



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR PEDAGOGIK OCH SPECIALPEDAGOGIK

Biståndshandläggningens nya arbetsmodell

Att hantera biståndsarbetets dilemman

Anton Kristiansson & Henrik Pagard

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Pedagogik, kandidatprogram
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt 2015
Handledare: Monica Larson
Examinator: Lars Gunnarsson
Rapport nr: HT15 IPS PEDG14:2

Abstract

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Pedagogik, kandidatprogram
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt 2015
Handledare: Monica Larson
Examinator: Lars Gunnarsson
Rapport nr: HT15 IPS PEDG14:2
Nyckelord: Biståndshandläggning

Syftet med rapporten är att studera hur en ny arbetsmodellen för biståndshandläggning fungerar och hur de olika aktörerna inom arbetsmodellen upplever sitt deltagande. Den nya arbetsmodellen inkluderar ett biståndsteam bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska. Våra frågeställningar i studien riktar sig mot hur samarbetet mellan teammedlemmarna fungerar, hur de anhöriga påverkar biståndsteamets arbete, samt hur biståndsteamet hanterar eventuell psykisk ohälsa och existentiella kriser hos de äldre personerna.

Vår metod består av tre kvalitativa intervjuer med tre av biståndsteamets fem aktörer. Vi har intervjuat biståndshandläggaren, sjuksköterskan och undersköterskan. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten har inte varit anträffbara för intervjuer. Den teoretiska utgångspunkten som vi har valt att fokusera studien kring är holismen. Det vill säga filosofin att bedriva en verksamhet med ett helhetsperspektiv.

Resultatet visar att den nya arbetsmodellen för biståndsarbetet besitter en mängd fördelar mot den reguljära biståndsmodellen. Den nya arbetsmodellen möjliggör för biståndsteamet att få en bättre helhetssyn över den äldres livssituation och behov. Den nya arbetsmodellen möjliggör även för biståndsverksamheten att fånga upp eventuell psykisk ohälsa och existentiella kriser hos de äldre. Biståndsteamet kan således inkludera dessa dimensioner i biståndsbedömningen på ett bättre sätt än den reguljära biståndsmodellen kan. Den nya arbetsmodellen och den reguljära arbetsmodellen har fortfarande problem med att involvera de anhöriga i biståndsarbetet. Den äldres anhöriga är en part som biståndsverksamheten måste inkludera för att kunna uppnå en helhetssyn i biståndsbedömningen.

Förord

Detta projekt har varit väldigt omständigt och vi har vid återkommande tillfällen helt fått omstrukturera det tänkta genomförandet av studien. Rapporten tar upp tre dilemman som biståndsarbetet står inför. Vi vill tacka kommunen och de aktörer inom biståndsteamet som har haft viljan att delta eller på annat sätt hjälpa oss i vårt projekt. Detta trots att de haft tajta scheman att rätta sig efter. Vi vill även i samma veva tacka deras chef som låtit oss utföra studien i deras kommun. Vi vill även tacka vår handledare Monica Larsson för att hon haft möjlighet att hjälpa oss med rapporten. Sedan får vi inte heller glömma och tacka våra två studiekamrater Lizett Nilsson och Marika Johansson som arbetar med sitt projekt. Med dessa har vi delat studierum under skrivfaserna av projektet och bollat mängder av idéer med.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund.....	3
1.1 Den reguljära arbetsmodellen.....	3
1.2 ÄBIC.....	3
1.3 Salutogen handläggning	4
1.4 Den nya arbetsmodellen	4
1.5 Det praktiska biståndsarbetet.....	4
1.6 Styrkorna med arbetsmodellen enligt kommunen	5
2 Tidigare forskning.....	7
2.1 Samverkan mellan biståndshandläggningens aktörer.....	7
2.2 Att balansera den äldres behov mot den anhöriges behov.....	7
2.3 Att hantera den äldres psykiska tillstånd och existentiella behov	8
3 Syfte och Frågeställningar	10
4 Metod: Kvalitativa intervjuer	11
4.1 Varför kvalitativa intervjuer?	11
4.2 Urvalet	11
4.3 Intervjusituationen	12
4.4 Intervjuguiden.....	13
4.5 Etik	14
4.6 Alternativa metoder	14
4.7 Transkribering	14
4.8 Reliabilitet och validitet	15
4.9 Teoretisk bakgrund	16
5 Resultat och diskussion.....	18
5.1 Samarbetet mellan teammedlemmarna.....	18
5.2 De anhörigas roll i processen.....	21
5.3 Den äldres psykiska behov	23
6 Analys	26
6.1 Samarbetet mellan teammedlemmarna.....	26
6.2 Att involvera de anhöriga	27
6.3 Att hantera den äldres sinnestillstånd	27
7 Avslutande diskussion.....	29
8 Referenser	31
Bilaga 1: Intervjumall	32

1 Bakgrund

Äldre personer som blivit sjuka har rätt till särskilt stöd för att kunna bo kvar i sitt hem. Stödet kan bestå av vård i hemmet och särskilda hjälpmedel som underlättar för den äldre. Kommunerna är ansvariga för att ge detta stöd. Vilket stöd som den äldre behöver avgörs vanligen av en biståndshandläggare inom kommunen. Det finns några olika modeller för biståndshandläggning. I den undersökta kommunen har den reguljära arbetsmodellen använts, men de har prövat att arbeta efter en annan modell för biståndshandläggning.

Syftet med denna rapport är att undersöka hur den nya arbetsmodellen för biståndshandläggning fungerar och se hur de olika aktörerna inom arbetsmodellen upplever sitt deltagande. Den aktuella kommunen har använt sig av den reguljära biståndsmodellen och ansett att denna har varit bristfällig. Kommunen har således valt att utveckla sitt biståndsarbete genom att anlita en konsult. Denna konsult har tagit fram den nya arbetsmodellen för biståndshandläggningen och håller i implementeringen utav den. Den nya arbetsmodellen bygger på organisationspedagogiska och HR-relaterade principer för teamarbete (denna teoretiska bakgrund för arbetsmodellen beskrivs mer utförligt i kapitel 4.9).

1.1 Den reguljära arbetsmodellen

I det reguljära biståndsarbetet är det biståndshandläggaren som formellt ansvarar för hela biståndsbedömningsarbetet. Det beslut som handläggaren fattar kommer ifrån utredningsmaterial från två källor. Det ena utredningsmaterialet kommer från biståndshandläggarens egna utredningsdokumentation. Denna dokumentation sammanställs utifrån information som fås genom ett biståndssamtal med den äldre personen (och eventuella anhöriga). Den andra delen av utredningsmaterialet kommer från den kommunala sjuksköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten. De gör en medicinsk och rehabiliteringsmässig bedömning av den äldres behov utifrån sin egen yrkeskompetens och skickar bedömningen till biståndshandläggaren. Det genomförs oftast enbart ett biståndssamtal med den äldre och uppföljningsarbete över den äldres behovsutveckling är ofta otydligt definierat.

1.2 ÄBIC

Den aktuella arbetsmodellen som studeras i denna rapport ska inte förväxlas med ÄBIC. ÄBIC en arbetsmodell för biståndshandläggning som främst riktar sig mot en utveckling av utredningsdokumentationens utformning och en utveckling av biståndssamtalens utförande. Teamarbetet inom ÄBIC riktar sig mot teamarbete mellan biståndshandläggarna. Övriga professioner är inte inkluderade i detta team. ÄBIC bygger också på samverkan mellan biståndshandläggaren, sjukgymnasten, arbetsterapeuten och sjuksköterskan. Men denna samverkan bygger inte på ett teamarbete utan mer på ett gemensamt sätt för de olika yrkesrollerna att utforma utredningsdokumentationen (Socialstyrelsen, 2015). En undersköterskegrupp ingår inte i ÄBIC. ÄBIC är en gren av de salutogena arbetsmodellerna för biståndshandläggning.

1.3 Salutogen handläggning

Salutogen handläggning lägger fokus på hur man som handläggare ska förhålla sig till den äldre och arbeta med den äldre för att kunna uppnå ett helhetsperspektiv i biståndsbedömningen (Westlund & Duckert, 2012). Den studerade biståndsmodellen i denna rapport, som bygger på organisationspedagogiska och HR-relaterade teorier om teamarbete, ska inte förväxlas med salutogen biståndshandläggning. I den salutogena handläggningsmodellen lever man på tron att en enskild individ (en enskild handläggare) kan uppnå ett holistiskt perspektiv. Därför behöver inte samverkan ske mellan olika yrkeskategorier.

1.4 Den nya arbetsmodellen

I den organisationspedagogiska modellen förstår man att det är genom att samverka som ett kollektiv som man kan uppnå ett helhetsperspektiv i sin verksamhet. Det är genom att samordna teammedlemmarnas olika kompetenser och kunskaper inom teamet som kommunen kan uppnå en helhetssyn i sin biståndshandläggning.

Den nya arbetsmodellen skiljer sig från det reguljära biståndsarbetet främst på tre punkter.

1. I den aktuella kommunen arbetar de olika professionerna numera som ett team.
2. Den nya arbetsmodellen har en treveckorsperiod som är avsedd för uppföljning av biståndsbesluten, vilket även inkluderar återkommande biståndssamtal under hela uppföljningsperioden.
3. Den aktuella kommunen har en undersköterskegrupp som ingår i biståndsteamet. Denna grupp är specialiserade mot den äldres övergång från ett självständigt liv till ett liv i behov av hjälp. En sådan undersköterskegrupp existerar inte inom det reguljära biståndsarbetet.

1.5 Det praktiska biståndsarbetet

Teamsammansättningen består utav en biståndshandläggare, en sjuksköterska, en arbetsterapeut, en sjukgymnast och en undersköterskegrupp. Enligt kommunens handlingsplan ska aktörerna inom teamet komplettera varandra genom sina professioner för att kunna arbeta fram en kvalitativ och god omsorg för vårdtagaren. Teammedlemmarna ska kunna gå in på varandras kunskapsområden under mötena och alla professioner ska vara jämlika parter. Deltagarna inom biståndsteamet följer upp de omsorgsinsatser som respektive aktör är ansvarig för. Men uppföljningsarbetet sker också kollektivt genom teammöten varje vecka. Detta för att teamet ska få en helhetssyn över vårdtagarens behov. Denna uppföljning ligger till grund för de korrigeringar som görs i vårdtagarens vårdplan under biståndsarbetets en till tre veckor långa period.

Teammedlemmarnas samverkan sker mestadels via teammöten en gång i veckan. På teammötena diskuteras kommande ärenden från sjukhuset, man korrigerar befintliga ärenden inom biståndsarbetet och planerar för utfasning av ärenden till hemtjänstens/hemsjukvårdens övertagande. Genom en aktiv dialog med sjukhusen är teamet förberedda när en patient kommer från sjukhuset och in i biståndshandläggningen. Under uppföljningsperioden är

undersköterskegruppen nyckelpersoner för att delge de andra aktörerna vårdtagarens tillfälliga situation och utveckling. Hur biståndsteamet ska gå vidare med en vårdtagare diskuteras gemensamt i teamet på teammötet och med den äldre på biståndssamtalen. Alla teammedlemmar (förutom undersköterskorna) följer även upp de äldres utveckling inom biståndsarbetet dagligen genom datorprogrammet KLARA-SVPL. Teamet har även handledningsmöten var fjärde måndag med den implementeringsansvarige konsulten. Detta för att diskutera vad som går bra och vad som går dåligt i den nya arbetsformen. Samt hur man ska arbeta vidare med det.

