSD-registret vs tyst kunskap?

Hur respondenterna talar om bemötande i förhållande till BPSD-registret och sitt arbete i stort är ytterligare en indikation på att kunskapen inom yrket ligger någonstans i spännpunkten mellan flera olika typer av kunskap. Ett tydligt exempel syns i följande citat:

”Nej, jag tänker nog mer det här med att arbeta med demenssjuka är dels måste man ha ett genuint intresse, liksom [...] vara lämplig från början på något sätt. Och sen kan man då bygga en, lägga till en utbildning på det sen [...] Men det måste finnas någonting att bygga på från början. Jag tror inte att

bara att man kan gå en utbildning till undersköterska eller vad det nu är, och så tänker man att man... Nej jag tror att man måste vara lämplig.” (R5:9)

Den kunskap som lärs ut av utbildningsmaterialet kopplat till BPSD-registret faller inom kategorin för *systematiserad kunskap*. Denna typ av kunskap innebär samlad och organiserad kunskap som ska kunna presenteras, läras ut och vara till grund för utvärderingar. Kunskapen som organiseras är till stor del baserat på behov från den praktiska verksamheten vilket ger en koppling mellan praktik och forskning där vilken forskning som lyfts fram påverkas av praktiken och praktiken i sin tur utvecklas av forskningen (Svensson, Johnsson & Laanemets 2021). Min empiri tyder dock på att varken utbildning i form av den som ges av BPSD-registret eller omvårdnadsutbildningen anses tillräcklig. En respondent uttrycker:

”Det handlar ju hela tiden om din fantasi och hur du säger grejerna och hur du gör dem så att säga. Du ska ju ha brukaren med dig och då är det ju bemötande och kroppsspråk och alltihopa igen. [...] det gäller att inte bara ha den [kunskapen] i huvudet som läshuvud utan du måste kunna omsätta den.”
(R1)

Både här och i citatet i början på avsnittet pratar respondenterna om att kunskap som lärs ut i skolan eller via utbildningar inte räcker för att göra ett gott arbete inom demensvård. Det de beskriver som lämplighet och att kunna omsätta kunskapen hamnar mer inom ramarna för *tyst kunskap*. Eftersom den tysta kunskapen per definition inte går att sätta ord på eller lära ut kan inte utbildning ge dig den och du kan inte lära dig den av någon annan. Jag skulle ändå vilja dra vissa paralleller mellan utbildning och det kunnande som går under tyst kunskap, som respondenten säger så handlar det ibland om att kunna omsätta en teoretisk kunskap praktiskt. Att ha förmågan att kunna omsätta det man lär sig genom sina kollegor eller en utbildning i praktiken skulle kunna ses på som en i sig tyst kunskap, för som respondenten menar på så är det inte alla som kan det och det är ingen process som går läsa sig till.

Ytterligare en dimension till formerna av inlärd kunskap i relation till tyst kunskap är det som beskrivs av ett par av respondenterna gällande det arbetssätt och sätt att tänka som förmedlas av BPSD-registret. Respondenten menar att de redan hade med sig det sättet att tänka:

”Jag kan tänka eller jag tycker att hela vägen så har jag arbetat med det här tänket. Fast det var ju inte förrän det här konkreta arbets- eller registret kom som jag faktiskt ja, nu finns det ett sätt att dokumentera det.”

Det respondenten beskriver kan tyda på att det finns viss kunskap som kommer intuitivt för vissa men som också går att lära ut till viss del; att vissa instinktivt bär med sig ett sätt att se på arbete och bemötande medan andra kan lära sig det genom utbildning eller erfarenhet. Hur kunskapen och arbetssättet som lärs ut av BPSD-registret påverkar det praktiska arbetet tas upp i följande avsnitt.

5.2 Ett socialt arbete i grupp

Här kommer jag att lyfta de aspekterna av att arbeta i grupp som respondenterna tar upp, *handlingsutrymme och gruppens betydelse* samt *ett strukturerat arbetsverktyg i gruppen* för att sedan landa i *BPSD-registrets påverkan på arbetssätt och bemötande*.

5.2.1 Handlingsutrymme och gruppens betydelse

Respondenterna uttrycker att de upplever sig ha stort utrymme att fatta beslut i sitt arbete även om det återkommande i empirin finns uttryck för att flesta beslut bör fattas av arbetsgruppen. Jag kommer här att först lyfta handlingsutrymme i arbetet allmänt för att sedan zooma in på handlingsutrymme i grupp.

”Alltså det beror ju liksom på beslutet, [...] men stort utrymme [att fatta beslut] skulle jag säga.” (R6)

Det handlingsutrymme som framkommer i empirin skiljer sig på vissa sätt från den typ av handlingsutrymme som beskrivs av Svensson, Johnsson och Laanements (2021). Detta skulle kunna förstås som att omvårdnadspersonalen har ett handlingsutrymme som ligger snäppet närmre brukarnas dagliga livsföring än hos exempelvis biståndshandläggare. Deras handlingsutrymme handlar om det rörelseutrymme som finns i verkställigheten av en biståndshandläggares beslut, om mindre beslut i vardagen, om bemötande, upplägg av arbete och den psykosociala miljön. Det kan själva lägga upp sitt arbete, de kan ta beslut om hur situationer i det dagliga arbetet ska hanteras och hur arbetet runt de boende ska se ut.

