



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Jag vill, men det är svårt”

- En kvalitativ studie om biståndshandläggares arbete med att tillgodose äldres psykiska behov

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
Termin: HT 2013
Författare: Sara Lund och Sophie Nyberg
Handledare: Pål Silow Wiig

Abstract

Titel: “Jag vill, men det är svårt” - En kvalitativ studie om biståndshandläggares arbete med att tillgodose äldres psykiska behov

Författare: Sara Lund och Sophie Nyberg

Nyckelord: Äldre, psykisk ohälsa, biståndshandläggare, behov

Syftet med vår studie har varit att undersöka hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen arbetar med äldres psykiska ohälsa samt hur biståndshandläggare kan tillgodose äldres psykiska behov. Vi har genomfört en kvalitativ studie där vi intervjuat fyra biståndshandläggare och två metodutvecklare. Resultatet av vårt insamlade material valde vi att analysera med hjälp av ålderism och rollteorin. Vi gjorde även en jämförelseanalys där vi gjorde jämförelser dels inom materialet men även jämförelser med tidigare forskning samt litteratur. Vår studie visar att biståndshandläggare arbetar med äldres psykiska ohälsa på olika sätt beroende på hur långt de väljer att dra sitt handlingsutrymme. Det finns olika uppfattningar om hur nära biståndshandläggaren kan gå i relationen till den äldre och det finns olika uppfattningar mellan metodutvecklarna och biståndshandläggarna till hur stor del handläggarna kan tillgodose äldres psykiska behov. Det framkommer även att biståndshandläggare uppmärksammar äldres psykiska ohälsa men att de saknar de verktyg och resurser som behövs för att tillgodose dessa behov.

Innehållsförteckning

Förord

1. Inledning	5
2. Bakgrund	5
2.1 Äldre och psykisk ohälsa	5
2.2 Socialstyrelsens allmänna råd om den äldres värdegrund	6
2.3 Problemformulering	6
2.3.1 Syfte	7
2.3.2 Frågeställningar	7
2.4 Begreppsförklaringar	7
2.4.1 Synonymer	7
2.4.2 Äldre	8
2.4.3 Psykisk ohälsa	8
2.4.4 Biståndshandläggare	8
3. Tidigare forskning och litteraturgenomgång	9
3.1 Behov, bemötande och samverkan inom äldreomsorgen	9
3.2 Biståndshandläggares handlingsutrymme och makt i handläggningen	10
3.3 Kartläggning av äldre med psykiska funktionshinder	11
3.4 Professionellas föreställningar av äldre	12
4. Teori	13
4.1 Val av teori	13
4.2 Ålderism	13
4.3 Rollteori	13
5. Etiska överväganden	15
5.1 Etiska ståndpunkter	15
5.2 Forskningsetiska principer	15
5.2.1 Informationskravet	15
5.2.2 Konfidentialiteskravet	15
5.2.3 Samtyckeskravet	16
5.2.4 Nyttjandekravet	16
6. Metod	16
6.1 Kvalitativ forskning	16
6.2 Urval	16
6.3 Intervjumetod	17
6.3.1 Kvalitativ forskningsintervju	17
6.3.2 Intervjuguide	17
6.3.3 Tillvägagångssätt vid intervjuerna	18
6.4 Tillvägagångssätt vid insamling av tidigare forskning och litteratur	19
6.5 Analysmetod	19
6.6 Tillförlitlighet och äkthet	20
6.7 Förförståelse	21

6.8 Fördelning av arbetet mellan författarna	22
7. Resultat av insamlat material	22
7.1 Biståndshandläggarnas och metodutvecklarnas erfarenheter av äldres psykiska ohälsa	22
7.2 Biståndshandläggarens roll och handlingsutrymme	23
7.3 Metodutvecklarnas roll	25
7.4 Svårigheter i arbetet med äldres psykiska ohälsa	26
7.5 Samtal	28
8. Analys	28
8.1 Biståndshandläggarnas och metodutvecklarnas olika roller	28
8.2 Metodutvecklarnas mellanroll	29
8.3 Ålderism i biståndshandläggningen	30
8.4 Biståndshandläggarnas diffusa roll	31
8.5 Metodutvecklarnas förväntningar på biståndshandläggarna	31
8.6 Psykisk ohälsa och hur den uppmärksammas eller osynliggörs	32
8.7 Biståndshandläggarens möjligheter att tillgodose behov	34
8.8 Riktlinjer och rutiner i handläggningen	36
8.9 Föreställningar och bilder av äldre	37
9. Slutsats	37
10. Avslutande diskussion	40
11. Vidare forskning	41
Referenslista	
Bilagor	

Förord

Vi vill tacka våra informanter för deras deltagande i vår undersökning och för att de delat med sig av sina erfarenheter. Vi vill också tacka vår handledare Pål Silow Wiig för sitt engagemang och för den vägledning vi fått under arbetets gång.

1. Inledning

Det som intresserat oss är hur behandling av psykisk ohälsa skiljer sig åt i olika åldersgrupper. Vi har båda tidigare erfarenheter av hur det kan arbetas med psykisk ohälsa. Genom våra olika arbetslivserfarenheter som biståndshandläggare inom äldreomsorgen och ungdomsbehandlare har vi upplevt detta olika. Vi har diskuterat varför det skiljer sig åt i behandling av psykisk ohälsa bland yngre och äldre. Vi fick då en uppfattning om att det läggs mer resurser på yngre med psykisk ohälsa än på äldre. Vi började även fundera över hur man egentligen arbetade med äldre och psykisk ohälsa och om det uppmärksammas av biståndshandläggare inom äldreomsorgen.

Äldre med psykisk ohälsa är ett område som fortfarande är eftersatt. Det saknas flera verksamheter som riktar in sig på psykiatri mot äldre. Det saknas även daglig verksamhet och boendestöd för personer som fyllt 65 år. Samtalsbehandling eller psykiatrisk expertis är resurser som de flesta personer i dagsläget inte har tillgång till efter att de fyllt 65 (Socialstyrelsen 2013-6-3).

I 4 kap 1§ socialtjänstlagen står skrivet att "Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd [...]" (SOL 4:1). Begreppet behov finns det dock ingen enhetlig definition av. Det är svårt att fastställa hur stort äldres behov av vård och omsorg är. Behov som är orsakade av avsaknad av socialt nätverk eller behov som orsakas av oro, ensamhet eller ångest är svåra att mäta (Thorslund 2011).

Vi fastnade för de behov som Thorslund beskriver som svåra att mäta. Vi började då fundera kring hur biståndshandläggarna uppmärksammade de behoven. Vi diskuterade även om det fanns fler behov som är svåra att uppmärksamma och tillgodose. Vilka resurser biståndshandläggarna har och hur dessa används för att tillgodose äldres psykiska behov var frågor vi ställde. Vi hade även en föreställning om att biståndshandläggare fokuserade mer på de fysiska behoven än på de psykiska varpå idén till vår undersökning startade.

2. Bakgrund

2.1 Äldre och psykisk ohälsa

Äldre med psykisk ohälsa kan delas in i två grupper. Det finns de som haft en sjukdom som debuterade när de var unga och det finns äldre som fått sin sjukdom i samband med sitt åldrande (Sjöström & Ekwall 2010). I samband med åldrandet ökar risken för att drabbas av psykisk ohälsa. Äldre drabbas främst av demens, depression och ångest. Demens är en sjukdom som innebär att den sjuke får försämrat minne och får också ofta en förändring av sin personlighet och sjukdomen ska inte förväxlas med åldrande. Vid en demens kan den sjuke ha beteendemässiga och psykiska symptom (Sjöström & Ekwall 2010).

Äldre med depression blir ofta underdiagnostiserade. Ålderdomen ses ibland som en del i livet då livströtthet är vanligt förekommande. Det innebär att symtomen på sjukdomen inte tas på allvar och den äldre får då ingen behandling. Depression

bland äldre kan yttra sig som en störning på minnet, vilket då kan misstas som tecken på utveckling av en demens. Depression kan också visa sig i kroppsliga uttryck som samtidigt är vanligt förekommande i ålderdomen. Vissa människor har bestående orostillstånd eller ängslighet och detta kan förvärras i ålderdomen. Ångest kan ibland samvariera med demens, förvirringstillstånd, vissa kroppsliga sjukdomar och depression (Sjöström & Ekwall 2010).

2.2 Socialstyrelsens allmänna råd om den äldres värdegrund

År 2012 släppte socialstyrelsen nya allmänna råd angående äldre och dennes värdegrund i socialt arbete. Den inriktar sig på att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande enligt 5 kap. 4 § första stycket i socialtjänstlagen. Den rör handläggningen om de insatser som beslutats enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen och riktar in sig till yrkesgrupper som biståndshandläggare, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, enhetschefer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Med denna värdegrund visar det vilka verksamhetens etiska normer och värden som ska ligga som grund för det förhållningssätt som medarbetare kan ha i arbetet med äldre. Tanken är att värdegrunden ska kunna diskuteras i arbetsgrupper för att öka möjligheterna för att äldre ska få ett värdigt liv och känna välbefinnande (Socialstyrelsen 2012-3-3).

I de allmänna råden som presenteras ska socialstyrelsens insatser vara av god kvalitet och verksamheten ska bejaka personens integritet och privatliv. Den äldre ska få känna delaktighet, vara självbestämmande och få en individanpassad omsorg. Den äldre ska få ett gott bemötande och verksamheten ska se till att den äldre ska få tid att samtala med personal och känna sig hörd. Den äldre ska även få känna ett välbefinnande och en trygghet i den insats som beviljats och personal ska se till att den äldre ska få en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (SOSFS 2012:3). Socialstyrelsen har som mål att varje enskild yrkesgrupp ska ta fram sin egen värdegrund utifrån dessa allmänna råd och nationella värdegrunder (Socialstyrelsen 2012-3-3).

2.3 Problemformulering

Socialstyrelsen har det senaste åren skrivit rapporter om psykisk ohälsa bland äldre. I en av rapporterna skriver socialstyrelsen att behovet av äldres behandling av psykisk ohälsa är minst lika stort som bland yngre åldersgrupper men trots det får inte äldre personer i lika stor utsträckning den behandling de behöver. Det finns också en teori om att äldre ofta vårdas i fel sammanhang än vad de borde och där kunskapen inom området psykisk ohälsa är vag (Socialstyrelsen 2013-6-22). Detta är något som även Kristiina Heikkilä skriver om. Heikkilä jämför barnomsorgen med äldreomsorgen och beskriver vikten av att personalen inom barnomsorgen ska ha utbildning inom pedagogik eller barnomsorg. Inom äldreomsorgen däremot anställs fortfarande många utan någon utbildning. Heikkilä skriver att det kan bero på den västerländska världens fokus på individualism och att äldre inte respekteras i lika hög utsträckning som i andra delar av världen (Heikkilä 2010).

I ytterligare en rapport skriver socialstyrelsen att symtom, vid till exempel depression, oftast ser annorlunda ut än yngres vilket ställer andra krav på en psykiatrisk diagnos. Vidare skrivs att det är vanligt att äldre med psykisk ohälsa

återfinns inom äldreomsorgen där det sällan finns psykiatrisk kompetens och detta kan göra det svårare att upptäcka psykisk ohälsa bland brukarna. Även de som uppmärksammas med psykisk ohälsa som nedstämdhet och ångest söker sällan hjälp. Detta kan bero på en allmän föreställning om att oro och nedstämdhet hör till ålderstecken (Socialstyrelsen 2013-6-3). Bland äldre i befolkningen beskriver 27 procent kvinnor och 14 procent män att de har problem med oro, ångslan eller ångest. Det är även ungefär 20 procent av äldre som är deprimerade och 45 procent av de som är över 85 år har någon form av kognitiva problem. Detta visar att psykisk ohälsa bland äldre är ett utbrett problem (Sjöström & Ekwall 2010).

Det kan vara svårt att få en helhetsbild av vårdbehovet hos äldre med psykisk ohälsa. Äldreomsorgen, primärvården och psykiatrin är alla aktörer i äldres vård vilket innebär att samarbetet mellan de olika parterna är viktigt. Även samordningen av äldre personers psykiatriska och somatiska vård är av stor vikt för att tillgodose den äldres hela behovsområde (Sjöström & Ekwall 2010).

Med det här i beaktande fann vi det intressant att undersöka vad biståndshandläggare har för roll i arbetet med äldres psykiska ohälsa. Det beskrivs att det kan vara svårt att upptäcka psykisk ohälsa bland äldre och att det är ett utbrett problem. Vi ville då undersöka vad biståndshandläggarna har för möjligheter att arbeta med äldres psykiska ohälsa.

2.3.1 Syfte

Syftet med vår undersökning är att ta reda på hur biståndshandläggare inom äldreomsorgen arbetar med äldres psykiska ohälsa genom att undersöka hur biståndshandläggare och metodutvecklare kommer i kontakt med psykisk ohälsa utifrån deras olika roller. Vårt fokus med undersökningen är att ta reda på hur biståndshandläggarna kan tillgodose äldres psykiska behov och hur handläggarna använder sig av sitt handlingsutrymme.

2.3.2 Frågeställningar

Hur anser biståndshandläggarna och metodutvecklarna att biståndshandläggarna kan tillgodose äldres psykiska behov?

Hur arbetar biståndshandläggare utifrån deras arbetsområde med äldres psykiska ohälsa?

Hur kommer metodutvecklarna i kontakt med äldres psykiska ohälsa utifrån deras arbetsområde?

2.4 Begreppsförklaringar

2.4.1 Synonymer

Genomgående i uppsatsen har vi ett antal begrepp som behöver förklaras. Vi har även valt att använda vissa begrepp som synonymer till varandra. I texten har vi valt begreppet informanter och intervjupersoner som båda är två begrepp som syftar till de personer vi intervjuat. När vi nämner handläggare i texten syftar vi endast till biståndshandläggare. Nedan gör vi en tydligare förklaring av de begrepp som vi tycker är relevant för läsaren att känna till.

2.4.2 Äldre

Ett vanligt sätt att definiera ålder är genom den kronologiska åldern, en siffra som bestämmer hur länge någon har levt. Många anser att den kronologiska åldern kan vara ett för hårt draget begrepp, hur en person åldras behöver inte vara relaterat till den egentliga åldern. Andra menar att det är naturligt att dra en gräns vid 65 års ålder eftersom det är då en person oftast lämnar arbetslivet och går från medelålder till äldre (Kristensson & Jakobsson 2010). Vi har valt att avgränsa oss till personer som fyllt 65 år och uppåt i denna uppsats. Anledningen till det beror på att våra informanter arbetar inom äldreomsorgen som riktar sig till personer över 65 år. Vi har alltså valt att definiera äldre efter den kronologiska åldern men som en följd av hur organisationen ser ut.

2.4.3 Psykisk ohälsa

Enligt Johan Cullberg är begreppet psykisk ohälsa flytande och ofta svårt att definiera (Cullberg 2003). Psykisk ohälsa behöver inte alltid vara samma sak som att ha en psykisk sjukdom som kan kräva specialistvård. Det kan bland annat vara sorg, nedstämdhet och ensamhet. Det kan finnas många föreställningar om hur en person som lider av psykisk ohälsa ser ut och beter sig. Många föreställningar kan vara en person som är utåtagerande, farlig eller butter vilket inte alltid stämmer in på verkligheten (Rolfner Suvanto 2013).

Sveriges kommun och landsting har valt att beskriva begreppet på ett sätt. Psykiska besvär och psykisk sjukdom är två termer som beskrivs under begreppet psykisk ohälsa. Nedstämdhet, oro, ångest eller sömnsvårigheter är ofta olika symtom på psykiska besvär och psykisk obalans. De olika besvären kan ibland påverka funktionsförmågan hos personen men symtomen behöver inte alltid vara så omfattande att det kan sättas en diagnos. Många gånger kan de psykiska besvären också bero på en livssituation som är påfrestande. När funktionsnedsättningen eller symtomen är mer omfattande kan det röra sig om en psykisk sjukdom som förutsätter en diagnos. Däremot ska man akta sig för att förklara något som sjukt eftersom symtom för psykisk ohälsa även kan uttrycka sig som normala reaktioner i livet (Sveriges Kommun och Landsting 2012). Som vi skrivit ovan pratar Cullberg om begreppet psykisk ohälsa som flytande. Vi har valt att inte definiera begreppet psykisk ohälsa. Vi vill att våra informanter ska prata fritt om vilken typ av psykisk ohälsa de möter i deras yrke.