Biståndshandläggaren fattar sina beslut enligt socialtjänstlagen (SFS, 2001:453) och är uppföljningsansvarig för dessa biståndsbeslut. Sjuksköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten lägger fram beslutsgrundande material till biståndshandläggaren i de medicinska och rehabiliteringsmässiga aspekterna av omsorgen. Dessa aktörer grundar sina bedömningar efter hälso- och sjukvårdslagen. Dessa aktörers enheter följer även upp sina respektive insatser

Biståndssamtalen mellan hela teamet och vårdtagaren sker i regel hemma hos vårdtagaren. Ett biståndssamtal är vanligen den första personliga kontakten mellan biståndsteamet och den äldre. Det första mötet avser att avgöra de direkta behoven för den äldre. Sedan genomförs ytterligare biståndssamtal med den äldre när behoven för detta uppkommer under biståndsarbetet. Vid det första biståndssamtalet med den vårdsökande närvarar alltid en biståndshandläggare, som fattar biståndsbeslutet. En sjuksköterska som ansvarar för de medicinska behoven, en undersköterska som kan starta insatserna omgående, samt en arbetsterapeut som ansvarar för tekniska hjälpmedel och att se över om bostadens utformning är godartad för vårdtagarens förutsättningar. Sjukgymnasten deltar på mötet om behovet finns. Under de senare biståndssamtalen närvarar samtliga teammedlemmar om behovet för det finns. Uppföljningsperioden på tre veckor för biståndsarbetet existerar eftersom de biståndsbeslut som fattas vid den första kontakten med den äldre oftast behöver justeras under de närmsta veckorna. De första veckorna efter sjukhusvistelsen är den period som de äldres hälsotillstånd snabbast förändras i antingen positiv eller negativ riktning. När biståndsarbetet är över fasas vårdtagaren över till hemtjänsten och/eller hemsjukvården.

1.6 Styrkorna med arbetsmodellen enligt kommunen

I kommunens dokumentation för den nya biståndsmodellen kan man läsa om hur kommunen själv har motiverat omorganiseringen. I dokumentationen kan läsas att styrkan med den nya arbetsmodellen är att teamarbetet ger en bättre samverkan mellan de olika professionerna. Vilket således ger ett mer heltäckande utredningsmaterial. I dokumentationen menar man även på att arbetsmodellen ger en ökad livskvalitet för vårdtagaren. Detta eftersom den äldre kan stanna kvar i sitt hem istället för att bli inlagd på ett korttidsboende under väntetiden för biståndsbeslutet. Kommunen menar även på att en speciell undersköterskegrupp i biståndsteamet medför att rehabiliteringsinsatser (likt muskelövningar) kan påbörjas på en gång när den äldre kommer hem från sjukhuset. Detta medför ett snabbare tillfrisknande för den äldre jämfört med om denne blivit utan rehabiliteringshjälp under väntetiden mellan sjukhusvistelse och biståndsbeslut (vilket är vanligt förekommande i andra kommuner). Det snabba tillfrisknandet hos de äldre och att kommunen slipper flytta runt de äldre mellan sjukhuset, korttidsboenden och hemmet medför att kommunen på sikt inte behöver sätta in lika många insatser för de äldre. Vilket således frigör kapital för kommunen att investera i annan verksamhet. Dessa aspekter för den nya biståndsmodellen är det alltså kommunen själv

som lyfter när de vill motivera själva omorganiseringen. Eftersom vi låter kommunen vara anonym kan vi inte ge referenser till de aktuella dokumenten. Men den dokumentation vi tagit del utav består utav dokumentation från Socialförvaltningen (2011), konsulten (2013), Socialförvaltningen (2013), Handlingsplan (2014) och kompendium (2014).

2 Tidigare forskning

Det reguljära biståndsarbetet står inför en mängd dilemman och problem. Vi har valt att lyfta tre utav de största problemen som den reguljära biståndshandläggningen står inför. Det vill säga problematiken att få samverka mellan biståndshandläggningens olika aktörer att fungera. Dilemmat att balansera den äldres behov mot de anhörigas behov, samt problematiken att kunna fånga upp och bemöta en äldres eventuella psykiska ohälsa vid övergången från ett självständigt liv till ett liv i behov utav hjälp. Nedan går vi igenom vad den tidigare forskningen säger om dessa tre problem och dilemman. Utifrån hur det reguljära biståndsarbetet bemöter dem.

2.1 Samverkan mellan biståndshandläggningens aktörer

Blomberg (2004) menar på att biståndshandläggarna inom den reguljära biståndsmodellen upplever att det är svårt att kommunicera med andra involverade aktörer. Att denna kommunikation funkar väl är av stor vikt. Detta eftersom kollegornas kompetenser och kunskaper om den äldres livsförhållanden möjliggör för biståndshandläggaren att få en helhetsbild över den äldres behov. Den dokumentation som biståndshandläggaren får till sig från sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster är ofta bristfällig. Handläggaren meddelar sällan sjuksköterskorna, arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna vad denne har tagit för biståndsbeslut. Vilket gör det omöjligt för aktörerna att reda ut eventuella missförstånd mellan varandra (Lindelöf och Rönnbäck, 2004).

2.2 Att balansera den äldres behov mot den anhöriges behov

Janlöv (2006) uppmärksammar att eftersom den samhälleliga policyn är att den äldre ska kunna stanna kvar i sitt hem så länge som möjligt så vårdas även den äldre i sitt hem så länge som det går. Detta trots omfattande vårdbehov. På grund av detta består anhörigvården tidsmässigt av två till tre gånger så mycket arbete som vad hemtjänstens arbete ger service för. Det vill säga att majoriteten av den äldres vård kommer från en annan äldre person i sitt hem, dennes make eller maka. Enligt Janlöv är det således uppenbart att biståndshandläggaren måste ta hänsyn till de anhörigas behov under biståndshandläggningen. Detta eftersom de anhöriga måste anpassa sina egna livssituationer och mål i livet efter de behov som den närstående har. Samt att de anhöriga måste anpassa sitt liv efter de insatser som äldreomsorgen kan bistå med.

Janlöv (2006) fortsätter med att de anhöriga ger två typer av hjälp. Osynlig hjälp likt att hålla uppsikt och anpassa sitt eget liv efter den äldres behov. Samt synlig hjälp likt att handla, sköta den äldres hygien och representera denne vid kontakt med myndigheter osv. Trots att de anhöriga står för en så central del av den äldres omsorg så inkluderas de inte i biståndsarbetet. De anhöriga upplever ofta att biståndshandläggarna inte tar någon notis om deras hjälpinsatser och önskemål. De upplever att biståndsbesluten tas över huvudet på dem. Men det finns även anhöriga som känner sig inkluderade.

Janlöv (2006) menar på att anledningen till att biståndshandläggarna inte inkluderar de anhöriga i biståndsbedömningen beror på att handläggarna upplever sig stå inför ett dilemma. Handläggarna blir tvungna att balansera de anhörigas inflytande i biståndsbeslutet i

förhållande till den äldres självbestämmanderätt. Biståndshandläggarna ser de anhöriga som en resurs. Men de upplever samtidigt att de måste begränsa de anhörigas inflytande. Detta eftersom det är den äldres självbestämmande och integritet som har vetorätt. Biståndshandläggaren upplever att det råder ett etiskt dilemma där anhöriga står i strid mot uppdraget. Detta eftersom att socialtjänstlagen tydligt säger att det är den vårdsökandes integritet och självbestämmanderätt som ska stödjas. Anhöriga upplevs således stå utanför uppdraget och ska således inte vara delaktiga i biståndsbedömningen. Oliason (2009) ser samma trend i sitt resultat och noterar att biståndshandläggaren under biståndssamtalet lyssnar till de anhörigas önskemål och tar notis till den anhörigvård de utför. Men under biståndsbeslutet är det helt den äldres självbestämmande som går före. Olaison menar således att ett familjeperspektiv saknas. Dunér och Nordström (2003, 2005) noterar även att intressekonflikter mellan den äldre och de anhöriga kan ställa till det för biståndshandläggaren. Exempelvis när den äldre och dennes anhöriga är oeniga om vilka insatser som är lämpliga, eller när den äldre och dennes nätverk begär insatser som kommunen inte kan bevilja. När detta händer så skapas ofta en tumult situation som kan vara problematisk för handläggaren att hantera.

Janlöv (2006) och Olaison (2009) menar båda två att anhöriga måste inkluderas bättre i biståndsarbetet för att verksamheten ska få ett bättre helhetsperspektiv på biståndsarbetet och dess biståndsbeslut. För att uppnå detta menar Janlöv (2006) att biståndsarbetet behöver genomgå organisatoriska förändringar som skapar förutsättningar för ett professionellt etiskt balanserat arbetssätt, som kan främja de äldres och deras familjemedlemmars delaktighet under biståndsbedömningen.

2.3 Att hantera den äldres psykiska tillstånd och existentiella behov

Lindelöf och Rönnbäck (2004) uppmärksammar att biståndshandläggare fokuserar på fysiska och medicinska behov i dokumentationen. De sociala, mentala och existentiella behoven blir osynliga. Detta trots att lagen säger att dessa behov skall tillgodoses för den äldre. Även Dunér och Nordström (2003, 2005) uppmärksammar att äldreomsorgen har ett ansvar för att ge existentiell hjälp men att denna dimension inte är lika lätt att ta tag i som de fysiska och medicinska behoven.

Janlöv (2006) noterade i sin studie att de äldre ofta bär på många, ibland tunga, känslor när de hamnar i en situation där de plötsligt blir i behov av hjälp. När en äldre person hamnar i en situation där denne inte längre klarar att ta hand om sig själv så hamnar de i ett känslomässigt tungt tillstånd där de äldre dels måste ta itu med sina bristande förmågor. Samtidigt som de blir tvungna att be om hjälp (delvis från främmande personer) för att klara vardagen. Denna livsförändring kan vara en svår omställning för vissa äldre personer. De äldre kan känna motstånd, förnekelse, likgiltighet eller en motvillig acceptans till situationen. De äldre kan även känna ett minskat värde och en sorg i att deras kontaktnät minskar. De äldre personerna känner ofta ett välbefinnande och en trygghet av att bli vårdade av sina anhöriga. Men de känner samtidigt en oro för att upplevas som en börda för sina anhöriga. Behovet av hjälp kan även i vissa fall upplevas som ett hot mot den äldres identitet, integritet, autonomi och kontinuitet i livssituationen. De äldre tycker inte att det är roligt att behöva ta emot hjälp. Men de är dock ofta tacksamma för att de kan göra det. De äldre känner sig trots allt tvungna att söka kommunal hjälp. Detta för att inte bli en börda för sina anhöriga. Denna negativa sinnesstämning hos de äldre påverkar de äldres deltagande i biståndshandläggningen negativt.