”[...] jag är väldigt mycket sån att det ska inte bara gå på rutin utan det måste se hur de mår för dagen. Vi har ju genomförandeplanerna, men bara för att Pelle har velat stiga upp klockan åtta fem dagar så kanske just denna dagen så vill han inte. [...] man får ju liksom ta det efterhand som det funkar. Sen får du ju ha vissa rutiner som får vara fasta för att du är två [vid tyngre omvårdnadsinsatser] eller så ju. Allt går inte att ha på lösa volymer så att säga. Men det går inte att ha allt på fasta rutiner när du jobbar i demensvården.”

(R1)

Här beskriver respondenten en typ av handlingsutrymme som finns i det dagliga arbetet. De ramarna de har att förhålla sig till här är vad som ingår i det dagliga arbetet, brukarnas genomförandeplaner och resurser sett till bemanning. Utifrån dessa aspekter kan respondenten själv anpassa arbetet utifrån sin bedömning av vad som passar bäst för brukaren och verksamheten. Detta exempel kan kopplas till hur Svensson, Johnsson och Laanemets (2020) menar att det inte går att ha fasta rutiner för allt arbete i verksamheter som arbetar med brukare som har varierande behov utan att där behöver finnas handlingsutrymme. Respondenten beskriver att brukarnas behov varierar från dag till dag och flexibilitet i arbetet krävs därmed av personalen. Likt det som diskuterades i avsnitt 5.2 1 *Att läsa av och att läsas av* så läser personalen av de boende och kan därigenom avgöra saker som de boendes dagsform och behov. För att personalen ska kunna ta beslut och agera med bas i denna avläsning krävs det att ett motsvarande handlingsutrymme finns i verksamheten.

Ett återkommande tema i empirin relaterat till handlingsutrymme är hur stor vikt respondenterna lägger på gruppens gemensamma beslut. En uttrycker det så här:

”Den [utrymmet att fatta beslut] är nog rätt så stor tycker jag. Sen så tycker jag dock att jag ska inte stå och göra besluten själv utan det ska vi som grupp göra om det är någonting. Sen så finns det ju beslut som man måste ta där och då som prioriteringsbeslut, av vad ska vi ta nu? Och det kan ju inte börja ställa oss och diskutera, vad tycker du? Men alltså jag tycker att vi har rätt så bra med beslutsmöjligheter här.” (R4)

Citatet illustrerar hur just tanken om att beslut bör fattas som grupp kommer fram i empirin. Respondenterna framhåller att de själva fattar vissa beslut i det dagliga arbetet vid situationer som uppkommer men att större beslut bör tas gemensamt i gruppen. Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) skriver till största del om handlingsutrymmet sett ur den enskilda

socialarbetarens perspektiv, detta med grund i att de i sin bok fokuserar på ett socialt arbete med individer och familjer där arbetet är upplagt utifrån att en socialarbetare arbetar med ett antal klienter. I denna studie sker det sociala arbetet genom att en hel arbetsgrupp gemensamt arbetar med ett antal brukare, där alla i personalgruppen kontinuerligt arbetar med alla brukare. Tänkbart är att detta arbetssätt leder till ett behov av att skapa enhetlighet där hela personalgruppen strävar efter att arbeta likvärdigt och således bör även beslut tas gemensamt.

Sett till handlingsutrymme vid användandet av BPSD-registret kommer det inte fram i empirin att respondenterna upplever det som att arbetsverktyget har minskat deras utrymme att fatta beslut:

”Jag menar beslut har vi ju fattat innan också, att vi provar det här. Det blir mer konkret på något sätt nu när man skriver ner det. Sen är det ju inte bara mitt beslut, det är just som en grupp [...] Det blir ju mer beslut kan jag säga, att man liksom, nu sätter vi detta på pränt, nu ska vi göra detta, så sätt är det ju bra.” (R2) *Om hur arbetet med BPSD-registret har förändrat möjligheten att ta beslut.*

Ponnert och Svensson (2016) lyfter ett minskat handlingsutrymme som en risk med ett ökat användande av standardiserade arbetsverktyg. Detta är inget som framkommer som ett problem eller ens som förekommande i empirin. Samtliga respondenter är eniga om att användandet av BPSD-registret inte har påverkat deras möjligheter att fatta beslut på ett negativt sätt. Inte heller den ökade likformigheten, eller att besluten eller handlingsutrymmet till stor del befinner sig på gruppnivå lyfts som något negativt eller ha inverkan på respondenternas upplevelse av sina beslutsmöjligheter.

5.2.2 Ett strukturerat arbetsverktyg i gruppen

Empirin visar att arbetet med ett strukturerat arbetsverktyg i kombination med att arbeta i grupp innebär vissa utmaningar men ger även tilldelningar. Samarbetet med utbildade kollegor är ett tema som kommer upp upprepade gånger från flertalet respondenter. För att förtydliga menas utbildade här omvårdnadspersonal som inte har fått BPSD-registrets utbildning, det har därmed inget med deras utbildning i övrigt att göra. Empirin är emellertid inte entydig gällande detta tema, fyra av respondenterna framhåller svårigheter i samarbetet med utbildade kollegor medan två menar på att samarbetet fungerar fint för dem.

”Det kan vara lite stort och svårt att få med hela arbetslaget om inte alla gått utbildning och alla inte förstår vad man försöker åstadkomma. Att det känns lite brett kanske i början om man inte gått utbildningen, så det är nog den enda nackdelen kan jag tycka” (R3)

”Nu är det ju ingen på min avdelning som är intresserad av det. Dels har de ju inte gått utbildningen och ja, så är det ju data, mycket data (hänvisning till att kollegor tycker att det är svårt med datorarbete, min anm.)” (R1)

Dessa citat visar på att respondenterna upplever svårigheter med kollegor som inte har gått BPSD-registrets utbildning och att detta kan skapa såväl en oförståelse för arbetsredskapet som ett ointresse av att arbeta med det. Det förekommer en skillnad i kunskapsnivån mellan respondenterna och deras utbildade kollegor. Utbildningen ger en systematiserad kunskap kring arbetet med personer med demens och BPSD, de utbildade får tillgång till ett material och som diskuterat tidigare ett annat tänk kring bemötande och arbetssätt.