2.4.4 Biståndshandläggare

Biståndshandläggare arbetar med att utreda och bedöma behov för att kunna fatta beslut. Handläggarens roll är att ta emot ansökningar och utreda behov samt utreda hur dessa kan tillgodoses. Därefter fattas ett beslut. Handläggarens uppdrag har sin utgångspunkt i socialtjänstlagen, men handläggaren berörs även av förvaltningslagen, sekretesslagen, kommunallagen. Den enskildes rätt till bistånd regleras efter 4 kap 1§ första kapitlet socialtjänstlagen (Rönnbäck 2011).

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. (SOL 4:1)

Ett ärende blir till genom att den enskilde lämnar in en ansökan. Ärendet kan också bli till genom en anmälan från andra eller så kommer ärendet till på annat sätt, vilket exempelvis skulle kunna vara en begäran om ett yttrande. Den enskilde kan ansöka om vad den vill, det finns inga begränsningar enligt socialtjänstlagen. När handläggaren har utrett individens hjälpbehov ska insatser som svarar mot detta behov beviljas. Det är organisationen som ska anpassas efter individens behov, men det är inte ovanligt att det är individens behov som får anpassas efter hur organisationen ser ut (Rönnbäck 2011).

3. Tidigare forskning och litteraturgenomgång

Vi har valt att använda litteratur av Susanne Rolfner Suvanto för att den behandlar ämnena äldre med psykisk ohälsa samt hur det kan arbetas med detta (Rolfner Suvanto 2013). Med Rolfner Suvantos text vill se om vi kan jämföra och styrka vårt resultat. Vi vill även se hur biståndshandläggarna i vår undersökning använder sig av sitt handlingsutrymme för att kunna tillgodose äldres psykiska behov. Vi har då valt att presentera Anna Dunérs avhandling eftersom den behandlar biståndshandläggares handlingsutrymme och hur de kan tillgodose äldres behov (Dunér 2007). Stockholms stads Utrednings- och Statistikkontor har gjort en undersökning som belyser vad äldre med psykisk funktionsnedsättning har för behov och vad det finns för insatser att tillgå (USK 2009:5). Den här undersökningen har fokus på psykiska funktionsnedsättningar och vi ville se om resultaten liknar eller skiljer sig från vår studie som behandlar psykisk ohälsa. Vi vill även presentera Todd D. Nelsons studie om professionellas föreställningar av äldre (Nelson 2005). Studien lyfter bland annat läkare och psykologers syn på äldre, därför tycker vi det vore intressant att se om hans resultat går att känna igen i vår studie då vi intervjuar biståndshandläggare.

3.1 Behov, bemötande och samverkan inom äldreomsorgen

“Mellan äldreomsorg och psykiatri- om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa” är en bok som riktar sig till de som arbetar eller ska arbeta med äldre på olika sätt inom äldreomsorgen. Syftet är att ge en överblick över hela området psykisk ohälsa bland äldre och hur man kan möta det i sitt arbete. Boken behandlar ämnena psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa som bland annat bygger på utvald forskning. Den lyfter också fram att det finns behov som utmanar mer än andra och på vilket sätt professionella ska bemöta och behandla den äldre med olika symtom på psykisk ohälsa (Rolfner Suvanto 2013).

Äldre är inte en homogen grupp vilket Susanne Rolfner Suvanto påpekar i inledningen. Bara för att man blir äldre förändras inte personligheten hos en individ vilket ibland kan vara en vanlig föreställning när man talar om äldre. Att vara gammal och ledsen är också en myt som finns kvar bland många vilket inte behöver stämma överens med verkligheten. Det kan också leda till att äldre med någon form av psykisk ohälsa osynliggörs och inte får den hjälp den behöver (Rolfner Suvanto 2013).

Rolfner Suvanto tar också upp hur de olika psykiska tillstånd som depression,

ångest, demens, psykos och bipolära sjukdomar kan behandlas och bemötas. Oavsett vilken typ av psykisk ohälsa någon har måste man bejaka det faktum att personen åldras och att det också kan påverka symtom och symtombilder. Det är inte helt ovanligt att äldre söker till primärvården och klagar på värk när det i själva verket är det psykiska tillståndet som är orsaken (Rolfner Suvanto 2013).

Rolfner Suvanto skriver att det inte är ovanligt att omgivning eller personal upplever aggressivitet, vanföreställningar och oro som ett problem. Författaren menar att istället för att fokusera på problemet och istället se till behovet kan det göra det enklare för att lösa situationen. Att försöka förstå varför en person är eller gör på ett visst sätt kan göra att vi ser till den enskildas behov istället för att bara fokusera på det som ett problem. Det viktiga vid ett möte med människor som lider av någon form av psykiska besvär är att våga lyssna. Det är så trygghet men också tillit skapas till en annan människa men också att man visar intresse för den äldre och vad den har att säga (Rolfner Suvanto 2013).

Ett annat ämne som berörs handlar om vad det är för faktorer som styr insatser inom äldreomsorgen. Här lyfter författaren upp svårigheterna med att det finns en tydlig uppdelning mellan landsting och kommun. Landstinget har hand om hälso- och sjukvårdsinsatserna därav också behandling medan kommunen har ansvar för sysselsättning, boende och boendestöd oavsett hur behovet hos den äldre ser ut. På grund av den tydliga uppdelningen kan det orsaka att klienter hamnar mellan stolarna och kanske inte alltid får de stöd den behöver inom äldreomsorgen eller vice versa. Detta beskrivs också som en av svårigheterna vad gäller biståndsbeslut (Rolfner Suvanto 2013).

Vid en biståndsbedömning är det relativt vanligt att psykisk ohälsa inte uppmärksammas av handläggaren. Den praktiska hjälpen, bland annat i hushållet eller hjälp med förflyttningar prioriteras istället. Depression som är en väldigt vanlig diagnos bland äldre härledde inte heller till att den äldre skulle få ökat stöd (Rolfner Suvanto 2013).

För att främja och möta en person med psykisk ohälsa är det viktigt att personen får en trygg tillvaro och flexibla insatser. Många gånger kan det vara så att personer med psykisk ohälsa upplevs som mer besvärliga av personal eftersom måendet kan variera från dag till dag. Många dagar kan det krävas mer motivation och tid än andra dagar. En annan viktig del är också att den äldre ska få hjälp med att: "[...] ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra" (Rolfner Suvanto 2013, sid. 69). Därav kan psykosociala insatser vara av stor vikt många gånger. Däremot skriver Rolfner Suvanto att äldre kan ramla mellan stolarna. Det visade sig att äldre med psykiska funktionshinder inte längre fått delta i vissa aktiviteter efter det att de fyllt 65 år. Genom att på ett eller annat sätt ha en sysselsättning vare sig det är i form av aktiviteter eller träffpunkter så kan det ge en positiv inverkan på den psykiska hälsan och därför är det olyckligt att en äldre ska sätta stopp för det menar Rolfner Suvanto (Rolfner Suvanto 2013).

3.2 Biståndshandläggares handlingsutrymme och makt i handläggningen

I Anna Dunérs avhandling "To maintain control" står skrivet att biståndshandläggares handlingsutrymme är av stor vikt för att de ska kunna utföra sitt

yrke. Dunér beskriver att det finns olika sätt att skapa detta utrymme. Det ena är att lagar och riktlinjer som finns inom organisationen ibland kan vara både motsägelsefulla och otydliga. Det innebär att handläggarna använder sig av sina personliga tolkningar av vilka riktlinjer som ska följas. En annan anledning kan vara att handläggarna möter olika människor med olika behov vilket gör att arbetet blir oförutsägbart. Det blir då svårt att ha riktlinjer som innefattar allt. Det har gjorts att handläggningen har formats efter att biståndshandläggarna ska kunna använda sig av sin professionella expertis och sitt personliga omdöme vid handläggningen. Dunér skriver att det går att se detta på två sätt. Det ena är att biståndshandläggarnas handlingsutrymme skapas utifrån att de behöver tolka de lagar och riktlinjer som ska följas. Det andra är att deras handlingsutrymme begränsas av de lagar och riktlinjer som finns men även organisationens ekonomiska läge och strukturella makt (Dunér 2007).

Vidare skriver Dunér att alla biståndshandläggare på ett eller annat sätt använder sig av makt. Hur den makten yttrar sig i handläggningen säger Dunér kan bero på hur relationen till den äldre är, vilka riktlinjer som ska tas hänsyn till, vilka lagar som ska följas och handläggarens personliga omdöme. Handläggarna kan använda sig av avsiktlig makt eller strukturell makt. När de använder sig av avsiktlig makt används tidigare kunskaper och erfarenheter. De kan då välja vilken information som är värd att ge till den äldre och dennes anhöriga utifrån den kunskap de besitter. När handläggarna använder sig av strukturell makt innebär det den makt som finns inom verksamheten. Alltså det lagar och riktlinjer handläggarna har till sitt förfogande när de gör sina bedömningar (Dunér 2007).

Slutsatsen i Dunérs rapport visar att biståndshandläggare både har krav och förväntningar på att de ska kunna utföra sina uppgifter. Den visar även på att handläggarna anpassar äldres behov till de insatser som handläggarna presenterar för dem. Dunér skriver i rapporten att när handläggarna bedömer att en person inte behöver hjälp bygger det på att den äldre inte passar innanför ramen för vad äldreomsorgen kan erbjuda. Eller för att de tycker att personen kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt, exempelvis från anhöriga. Detta kallar Dunér för strukturell makt, då lagar och riktlinjer får styra handläggarens handlingsutrymme. Det kan betyda att äldre inte får den hjälp de behöver (Dunér 2007).

Dunér skriver att det finns en strävan att biståndshandläggare ska ha gemensamma riktlinjer för det arbete som utförs. Dunér skriver att det kan vara positivt för organisationen med tydliga riktlinjer och att det kan bli en annan säkerhet på beslutsfattandet. Det behöver däremot inte betyda att det är positivt för den enskilda individen. Det kan betyda att biståndet inte anpassas efter den äldres behov utan att de ska gå innanför ramen av det riktlinjerna kräver. Att ingripa i den äldres liv är enklare att göra om den bygger på de riktlinjer som organisationen innefattar och inte på handläggarens professionella expertis vilket då blir svårare att bevisa (Dunér 2007).

3.3 Undersökning av äldre med psykiska funktionshinder

Stockholms stads Utrednings- och Statistikkontor, USK, har tillsammans med Äldrecentrum gjort en undersökning av omsorgstagare med psykiska funktionshinder inom äldreomsorgen. Syftet med forskningen var att synliggöra de behov den enskilde har samt de insatser som äldreomsorgen kan erbjuda. Material till

undersökningen inhämtades från biståndshandläggare genom enkäter samt med hjälp av intervjuer med personal inom äldreomsorgen, brukare, företrädare för landstinget samt brukar- och anhörigorganisationer (USK 2009:5).

För att få fram vilka ytterligare typer av insatser som den enskilde kan vara i behov av jämfördes behov av insatser med nuvarande insatser som den enskilde hade. Gruppen psykiskt funktionshindrade har skiftande sjukdomsbilder och symptom. Förekomsten av psykiskt funktionshinder kan vara svåra att förstå vid ett första möte. Resultatet av undersökningen visar bland annat att personalen inom äldreomsorgen har erfarenheter av att äldre med psykiska funktionshinder har behov av stöd i vardagen, förutom eventuellt stöd i form av personlig omsorg eller service. Undersökningen visar att det är en majoritet inom den här gruppen som har insatser från äldreomsorgen som inte är anpassade efter brukarnas behov. Det finns en önskan från biståndshandläggarna att insatserna i större utsträckningen ska vara inriktade mot psykiska funktionshinder. I vissa stadsdelar finns hemtjänstgrupper som är inriktade mot äldre med psykiska funktionshinder. Forskningen visar att det finns en efterfrågan om att riktlinjerna för äldreomsorgen ska specificeras mer angående psykiskt funktionshindrade (USK 2009:5).

De flesta äldre med psykiska funktionsnedsättningar har gått över från socialpsykiatri till äldreomsorgen vid 65 års ålder. Den här övergången går till på olika sätt i olika stadsdelar och vilka insatser som erbjuds kan också skilja sig åt. I vissa stadsdelar är det t ex så att insatsen boendestöd försvinner (USK 2009:5).

Äldre som är i behov att bryta isolering eller behöver hjälp med att strukturera sin vardag kan vara i behov av olika kontaktskapande verksamheter. För att en person ska ta sig till t ex dagverksamhet eller träfflokal krävs ibland motivationsarbete. Personen behöver stöttning för att komma iväg och utan detta motivationsarbete kanske personen inte kommer till dagsverksamheten eller träfflokalen (USK 2009:5)

3.4 Professionellas föreställningar av äldre

I sin artikel skriver Todd D. Nelson om hur terapeuter, psykologer och läkare har stereotypa föreställningar om äldre personer. Nelson påpekar att man kan tro att de, vars jobb är att hjälpa äldre personer, inte har fördomar om äldre. De studier som Nelson presenterar i sin artikel visar att stereotypa föreställningar och fördomarna mot äldre finns bland flera olika yrkeskategorier (Nelson 2005).

En studie visar att läkare har en negativ stereotyp bild av äldre patienter. Äldre patienter ses ofta som deprimerade och senila. Läkarna kan känna meningslöshet över behandling av den äldre och kan till och med känna att den äldre inte går att behandla. En annan studie visar att läkare har en uppfattning om att sjukdomar kan höra ihop med åldrande och att dessa sjukdomar då ses som en naturlig del av den process som åldrandet innebär. Då åldrandet inte går att hindra är det heller ingen idé att lägga för mycket fokus på sjukdomar som medföljer åldrandet (Nelson 2005).

Studien visar att även psykologer och terapeuter har stereotypa föreställningar av äldre personer som de behandlar. Vissa terapeuter har uppfattningen att problem

bland äldre är mindre allvarliga än när likartade problem ter sig hos yngre personer. En studie visade att vid behandling av depression var det större sannolikhet att en psykiatriker rekommenderade den äldre medicinbehandling istället för psykoterapi. Nelson påpekar att det är svårt att säga hur mycket fördomar och stereotypa bilder de professionella har mot äldre. Nelson menar att metodologiska svårigheter i studier samt att studiernas resultat visar olika resultat gällande ålderism gör det svårt att säga hur stor eller utbredd de professionellas stereotypa bilder eller förutfattade meningar är mot de äldre (Nelson 2005).

4. Teori

4.1 Val av teori

Vi har valt att använda oss av rollteorin och begreppet ålderism för att försöka se vårt insamlade material genom olika perspektiv. Det är med hjälp av de olika begrepp vi valt ut från rollteorin samt begreppet ålderism som vi vill försöka förstå materialet i en analys.

4.2 Ålderism

Ålderism är ett begrepp som är vanligt förekommande inom gerontologisk forskning. Begreppet handlar om en fördomsfull och negativ uppfattning, men också fördomsfull och negativ behandling av äldre (Heikkilä 2010) För att tala om ålderism måste man beröra begreppen fördomar, stereotyper och diskriminering. En fördom är kopplad till affekt eller känsla, medan stereotyper bygger på okunnighet. Stereotyper innebär att enskilda individer tillskrivs alla de karakteristiska egenskaper som gruppen har tillskrivits. Individen behandlas därefter utan hänsyn till individens individuella förmågor. Ålderism kan definieras som stereotypa förställningar eller fördomar som bygger på en individs ålder och som kan leda till diskriminering (Andersson 2008).

Ålderism har beskrivits på olika sätt och det finns flera definitioner. Vissa definitioner avser endast äldre och andra avser samtliga åldrar. Vi har här valt att fokusera på äldre. Ålderism kan beskrivas som fördomar och stereotyper om äldre som enbart bygger på deras ålder. Äldre kan ses som en bestämd och underlägsen grupp som består av människor som levt ett bestämt antal år. Ålderism handlar om fördomar och diskrimineringar som bygger på idéer om att åldrande gör individer mindre intelligenta, mindre attraktiva, mindre sexuella och mindre produktiva (Andersson 2008). Även Håkan Jönsson skriver i sin bok "Ålderdom som samhällsproblem" att det finns tendenser till att se äldre som en homogen grupp när man ser till begreppet ålderism. Det gör man även fast äldre, som vilka andra människor som helst, tillhör andra kategorier som bland annat klass, kön och etnicitet. Bara för att en kvinna bli äldre slutar denne inte att vara kvinna menar Jönsson (Jönsson 2002).

4.3 Rollteori

Malcolm Payne förklarar rollteorin som en teori vars begrepp kommer från gränsområdet mellan psykologin och sociologin. Det centrala i rollteorin är begreppet *roll*. Rollteorin handlar om individers samspel med andra och hur de

reagerar på ett visst sätt som ett resultat av individers *förväntningar* och tolkningar (Payne 2010).