Biståndshandläggaren måste således kunna hantera denna sinnesstämning och stödja den äldre i sin svåra situation. Detta för att få den äldre att delta mer aktivt under biståndssamtalet, och således ge den äldre större inflytande i biståndsbeslutet (Janlöv, 2006).

Muhli (2003) lyfter ett annat dilemma för biståndsansläggaren, som denne måste hantera i relation till den äldres sinnesstämning. Det är ett dilemma som ligger mellan biståndshandläggarens professionella praktik och den institutionella praktiken. I handläggarens praktiska arbete möter denne en person som är i behov utan stöd. Detta eftersom denne är i en utsatt situation. Men den institutionella praktiken strukturerar biståndssamtalet som en arbetsuppgift, frångådd från den äldres existentiella och psykologiska behov i stunden. Eftersom den institutionella praktiken får biståndshandläggaren att utforma samtalet i enlighet med en arbetsrelation så gör detta att handläggaren inte upprättar en atmosfär i samtalet som kan ta upp den äldres existentiella och psykologiska behov. Detta eftersom dessa dimensioner inte upplevs hör till biståndsarbetet under mötet.

3 Syfte och Frågeställningar

Syftet är att studera hur den nya arbetsmodellen för biståndshandläggningen fungerar och hur de olika aktörerna inom arbetsmodellen upplever sitt deltagande.

Våra frågeställningar är:

1. Hur fungerar teamarbetet för biståndsteamet?
2. Hur påverkar de anhöriga biståndsarbetet?
3. Hur hanterar biståndsteamet psykisk ohälsa och existentiella kriser hos en äldre person?

4 Metod: Kvalitativa intervjuer

Metoden för vår datainsamling består av kvalitativa intervjuer (fokusintervjuer) där intervjun har kretsat kring olika teman som berör biståndsarbetets olika problemområden. Samtliga problemområden är inte inkluderade i själva rapporten. Därav inkluderar frågeguiden (se bilaga 1) fler frågeställningar än de tre som behandlas i denna rapport.

De tre frågeställningarna är:

1. Samarbetet mellan teammedlemmarna
2. De anhörigas roll i processen
3. Den äldres psykiska behov

En kvalitativ ansats har valts för att vi vill få fram hur respondenterna upplever dessa faktorer påverkan för deras arbete. Vi är även intresserade av vilka praktiska erfarenheter aktörerna har av arbetsmodellen. Vi vill helt enkelt genom intervjuerna få fram deras upplevelser och förhållningssätt till biståndsarbetet.

4.1 Varför kvalitativa intervjuer?

Vårt syfte med studien är att studera hur den nya arbetsmodellen för biståndshandläggningen fungerar för de aktörer som berörs av den nya arbetsmodellen. Vår plan har varit att jämföra biståndsteamets upplevelser av biståndsarbetet mot biståndshandläggares upplevelser utav det reguljära biståndsarbetet. Således har vi valt att arbeta med kvalitativa intervjuer som metod för att kunna jämföra de olika upplevelsorna mellan varandra. Intervjuer är enligt Esaiasson (2012) lämpliga när man vill synliggöra hur ett fenomen gestaltar sig för de involverade aktörerna, samt att intervjuer lämpar sig när man vill studera hur aktörerna uppfattar sin omvärld och förhåller sig till ett fenomen. Det vill säga hur de involverade aktörerna upplever sitt deltagande i biståndsverksamheten.

Det är många forskare som menar på att biståndshandläggningen och dess arbete är tämligen utforskat (Janlöv, 2006; Olaison, 2009 m.fl.). Något som är helt utforskat i sammanhanget är den nya arbetsmodellen som den studerade kommunen använder sig av för biståndsarbetet. Således är kvalitativa intervjuer motiverat för oss eftersom det inte finns någon forskning för det aktuella arbetssättet som vi kan bilda förväntade kategorier från. Esaiasson (2012) menar att intervjuer är att föredra när man ska ge sig ut på ett utforskat forskningsfält.

4.2 Urvalet

Esaiasson (2012) säger att ca tio personer (för respektive grupp av individer) brukar räcka för att uppnå teoretisk mättnad. Av biståndsteamets fem professioner (biståndshandläggare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut) så har vi intervjuat tre utav professionerna (biståndshandläggare, sjuksköterska och undersköterska). Arbetsterapeuten och sjukgymnasten var tänkta att ingå i vår studie. Men de har inte kunnat medverka i en intervju. Hur vi ser på deras bortfall i studien diskuterar vi vidare under kapitlet angående validitet och reliabilitet (kapitel 4.8).

Vårt mål var alltså att intervjua en aktör för respektive positionsinnehav inom biståndsteamet. Detta eftersom både Esaiasson (2012) och Trost (2010) menar på att intensitet i urvalet och maximal variation i urvalet är viktigare än kvantiteten av deltagande respondenter. Intensiteten i urvalet syftar till att respondenterna ska besitta en position i händelseförloppet som kan tänkas ge en stor insikt i fenomenets koncept (Esaiasson, 2012). För oss betyder detta att vi ska intervjua en aktiv deltagare av biståndsarbetet. Det vill säga en medlem utav biståndsteamet (och inte deras chef exempelvis). Med maximal variationen i urvalet menas att de olika respondenterna ska skilja sig från varandra utifrån olika variabler (egenskaper) som man ställt upp som signifikanta för studiens syfte (Esaiasson, 2012; Trost, 2010). För oss betyder detta att vi inte enbart ska intervjua biståndshandläggarna eller undersköterskorna inom biståndsteamet. Utan samtliga professioner inom teamet ska komma till talan i studien. Därav hade vi som mål att intervjua samtliga fem professioner.

4.3 Intervjusituationen

Intervjuerna har genomförts på aktörernas arbetsplats i deras val av lokal. Vilket har avgivit att intervjuerna ägt rum i respektive aktörs arbetsrum eller i ett intilliggande konferensrum. Detta eftersom intervjuerna har varit arbetsrelaterade. Dessa lokalval var bra eftersom vi inte utsattes för några störande moment och ingen annan än vi kunde höra vad vi pratade om. Vi har valt att vara två intervjuare under intervjutillfället. Detta har givit oss ett fylligare datamaterial. Dels för att vi således ställde fler följdfrågor, eftersom vi tänkte på olika saker under intervjun. Dels för att vi under intervjun med undersköterskan inte gavs medgivande att spela in intervjun, så då satt en utav oss och antecknade ner det som sades medan den andre förde intervjun vidare.

Under intervjun har vi valt att använda oss av bandspelare. Detta för att kunna göra en djupare analys av intervjun efter dess genomförande. Samt att vi då slipper sitta och anteckna under intervjun. Vilket annars skulle ha fått oss att tappa fokus från samtalet och istället låst oss i skrivandet. Under en intervju ska man fråga, lyssna och diskutera. Skrivandet kommer efter när man analyserar materialet (Trost, 2010). Trost påpekar även att anteckningar under intervjun kan verka störande för respondenten. Sina spontana tankar kring intervjun ska man dock anteckna ner direkt efter att intervjun är genomförd menar Trost. Efter varje intervju som vi genomförde valde vi att skriva ner våra spontana tankar. Samt att skriva ut de mest centrala delarna lite mer detaljrikt. Detta för att vi inte skulle glömma bort för mycket av det vi fick ut av intervjun.

För att försöka skapa vad Trost (2010) kallar en subjekt-subjektrelation, där bägge parter är jämlika så har vi när vi träffat respondenterna inte främst presenterat oss som studenter från universitetet. Utan vi har lagt tyngden vid att vi har ett gemensamt intresse inför deras biståndsarbete. Detta eftersom det är ett verksamhetsområde vi båda varit verksamma inom och planerar att arbeta vidare inom. Vi undviker således i den mån det går att ställa oss i en form av maktposition över den intervjuade när vi kommer och bombarderar dem med frågor i egenskap av observatörer.

4.4 Intervjuguiden

Den intervjuguide vi har använt oss utav är en komihåglista och skall inte ses som en direkt avspiegling utav hur intervjun genomfördes. Frågeställningarna i intervjuguiden är ställda på olika sätt till de olika respondenterna. Frågorna är även ställda i olika ordningsföljder beroende på åt vilket håll respondenten valde att prata under intervjutillfället. Det vill säga att när respondenten i sitt svar tangerade en annan frågeställning än den vi ursprungligen pratade om så frågade vi vidare i spåret utav den nya frågeställningen. Detta är själva tanken med kvalitativa intervjuer enligt Trost (2010). Intervjun ska vara levande och oförutsägbart, detta eftersom man är där för att lära sig. Intervjun ska även vara levande för att respondenten ska bli motiverad till att ge så uttömmande svar som möjligt under intervjutillfället (Esaiasson, 2012).

Esaiasson (2012) menar att uppvärmningsfrågor är bra att ha för att skapa en bra kontakt och få en god stämning i gruppen. För att motivera respondenterna har vi således lagt värde i öppna uppvärmningsfrågor, där individen själv fått beskriva sitt arbete och sin arbetssituation. Detta möjliggör för respondenten att prata om de saker som denne själv anser vara viktiga och värdefulla i biståndsarbetet. Detta inspirerar förhoppningsvis respondenten till att vara aktiv under intervjun innan man börjar ställa sina egna tematiska frågor som nödvändigtvis inte berör något som respondenten själv har reflekterat kring så mycket tidigare.

Enligt Esaiasson (2012) ska intervjufrågorna vara korta och intervjusvaren ska vara långa. Är realiteten den omvända behöver man se över intervjufrågorna. Frågorna ska även vara enkla att förstå och befriade från akademiska termer. Detta betyder inte nödvändigtvis att intervjufrågorna ska vara befriade från tekniska termer. Utan i vårt fall betyder detta att vi har formulerat våra frågor efter de diskursiva termer som aktörerna själva använder i sitt biståndsarbete. Eller om man ska vara noga så har vi använt oss av biståndsteamets terminologi i den utsträckning som vi själva känner oss bekväma med. Som Trost (2010) uppmärksammar är det nästan värre att sitta och låtsas förstå ord, och använda dem felaktigt i intervjun, än att använda ett enklare språk. Om respondenten upplever att du som intervjuare har noll koll på området tappar denne lätt sitt förtroende för dig. Intervjun blir då ofta misslyckad med dåligt dataunderlag som följd.

Esaiasson (2012) menar att tolkande frågor (som avser att verifiera att man uppfattat det som respondenten sagt på ett korrekt sätt) ska ställas i slutet av intervjun och inte under intervjun. En tolkande fråga är när jag som intervjuare under intervjun exempelvis frågar: Så du menar alltså att din chef gjorde ett dåligt arbete den gången? Tolkande frågor ska inte ställas eftersom respondentens svar då kan bli färgad av intervjuarens uppfattning. Det vill säga att respondenten då svarar på min fråga: Jo, men det gjorde chefen nog. Trost (2010) menar på att man inte ska ställa tolkande frågor alls. Eftersom man riskera att respondenten svarar jakande av artighet eller liknande. Dessutom är det forskarens jobb att tolka svaren. Respondenten ska inte göra jobbet åt forskaren. Vi har valt att följa Trost råd i detta avseende. Varför-frågor har vi undvikit för att inte uppfattas som kritiska till aktörens agerande under intervjutillfället. En varför-fråga är när jag som intervjuare säger: Men varför gjorde du si (och inte så)? Varför-frågor varnar både Esaiasson (2012) och Trost (2010) för att dessa frågor kan vara förödande för en intervjus utfall.