”Okunskap, absolut okunskap så hade alla gått utbildningen så tror jag att man hade haft lite mer insyn och så eller ja insyn och kanske lite respekt för redskapet [...]”(R3)

Att svårigheten ligger i just okunskap visar respondenten i citatet ovan på, med betydelsen att det är okunskap som gör samarbetet svårt med de utbildade kollegorna. Respekt för redskapet kan förstås som en förståelse för vad det innebär, hur det ska användas och vikten av att använda det på rätt sätt. Att ha ett handlingsutrymme handlar enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) inte bara om att kunna ta beslut utan också att ha tillräcklig kunskap för att kunna fatta informerade och adekvata beslut. Att uppnå en likhet i arbetssätt och användandet av ett standardiserat arbetsverktyg i en arbetsgrupp där alla inte har samma kunskap och utbildning borde där med kunna innebära svårigheter och motsättningar.

I andra arbetsgrupper uppmärksammas dock denna inte som ett problem, två av respondenterna menar i motsats till resterande att det inte är några svårigheter i samarbetet med utbildade kollegor:

”Här fungerar det jättebra. De är med i diskussionerna när vi har dem och de kommer med sina förslag och tankar också, precis lika mycket som de som har gått utbildningen. Sen är det bara att någon som gått utbildningen får sköta själva dokumentationen utav det.” (R4)

Respondenten beskriver inga problem med sina kollegors förståelse för arbetsverktyget och menar i motsats till de tidigare citaten att även utbildade kollegor bidrar till diskussionerna. Den andra respondenten som också upplever samarbetet med utbildade kollegor som gott uttrycker det så här:

”Jo men de har de [förståelse] för vi har ändå gått igenom just alltså vad BPSD[-registret] är och de är införstådda i vad det är och innebär och allting. Så absolut tycker jag det [att de förstår]”(R6)

Detta kan förstås som att även de som saknar egen utbildning av BPSD-registret har fått en genomgång om vad registret är och innebär och genom detta skapat en egen kunskap. Den systematiserade kunskapen som lärs ut av BPSD-registret har därmed nått även dem som inte fått den direkt från utbildningen. De kan då sägas ha fått med sig den tysta kunskapen kring verktyget.

5.2.3 BPSD-registrets påverkan på arbetssätt och bemötande

Att BPSD-registret är en metod som beskrivs positivt och som ett verktyg som bidrar till att kunna göra ett gott arbete råder det i empirin enighet om;

”Jag tycker att det är en jättebra metod. Jag kan verkligen se att om det används på rätt sätt, ja att man får med liksom personalgrupperna på tåget, så är det en jättebra metod. Och där man kan liksom mäta, man kan sätta in en åtgärd och faktiskt med de här staplarna kunna se att de har betydelse, att det gör skillnad” (R5)

Men hur påverkar då kunskapen och arbetssättet som lärs ut av BPSD-registret bemötandet i praktiken på arbetsplatsen? En av respondenterna uttrycker det så här:

”[...] innan man går utbildningen och innan man liksom läser på om vad BPSD är och vad det står för, alltså man tänker inte så mycket på vissa saker kanske kroppsspråk och alltså mimiken och allt sånt. Så det har ju varit positiv och det har ju gjort att man tänker lite mer på hur man alltså för sig, hur man pratar, hur man går i korridoren att man inte ska springa fram och tillbaka. Ja lite sånt” (R6)

I detta uttalande visar på att respondenten upplever att utbildningen har gett hen en större uppmärksamhet på sitt eget kroppsspråk och hur detta kan styras. Sett utifrån begreppet *spegling* är personalens sinnesstämning genom aspekter som just kroppsspråk och ansiktsuttryck något som påverkar brukarna. Där med kan en ökad medvetenhet i detta och hur det påverkar brukarna vara något som ger en praktisk förändring i personalens bemötande mot brukarna.

Att arbetet med det strukturerade arbetsverktyget skapar en enhetlighet i omvårdnadspersonalens arbete med brukarna råder det en samstämmighet kring i empirin. Respondenterna framhåller detta som något positivt och en av de stora fördelarna med arbetsverktyget.

”[...] det som BPSD [-registret] hjälper till med där istället det är ju det att få så likartat som möjligt. Det betyder ju inte att vi arbetar på 100% samma sätt men till stor del tack vare BPSD [-registret] så tror jag att vi arbetar liknande utan större variationer.” (R4)

Detta kan ses i förhållande till hur Ponnert och Svensson (2016) skriver om att en del av bakgrunden till det utökade användandet av standardiserade verktyg är att det innebär en ökad likformighet och förutsägbarhet för brukarna. Respondenternas uttalande tyder därmed på att det standardiserade verktyget i det fallet lever upp till tanken om ökad likformighet sett ur personalens perspektiv. Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) skriver om hur bemötandet inte alltid kan separeras från behandlingen en brukare får, något som stämmer in på verktyget BPSD-registret där bemötandeplanen är en viktig del. Eftersom brukarna bemöts av hela personalgruppen styrker det vikten av enhetlighet och tanken om att handlingsutrymmet gällande beslut om åtminstone bemötande sker på gruppnivå. Gemensamma beslut eller i alla fall enighet om hur åtgärderna ska se ut krävs för att alla ska kunna arbeta lika.