Individer och grupper handlar i samspelet med andra. Beteendet hos individer eller grupper bestäms dels av normer, men också av förväntningar på den roll individen har. Normerna och rollförväntningarna bestäms i sin tur av det sociala systemet. Gruppen är betydande för hur individen uppfattar sig själv. Detta sker genom bekräftelse, roller och positioner inom gruppen (Nilsson 2000). Vissa menar att det är rollen som styr individen helt och hållet. Andra menar att rollen har ramar som individen själv kan fylla med beteenden (Repstad 2009).

Rollen består av en viss uppsättning normer och förväntningar som bestämmer hur individen ska bete i en viss social position. En viss roll har samma normer för regler och uppförande oavsett vem som innehar rollen. I situationer där människor är beroende av att kunna samarbeta med varandra kan rollerna få stor betydelse. På en arbetsplats till exempel kan det vara viktigt att alla inblandade kan lita på att samtliga uppfyller det som ingår i deras roller. Det handlar om att alla individer på arbetsplatsen ska utföra det som förväntas av dem (Repstad 2009).

Den process som gör att en individ växer in i en roll kallas för socialisering. Processen innebär att individen tar till sig de normer och förväntningar som krävs för att individen ska fungera i samhället. Det går att skilja mellan två olika typer av socialisering. *Pragmatisk anpassning* innebär att individen utför de uppgifter som hör till rollen för att undvika att bryta mot de förväntningar som finns. En annan typ av socialisering är *internaliserat rollbeteende*, vilket innebär att individen bejakar rollens beteende subjektivt. Vid internalisering anser individen att uppgiften borde utföras på bästa möjliga sätt, då individens anser att dennes uppgift är viktig (Repstad 2009).

Ibland är det svårt att veta var gränsen för en roll går. Det innebär då att individen har en *diffus roll* och den kan vara svår att hantera. En klient kan till exempel ha förväntningar att kunna få råd kring något som den professionella inte känner sig kompetent till. Det blir en förväntning som individen har svårt att uppfylla (Repstad 2009).

Erving Goffman talar också om olika roller och han pratar om samhället som en teaterscen. Där det försegår ett spel med *aktörer*, publik, *masker*, manus och regi, *scen* och *kulisser*. Samhället är en scen och det är i samspelet med andra som vi försöker styra andras uppfattningar av oss (Carle et al 2008). Goffman menar att när aktören befinner sig i kulisserna kan man vara sig själv. Där sänker aktörerna garderna och förbereder sitt agerande inför andra aktörer. Maskerna beskriver Goffman som en del av vår yttre identitet och den styr handlingarna på scenen och i skådespelet. Bakom masken beskriver Goffman att illusioner, tankar och drömmar kommer fram (Nilsson 2000).

5. Etiska överväganden

5.1 Etiska ståndpunkter

Det finns olika etiska ståndpunkter som en forskare kan välja att ta skriver Alan Bryman. Vi har valt att gå en mellanväg mellan två olika ståndpunkter som Bryman lyfter i boken "Samhällsvetenskapliga metoder". Den ena är universalism och den andra är situationsbetingad etik. Universalismen syftar till att forskaren inte får bryta mot någon etisk regel. Detta upplever vi är något som inte är möjligt hur mycket vi än skulle vilja. Även Bryman skriver att nästan alla undersökningar är etiskt tvivelaktiga på ett eller annat sätt. Därav har vi valt att gå en mellanväg där vi tror att vi kan ha en viss dold observation även om vi inte tänkt på det. Bryman skriver vidare att forskaren många gånger inte har något annat val än att bryta mot en regel för att kunna studera det intressanta (Bryman 2011). När vi utfört vår studie både innan, under och efter har vi försökt tänka på allt det som rör de fyra forskningsetiska principerna.

5.2 Forskningsetiska principer

I vår uppsats har vi utgått från vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Principerna är till syfte för intervjuaren och informanten för att ge exempel på de normer som råder i relationen dem emellan. Om det senare skulle uppstå en konflikt kan någon av parterna gå tillbaka till de fyra formerna av forskningsetiska principer för att se vad forskaren har tänkt på och hur denne har gjort i sin undersökning. De är däremot inte till för att ta bort forskarens ansvar utan mer ge riktlinjer och vägleda forskaren i dennes bedömningar. De fyra huvudkraven inom forskningen är informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2008).

5.2.1 Informationskravet

Informationskravet syftar till att informanten ska få till sig den information om vad det innebär att ställa upp i vår studie. Här valde vi att i förhand skicka ut ett informationsbrev (se bilaga 1) till samtliga informanter. I brevet beskriver vi grunden för uppsatsen och syftet med vår undersökning. Vi tar också upp till vilket ändamål intervjun kommer användas, att alla frågor inte behöver besvaras och att informanten får avbryta intervjun när denne vill. Vetenskapsrådet skriver vikten av att nämna sådant som informanten kan ta skada av eller att sådant denne kan känna obehag för redovisas (Vetenskapsrådet 2008). Det gjorde vi genom att säga att inspelningen av intervjun är frivillig. Informanterna fick även information om att de kommer bli avidentifierade och att ingen information kommer härledas tillbaka till dem. Vi informerade också om att vår uppsats kommer offentliggöras och publiceras elektroniskt.

5.2.2 Konfidentialitetskravet

Med konfidentialitetskravet menas att personuppgifter om informanter ska förvaras så att obehöriga inte kan komma åt det (Bryman 2011). Om uppgifterna kan identifieras på något sätt bör de uppgifterna antecknas lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att informanterna inte kan bli igenkända av utomstående. Med avrapportering menas att både skriftlig och muntlig publicering inte får avslöja några uppgifter om enskilda informanter (Vetenskapsrådet 2008). Vi har valt att inte nämna våra informanter vid namn,

kön eller ålder. Under uppsatsens gång har vi inte fört några anteckningar där vi kan avslöja något som kan härleda tillbaka till våra informanter, vilket vi inte heller gjort i rapporten.

5.2.3 Samtyckeskravet

Informanternas medverkan ska vara helt frivillig och informanten ska själv få bestämma över sitt deltagande (Bryman 2011). Vi valde att ha ett muntligt samtycke med våra informanter. Vi informerade också att de när som helst fick avsluta intervjun eller avböja att svara på våra frågor. I vårt informationsbrev skrev vi att informanterna kommer få ta del av resultatet av vår undersökning. En av informanterna hade även en önskan att ha en kommunikering efter intervjun. Intervjupersonen vill se om det som sagts under intervjun uppfattats rätt av oss. I och med det möter vi den informantens önskan och därav låter vi informanten utforma sin egen medverkan och utforma egna villkor (Vetenskapsrådet 2008). Det fanns även två informanter som ville genomföra intervjun tillsammans, vilket gjorde att vi bestämde oss för att göra en gruppintervju.

5.2.4 Nyttjandekravet

Materialet och intervjupersonernas uppgifter ska endast användas för forskningens ändamål (Bryman 2011). Vetenskapsrådet skriver att uppgifterna som kommit in inte får användas i något annat sammanhang än i forskningen. Det får inte heller användas i syfte att besluta om åtgärder som kan påverka den enskilda informanten (Vetenskapsrådet 2008). I informationsbrevet som informanterna fått ta del av skriver vi att vi endast kommer att använda det infångade materialet i det ändamål som vår forskning innebär.

6. Metod

6.1 Kvalitativ forskning

Vi har valt att genomföra en kvalitativ studie där vi liksom Bryman skriver, vill lägga fokus på informanternas egna uppfattningar och upplevelser för att sedan försöka tolka dessa i en analys. Vi kommer inte intressera oss för generaliseringar eller siffror utan istället för orden och dess betydelse. Vi vill försöka förstå våra informanternas verklighet och hur de tolkar den verklighet de befinner sig i. Bryman beskriver det som vanligt att kvalitativa forskare använder sig av flera olika metoder och källor i sin forskning vilket kan göra det komplicerat. Den kvalitativa forskningen kan därmed ha olika delar i samma studie vilket kan göra det svårt att definiera vad kvalitativ forskning är (Bryman 2011). Vi har därför valt att nedan beskriva hur vi har valt att genomföra vår kvalitativa undersökning.

6.2 Urval

För att genomföra vår undersökning valde vi att intervjua fyra boståndshandläggare inom äldreomsorgen från två olika kommuner. Vårt syfte är att ta reda på hur boståndshandläggare arbetar med äldres psykiska ohälsa. Därför blev det även aktuellt att intervjua två metodutvecklare om hur de ser på boståndshandläggarnas arbete med äldre och psykisk ohälsa och hur de kommer i kontakt med det.

I val av informanter har vi använt oss av ett bekvämlighetsurval. De personer som funnits tillgängliga för oss har blivit vårt urval. Bekvämlighetsurvalet visar inte vilken population som informanterna är representativa för, men det stör inte vår undersökning då vi ej är ute efter att generalisera (Bryman 2011). För att få tag på informanter vände vi oss till enhetschefer på olika enheter. Vid ett tillfälle valde vi att kontakta en metodutvecklare, som i sin tur ställde förfrågan till arbetsgruppen efter att ha talat med enhetschefen. Vi vände oss bland annat till en före detta arbetsplats. Vi ställde förfrågan via mail samt telefon och fick positiva svar från två biståndsenheter, varav den ena var den före detta arbetsplatsen. Från en biståndsenhet fick vi svar från två biståndshandläggare som ville ställa upp på intervjuer. Vid en annan biståndsenhet ville två biståndshandläggare samt två metodutvecklare ställa upp på intervjuer. Totalt sex informanter ställde upp på intervjuer och deras svar utgör materialet i vår undersökning.

6.3 Intervjumetod

6.3.1 Kvalitativ forskningsintervju

Syftet med kvalitativa intervjuer är att ta del av beskrivningar från den enskildes livsvärld. Syftet med denna typ av intervju är också att i någon mån förstå innebörden av det intervjupersonen talar om. (Kvale 2001). I vår studie har vi valt att inspireras av den kvalitativa intervjuformen. Anledningen var att vi inte ville att vårt tillvägagångssätt skulle vara strukturerat. Bryman skriver att kvalitativa intervjuer ofta används för att låta informantens ståndpunkter och dennes upplevelser om vad som är relevant komma fram. Det innebär också att ordningsföljden på frågorna kan varieras och forskaren kan avvika från intervjuguiden för att låta informanten svara på det som denne tycker är relevant (Bryman 2011).

Vi har totalt genomfört fem intervjuer. En gruppintervju där två metodutvecklare intervjuades och fyra enskilda intervjuer med biståndshandläggare. Vi har intresserat oss för vad informanterna upplever och vad de säger om sitt arbete. Detta har vi gjort för att sedan kunna tolka det som framkommer under intervjuerna. Kvale skriver att forskaren ska beskriva vad informanten säger och skriva ner dessa i centrala teman för att sedan försöka förstå vad som sägs (Kvale 2001).

Med den kvalitativa forskningsintervjun är syftet att ta reda på hur det kan vara. Intervjun är inte strängt strukturerad, men inte heller helt icke-styrande (Kvale 2001). Vi valde att följa en intervjuguide som vi strukturerat i förväg men vi valde också att kunna avvika från de strukturerade frågorna för att få informanterna att utveckla sina svar. De följdfrågor vi haft har därav skiljt sig åt mellan intervjuerna. Vi har också valt att i vissa intervjuer stryka frågor som vi uppfattat att informanten redan besvarat. Bryman beskriver den kvalitativa intervjun som flexibel för att ge intervjupersonerna själva möjlighet att utforma sina svar (Bryman 2011).

6.3.2 Intervjuguide

Med hjälp av vår intervjuguide ville vi höra vad intervjupersonen vet, tänker och tror. När vi skrivit intervjufrågorna har vi tänkt på vad vi behöver få veta för att

kunna besvara vår frågeställning. Frågorna vi ville ställa rörde de ämnen och teman som vi är intresserade av utifrån informanternas perspektiv (Bryman 2011).

Vi har gjort fyra enskilda intervjuer med biståndshandläggare. Till dessa intervjuer hade vi gjort en intervjuguide (se bilaga 3) med nio frågor med vissa underfrågor. Som Bryman skriver bör man utgå från undersökningens syfte och frågeställning då man skapar intervjuguiden (Bryman 2011). Vi ställde frågor för att få informanterna att tala om deras arbete i förhållande till äldre och psykisk ohälsa. Vi har även gjort en gruppintervju där vi intervjuat två metodutvecklare tillsammans. För att skriva en intervjuguide (se bilaga 2) till detta tillfälle utgick vi från guiden vi skapat till biståndshandläggarna. Vi skrev om frågorna så att metodutvecklarna fick beskriva hur de såg på biståndshandläggarnas arbete och möjligheter.

Bryman beskriver hur man kan skilja på olika slags frågor. Ett sätt är att dela upp dem i inledande öppna frågor, mellanliggande frågor samt avslutande frågor (Bryman 2011). I våra intervjuguiden har vi blandat inledande öppna frågor och mellanliggande frågor. Vi har frågor som rör hur något ser ut eller fungerar i arbetet och sedan har vi frågor om hur det upplevs eller vad informanten tycker om något. De olika typerna av frågor överlappar varandra. Steinar Kvale skiljer mellan sju typer av frågor. Vi har använt oss av några av de frågor Kvale skriver om. Inledande frågor har vi använt för att få informanterna att beskriva eller berätta om något. Med hjälp av uppföljningsfrågor eller sonderade frågor kan man få informanten att säga något mer om ämnet eller ge exempel. Efter att intervjupersonen fått ge sin individuella beskrivning om det valda ämnet har vi ibland ställt direkta eller specificerade frågor. Det gjorde vi för att få en mer precis beskrivning och för att kunna ta del av hur informanten tänker (Kvale 2001).

6.3.3 Tillvägagångssätt vid intervjuerna

Kvale påpekar att den intervjuade bör få en bakgrund till den intervju som denne ställer upp på. Sådant som till exempel syfte med undersökningen och användning av bandspelare bör tas upp innan intervjun startar. Den som intervjuar skall också ge intervjupersonen möjlighet att ställa frågor (Kvale 2001). Innan intervjuerna startade gick vi igenom syfte och frågeställning, men även etik, frivillighet och anonymisering. Vi klargjorde vem som skulle ställa frågor och vem som skulle ta anteckningar. Vi frågade om inspelning godkändes av intervjupersonen och denne fick ställa eventuella frågor till oss. Vi valde att genomföra samtliga intervjuer på informanternas arbetsplats, vilket vi tror kan ha bidragit till en positiv känsla för de intervjuade. Informationsbrevet som skickades ut i förväg pratade vi igenom med informanten innan intervjun startade. Däremot skickades inte intervjuguiden ut i förväg utan informanterna hade endast tagit del av undersökningens ämne och frågeställning genom informationsbrevet.

Under de enskilda intervjuerna har en av oss lett intervjun genom att ställa frågor från intervjuguiden. Den andra har suttit med under intervjun och fört anteckningar för att i slutet av intervjun få möjlighet att ställa någon ytterligare fråga till informanten. Under tre intervjuer fick vi tillåtelse att spela in och vid ett tillfälle avböjde informanten inspelning. Detta gjorde att den som antecknade försökte återge hela intervjun i skrift. Under gruppintervjun riktades inte frågorna

till någon specifikt utan de fick svara på samma fråga samtidigt. Gruppintervjun gick till på ett liknande sätt som de enskilda intervjuerna och spelades in. En av oss höll i intervjun och ställde frågorna medan den andre förde anteckningar och kunde ställa någon extra fråga. Vi är medvetna om att informanternas svar i gruppintervjun kan ha påverkats av varandras närvaro.

Vi har även använt oss av tystnaden i våra intervjuer. Med hjälp av tystnaden drivs intervjun framåt utan att behöva ställa frågor i en fast takt. Kvale beskriver hur tystnaden ger tid för reflektion och association under intervjun. Informanten kan i dessa pauser sedan välja att själv bryta tystnaden och på så sätt driva intervjun framåt (Kvale 2001).

6.4 Tillvägagångssätt vid insamling av tidigare forskning och litteratur

För att hitta tidigare forskning och litteratur som behandlar passande ämnen och frågeställningar till vår undersökning har vi sökt efter information i olika databaser. Vi har använt oss av GUNDA, Google scholar och Gotlib för att söka efter artiklar, avhandlingar och böcker. Vi har valt att använda oss av Rolfner Suvantos bok "Mellan äldreomsorg och psykiatri", Dunérs avhandling "To maintain control", Stockholms stads Utrednings- och Statistikkontors rapport "Äldre med psykiska funktionshinder - en kartläggning 2008" samt Nelsons artikel "Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self". De skrifter vi valt ut vill vi jämföra med resultatet av vårt insamlade material för att se om det finns likheter eller skillnader de emellan. Samtidigt vill vi se om vår studie kan bygga vidare på den tidigare forskning vi valt.