4.5 Etik

Samtliga aktörer som vi intervjuat har vi utlovat anonymitet till. Det vill säga att inget i vår rapport ska kunna härledas till en specifik aktör inom organisationen (Trost, 2010). Ett undantag från anonymiteten är personerna inom biståndsteamet. Detta på grund av att när vi i rapporten presenterar exempelvis sjuksköterskans upplevelse av biståndsteamets arbetssätt, så är det ganska givet att det är den sjuksköterska som vi har intervjuat som har uttalat sig om det vi presenterar i rapporten. Vi kan trots allt inte garantera att aktörerna själva berättar att de deltagit i studien, eller att aktörernas chef berättar vem som deltagit i studien (aktörerna måste få ett godkännande av chefen för att få delta i intervjun).

Under själva intervjutillfället har den intervjuade hela tiden haft rätten att avbryta intervjun eller inte svara på vissa frågor. En av respondenterna har som sagt nekat oss möjligheten till att spela in samtalet. Således har vi också tillmötesgått denna begäran utan att försöka lirka fram ett godkännande från respondenten. I rapportens presenterade citat är talspråket ändrat till skrivspråk. Det vill säga att fyllnadsord (typ, liksom osv) har tagits bort i rapporten. Enligt Trost (2010) så skall citat behandlas efter denna princip.

Vi har inte lovat att delge aktörerna den slutgiltiga rapporten. Men om de hade frågat efter denna möjlighet hade vi beviljat detta. Men någon sådan förfrågan har inte kommit till oss. Enligt Trost (2010) har vi trots allt ingen skyldighet att skicka ut kopior till samtliga deltagare inom studien (om vi inte lovat att göra detta).

4.6 Alternativa metoder

Ett alternativ till individuella intervjuer skulle vara gruppintervjuer, d.v.s. intervjuer med flera personer samtidigt (Esaiasson, 2012). Vi upplever dock att gruppintervjuer inte har varit ett alternativ för oss. Detta eftersom gruppintervjuer riskerar att vissa aktörer tar till orda och dominerar diskussionen mer än andra. Vilket då leder till att man får personer med ett passivt deltagande i diskussionen. Eftersom studien enbart inkluderar en aktör för respektive profession inom biståndsteamet, så skulle vi således riskera att någon av dessa professioners roll i biståndsarbetet skulle bli dolt i resultatet. Detta eftersom dennes upplevelse inte kom till talan. En fördel med gruppintervjuer kan vara att deltagarna börjar diskutera frågan på ett konstruktivt sätt.

4.7 Transkribering

Transkriberingen har genomförts utifrån samma princip som behandling av citat. Det vill säga att fyllnadsord är borttagna. När individen har letat efter ord mitt i en mening eller ändrat meningen har vi enbart transkriberat den slutgiltiga meningen. Formaliteter och prat som inte har med de tematiska frågorna att göra är inte heller transkriberade. Detta tillvägagångssätt är lämpligt enligt Esaiasson (2012) för att spara tid. Till viss del har vi även transkriberat respondentens icke-verbala reaktion, liksom skratt.

4.8 Reliabilitet och validitet

Trost (2010) menar på att en studie med hög reliabilitet ska besitta en god precision, objektivitet och konstans. Reliabiliteten för vår metod kan anses vara hög. Metoden besitter en god precision eftersom vi noga har gått genom de transkriberade ljudupptagningarna från intervjuerna för att analysera datamaterialet. Vår objektivitet i studien är god eftersom vi båda har gått igenom samtligt datamaterial och gjort samma bedömning av resultatet. Konstansen för resultatet kan vi anta vara god eftersom datamaterialet berör vanligt återkommande problemområden inom biståndsarbetet.

Trost (2010) menar på att människan inte är statisk i sina föreställningar, beteenden och åsikter. Utan han menar på att människan är en deltagare i en ständigt pågående process. Där individen ställs inför nya händelser och erfarenheter. Således är det givetvis möjligt att ytterligare intervjuer kan (kommer) att upptäcka nya aspekter inom de frågeställningar som vi presenterar. Men nya intervjuer kommer inte att falsifiera de slutsatser vi redan har konstaterat. Utan bara utöka kunskapsbasen. Validiteten kan betraktas som hög i detta avseende eftersom vi genom vår metod fått svar på våra frågeställningar.

Ett sätt att öka studien validitet enligt Esaiasson (2012) och Trost (2010) är att genomföra provintervjuer. Detta har vi inte gjort. Vi har nämligen inte haft möjlighet att testa våra frågor på individer med relevant arbetsbakgrund. Om man genomför provintervjuer med några slumpmässiga personer utan någon som helst relation till det aktuella studieområdet, så ger detta inte direkt några insikter inför hur intervjun och dess intervjuguide kan utvecklas (Trost, 2010). Således valde vi att inte genomföra provintervjuer. Men vi upplever trots detta att intervjuguiden uppfyllde sitt syfte och att våra intervjuer gick bra.

Intervjun med undersköterskan blev som sagt inte inspelad. Detta på grund av att respondenten begärde att inte bli inspelad. Vi upplever i och med detta att vi förlorade en del datamaterial från denna respondent. Med det menar vi inte att dataunderlaget blivit bristfälligt från respondenten. Men vi upplever att vi inte har hunnit anteckna ner alla levande exempel och detaljer av undersköterskans beskrivningar av biståndsarbetet. Det är delvis av denna anledning som undersköterskan ges (volymmässigt sätt) mindre utrymme i rapporten. I förhållande till biståndshandläggarens och sjuksköterskans utsagor.

Ett annat sätt att öka studien validitet enligt Esaiasson (2012) och Trost (2010) är att komplettera intervjuerna med en annan metod. Esaiasson (2012) lovordar särskilt observationer i detta sammanhang. Vi har dock inte kompletterat våra intervjuer med någon annan metod eftersom vi inte givits tillstånd till detta. Vårt ursprungliga projekt bestod av en observationsstudie som vi blev nekad att genomföra på grund av sekretesskäl.

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten bortfall i studien är givetvis ett bortfall av värdefullt och intressant dataunderlag. Deras deltagande hade möjliggjort för oss att lyfta en mängd intressant aspekter av biståndsarbetets problem ur deras perspektiv. Men eftersom de besitter en liknande position och roll som sjuksköterskan i biståndsteamet så upplever vi att bortfallet är relativt godtagbart. I jämförelse med att exempelvis undersköterskan inte skulle kunna delta. Detta eftersom undersköterskan är utpekad som en nyckelperson i biståndsteamet.

4.9 Teoretisk bakgrund

Olaison (2009) och Janlöv (2006) poängterar att ett holistiskt perspektiv behövs vid forskning inom biståndsarbetet. De poängterar även att aktörerna själva behöver ett holistiskt perspektiv i sitt biståndsarbete. Med ett holistiskt perspektiv menas att man som aktör och kollektiv ska ha en helhetssyn över sin verksamhet (Bolman & Deal, 2012). I den studerade kommunens handlingsplan för biståndsarbetet står det att en helhetssyn är viktig för verksamheten, samt att biståndsteamet ska arbeta efter ett helhetsperspektiv i sitt biståndsarbete. Eftersom den tidigare forskningen poängterar vikten utav ett helhetsperspektiv för biståndsarbetet, att kommunen själv lägger stor vikt i ett helhetsperspektiv för sin verksamhet, samt att vi själva anser att ett helhetsperspektiv är en nyckelfaktor för att biståndsarbetet ska fungera på ett bra sätt, så har vi således valt att utgå från holismen i genomförandet av vår studie. I själva studien tittar vi även på hur biståndsteamet uppnår ett helhetsperspektiv genom sin arbetsmodell.

Vi antar att arbetsmodellens teoretiska bakgrund bygger organisationspedagogiska samt HR-relaterade antaganden. Enligt Bolman och Deal (2012) kan man uppnå en lärande organisation med personal som utvecklas genom kollektivt lärande. Detta genom att organisera teamarbetet på ett korrekt sätt. Det är genom att effektivt kunna nyttja personalens samlade kompetenser och kunskaper som man kan främja organisationens utveckling. Detta genom att få personalen att samverka med en helhetssyn över verksamheten. För att ett team ska kunna uppnå ett helhetsperspektiv i sin samverkan måste teamsammansättningen bygga på jämlikhet och mångfald. I kommunen har man tagit till sig resonemanget med att främja mångfald för att uppnå en helhetssyn i arbetet. Det är av denna anledning som teamet består av olika professioner (biståndshandläggare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut) och inte exempelvis en teamsammansättning av enbart biståndshandläggare (likt teamarbetet inom ÄBIC bygger på). När kommunen och konsulteten påbörjade implementeringen av den nya arbetsmodellen så var jämlikhet en grundsten i uppbyggnaden av biståndsteamet. I handlingsplanen kan läsas att teamarbetet ska bygga på en samverkan där de olika professionerna är jämlika parter, som ska uppskatta varandras kompetenser och kunnande. Det är genom en teamsammansättning som bygger på mångfald och jämlikhet som kommunen upplever sig kunna uppnå ett biståndsarbete som är kvalitativt för den äldre. Ett biståndsarbete som ger den äldre individuellt anpassade biståndsbeslut. Beslut som ger den äldre en god livskvalitet i sitt kommande liv inom hemtjänsten och/eller hemsjukvården.

För att biståndsteamet ska kunna förverkliga sin fulla potential anser Bolman och Deal (2012) att samtliga teammedlemmar måste ges ett stort inflytande i verksamheten. Samtliga medlemmar ska även kunna vara delaktiga i processens olika delar. Teamets aktörer måste ges handlingsutrymme att agera självständigt. Samt att teamet som ett kollektiv bör vara självstyrande. Även dessa premisser för teamarbete har kommunen och konsulten utgått från i framtagningen av biståndsteamet. De olika aktörerna ges inflytande i varandras kompetensområden. Det kan vi se på principen bakom teamsammansättningens uppbyggnad. Det vill säga att det är genom teammedlemmarnas samverka mellan kompetensområdena som gör det möjligt för aktörerna att utföra sitt arbete med ett helhetsperspektiv. För att aktörerna ska kunna ha ett inflytande över varandras kompetensområden, så måste teammedlemmarna kunna ta del av och vara insatt i vad respektive teammedlem sysselsätter sig med. Detta görs genom en gemensam uppföljning av de äldres utveckling genom biståndsarbetet. Ett uppföljningsarbete som sker både genom gemensamma kommunikationsvägar och genom regelbundna teammöten. Genom detta ges de olika aktörerna inom teamet en delaktighet inom varandras arbetsområden. De olika aktörerna inom teamet besitter var för sig och som ett team

ett stort handlingsutrymme inom organisationen. Det är utifrån den egna professionella expertisen, med stöd från teamets samlade expertis, som beslutas tas över hur aktörerna ska utföra sitt arbete, hur de ska ta emot en nya patient, hur de ska förändra insatserna för de nuvarande vårdtagarna inom biståndsarbetet, och vilka äldre personer som ska skriva över till hemtjänsten. Det är ingen ledning som basar eller petar i detta på något sätt.