5.3 Gråzoner i arbetet

I empirin har det uppenbarats beskrivningar av situationer där respondenternas arbete på olika sätt hamnar i en så kallad gråzon, där det finns olika typer av spänningar och motsättningar i arbetet. Jag har valt att dela upp dessa situationer i tre olika teman; *Lirkande*, *När vilja och behov krockar* samt *Motsättningar mellan lag och praktik*.

5.3.1 Lirkande

”[...] du får verkligen använda dig själv som ett verktyg för att få henne dit du vill så att säga, till att hon ska förstå att hon ska ta sina mediciner, att hon ska gå och lägga sig, att hon ska äta, att hon ska gå på toaletten.” (R1)

Här ger respondenten uttryck för det som jag hädanefter kommer att benämna som *lirkande*, här med betydelsen att genom kommunikation försöka få någon som är motvillig att gå med på att göra något. Att använda sig själv, sitt bemötande och kommunikation för att få brukarna att göra saker är något som dyker upp i empirin vid flera tillfällen och i olika situationer. I citatet ovan berättar en av respondenterna om hur en situation med en brukare som inte förstår muntliga instruktioner hanteras. Att respondenten uttrycker att någonting behöver göras för att få brukaren dit du vill indikerar att brukaren inte annars hade gått med på att göra det personalen vill. Detta analyseras med hjälp av det nyinstitutionella begreppet *moraliskt arbete*; att moraliska föreställningar styr det sociala arbetet. Här är det moraliska föreställningar om när man bör äta, sova och så vidare som styr personalens agerande och inte nödvändigtvis brukarens egen vilja eller behov.

”Jag menar, det kan ju vara en utmaning varje dag för att få en till att komma och äta frukost eller middag. Att försöka få dem till och vara med på aktiviteter. Att inte stänga in sig. På vår avdelning så har vi ju nån som inte vill vara med alltid men man kan ju alltid få dem att sitta med och titta och sen rätt som det är så är dem med. Så det är ju utmaningar att få ut dem från rummet.” (R1)

Citatet ovan visar på en annan situation där en respondent beskriver hur de måste lirka med de boende för att få dem att göra någonting, komma ut från rummen och delta i måltider eller aktiviteter. En annan respondent ifrågasätter själv liknande situationer med tillägget om att det har blivit friare än förr:

”Men förr var det verkligen så, att den och den tiden skulle de vara i säng och den och den tiden skulle de vara uppe. Vilket är rätt sjukt egentligen, för jag menar vem är det som bestämmer? Vems sömn är det som är viktig?” (R3)

Även om respondenten menar att det är mer fritt idag tycker jag mig se likheter med de ovan nämnda situationerna. Situationer där det blir tydligt att det sociala arbetet som bedrivs inom

demensvården bär spår av att vara ett *moraliskt arbete* där föreställningar om vad som är acceptabelt styr.

5.3.2 När behov och vilja krockar

Tillfällen där vilja och behov hos brukarna krockar nämns även i det förra avsnittet. Här kommer jag att lyfta situationer där det inte räcker med lirkande, utan där andra insatser krävs eller där det framkommer djupare moraliska funderingar.

”[...] ibland får man ju låta henne vara och då känner jag mig maktlös. För hon skulle ju behöva bytas på men då vill hon inte det så då blir hon arg och slåss. Och jag kan ju inte ta henne mot hennes vilja. [...] brukar ju inte våld i det ordalaget men jag gör ju ändå det mot hennes vilja.” (R1)

I situationen som beskrivs finns en motsättning i brukarens vilja och personalens uppfattning om brukarens behov. Detta är en motsättning som kan ses med hjälp av begreppet *moraliskt arbete* (Levin 2013), vad är acceptabelt, vad är ett skäligt liv och rimligt lidande? Men också utifrån motsättningar inom organisationen som det faller på individen att hantera (Svensson 2013), att det och ena sidan förväntas av personalen att se till att brukarnas basala behov tillgodoses och å andra sidan kravet att inte bruka våld eller göra något mot brukarens vilja. Denna motsättning sätter personalen i en situation där de känner en maktlöshet och brukaren i en situation där något antingen görs emot personens vilja eller behov inte tillgodoses tills personalen lyckas lirka sig till det eller brukaren ändrar sig.

5.3.3 Motsättningar mellan lag och praktik

”Ibland tänker man liksom, har de som stiftar lagarna, har de jobbat inom det? Förstår de svårigheterna med att jobba med dementa människor?” (R2)

Motsättningar mellan lagar och praktik lyfts som en grund i nyinstitutionell teori med en tanke om att den formella struktur som en verksamhet visar utåt sällan är det som följs i praktiken. Man talar om att det är en *lös koppling* mellan dessa två (Levin 2013). Detta syns exempel på i empirin i resonemang kring att regler och riktlinjer inte alltid håller i praktiken. En respondent lyfter motsättningen:

”Alltså jag är helt och hållet med det här att personer inte ska, man ska inte göra någonting med tvång, man ska inte låsa in och man ska, inga sådana frihetsberövande. Och sen i praktiken så är det ju ibland omöjligt.” (R5)