6.5 Analysmetod

För att genomföra vår analys har vi låtit oss inspireras av det Kvale kallar meningskoncentrering. Med meningskoncentrering innebär det att informanternas uttalanden och meningar formuleras om på ett mer kortfattat sätt. Uttalanden som är långa skrivs om så att det blir mer koncist formulerade. Den väsentliga innebörden av det som framgår i informantens uttalande omformuleras i färre ord. Den här metoden sker i fem steg. Först läses materialet igenom för att få en känsla av helheten. Därefter fastställs intervjupersonernas meningsenheter så som de uttryckts av den intervjuade. Det tredje steget handlar om att formulera teman utifrån intervjupersonernas uttalanden. Intervjupersonernas svar ska försöka tolkas utan fördomar och sedan benämnas så som det uppfattas av forskaren. Det fjärde steget blir att ställa frågor till de meningsenheter som fastställts. De frågor som ställs utgår från undersökningens syfte. Det sista steget blir att koncentrera innebörden i det som intervjupersonerna sagt eller uttalat sig om (Kvale 2001). Vi har i vårt tillvägagångssätt lyssnat igenom intervjuerna två gånger. Vid det första tillfället lyssnade vi igenom allt inspelat material för att få en känsla av helheten, men också för att se att vi författare uppfattar informanterna på samma sätt. Den andra gången vi lyssnade igenom arbetet lät vi skriva ned de delar av det insamlade materialet, likt det Kvale beskriver som andra steget i meningskoncentrering. Vi har ett flertal gånger under tiden vi bestämt teman lyssnat igenom materialet återigen för att få en känsla av att vi uppfattat våra informanter korrekt.

Vi valde också att läsa igenom materialet som vi antecknat och valde ut begrepp som fick stå som teman i vår presentation av det insamlade materialet. Detta

kallar Kvale för meningskategorisering. Med det menas att materialet kodas i kategorier och att uttalanden kan omformuleras till begrepp. Kategorierna eller begreppen kan sedan visa i hur stor eller liten utsträckning något förekommer i intervjuerna. Den här kategoriseringen ger en överblick av förekomsten av något speciellt som sagt (Kvale 2001). Kategoriseringen gjorde det möjligt för oss att upptäcka skillnader och likheter i svaren.

Meningskodning och meningskoncentrering som vi valt att inspireras av kan även jämföras med några av de redskap som enligt Bryman ingår i Grounded Theory där han också beskriver att man kan välja att använda och koda utvalda delar av materialet. Detta skriver Bryman kan medföra att man går miste om kontexten av en intervju. Det kan innebära att flytet i informantens berättande inte visas lika tydligt i resultatet (Bryman 2011). Anledningen till att vi valde att analysera vårt material på detta sätt är för att vi är ute efter att få med de delar vi finner relevanta av det material vi samlat in.

Vi har även valt att analysera materialet med hjälp av tidigare forskning, teorier, begrepp och litteratur. Med hjälp av teorierna vill vi försöka se materialet ur olika perspektiv. Vi vill också se om vår relativt lilla studie går att känna igen i den tidigare forskningen och litteratur vi valt. Vi vill också jämföra inom vår insamlade empiri för att se om vi kan belysa skillnader och likheter.

Bryman skriver att det inte alltid är nödvändigt att transkribera hela materialet om det inte har någon relevans för forskningen. Han skriver att det däremot finns en risk att missa eller hoppa över viktiga delar av intervjun genom att välja bort det (Bryman 2011). Vi har valt att inte transkribera hela vårt material efter inspelning vid intervjuerna. Våra frågeställningar handlar om hur biståndshandläggare arbetar med äldre och deras psykiska ohälsa. Fokus i uppsatsen hamnar inte på hur informanterna talar utan vad de gör i sitt arbete med äldre och psykisk ohälsa. Vi har däremot valt att lyssna igenom materialet ett flertal gånger och fört anteckningar. De citat vi har plockat ut har vi valt att transkribera (se bilaga 4).

6.6 Tillförlitlighet och äkthet

För att en undersökning ska vara tillförlitlig krävs det bland annat att forskaren ska presentera ett representativt urval av intervjupersoner (Thurén 2010). Genom att vi valt att undersöka metodutvecklare och biståndshandläggare på biståndsenheter har det gjort att vi kan jämföra materialet mellan två olika yrkesgrupper. Det gör att vi får olika perspektiv inom materialet vilket stärker tillförlitligheten. Jämförelsen mellan de olika yrkesgrupperna kan däremot bli vag på så sätt att det är fler biståndshandläggare än metodutvecklare vilket kan påverka materialets innehåll. Vi kunde ha genomfört fler intervjuer men vår bedömning var att vi inte skulle hinna med att utföra fler under de 10 veckor vi hade på oss.

Av intervjuerna ville vi få fram informanternas åsikter och uppfattningar för att sedan återge en rättvis bild av svaren (Bryman 2011). Det som kan ha påverkat de svar som vi samlat in är att informanterna själva fick definiera begreppet psykisk ohälsa. Anledningen till det var att vi inte ville begränsa deras svar. Vi ville att de skulle prata om vilken typ av psykisk ohälsa de möter på sin arbetsplats. I

resultatet har vi valt att inleda med vad informanterna säger om psykisk ohälsa för att sedan kunna belysa skillnader i analysen över hur de definierar begreppet.

Vi använder oss av både en deduktiv och en induktiv teknik. Med deduktiv ansats menas att man utgår från teorier och tidigare forskning i analysen och testar sina hypoteser. Med en induktiv ansats väcks författarens intresse av ett ämne utifrån materialet. Vi har använt oss av både teorier och tidigare forskning men vi har även använt oss av materialet i sig. Det betyder att vi har fått använda oss av en abduktiv ansats i vår undersökning vilket innebär att vi använder oss av både deduktiv och induktiv ansats (Larsson 2005).

Genom att använda oss av olika teorier och begrepp och koppla det till empirin kan det öka äktheten och tillförlitligheten i vårt resultat (Bryman 2011). Vi har gjort en beskrivning av den tidigare forskning och litteratur vi använt i vår analys och även beskrivit de teorier vi valt att analysera med. Vi har också valt att jämföra mellan de två yrkesgrupper vi har intervjuat. Genom att göra på det sättet använder vi oss av triangulering vilket innebär att man använder sig av flera olika informationskällor vilket i sin tur stärker den studie man genomfört (Bryman 2011).

6.7 Förförståelse

Vi befinner oss alltid i en värld av fenomen som är värdefulla för oss och vi befinner oss i ett socialt, kulturellt och historiskt sammanhang. Därav kan vi inte bortse från de förutfattade meningar vi har, vare sig vi tänker på det eller inte. Det skulle i så fall innebära att vi är tvungna att bortse från alla de fenomen vi tidigare uppfattat, vilket är omöjligt skriver Magdalene Thomassen (Thomassen 2007). Vi har försökt att gå in i denna studie med en så neutral och objektiv syn som möjligt men liksom Thomassen beskriver det är det omöjligt att bortse från all den tidigare förförståelsen vi har. Vi är alltid bunden till en viss tid, vår historia och det vi upplevt går inte att bortse från.

Innan vi började skriva uppsatsen läste vi om ämnet äldre och psykisk ohälsa i både rapporter från socialstyrelsen men också avhandlingar och böcker. Vi fann brister inom området, bland annat hur man behandlade äldre med psykisk ohälsa. Vi läste också om hur man arbetade med äldre och vilka krav som ställs på personal som arbetar med dem. Detta kan ha påverkat hur vi skrivit intervjufrågorna till våra informanter men också att vi kan ha varit mer kritiska i vår analys.

Viktigt att nämna är att en av oss tidigare arbetat som biståndshandläggare på en av de biståndsenheter vi genomförde våra intervjuer på. Detta kan både ha påverkat våra informanter på den biståndsenheten men även oss i vårt tillvägagångssätt och vår analys. Innan vi genomförde intervjuerna hade vi tidigare erfarenhet om biståndshandläggarnas arbete men vi hade inte någon tidigare erfarenhet om metodutvecklarnas. Detta kan ha påverkat vårt sätt att se på de olika yrkesrollerna och hur det framställs i uppsatsen. Samtidigt kan det ha en positiv inverkan eftersom vi kan ha en mer objektiv syn på metodutvecklarnas arbete.

Thurén beskriver att en växelverkan mellan teori och praktik eller förförståelse

och erfarenhet förutsätter att vi utvecklar vårt tänkande från fördomar till en verklig förståelse. Om vi går in i någonting för att vara på ett visst sätt men det visar sig att uppfattningen inte stämmer överrens med den nya erfarenheten, det gör att vi utvecklar våra fördomar till verklig förståelse (Thurén 2010). Vi tror att även om vi påverkas av den förförståelsen vi har kan vi med hjälp av nya erfarenheter få en förståelse för den verklighet vi möter.

6.8 Fördelning av arbetet mellan författarna

Vi gick in i arbetet med idén om att vi skulle göra alla delar av studien tillsammans. För att få en text med bra språk och innehåll ville vi arbeta igenom alla delar av texten tillsammans. Däremot fann vi under arbetets gång att det inte blev genomförbart på grund av de antal veckor vi hade på oss. Vi valde då att dela upp arbetet med beskrivning av tidigare forskning och teorier. Resterande delar av arbetet har vi skrivit tillsammans.

7. Resultat av insamlat material

7.1 Biståndshandläggarnas och metodutvecklarnas erfarenheter av äldres psykiska ohälsa

Under våra intervjuer har vi bitt våra informanter beskriva vilken typ av psykisk ohälsa bland äldre de möter i sitt arbete. Några informanter skiljer på psykisk ohälsa och psykisk sjukdom medan några ser psykisk ohälsa som ett vidt begrepp som innefattar allt, även psykisk sjukdom. Det har gjort att vi har fått olika svar på vilken form av psykisk ohälsa bland äldre de möter.

Alla informanter nämner depression bland äldre när det pratar om psykisk ohälsa. Vissa upplever att det är den vanligaste formen av psykisk ohälsa de möter. Några av informanterna skiljer mellan äldre som behandlas för depression och de som inte behandlas för det. Flera av handläggarna säger att antidepressiva medel är vanligt bland äldre. Vissa menar till och med att depression är det vanligaste äldre medicineras för. När de talar om depression nämns även nedstämdhet som vanligt förekommande bland äldre. En del informanter säger att depression är till följd av någonting, till exempel ensamhet och att de inte har någon att tala med. En av handläggarna säger sig tro att det finns ett stort mörkertal av äldre som har en depression. Informanten påpekar också att det kan vara svårt att dra gränsen för vad som är en depression och vad som är normalt att känna. Två handläggare säger att det inte är särskilt ovanligt att de möter människor med suicidtankar. En handläggare säger att det är vanligt att denne får höra om människors önskan att avsluta sitt liv.

En av biståndshandläggarna säger att äldre med demens ofta blir deprimerade. Att depressionen blir till följd av att personen har en demens, men att denne inte fått diagnosen depression. Alla informanterna nämner demens när vi talar om psykisk ohälsa och några säger att demensen ofta gränsar till andra psykiska besvär. Ett exempel på det är när en av biståndshandläggarna uttalar att det finns äldre som befinner sig i gränslandet mellan demens och icke demens. Då syftar denne på äldre med psykosliknande symtom, vilket informanten menar är en form av psykisk ohälsa. Vidare säger informanten att det är svårt att veta när man kan dra

gränsen för vad som är psykisk ohälsa och vad som är faktiska omständigheter.

Metodutvecklarna och en av biståndshandläggarna beskriver ensamhet och isolering som två av de vanligaste formerna av psykisk ohälsa bland äldre. Ett exempel är när en av metodutvecklarna pratar om isolering och ensamhet som en följd av att många "nära och kära" dör när människor blir äldre, vilket kan leda till isolering. En biståndshandläggare nämner isolering i samband med fysiska funktionsnedsättningar bland äldre, till exempel nedsatt hörsel. Informanten menar att det kan göra att den äldre blir isolerad.

Både metodutvecklarna och biståndshandläggarna pratar om att psykisk ohälsa bland äldre kan uppkomma när den äldre inte längre klarar sig själv. En av handläggarna säger att psykisk ohälsa bland äldre kan uppstå när hemtjänsten ska komma hemma till dem, eftersom hemtjänsten är okända människor för den äldre vilket kan skapa oro.

En biståndshandläggare ställer sig frågande till vad som är sjukt och vad som är friskt. Handläggaren funderar kring när det är naturligt att känna på vissa sätt. Flera handläggare nämner svårigheter eller besvär som äldre möter eller handskas med dagligen. Flera handläggare talar om att initiativförmågan för vissa har försvunnit. En handläggare påpekar att vissa saker kan vara obehagliga och jobbiga. Att till exempel ta ut soporna vissa dagar kan vara ett projekt vilket kan göra att det även blir svårt att ta sig för andra saker menar informanten.

I arbetet med att utreda äldres behov beskriver flera av biståndshandläggarna att de går att upptäcka psykisk ohälsa på olika sätt. En av informanterna säger att den äldre exempelvis kan säga "galna saker" som handläggaren förstår inte är sant. Informanten säger att det däremot inte är dennes roll att säga till den äldre att det inte stämmer eftersom det är den äldres verklighet. En annan handläggare säger att denne tar upp ämnet psykisk ohälsa med den äldre när den ser att det finns mediciner som ordinerats. Informanten beskriver att denne inte går förbi ämnet utan frågar om den äldres mående och hur den har det. Några handläggare säger att de genom anhöriga och kontaktnät kan få en bild av den äldres situation och mående. Ibland kan det också vara hemtjänsten som kontaktar handläggaren om den äldre inte mår bra i samband med en tidigare insats.

Två av biståndshandläggarna säger att de inte pratar särskilt mycket om äldres psykiska ohälsa inom arbetsgruppen. De tar bara upp fall som är särskilt svårlösta och det är inget särskilt fokus på psykisk ohälsa, säger en av informanterna. Däremot säger en annan biståndshandläggare att det pratas om äldres psykiska ohälsa i arbetsgruppen under handläggartreffarna. Där kan de ta del av varandras erfarenheter och få förslag på hur man kan gå tillväga, menar informanten. En av de andra handläggarna efterfrågar en diskussion i arbetsgruppen om hur man kan arbeta utanför verksamhetens ramar. Informanten eftersöker mer information kring vad det finns för organisationer att ta hjälp av i arbetet med psykisk ohälsa bland äldre.

7.2 Biståndshandläggarens roll och handlingsutrymme

Flera biståndshandläggare säger att det ibland kan vara svårt att veta var gränsen går för vad som ingår i deras arbetsuppgifter. Några informanter tycker också det

kan vara svårt att veta hur långt man kan gå i relationen till den äldre. En av biståndshandläggarna beskriver att de många gånger har flera olika roller. Handläggarna arbetar inte enbart med att utreda och fatta beslut, de gör mycket mer säger informanten:

[...] Man får liksom verkligen tänka att man håller sig till sitt för ibland skulle man ju vilja mer, ehm så. Men vi har, sen så lämnar vi den personen. Alltså, så att, det är inte rättvist att låta en person berätta för mycket heller, alltså samtidigt som man ska ta emot det som den ska säga, på ett bra sätt, så att den känner sig trygg och nöjd när man går där ifrån. Men samtidigt ska man ju inte börja på någonting man inte kan avsluta.

En annan biståndshandläggare säger att det är vanligt att vissa handläggare inte vågar ta upp frågan om hur en person mår psykiskt, eftersom de inte vet vad de ska göra med informationen. Intervjupersonen säger att många handläggare klagat över den lilla tiden man har som handläggare, men informanten tror också det kan bero på hur man prioriterar och hur man ser på sin yrkesroll. Att det inte bara handlar om att bevilja och ge avslag utan också att kunna skapa relation för att få en helhetsbild av den äldre.

En av biståndshandläggarna beskriver att handläggaren har en stor frihet att utforma biståndet efter de bedömningar denne gör. Informanten beskriver att denne inte har stött på något motstånd vare sig från kollegor eller från sin chef. Informanten beskriver att det finns stor frihet att lägga in stora insatser. Om syftet och målet med insatsen tydliggörs anser handläggaren att det går att bevilja. Handläggaren tar upp ett exempel på ett ärende som handlar om en person handläggaren beviljat extra samtalstid:

[...] Jag tänker på, eeh, särskilt på en man nu som jag [...] han förlorade ju sin fru och blev givetvis helt förstörd och det är olika hur man hanterar en sådan förlust men han, eeh, jag beviljade honom, eeh, samtalstid varje eftermiddag och det är lite ovanligt för att vi, vi jobbar ju ändå inte med sjukvård eller psykiatri så, men det kändes som att han behövde ha någon hos sig, nån som kollar till honom, växlar några ord liksom, kollar att allt är bra., har du ätit idag och lite så.