Med ett helhetsperspektiv på verksamheten menas att samtliga kompetensområden är beslutsgrundande inför de verksamhetspåverkande beslut som tas (Bolman och Deal, 2012). Att ta tillvara på samtliga kompetensområden betyder dels att samtliga parter inom biståndsarbetet skall vara delaktiga och ha inflytande. Det vill säga biståndshandläggaren, sjuksköterskan, undersköterskan, sjukgymnasten, arbetsterapeuten, den äldre själv och dennes anhöriga kan påverka biståndshandläggningen. Man kan tycka att detta är en självklarhet, men det är just detta den tidigare forskningen påvisar att det inte är. I ett helhetsperspektiv ingår även att man i biståndsbedömningen inte ska avgränsa sig till de fysiska och medicinska behoven. Utan hela den äldres livssituation och kontaktnät ska tas hänsyn till när en biståndsbedömning görs. Hur den äldre lever. Vilka närstående som kan hjälpa den äldre personen. Hur den äldres psykiska tillstånd är. Allt detta påverkar vilken hjälp den äldre behöver av hemtjänsten och/eller hemsjukvården.

5 Resultat och diskussion

Nedan redovisas resultatet genom att skildra de olika aktörernas upplevelser av biståndsarbetet i förhållande till de tre frågeställningarna. Det vill säga biståndsteamets samverkan mellan varandra inom teamet, teammedlemmarnas samverkan med den äldre anhöriga, samt biståndsteamets sätt att hantera eventuell psykiskt ohälsa (eller lättare nedstämdhet) hos den äldre personen under biståndsarbetet.

5.1 Samarbetet mellan teammedlemmarna

Samtliga aktörer inom teamet uppger att de samverkar genom att gemensamt förbereda sig inför sjukhusinskrivna patienters ankomst till kommunen. De har en gemensam uppföljning av den äldre och de tar även ett gemensamt beslut när den äldre ska skrivas ut till hemtjänst och/eller hemsjukvården. Biståndshandläggaren beskriver detta samarbete enligt följande:

”Vi har regelbundna möten där vi tar upp personerna muntligt och pratar om dem: vi har den här Torsten som kommer hem på tisdag klockan 11. Det är en stroke och det verkar bli så här och så här. Och vi förbereder då så gott det går med det som kommer att bli. Sedan pratar vi igenom de äldre som redan finns, de äldre som är aktuella i teamet. Där det pågår [ett biståndsutredningsarbete], och vi stämmer av. Hur har det gått för dem? Hur många besök behöver han nu? Och vilka [teammedlemmar] kan avsluta sitt arbete med honom? Vilka [äldre] kan gå över till den vanliga hemtjänsten? Eller vilka kan vi avsluta helt? De behöver ingen hjälp längre”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Teammedlemmarna tycker att kommunikationen inom biståndsteamet fungerar bra. Genom att teamet samverkar och gör gemensamma bedömningar får de således en bättre helhetsyn över den äldre behov och livssituation (Bolman och Deal, 2012). Samtliga aktörer ansvarar dock för att de inom sitt kompetensområde förbereder, följer upp och gör enskilda bedömningar inom sitt ansvarsområde. Det vill säga att varje aktör exempelvis tar kontakt med sjukhuset enskilt för att få information om den äldre behov utifrån sitt eget ansvarsområde. När vi pratar med sjuksköterskan om den äldre ankomst från sjukhuset till biståndsteamet så beskriver sjuksköterskan det proaktiva utredningsarbetet som att:

”När det kommer till mig på hemsjukvården. Så ringer jag till sjukhuset och frågar om patienten. Det står lite där [i mejlet] om att han har ramlat, har ont i ryggen och är insatt på smärtstillande. Då ringer jag och frågar. Och då skriver de ned det. Så går det några dagar och varje dag på sjukhuset så händer det saker. Då ringer jag och frågar om hur det går. Då säger de till exempel att: ja nu kan han gå med rullator, men behöver hjälp hemma för att han inte kan gå på toa själv. Då frågar jag om smärtlindring eller om han har några sår. Så får jag svar på de sakerna. De andra [teammedlemmarna] ringer också och pratar för att få en rapport över det som de är intresserade av. Det kan vara över hur man går. Det kan arbetsterapeuten och sjukgymnasten vara intresserad av. Biståndet ringer för hjälpen i hemtjänsten då. Kan de gå själva, kan de äta, kan de gå och duscha själv?”

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Biståndsteamet har även en kontinuerlig kommunikation med varandra genom mejl och ett datorprogram. Detta för att hela tiden vara insatta i vad samtliga teammedlemmar gör och planerar att göra för den äldre. Även handledningsmötena med konsulten hjälper till för att biståndsteamet ska behålla en helhetssyn över arbetet. Detta uppger undersköterskan (intervju, Maj 2015). När vi pratar med biståndshandläggaren om vad som är viktigt för att få teamarbetet att fungera så säger denne att det är viktigt:

”Att vi har ett gemensamt mål, att vi har samma målbild känns viktigt. Att vi drar åt samma håll. Det känns viktigt.”

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Handläggaren uppger samtidigt att teamarbetet inte riktigt funkar som det är tänkt enligt handlingsplanen i nuläget. Hon uppger att:

”Det hade varit önskvärt att vi hade ett tydligare gemensamt mål. Alltså tydligare teamarbete. Att vi hade möjligheten att jobba ihop oss som ett team. Men det handlar mycket om bemanning där. Att folk inte upplever att man har tiden och utrymmet att jobba så som det är tänkt. Inte har tiden att arbeta som det där beskriver.” (Handläggaren pekar på handlingsplanen och beredningen inför implementering utav arbetsmodellen som ligger på bordet).

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Att en gemensam målbild inte upplevs nås inom biståndsteamet är en fundamental brist i teamarbetet. En gemensam målbild där alla parter strävar åt samma håll är ett måste för att biståndshandläggningen ska uppnå ett helhetsperspektiv i biståndsarbetet (Lindelöf och Rönnbäck, 2004).

Biståndshandläggaren har huvudansvaret för kontakten med den äldre personen. Detta eftersom biståndshandläggaren alltid är involverad när en äldre person söker omsorgsbistånd av kommunen. Enligt biståndshandläggaren och sjuksköterskan är dock nyckelpersonerna i teamet undersköterskegruppen (bestående av fem undersköterskor). Sjuksköterskan säger att:

”Det egentliga teamet i biståndsarbetet är undersköterskegruppen.”

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Biståndshandläggaren instämmer i detta och uppger även att:

”Undersköterskegruppen är väldigt flexibel och har större möjligheter att möta den äldres behov i stunden. De kan tänka utanför boxen. De är inte lika styrda av en gruppledare som lägger ett schema för dem”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Biståndshandläggaren fortsätter i samma veva att berätta om att när en äldre person kommer direkt från sjukhuset till sitt hem så är det mycket som måste fixas till i bostaden. Detta fixande är undersköterskegruppen snabba med att ordna upp, så den äldres vistelse i hemmet blir bra. Enligt biståndshandläggaren är undersköterskorna även en tillgång under biståndssamtalen med den äldre. Detta eftersom de tänker utanför boxen.

Det blir snabbt ganska tydligt för oss att teamarbetet består av att gemensamma beslut tas. Samt att alla är insatta i vad som händer med den äldre. Det praktiska arbetet genomförs dock inte som ett team. När vi pratar om teamarbetet med undersköterskan säger hon att:

”Vi är ett team, men det mesta av biståndsarbetet är självständigt arbete. Mycket tid är till och med helt självständigt arbete, utan andra undersköterskor till hjälp. Att vara två undersköterskor hade underlättat arbetet. Det är sällan ett statiskt arbete att ta hand om äldre personer”.

(Undersköterskan, Maj 2015)

Undersköterskan samverkar med de övriga teammedlemmarna genom mötena. Men enligt undersköterskan så sker den främsta samverkan med de andra teammedlemmarna genom mejl (eller rättare sagt ett internet mejlssystem som är säkrare sekretessmässigt). Den närmsta kontakten för undersköterskan i biståndsarbetet är handläggaren. Det är till denne som undersköterskan rapporterar om den äldre inte längre är i behov av en omsorgsinsats som den äldre initialt sett behövde. Undersköterskan måste även kontakta handläggaren om det är så att den äldres behov utvecklas, så den äldre behöver ytterligare omsorgsinsatser. Detta för att undersköterskan måste få ett godkännande från handläggaren för att kunna realisera insatsen. Undersköterskans arbete bygger på att anpassa omsorgsinsatserna efter vad den äldre klarar. Men vad undersköterskan kan utföra för den äldre måste gå genom ett formellt beslut från biståndshandläggaren. Undersköterskan kan inte på eget initiativ lägga till insatser. Desamma gäller om något måste ändras i lägenheten. Liket att en tröskel måste tas bort för att den äldre ska kunna komma ut på altan lättare. Då måste undersköterskan gå genom arbetsterapeuten med detta (intervju med undersköterskan, Maj 2015).

Sjuksköterskan är inne på samma spår som undersköterskan, i det avseendet att biståndsarbetet till stor del bygger på självständigt arbete. När sjuksköterskan diskuterar kring teamarbetet med oss blir det ganska klart för oss att teamarbetet främst består utav möten, mejl och telefonkontakt inom teamet. Så vi frågar sjuksköterskan:

Intervjuaren: ”Samarbetet, bygger det mycket på möten och telefonkontakt?”

Sjuksköterskan: ”Ja vi har telefonkontakt, mejlkontakt och så träffas vi fysiskt också. Vi har några fasta möten i veckan som vi träffas i vår grupp, utan patienter. Det har vi också. Teammöte har vi varje torsdag och handledning har vi var fjärde måndag. Då har vi inga patienter med utan då träffas vi bara i biståndsteamet då.”

Intervjuaren: ”Finns det några arbetsuppgifter som ni samarbetar med?”

Sjuksköterskan: ”Nej det har vi inte, det tror jag inte. Det är möterna som är arbetsuppgifterna”.

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Under själva biståndssamtalet upplever sjuksköterskan att det är biståndshandläggaren som har den största platsen. Detta eftersom det är hemtjänstens delar som oftast är störst. Hemsjukvården behövs inte alltid. Ibland är inte patienten i behov av hemsjukvård och då är sjuksköterskan enbart närvarande på biståndssamtalet. Sjuksköterskan säger att:

”Vi [sjuksköterskor] har inte den största platsen där [på biståndssamtalet] utan det är biståndshandläggaren. Eftersom det handlar ofta om att man behöver hjälp med hemtjänst.

Jag tror det är den största delen. Vi har en ganska liten del. Ibland är vi bara närvarande. Ibland fortsätter vi inte. Vi hjälper inte alla efteråt, eftersom inte alla är i behov utan hemsjukvård.”

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Undersköterskan instämmer i att de olika professionerna i teamet har mer eller mindre inflytande. I arbetsmodellens nuvarande form är det enbart biståndshandläggaren, arbetsterapeuten, sjukgymnasten och sjuksköterskan som för en aktiv dialog med sjukhuset. Undersköterskan träffar bara sjukhuset representanter under det första vårdplaneringsmötet. Undersköterskan uppger att:

”Vi skulle kunna förbereda oss bättre för nya patienter, om även vi skulle kunna ingå i dialogen med sjukhuset”.