Här pratat respondenten om att ha låsta dörrar, att det inte är meningen att man ska använda sig av tvångsåtgärden att låsa in personer så att de inte själva kan ta sig ut, men att detta inte alltid följs i praktiken. Således är detta ett tillfälle där en lös koppling mellan praktik och formell struktur kan anas, lagen säger en sak men man gör en annan. Här uttrycker respondenten en intressant motsättning själv, dels en förståelse för lagarna och att lagen bör se ut så, samtidigt som ett konstaterande av att det inte är möjligt att fullt ut följa lagen i praktiken. Detta kan ses som ett uttryck för det som beskrivs som motsättningar mellan individ och organisation av Svensson (2008), att som individ i en organisation hamnar man i läget där motstridiga värden måste hanteras. Hur dessa värden hanteras, genom en improvisation i arbetet är sedan det som återskapas och tillslut bildar den praktik som upprätthåller organisationen (ibid). I detta fall är motsättningen mellan att människor inte får låsas in och att personalen ska se till att personer med demens inte utsätter sig själv för fara, genom exempelvis gå vilse.

”Det ska naturligtvis inte vara kränkande, men ibland hade det varit bra att haft ett litet säkerhetsbälte kring midjan. För vi kan ju inte stå på samma ställe hela tiden och övervaka. Men då blir personens integritet skyddad så pass mycket ju att vi inte får lov att göra en sån sak, vi får inte lov att sätta personen där den inte kan ställa sig upp själv. Nej och därför trillar personen och därför kan personen göra sig själv väldigt illa.” (R4)

Här beskrivs en annan situation där individen, omvårdnadspersonalen, måste hantera motsättningar i arbetet. Personalen får inte hindra en brukare för att själv kunna resa sig genom att använda bälte men personalen uttrycker att de känner ett moraliskt ansvar att se till att personen inte skadar sig. Till skillnad från exemplet med låsta dörrar uttrycker respondenten här följs lagarna i praktiken även om det framställs som problematiskt:

”[...] vi har ju en brukare som trillar mycket och det är ju så dementa att de inte ser faran, de trillar, trillar och trillar och förr i tiden då skulle man ju göra allt för att förhindra de här fallen. Nu gör man så gott man kan Men vi får inte lov och stoppa det hela.”(R3)

När Levin (2013) beskriver en lös koppling mellan struktur och praktik menar han att ibland kan det till och med vara så att praktiken inte förändras fast lagarna som styr den gör det. I detta exempel från empirin kan vi se att det i detta fall inte är så, lagarna har förändrats och praktiken med dem. Det har emellertid lett till en annan typ av motsättning, att personalen som ska se till att personer med demens har en skälig levnadsnivå inte kan förhindra att de skadar sig själva.

6. Avslutande diskussion

I detta kapitel följer en avslutande diskussion med återknytning till frågeställningarna, positionering av studien till tidigare forskning, samt förslag till vidare forskning.

6.1 Återknytning till frågeställningarna

Syftet med studien var att undersöka omvårdnadspersonals syn på sitt arbete med personer med demens, med särskild fokus på deras handlingsutrymme samt på de strukturerade arbetsverktyg de har att förhålla sig till i sitt arbete, för att få en fördjupad förståelse för de aspekter av arbetet som överlappar med det sociala arbetet. Till hjälp av frågeställningarna: *Hur resonerar omvårdnadspersonalen kring aspekter av sitt arbete som de ser som viktiga? Hur resonerar respondenterna kring sitt arbete med personer med demens i förhållande till användningen av ett strukturerat arbetsverktyg? Hur resonerar omvårdnadspersonal kring sitt handlingsutrymme i arbetet med personer med demens i förhållande till de riktlinjer och ramar som finns i verksamheten?* Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer och empirin analyserades med hjälp av bland annat nyinstitutionell teori och teorier om bemötande och handlingsutrymme. Jag kommer nedan att gå igenom och visa hur min analys besvarade frågeställningarna en och en.

Hur resonerar omvårdnadspersonalen kring aspekter av sitt arbete som de ser som viktiga? Den aspekt som förekommer genomgående i hela materialet och lyfts av samtliga respondenter är vikten av ett gott bemötande jämt mot brukarna. Uttrycket *att läsa av* används för att illustrera en process som sker mellan brukare och personal kopplat till bemötande. Personalen använder sig av avläsning av brukarna för att anpassa sitt arbete och bemötande men brukarna läser också av personalens sinnesstämning och kroppsspråk vilket är en aspekt

personalen behöver förhålla sig till. Denna process är en del i den *tysta kunskap* som genomsyrar arbetet.

Hur resonerar respondenterna kring sitt arbete med personer med demens i förhållande till användningen av ett strukturerat arbetsverktyg? Respondenterna visar enighet i att arbetsverktyget upplevs tillföra kunskap i arbetet med brukarna och ge en ökad medvetenhet kring bemötande. Att arbetsverktyget skapar enhetlighet i arbetssätt och bemötande inom arbetsgruppen är återkommande i empirin där detta lyfts som en positiv aspekt och något som hjälper till att göra ett gott arbete. Vidare förs resonemang kring svårigheterna med att arbeta med ett standardiserat verktyg när alla kollegor i arbetsgruppen inte har utbildning i användandet och kunskapsnivån därmed skiljer sig åt. Detta uttrycks av respondenterna som ett hinder i deras arbete med arbetsverktyget och utökning av utbildning i hela arbetsgruppen lyfts som en möjlig lösning. I materialet framkommer även arbetsgrupper där respondenterna ger uttryck för ett gott samarbete med utbildade kollegor då kopplat till att de informerat sina kollegor om arbetsverktyget och på så sätt jämnat ut kunskapsskillnaden, vilket visar på att även om BPSD-registret tillför en *systematiserad kunskap* till arbetet så kan denna kunskap även läras ut genom erfarenhet, som *tyst kunskap* eller genom kunskapsutbyte mellan kollegor, *erfarenhetsbaserad kunskap*.