Samtidigt beskriver alla biståndshandläggarna svårigheterna med att veta hur insatserna utförs efter det tagit ett beslut. En av handläggarna menar att det kan vara bra att stämna av med personalen som utför insatserna om hur det fungerar och om det är något som behövs ändras. Denne säger att biståndshandläggarna ser till behoven men inte formerna för hur det utförs, utan de får hoppas att det blir gjort.

En av metodutvecklarna säger att hjälpen från äldreomsorgen ibland är mer praktisk. En av handläggarna uttrycker också att de är mer inriktade på det somatiska och kroppsliga behoven. Metodutvecklarna säger även att det är viktigt att biståndshandläggarna har med sig värdegrundsfrågorna i tanket när de handlägger ärenden. Att inte servera insatserna först utan lyssna till den äldres behov och försöka läsa mellan raderna. Metodutvecklarna säger vidare att de kan se att det är individuellt bland handläggarna vilka som har en tätare kontakt med

den äldre och följer upp ärendena. Att ha kontinuerliga samtal med den äldre är ett kvalitetssäkrande arbete, menar informanten. Metodutvecklarna säger att i deras kommun har de en uppföljning på två år om inte nya behov dyker upp under den pågående insatsen, i sådana fall kan en omprövning ske.

7.3 Metodutvecklarnas roll

En metodutvecklare beskriver att de finns med i verksamhetens alla led. På individnivå är de handläggarna behjälpliga om de har ett svårt ärende. Metodutvecklarna arbetar också på gruppnivå då de är med på veckomöten tillsammans med alla handläggare. Metodutvecklarna sitter också med i samverkansgrupper, vilket är externa grupper, exempelvis försäkringskassan.

En del av metodutvecklarnas arbete är att möta biståndshandläggarna i veckomöten eller ärendemöten som sker en gång i veckan. Till dessa tillfällen kan handläggarna ta med sig ärenden till handläggargruppen för diskussion. Om det är ett ärende som gruppen inte kan lösa så är det metodutvecklarens uppgift att ta reda på hur de kan gå tillväga i ärendet. Dels kan metodutvecklaren ta hjälp av domar som finns i liknande ärenden för att få något att jämföra med, men de kan också ta hjälp av varandra.

Metodutvecklarna har ingen delegation och de har inget personalansvar. En metodutvecklare uttrycker att de har en "mellanroll". Deras fokus är att kvalitetssäkra handläggningen och sammanföra frågor som behöver lyftas och bli nedskrivna. Deras uppgift är också att skriva ned dessa rutiner på grund av att det är många ärenden som ska handläggas. Är det ärenden som är sällan förekommande behövs rutiner för hur dessa ärenden ska gå till för att inte behöva börja från början i varje nytt fall. En metodutvecklare säger att de måste vara uppdaterade på vad som finns i praxis och att de ska vara pålästa. En av metodutvecklarna berättar att en del i deras arbete är att integrera nya saker i arbetsgruppen. När nya direktiv kommer från ledningsgruppen går det via metodutvecklarna som i sin tur integrerar det i handläggargruppen.

I metodutvecklarnas arbete ingår även att vara processledare i värdegrundsarbetet. Det handlar om utveckling i arbetet kring hur handläggarna ska tänka när de skriver utredningar. En metodutvecklare berättar att de tidigare varit insatsstyrda utifrån socialtjänstlagen. Nu ska biståndshandläggarna istället rikta in sig på behovet som den enskilde har för att sedan hitta en lösning. Handläggarna ska försöka lyssna in vad den äldre har för behov och läsa mellan raderna. De insatser som finns ska inte serveras utan handläggaren ska först fokusera på vad behovet är. Att ändra tänket kring behov och insatser handlar om att kvalitetssäkra, säger metodutvecklarna. I arbetet med detta ska metodutvecklarna vara pålästa för att kunna få in det nya arbetssättet i gruppen.

En av metodutvecklarna säger att de inte har någon direktkontakt med de äldre och att det bara är genom biståndshandläggarnas frågeställningar som de kommer i kontakt med äldres psykiska ohälsa. Det är genom veckoträffarna i grupp och genom de frågor som handläggarna lyfter som metodutvecklarna kommer i kontakt med psykisk ohälsa bland äldre. En metodutvecklare menar att de inte har något individperspektiv, utan att de har ett mer generellt perspektiv. I värdegrundarbetet till exempel, där arbetar metodutvecklarna utifrån ett generellt

perspektiv. Kvalitetssäkringen i arbetet med äldres psykiska ohälsa utförs av Äldres behov i centrum, påpekar en av metodutvecklarna.

7.4 Svårigheter i arbetet med äldres psykiska ohälsa

Metodutvecklarna påpekar att en svårighet för biståndshandläggarna kan vara när de möter en person som är isolerad men som inte vill ha hjälp. Att biståndshandläggarna ser att personen mår dåligt, men att denne inte vill bryta sin situation. En biståndshandläggare som talar om svårigheter i arbetet menar att vissa människor inte är mottagliga för hjälp. Om hemtjänsten knackar på dörren kanske den enskilde inte öppnar. Då spelar det inte någon roll vilket beslut som har fattats, menar handläggaren.

Människor med psykisk sjukdom som blir äldre får åldras på det boende de bor på eller med det stöd de har, berättar en metodutvecklare. Denne påpekar att om en person däremot inte har haft stöd från kommunen sedan tidigare och kommer in i äldreomsorgen och behöver hjälp, dels utifrån en psykisk sjukdom men även andra besvär, kan det bli svårare menar informanten.

När en person behöver hjälp dels utifrån en psykisk sjukdom men också utifrån andra problem som informanten menar hör till åldern, kan det bli komplicerat. Metodutvecklaren menar att kommunen kan hjälpa äldre med psykisk ohälsa ganska långt eftersom det tänket finns i stödet menar informanten. Metodutvecklarna anser att biståndshandläggarna kan tillgodose de äldres psykiska behov på ett bra sätt med de insatser som finns. Där nämner de insatser i form av att bryta isolering, ha promenader och anhörigstöd. En metodutvecklare påpekar att när man inte klarar av att tillgodose behov i det egna hemmet med insatser som promenader och bryta isolering, är det boende som beviljas om den enskilde önskar det. En metodutvecklare uttrycker sig så här:

Jag kan nog inte säga att de inte får stöd utifrån den problematiken när de blir äldre det, det tycker jag inte finns nå, alltså kommunens stöd, förhåller ju sig till båda delarna.

En biståndshandläggare talar om svårigheterna med att tillgodose äldres psykiska ohälsa på så sätt att denne inte kan tillgodose de behoven. Handläggaren menar att vad som kan göras är att exempelvis fråga om det önskas en eventuell kontakt med vårdcentralen. Det handläggaren kan erbjuda är insatser i form av promenad sällskap eller berätta om träffpunkter, men det är inte tillräckligt för att tillgodose behovet, menar informanten. Handläggaren förklarar vidare att det är lättare att tillgodose de basala behoven, så som hjälp med mat och kläder, än de psykiska behoven. För att kunna tillgodose psykiska behov krävs det lite mer tanke av handläggaren. Informanten menar att det är mer utmanande för en denne att tillgodose psykiska behov, men att det också då ger mer tillfredsställelse. Handläggaren kommer slutligen tillbaka till att denne inte har de verktyg eller resurser som behövs för att kunna tillgodose psykisk ohälsa bland äldre. Det informanten menar att denne kan göra är att hänvisa den äldre vidare till vårdcentral och sjuksköterska.

Två andra biståndshandläggare tycker också det är svårare att tillgodose de psykiska än de fysiska behoven bland äldre. De fysiska behoven är lättare att

komma åt. En handläggare uttrycker att punktinsatser är lättare att lägga in i beslutet, medan psykisk ohälsa är något pågående och att punktinsatser då inte fungerar att använda. En annan handläggare förklarar att det är lättare att skriva ned att någon behöver hjälp med dusch och det blir svårare med det psykiska. En handläggare säger att det krävs mer tid och engagemang från dennes sida för att tillgodose psykiska behov. Handläggaren behöver skapa en relation till personen för denne ska kunna säga hur denne mår och att skapa en sådan relation tar tid menar informanten.

En handläggare upplever att det inte finns riktade insatser mot äldre med psykisk ohälsa. Denne menar att det finns insatser mot yngre, men ej mot äldre. En annan handläggare uttrycker att denne ibland inte vet vad som kan göras för att den äldre ska må bra. Handläggaren säger att denne kan känna sig frustrerad och frågar sig själv hur livskvaliteten för äldre kan öka. Flera handläggare nämner exempel på insatser för äldre, men ställer sig kritiska till vad de har för verkan på individen i praktiken. En handläggare tar träffpunkterna i kommunen som ett exempel och påpekar att det kan vara svårt för den äldre att gå dit om denne är ensam. Ett annat exempel handlar om någon som är ledsen. Handläggaren säger att de då kan bevilja flera besök om dagen, men ställer sig frågande till hur det egentligen hjälper den enskilda.

En biståndshandläggare säger att behovet kan vara större än det som syns. Ibland är det de behov som syns som får mer uppmärksamhet säger informanten. Anhöriga eller grannar kan ibland höra av sig till biståndshandläggaren angående äldre, då de känner att något inte står rätt till. Informanten säger att de lättare hör av sig om någon är utåtagerande än till exempel deprimerad. En person som är deprimerad kanske inte är till besvär för någon, medan den som är utåtagerande är mer besvärlig, menar informanten. I de fall den enskilde är utåtagerande blir det en utförarfråga om hur de kan jobba sig inåt. Då handlar det om att lösa svårigheterna i själva situationen. Det kan handla om att den enskilde slänger ut hemtjänsten. Den enskilde kanske mår dåligt och då blir det utförarnas uppgift att hitta andra vägar i arbetet säger handläggaren.

En biståndshandläggare berättar att denne ibland kan uppmärksamma att det behövs stöd, men inte vet hur stödet ska utformas. Ett exempel som kommer upp är när biståndshandläggaren möter någon som är ledsen:

Ibland då när jag känner mig lite sådär frustrerad och tycker att det är jobbigt att jag inte kan hjälpa en person på rätt sätt så har jag kommit på mig själv [---] känner man sig ensam och ledsen så vill man liksom rå bot på, råda bot på det istället för att ge en medicin, men så kan ju ibland känna så här att jag uppmuntrar folk, 'har du varit hos din läkare?' kan jag ju bli så också , 'du kanske ska se över din medicinering' för att jag inte vet vad jag, hur jag ska hjälpa den här personen på bättre sätt.

Handläggaren berättar att denne under hembesök kan uppmärksamma att det behövs någon form av hjälp som inte då handlar om praktisk hjälp. Handläggaren berättar vidare att det denne kan göra då är att bevilja tillsyn, men ställer sig frågande till om det verkligen är tillräckligt. En annan svårighet som nämns är att hemtjänsten kan ha svårt att veta vad de ska göra under besök. Handläggaren

förklarar att det ibland kan vara svårt att beskriva i utredningen vad den beviljade insatsen handlar om.

7.5 Samtal

Biståndshandläggare från båda kommunerna talar om att det finns brist på insatser för att kunna tillgodose den äldres psykiska ohälsa. En av dessa insatser som några lyfter är en önskan om att äldre på ett eller annat sätt skulle få en samtalskontakt. Några beskriver den dubbla roll de många gånger har som handläggare och uttryckte en önskan om att kunna erbjuda den äldre samtal. En av handläggarna säger att det kan vara skönt för vem som helst som mår dåligt att få prata med någon och att bli lyssnad på. Informanten säger att en bra handläggare kan ha den relationen, att ta sig tid och lyssna på den äldre. Att handläggaren stämmer av och frågar hur den äldre mår och inte bara pratar om den äldres kroppsliga besvär. Många av de äldre är oroliga, ensamma och ibland ledsna. Informanten uttrycker då att det kan kännas frustrerande att inte kunna hjälpa mer än att bevilja ett extra besök per dag. Informanten beskriver också att det är svårt att veta hur insatserna utförs:

[...] om hemtjänstpersonalen bara sticker in huvudet och säger hej, behöver du någon hjälp, nähä, nä men då går jag. Så, då har det ju ingen effekt eller kanske också om man vet att, jaha okej nu har den personen möjlighet att vara här i 10 minuter nu ska jag liksom öppna mitt hjärta [...].

Två av biståndshandläggarna anser att det saknas en funktion i samhället, en äldreкуратор. Många av de äldre har det tungt och mår dåligt över det, då väljer de inte att åka till en vårdcentral för att söka hjälp menar en av informanterna. Informanten säger att om man ser att det finns ett behov av fortsatta samtal är det svårt, eftersom denne inte vet var den ska vända sig. Några handläggare säger att de kan föreslå den äldre att höra av sig till en diakon eller erbjuda hjälp att kontakta ideella organisationer som kan komma på hembesök. De beskriver ändå att det finns en svårighet med det, eftersom det inte är alla som är kyrkliga eller religiösa. Vissa handläggare nämner att de kan hänvisa den äldre till vårdcentral för att ta kontakt med kurator. En handläggare säger att denne vill kunna ha den samtalskontakten själv med den äldre. Handläggaren vill inte hänvisa vidare till en kurator utan handläggaren vill själv skapa en god relation för att göra ett bra arbete.

8. Analys

8.1. Biståndshandläggarnas och metodutvecklarnas olika roller

Biståndshandläggarna och metodutvecklarna har olika uppgifter i deras arbeten, vilket gör att de kan få olika perspektiv på situationer. Metodutvecklarnas roll handlar bland annat om att kvalitetssäkra och implementera nya saker i handläggargruppen, medan handläggarnas roll bland annat handlar om att utreda behov. Med hjälp av begreppet scen kan vi se att metodutvecklarna rör sig på en scen som innefattar fler delar än den som biståndshandläggarna rör sig på. Detta ser vi genom att metodutvecklarna arbetar på en scen som sträcker sig från

individ- till samverkansnivå och där arbetsuppgifterna växer fram från olika håll. Metodutvecklarna och biståndshandläggarna arbetar inte på samma scen och de utför inte samma arbetsuppgifter på sina scener. Metodutvecklarna ser inte när biståndshandläggarna är på sin scen i mötet med den äldre. Det metodutvecklarna tar del av i dessa möten är det biståndshandläggarna väljer att återberätta eller lyfta frågor kring. Vi kan på så sätt se att biståndshandläggarna och metodutvecklarna har olika roller med olika förväntningar på dessa roller.

Med hjälp av rollteorin kan vi se att metodutvecklarna har vissa förväntningar på sin yrkesroll medan biståndshandläggarna har andra. Dessa förväntningar kan bero på att de har olika positioner inom det sociala system de befinner sig i. Metodutvecklarna har en högre position eftersom de arbetar på delegation av chefen. Det innebär att förväntningarna på metodutvecklarna blir en annan och att de betar sig efter det. Biståndshandläggarna har andra förväntningar på sin yrkesroll. De har en lägre position i det sociala systemet men de har samtidigt förväntningar på sig från klienten. Biståndshandläggarna har förväntningar på sig att vara expert i mötet med den äldre vilket kan öka kravet på att biståndshandläggaren ska kunna tillgodose den äldres psykiska behov på bästa sätt.

Pål Repstad förklarar att förväntningar bestämmer hur individen ska bete sig (Repstad 2009). De förväntningar biståndshandläggarna har på sig kretsar kring utredning och bedömning av behov. Det individperspektiv som handläggarna arbetar utifrån gör att de får förväntningar på sig att se hela människan i mötet med brukaren och sedan hitta en lösning för att tillgodose dennes behov. Då handläggarna känner att de inte kan uppfylla de förväntningar som finns kan de hänvisa till de redskap eller verktyg de har. Vi ser att avsaknad av vissa redskap gör att biståndshandläggarna inte kan uppfylla de förväntningar som finns. Handläggarna arbetar utifrån de förväntningar och de redskap som finns tillgängliga men de kan inte själva ändra på dessa, menar vi. Metodutvecklarnas roll som då är att skriva rutiner för handläggning kan göra att handläggarnas handlingsutrymme begränsas snarare än utvecklas. Detta kan göra att rutinerna skapar ramar för hur handläggningen ska gå till och hindrar handläggarna att se alternativa vägar. Detta menar vi kan innebära att handläggarna får ett mer pragmatiskt rollbeteende och inte går utanför det rollen kräver. Den pragmatiska rollen gör att handläggarna begränsas av det som framkommer av rutinerna.