(Undersköterskan, Maj 2015)

5.2 De anhörigas roll i processen

Janlöv (2006) noterade att anhörigas inflytande i det reguljära biståndsarbetet i andra kommuner begränsades till en stödfunktion för handläggaren i dennes biståndsarbete. Detta gäller även för biståndshandläggaren i den aktuella kommunen. Enligt biståndshandläggaren är anhöriga en viktig part. Men den äldre som är i behov av hjälp är alltid i fokus. Biståndshandläggaren säger att:

”De är den äldres enskilda behov i centrum. Det är den enskildes önskemål som vi ska ha för ögonen. Det är något som man får påminna sig om. En del anhöriga kan vara starka och stormar mycket och rör sig runt och tar över. Vi får hela tiden påminna oss själva att vi är ju till för den här personen som vi ska prata med. Nu har jag pratat med anhöriga men vi har inte pratat med den enskilda själv. Så tillbaka till det hela tiden”. [...] ”Som biståndshandläggare har jag den enskilda i fokus. Hela tiden tillbaks till den personen som ofta är svag och utsatt. Som har drabbats av sjukdom eller nedsatta förmågor. Anhöriga är viktiga samtidigt som man ibland känner att en del anhöriga vill så väl att de nästan tar över. De kan säga nu gör vi så här. Lyssna inte på henne. Nu lyssnar ni på mig. Jag vet hur saker går till. Vi försöker då gå tillbaka till den äldre och fråga hur känner du? Det är lite kluvet. Båda [den äldre och dennes anhöriga] är jätte viktiga. Barnen ger stöd för sin föräldrar många gånger. Samtidigt finns risken att de vill styra och ta över. Att det finns en balans där. de är en jätte resurs. Men de får inte bestämma över sin mamma eller pappa bara för att de har blivit gamla”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Allt som diskuteras mellan biståndshandläggaren, den äldre och de anhöriga går alltid tillbaka med fokus på den äldre. Den som har drabbats av sjukdom eller är svag på grund av ålderdomen. Anhöriga är viktiga, men samtidigt får de inte ta över. När den äldre kommer i kontakt med biståndsenheten så de anhöriga ett stort stöd för den äldre. Men inom biståndsteamet anser man att anhöriga aldrig får ta över och börja styra. Biståndshandläggaren uppger att när anhöriga försöker styra så måste man försöka se bortom det. Man måste gå tillbaka till den äldre och fråga hur denne vill ha det. Om en intressekonflikt uppstår mellan den äldre och dennes anhöriga så är det den biståndsbedömdes vilja som gäller. När vi diskuterar intressekonflikter mellan den äldre och de anhöriga med biståndshandläggaren så säger handläggaren att:

”Det då är den vårdsökandes vilja som gäller. Ibland blir det krockar. Men det är vad den enskilda vill som vi ska rätta oss efter. Absolut. Till anhöriga säger vi att om du vill nåt annat. Då får du i så fall prata med din mamma om detta och motivera henne till nåt annat. Så kan det vara”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Biståndshandläggaren inom den aktuella arbetsmodellen behandlar anhörigas inflytande i biståndsarbetet på ett likartat sätt som biståndshandläggarna inom det reguljära biståndsarbetet gör. Dilemmat med anhöriginflytande är svårhanterligt i den reguljära biståndsmodellen (Dunér och Nordström, 2003, 2005).

Sjuksköterskan upplever dock att hon i sitt arbete ger den äldre ett stort inflytande under vårdplaneringsmötet. Sjuksköterskan säger att: *”anhöriga och patienten är samma. Det är dem vi jobbar mot.”* (Sjuksköterskan, Maj 2015). Att uppnå det helhetsperspektiv som Janlöv (2006) och Olaison (2009) förespråkar upplever sjuksköterskan vara av stor vikt i biståndsarbetet. Ett helhetsperspektiv som ger en helhetssyn över familjens behov är viktiga i biståndsbedömningen. De områden som man kan anpassa efter de anhöriga när det gäller hemsjukvårdens bit är medicineringen av den äldre. Detta uppger sjuksköterskan (Intervju, Maj 2015). Det vill säga att de anhöriga exempelvis kan ha ansvaret att gå till apoteket och ta ut medicin. Ha koll på när tablettorna ska tas. Samt att ansvara för att ge tablettorna till den äldre. Men känner de anhöriga att de inte orkar ha detta ansvar. Eller att de inte har tid så tar hemsjukvården över (om inte den äldre själv tar ansvar för detta). Enligt sjuksköterskan är det dock viktigt att den äldre och de anhöriga är överens.

Sjuksköterskan upplever även att de anhöriga kan hjälpa till att stödja sjuksköterskans perspektiv. De anhöriga kan lirka lite med den äldre om denne är motvillig att åka hem från sjukhuset eller liknande. När den äldre inte ser sina egna behov så gör ofta de anhöriga det istället menar sjuksköterskan. Det kan också vara tvärtom att den anhörige ser att den äldre inte behöver någon hjälp. Det händer dock att den äldre och den anhörige inte är överens om vilka behov den äldre har. Sjuksköterskan är i detta avseende tydlig med att om det är så att den äldre och den anhörige är oeniga och inte kommer överens, så är det den behovsbedömdes vilja som går först. Sjuksköterskan säger att:

”Det är den vårdsökande som bestämmer. För det är den det handlar om. Man försöker prata, föreslå och komma överens så gott man kan. Om de inte är helt nöjda och de tycker olika får det vara på patientens villkor så klart. Om det inte är så att det är farligt för denna såklart. Om det är någon risk”.

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Det är patienten som bestämmer, för det är den det handlar om. I dialogen mellan den äldre och de anhöriga försöker man enligt sjuksköterskan prata, föreslå och komma överens. Men i slutet är det patientens självbestämmanderätt som går först.

Undersköterskan säger att anhörigas deltagande inom biståndsarbetet är beroende av den anhöriges engagemang, samt att de anhörigas deltagande är beroende av brukarens vilja. Vill inte den äldre involvera sina närstående så kontaktar inte undersköterskan de anhöriga. Undersköterskan bekräftar det som biståndshandläggaren och sjuksköterskan har sagt. Undersköterskan säger att:

”Det är såklart att de anhöriga involveras i samtalen när de är närvarande på biståndssamtalen, eller när de är i hemmet medan vi arbetar hos brukaren. Men anhöriga går aldrig före brukaren”.

(Undersköterskan, Maj 2015)

Undersköterskan påpekar även att en diskussion med de anhöriga aldrig får gå över huvudet på brukaren. De anhöriga ska tillfrågas men man får inte initiera eller diskutera ett beslut utan att den äldre själv är involverad i diskussionen. Enligt undersköterskan får de anhöriga *”aldrig ha det sista ordet”* (Intervju, Maj 2015). Precis som att biståndshandläggarna inom det reguljära biståndsarbetet upplever att de anhöriga står i strid med uppdraget (Janlöv, 2006), så upplever undersköterskan (precis som biståndshandläggaren och sjuksköterskan) att det samma gäller i deras kommun, med deras arbetsmodell.

5.3 Den äldres psykiska behov

Biståndshandläggaren har genom sin socionomutbildning en del kompetenser inom samtalspedagogik och konflikthantering. Men att hantera människors psykiska tillstånd och inre konflikter är alltid lite problematiskt. Det kan hända att när en äldre person har råkat ut för en hjärtinfarkt att det uppstår en liten mildare krissituation mellan den äldre och dennes anhöriga, där den äldre personen kan känna att denne inte riktigt får komma till tals. När vi diskuterar kring denna mildare form av krissituation med biståndshandläggaren så säger denna att:

”Man försöker kartlägga hur deras nätverk ser ut. Vilka personer är viktiga för just dig? Vilka vill du att vi ringer till? Vilka vill du ska vara med på vårdmötet? Eller att man försöker prata med de som är berörda, eller inblandade. Det är även viktigt att man är medveten om att den information man ger kanske inte fastnar första gången. Man kanske måste upprepa saker och ting. Dels för att det är en krissituation. Sen också om man har minnessvikt eller att man har drapas av stroke. Det faller bort saker. Så det är vi mycket medvetna om att när vi möter människor som har någon svacka eller är mitt uppe i en kris. Så går det inte att köra på med vår information. Utan man får försöka fånga in personen som man har framför sig”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

För att hantera psykisk ohälsa eller en existentiell kris hos den äldre så menar handläggaren således att man måste involvera de parter som den äldre vill ska medverka, att man tar upp det återkommande gånger för att det finns risk att den äldre personen glömmer, samt att man måste försöka fånga in den enskildes särskilda livssituation för att kunna lösa problemet. Ibland kan det dock räcka med att handläggaren pratar lite med den anhörige för att krisen ska lägga sig. Biståndshandläggaren uppger dock att om det uppstår en lite värre krissituation, där den äldre kanske känner att det är svårt att hantera sin nya livssituation, så säger biståndshandläggaren att:

”Där måste vi vara flexibla och fånga in vad det är för person som vi har framför oss. Hur behöver den här personen bli bemött? Vi har inga universella lösningar för hur vi ska lösa det här. Det kan se olika ut”. [...] Vi har också veckomöten där vi går igenom de här personerna. Vilka vi har haft, hur det går för dem. Om de får tillräckligt med hjälp som det är? Det är viktigt att inte vifta bort en reaktion. Det är viktigt att vi måste ta in det på nåt sätt.

Personen måste få reagera bli ledsen eller upprörd. Man får försöka fånga in det som är viktigt för just den personen som vi har framför oss”.

(Biståndshandläggaren, Maj 2015)

Biståndshandläggare uppger alltså att man måste vara flexibel i att kunna fånga in den personen som står framför denne. Handläggaren måste låta personen få vara där den är och ta biståndsarbetet därifrån. Reaktionen ska inte viftas bort. Enligt biståndshandläggaren finns det ingen universell lösning för hur ett biståndssamtal går till, det är olika. När vi efter intervjun lyssnar på biståndshandläggarens beskrivningar ser vi att det är lätt hänt att den äldre mentala och existentiella behov kommer i skymundan. Vilket även är fallet för det reguljära biståndsarbetet (Lindelöf och Rönnbäck, 2004). Detta eftersom biståndshandläggaren enbart kan reagera på de starka reaktioner som uppstår i direkt samband med biståndssamtalen. Mer passivt agerande från den äldre sida är svårt att veta bakgrunden till, eller ens se som ett problem i stunden.

Undersköterskan uppger att när hon träffar de äldre under vårdplanering så händer det givetvis ibland att den äldre är nedstämd. Men oftast är de glada och tacksamma att de kan få hjälp säger undersköterskan. Det beror helt på vad de varit med om (intervju, Maj 2015). Enligt sjuksköterskan så är eventuell nedstämdhet inget som man hanterar under det första biståndssamtalet. Det är inget som man påstår vid en första kontakt att en äldre skulle vara nedstämd. Sjuksköterskan säger att:

”Det är inget som man säger [vid första biståndssamtalet]. Att: Hej du verkar nedstämd. Utan det beror lite på samtalet. Man kan också tänka så att man ska ta upp det nästa gång om man märker något. Det är svårt att märka när man träffar någon en gång”.