Hur resonerar omvårdnadspersonal kring sitt handlingsutrymme i arbetet med personer med demens i förhållande till de riktlinjer och ramar som finns i verksamheten? Övergripande ger respondenterna uttryck för att de upplever sitt handlingsutrymme och möjligheter att fatta beslut som stora i sitt arbete, vilket skiljer sig från handlingsutrymme utifrån den enskilde professionella som vanligen lyfts i teorin. De menar sig ha möjlighet att styra sitt arbete, kunna följa brukarnas dagsform i stället för att styras helt av rutiner och riktlinjer. En stor del av beslutsfattandet sker enligt vad respondenterna uttrycker det i grupp, arbetet i grupp ges därmed stor betydelse för handlingsutrymmet men uttrycks inte minska känslan av att kunna fatta beslut i sitt arbete. Användandet av ett standardiserat arbetsverktyg uttrycks inte heller minska det upplevda handlingsutrymmet, en risk som lyfts i teori om standardisering.

I materialet framkommer situationer där det finns motsättningar i arbetet, respondenterna ger uttryck för att hantera dessa på olika sätt där lagar ibland följs och vid andra tillfällen inte följs. Det ges i materialet uttryck för vikten av att ha lagar som reglerar bland annat tvångsåtgärder, men sker även en problematisering av hur väl lagarna är förankrade i verkligheten och svårigheterna med att applicera dem i praktiken.

6.2 Positionering till tidigare forskning

I kunskapsläget tar jag upp tidigare studier uppdelat i 4 olika teman; *Omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelser*, *Strukturerade metoder i arbetet med BPSD*, *Relationen mellan omvårdnadspersonal och boende* samt *Handlingsutrymme i arbetet inom demensvård*. Jag kommer här att igenom hur min studie positionerar sig i förhållande till den tidigare forskningen tema för tema.

Omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelser: I detta tema lyfts studier som rör omvårdnadspersonalens perspektiv och upplevelse av sitt arbete med personer med demens. I likhet med min studie undersöker studierna i detta tema demensvården utifrån personalens perspektiv (McCabe et al 2017, Skovdahl, Kihlgren och Kihlgren 2003, Hellzén och Asplund 2006). Studierna (ibid) lyfter faktorer som bemötande, kunskap och en känsla av självständighet som viktiga för arbetet, något som även uttalande i mitt material tyder på.

Strukturerade metoder i arbetet med BPSD: Består av studier som undersöker arbetet med strukturerade arbetsverktyg i arbetet med målgruppen som uppvisar BPSD. Grand, Caspar och MacDonald (2011) skriver om vikten av icke-medicinska behandlingar vid BPSD, som bemötande och den psykosociala miljön runt brukarna. Detta råder det en enighet med resultatet i denna studie om, där just aspekter som bemötande uttrycks som det mest betydelsefulla i arbetet.

McCabe, M.P et al (2015) tar upp hur användandet av ett strukturerat arbetsverktyg gav en minskad förekomst och allvarlighetsgrad av BPDS. Studien gör en jämförelse av arbetsgrupper där man utöver arbetsverktyget fått olika nivåer av stöttning genom exempelvis workshops och handledning och där en ökad nivå av stöttning att implementera verktyget i verksamheten gett större resultat. Paralleller kan dras till denna studies resultat kring svårigheterna att arbeta med BPSD-registret där den varierade kunskapsnivån gällande BPSD-registret lett till svårigheter med implementeringen i verksamheten. I denna studie framkommer en variation i kunskap inom arbetsgruppen medan i McCabe, M.P et als (2015) studie jämförs skillnader mellan arbetsgrupper.

Relationen mellan omvårdnadspersonal och boende; Lyfter studier som undersöker relationen och interaktionen mellan omvårdnadspersonal och personer med demens. I min studie är det respondenternas upplevelse av relationen som är i fokus, medan båda studierna i avsnittet utöver intervjuer även baseras på bland annat observationer (Emilsson 2008, Boumans 2022). Emilssons (2008) studie kommer fram till att många i omvårdnadspersonalen saknar kunskap kring att använda sig av relationsskapande i sitt arbete. Detta är inte något som syns i

resultatet min studie, tvärtom menar materialet på att respondenterna själva upplever sig ha kunskap kring hur det ska hantera mötet och bemötandet av brukarna.

Vikten av interaktionen och bemötandet mellan omvårdnadspersonal och brukare som framkommer i resultatet av min studie styrks av Boumans (2022) studie där han kommer fram till att ett respektfullt bemötande och kunskap kring den dementas vilja är en viktig del i arbetet. Bouman (ibid) skriver vidare om vikten att skapa och bibehålla autonomi hos brukarna detta går att se i relation till hur respondenterna i mitt material talar om vikten att lyssna in brukaren och inte bara arbeta på rutin.

Handlingsutrymme i arbetet inom demensvård: Behovet av flexibilitet och uppmärksamhet på förändrade behov som framkommer i resultatet av denna studie syns även i studien av Carr och Biggs (2020) där de menar att snabba förändringar i vilja och vårdbehov sätter krav på flexibilitet hos omvårdnadspersonalen. Enligt författarna (ibid) behövs en balans mellan regler och personalens handlingsutrymme för att ge brukarna så väl säker som individanpassad omvårdnad. Detta lyfts även i min studie genom att respondenterna talar om hur de ibland inte kan agera som de önskat på grund av de regler som finns samtidigt som de uttrycker en förståelse för behovet av reglerna. En skillnad mellan min studie och den tidigare forskningen är vikten respondenterna lägger vid handlingsutrymmet i grupp vilket inte framkommer i de andra studierna i avsnittet.