8.2 Metodutvecklarnas mellanroll

Metodutvecklarna säger att de har en "mellanroll" på sin arbetsplats. De arbetar på olika nivåer i organisationen vilket gör att de finns med i alla led, det vill säga i individ-, grupp och på samverkansnivå. De arbetar på uppdrag av chefen samtidigt som de arbetar med handläggare både i grupp men också enskilt. De arbetar även på uppdrag av biståndshandläggarna då handläggarna lyfter frågor i ärenden de har svårt att lösa på egen hand. Detta gör metodutvecklarna för att hela tiden kunna kvalitetssäkra det arbete de utför. Biståndshandläggarna däremot har sin roll på ett av dessa led i organisationen där de arbetar i förhållande till klienterna och har ett individperspektiv. Här kan vi se även se att handläggarna och metodutvecklarnas roller skiljer sig åt. Metodutvecklarna ska hela tiden ha ett helhetsperspektiv på verksamhetens olika delar medan handläggarna har fokus på det enskilda arbetet.

Vi kan med hjälp av rollteorin se att metodutvecklarna konstant befinner sig på scenen samtidigt som biståndshandläggarna befinner sig bakom kulisserna. Detta gör att metodutvecklarna bär sin mask i det sammanhang som handläggarna tagit av sig sin. Det tror vi kan innebära att metodutvecklarna har en komplicerad roll i och med att de aldrig kan dra sig tillbaka. De har hela tiden förväntningar på sig från olika håll, vare sig det är från chefen eller från handläggarna (Nilsson 2000). Det tror vi kan vara en av orsakerna till hur metodutvecklarna och biståndshandläggarna ser olika på om de kan tillgodose äldres psykiska behov. Enligt metodutvecklarna kan biståndshandläggarna tillgodose de äldres psykiska behov bra med de verktyg som finns. Biståndshandläggarna själv anser att de saknas vissa resurser för att kunna tillgodose dessa behov. Det kan göra att metodutvecklarna som är konstant bärare av sin mask känner att det är deras uppgift att försvara verksamheten. De arbetar med att hitta vägar för att använda de resurser som handläggarna har att tillgå och skapa rutiner för detta. Medan biståndshandläggarna som inte är bärare av sin mask på samma arena har en annan åsikt. De kan då ha tankar och idéer om att de behöver andra resurser och verktyg för att kunna tillgodose äldres psykiska behov.

8.3 Ålderism i biståndshandläggningen

När biståndshandläggarna ibland beskriver hur de beviljar en insats med vetskapen om att den inte är anpassad efter den äldres behov ser vi att det kan vara ett tecken på ålderism. Heikkilä beskriver ålderism som negativa och fördomfulla uppfattningar om äldre (Heikkilä 2010). Lars Andersson menar att äldre kan ses som en bestämd och underlägsen grupp på grund av deras ålder (Andersson 2008).

Vi ser även i vår undersökning att det inte arbetas aktivt med en persons utåtagerande beteende och ställer oss frågande till om detta har att göra med personens ålder. Vi kan se detta som att beteendet hör ihop med en sjukdom eller diagnos som i sin tur hör ihop med åldrandet. Diagnoser eller sjukdomar kan ta sig i uttryck i utåtagerande beteende och när människor kommer upp i en viss ålder är det kanske ingen idé att tala om den enskildes beteende. Andersson beskriver ålderism som fördomar som endast bygger på en individs ålder (Andersson 2008). Vi undrar om det hade lagts mer fokus på orsaker till beteendet och om det hade arbetats mer aktivt med detta om det hade handlat om en annan åldersgrupp. Socialstyrelsen skriver att äldres behov av behandling vid psykisk ohälsa är lika stort som i yngre åldersgrupper, trots det får inte äldre i lika stor utsträckning den behandling de behöver (Socialstyrelsen 2013-6-22). Även detta ser vi som ett tecken på ålderism. Vi kan se att äldre även försummas i biståndshandläggarnas arbete med äldres psykiska ohälsa och att de inte alltid får det stöd de behöver.

Begreppet ålderism gör det möjligt att se om vissa handlingar och attityder mot en viss grupp tar form på grund av gruppens ålder (Andersson 2008). En biståndshandläggare säger att de kan tala om äldres psykiska ohälsa i arbetsgruppen under de veckomöten de har. Två andra handläggare menar att de inte talas särskilt mycket om äldres psykiska ohälsa i deras arbetsgrupp. Under dessa möten är det meningen att de ska ha med sig ärenden som de vill diskutera med sina kollegor. Det talas om svårlösta fall, men det är inget fokus på psykisk

ohälsa, menar en handläggare. Här ser vi en möjlighet för biståndshandläggarna att lyfta frågor kring äldres psykiska ohälsa, men de använder inte tillfället i så stor utsträckning. Vi ställer oss frågande till om det här beror på den ålder som gruppen äldre hör till. Möjligheten att diskutera äldres psykiska ohälsa finns, men handläggarna utnyttjar det inte. Det kanske också kan bero på att begreppet psykisk ohälsa är flytande och att de bidrar till att handläggarna inte lyfter ämnet för diskussion.

8.4 Biståndshandläggarnas diffusa roll

I undersökningen framkommer det att handläggarna ibland har svårt att dra gränsen för var deras yrkesroll går. Några av handläggarna pratar om att de har många roller att axla och att vissa saker inte hör till deras arbetsområde. En av dessa roller som framkommer är den "terapeutiska" rollen de ofta får ta. Det framkommer att vissa handläggare vill skapa sig en nära relation till den äldre för att kunna se till hela människan. Andra anser att de inte ska gå "in på djupet" med den äldre eftersom det är dumt att påbörja något handläggaren inte kan avsluta. Med hjälp av rollteorin kan vi här se att handläggarna har en diffus roll. Det är ibland svårt för handläggarna att veta var gränsen för deras yrkesroll går vilket kan skapa en osäkerhet både för handläggaren men också den äldre. Vi tror att det är därför några av handläggarna inte vill ha en terapeutisk roll i relation till den äldre eftersom det kan skapa förväntningar på handläggaren som de inte kan leva upp till. Vår studie visar också att handläggarna beskriver att de kan hänvisa vidare till vårdcentraler men de har ingen skyldighet att hjälpa den äldre med det. En del av handläggarna säger att de i vissa fall kan hjälpa den äldre att kontakta exempelvis en vårdcentral eller en diakon ifall de ser ett behov av det. Detta tror vi kan bero på att handläggarna ser på sin yrkesroll på olika sätt. Vissa ser det som att de går över de förväntningar på den yrkesroll de har, vilket kan liknas med det internaliserade rollbeteendet. Andra handläggare fyller endast upp rollen med vad som krävs av dem, vilket kan liknas med ett pragmatiskt rollbeteende. Handläggare med det internaliserade rollbeteendet anser att de kan utforma insatser efter det behov de ser och att i vissa ärenden gå utanför de riktlinjer som finns för att ha möjlighet att kunna tillgodose behovet. Samtidigt säger handläggare med ett pragmatiskt rollbeteende att de inte har möjligheten till det (Repstad 2009).

En handläggare säger att det är mer utmanande att kunna tillgodose den äldres psykiska behov men att det också kan ge handläggaren mer tillfredställelse att lyckas med. Vi ställer oss här frågande till om det kan vara så att handläggaren upplever det mer tillfredställande eftersom det innebär att denne i så fall får gå utanför det som rollen kräver och att handläggarens diffusa roll bidrar till att det blir mer utmanande. Vi tror att det skulle kunna vara så att det inte finns förväntningar på biståndshandläggarens roll att kunna tillgodose behovet, därav ökar även handläggarens tillfredställelse när denne lyckas.

8.5 Metodutvecklarnas förväntningar på biståndshandläggarna

Att metodutvecklarna och biståndshandläggarna ser olika på vad som är svårt i arbetet med äldres psykiska ohälsa kan vara ett resultat av att de har olika roller. Metodutvecklarna ser en svårighet i att ha en psykisk sjukdom och samtidigt befinna sig inom äldreomsorgen. Det generella perspektiv som metodutvecklarna har i sitt arbete gör att de ser på hur organisationen är uppbyggd. De talar om att

de som har en psykisk sjukdom sedan tidigare får åldras på det boende de bor på eller med det stöd de har. Vad metodutvecklarna menar är att det blir problematiskt i vissa ärenden på grund av hur verksamheten inom äldreomsorgen är uppbyggd. Biståndshandläggarna däremot ser fler problem i deras arbete med handläggningen. Handläggarna ger exempel på enskilda fall och nämner brister med insatser samt avsaknad av vissa insatser. Vi ser att handläggarna som arbetar utifrån ett individperspektiv ser mer svårigheter inom området äldres psykiska ohälsa. De har direktkontakt och stöter på fler problem i bedömning och utformning av stöd. Med hjälp av rollteorin ser vi i vårt insamlade material att metodutvecklarna förväntar sig att biståndshandläggarna ska komma till dem med de svårigheter som de inte kan lösa på egen hand. Några biståndshandläggare beskriver däremot att de sällan pratar om de svårigheter det stöter på i arbetet med äldres psykiska ohälsa. Det betyder i så fall att biståndshandläggarna inte lever upp till de förväntningar som metodutvecklarna har på handläggarnas roll.

Med rollteorins begreppsförklaring av förväntningar ser vi att individer har förväntningar på sin roll som de vill leva upp till i det sociala sammanhang de befinner sig i (Repstad 2009). Därav ställer vi oss frågande till om det verkligen är så att metodutvecklarna har förväntningar på att biståndshandläggarna ska lyfta frågor kring svårigheterna rörande äldres psykiska ohälsa. Vi ser det genom att några biståndshandläggare räknar upp fler svårigheter i arbetet med äldres psykiska ohälsa än det som metodutvecklarna gör. Vi ställer oss även här frågande till om det kan ha och göra med att metodutvecklarna och biståndshandläggarna inte pratar om svårigheter gällande psykisk ohälsa. Vi undrar vad som händer när de inte pratar om svårigheter med äldres psykiska ohälsa på arbetsplatsen. Det skulle kunna innebära att handläggarna känner sig fria att handla hur de vill i de olika ärendena men det skulle också innebära att handläggarna anser sig kunna göra mindre i de ärendena på grund av att de inte talar om äldres psykiska ohälsa.

8.6 Psykisk ohälsa och hur den uppmärksammas eller osynliggörs

Vårt resultat visar att informanterna berättar om olika typer av psykisk ohälsa. Informanterna uppmärksammar äldres psykiska ohälsa på olika sätt. Medan metodutvecklarna skiljer mellan psykisk ohälsa och psykisk sjukdom menar biståndshandläggarna att psykisk ohälsa är det övergripande begreppet där psykisk sjukdom ingår. Cullberg menar att psykisk ohälsa är ett flytande och svårdefinierat begrepp (Cullberg 2003). Det tror vi kan bidra till att informanterna har svårt att ge en samlad bild av psykisk ohälsa. I vår undersökning märker vi att informanterna väljer att berätta om olika former av psykisk ohälsa som de möter.

Rolfner Suvanto skriver att äldre med psykisk ohälsa kan osynliggöras på grund av vissa föreställningar som finns kring äldre (Rolfner Suvanto 2013). I vår undersökning har vi märkt att handläggare säger att vissa äldre befinner sig i ett gränsland. Äldre kan gränsa mellan demens och icke demens. Frågan ställs också om vad som är sjukt och vad som är friskt. Vi ser här att psykisk ohälsa skulle kunna osynliggöras beroende på vad som ses som normalt eller inte normalt. Att vara gammal och ledsen är en myt som kan leda till att äldre inte får den hjälp de behöver, skriver Rolfner Suvanto (Rolfner Suvanto 2013). I vår undersökning framkommer att handläggarna menar att det kan vara svårt att bedöma vilka uttryck för känslor som innebär ohälsa och vilka uttryck som är naturliga. Vi

ställer oss frågan om det här kan bidra till att psykisk ohälsa bland äldre osynliggörs.

I vårt resultat ser vi även att biståndshandläggarna kan osynliggöra äldres psykiska ohälsa genom att inte benämna i utredningen de behov de ser. Resultatet visar också att biståndshandläggare ibland kan ha svårt att i en utredning beskriva syftet med en insats. Vi ser alltså att biståndshandläggaren uppmärksammar att det finns ett behov, men vet ej hur detta skall beskrivas. Vi tror att det blir svårt för utföraren att veta vad som ska göras under besöket om inte syftet för insatsen är beskriven, vilket kan leda till att psykisk ohälsa bland äldre osynliggörs. Detta menar vi kan leda till att den äldre inte får den hjälp denne behöver.

Rolfner Suvanto nämner en studie som redovisar att det är vanligt att biståndshandläggaren inte uppmärksammar psykisk ohälsa hos den äldre (Rolfner Suvanto 2013). I vår undersökning har vi däremot märkt att handläggarna uppmärksammar äldres psykiska behov på olika sätt, men stöter på problem i hur de ska arbeta med det. Det gör att svårigheterna ligger i hur handläggaren kan tillgodose det psykiska behovet. Resultatet av vår insamlade empiri visar att vissa behov får mer uppmärksamhet än andra. Det är mer fokus på det praktiska än på det psykiska. Det visar till exempel att ett utåtagerande beteende kan få mer eller oftare uppmärksamhet än en person med exempelvis depression. En biståndshandläggare påpekar att ett utåtagerande beteendet syns mer och blir besvärligt för omgivningen. Det här kan jämföras med det Rolfner Suvanto skriver om att personer i den enskildes omgivning kan uppfatta aggressivitet eller vanföreställningar hos den äldre som ett problem (Rolfner Suvanto 2013). I vårt insamlade material kan vi se att det inte arbetas med bakomliggande orsaker till ett utåtagerande beteende. Det framkommer att äldres beteende blir en utförarfråga. Biståndshandläggaren lägger in ett beslut om hjälp, men det blir utförarnas uppgift att försöka få insatsen utförd. De eventuella svårigheter som dyker upp i och med ett utåtagerande beteende blir för utförarna att försöka lösa i situationen. Här ser vi ett exempel på hur biståndshandläggaren uppmärksammar något som kan vara ett uttryck för psykisk ohälsa hos den äldre. Det arbetas dock inget särskilt med beteendet eller måendet utan fokus hamnar på den insats som beviljats och att den utförs.

Rolfner Suvanto skriver att en studie visade att äldre med depression inte får något ökat stöd trots sin diagnos (Rolfner Suvanto 2013). I vårt insamlade material ser vi också tendenser till att äldre inte får något ökat stöd till följd av en diagnos från äldreomsorgen. Vård- och omsorgsbehovet utreds men det läggs inget större fokus på att arbeta med måendet.

I vårt insamlade material framkommer att metodutvecklarna menar att biståndshandläggarna tidigare varit insatsstyrda utifrån socialtjänstlagen. Nu ska handläggarna istället först rikta in sig på behovet för att sedan hitta en lösning. Dunér skriver att biståndshandläggare presenterar insatser för den äldre och sedan anpassar den äldres behov efter insatsen (Dunér 2007). Vi ser i vårt insamlade material att det finns tendenser bland biståndshandläggarna att de tänker på vad de kan erbjuda för insatser för att sedan se hur denna insats kan användas i det enskilda fallet. Vi ser också att handläggarna ibland uppmärksammar behov som det anser sig inte kunna tillgodose. Ibland beviljar biståndshandläggarna insatser

och menar att det kan hjälpa den äldre något eller till viss del. Flera biståndshandläggare berättar även om fall där de beviljar insatser som de vet inte tillgodoser det aktuella behovet. Det kan vi jämföra med den kartläggning Stockholms stads- och utredningskontor gjorde som visade att en majoritet av äldre med psykiska funktionsnedsättningar är beviljade insatser som inte är anpassade efter deras behov (USK 2009:5).

8.7 Biståndshandläggarens möjligheter att tillgodose behov

Resultatet av vårt insamlade material visar att biståndshandläggarna tycker att det är svårt att kunna tillgodose äldres psykiska behov. Som vi nämnt tidigare framkommer det att handläggarna tycker det är enklare att se till de praktiska behoven än till äldres psykiska behov. Metodutvecklarna däremot säger att de tycker att det finns resurser för att kunna tillgodose psykisk ohälsa. Däremot tror de att psykisk sjukdom kan vara svårare för handläggarna att tillgodose utifrån de insatser som finns. Detta kan jämföras med Rolfner Suvanto som beskriver det som vanligt att biståndshandläggare prioriterar den praktiska formen av hjälp som de kan erbjuda (Rolfner Suvanto 2013).