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Alltså om sjuksköterskan märker att den äldre verkar nedstämd så väljer hon vanligen att ta upp det nästa gång de träffas. Det är svårt att märka om någon är nedstämd om man bara träffat den äldre en gång säger sjuksköterskan. Sjuksköterskan nämner också i intervjun att det som hon uppfattar som nedstämdhet hos den äldre personen, inte alls behöver vara fallet för den äldre. Biståndsteamets sjuksköterska upplever således precis som biståndshandläggarna inom det reguljära biståndsarbetet att det är svårt att ta till sig den äldre sociala, mentala och existentiella behov, utifrån enbart ett fåtal möten (Dunér & Nordström, 2003, 2005). Att ta upp en misstanke om nedstämdhet beror lite på hur samtalet utvecklar sig menar sjuksköterskan. Precis som för biståndshandläggaren är sjuksköterskan beroende av tydliga signaler från den äldre för att hon ska uppfatta psykisk ohälsa eller en existentiell kris hos den äldre.

När sjuksköterskan däremot bedömer att en äldre person har psykiska besvär, eller är i en existentiell kris, så säger sjuksköterskan att man hanterar detta igenom att:

”Man pratar med patienten och hör hur de tycker. Hur de känner. Om det är något särskilt. Om det är en patient man känner kan man fråga om man ska ta upp det med doktorn och medicinera. Det finns olika sätt att gå om det är så”.

(Sjuksköterskan, Maj 2015)

Således är sjuksköterskan till en början inne på samma spår som teamets biståndshandläggare. Nämligen att man tar upp misstankarna om psykiska besvär och existentiella kriser med den äldre för att diskutera dem. Sjuksköterskan kompletterar dock detta med att även se över om det eventuellt finns några medicinska lösningar på problemet. Sjuksköterskan är medicinskt ansvarig för den äldre. Det är således på hennes bord att se över om medicinering är aktuellt eller inte.

6 Analys

I vår analys utav frågeställningarna har vi jämfört biståndsteamets arbetsmodell med den reguljära arbetsmodellen för biståndshandläggning. Detta för att se vilka fördelar, nackdelar och likheter de olika arbetsmodellerna har med varandra i förhållande till våra tre frågeställningar. Det vill säga hur samverkan mellan biståndsarbetets aktörer fungerar, hur samverkan med den äldres anhöriga fungerar, samt hur psykisk ohälsa och existentiella kriser hanteras hos de äldre personerna under biståndsarbetet.

6.1 Samarbetet mellan teammedlemmarna

Utifrån aktörernas beskrivning av sin samverkan så sker samarbetet genom regelbunden kommunikation och möten. Även om aktörerna uppger att arbetsmodellen har sina brister, så upplever aktörerna dock att denna kommunikation är tillräcklig för att biståndsarbetet ska uppnå sitt mål. Tar biståndsteamet verkligen tillvara på den information som de delger varandra, så kan detta underlätta för teamet att uppnå en helhetssyn över den äldres behov och livssituation och således möjliggöra för biståndsteamet att uppnå ett helhetsperspektiv i sina biståndsbedömningar. Blomberg (2004) menar på att det reguljära biståndsarbetet tåmpas med en kommunikationsbrist mellan biståndshandläggaren, arbetsterapeuten, sjuksköterskan och sjukgymnasten. Vilket är något som bör förändras. Inom den aktuella kommunen kan vi se att kommunikationen mellan dessa aktörer är något som biståndsteamet upplever fungera väl. En arbetsmodell som bygger på teamarbete inom biståndsarbetet gagnar (inte förvånande) samverkan mellan aktörerna och ger då aktörerna en bättre helhetssyn över verksamheten i sitt individuella arbete (Bolman & Deal, 2012). Vi ser det dock som problematiskt att undersköterskorna inte involveras i kommunikationen mellan biståndsteamet och landstingets primärsjukvård. Undersköterskornas deltagande i det proaktiva utredningsarbetet, som sker innan en äldre person kommer från sjukhuset och in i biståndsarbetet, skulle möjliggöra för undersköterskorna att förbereda sig bättre för mottagandet av de äldre personerna.

Biståndshandläggaren uppger att den gemensamma målbilden är bristfällig. I en arbetsmodell som bygger på samverkan genom IT-baserad kommunikation och regelbundna möten, i en tidspressad verksamhet, kan en delad målbild i arbetet motverka helhetsperspektivet (Bolman & Deal, 2012). Således är detta något som biståndsteamet behöver arbeta vidare med.

Att ha en specialiserad undersköterskegrupp är av stort värde för att biståndsteamet ska kunna uppnå en helhetssyn. Detta eftersom det är undersköterskorna som träffar den äldre varje dag. Undersköterskegruppen pekas ut som nyckelaktörerna inom den aktuella biståndsmodellen. Trots detta besitter de ett väldigt begränsat individuellt handlingsutrymme inom biståndsarbetet. Detta eftersom undersköterskorna måste gå genom de andra aktörerna (biståndshandläggaren och arbetsterapeuten osv) för att genomföra ändringar av den äldres omsorgsinsatser. Detta för att få ett formellt beslut på de ändringar de vill inför åt den äldre. Bolman och Deal (2012) förespråkar ett individuellt handlingsutrymme för organisationens aktörer i deras respektive arbetssysslor. Att ge undersköterskegruppen i den aktuella kommunen ett större handlingsutrymme, där de enbart rapporterar de förändringar de inför skulle möjligen påskynda biståndsprocessen och dess tre veckor långa uppföljningsfas. Detta ökade handlingsutrymme skulle dock möjligen riskera att de övriga aktörerna blev sämre insatta i den äldres utveckling, om undersköterskorna inte lägger stor vikt i rapporteringen.

6.2 Att involvera de anhöriga

I den aktuella kommunen upplever biståndsteamet att de anhöriga delvis står i strid mot arbetet. Anhörigas inflytande upplevs stå i strid mot den äldres självbestämmanderätt och integritet. Samtliga aktörer är tydliga med att det är den äldres självbestämmande som går först. Samt att undersköterskan uppmärksammar att biståndsteamet värnar om den äldres integritet. Detta igenom att enbart inkludera de anhöriga som den äldre vill ska vara delaktiga. Denna betoning på den äldres självbestämmanderätt, rätten till integritet och att de anhöriga står i strid med arbetet, harmonierar helt med hur biståndshandläggarna inom det reguljära biståndsarbetet ser på verksamheten (Janlöv, 2006; Olaison, 2009). Aktörerna inom kommunen ser dock de anhöriga som en resurs, som kan stödja den äldre i en utsatt situation, eller hjälpa aktörerna i deras arbete med den äldre, vilket även är vanligt förekommande inom den reguljära biståndsmodellen (Janlöv, 2006). Sjuksköterskan uppger dock att hon försöker arbeta med ett helhetsperspektiv, som inkluderar hela familjens livssituation och behov, vilket är något som Janlöv (2006) och Olaison (2009) upplever vara en bristvara inom det reguljära biståndsarbetet. Detta helhetsperspektiv är dock begränsat till medicineringen av patienten, vilket är så långt som det är möjligt att gå när det kommer till patientens medicinska behov.

Samtliga aktörer poängterar tydligt att det alltid är den äldres självbestämmanderätt, som går före de anhörigas uppfattningar och åsikter kring den äldres behov. Vi kan således se att aktörerna inom biståndsteamet uppnår sitt mål med att genomföra ett biståndsarbete med ett individcentrerat perspektiv kring den äldre. Men de uppnår dock inte ett helhetsperspektiv som inkluderar hela familjen. Detta är således något som biståndsteamet kan arbeta med. Biståndsteamet kan se över möjligheterna till att utvidga de anhörigas inflytande i större utsträckning. Detta kring omsorgssysslor som sträcker sig över medicineringen av den äldre. Att de anhöriga inkluderas i biståndsarbetet är en förutsättning för att biståndsteamet ska uppnå en helhetssyn i sitt arbetssätt. Ett arbetssätt som sätter hela familjens livssituation och behov i fokus (Janlöv, 2006; Olaison, 2009).

6.3 Att hantera den äldres sinnestillstånd

Enligt Janlöv (2006) måste biståndshandläggaren under biståndssamtalen kunna hantera den äldres sinnesstämning, psykiska och existentiella behov. Detta för att stärka den äldres deltagande och inflytande i biståndsbedömningen. Muhli (2003) anser att biståndssamtalen i sin nuvarande form är olämpliga för att kunna hantera den äldres psykiska och existentiella behov. Detta eftersom diskussionen inom biståndssamtalen tar sin form av en formell arbetsuppgift. En arbetsuppgift som blir fränkopplad från de psykiska och existentiella dimensionerna av den äldres livssituation. I den aktuella kommunen kan vi se att biståndssamtalen följer samma samtalsfaser som de reguljära biståndshandläggarna går igenom i sina biståndssamtal. Detta trots att biståndssamtalen inom det reguljära biståndsarbetet består utav antingen två-partssamtal (biståndshandläggaren och den äldre) eller tre-partssamtal (biståndshandläggaren, den äldre och en anhörig), medan biståndssamtalen i den nya arbetsmodellen ibland uppgår till ett sju-partssamtal (biståndshandläggaren, sjuksköterskan, arbetsterapeuten, sjukgymnasten, undersköterskan, den äldre och en anhörig). Vi menar dock på att lösningen till att hantera den äldres psykiska och existentiella behov i biståndsarbetet inte ligger i arbetet under själva biståndssamtalet. Utan vi menar på att lösningen ligger hos undersköterskegruppen, samt i biståndsteamets samverkan inom teamet, där de olika teammedlemmarna kompletterar varandra.

För det första så kan vi från resultatet se att teammedlemmarna verkar komplettera varandra bra i avseendet att hantera den äldres sinnestillstånd, vid eventuell nedstämdhet eller vid existentiella frågor. Biståndshandläggaren och sjuksköterskan är uppmärksam för sådana signaler. Detta även då det är svårt för handläggaren och sjuksköterskan att själva bedöma den äldres psykiska tillstånd för stunden i ett biståndssamtal. Detta eftersom biståndshandläggaren och sjuksköterskan träffar den äldre så sällan. Däremot kan vi se att undersköterskorna kan vara de aktörer som kan fånga upp psykisk ohälsa och existentiella kriser hos de äldre. Som redan nämnt är undersköterskegruppen nyckelaktörer för att kunna fånga in den äldre ur ett helhetsperspektiv. Det är ofta undersköterskorna som har en bättre helhetssyn på den äldres livssituation. Detta eftersom undersköterskegruppen träffar den äldre varje dag och är mer insatta i vad den äldre varit med om. Samt att undersköterskorna vet vilka den äldres kontaktnät består av osv. Undersköterskan kan således ses som lösningen för att kunna göra något åt den äldres psykiska tillstånd eller existentiella frågeställningar. När det rör sig om lättare nedstämdhet, så kan undersköterskan helt enkelt muntra upp den äldre eller diskutera kring de problem som den äldre upplever som en börda.