6.3 Förslag till vidare forskning

I denna avslutande del kommer jag att lyfta områden och frågor som dykt upp under studiens gång och skulle kunna vara intressanta att undersöka närmre i vidare forskning.

Bemötande lyfts av respondenterna som den viktigaste aspekten i deras arbete, det kunde därmed vara av intresse att dyka mer på djupet i just bemötandet genom att lyfta andra delar. Vad innebär bemötande för respondenterna? Hur lär man sig att bemöta någon på ett bra sätt?

Även gråzonerna som framkom i materialet ger en ingång till vidare forskning genom en närmre undersökning av fenomenet. Finns det fler områden där kompromisser mellan lag och praktik görs? Hur arbetar man för att komma runt lagar som inte fungerar i praktiken? Det kunde även vara intressant att utröna hur denna motsättning skulle kunna minskas.

Ett tredje och sista område jag vill lyfta för vidare studier är användandet av strukturerade arbetsverktyg i allmänhet och BPSD- registret i synnerhet inom demensvården. Respondenterna i min studie ger uttryck för att använda verktyget på lite olika sätt, och det hade varit intressant att vidare studier skillnader i hur verktyget implementeras i olika verksamheter.

Referenslista

Allwood, Carl Martin (2021) Forskningsproblemet i forskningsprocessen. I: Gunilla Klingberg och Ulrika Hallberg (red.) *Kvalitativa metoder helt enkelt*. Lund: Studentlitteratur

Blomberg, Staffan & Jan Petersson (2013) Nyinstitutionell teoribildning och dynamisk analys-användbarhet, kritik och alternativ. I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ut ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

Boumans, Jogé, Leonieke C van Boekel, Marjolein EA Verbiest, Caroline A Baan & Katrien G Luijkx (2022) Exploring how residential care facilities can enhance the autonomy of people with dementia and improve informal care. *Dementia*. 21(1): 136–152

BPSD-registret (2022:1) *Om BPSD-registret* [<https://bpsd.se/om-bpsd-registret/>] Hämtat 2022-08-10

BPSD-registret (2022:2) *BPSD-registret, täckningsgrad* [<https://bpsd.se/om-bpsd-registret/tackningsgrad/>] Hämtat 2022-08-10

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Malmö: Liber.

Carr, Ashley, and Simon Biggs (2020) “The Distribution of Regulation in Aged and Dementia Care: A Continuum Approach.” *Journal of Aging & Social Policy* 32 (3): 220–41.

Dunér, Anna, and Monica Nordström (2006) “The Discretion and Power of Street-Level Bureaucrats: An Example from Swedish Municipal Eldercare.” *European Journal of Social Work* 9 (4): 425–44.

Emilsson, Ulla M (2008) Identity and relationships: on understanding social work with older people suffering from dementia. *Journal of Social Work Practice*. 22(3): 317–328

Eriksson-Zetterquist, U & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I: Ahrne, G & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Grand, Jacob Hg, Sienna Caspar & Stuart Ws Macdonald (2011) Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 4 (2011): 125–47

Johnsson, Eva & Kerstin Svensson (2005) Theory in social work: some reflections on understanding and explaining interventions. *European Journal of Social Work*. 8 (4): 419-433

Kristiansen, Lisbeth, Ove Hellzén & Kenneth Asplund (2006) Swedish assistant nurses experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*. 1 (4): 245–256

Larsson, Staffan (2021) Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I: Gunilla Klingberg och Ulrika Hallberg (red.) *Kvalitativa metoder helt enkelt*. Lund: Studentlitteratur

Levin, Claes (2013) Socialt arbete som moralisk praktik. I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ut ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation

McCabe, Marita P., David Mellor, Gery Karantzas, Kathryn Von Treuer, Tanya E. Davison, & Daniel O'Connor. (2017) Organizational Factors Related to the Confidence of Workers in Working with Residents with Dementia or Depression in Aged Care Facilities. *Aging & Mental Health* 21 (5): 487–93.

McCabe, Marita P., Michael Bird, Tanya E. Davison, David Mellor, Sarah MacPherson, David Hallford, & Melissa Seedy. (2015) An RCT to Evaluate the Utility of a Clinical Protocol for Staff in the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Aged-Care Settings. *Aging & Mental Health* 19 (9): 799–807.

Meyer, John W. & Brian Rowan (1997) Institutionalized Organizations: Formal structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2): 340–363

Ponnert, Lina & Kerstin Svensson (2016) Standardisation—the end of professional discretion? *European Journal of Social Work*. 19 (3/4): 586–99

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie, om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur

Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) Att tolka och förstå beteendeförändringar. I: Anna-Karin Edberg (red.) *Att möta personer med demenssjukdom*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur

Skovdahl K, Kihlgren AL and Kihlgren M (2003) Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia -- narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health* 7 (4): 277–286.