Det som framkommer i vårt insamlade material är också att handläggarna känner en frustration över att ibland inte kunna hjälpa de äldre med de insatser som finns. Det framkommer att handläggarna tycker att de insatser de har idag ibland inte är tillräckliga och vi kan se att de känner sig maktlösa eftersom de inte vet hur de ska göra för att hjälpa den äldre. I Dunér's avhandling beskrivs det att biståndshandläggare har många krav och förväntningar på sig att kunna utföra sina uppgifter. Avhandlingen visar också att handläggarna kan ha en tendens att forma den äldres behov efter de insatser som finns (Dunér 2007). Vi kan på detta sätt se att biståndshandläggarna ser sig maktlösa eftersom de ser vilka behov som behöver tillgodoses men det anser sig inte kunna tillgodose dem med de insatser som finns tillgängliga för dem. I Socialstyrelsens allmänna råd om den äldres värdegrund skrivs även att äldre ska få en individanpassad omsorg. Vi kan med detta se att det blir svårt för biståndshandläggarna att anpassa omsorgen efter individen på grund av att de inte har de resurserna (SOSFS 2012:3). Likt det Dunér skriver kan vi även se att handläggarna i vår undersökning formar behovet efter insatserna eftersom de anser sig inte alltid kunna tillgodose behoven efter de insatser de har. Ett exempel på det är när en handläggare säger sig se att äldre mår psykisk dåligt. Det handläggaren kan göra är att sätta in ett extra tillsynsbesök, vilket denne inte anser är tillräckligt för att tillgodose behovet.

Enligt metodutvecklarna kan kommunen hjälpa äldre med psykisk ohälsa ganska långt eftersom biståndshandläggarna uppmärksammar den äldres psykiska ohälsa när de utformar stödet. De menar att med de insatser som finns kan biståndshandläggarna tillgodose äldres psykiska behov bra. I vårt insamlade material kan vi se att metodutvecklarna nämner insatser som promenader, att bryta isolering och anhörigstöd för att tillgodose psykiska behov. Då det inte går att tillgodose den enskildes behov i det egna hemmet med insatser som att bryta isolering eller med promenader så beviljas boende om det är vad den enskilde önskar, påpekar en av metodutvecklarna. I vårt insamlade material ser vi flera biståndshandläggare nämna insatser som bryta isolering och promenader. De pratar dock inte om hur dessa insatser kan tillgodose äldres psykiska behov. En handläggare berättar att denne kan erbjuda promenader men menar att detta inte är

tillräckligt för att tillgodose behovet. Vi kan se att metodutvecklarna och biståndshandläggarna inte har samma uppfattning om hur väl behoven kan tillgodoses med vissa insatser. Metodutvecklarna ser en lösning med hemtjänstinsatser eller en eventuell lösning med särskilt boende. Handläggarna däremot ser att insatserna inte är tillräckliga och menar att behoven är svåra att tillgodose.

I undersökningen kommer det också fram att en biståndshandläggare säger att äldres psykiska behov ibland går att tillgodose då handläggaren anser sig ha stor frihet att utforma insatsen. Genom att förklara syftet i utredningen går det att bevilja relativt stora insatser menar informanten. Däremot framkommer det att informanten och andra handläggare tycker det är svårt att veta hur insatserna utförs och om syftet med insatsen blir tillgodosett. En handläggare är även kritisk till att många handläggare endast är intresserade av att se till behoven, bevilja eller ge avslag men inte formerna för hur det utförs.

Metodutvecklarna anser att det kan vara individuellt mellan handläggarna, vilka som har en tät kontakt med de äldre, följer upp beslut och hur insatsen utförs. Metodutvecklarna säger att handläggarna har riktlinjer för hur ofta de ska ha uppföljning av beslut. Antingen sker det en uppföljning efter två år eller då ett nytt behov uppstår hos den äldre. Detta kan vi jämföra med det Dunér skriver i sin avhandling om svårigheterna med biståndshandläggarnas handlingsutrymme. Ibland kan handläggarna följa sitt personliga omdöme och sina erfarenheter i huvudsak, men ibland kan de även ta hänsyn till de riktlinjer som finns (Dunér, 2007). Andra gånger följer biståndshandläggarna verksamhetens riktlinjer i första hand. Vi kan se att handläggarna ibland gör aktiva val, vilket kan betyda att de väljer vilka klienter de ska ha tätare uppföljning med. Detta beskriver Dunér som en form av makt. Dunér beskriver att den makten kan yttra sig i vilken typ av relation handläggaren har till den äldre, vilka riktlinjer som ska följas och handläggarens egna omdömen (Dunér 2007). Vi kan här se att handläggarna ibland använder sig av det Dunér beskriver som avsiktlig makt. De använder sig av sina tidigare erfarenheter och väljer vilka av klienterna de ska ha tätare kontakt med. Vi ser att detta skulle kunna innebära att vissa äldre får sina behov tillgodosedda utifrån de aktiva val handläggarna gör med att välja vilka de ska ha tätare kontakt med.

Vårt insamlade material visar att handläggarna ofta hänvisar vidare till olika kontakter utanför verksamhetens ramar. Det framkommer när handläggarna säger att de inte kan tillgodose behoven inom verksamheten att de bland annat hänvisar vidare till, läkare, vårdcentralen och träffpunkter. Informanterna säger att det många gånger är svårt för äldre att ta sig för olika uppgifter och att de kan ha svårt att bland annat ringa vårdcentral och gå till träffpunkter. Behovet kan alltså vara att få en samtalskontakt samt att få hjälp och stöttning med att ta den kontakten. I den kartläggning Stockholms stads- och utredningskontor har gjort skrivs det att det många gånger krävs ett motivationsarbete för att få äldre med psykiska funktionshinder att ta sig för olika saker. De kan behöva stöttning att ringa telefonsamtalet eller motivationsarbete att ta sig till träffpunkten (USK 2009:5). I vår empiri kan vi se att handläggarna inte ser det som sin arbetsuppgift att hjälpa den äldre med dessa frågor. De kan hänvisa vidare och låta den äldre göra det själv, samtidigt som de vet vilka svårigheter det kan innebära för den äldre. Detta

visar att behovet är större än den form av hjälp som biståndshandläggaren hänvisar till. Det kan handla om behov av social samvaro samt motivationsarbete för att ta sig till den aktuella platsen. Detta kan jämföras med det Dunér skriver om biståndshandläggares olika sätt att se på sitt handlingsutrymme (Dunér 2007). En del handläggare väljer att skapa sitt handlingsutrymme och blir då mer behjälpliga i vissa ärenden för att kunna tillgodose den äldres psykiska behov. Andra handläggare begränsar sig själva i sitt handlingsutrymme och går inte utanför det som krävs av dem.

Vårt insamlade material visar att biståndshandläggarna saknar någon form av insats att bevilja när det gäller samtal och några informanter nämner en äldreкуратор som exempel. Som nämnts tidigare beskriver handläggarna hur de många gånger axlar den rollen och att de ibland ser att det finns ett samtalsbehov hos den äldre. Även här ser vi att handläggarna kommer tillbaka till svårigheter över hur de själva kan erbjuda hjälp i form av de insatser som de har att tillgå. De beskriver återigen att de kan hänvisa vidare till andra verksamheter utanför äldreomsorgen, exempelvis kuratorer på vårdcentraler. Detta kan vi jämföra med Rolfner Suvanto som skriver att en uppdelning mellan landsting och kommun kan skapa problem för den äldre eftersom det finns en risk att den enskilde hamnar mellan stolarna. Rolfner Suvanto beskriver att det inte spelar någon roll hur behovet hos den äldre ser ut. Gäller det boende, boendestöd eller sysselsättning är det kommunens ansvar och inte landstinget (Rolfner Suvanto 2013). Att det är en sådan uppdelning tror vi kan skapa svårigheter för biståndshandläggarna att tillgodose behovet eftersom de inte har landstingets insatser att tillgå.

8.8 Riktlinjer och rutiner i handläggningen

Vårt insamlade material visar att metodutvecklarna bland annat arbetar med att kvalitetssäkra den handläggning biståndshandläggarna utför. De arbetar med att hitta former för vilka rutiner man kan använda vid handläggningen och för att sedan skriva ner dessa. Det gör att handläggningen blir kvalitetssäkrad och att handläggarna gör på liknande sätt i olika ärenden. Dunér skriver att riktlinjer kan skapa den strukturella makt som biståndshandläggare använder sig av för att bedöma behov. Dunér beskriver att riktlinjerna kan vara positivt för organisationen men kan det kan också orsaka att den äldre inte får den hjälp denne behöver. Vi tror att det kan göra att biståndshandläggarnas handlingsutrymme begränsas av riktlinjerna och rutinerna i verksamheten. Den äldre passar på så sätt inte innanför ramen av den hjälp biståndshandläggarna kan erbjuda (Dunér 2007).

Genom att lyfta ärenden för diskussion och skriva ner rutiner för ärenden som inte är vanligt förekommande ska det bli enklare för biståndshandläggarna i deras arbete. Biståndshandläggarna upplever att de inte har den information eller de insatser som behövs för att kunna tillgodose den äldres psykiska behov. Vi ser att detta kan bero på att riktlinjerna och rutinerna mestadels består av fokus på de fysiska behoven. Vi ser också tendenser på att biståndshandläggarna inte pratar särskilt mycket om den äldres psykiska ohälsa under deras handläggartreffar. Detta tror vi kan bidra till att det inte arbetas särskilt mycket för att skapa rutiner och riktlinjer kring äldres psykiska ohälsa. Både på grund av att metodutvecklarna inte får den informationen eller frågeställningarna till sig för att uppmärksamma dessa ärenden men också för att biståndshandläggarna inte tar upp ärendena för diskussion.

8.9 Föreställningar och bilder av äldre

I Nelsons studie av professionellas föreställningar av äldre framkommer det att inom flera olika yrkeskategorier finns stereotypa bilder och fördomar om gruppen äldre. Nelson skriver om hur professionella kan känna meningslöshet i arbetet med behandling av äldre eller om hur andra professionella menar att vissa problem bland äldre inte är lika allvarliga som när samma typ av problem finns bland yngre (Nelson 2005). I vårt insamlade material kan vi inte se att biståndshandläggarna har den här typen av föreställningar eller bilder av äldre. Biståndshandläggarna kan snarare känna att de stöter på svårigheter och problem med de insatser eller det stöd de kan erbjuda. Handläggarna uppmärksammar behov hos de äldre som de vill finna passande lösningar till men de känner att det saknas resurser. En handläggare berättar att denne kan uppmärksamma psykisk ohälsa hos den äldre men vet inte hur handläggaren själv ska kunna hjälpa. Handläggaren vill råda bot på det men det inte vad denne kan göra. Nelson menar att professionella kan känna meningslöshet eller ha en negativ uppfattning av äldre (Nelson 2005) Vi ser i vårt insamlade material att biståndshandläggare snarare kan känna en meningslöshet över de insatser eller det stöd som de kan erbjuda den äldre.

9. Slutsats

Vårt syfte med den här studien var att ta reda på hur biståndshandläggare kan tillgodose äldres psykiska behov. Vi har tittat på hur biståndshandläggare och metodutvecklare kommer i kontakt med psykisk ohälsa bland äldre och hur de arbetar med detta. Genom vår studie har vi funnit alternativa svar på våra frågeställningar vilket gör att vi kan besvara vårt syfte utifrån de slutsatser vi drar.

Det vi har sett i vår studie är att biståndshandläggarna arbetar med psykisk ohälsa bland äldre på så sätt att de uppmärksammar den. Sedan skiljer det sig åt hur handläggarna arbetar med det. Vi kan se att handläggarna väljer hur långt de vill dra sitt handlingsutrymme. En del vill inte skapa en för nära relation till den äldre medan andra anser att det behövs för att göra ett bra arbete. Vi ser också att handläggarna väljer i vilka ärenden de vill ha en tätare uppföljning och kontakt med den äldre. Ett annat exempel är när handläggarna väljer i vilka ärenden de ska hjälpa den äldre med att ta kontakt med andra professionella istället för att endast hänvisa vidare. Detta gör att vi kan se att biståndshandläggarna arbetar olika beroende på hur de ser på sin yrkesroll.

Vi kan se att biståndshandläggarna arbetar med äldres psykiska ohälsa till viss del. De uppmärksammar psykisk ohälsa och fattar beslut utifrån den äldres behov. Vi kan se att biståndshandläggarna allt som oftast inte följer upp hur insatsen utförs. De eventuella svårigheter, exempelvis utåtagerande beteende, som finns i arbetet med att utföra insatsen blir för de som utför insatsen att lösa. Detta gör att vi kan se att biståndshandläggarna inte arbetar med att se till de bakomliggande orsakerna till hur äldres olika beteenden ger sig i uttryck. Uttryck som kan vara ett tecken på psykisk ohälsa.

Vi ser i vår undersökning att biståndshandläggarna ibland formar äldres behov efter de insatser de har tillgängliga. En del handläggare beviljar insatser som de vet inte är tillräckliga för att tillgodose den äldres psykiska behov. Vi kan se att handläggarna har enklare att tillgodose fysiska behov än psykiska behov. Vi kan se att detta hör ihop med att psykisk ohälsa är ett flytande begrepp samt att det inte pratas om psykisk ohälsa i så stor utsträckning på arbetsplatserna.

Vi kan se att det saknas rutiner och riktlinjerna för hur biståndshandläggarna ska arbeta med äldres psykiska ohälsa. Biståndshandläggarna ska vända sig till metodutvecklarna i svåra ärenden som de själva inte kan lösa. Meningen är att metodutvecklarna ska hjälpa och skapa rutiner för att underlätta för likande ärenden i framtiden. Det vi kan se är att biståndshandläggarna inte lyfter frågor kring ärenden som rör äldres psykiska ohälsa. Vi ser att varken metodutvecklarna eller biståndshandläggarna talar särskilt mycket om psykisk ohälsa bland äldre och därför blir det ingen diskussion om hur handläggarna kan bedriva arbetet, vilket bidrar till avsaknad av rutinerna. Däremot kan vi även se i vår studie att rutiner och riktlinjer kan begränsa biståndshandläggarnas handlingsutrymme och det kan i sin tur betyda att den äldre inte får dennes psykiska behov tillgodosedda.

Vi kan se att metodutvecklarna inte har någon direktkontakt med de äldre. De kommer i kontakt med äldres psykiska ohälsa genom att de möter biståndshandläggarna i deras handläggning och hjälper dem när de stöter på svårigheter. Det är biståndshandläggarna som ska vända sig till metodutvecklarna när de själva inte kan finna en lösning i ärendet. Metodutvecklarna skapar rutiner utifrån de svårigheter handläggarna finner i arbetet för handläggaren. Det här arbetet gäller alla typer av ärenden och metodutvecklarna har inget särskilt fokus på att arbeta med äldres psykiska ohälsa. Vi kan se att metodutvecklarna arbetar utifrån ett generellt perspektiv där de bland annat arbetar med kvalitetssäkring och värdegrundsfrågor. Det gör att vi kan se att metodutvecklarna kommer i kontakt med psykisk ohälsa till viss del, men de arbetar inte med någon utveckling av just det ämnet. Vi ser även att metodutvecklarna har en förväntning på att biståndshandläggarna ska lyfta de svåra ärendena med dem. Det vi ser är en avsaknad av diskussion om äldres psykiska ohälsa dem emellan. Detta gör att metodutvecklarna inte kommer i kontakt med ämnet i så stor utsträckning. Vi ser även att metodutvecklarna inte på eget initiativ arbetar med äldres psykiska ohälsa. Vi ser det här som en anledning till att arbetet med äldres psykiska ohälsa inte utvecklas.

Vi kan se att biståndshandläggarna och metodutvecklarna har olika uppfattningar om hur handläggarna kan tillgodose den äldres psykiska behov. Vi kan se att metodutvecklarna anser att biståndshandläggarna kan tillgodose äldres psykiska behov med de resurser handläggarna har att tillgå. Biståndshandläggarna däremot anser inte att de kan tillgodose äldres psykiska behov utifrån de resurser som finns tillgängliga. Vår studie visar att biståndshandläggarna och metodutvecklarna kommer i kontakt med psykisk ohälsa på olika sätt vilket gör att de ser olika möjligheter till att kunna tillgodose äldres psykiska behov. Metodutvecklarna kan inte ta del av allt som biståndshandläggarna gör vilket bidrar till att de inte får samma uppfattning som handläggarna får. Vi kan även se att det beror på att biståndshandläggarna väljer vilka ärenden de vill lyfta med metodutvecklarna, därav ser metodutvecklarna endast en del av arbetet med äldres psykiska ohälsa.