Om den äldres psykiska ohälsa eller existentiella kris är av värre slag kan undersköterskan lyfta detta med hela biståndsteamet, så biståndsteamet gemensamt kan komma fram till en lösning. Detta igenom att se på problemet utifrån respektive kompetensområde. Sjuksköterskan kompletterar exempelvis biståndsteamet igenom att hon ser detta dilemma ur ett medicinskt perspektiv. Sjuksköterskan reflekterade således över om detta är något som skulle behövs medicineras eller hanteras på annat sätt. Detta ska inte tolkas som att sjuksköterskan upplever att alla former av nedstämdhet ska medicineras. Men den eventuella risken för detta undersöker sjuksköterskan. Den arbetsmodell som den aktuella kommunen använder sig utav kan således verka till fördel för den äldre, när det gäller att fånga upp psykisk ohälsa och existentiella kriser tidigt. Den äldres sinnesstämning blir ofta påverkad i övergång från ett självständigt liv till ett liv, i alla fall till viss del, i behov av hjälp från andra (Janlöv, 2006).

7 Avslutande diskussion

Enligt Bolman och Deal (2012) måste teamsammansättningen bygga på jämlikhet och mångfald för att teamet ska kunna uppnå ett helhetsperspektiv i sitt arbete. Tanken bakom biståndsteamet bygger på dessa två principer. Att kommunen och biståndsteamet ser ett värde i varandras kunskaper och även nyttjar dem för att utföra ett kvalitativt biståndsarbete vittnar om att de värdesätter jämlikhet inom teamet. Dock skulle det vara givande för kommunen att inkludera undersköterskegruppen bättre i det proaktiva utredningsarbetet mellan biståndsteamet och primärsjukvården. Och således också stärka jämlikheten för undersköterskegruppen inom biståndsteamet. När det kommer till mångfalden inom verksamheten är det givetvis fantastiskt att samtliga professioner inom biståndsarbetet är inkluderade i biståndsteamet. Dock är det så att inom biståndsarbetet, precis som inom all verksamhet som riktar sig direkt mot en klient, så är klientens involvering i verksamheten lika viktig som teamets skilda aktörers inflytande är (Bolman och Deal, 2012). Som vi kan se i resultatet så kretsar allt arbete kring den äldre som är i behov utav omsorg. Allting som diskuteras går alltid tillbaka till denna individ. Så biståndsteamets samverkan med de äldre är godartad eftersom de värnar om den äldres självbestämmanderätt och den äldres integritet. Men de anhöriga behöver inkluderas i biståndsarbetet i större utsträckning för att teamet ska uppnå en helhetssyn i biståndsbedömningarna, och således ur ett organisationspedagogiskt perspektiv också stärka mångfalden inom verksamheten.

För att uppnå ett helhetsperspektiv i sin verksamhet måste samtliga parter inom verksamheten ges inflytande i processen (Bolman & Deal, 2012). Det är när alla parter som är involverade i biståndsverksamheten ges inflytande i biståndsarbetet, som biståndsteamet kan uppnå ett helhetsperspektiv i sina biståndsbedömningar. Med detta menas att biståndsteamet måste ha en bra samverkan med varandra, med den äldre och med de anhöriga, så att samtliga av dessa parter har inflytande över biståndsbesluten. Återigen så kan undersköterskegruppen ha ett större inflytande i dialogen med sjukhuset. Men annars så har samtliga teammedlemmar ett stort inflytande under de gemensamma mötena och genom andra kommunikationsvägar. En part som varken den reguljära biståndsmodellen eller den studerade biståndsmodellen involverar i biståndsarbetet är dock de anhöriga. De anhöriga ges i den studerade kommunen ett dåligt inflytande i biståndsbedömningen. Att biståndsteamet ger de anhöriga större inflytande är en förutsättning för att uppnå ett biståndsarbete som har ett helhetsperspektiv över hela familjens livssituation (Janlöv, 2006 & Olaison, 2009).

Bolman och Deal (2012) anser även att teamets aktörer måste ges handlingsutrymme att agera självständigt. Undersköterskegruppen kan i detta avseende möjligen få en större handlingsfrihet i den direkta omsorgen i hemmet. De handlar exempelvis om att göra mindre ändringar inom biståndsbesluten utan att behöva gå igenom biståndshandläggaren eller arbetsterapeuten. Men för övrigt så har biståndsteamets olika aktörer ett stort handlingsutrymme. Biståndsteamet är även som ett kollektiv självstyrande utan någon ledning som lägger sig i det direkta biståndsarbetet.

Ur ett organisationspedagogiskt perspektiv och ett HR-perspektiv måste samtliga aktörers kompetensområden vara beslutsgrundande inför de verksamhetspåverkande beslut som tas för att organisationen ska uppnå ett helhetsperspektiv i verksamheten (Bolman och Deal, 2012). Biståndsteamet beslutar allt tillsammans genom teammöten och andra kommunikationsvägar. Biståndsteamet biståndsbeslut kan heller inte förverkligas utan att det diskuteras med den äldre först. De anhöriga kan återigen involveras bättre i biståndsbesluten. Men i sin helhet så

har den aktuella kommunen en biståndsverksamhet där samtliga aktörer har beslutsgrundande makt inom organisationen.

Det som är väldigt positivt med den studerade kommunens arbetsmodell är användandet av en undersköterskegrupp i biståndsarbetet. Den specialiserade undersköterskegruppen inom biståndsteamet ser vi har många positiva effekter på biståndsbedömningen.

Undersköterskegruppen är nyckelaktörer i behovskartläggningen av den äldre. Igenom denna undersköterskegrupp, som det reguljära biståndsarbetet av saknar, är det möjligt för biståndsteamet att närma sig målet med att uppnå en helhetssyn i sina biståndsbedömningar. Det vill säga att uppnå biståndsbeslut som utgår ifrån den äldres livssituation i sin helhet. Detta eftersom undersköterskegruppen följer den äldres utveckling varje dag, tar del utav den äldres livshistoria och får en nära kontakt med den äldre. Denna insyn i den äldres livssituation kan inte de resterande teammedlemmarna uppnå på enbart ett fåtal möten. Det är igenom undersköterskegruppen som biståndsteamet kan komma nära den äldre och verkligen bli insatta i den äldres kontaktnät, livssituation och hemmiljö, vilket inom det reguljära biståndsarbetet är problematiskt (Janlöv, 2006).

Det är även igenom undersköterskegruppen som biståndsteamet kan fånga upp psykisk ohälsa och existentiella kriser hos de äldre personerna, så att undersköterskorna kan lyfta detta med hela biståndsteamet. Att kunna hantera de äldres eventuella psykiska ohälsa och existentiella behov på ett bra sätt under biståndsarbetet är ett måste för att biståndsarbetet ska kunna sägas bedrivas efter ett helhetsperspektiv. Det är viktigt att se till att den äldres samtliga behov kommer med i arbetet, och inte bara de fysiska och medicinska behoven (Janlöv, 2006; Olaison, 2009 & Muhli, 2003). Den nya arbetsmodellen för biståndsarbetet har potentialen att uppfylla detta mål.

En annan aspekt utav arbetsmodellen som är positiv för helhetsperspektivet i biståndsbedömningarna, är uppföljningsperioden på en till tre veckor. Inom det reguljära biståndsarbetet träffar ibland biståndshandläggaren enbart den äldre en gång och handläggaren får inget stöd av någon annan i uppföljningsarbetet av biståndsbesluten (Janlöv, 2006). Undersköterskegruppen i den studera arbetsmodellen är en otroligt god stödfunktion för biståndshandläggaren i uppföljningsarbetet. Undersköterskegruppen kan följa upp den äldres föränderliga behov på ett kvalitativt sätt. Detta eftersom undersköterskorna träffar den äldre personen varje dag och kontinuerligt redogöra för den äldres utveckling till resterande teammedlemmar. Således blir hela biståndsteamet insatt i den äldres utveckling och kan korrigera biståndsbesluten efter den äldres föränderliga behov. Undersköterskegruppen blir även den äldres representant, som för den äldres direkta talan mot biståndsteamet.

8 Referenser

- Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen: genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Lund: Socialhögsk, Univ
- Bolman, L. G. Deal, T. E (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Dunér, A, Nordström, M. (2003). *Dilemman i biståndsbedömarnas yrkesutövning*. Göteborg: Göteborgsregionens kommunalförbund
- Dunér, A, Nordström, M. (2003). *Biståndshandläggningens villkor och dilemman: inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur
- Esaiasson, P. Gilljam, M. Oscarsson, H. Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Janlöv, A. C. (2006). *Participation in needs assessment of older people prior to public home help: older persons', their family members', and assessing home help officers' experiences*. Lund: Lunds universitet.
- Lindelöf, M. Rönnbäck, E. (2004). *Att fördela bistånd: om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet
- Muhli, U. H. (2003). *Att överbrygga perspektiv: en studie av behovsbedömningsamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis
- Olaison, A. (2009). *Negotiating needs: processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices*. Linköping: Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet: Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, NISAL
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen (2015). *Äldres behov i centrum*. Hämtad 2015-06-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/boendeochstod/abic>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur
- Westlund & Duckert (2012). *Salutogen handläggning: bistånd enligt SoL inom äldreomsorgen*. Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg

Bilaga 1: Intervjumall

Intervjuguiden är en komihåglapp och skall ej på något sätt ses som en direkt avspegling utav hur intervjun genomfördes.

Uppvärmningsfrågor

Vad ingår i dina arbetsuppgifter?
Vad behöver man kunna för att utföra ditt arbete?

Tematiska frågor om mötet med den vårdsökande

Hur går vanligtvis ett möte med en vårdsökande till?
I vilken sinnesstämning kan de vårdsökande vara när de träffar dig?
Vad gör du om den vårdsökande är nedstämd, tillbakadragen eller på annat sätt passiv under ert möte?

Vilka önskemål som den vårdsökande har, kan ni bevilja?
Vilka önskemål som den vårdsökande har, kan ni inte bevilja?
När du föreslår något för den vårdsökande, vad grundar och motiverar du ditt förslag med?
Behöver du argumentera med den vårdsökande då?

Tematiska frågor om andra personer som den anställde möter för/i uppdraget

Träffar du den vårdsökandes anhöriga i ditt arbete?
Påverkar de anhöriga ditt arbete med den vårdsökande?
Vilka åsikter, uppmaningar och önskemål kan du få av anhöriga?
Hur hanterar du dessa?
Om den vårdsökande och dennes anhörige vill olika saker, hur hanterar du denna situation?
Vilka arbetskollegor samarbetar du med när du utför ditt arbete?
Hur går detta samarbete till?

Finns det några andra personer inom er organisationer eller inom kommunen som påverkar ditt arbete med den vårdsökande? (ledningen, sjukhuset, hemtjänsten)
Vilka intressen och önskemål framför de?

Finns det några andra organisationer/föreningar som påverkar ditt arbete med den vårdsökande? (PRO osv)
Vilka intressen och önskemål framför de?

Påverkar kommunens policy ditt arbete med den vårdsökande på något sätt?
Hur påverkar lagstiftningen ditt arbete med den vårdsökande?
Påverkar kommunens ekonomi ditt arbete med den vårdsökande på något sätt?
(Hur förhåller du dig till dessa i ditt arbete)