Socialstyrelsen (2017:1) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*

Socialstyrelsen (2017:2) *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård, En sammanställning baserad på samkörningar mellan kvalitetsregister och hälsodataregister*

Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 Vård och omsorg vid demenssjukdom Sammanfattning med förbättringsområden*

Svensson, Kerstin (2013) Varför fungerar det? Om betydelsen av förväntningar, institutioner och aktörer. I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ut ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2021) *Handlingsutrymme, utmaningar i socialt arbete*. Andra Uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Skovdahl, Kihlgren och Blomqvist (2020) Att tolka och förstå beteendeförändringar. I: Anna-Karin Edberg (red.) *Att möta personer med demenssjukdom*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapliga rådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wide, Ulla & Magnus Hakeberg (2021) *Individuella intervjuer. I: Gunilla Klingberg och Ulrika Hallberg (red.) Kvalitativa metoder helt enkelt*. Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev

Hej! Jag heter Emelie Ekelund och skriver en kandidatuppsats i socialt arbete som en del i min utbildning till socionom. Jag är 29 år gammal och har arbetat inom såväl socialpsykiatri som inom äldreomsorgen under många år. I dagsläget arbetar jag bland annat med personer med demenssjukdom och har ett stort intresse för målgruppen. Min uppsats kommer att fokusera på personerna med demens och den vårdpersonal som arbetar med dem dagligen; undersköterskor och vårdbiträden.

Jag vill undersöka förhållningssätt och resonemang i demensvården, specifikt kopplat till personalens handlingsutrymme i förhållande till riktlinjer och utmaningarna i det dagliga arbetet. Jag är även intresserad av att undersöka användandet av strukturerade verktyg i demensvården. Jag hoppas med denna studie att kunna öka förståelsen för hur man arbetar med dessa utmaningar inom demensvården.

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med vårdpersonal, intervjuerna kommer ta runt 40 minuter och kan göras antingen digitalt eller på en plats som passar personalen.

Materialet jag samlar in kommer endast användas i syfte att genomföra min studie, och eventuella namn på personal och boende samt på boendet kommer att anonymiseras samt förvaras på ett sätt så att obehöriga inte äger tillträde till dem. Jag kommer att redovisa det material som krävs för uppsatsen, eventuella inspelningar och anteckningar kommer att förstöras efter färdigställandet. Jag kommer att informera om studien och dess syfte samt insamla samtycke från samtliga deltagare före genomförande av intervjuer.

Jag önskar kunna genomföra intervjuerna under vecka 11-14 om möjligt.

Kontaktuppgifter:

Emelie Ekelund

(kontaktuppgifter)

Handledare:

Annika Capelan Kohler

(kontaktuppgifter)

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Utbildning:

Hur länge har du arbetat inom demensvården?

Hur länge har du arbetat på nuvarande arbetsplats?

Har du annan erfarenhet eller utbildning som du ser som betydelsefull för ditt arbete idag?

Vad var det som gjorde att du kom att arbeta just inom demensvård?

Grundläggande om arbetet/bemötande

Vad ser du som speciellt med att arbeta med personer med demens? Utmaningar/tilldelningar?

Vad skulle du säga är särskilt viktigt för att kunna göra ett bra arbete?

Kan du beskriva ditt dagliga arbete på demensavdelningen lite kort? Vilka är dina vanliga dagliga arbetsuppgifter?

Händer det att det uppstår konflikter/problem/svårigheter i arbetsgruppen? På vilket sätt? Hur hanteras de?

På vilket sätt och vilka aspekter av bemötande är viktigt inom demensvården?

Kan du beskriva någon situation där bemötande är viktigt i det dagliga arbetet?

Upplever du att arbetet enligt BPSD-registret har förändrat bemötandet eller synen på bemötande på arbetsplatsen?

Handlingsutrymme

Hur ser du på mötet mellan lagstiftning och riktlinjer som finns och ditt arbete i praktiken? Finns det några svårigheter? Något som inte fungerar i praktiken? Positiva aspekter?

Hur mycket utrymme att fatta beslut skulle du säga att du har i ditt arbete?

Vilken typ av beslut är det ni fattar kring de dementas vård i arbetet och inom arbetsgruppen?

Var och i vilket sammanhang fattas dessa besluten?

Hur ser du på det ansvar du har i din yrkesroll?

Hur mycket ansvar att själv fatta beslut skulle du säga att du har?

Finns det tillfällen när du upplever att ditt handlingsutrymme begränsas?

Upplever du att arbetet med BPSD-registret har förändrat ditt handlingsutrymme?

Att arbeta med ett strukturerat arbetsverktyg

När gjorde du BPSD-utbildningen?

Vad var det som gjorde att du valde att gå BPSD-utbildningen?

Hur aktivt arbetar du med BPSD-registret?

Har du arbetat i demensvården även utan att arbeta med BPSD? Kan du se några skillnader?

Vad är din övergripande upplevelse av att arbeta med BPSD-registret? Fördelar och nackdelar?

Har du arbetat med något annat strukturerat arbetsverktyg tidigare? Hur upplevde du i så fall det?

Kombinera verktyg och dagligt praktiskt arbete

Var du med när ni införde arbetet med BPSD- registret i verksamheten? Har det inneburit några svårigheter att kombinera det med det dagliga arbetet på avdelningen?

Finns faktorer i det dagliga arbetet som försvårar eller försvåras av att arbeta enligt BPSD registrets metoder?

Hur upplever du samarbetet med kollegor som inte har gått BPSD utbildningen när det kommer till ditt arbete?

Upplever du att du och dina kollegor arbetar på olika sätt rent generellt? Vad innebär det i så fall för; teamet, den dementa, anhöriga, för BPSD-registret?

Övrigt

Finns det något ytterligare du vill tillägga som du ser som viktigt när det gäller arbetet inom demensvården, och som inte kommit upp under intervjun?