Det framkommer i vår studie att biståndshandläggarna vissa gånger beviljar insatser som de vet inte tillgodose det psykiska behov som handläggaren uppmärksammat. Vi kan även se att detta skapar en frustration bland handläggarna när de inte kan tillgodose behovet. I vissa ärenden vet de inte vad de ska göra och ibland anpassar de behoven efter insatsen. Vi ser att handläggarna inte har de resurser eller verktyg alla gånger som krävs för att kunna tillgodose äldres psykiska behov. Vår studie visar däremot att det finns en frihet att utforma stödets omfattning utefter behovet så länge syftet med insatsen beskrivs.

Vi ser att biståndshandläggarna saknar en resurs i form av samtalskontakt när de ser att det finns ett behov av det bland de äldre. I de ärenden då handläggaren uppmärksammar ett eventuellt behov av samtal hänvisar de i dagsläget vidare till andra verksamheter utanför äldreomsorgens ramar. Det menar vi visar på att det finns ett behov av en samtalskontakt, men biståndshandläggarna har inte den resursen i dagsläget. Vi ser även att vissa handläggare försöker tillgodose detta behov med hjälp av insatser från hemtjänsten men vi ser att det kan vara svårt att tillgodose behovet på detta sätt.

Vi kan se att när biståndshandläggarna hänvisar vidare de äldre till andra verksamheter går de tillväga på olika sätt. Vissa hjälper till att ta den kontakten medan andra anser att det inte är deras uppgift att hjälpa den äldre med det. Här ser vi ett exempel på att handläggarna väljer hur långt de vill dra sitt handlingsutrymme, vilket gör att handläggarnas arbete ser olika ut. Vi ser att handläggarna ibland vet om att den äldre inte kommer ta den nya kontakten som handläggaren hänvisar till. Det visar att den äldres behov är större än den form av hjälp som handläggaren hänvisar till. Vi menar här att det behövs motivation eller hjälp från biståndshandläggaren med att ta den kontakt som behövs.

Vår studie visar att biståndshandläggarna har svårt att ibland beskriva psykisk ohälsa samt att avgränsa begreppet. Vi menar att handläggarna ibland inte vet vad som är sjukt och vad som är friskt. Vi ser också att de har svårt att veta vilka känslor eller uttryck som är normala eller ej. Vi ser att detta bidrar till att det blir svårare att arbeta med äldres psykiska ohälsa. Handläggarna kan ha svårt att beskriva vissa behov och svårt att beskriva syftet med vissa insatser. Det menar vi resulterar i att äldre med psykisk ohälsa ibland inte får det stöd de behöver.

I dagsläget pratas det inte särskilt mycket om äldres psykiska ohälsa på arbetsplatsen, vilket kan vara en bidragande faktor till att det kan vara svårt att arbeta med detta. Vi ser att biståndshandläggarna vill arbeta med äldres psykiska ohälsa men de vet inte hur de ska göra. Handläggarna saknar resurser och verktyg för att kunna arbeta med äldres psykiska ohälsa, men vi tror även att det finns en avsaknad av rutiner och riktlinjer för att kunna arbeta med det.

10. Avslutande diskussion

Genom vår slutsats har vi besvarat våra frågeställningar utifrån de material vi samlat in och analyserat. Vi hoppas vår studie kan vara till hjälp för att belysa de svårigheter som biståndshandläggarna stöter på i sitt arbete med äldres psykiska ohälsa. Vi hoppas våra slutsatser och vår undersökning kan ge upphov till reflektioner och diskussion.

Genom vår undersökning har vi sett att det kan innebära svårigheter för biståndshandläggarna att arbeta med äldres psykiska ohälsa. Vi har kommit fram till några slutsatser angående detta i vårt material men vi funderar även om det kan bero på andra saker. Vi funderar över varför de inte pratar mer om de svårigheter de lyfter med oss under intervjuerna. Kan det bero på hur de ser på sin professionalitet? Vi har även funderat över varför biståndshandläggarna har svårt att veta vad som är sjuk och vad som är friskt eller normalt och onormalt. Kan det bero på att psykisk ohälsa som begrepp är flytande?

Anledningen till att vi valde att intervjua metodutvecklarna var för att vi ville se hur de arbetar och hur de kommer i kontakt med äldres psykiska ohälsa. Vi gick in med inställningen att de skulle arbeta mer med utveckling än vad vi fann att de gjorde. Vi funderar på om de är utförare på chefens direktiv snarare än utvecklare. Vi har även funderat på varför metodutvecklarna inte har ett större fokus på äldres psykiska ohälsa i det arbete de utför.

Vi har genom vår studie sett att det saknas resurser i biståndshandläggningen inom äldreomsorgen. Vi har funderat kring vad detta kan bero på och undrar om det kan vara tendenser till ålderism. Det läggs mer fokus och resurser på yngre åldersgrupper och vi ställer oss fortfarande frågande till varför det ser ut på detta sätt. Vi ser att biståndshandläggarna vill arbeta med äldres psykiska ohälsa men känner att de inte kan göra det med de resurser de har till förfogande. Vad beror detta på? Vad är det som gör att äldre som lider av psykisk ohälsa inte prioriteras lika högt? Vi har många frågor som dykt upp under uppsatsens gång som vi fortfarande inte fått svar på. Vi funderar om vi hade kunnat få andra svar på våra frågor om vi hade haft fler intervjuer med biståndshandläggare eller metodutvecklare.

Vi har upplevt det svårt att använda oss av begreppet ålderism utifrån vårt insamlade material. Med hjälp av begreppet har vi endast kunna konstatera att informanterna inte har stereotipa föreställningar om äldre. Det har gjort att rollteorin har fått större utrymme i vår teorianalys. Vi är medvetna om att det hade varit passande med ytterligare en teori för att kunna belysa vårt insamlade material från ett annat perspektiv. Det tror vi hade ge oss andra svar och hjälpa oss att förstå vårt insamlade material på ett annat sätt.

Vi är medvetna om att de jämförelser vi gjort mellan de olika yrkesgrupperna inte är lika tillförlitligt eftersom vi intervjuat informanter från två olika kommuner. Två av biståndshandläggarna arbetar inte i samma kommun som de övriga informanterna. Trots de slutsatser vi dragit på dessa jämförelser ser vi att informanterna måste börja diskutera ämnet psykisk ohälsa bland äldre mer än vad de gör i dagsläget.

11. Vidare forskning

Socialstyrelsen säger att de läggs mer fokus på behandling av psykisk hälsa bland yngre åldersgrupper även fast äldre lider av psykisk ohälsa i lika stor utsträckning (Socialstyrelsen 2013-6-22). Det har framkommit i vårt material att biståndshandläggarna efterfrågar någon typ av samtalskontakt eller äldreкуратор inom äldreomsorgen. Vi har sett att biståndshandläggarna många gånger får axla den rollen. Detta gör att vi kan se ett behov av att forska kring hur en samtalskontakt för äldre med psykisk ohälsa kan utformas. Hur stort är behovet av en samtalskontakt och hur skulle den kunna se ut?

Det har även framkommit att biståndshandläggarna upplever det svårt att veta om syftet med insatsen uppfylls. Vi finner att det vore intressant med en forskning kring hur det arbetas med äldres psykiska ohälsa från utförarnas perspektiv. Hur anser utförarna själva att de kan uppfylla syftet med den beviljade insatsen? Vad tänker de kring det beviljade insatserna? Och hur upplever de att dessa kan tillgodose äldres psykiska behov?

Referenslista

- Andersson, Lars (2008) *Ålderism*. Studentlitteratur: Lund
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber: Malmö
- Carle, Jan/ Nilsson, Björn/ Alvaro, José Luis/ Garrido, Alicia (2008): *Socialpsykologi: Bakgrund, teorier och perspektiv*. Studentlitteratur: Malmö.
- Cullberg, Johan (2003) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Natur och kultur: Stockholm
- Dunér, Anna (2007) *To maintain control – Negotiations in the everyday life of older people who can no longer manage on their own*. Skriftserie 2007: 1. Intellecta Docsys: Göteborg.
- Heikkilä, Kristiina (2010) ”Kulturella aspekter och etnicitet”. I Ekwall, Anna (red): *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund
- Jönsson, Håkan (2002) *Ålderdom som samhällsproblem*. Studentlitteratur: Lund
- Kristensson, Jimmie & Jakobsson, Ulf (2010) ”Olika perspektiv på åldrandet”. I Ekwall, Anna (red): *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund.
- Kvale, Steinar (2001) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund
- Larsson, Sam (2005) ”Kvalitativ metod”, i Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Nelson, Todd. Ageism: *Prejudice Against Our Feared Future Self*. *Journal of Social Issues*, Vol. 61, No. 2, 2005.
- Nilsson, Björn (2000) *Socialpsykologi*. Studentlitteratur: Lund
- Payne, Malcolm (2010) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Natur och kultur: Finland
- Repstad, Pål (2009) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Studentlitteratur: Lund
- Rolfner Suvanto, Susanne (2013): *Mellan äldreomsorg och psykiatri – om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa*. Gothia utbildning: Stockholm.
- Rönnbäck, Eva (2011) ”Att bedöma behov och fatta beslut om bistånd”. I Strandberg, Thomas (red): *Förhållningssätt och möten – Arbetsmetoder i social omsorg*. Studentlitteratur: Lund

Sjöström, Karin & Ekwall, Anna (2010) ”Psyisk ohälsa”. I Ekwall, Anna (red):
Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad.
Studentlitteratur: Lund

Socialstyrelsen (2013): *Psyisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården*.
Artikelnr: 2013-6-22. Hämtad: 2013-10-04. Från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19140/2013-6-22.pdf>

Socialstyrelsen (2013): *Ökat stöd till äldre med psyisk ohälsa – slutrapport*.
Artikelnr: 2013-6-3. Hämtad: 2013-10-2. Från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>

Socialstyrelsen (2012): *Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial* Artikelnr: 2012-3-3. Hämtad: 2013-11-15. Från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18615/2012-3-3.pdf>

Socialstyrelsen (2012): *Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre*
Artikelnr: 2012-2-20. SOSFS 2012:3. Hämtad: 2013-10-22. Från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18610/2012-2-20.pdf>

SOL (2013): *Svea Rikes Lag 2013*. Norstedts Juridik AB.

Stockholms stads utrednings- och stadskontor & Äldrecentrum. *Äldre med psyiska funktionshinder – en kartläggning 2008*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapportserie nummer 2009:5

Sveriges Kommun och Landsting (2012): *Vad är psyisk ohälsa?* Hämtad: 2013-11-05. Från: http://www.skl.se/psynk/om-psyisk-halsa/for-dig-som-ar-anhorig_1/vad_ar_psyisk_ohalsa_1

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Thorslund, Mats (2009) ”Äldreomsorgens dramatiska utveckling – dilemman och målkonflikter”. I Ulla Pettersson (red): *Etik och socialtjänst - om förutsättningarna för det sociala arbetets praktik*. Gothia förlag: Stockholm.

Thurén, Torsten (2010) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Liber: Malmö

Vetenskapsrådet (2008): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN: 91-7307-008-4. Hämtad: 2013-10-20 från:
<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Bilaga 1

Hej!

Här kommer ytterligare information om den intervju vi avtalat tid för.

Syftet med vår undersökning är att ta del av dina erfarenheter och arbetsområde kring äldre med psykisk ohälsa.

Denna frågeställning utgör grunden för vår C-uppsats.

- Hur arbetar biståndshandläggare utifrån deras arbetsområde med äldre och deras psykiska ohälsa?

Intervjun kommer utgöra materialet till vår c-uppsats i socialt arbete och materialet kommer endast att användas till detta ändamål. Med ditt godkännande kommer intervjun att spelas in och du har möjlighet att avbryta intervjun när du vill. Intervjumaterialet kommer att avidentifieras. Ni kommer få ta del av resultatet av vår undersökning.

Vår uppsats kommer att publiceras elektroniskt.

Ni får gärna kontakta oss vid eventuella frågor.

Med vänliga hälsningar

Sophie Nyberg & Sara Lund

xxx@gmail.com

Telefon: xxx

Handledare: Pål Silow Wiig

Telefon: xxx

Socionomprogrammet

Göteborgs universitet

Bilaga 2

Intervjuguide metodutvecklare (Gruppintervju)

- Kan ni beskriva ert arbete och arbetsuppgifter? Vad gör ni?
- Vilken form av psykisk ohälsa bland äldre tycker ni att ni möter på er arbetsplats?
 - Vanligast?
- På vilket sätt kommer ni i kontakt med psykisk ohälsa bland äldre i ert arbete?
- Vad upplever ni är svårigheterna för BH i arbetet med äldre och psykisk ohälsa?
 - Svårigheter i bedömning? Svårigheter att se behov?
- Hur tycker ni att handläggarna kan tillgodose den äldres psykiska behov i dagsläget?
- Tycker ni att biståndshandläggarna har de verktyg/resurser de behöver för att tillgodose de äldres psykiska behov?
- Vad tycker ni behöver utvecklas i er verksamhet kring äldre och psykisk ohälsa?
 - något som fungerar bra eller mindre bra med arbetet kring psykisk ohälsa i dagsläget?
- Vilka andra organisationer och verksamheter samverkar ni på biståndsenheten med?
 - Hur fungerar det? Vad hade kunnat bli bättre? Vad fungerar bra?
- Är det något ni vill tillägga innan vi avslutar?

Bilaga 3

Intervjuguide biståndshandläggare

- Vilken form av psykisk ohälsa bland äldre tycker du att möter du på din arbetsplats?
 - Vilken form av psykisk ohälsa är vanligast är det du stöter på?

- På vilket sätt uppmärksammar du den psykiska ohälsan i mötet med den äldre?
 - När uppmärksammar du den psykiska ohälsan? I mötet? Vem berättar?

- Hur upplever du att du tillgodoser den äldres psykiska behov i dagsläget?
 - Tycker du att psykisk ohälsa svårare att tillgodose än andra? (Om ja, varför då? Om nej, varför då?)

- Tycker du att du har de verktyg/resurser som behövs för att kunna tillgodose psykisk ohälsa hos äldre?

- Finns det behov bland de äldre som är svårare att tillgodose än andra?
 - Är det svårare att tillgodose psykiska behov än de fysiska?

- Pratar ni i arbetsgruppen om brukare med psykisk ohälsa och hur man kan tillgodose deras behov?

- Upplever du att de insatser du beviljar ibland inte är tillräckliga för att tillgodose den äldre psykiska behov?

- Upplever du att det finns brukare som är i behov av samtal?
 - Prata med någon, professionellt samtal?

Är det något du vill tillägga innan vi avslutar?

Bilaga 4

Transkribering av utvalda delar

Intervju 3

“Man får liksom verkligen tänka att man håller sig till sitt för ibland skulle man ju vilja mer, ehm så. Men vi har, sen så lämnar vi den personen. Alltså, så att det är inte rättvist att låta en person berätta för mycket heller, alltså samtidigt som man ska ta emot det som den ska säga, på ett bra sätt, så att den känner sig trygg och nöjd när man går där ifrån. Men samtidigt ska man ju inte börja på någonting man inte kan avsluta”.

Intervju 2

“Och jag tänker på, eeh, särskilt på en man nu som jag eeh, han, han förlorade ju sin fru och blev givetvis helt förstörd och det är olika hur man hanterar en sån förlust men han, eeh, jag beviljade honom, eeh, samtalstid varje eftermiddag och det är lite ovanligt för att vi, vi jobbar ju ändå inte med sjukvård eller psykiatri så, men det kändes som att han behövde ha någon hos sig, nån som kollar till honom, växlar några ord liksom, kollar att allt är bra., har du ätit idag och lite så”.

Gruppintervju

“Jag kan nog inte säga att de inte får stöd utifrån den problematiken när dem blir äldre det, det tycker jag inte finns nå, alltså kommunens stöd, förhåller ju sig till båda delarna”

Intervju 4

“ibland då när jag känner mig lite sådär frustrerad och tycker att det är jobbigt att jag inte kan hjälpa en person på rätt sätt så har jag kommit på mig själv, alltså innan har jag varit väldigt, eh, mot medicinering ska jag väl inte säga men alltså man undrar ju, vad är, vad kan man nå, alltså är det något annat, alltså de, känner man sig ensam och ledsen så vill man liksom rå bot på, råda bot på det istället för att ge en medicin, men så kan ju ibland känna så här att jag uppmuntrar folk, ‘har du varit hos din läkare?’ kan jag ju bli så också, ‘du kanske ska se över din medicinering’ för att jag inte vet vad jag, hur jag ska hjälpa den här personen på bättre sätt”.

Intervju 1

“Om hemtjänstpersonalen bara sticker in huvudet och säger hej, behöver du någon hjälp, nähä, nä men då går jag. Så, då har det ju ingen effekt eller kanske också om man vet att, jaha okej nu har den personen möjlighet att vara här i 10 minuter nu ska jag liksom öppna mitt hjärta”.